

Inleidende opmerkingen

Door extramuralisering van de psychiatrie wonen tegenwoordig veel cliënten van de GGZ begeleid of zelfstandig in woonwijken, en maken daar deel uit van geloofsgemeenschappen. Pastorale zorg van cliënten wordt daarmee mede een zaak van lokale geloofsgemeenschappen en niet meer uitsluitend van geestelijke verzorgers in dienst van een psychiatrisch ziekenhuis.

Tegelijkertijd verschuift in de wereld van de GGZ de afgelopen jaren de houding ten opzichte van zingeving en geloof. Er is niet alleen een groeiende roep om minder distantie ten opzichte van het geloofsaspect in het levensverhaal van de cliënt, maar ook wint het inzicht terrein dat geloofsgemeenschappen een beschermende factor en steunbron kunnen zijn voor mensen met psychische en psychiatrische problemen. Religie en kerk zijn niet langer bij voorbaat verdacht of geestelijk ongezond. Zo is het septembernummer 2008 van 'Psychopraxis' geheel gewijd aan religie en levensbeschouwing in de GGZ.

Ook aan de kant van de geloofsgemeenschappen zijn diverse verschuivingen zichtbaar in de verhouding tot de GGZ. De mainstream-kerken, met hoogopgeleide voorgangers met een welwillende houding t.o.v. GGZ, nemen af, terwijl evangelische en pinksterkerken groeien. Deze nieuwere kerken ontwikkelen een groeiend zelfbewustzijn en vertrouwen in de eigen praktijken van gebedsgenezing en bevrijdingspastoraat, en hebben over het algemeen minder vertrouwen in de psychiatrie dan de gevestigde kerken. Veel cliënten van de GGZ lijken zich meer aangetrokken te voelen tot deze laatste kerken.

Daarnaast zijn er zijn niet-christelijke geloofsgemeenschappen bij gekomen, met name islamitische, migrantenkerken en enkele Hindoegemeenschappen. Aan de kant van de islam als sterkst groeiende godsdienst in Nederland ziet men dat het geloof in djinns sterk en vanzelfsprekend is en men zich veelal eerst tot de eigen traditionele genezers wendt, alvorens naar de GGZ te gaan (Hoffer, 2003, pp. 203-209). Onder deze nieuwere gemeenschappen is vaak weinig bekend over de GGZ.

Ook al neemt het geïnstitutionaliseerde christendom af, religie is bepaald niet verdwenen zoals eerder werd aangenomen, maar wel sterk pluriform geworden, minder stabiel en vanzelfsprekend. Nog altijd beschouwt 62% zich als gelovig mens (Bernts, 2007, p. 62), rekent 45% van de Nederlandse bevolking zich tot een religieuze denominatie (Kronjee, 2006, p. 75), terwijl 64% regelmatig of soms bidt (Bernts 2007, p. 46). Hoewel er bij ons weten geen onderzoek naar gedaan is, zou het ons niet verbazen als deze percentages onder psychiatrische cliënten hoger liggen dan gemiddeld.

Dit alles maakt geloofsgemeenschappen tot een belangrijke gesprekspartner voor de GGZ. In onderstaand artikel wordt dit aandachtveld nader verkend. Begonnen wordt met een stand van zaken van onderzoek naar en visies op de functie van geloofsgemeenschappen voor de geestelijke gezondheid. Daarna volgt een paragraaf over de complexe psychiatrische diagnostiek als kerndomein van de GGZ. Vervolgens wordt ingezoomd op onderzoek naar de positie en behoeften van pastores. De ontwikkeling van een signaleringsinstrument door GGZ De Grote Rivieren wordt beschreven als een passend eerste antwoord op de geschetste ontwikkelingen en aangegeven behoefte. In een slotparagraaf worden enige conclusies getrokken en wordt de discussie een stap verder gevoerd.

Functie van geloofsgemeenschappen voor geestelijke gezondheid

In Noord-Amerika is veel kwantitatief onderzoek verschenen over de functie van geloof en van geloofsgemeenschappen voor de geestelijke gezondheid. Uit dergelijk onderzoek komt stevast primair een positief effect van geloof en levensbeschouwing op draagkracht, veerkracht en het vermogen om zin te ontdekken ('coping' en 'resilience') (zie onder andere Pargament, 1997 en Koenig, 2001) – niet alleen voor psychiatrische cliënten zelf, maar zeker ook voor hun netwerk (familie, vrienden). Ook uit Nederlands kwantitatief onderzoek blijkt dat 39% van (begeleid) zelfstandig wonende cliënten en 54% van de opgenomen cliënten aangeeft dat hun geloof en levensovertuiging een positieve invloed hebben op het omgaan met hun problemen. (Pieper & van Uden, 2005). Het kan hierbij zowel om de geloofsinhoud zelf gaan als om de sociale en morele steun. Beide aspecten lopen dooreen en beïnvloeden elkaar. Hans Schilderman (Schilderman, 2006, pp. 395-400) noemt een zestal generieke functies van religie op grond van godsdienstsociologische literatuur. Religies stichten identiteit, normeren gedrag, dragen bij aan acceptatie van contingentie (erkenning van 'toeval'), ritualiseren collectieve waarden; geven uitdrukking aan transcendentie-ervaring, en hebben een mobiliserend vermogen tegenover onrechtvaardige of immorele praktijken. De sociale en geloofsinhoudelijke aspecten zijn hier met elkaar verweven. Het behoeft weinig inhoudelijke kennis om het belang van deze functies voor de psyche en voor de omgang met psychiatrische problemen te onderkennen.

Samenvattend kan gesteld worden dat geloofsgemeenschappen een belangrijke steunbron kunnen zijn voor de omgang met psychische en psychiatrische problemen, en bescherming kunnen bieden aan kwetsbare mensen. Dit geldt niet alleen voor cliënten zelf, maar ook voor de veerkracht van familie en netwerk.

De verhouding tussen religie en geestelijke gezondheid is complexer dan in dit artikel behandeld kan worden. Naast een steunende en beschermende functie kan religie ook belemmerend werken. En deze belemmerende of steunende functie is niet rechtstreeks te verbinden aan typen geloofsbelevingen of kerkvormen. Bijvoorbeeld: Een 'blij' geloof kan mensen die dat niet kunnen meebelevén somber maken, terwijl het geloof in een straffende god niet vanzelfsprekend leidt tot angstige geloofsbeleving. Aandacht voor rituelen kan de één structuur en veiligheid bieden en kan bij de ander dwanghandelingen bevorderen. Waar de één zich verloren kan voelen in een massale viering, kan de ander zich benauwd voelen door een warme en hechte gemeenschap.

Belang en problematiek van psychiatrische diagnostiek

'Geestelijke Gezondheid' is een moeilijk te definiëren term, omdat normatieve opvattingen daarin een belangrijke rol spelen. Het gaat daarbij om vragen van normaliteit en hoe de samenleving en het netwerk van mensen met afwijkend gedrag daar vervolgens weer mee omgaan, dus ook om grenzen van acceptatie en tolerantie en de gevolgen daarvan voor degene die afwijkend gedrag vertoont. De 'depressie-epidemie'(T. Dehue) in een vrij, welvarend land als Nederland stemt in dit verband tot nadenken over gegroeide opvattingen over het 'maakbare individu'. Wat wij in modern-westerse samenlevingen een psychotische beleving noemen, kan in een andere traditie als een profetische of mystieke trance gewaardeerd worden. Geloofsgemeenschappen spelen in dit normatieve maatschappelijke discours een belangrijke rol als een van de opiniërende partijen.

Dichter bij huis: ook binnen een moderne, westerse samenleving is de grens tussen religieuze

ervaring en psychiatrische aandoening niet zo scherp te trekken. In een recent onderzoek van drs. A. Noort over de beoordeling van een aantal korte casussen ('vignetten') van psychiatrische problematiek met religieuze inhoud door GGZ-medewerkers blijkt dat ook geschoolde professionals deze enigszins verschillend beoordelen, zowel wat betreft de aard en de ernst, als de noodzakelijke hulp. Weliswaar liet men zich in het geval van psychopathologie niet van de wijs brengen door de religieuze problematiek, en werden de niet-psychopathologische vignetten over het algemeen niet gestigmatiseerd, maar de laatste beoordeling is niet unaniem en bevat enige opmerkelijke onderlinge verschillen (Noort, 2008, pp. 257-262).

Psychische/psychiatrische problematiek en existentiële vragen rondom zin en betekenis van leven en dood kunnen onderling sterk verweven zijn en dooreenlopen. Deze gecompliceerdheid en verwevenheid kan leiden tot relativisme aan de kant van geloofsgemeenschappen ten aanzien van psychiatrische diagnostiek. Los van de maatschappelijke beoordeling is er wel degelijk sprake van ernstig lijden door medisch te diagnosticeren psychiatrische stoornissen. Er is niet alleen 'sickness', maar zeker ook sprake van 'disease'. Maar de symptomatologie en diagnostiek is gecompliceerder en minder exact dan vele somatische ziekten. Men kan het zo zeggen: uit het feit dat dezelfde symptomen door diverse diagnoses heenlopen, kern en bijverschijnselen niet altijd helder onderscheiden kunnen worden, er sprake kan zijn van meerdere psychiatrische diagnoses (comorbiditeit), blijkt juist hoe gecompliceerd de diagnostiek is en dat deze dus niet overgelaten kan worden aan het 'gezonde verstand' (over glibberige concepten gesproken) van een willekeurige pastorale werker. Bijvoorbeeld: 'angst' die ontstaat door schizofrenie vereist een geheel andere benadering dan wanneer angst verband houdt met een depressie, geloofscrisis of traumatische ervaringen van geweld. Terecht klinken vanuit de psychiatrie en pastorale theologie juist op dit punt kritische vragen aan het sterk opkomende bevrijdingspastoraat.

Psychiatrische diagnostiek behoort tot de kerncompetentie van de GGZ, zoals het bieden van gemeenschap en inhoudelijk levensperspectief in het herstel- en aanvaardingsproces van cliënten tot de 'kerncompetentie' van geloofsgemeenschappen behoren. Geloofsgemeenschappen en psychiatrie zijn complementair en hebben van elkaar te leren.

Positie en behoeften van geestelijke leiders

Uit een in opdracht van Focaris (belangenvereniging van zorgaanbieders in de Gereformeerde gezindte) door TNS NIPO uitgevoerde enquête in 2004 naar de behoefte die er binnen kerkelijke gemeentes leeft aan deskundigheidsbevordering en preventie bij psychische problematiek, blijkt dat pastores zeer frequent contact hebben met mensen met psychische problematiek: 83% van de ondervraagde predikanten vaker dan tien keer per jaar (Lems, 2004, p. 5). Uit een recente inventarisatie van kerkelijke initiatieven voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen van de PKN in 2008 uitgevoerd door het Kaski blijkt dat 85% van de kerkelijke gemeentes contact heeft met psychiatrische patiënten en naastbetrokkenen (Kaski, nr. 579, p. 20). Zonder enige kennis van de hierboven benoemde diagnostische problematiek staat de pastor voor de taak om uit te zoeken in hoeverre hij of zij als geestelijk begeleider in staat is om zelf de begeleiding op zich te nemen, door te verwijzen, of een combinatie te zoeken. Juist op dit punt spitst zich de kernproblematiek van de verhouding tussen geloofsgemeenschappen en GGZ toe.

Gezien de complexiteit van deze problematiek is het niet verwonderlijk dat uit relatief recent onderzoek in Nederland (vooral in protestantse context) blijkt dat pastores behoefte hebben aan

ondersteuning bij hun omgaan met een psychisch probleem. Het hierboven genoemde Focaris-onderzoek had een respons van circa 80%. Alleen al uit deze hoge respons blijkt dat er grote betrokkenheid is bij deze problematiek. Meer dan 90% van de ondervraagden geeft aan moeilijkheden te ervaren in de contacten waarin psychische problematiek een rol speelt, en 80% van hen geeft aan behoefte te hebben aan begeleiding vanuit een zorginstelling of een patiëntenvereniging. Er blijkt daarbij vooral behoefte te zijn aan algemene informatie over psychische problemen en hoe men met deze problematiek dient om te gaan. De vraag of deze informatie gegeven wordt vanuit een christelijke of een neutrale instelling blijkt voor de predikanten daarbij van ondergeschikt belang. Daarnaast willen ambtsdragers meer zicht krijgen op het verschil tussen een geloofsprobleem en een psychisch probleem. De aard van de ondersteuning moet vooral praktisch zijn, door deskundige medewerkers worden geboden en niet te veel tijd in beslag nemen.

In 2005 is door De Grote Rivieren (Waard, 2005) een onderzoek gedaan naar de kennis van de psychiatrie, de mate van doorverwijzen en de behoefte aan ondersteuning bij pastores in het werkgebied van GGZ De Grote Rivieren, Zuid Holland Zuid (groot gebied: De Drechtsteden, Gorcum, Alblasserwaard). Ook in dit onderzoek geeft het merendeel van de pastores aan belemmeringen te ervaren in de omgang met mensen met psychiatrische problemen en behoefte te hebben aan ondersteuning in de omgang met hen. Er is sprake van een grote verscheidenheid aan psychiatrische problemen waarmee men wordt geconfronteerd. Men heeft het meeste behoefte aan informatie over schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen en depressie. De meest genoemde onderwerpen ter ondersteuning zijn 'kunnen terugvallen op iemand met verstand van zaken' en 'vroeg leren onderkennen van psychiatrische stoornissen'. Daarnaast heeft men behoefte aan ondersteuning op het gebied van algemene verschijnselen van psychiatrie en bij het onderscheid kunnen maken tussen geloofproblemen, psychische problemen en psychiatrische ziektebeelden. Ook hier wordt als voorwaarde genoemd dat het praktisch moet zijn, niet teveel tijd en geld mag kosten, en door een deskundige hulpverlener moet worden gegeven. Opvallend hierbij is dat een groter percentage orthodoxen aangeeft te zullen doorverwijzen en positiever ervaringen hebben met de GGZ dan gematigden. Niet onderzocht is overigens in hoeverre ook daadwerkelijk wordt doorverwezen door de pastores.

In het promotieonderzoek van Annemarie Noort (publicatie in voorbereiding) blijkt onder andere dat een depressievignet slechts door de helft van de pastores wordt herkend. Het kunnen herkennen van signalen die wijzen op een ziektebeeld is van groot belang is voor het doorverwijzen.

Het hierboven genoemde Kaski-rapport geeft hetzelfde beeld: Predikanten geven aan attent te zijn op deze problemen (meer op de doelgroep zelf dan op de naastbetrokkenen), zien dit ook als een taak van de gemeente en hebben ook daadwerkelijk regelmatig contacten met mensen met psychische en psychiatrische problemen. Zij ervaren echter dat hun kennis tekortschiet en 92% geeft aan veel of enige behoefte te hebben aan meer kennis over psychiatrie en psychische problemen.

Opvallend in het Kaski-onderzoek is dat er ook regelmatig pastorale en andere contacten zijn met mensen met psychische en psychiatrische problemen buiten de eigen geloofsgemeenschap. Het belang van de hulpverlening van lokale geloofsgemeenschappen reikt dus verder dan alleen de eigen leden.

Signaleringsinstrument en speciaal telefoonnummer voor pastores

GGZ 'de Grote Rivieren' poogt tegemoet te komen aan de hierboven geschetste behoefte door de ontwikkeling van een signaleringsinstrument als een bruikbaar hulpmiddel voor de dagelijkse praktijk van pastores om psychische en/of psychiatrische problemen te herkennen. Het doel van het signaleringsinstrument is om knelpunten in de signalering en verwijzing te verminderen, zodat meer mensen met psychiatrische problemen effectiever kunnen worden geholpen.

Het signaleringsinstrument kan gezien worden als een hulpmiddel van voor-triage, gericht op het onderkennen van psychiatrische symptomen, het bespreken ervan met de persoon en diens netwerk en met de persoon tot een besluit komen.

De kern van het instrument bestaat uit een signalenkaart, waarin ruim twintig signalen worden beschreven die kunnen wijzen op ernstige psychische/psychiatrische problematiek. De ernst uit zich vooral in lijdensdruk en belemmeringen in het dagelijkse functioneren van de betrokkene en/of diens omgeving.

Het signaleringsinstrument is een hulpmiddel dat leeftijdsonafhankelijk kan worden benut. Het traject wordt beschreven in een aantal stappen: Het begint met het serieus nemen van een eigen vermoeden dat er iets mis is, vanuit diens eigen waarneming of vanuit de omgeving van betrokkene. Met name sterke veranderingen in gedrag en uitingen zijn daarbij een belangrijk signaal. Vervolgens wordt beschreven hoe de pastor actief verder kan onderzoeken wat er speelt, mede aan de hand van de signalenlijst en dit in gesprek met de betrokkene en diens omgeving. Tot slot gaat het om het nemen van een besluit samen met betrokkene:

- Wat wil betrokkene zelf?
- Actie ondernemen binnen de gemeente?
- Overleggen met GGZ?
- Doorverwijzen via de huisarts?

Ook kan overlegd worden met een binnen de GGZ aangewezen aandachtfunctionaris voor pastores. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van een signaleringsformulier om (anoniem) een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de situatie. Dit overleg is vooral bedoeld om te kunnen bepalen of er wel of geen hulp nodig is en zo ja wat voor hulp.

Door de combinatie met een speciaal telefoonnummer waar pastores terecht kunnen voor overleg, advies en melding, wordt de afstand tussen pastor en GGZ verkleind. Indien er sprake is van doorverwijzing naar GGZ, blijft de daadwerkelijke doorverwijzing via de huisarts gaan, maar de hulpverlening kan sneller op gang komen door deze directe verbinding. GGZ en geloofsgemeenschap kunnen samen overleggen over taakverdeling en afstemming. Het signaleringsinstrument en het spreekuur levert een bijdrage aan het ontstaan van een gemeenschappelijke taalveld en begrippenkader.

In 2005 is het signaleringsinstrument voor het eerst gepresenteerd en toegelicht op een studiebijeenkomst voor 43 pastores. Op deze bijeenkomst werd nadrukkelijk de behoefte aan deskundigheidsbevordering door de aanwezige pastores benoemd. Aan het einde van de bijeenkomst schatte 91% het instrument in als een zeer bruikbaar hulpmiddel. Eind 2007 is het feitelijk gebruik van het signaleringsinstrument en de overlegmogelijkheid met de aandachtfunctionaris onder deze pastores onderzocht; 10% gebruikt het instrument met regelmaat, 60% af en toe, en 30% nooit. In 2007 hebben vijftien consultaties plaatsgevonden. Vijfenvijftig procent van de ondervraagden ervoeren het nuttig en waardevol dat de mogelijkheid er is. Wel gaven pastores aan dat een vast telefonisch spreekuur in de week een hinderlijke drempel opwerpt. De bereikbaarheid is daarop uitgebreid tot kantoor tijd.

De ontwikkeling van het signaleringsinstrument heeft onder de pastores in het werkgebied van

De Grote Rivieren geleid tot vervolgvragen over de omgang in de geloofsgemeenschap met concrete ziektebeelden. Deze vraag heeft geleid tot een aantal themabijeenkomsten in 2006 en 2007 waarin achtereenvolgens depressie, persoonlijkheidsstoornissen, psychosen, dementie en verslaving werden behandeld. Het totaal aantal deelnemers aan deze bijeenkomsten bedroeg 163, verdeeld over vijf bijeenkomsten. De bijeenkomsten werden hoog gewaardeerd in de evaluatieformulieren. Vanaf 2007 worden ook intervisiesessies aan deze themabijeenkomsten verbonden, waarin deelnemers met eigen casus komen.

Discussie en conclusie

Het werkgebied van De Grote Rivieren is op het gebied van kerkelijkheid waarschijnlijk niet geheel representatief voor Nederland: een deel van de Bijbelgordel bevindt zich er in. Dat betekent dat er relatief veel stabiele, actieve en orthodoxe kerken zijn. Uit de onderzoeken van Focaris en De Waard blijkt dat juist deze kerken relatief veel doorverwijzen. Het is aannemelijk dat door een duidelijk geloofsprofiel, grote onderlinge zorg en sociale controle in relatief gesloten en hechte gemeenschappen afwijkend en veranderend gedrag snel in het oog valt.

Het ontwikkelde instrument en cursusaanbod hebben een sterk cognitief karakter en zijn gericht op pastores als wetenschappelijk pastoraal geschoolde en competente functionarissen van gevestigde geloofsgemeenschappen. Het kerkelijke landschap ontwikkelt zich echter sterk in de richting van meer charismatisch geleide geloofsbewegingen, met beduidend minder cognitieve scholing en nadruk op emotie en beleving. De vraag zou gesteld kunnen worden of dit instrument nog een passend aanbod is bij deze nieuwere ontwikkelingen. Een eerste verkenning in het werkgebied van De Grote Rivieren stemt op dit punt optimistisch: met name op het punt van het herkennen van symptomen en het onderscheid tussen een 'geestelijk' en een 'psychisch' probleem lijkt ook bij deze groep behoefte aan meer kennis en ondersteuning. Het signaleringsinstrument kan daarom gezien worden als een startpunt vanuit GGZ-perspectief om een bijdrage te leveren aan de bewustwording van pastores dat er mogelijk sprake is van psychische/psychiatrische problematiek en dat op grond daarvan doorverwijzing van en/of samenwerking met GGZ noodzakelijk kan zijn. Vroege signalering levert een belangrijke bijdrage aan succesvolle behandeling.

Het hele pakket is een kennis-aanbod vanuit de GGZ richting lokale geloofsgemeenschappen. Het is een aanbod dat, uitgaande van het belang van de individuele persoon die lijdt onder een psychische stoornis, een win-win situatie belooft, zowel vanuit het oogpunt en de eigenheid van de GGZ als van de functie van lokale geloofsgemeenschappen. Het is niet alleen belangrijk dat leiders van geloofsgemeenschappen betere scholing ontvangen over geestelijke gezondheid, maar het is even belangrijk dat GGZ-behandelaars religieuze ervaring leren herkennen en begrijpen.

Dit alles maakt dat de samenwerking tussen GGZ en levensbeschouwelijke organisaties 'maatwerk' is, waarbij ook de wederzijdse kritische dialoog een kernelement is. Gezien de gegroeide verhoudingen is die kritische dialoog, zeker als er vanuit de psychiatrie een begin wordt gemaakt, niet goed mogelijk zonder waardering voor de steunende aspecten van geloof. Tegelijkertijd vormen de nieuwere zelfbewuste evangelische en pinksterbewegingen met eigen genezings- en bevrijdingspraktijken een nieuwe uitdaging voor de psychiatrie.

Met dank aan Arthur van Gool en Liesbeth Kuilboer voor hun kritische lezing en bijdrage aan de tekst.

Literatuur

- Bernts, T., Dekker, G. & Hart, J. de (2007). Geloven in Nederland 1996-2006, Kampen: Kok.
- Jong, G. de (2008). Ruimte voor anderszijn, inventarisatie van kerkelijke initiatieven voor mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen (Kaski nr. 579), Utrecht: PKN.
- Dehue, G.C.G. (2009). De depressie epidemie, Amsterdam: Augustus.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, (DSM-IV-TR), Washington DC: Pearson Assessment and Information.
- Hoffer, C.B.M. (2003). De GGZ, religie en zingeving: de zorg voor cliënten met een islamitische achtergrond. In F. van Ree (Red.), GGZ en levensbeschouwing, psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders (pp. 203-221). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Koenig H.G., McCullough, M.E. & Larson. D.B. (2001). Handbook of Religion and Health, New York: Oxford University Press.
- Kronjee, G.J. (2006). De religieuze transformatie en de sociale cohesie. In W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee & Plum, R.J.J.M. (Red.), Geloven in het publieke domein, verkenning van een dubbele transformatie (pp. 67-88). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lems, S. (2004). Preventie, dienstverlening en kerkelijke gemeente, Amsterdam: TNS NIPO.
- Noort, A. (2008). De beoordeling van vignetten van psychiatrische problematiek met religieuze inhoud door GGZ-medewerkers. Psychopraxis 10, nr. 6, 257-262.
- Pargament, K. (1997). The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice, New York: Guilford Press.
- Pieper, J. & Uden, M. van (2005). Religion and Coping in Mental Health Care, Amsterdam-New York: Rodopi.
- Psychopraxis 20, nr. 6: Themanummer Religie en levensbeschouwing in de GGZ.
- Schilderman, H. (2006). Religie en Zorg in het publieke domein. In W.B.H.J. van de Donk, A.P. Jonkers, G.J. Kronjee & Plum, R.J.J.M. (Red), Geloven in het publieke domein, verkenning van een dubbele transformatie (pp. 395-416). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Waard, F.D.C. de (2005). Van Kerk naar GGZ. Dit onderzoek is niet uitgegeven, maar kan geraadpleegd worden in de bibliotheek van De Grote Rivieren.
- www.focaris.nl: Het Focaris-onderzoek door TNS Nipo is niet schriftelijk uitgegeven maar wel te downloaden via de website van Focaris.