



ACADEMIE VOOR
GEESTESWETENSCHAPPEN

Ik zie wat jij niet ziet

deskundigheidsbevordering rondom spiritual emergency in psychiatrie, geestelijke begeleiding en
aanverwante zorg

Projectvoorstel

- In opdracht van de Academie voor Geesteswetenschappen
- Utrecht, maart 2024
- Mw. drs. Merel Catharijne de Waard
- Supervisor: Dr. Mr. Fons Dekkers

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
2	Spiritual emergency: grenservaringen en psychisch lijden	8
2.1.1	Definities en verklaringsmodellen	8
2.1.2	Spiritual emergence / emergency	9
2.1.3	Onderscheid tussen pathologische en authentieke grenservaringen	10
2.1.4	Bijzondere ervaringen, grenservaringen: voorbeelden	11
2.1.4.1	Auditieve hallucinaties – communicatie binnen en buiten	11
2.1.4.2	Visuele hallucinaties – visioenen – intuïtieve beelden of indrukken	12
2.1.4.3	Sensorische hallucinaties – energieën voelen	12
2.1.4.4	Wanen – bijzondere inzichten	12
2.1.4.5	Manische episode – extase – eenheidservaring – verlichting	12
2.1.4.6	Depressie – nacht van de ziel	13
2.1.4.7	Andere grenservaringen	13
2.1.4.8	Nabij-de-dood-ervaring (NDE)	13
2.1.5	Hulpvraag rondom grenservaringen	14
2.2	Deskundigheidsbevordering	15
2.2.1	Betrokken beroepsgroepen	15
2.2.1.1	GGZ	15
2.2.1.1.1	Bijdrage van GGZ behandelaren binnen de scholing	16
2.2.1.2	Geestelijke begeleiding	16
2.2.1.2.1	Bijdrage van geestelijk begeleiders	16
2.2.1.3	Ervaringsdeskundigen	17
2.2.1.3.1	Bijdrage van ervaringsdeskundigen	17
2.2.1.4	Complementair zorgverleners	17
2.2.1.4.1	Bijdrage van complementair zorgverleners	18
2.2.1.5	Interprofessionaliteit	18
2.3	Opdrachtgever	18
2.3.1	Organisatie-omschrijving	18
2.3.2	Afbakening ten opzichte van andere aanbieders	19
2.3.3	Samenwerkingspartners	19
2.3.3.1	Inhoudelijke partner	19
2.3.3.2	Ervaringsdeskundigen	20
2.3.3.3	Beroepsverenigingen	20

2.3.4	Betrokken personen.....	20
3	Onderzoeksvraag.....	22
3.1	Vraagstelling.....	22
3.1.1	Deelvragen	22
3.2	Afbakening van het project.....	22
3.3	Doelstelling en eindproduct.....	23
3.3.1	Doelstelling.....	23
3.3.2	Eindproduct/eindresultaat.....	23
4	Theoretisch kader.....	24
4.1	Verschillende invalshoeken	24
4.1.1	Action research	24
4.1.2	Interprofessionele ontwikkeling	24
4.1.3	Cultural historical activity theory	25
4.1.4	Sociaal constructivisme	26
4.1.5	Ziekte- en Gezondheidsnarratieven.....	26
4.1.6	De plaats van positivisme.....	27
4.1.7	Fenomenologie.....	27
5	Onderzoeksopzet.....	29
5.1	Ontwerpen van een scholing omtrent spiritual emergence/y	29
5.1.1	Action research stappen	29
5.1.2	Ontwerpen van de pilot	29
5.2	Wijze van dataverzameling	30
5.2.1	Literatuurstudie.....	30
5.2.2	Stakeholders.....	30
5.2.3	Experts.....	30
5.2.4	Focusgroep.....	30
5.2.5	Evaluatie	31
5.3	Werkplanning.....	31
5.3.1	Toelichting op de begroting	32
5.3.1.1	Uren	32
5.3.1.2	Kosten voor de pilot	32
5.3.1.3	Verdeling kosten.....	32
6	Resultaten vooronderzoek.....	33
6.1	Interprofessionele insteek	33

6.2	Interculturele insteek.....	33
7	Voorlopige opzet voor de opleiding.....	35
7.1	Doelgroep.....	35
7.2	Interprofessionaliteit	35
7.3	Interculturele insteek.....	36
7.4	Transpersoonlijke insteek	36
7.5	Leerlijnen	36
7.6	Duur van de scholing.....	37
8	Modulebeschrijvingen	38
8.1	Opening (1 dag).....	38
8.2	Inleidend blok: spiritual emergence / y.....	38
8.2.1	Wouter Kusters (filosoof, taalwetenschapper, docent) over de filosofie van de waanzin 38	
8.2.2	Eva Ouwehand over spirituele en religieuze inhouden bij mensen met een bipolaire diagnose.....	39
8.2.3	Rogier Hoenders.....	39
8.2.4	Spiritual emergency - vacature	40
8.3	Grenservaringen.....	40
8.3.1	Ervaringsdeskundigen	40
8.3.2	Hulpverleners	40
8.3.3	Colleges binnen de module Grenservaringen	41
8.3.3.1	Stemmen – Peter Oud	41
8.3.3.2	Kundalinicrisis, visioenen of hallucinaties – José Hoekstra	41
8.3.3.3	De nacht van de ziel.....	41
8.3.3.4	Extase.....	41
8.3.3.5	Verruimde bewustzijnsstaten: psychedelica	41
8.3.3.6	Verruimde bewustzijnsstaten: meditatie	41
8.4	Visies	42
8.4.1	Mystiek.....	42
8.4.2	Oosterse religies.....	42
8.4.3	Natuurreligies.....	42
8.4.4	Eclectische spiritualiteit	42
8.4.5	Psychosociale basiskennis module: medische diagnoses en bijzondere ervaringen	42
8.5	Transpersoonlijke visie.....	43

Ik zie wat jij niet ziet

8.5.1	Transpersoonlijke psychologie – Hein van Dongen	43
8.5.2	Filosofie van de binnenwereld - Wouter Kusters.....	43
8.5.3	Filosofie en fenomenologie – vacature	43
8.6	In de praktijk	44
8.6.1	Cultuursensitiviteit in je werk – Sherida Pengel.....	44
8.6.2	Transpersoonlijk counselen – Lars Hermesdorf.....	44
8.6.3	Mind-body interventies – diverse docenten.....	44
8.6.4	Practicum interprofessioneel werken	44
Bronnenlijst		45

1 Inleiding

Sommige mensen zien dingen die anderen niet zien. Dat kan letterlijk zijn, maar ook figuurlijk. Bijvoorbeeld het zien van mensen die er niet zijn, verstoringen in je gezichtsveld of vreemde lichtflitsen. Of het zien van kabouters, engelen, overleden mensen, prachtige of juist angstaanjagende muziek. Ben je dan gek? Of gewoon bijzonder? En hoe zit dat met het horen van stemmen of andere geluiden die anderen niet horen? Enge stemmen, of juist steunende, vriendelijke stemmen?

Je kunt ook figuurlijk dingen zien die anderen niet zien. Visionairs bijvoorbeeld, zien – of denken – verder dan anderen. Je kunt een extra flexibele manier van denken hebben, of juist een veel vastere koers varen dan anderen. Sommige mensen hebben denkbeelden die in geen enkele cultuur passen en daardoor voor de meeste mensen buitengewoon (letterlijk) vreemd zijn. Anderen hebben denkbeelden die voor de ene groep mensen vreemd zijn, maar voor mensen uit een andere (sub)cultuur herkenbaar en heel normaal.

De titel van dit projectvoorstel, *Ik zie wat jij niet ziet*, slaat op bijzondere ervaringen. Ervaringen die zo bijzonder zijn, dat ze een uitdaging zijn in de communicatie met mensen die deze ervaringen niet hebben. Mensen die deze ervaringen hebben, vragen er soms hulp bij, omdat ze er in meer of mindere mate last van hebben. Deze hulp kan komen uit verschillende hoeken. Afhankelijk van het soort ervaring, de lijdensdruk en iemands sociale en culturele context, komt een bijzondere-ervaring-beleever bijvoorbeeld terecht bij een herstelacademie, de GGZ, een geestelijk begeleider, een complementair zorgverlener.

Ik zie wat jij niet ziet slaat ook op het 'zicht' van de beroepsgroepen in de zorg die te maken hebben met dit onderwerp. Elke beroepsgroep bekijkt bijzondere ervaringen met een andere bril. Een medische bril, een spiritueel / religieuze, een culturele of sociaal-maatschappelijke. Elke benadering belicht andere aspecten. Elke zorgverlener brengt eigen expertise in om cliënten bij te staan. In de samenwerking met elkaar, kunnen we elkaars blikveld verruimen, aanvullen en corrigeren. Zo zien en kunnen we meer dan ieder voor zich.

De Stichting Academie voor Geesteswetenschappen in Utrecht is opdrachtgever van dit project en vroeg mij om een voorstel te schrijven voor het ontwikkelen van een scholing rondom bijzondere ervaringen waarmee zorgverleners uit al deze hoeken uit de voeten kunnen. Het voorstel wordt gesteund door de samenwerkingspartners (die de paragraaf over de opdrachtgever).

Een kort overzicht van de opzet van dit projectvoorstel:

In hoofdstuk 2 introduceer ik het probleemgebied en bijbehorende definities, achtergronden en betrokkenen. In hoofdstuk 3 beschrijf ik de vraagstelling voor de ontwerpfase, afbakening, doelstelling en eindproduct. In hoofdstuk 4 ga ik in op relevante theoretische kaders en begrippen. In hoofdstuk 5 bespreek ik de opzet van het onderzoeksproject en geef ik een grove werkplanning. In hoofdstuk 6 geef ik enkele punten weer uit het vooronderzoek dat vooraf is gegaan aan dit projectvoorstel. In hoofdstuk 7 beschrijf ik de voorlopige opzet van de te ontwerpen scholing. In hoofdstuk 8 staan de beoogde modulebeschrijvingen. Deze zijn met nadruk voorlopig, omdat er consultatie plaats zal vinden met stakeholders. Het voorstel zou echter te breed en onduidelijk zijn zonder dit hoofdstuk.

In dit projectvoorstel wordt gesproken over cliënten, niet patiënten, in de geest van gelijkwaardigheid van hulpverlener en hulpvrager. Bovendien is de term cliënt passender, omdat de beoogde opleiding met nadruk een interprofessionele focus heeft en gericht is op

ervaringsdeskundigen, geestelijk verzorgers, artsen, verpleegkundigen en paramedisch en complementair therapeuten.

Daarnaast wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van genderneutrale terminologie voor personen: die / diens en hen / hun. Waar mogelijk wordt dit grammaticaal correct gedaan.

Ik hoop dat u dit voorstel leest vanuit een stevige basis in uw eigen visie, met een open mind voor de visie van anderen. Laten we samen zorgen voor vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt, maar ook tussen hulpverleners uit diverse disciplines onderling.

Merel de Waard

Januari 2025

2 Spiritual emergency: grenservaringen en psychisch lijden

‘There are more things in heaven and earth, Horatio, than are dreamt of in our philosophy.’

Hamlet

Er zijn mensen die bijzondere ervaringen meemaken in hun leven. Soms éénmalig, soms vaker, soms zelfs dagelijks. Binnen de GGZ duidt de term bijzondere ervaringen op een aantal ervaringen die mogelijk een groter risico geven op psychische klachten, zoals auditieve of visuele hallucinaties en bijzondere gedachtegangen (die ook wel wanen worden genoemd) (Van der Gaag, Staring & Valmaggia 2012). In dit projectvoorstel worden deze ervaringen bedoeld, maar ook andere ervaringen die erop lijken of eraan grenzen. Denk aan waarnemingen die anderen niet kunnen waarnemen, zoals stemmen, geluiden of beelden, maar ook synchroniciteiten¹, nabij-de-dood ervaringen, spirituele extase, eenheidservaringen (of verlichtingservaringen²), gebedsverhoring, contact met ‘iets’, ‘iemand’ of meerdere wezens die door anderen niet worden waargenomen en andere aanverwante ervaringen. Deze ervaringen worden ook wel *grenservaringen* genoemd. Een specifieke grenservaring, of samenstel van meerdere grenservaringen, is de *spiritual emergency*. In dit hoofdstuk zet ik uit één wat ik hiermee bedoel en ga ik summier in op enkele theoretische aspecten. Meer over de theoretische achtergronden van dit project is te vinden in hoofdstuk 4.

2.1.1 Definities en verklaringsmodellen

De term grenservaring heeft verschillende betekenissen vanuit verschillende verklaringsmodellen. Van Os noemt een psychose of suïcidaliteit, mentale grenservaringen. Een mentale grenservaring is hier een ervaring waarbij de emotionele stabiliteit van iemand niet bij diens persoonlijke ‘grondlijn’ blijft, maar langdurig afwijkt. De grens is hier de grens van de eigen ‘bandbreedte’, het emotionele gebied dat voor deze persoon aanvoelt als normaal, gezond of stabiel (GGZ-VS z.d.).

Bij de Academie voor Geesteswetenschappen worden grenservaringen, in navolging van de transpersoonlijke psychologie, gezien als ervaringen die te maken hebben met een transcendent gebied, een gebied buiten het zintuiglijk waarneembare. In deze definitie van grenservaringen wordt de inhoud van die ervaringen serieus genomen. Hier is de grens geen grens binnen de beleving van een individu, maar een grens tussen het persoonlijke en het transcendente, of transpersoonlijke (betrekking hebbend op een gebied dat het persoonlijke te boven gaat). Grenservaringen in deze laatste definitie zijn niet noodzakelijkerwijs negatief. Ze kunnen heel positief zijn, zoals het ervaren van een stem van een overleden dierbare die steunende dingen zegt, of een positieve nabij-de-dood ervaring waardoor angst voor de dood vermindert. Zowel positieve als negatieve grenservaringen kunnen echter aanleiding zijn tot psychisch lijden. Daar ontstaat het raakvlak tussen psychiatrie, religie / zingeving en geestelijke begeleiding (Fons Dekkers, persoonlijke communicatie 1 juli 2024; Hein Van Dongen, persoonlijke communicatie 26 juli 2024).

¹ Betekenisvol samenvallen van gebeurtenissen, waardoor je het gevoel krijgt dat het geen toeval kan zijn, een term van Carl Jung.

² In verschillende levensbeschouwingen wordt gesproken over verlichting als een bewustzijnsstaat waarin iemand een eenwording ervaart met het goddelijke, het universum, alles wat leeft, of een totale geestelijke vrede. Een eenheidservaring is een andere term hiervoor.

Cliënten / ervaringsdeskundigen hanteren soms andere definities en verklaringsmodellen voor hun grenservaringen dan in de GGZ gebruikelijk (Kleinman 1988a en b; Ouwehand, Wong, Boeije & Braam 2014; Braam & Verhagen 2022). Dit noemen we in dit projectvoorstel een narratief (zie paragraaf 4.1.5. voor een bespreking). Narratieven kunnen hun origine hebben in diverse culturele en levensbeschouwelijke stromingen, in de persoonlijke geschiedenis en in diverse medische tradities (Braam & Verhagen 2022; Ouwehand 2020). Deze narratieven, de manier waarop ziekte en/of spirituele grenservaringen worden gezien door cliënten, zorgverleners en iemands culturele en levensbeschouwelijke context, zijn met elkaar verweven en in voortdurende beweging (Kleinman 1988a en b). Verschillen in verklaringsmodellen tussen patiënt en zorgverlener kunnen de behandeling hinderen (Ouwehand 2020).

Aandacht voor narratieven en verklaringsmodellen kan bestaan naast een stevige basis in de medische wetenschap. Ik ga hier nog wat dieper op in in hoofdstuk 4 over het theoretisch kader van de scholing, maar laat ik hier alvast noemen dat een verklaringsmodel dat samenhangt met een cliëntnarratief niet hetzelfde is als een diagnose of ontologische verklaring voor een ziekte. Een cliëntnarratief kan bij uitstek benaderd worden vanuit het sociaal constructivisme waarbij de diagnose voor de cliënt slechts één aspect is van een geheel aan duidingen en betekenissen. Een neurologische aandoening of een afhankelijkheid van drugs is echter nog altijd te verklaren vanuit een positivistisch wereldbeeld, waarbij neurotransmitters en toxinen daadwerkelijk bestaan, een werking hebben onafhankelijk van cultuur of levensbeschouwing en een evidence-based behandeling nodig hebben die past binnen medische kaders (Van der Gaag, Staring en Valmaggia 2012; Van Deth & Vandereyken 2019; Swaab 2012). Daarnaast is het heel goed mogelijk om naar ervaringen te kijken vanuit een sociaal constructivistisch of fenomenologisch perspectief voor zover ze niet, of niet alleen maar pathologisch zijn, zoals in de sociale wetenschappen, psychologie en filosofie mogelijk is. Ook daarover schrijf ik kort in hoofdstuk 4.

Dat gezegd hebbende, ga ik in dit hoofdstuk eerst in op de definities en achtergronden van het begrip spiritual emergency, zodat helder wordt waar we het over hebben.

2.1.2 Spiritual emergence / emergency

Een grenservaring (of geheel van grenservaringen) die in meerdere definities past, is de *spiritual emergency*. Een term die ik zal uitleggen aan de hand van de tekst op de achterkant van Stanislav Grof's boek 'From spiritual emergency to healing and rebirth' (1989).

'Increasing numbers of people involved in personal transformation are experiencing spiritual emergencies – crises when the process of growth and change becomes chaotic and overwhelming. Individuals experiencing such episodes may feel that their sense of identity is breaking down, that their old values no longer hold true, and that the very ground beneath their personal realities is radically shifting. In many cases, new realms of mystical and spiritual experience enter their lives suddenly and dramatically, resulting in fear and confusion. They may feel tremendous anxiety, have difficulty coping with their daily lives, jobs and relationships, and may even fear for their own sanity.'

Zo'n ervaring is een grenservaring in de zin van Van Os' visie: een ervaring die zodanig afwijkt van iemands grondlijn, dat deze aan de grens zit van wat voor die persoon als 'normaal' geldt. Tegelijkertijd is zo'n ervaring een grenservaring (of bestaat uit grenservaringen) die voldoet (voldoen) aan de definitie die bij de Academie voor Geesteswetenschappen wordt gehanteerd: een

ervaring op de grens van de individuele persoonlijkheid en iets dat groter is dan dat, een spirituele of transpersoonlijke ervaring.

De beschrijving gaat verder na een opmerking over het falen van de psychiatrie om spiritual emergency te onderkennen en te onderscheiden van 'gewone' psychopathologie (waarover later meer) met een hoopvolle boodschap:

'However, there is a new perspective developing among many mental health professionals and those studying spiritual development that views such crises as transformative breakthroughs that can hold tremendous potential for physical and emotional healing. When understood and treated in a supportive manner, spiritual emergencies can become gateways to higher levels of functioning and new ways of being. [...]within the crisis of spiritual emergency lies the promise of spiritual emergence and renewal.'

(Grof & Grof 1989)

We kunnen spiritual emergency vertalen met 'spirituele crisis / noodtoestand' en spiritual emergence met 'spiritueel ontwaken / ontwikkelen', maar ik vind het jammer om de woordspeling uit het Engels in de vertaling verloren te zien gaan. Daarom gebruik ik in dit projectvoorstel vooral de Engelse termen. Dit betekent niet dat deze termen ook leidend moeten zijn in de communicatie over de opleiding naar buiten. Dat laat ik over aan de communicatie-adviseurs.

De scholing die in dit projectvoorstel wordt voorgesteld, zal het fenomeen 'spiritual emergency' of spirituele crisis als onderwerp hebben, met 'spiritual emergence' of spiritueel ontwaken reeds in het woord vervat. Een spirituele crisis, of spiritual emergency, kan worden omschreven als **een set psychische klachten die samenhangt met bijzondere ervaringen of grenservaringen, niet noodzakelijkerwijs pathologisch**. Deze omschrijving zou ik als werkdefinitie willen voorstellen.

2.1.3 Onderscheid tussen pathologische en authentieke grenservaringen

Het boek van Grof, een verzameling artikelen over spiritual emergency, heeft ten tijde van zijn verschijning de toon gezet met betrekking tot dit onderwerp. In de opleiding zal dit boek zijn opwachting maken, naast een scala aan andere literatuur die sindsdien is geschreven. Nog één citaat, om te wijzen op het hete hangijzer voor veel mensen die een spiritual emergency meemaken:

'Unfortunately, much of modern psychiatry has failed to distinguish these episodes from mental illness. As a result, transformational crises are often suppressed by routine psychiatric care, medication and even institutionalization.'

(Grof & Grof 1989)

Of het mogelijk is om onderscheid te maken tussen pathologische en 'normale' religieuze ervaringen is een punt van discussie gebleven, maar het onderscheid is mogelijk in het geheel niet houdbaar. Ouwehand (2020) concludeert in haar onderzoek dat een dergelijk onderscheid niet hard te maken is op wetenschappelijke gronden. Uit haar onderzoek naar spirituele ervaringen bij mensen met een bipolaire stoornis blijkt dat bij de diagnose soms zingeving en pathologie door elkaar lopen en moeilijk te onderscheiden zijn, zowel voor de behandelaar als voor de patiënt zelf. Braam en Verhagen (2022) bespreken de implicatie van religie en spiritualiteit voor diagnostiek in de GGZ, oftewel het differentiëren tussen spirituele ervaringen en psychische stoornissen. Pogingen om deze differentiatie te systematiseren lopen steevast op niets uit. Dit stuit ook op weerstand bij cliënten:

een duiding van hun ervaringen kan ook worden opgevat als een oordeel, of veroordeling. De arts zou kunnen bepalen welke van je ervaringen echt zijn en welke niet. Er wordt dan ook gepleit voor een herwaardering van existentiële-experiëntiële kennis en ervaring. Carol & Kidd (2017, geciteerd door Braam & Verhagen 2022) schrijven:

‘Het miskennen van religieuze en spirituele ervaringen als zodanig en wegschrijven als wanen en hallucinaties op basis van de zg. duidingsmacht van de behandelaar heet tegenwoordig **epistemische onrechtvaardigheid** omdat het onrecht doet aan de persoon in kwestie en diens ervaren.’

Het is een discussie die veel mensen met spirituele ervaringen ook met zichzelf voeren: is dit echt, of ben ik gek? Zijn er nog mogelijkheden die daar tussenin liggen? Met die vraag eindigt de hulpverlening aan mensen met een spiritual emergency allerm minst. Je zou kunnen zeggen dat ze dan slechts begint. De vraag of

- de spiritual emergency de oorzaak is van het psychisch lijden
- het psychisch lijden de oorzaak van de spiritual emergency
- beide aspecten op een andere manier samengaan
- of een combinatie van deze drie mogelijkheden

is nog door niemand afdoende beantwoord en laat ik in dit projectvoorstel dan ook in het midden. In de scholing kan ruimte zijn voor de deelnemers om gezamenlijk tot een sociaal-constructivistisch, interprofessioneel, voorlopig werkbaar antwoord te komen.

2.1.4 Bijzondere ervaringen, grenservaringen: voorbeelden

Een spiritual emergency is dus volgens onze werkdefinitie een set psychische klachten die samenhangt met bijzondere / grenservaringen, niet noodzakelijkerwijs pathologisch. We houden dan rekening met de mogelijkheid dat deze ervaringen wél pathologisch van aard zijn, of pathologisch kunnen ontaarden na verloop van tijd, om welke reden dan ook.

Over wat voor soort bijzondere ervaringen hebben we het dan? In deze paragraaf een kort (niet-uitputtend) overzicht om een idee te geven waar we naar kijken. De ervaringen kunnen worden beschreven vanuit het medische perspectief, maar voordat iemand zoveel lijdensdruk ervaart dat hulp van de GGZ moet worden ingeroepen, passen de ervaringen vaak in andere perspectieven, waaronder levensbeschouwingen of alternatieve wereldbeelden die worden gedeeld door (sub)culturele groepen in de samenleving of stromingen binnen de psychologie. Bij elke bijzondere ervaring noem ik medische termen (uit Van der Gaag, Staring & Valmaggia 2012) en verschillende omschrijvingen, uit diverse veelgebruikte cliëntnarratieven. De omschrijvingen komen veel voor op internet (Van Kempen 2019, Hoekstra z.d., International Spiritual Emergence Network 2019), in niet-medische literatuur (Kusters 2014, Kampschuur & Van Beckhoven 2009, Hoekstra 2023, Ingeman 1991, Dutrieux 2004) en tijdens bijeenkomsten van grassroots organisaties zoals de Crazy Wise Conference (z.d.). Binnen de scholing zullen we ook naar deze ervaringen kijken vanuit een fenomenologisch perspectief. Dat wil zeggen, beschrijvend, zonder er een verklaring of oordeel op te plakken. (meer over fenomenologie binnen het kader van dit project in hoofdstuk 4.) In de hierop volgende opsomming benoem ik niet steeds opnieuw per ervaring de bovenstaande bronnen.

2.1.4.1 Auditieve hallucinaties – communicatie binnen en buiten

Mensen kunnen dingen horen die anderen niet horen. Als er sprake is van een psychose, kun je denken aan het horen van stemmen of geluiden. Deze kunnen worden gehoord alsof ze werkelijk bestaan, dus niet te onderscheiden van echte stemmen, of als een geluid-achtige waarneming in

gedachten. Stemmen worden soms toegeschreven aan goed- of kwaadwillende spirituele wezens, zoals entiteiten, engelen, gidsen of God. Sommige mensen vertellen dat ze de stem horen van een overleden dierbare die hen ondersteunt als ze het moeilijk hebben. Er zijn verhalen van mensen die afzagen van suïcide vanwege zo'n stem. Er zijn ook verhalen van mensen die juist werden gedreven tot een suïcidepoging door een stem. Sommige mensen zien de stemmen als afkomstig van schaduwfiguren of als echo's van stemmen uit de jeugd. Andere geluiden komen ook voor. Het horen van ingewikkelde, niet-bestaande muziekstukken bijvoorbeeld, of een enkele toon of tonenreeks. Ook het horen van wind, terwijl het niet waait, of water zonder dat er water in de buurt is, vallen hieronder. Soms horen mensen stemmen in vogelgeluiden die ze horen als het 's zomers vroeg licht wordt. Of in het geroezemoes van mensenmenigten of het geraas van auto's.

2.1.4.2 Visuele hallucinaties – visioenen – intuïtieve beelden of indrukken

Het zien van dingen die anderen niet zien, wordt binnen een pathologische context een visuele hallucinatie genoemd. Beelden kunnen gezien worden alsof ze zich daadwerkelijk in de omgeving bevinden, of mensen zien ze 'in hun hoofd'. Dit kunnen angstaanjagende beelden zijn, herbelevingen of symbolen voor angsten. Een voorbeeld is het zien van bekende of onbekende personen, insecten of donkere kleuren in de lucht of om mensen heen. Beelden kunnen ook onderdeel uitmaken van een betekenisvolle ervaring als een visioen, of een verschijning van een religieuze persoon, een overleden dierbare, of van letters die een boodschap vormen. Sommige mensen vertellen dat ze aura's zien, of andere lichtverschijnselen. Ook hebben mensen het soms over engelen of andere wezens, of 'energiebollen'. Het kan voor mensen erg verwarrend zijn wat ze zien, ook als er geen sprake is van psychopathologie.

2.1.4.3 Sensorische hallucinaties – energieën voelen

Het gevoel dat er mieren op of onder je huid zitten kan worden veroorzaakt door medicijnen, neuropathie of psychopathologie, maar er zijn ook mensen die vertellen dat ze energieën voelen die een betekenis voor ze hebben. Wat ook voorkomt, is het voelen van een aanwezigheid, het gevoel dat er 'ogen in je achterhoofd prikken', of zelfs het gevoel van een troostende hand op je schouder.

2.1.4.4 Wanen – bijzondere inzichten

Soms kunnen gedachtegangen erg buitenissig zijn en overtuigingen zo sterk, dat er geen uitwisseling mogelijk is met andere mensen. In een psychose spreken we van wanen, maar er zijn ook mensen wier leven zo op z'n kop staat, dat hun oude overtuigingen geen houvast meer geven en nieuwe worden gezocht. Dit kan lijken op een waan, of op de grens zitten van waan en existentiële crisis. Als er culturen zijn waarin gelijkende overtuigingen bestaan, kan iemand met een psychose zich daartoe aangetrokken voelen, maar het kan ook zijn dat iemand niet psychotisch is, maar een sterk houvast zoekt bij een levensovertuiging en daarbij tijdelijk moeilijk bereikbaar is voor diens omgeving, iets wat soms voorkomt bij nieuwe bekeerlingen (ongeacht de religie). Dat kan ook lijken op een waan. Er zijn ook veel grijze gebieden, waarbij alles een beetje lijkt mee te spelen. Copingmechanismen, openbaringen, godsdienstijver, of de onzekerheid die gepaard gaat met een plotselinge hoeveelheid onverklaarbare ervaringen, of met levensvragen.

2.1.4.5 Manische episode – extase – eenheidservaring – verlichting

Mensen met een bipolaire stoornis raken periodiek in een toestand van verhoogde opwindings- en activiteit op verschillende gebieden, vaak afgewisseld met diepe depressies. Het beleven van een eenheidservaring of verlichting, zoals bijvoorbeeld wordt beschreven binnen het Boeddhisme en Hindoeïsme, maar ook de extase van kloosterlingen of Thora-geleerden lijken hier soms erg op. Er lijkt ook een overlap te zijn tussen pathologie en authentieke religieuze / spirituele beleving. Een

religieuze extase kan pathologische vormen aannemen en bij sommige mensen ontstaan religieuze inhouden in een manie, ook al waren ze niet religieus bij aanvang. Extatische ervaringen kunnen spontaan ontstaan, of in samenhang met religieuze of spirituele praktijken, zoals meditatie, gebed, het lezen van spirituele of religieuze teksten. Ook systemen voor persoonlijke ontwikkeling, zoals NLP, yoga, of langdurige introspectie kunnen een dergelijke extase tot gevolg hebben. Een spirituele beoefening kan leiden tot een existentiële crisis, waarbij vragen rondom ethiek en de zin van het leven een hoofdrol spelen. In de extatische ervaring kunnen inzichten elkaar in een hoog tempo opvolgen. Voor sommige mensen geldt dat de inzichten achteraf niet zo bijzonder leken als midden in de ervaring. Voor anderen zijn de inzichten permanent levensveranderend en vraagt de ervaring een integratieproces om weer te kunnen functioneren in het dagelijks leven. De grens tussen pathologie en een in principe gezond transformatieproces is niet altijd even scherp te trekken.

2.1.4.6 Depressie – nacht van de ziel

Een existentiële crisis kan zich ook voordoen in de vorm van een diepe depressie. Hier kan een extatische ervaring aan voorafgaan, maar de depressie kan ook ontstaan in respons op persoonlijke gebeurtenissen of een intensieve uitéénzetting met gebeurtenissen in de wereld. Een allesomvattende zinloosheid, of een absolute leegte kan een ervaring zijn op de bodem van je leven. Ook hier spelen vragen over de zin van het leven, wanhoop en verdriet over de leegheid, of de immoraliteit van mensen om je heen, dichtbij of ver weg. De aanleiding hoeft geen spirituele overdenking te zijn, ook bij een depressie die ontstaat door onderdrukte gevoelens bij trauma, of door eenzaamheid, kunnen dit soort aspecten naar boven komen. Ook hier is een strak onderscheid vaak moeilijk te maken.

2.1.4.7 Andere grenservaringen

Er zijn nog veel meer grenservaringen denkbaar die minder gemakkelijk te categoriseren zijn. Voor al deze ervaringen geldt dat je ze vanuit verschillende paradigma's kunt bekijken.

Telepathie wordt door sommige mensen verklaard door een paranormale begaafdheid, al dan niet met tussenkomst van een niet-stoffelijk wezen. Voor anderen komt het idee dat andere mensen hun gedachten kunnen horen voort uit de inschatting dat de eigen gedachten zo luid zijn dat dat bijna niet anders kan. Soms speelt een angst om ontdekt te worden mee uit een traumatische ervaring.

Synchroniciteiten zijn zinvol samenvallende gebeurtenissen, oftewel toevalligheden die voor degene die ze beleeft een niet-toevallige betekenis hebben. Voor Jung waren synchroniciteiten het werkingsmechanisme van een verborgen zin achter alle natuurwetten, die zelfs de evolutie in de richting stuurden die ze is opgegaan, met de mens en diens bewustzijn als resultaat (Jung 1991).

Veel mensen ervaren weleens betekenisvolle toevalligheden, of synchroniciteiten. Je kunt er troost uit putten of angst voelen voor naderend onheil. Tijdens sommige bewustzijnsstaten (spirituele extase, manie, psychedelica), kunnen synchroniciteiten erg op de voorgrond staan, door de invloed van neurotransmitters. Als er sprake is van pathologie, kan het zijn dat iemand alles als zinvol samenhangend ziet, waardoor een dubbele werkelijkheid ontstaat. Het kan een hulpvraag zijn om in alle geladen betekenissen weer een ontspannen verbinding te vinden met het leven van alledag. Soms liggen daar existentiële issues aan ten grondslag, of psychische mechanismen van attributie, of allebei. Het verschil tussen zinvolle en zinloze toevalligheden is heel persoonlijk en vraagt aandachtig luisteren en een open houding.

2.1.4.8 Nabij-de-dood-ervaring (NDE)

Een bijzondere grenservaring is de Nabij-de-dood-ervaring. Mensen die klinisch dood zijn geweest, komen soms (in het meerjarige onderzoek van Van Lommel 60% van de gereanimeerde patiënten

met hartfalen) met verhalen over een wereld waar je ziel blijft leven als je lichaam overleden is. Vaak is deze wereld onbeschrijflijk mooi, liefdevol en vredig, soms vreselijk wanhopig of angstig. De discussie over de authenticiteit van deze ervaringen is tot op de dag van vandaag zeer levend en onverminderd fel. Je zou bijna denken dat er een religieuze hartstocht schuilt achter de overtuigingen (ook aan de zijde van de positivisten). Los van ons eigen oordeel over de authenticiteit van de ervaringen, kunnen we zien dat mensen die zoiets hebben meegemaakt moeite hebben deze ervaringen te verwerken en weer terug te keren in een 'normaal' dagelijks leven. Soms hebben ze hier hulp bij nodig (Sartori 2015).

2.1.5 Hulpvraag rondom grenservaringen

Mensen die bijzonder veel lijden onder psychische klachten rondom bijzondere ervaringen worden nu vaak behandeld vanuit een regulier paradigma met weinig ruimte voor zingeving en al helemaal niet voor alternatieve of aanvullende verklaringsmodellen. Braam (2019), Ouwehand (2019) en Van Nieuw-Amerongen (2020) constateren in hun studies dat cliënten in de GGZ meer aandacht zouden willen voor de zingevingaspecten van hun ervaringen en dat die aandacht er niet voldoende is. In de ggz standaard herstelondersteuning wordt aandacht voor zingeving vermeld als één van de door ggz-patiënten meest genoemde onvervulde zorgbehoeften (GGZ Standaarden, 2017).

“Er is behoefte aan een professional/ervaringsdeskundige met een soortgelijke levensbeschouwelijke achtergrond, maar vooral aan gesprekken met een niet-oordelende professional / ervaringsdeskundige over levensbeschouwing en spiritualiteit en over de wisselwerking tussen psychische klachten en spirituele spanning.”

(Van Nieuw Amerongen-Meeuse et.al. 2020, vertaling overgenomen uit GGZ Standaarden 2023).

In een kwalitatief onderzoek van Ouwehand e.a. (2014) kwam naar voren dat de vraag of spirituele ervaringen tijdens een manie of psychose 'echt' waren of een teken van hyperreligiositeit voor veel cliënten belangrijk was. Uit de interviews bleek een uitgesproken wens om over religie en spiritualiteit te praten tijdens de behandeling. Sommige respondenten benadrukten de behoefte dat de behandelaar het onderwerp zelf zou aansnijden. Cliënten geven aan hoe belangrijk het is dat de behandelaar in staat is tot een respectvol gesprek over zingevingsvraagstukken, ook als het gaat om bijvoorbeeld de diagnose.

Braam en Verhagen (2022) schrijven dat cliënten een gelijkende levensbeschouwelijke achtergrond van de therapeut op prijs stellen, maar ook als die er niet is, is de aanbeveling dat de behandelaar in ieder geval de eigen uitgangspunten expliciet kan maken en voor zichzelf benoemen. Impliciete uitgangspunten betekenen niet dat ze afwezig zijn, maar meer dat de invloed minder goed te volgen is.

Minder goed onderzocht is de groep mensen die niet terecht komt in de GGZ, omdat hun klachten niet ernstig genoeg zijn of omdat ze buiten de GGZ manieren vinden om met hun ervaringen om te gaan (zie ook paragraaf . Het lijkt erop dat er een groep mensen is met ervaringen die we niet zonder meer pathologisch kunnen noemen, maar die wel aanleiding zijn tot een vorm van persoonlijke crisis en, in het gunstigste geval, succesvolle transformatie.

Kortom, mensen kunnen moeite hebben om grenservaringen te integreren, of er nu sprake is van psychische pathologie of meer of mindere lijdensdruk zonder psychiatrische diagnose. Beide groepen mensen kunnen vroeger of later in aanraking komen met zorgverleners uit diverse beroepsgroepen. Beide groepen mensen zijn gebaat bij zorgverleners die kennis en vaardigheden

hebben om met grenservaringen om te gaan en hun cliënten te helpen deze te integreren in hun herstel en/of in hun dagelijks leven.

2.2 Deskundigheidsbevordering

Hulpverleners in de psychiatrie kunnen zich handelingsverlegen voelen in het licht van de behoeften van hun cliënten rondom religie, spiritualiteit en betekenis. Zij werken dagelijks in een levensbeschouwelijk diverse context, waar ideeën over het leven, religie en spiritualiteit een grote rol kunnen spelen in het verloop van psychische klachten. Hulpverleners zouden op het gebied van zingeving moeten worden opgeleid (Braam en Verhagen 2022).

De GGZ standaard herstelondersteuning (2017) beveelt het volgende aan:

- “Besteed in de begeleiding aandacht aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen en verslavingsproblemen. Het is aan te bevelen dat professionals zich hiertoe laten (bij)scholen en dat het onderwerp opgenomen wordt in de curricula van de opleidingen.
- Schakel zo nodig geestelijk verzorgers in. Zij kunnen vanuit hun specifieke deskundigheid op het vlak van zingeving, de verbinding leggen tussen herstel, betekenisgeving en zingeving en deze kennis en inzichten overdragen op hun collega-professionals.”

Geestelijk verzorgers kunnen ondersteuning bieden op het gebied van zingeving, maar ‘gewone’ pastorale hulp is niet voldoende, omdat dan de juiste therapeutische kennis ontbreekt (Ouwehand 2020). Ervaringsdeskundigen spelen momenteel een grote rol in het aangaan van het snijvlak van zingeving en psychische klachten, zowel binnen herstelacademies als andere patiënten en belangenorganisaties. Niet-medici zouden moeten leren herkennen wanneer een cliënt medische hulp nodig heeft en wanneer en hoe samenwerking met een arts plaats moet vinden. Medici zouden aandacht moeten besteden aan de niet-pathologische kant en de rol bij herstel.

Er is dan ook mogelijk ruimte voor een gespecialiseerde interprofessionele opleiding voor hulpverleners uit de GGZ, ervaringsdeskundigen, geestelijk begeleiders en aanverwante zorgverleners. Voordat we ons daarover buigen, laten we eens kijken waar nu al aandacht wordt besteedt aan de niet-medische / zingevingsaspecten van bijzondere ervaringen en welke beroepsgroepen hierbij zijn betrokken.

2.2.1 Betrokken beroepsgroepen

Hulpverlening bij psychisch lijden rondom bijzondere ervaringen wordt door verschillende beroepsgroepen opgepakt. In deze paragraaf worden de beroepsgroepen en hun hulpaanbod kort beschreven. Elke beroepsgroep heeft in ons probleemgebied iets bij te dragen en kan ook iets leren van de andere. Daarmee zijn al deze beroepsgroepen de vijver waaruit docenten worden geselecteerd en tegelijkertijd de doelgroep van de te ontwerpen scholing.

2.2.1.1 GGZ

De behoefte aan aandacht voor zingeving wordt in de GGZ benoemd en op een aantal manieren opgepakt. De zorgstandaard zingeving in de psychische hulpverlening (2023) geeft direct op de eerste bladzijde een duidelijke boodschap, voor wie niet verder wil lezen:

“Kernaanbeveling in deze zorgstandaard is: bespreek als professional zingeving met de patiënt en zijn naaste.”

(GGZ Standaarden 2023)

Verderop in de zorgstandaard vinden we een uitgebreide bespreking van onderzoek en wenken voor de implementatie. De zorgstandaard benadrukt echter ook dat zingeving op dit moment binnen de GGZ veel te weinig aandacht krijgt. (GGZ Standaarden 2023)

Er is een concrete interventie ontwikkeld om cliënten binnen de GGZ ruimte te bieden om zingevingsvraagstukken te verkennen en bespreken. SPIRIT is een cognitieve gedragstherapeutische interventie in groepsverband, waarbij aandacht wordt gegeven aan zingevingaspecten bij cliënten in GGZ instellingen. De van oorsprong Amerikaanse (en overwegend christelijke) hand-outs van de interventie werden door het Nederlandse team aangepast en aangevuld met inhoud vanuit diverse religieuze en spirituele stromingen, waardoor deze acceptabeler en hanteerbaarder werden voor zowel cliënten als behandelaars met een niet-christelijke achtergrond. (Van Amerongen-Meeuse e.a. 2024). Ook is er een e-health module in ontwikkeling in samenwerking met Eva Ouwehand (Eva Ouwehand, persoonlijke communicatie 2024; Altrecht, z.d.).

Deze interventies kunnen goed gebruikt worden in de GGZ context en zijn praktisch toepasbaar. Zingeving wordt bespreekbaar gemaakt. De interventies zijn echter op zichzelf staande modules. Als je als GGZ behandelaar in je eigen ontmoetingen met cliënten bijzondere ervaringen wilt bespreken vanuit meerdere verklaringsmodellen, inclusief levensbeschouwing, cultuur of een mogelijke transpersoonlijke visie, zul je moeten putten uit eigen ervaring of een achtergrond die je niet op de opleiding hebt gehad. Met andere woorden, je wordt als behandelaar niet plotseling handig in het voeren van gesprekken over spiritualiteit als dat je niet al (van nature, door je persoonlijke geschiedenis of door extra opleiding) goed ligt. Heb je zelf affiniteit met religie, spiritualiteit of betekenis, ligt het gevaar op de loer dat je teveel vanuit je eigen achtergrond handelt en te weinig referentiekader hebt voor de levensbeschouwelijke of culturele achtergrond van je patiënt. Een oplossing is het expliciet maken van de eigen achtergrond van de behandelaar, ongeacht of de behandelaar een religieuze of spirituele affiniteit heeft of niet (Braam & Verhagen 2022). Toch kun je als behandelaar meer bieden als je meer weet van andere benaderingen.

2.2.1.1.1 Bijdrage van GGZ behandelaars binnen de scholing

GGZ behandelaars zouden hun klinische blik en hun praktijkervaring kunnen bijdragen en deze verbinden met eigen levensbeschouwing en experiëntiële kennis. GGZ behandelaars leven niet in een vacuüm: zij hebben vaak hun eigen ervaringen met levensbeschouwingen en sommigen zijn ervaringsdeskundig op zowel het gebied van spirituele ontwikkeling als psychische klachten.

2.2.1.2 Geestelijke begeleiding

Het inschakelen van een geestelijk begeleider bij zingevingsvragen is meestal de eerste logische stap als de cliënt bij de GGZ een behandeling volgt. Cliënten komen ook bij geestelijk begeleiders of verzorgers buiten de GGZ om. Zoals reeds benoemd, hebben geestelijk begeleiders voldoende kennis nodig van inzichten uit de GGZ om een goede inschatting te maken welke hulp voor hun cliënt mogelijk geïndiceerd is. Als er sprake lijkt van psychopathologie, kunnen zij doorverwijzen, terugverwijzen en/of samenwerken.

2.2.1.2.1 Bijdrage van geestelijk begeleiders

Geestelijk begeleiders kunnen een belangrijke rol vervullen om de behoeften van cliënten op het gebied van existentiële worstelingen / spiritual emergency tegemoet te komen. De Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) telt 1550 leden, waarvan er 120 in de psychiatrie werkzaam zijn (De Vereniging van Geestelijk VerZorgers, z.d. a&b). Hier is een schat aan ervaring en doorleefde kennis voorhanden. Binnen de Academie voor Geesteswetenschappen, die een opleiding tot geestelijk

begeleider aanbiedt op HBO niveau, zijn docenten vanuit verschillende wetenschappelijke achtergronden en beroepsgroepen beschikbaar die gewend zijn om over dit onderwerp les te geven.

2.2.1.3 Ervaringsdeskundigen

Een in deze opleiding en het werkveld belangrijke groep zijn de ervaringsdeskundigen. Zingeving is een centraal thema binnen de herstelbeweging, waar ervaringsdeskundigen elkaar ondersteunen door het inzetten van -het woord zegt het al- de eigen ervaring. Dit krijgt niet alleen vorm in de herstelacademies (zie onze samenwerkingspartners), maar ook in initiatieven daarbuiten, zoals de Crazy Wise beweging (ook een van onze samenwerkingspartners) en internationale initiatieven zoals Mad in the Netherlands, een zusje van Mad in America. De Crazy Wise beweging is genoemd naar de gelijknamige documentaire van Phil Borges en organiseert ongeveer tweejaarlijks de Crazy Wise conferentie. Hier buigen deskundigen uit diverse beroepsgroepen, maar vooral ook veel ervaringsdeskundigen, zich over onderwerpen op het raakvlak tussen psychische klachten en spirituele belevingen. Er is ruimte voor verschillende culturen en levensbeschouwingen, waaronder sjamanistische praktijken uit bijvoorbeeld Zuid-Afrika, maar ook moderne eclectisch-spirituele subculturen, zoals het New Age gedachtengoed.

Ervaringsdeskundigen zouden de scholing kunnen volgen om hun vaardigheden te verdiepen en om hun kennis van het raakvlak tussen psychopathologie en spirituele crisis te vergroten en verbinden met inzichten vanuit diverse beroepsgroepen.

2.2.1.3.1 Bijdrage van ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen zouden hun ervaringskennis kunnen bijdragen, hun persoonlijke verhalen en de vaardigheden die ze in de praktijk of in aanvullende scholingen en trainingen hebben geleerd. Vaak volgen ervaringsdeskundigen de (inter)nationale ontwikkelingen op de voet en brengen zij visies en methodes uit verschillende culturen en paradigma's bij elkaar in hun eigen herstelproces en in hun ondersteuning van anderen. Onder ervaringsdeskundigen is een schat aan experiëntiële kennis en praktische kunde, maar ook kennis van (soms minder bekende) wetenschappelijke onderzoeken en klinische praktijken in binnen- en buitenland. Sommige ervaringsdeskundigen hebben voor of na hun bijzondere ervaringen gezocht naar antwoorden in een extra eigen vakgebied (extra omdat ervaringsdeskundigheid een eigen vak genoemd kan worden, waarvoor een training nodig is). Onder hen zijn bijvoorbeeld psychologen, psychiaters, theologen, filosofen, sociaal wetenschappers en lichaamswerkers of creatief therapeuten (Enik Recovery College z.d.; Herstelacademie Haarlem z.d.; Crazy Wise Conference z.d. en persoonlijke communicatie 19 september 2024 en juli 2022).

2.2.1.4 Complementair zorgverleners

Een andere groep behandelaren die door cliënten, vaak buiten de reguliere wegen om, wordt ingeschakeld, bestaat uit complementair zorgverleners (De Jonge e.a. 2018). De World Mental Health Surveys onder 138 801 personen liet zien dat van de respondenten met een psychische diagnose in de afgelopen 12 maanden 3,6% contact had gehad met een complementair therapeut (meer in landen met hogere inkomens). Voor personen met ernstige psychische aandoeningen was dit percentage veel hoger, van 14% onder mensen met een stemmingsstoornis tot 22% voor mensen met gedragsstoornissen. Wat nog meer opvalt, is dat van de personen die zowel reguliere als complementaire zorg ontvingen, de tevredenheid over beide typen zorg ongeveer gelijk was, resp. 75,6% en 78,3% (De Jonge ea 2018). Er gaan momenteel stemmen op om complementair therapeuten in te schakelen als ondersteuning van de GGZ om de wachtlijsten te helpen verkorten en de werkdruk binnen de GGZ te verminderen (Nooteboom 2024). Op sommige plaatsen gebeurt dit al (Hubertse 2024).

Complementair therapeuten putten uit zowel de gangbare medische wetenschap als tradities geheel eigen aan de complementaire zorg en hebben een eigen visie op ziekte en gezondheid. Zij krijgen reeds in hun opleiding voorlichting over het onderscheid tussen psychisch lijden en spirituele ervaringen, doordat zij worden opgeleid om dit onderscheid te maken ten behoeve van doorverwijzingen naar de reguliere GGZ (Tönis & Van Lakerveld 2019). Zij zouden deze scholing kunnen gebruiken om meer te leren over reguliere kennis omtrent psychopathologie en de verhouding met hun eigen tradities. Ook kunnen zij ondersteuning gebruiken om hun zorgverlening beter af te stemmen op de reguliere zorg, zodat zij een grotere kans hebben hun cliënten succesvol in reguliere zorg te krijgen als dat nodig is, op een veilige manier hun bijdrage kunnen leveren als de cliënt zowel reguliere als complementaire zorg wenst en zodat ze de laatste stand van zaken kennen op het gebied van de ontwikkeling van werkprocessen voor de onderlinge samenwerking bij gedeelde cliënten.

2.2.1.4.1 Bijdrage van complementair zorgverleners

Complementair zorgverleners zouden hun praktijkervaring en kennis van levensbeschouwelijke subculturen in Nederland kunnen bijdragen. Daarnaast kunnen zij hun ervaring bijdragen met diverse behandelmethodes, bijvoorbeeld mindfulness, meditatie en lichaamswerk.

2.2.1.5 Interprofessionaliteit

De WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry (Moreira-Almeida et. al. 2016) vermeldt expliciet het advies tot samenwerking in multidisciplinair verband, waarbij hulpverleners uit de psychiatrie, geestelijke begeleiding en vertegenwoordigers van relevante levensbeschouwingen en traditionele zienswijzen worden betrokken bij de behandeling van mensen met psychische klachten. De voorgestelde (bij)scholing rondom bijzondere ervaringen / grenservaringen en psychisch lijden zou dan ook gebaat zijn bij een interprofessionele, multidisciplinaire, multiculturele benadering.

Om een goed lopend groepsproces binnen de opleiding te garanderen, zullen intakes worden gehanteerd om aspirant deelnemers te screenen op opleidingsniveau, respectvolle houding jegens collega's uit andere beroepen en openheid voor samenwerking.

2.3 Opdrachtgever

De Academie voor Geesteswetenschappen is gespecialiseerd in het opleiden van professionals op het gebied van zingeving, waaronder geestelijk begeleiders en kan een bijdrage leveren aan de (bij)scholing van GGZ professionals en andere hulpverleners. Hierbij zoekt ze samenwerking met mensen uit alle voornoemde velden, zodat het niet slechts scholing geestelijke begeleiding wordt, maar een uitwisseling van kennis en vaardigheden tussen beroepsgroepen.

2.3.1 Organisatie-omschrijving

De Academie voor Geesteswetenschappen verzorgt (beroeps)onderwijs op post-hbo-niveau op het gebied van zingeving, spiritualiteit en geestelijke begeleiding, waarbij de nadruk ligt op de wisselwerking tussen het spiritueel/metafysische en het rationeel/praktische. De Academie neemt in de opleidingen het hele palet van de menselijke ervaring serieus, inclusief menselijke bijzondere ervaringen zoals uittredingen, helderziendheid, bijna-doodervaringen en ervaringen die kunnen worden aangeduid met het begrip *spiritual emergence / emergency*. Deze ervaringen kunnen even respectvol als diepgaand worden onderzocht en (kritisch) bevraagd; Docenten bij de Academie zijn gewend om te rade te gaan bij zowel wetenschappelijke inzichten uit diverse vakgebieden waaronder psychologie, filosofie, ethiek en natuurkunde, als bij religieuze mystieke, gnostieke en

esoterische invalshoeken. (Academie voor Geesteswetenschappen 2024) Onder hen zijn psychologen, natuurkundigen, antropologen, filosofen aan de ene kant en mensen uit de praktijk aan de andere kant.

De Academie voor Geesteswetenschappen wil graag haar expertise aanbieden en een aanvulling zijn op de ontwikkelingen in de GGZ en daarbuiten. Sensitiviteit en respect voor de geleefde zingeving van de patiënt / cliënt is te leren, net als een niet-oordelende houding en een koffer vol met verhalen over levensbeschouwingen uit de diverse (sub)culturen in Nederland.

2.3.2 Afbakening ten opzichte van andere aanbieders

In Nederland en online worden verschillende opleidingen transpersoonlijke psychologie of Jungiaanse psychologie gegeven. De voorgenomen scholing is geen opleiding transpersoonlijke psychologie. De scholing heeft met nadruk een overstijgend concept, met aandacht voor visies en methodes uit verschillende beroepsgroepen en wetenschappen. De focus ligt op een specifiek probleem, namelijk de spiritual emergence/y. Dit wordt bekeken vanuit de godsdienstwetenschappen, antropologie, psychologie en filosofie. Beroepsmatige deskundigheid vanuit de GGZ, geestelijke begeleiding en andere zorgprofessionals is leidend in een co-creatief proces, waarbij de deelnemer zelf tot inzichten kan komen omtrent het probleemgebied.

Voor de scholing van dit projectvoorstel trekt de Academie op met collega's van andere relevante disciplines. Een onderwerp dat zoveel facetten kent, verdient het belicht te worden vanuit de belangrijkste betrokken vakgebieden. Daarom is er in de opleiding aandacht voor de verhouding zingeving – pathologie, maar ook voor de klinische praktijk, counseling en interdisciplinaire samenwerking tussen de betrokken behandelaren en / of ervaringsdeskundigen. Voor ervaringsdeskundigen is een belangrijke rol weggelegd. De opleiding bij de Academie moet worden vormgegeven door een combinatie van deskundigen en ervaringsdeskundigen, waarbij vaak beide zijn verenigd in dezelfde persoon. Een rode lijn van verhalen van ervaringsdeskundigen kan zorgen voor een tastbare verbinding met de praktijk en het leven van de mensen voor wie we dit allemaal doen.

Hoewel leefstijl en voeding bekende invloeden zijn op psychische klachten in de leefstijlpsychiatrie en kennis daarvan in de praktijk mogelijk bij kan dragen tot herstel en re-integratie, valt dit onderwerp buiten de kaders van deze opleiding. Goede informatie en cursussen zijn bijvoorbeeld te vinden bij de Vereniging Arts en Leefstijl (z.d.).

2.3.3 Samenwerkingspartners

Het project wordt voornamelijk gedragen door organisaties van ervaringsdeskundigen, zie een opsomming hieronder. De Stichting Psychiatrie en Filosofie is inhoudelijk betrokken en officieel geen organisatie van ervaringsdeskundigen, maar in de praktijk eigenlijk wel.

De Academie voor Geesteswetenschappen is projecteigenaar, waarbij de kwartiermaker (Merel de Waard) deze functie in de praktijk uitvoert onder supervisie van de voormalig voorzitter van de Academie, Fons Dekkers. De Academie voor Geesteswetenschappen heeft de diverse organisaties en personen uitgenodigd om aan het project deel te nemen, zet de werkwijze op in samenspraak met hen, doet de organisatie, schrijft de rapportages en giet de ideeën van alle betrokkenen in een haalbare opleiding die acceptabel is voor accrediterende instellingen. De Academie is ook het financiële aanspreekpunt.

2.3.3.1 Inhoudelijke partner

Stichting psychiatrie en filosofie: <https://www.psychiatrieenfilosofie.nl/>

2.3.3.2 Ervaringsdeskundigen

De volgende organisaties van en voor ervaringsdeskundigen werken mee (andere kunnen aanhaken, via deze organisaties worden ook individuele ervaringsdeskundigen uitgenodigd voor de focusgroepen):

PlusMinus <https://www.plusminus.nl/>

Korak: <https://korak.nl/>

Enik Recovery College: <https://www.enikrecoverycollege.nl/>

Crazy Wise conferentie: <https://crazywise.nl/>

Stichting Weerklank: <https://stichtingweerklank.nl/>

2.3.3.3 Beroepsverenigingen

De volgende beroepsorganisaties worden geraadpleegd, voornamelijk voor accreditatie-eisen (Inhoudelijk adviseurs uit de diverse beroepsgroepen worden apart aangezocht):

NVVP: <https://www.psychiatrie.nl/>

NIP: <https://psynip.nl/>

V&VN afdeling GGZ: <https://www.venvn.nl/afdelingen/ggz-verpleegkunde/contact/>

VGvZ: <https://vgvz.nl/>

SKGV: <https://www.skgv.nl/ik-bied-scholing-aan/>

2.3.4 Betrokken personen

Indien iemand lid is van de programmacommissie en ook een adviesrol op zich neemt, wordt deze persoon niet nogmaals genoemd bij de adviseurs.

Beoogde leden van de programmacommissie:

Wouter Kusters (ervaringsdeskundige, filosoof, toegezegd)

Hein van Dongen (filosoof, toegezegd)

Floor Schepers (psychiater, nog niet toegezegd)

Tonnie Staring (psycholoog, onder voorbehoud toegezegd)

José Hoekstra (ervaringsdeskundige, antropologe, toegezegd)

Marlin Boomkamp (ervaringsdeskundige, psychiater, onder voorbehoud toegezegd)

Merel de Waard (ervaringsdeskundige, kwartiermaker, antropologe, toegezegd)

Adviseurs:

Eva Ouwehand (geestelijk begeleider, gepromoveerd op bipolariteit en spiritualiteit, toegezegd)

Willeke Keyman (Herstelacademie Korak)

Sherida Pengel (Collectief Cultuursensitief Mentaal Welzijn, toegezegd)

Peter Oud (ervaringsdeskundige, voorzitter Stichting Weerklank, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, Stemmenpoli in Alkmaar, toegezegd)

Arie Belo (specialistisch verpleegkundige GGZ, Traumacentrum Nederland, toegezegd)

Femke Verduin (psychiater, Aerrea, toegezegd)

Peter Kampschuur (ervaringsdeskundige, psycholoog, toegezegd)

Ingrid Sporkslede (POH-GGZ en Winti-consulente bij Arkin, onder voorbehoud toegezegd)

De leden van de focusgroepen zou ik hier ook willen noemen, omdat ze het fundament vormen onder de opleiding, maar die zijn nog niet bekend.

Docenten:

Zie de modulebeschrijvingen. De meeste docenten hebben reeds toegezegd, de precieze invulling van de opleiding en de docentbezetting moet worden ontworpen in samenwerking met de ervaringsdeskundigen en adviseurs. Een aantal voorlopige modulebeschrijvingen zijn toegevoegd als richtpunt / inspiratie.

3 Onderzoeksvraag

3.1 Vraagstelling

Hoe moet een interdisciplinaire scholing over grenservaringen / spiritual emergency eruit zien om hulpverleners uit verschillende vakgebieden te helpen een respectvolle therapeut-cliëntrelatie op te bouwen met aandacht voor zingevingaspecten in het cliëntverhaal en daarbij integraal met elkaar samen te werken?

3.1.1 Deelvragen

De deelvragen zijn gebaseerd op de oorspronkelijke opdracht van de Academie voor Geesteswetenschappen, in combinatie met inzichten vanuit het werkveld / de literatuur (zie hoofdstuk 2).

- Wat is een logische opbouw van een scholing over spiritual emergence / y, onderbouwd met informatie uit literatuur en vertegenwoordigers uit het werkveld / cliënten / stakeholders?
- Welke stakeholders zijn er, behalve de cliënten(organisaties) en beroepsverenigingen van hulpverleners?
- Wat zijn suggesties voor de scholing van de diverse stakeholders?
- Welke duur is passend, gezien de inhoud, de mogelijkheden van de Academie en de eisen van beroepsverenigingen en accreditatie-instanties?
- Welke modules kunnen deel uitmaken van de opleiding, welke docenten?
- Welke subsidies of sponsorgelden kunnen worden aangevraagd om de ontwikkeling te bekostigen?

3.2 Afbakening van het project

Een aantal uitgangspunten geven enige afbakening aan dit project. In dit projectvoorstel wordt reeds een voorzet gedaan (hoofdstukken 7 en 8) bij wijze van richtingwijzer. Andere of aanvullende modules worden graag overwogen.

- Het onderwerp van de scholing is spiritual emergence / y, oftewel grenservaringen in combinatie met lijdensdruk, waarbij de hulpvraag kan passen bij verschillende zorgaanbieders, soms bij meerdere tegelijk.
- Er moet voldoende ruimte blijven voor inbreng van ervaringsdeskundigen.
- Er moet ruimte zijn voor interprofessionele uitwisseling tussen deelnemers en hiervoor moet aandacht zijn bij het werven van docenten (er worden docenten gezocht uit verschillende beroepsgroepen).
- De scholing is met nadruk geen opleiding in een bepaalde richting of methode. Er wordt een overzicht gegeven van ervaringen, wetenschappelijke invalshoeken en gepreksvaardigheden / aanvullende behandelmethoden.
- De opleiding leidt niet op tot behandelaar of counselor, de gespreksvaardigheden en behandelmethoden dienen ter kennismaking.
- De opleiding is toegankelijk voor
 - o BIG hulpverleners
 - o geestelijk verzorgers en begeleiders met een HBO+ opleiding en lidmaatschap van een beroepsvereniging
 - o PLATO gecertificeerde complementair zorgverleners met lidmaatschap van een beroepsvereniging
 - o Ervaringsdeskundigen na een beoordeling van voorkennis en opleiding

- Overige geïnteresseerden na een beoordeling van voorkennis en opleiding
- Toelating voor de scholing is op basis van beoordeling van voorkennis en opleiding tijdens een intakegesprek.
- De scholing zal in eerste instantie zes maanden beslaan, op verzoek van de opdrachtgever. De gedachte hierachter is dat een dergelijke opleiding in Nederland nog niet bestaat en nog niet zeker is hoe groot de animo zal zijn voor een langduriger opleiding (waarvoor zeker voldoende inhoud beschikbaar is). Accreditatie zal dan ook voor het halfjarige programma worden aangevraagd. Indien een andere duur beter past naar de mening van stakeholders en in de kaders van accreditatie-instellingen, wordt een andere duur overwogen.

3.3 Doelstelling en eindproduct

3.3.1 Doelstelling

Het huidige onderzoek is bedoeld om te komen tot een advies voor het opzetten van een halfjaarcursus. Een voorlopige opzet is onderdeel van het projectvoorstel. Deze voorlopige opzet zal worden besproken met stakeholders. Een daaruit voortkomende uitgewerkte opzet is onderdeel van het eindadvies.

3.3.2 Eindproduct/eindresultaat

Dit projectvoorstel beschrijft het proces om te komen tot een bijscholing voor zorgprofessionals uit de GGZ en aangrenzende vakgebieden gericht op cultuursensitieve³ hulpverlening rondom 'spiritual emergency'. Een nadere beschrijving en de voorlopige opzet van de scholing is te vinden in hoofdstuk 8.

Het uiteindelijke advies zal worden opgetekend in een rapport, voorzien van een voorlopige opzet en kostenraming. Ook zal een plan voor de uitrol van de opleiding hiervan deel uitmaken. De onderdelen van het adviesrapport zullen in ieder geval zijn:

Een globale studieopzet van de beoogde scholing met

- Een omschrijving van de doelgroep
- De modules en hun globale inhoud
- De mogelijke docenten daarvoor
- Een overzicht van mogelijke aanvullende inkomstenbronnen (subsidies, sponsoring)
- Een overzicht van accreditatie-instellingen
- Een onderbouwde keuze voor duur en leerlijnen van de studie-opzet
- Wenken voor marketing en communicatie
- Voorstel voor borging van de voortgang

Een aantal van deze punten worden reeds in dit projectvoorstel omschreven. Ze worden aangepast als dit na de raadpleging van stakeholders wenselijk blijkt.

³ Cultuursensitief in de breedste zin van het woord, waarbij ook moderne subculturen gelden als cultuur, zoals bijvoorbeeld eclectische spiritualiteit.

4 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk een overzicht van de theoretische uitgangspunten en bijbehorende begrippen.

4.1 Verschillende invalshoeken

- Een opzet volgens de principes van de Action Research is bij uitstek geschikt voor het ontwerpen van een opleiding waar meerdere stakeholders bij zijn betrokken.
- De betrokkenheid van verschillende beroepsgroepen maakt een interprofessionele aanpak belangrijk.
- Binnen de interprofessionele aanpak bij dit project zijn inzichten uit de cultural historical activity theory passend.
- Voor wat betreft de verschillende visies op mentale klachten en spirituele crisis maak ik gebruik van de inzichten van Kleinman (1988a en b) over *illness narratives*, verklaringsmodellen voor – in ons project – psychische klachten en spirituele ervaringen.
- Sociaal constructivisme is een uitgangspunt bij de keuze om diverse culturele stromingen in de scholing het podium te geven. Het idee is dat iedereen die betrokken is bij spiritual emergency, hetzij als ervaringsdeskundige, hetzij als professional of persoonlijk betrokkene, diens visie op spiritual emergency construeert op basis van denkbelden uit diens persoonlijke geschiedenis en beschikbare denkwijzen in diens omgeving.
- Positivism is geen tegengestelde theorie, maar een belangrijk en gerespecteerd gegeven in de medische wetenschap.
- De keuze om aandacht te besteden aan transpersoonlijke psychologie binnen de opleiding past in de bedding van een fenomenologische blik.

4.1.1 Action research

Dit onderzoek is gebaseerd op de uitgangspunten van de action research. Hierbij zijn de volgende fasen van onderzoek gebruikelijk: planning, uitvoering, observatie, reflectie. Aangezien geen enkel onderzoek in het luchtledige ontstaat, merkt Norton (2019) terecht op dat de volgorde eigenlijk moet zijn: observatie, planning, uitvoering, reflectie. In neem aan dat er tussen de uitvoering en de reflectie ook een fase van observatie hoort, dus dat zullen we voor ons projectvoorstel ook doen.

Action research is, volgens Norton ‘messy’, oftewel rommelig. Je kunt vrijwel nooit de stappen in de standaard volgorde afwerken. Dat geldt om meerdere redenen ook voor ons projectvoorstel. De horizon is zeer kort: binnen twee maanden moet dit voorstel worden geschreven en binnen nog eens twee tot drie maanden moet het adviesrapport er liggen, met daarin een onderbouwd programma voor een scholing. Daarnaast is het van belang dat een deel van het onderzoek reeds op papier staat, namelijk een voorzet voor de opleiding, zodat stakeholders die worden uitgenodigd om mee te denken over de uiteindelijke vorm een startpunt hebben.

De verschillende fasen van dit action research projectvoorstel zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 5.

4.1.2 Interprofessionele ontwikkeling

Interprofessionele samenwerking is volgens Reinders’ Meta-model van interprofessionele ontwikkeling samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen met een gedeeld probleem domein. Een probleem domein is een definieerbaar aandachtsgebied waarbinnen zich problemen of onduidelijkheden kunnen voordoen (Reinders, Pesut & Pye 2023).

Ons probleemdomain betreft de (veelal onvervulde) behoefte van cliënten aan meer aandacht voor zingevingaspecten van (subklinische) psychische problematiek.

De eigenaren van ons probleemdomain zijn de cliënten die kampen met vragen en psychosociale uitdagingen op het snijvlak tussen psychisch lijden en spiritualiteit.

De zorgverleners zijn degenen die proberen in dit probleemdomain ieder hun bijdrage te leveren vanuit hun expertise(domain). In het kader van het huidige onderzoek zijn dit reguliere zorgverleners, geestelijk begeleiders, ervaringsdeskundigen en complementair zorgverleners. Een probleemdomain waarvoor verschillende expertisedomeinen nodig zijn, is per definitie een probleemdomain dat moet worden aangevlogen vanuit interprofessionele samenwerking. De betrokken expertisedomeinen zijn in deze context dan complementair aan elkaar, niet te verwarren met het onderscheid reguliere – complementaire zorg.

Hierbij is de groep reguliere zorgverleners geenszins een homogene groep beroepsbeoefenaren, want we hebben het hier over psychiaters, psychologen, POH-GGZ's, specialistisch verpleegkundigen, ambulant begeleiders en andere zorgverleners. De meest 'homogene' groep is misschien de groep van de geestelijk begeleiders, hoewel daarbinnen verschillen kunnen bestaan in levensbeschouwelijke nadruk (neutraal, of behorend tot een bepaalde levensbeschouwelijke stroming). Bovendien zijn aspecten van het werk van geestelijk begeleiders onderdeel van andere beroepen, zoals pastor, maatschappelijk werker, coach en counselor. Tot slot de meest diverse beroepsgroep, die van de complementair zorgverleners. Een grote diversiteit aan behandelvormen, levensbeschouwingen en opleidingsniveaus maakt deze groep zeker niet éénvormig. Daarnaast is er vaak een overlap tussen reguliere en complementaire zorgverleners, waarbij artsen en psychologen daarnaast ook complementair zorgverlener zijn.

Een interprofessionele opleiding heeft een interprofessionele praktijk als basis én doel. Nu is interprofessioneel werken in ons probleemdomain nog niet zo gebruikelijk. Het onderzoek hiernaar is (zie de probleemdefinitie) beginnend, maar nog lang niet afgerond en er kan nog niet voldoende worden gezegd over hoe deze interprofessionele praktijk eruit zou moeten zien. Met dit in gedachten, zal een opleiding die is gericht op interprofessioneel handelen in ons probleemdomain de bescheiden doelstelling moeten dienen van het weergeven van de huidige stand van zaken in elk van de professies en een veilige ruimte moeten bieden waarin uitwisseling en wederzijds leren vanzelfsprekend zijn. Zo kan de opleiding deel uit gaan maken van het bredere maatschappelijke proces van steeds verdergaande samenwerking en afstemming tussen de beroepsgroepen in het domain van zingeving in en rondom de GGZ.

4.1.3 Cultural historical activity theory

Van belang om bij de ontwikkeling van de competenties binnen de scholing over spiritual emergence/y in de gaten te houden is het begrip *collectieve expertise* uit de cultural historical activity theory: waardevolle expertise zit niet in de persoon, maar in zijn netwerk. Elke beroepsgroep kan worden gezien als een activiteitensysteem (bijvoorbeeld medisch specialisten, huisartsen, geestelijk begeleiders, complementair therapeuten). Elk activiteitensysteem (AS) / elke beroepsgroep heeft eigen regels en afspraken, verdeling van taken en verantwoordelijkheden en een eigen gemeenschap, die vorm krijgt door opleiding, werkpraktijk, intervisie, eigen na- en bijscholingssystemen. Elk AS heeft een eigen historie en traditie. Zorgprofessionals maken vaak deel uit van diverse AS'en, omdat in de zorg bij uitstek een goede interprofessionele samenwerking belangrijk is. Binnen AS'en of tussen verschillende AS'en kan conflict ontstaat of frictie. Hier ligt een kans voor *expansive learning*, leren over de grenzen van het eigen AS of de eigen beroepsgroep heen (Van Bogaert, Damoiseaux & De Groot 2023).

Samenwerking tussen huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en paramedici is gebruikelijker dan samenwerking tussen psychiater en geestelijk verzorger. De samenwerking met complementair zorgverleners is nog minder gebruikelijk. Binnen de scholing brengen we niet alleen de beroepsgroepen uit de zorg, maar ook wetenschappers bijéén met expertise rondom ons probleem domein. Denk naast psychologie en geneeskunde aan godsdienstwetenschappen, antropologie en filosofie.

4.1.4 Sociaal constructivisme

Zowel in sociaalwetenschappelijke theorie als in de psychologie is sociaal constructivisme een belangrijke manier om naar menselijk gedrag, sociale en psychologische begrippen te kijken. In het sociaal constructivisme zijn er geen wetmatigheden te ontdekken los van hun context. In de sociale wetenschappen betekent dit dat culturele en sociale fenomenen altijd een construct zijn van omstandigheden, voorgaande culturele begrippen en de mensen die ze betekenis geven, inclusief de observator. In de psychologie betekent dit dat menselijk gedrag niet los kan worden gezien van zijn sociale en culturele context en de geschiedenis van de betrokkenen (en de observator).

Sociaal constructionisme was in eerste aanleg een kritiek op het positivisme, waarbij elk fenomeen objectief moet kunnen worden beschreven, onafhankelijk van de waarnemer en de context. Deze benadering werkte en werkt goed binnen de grenzen van de natuurkunde en medische wetenschappen, maar past minder goed bij menswetenschappen, waar de context zo'n grote rol speelt.

In ons project wordt a priori uitgegaan van een overkoepelend sociaal constructivistisch proces: deze opleiding wordt vormgegeven binnen de context van een multi-culturele samenleving en een interprofessioneel probleem domein. Ook op het niveau van de cliënt is sociaal constructivisme relevant.

4.1.5 Ziekte- en Gezondheidsnarratieven

Kleinman (1988a en b) paste de uitgangspunten van het sociaal constructivisme toe op de manier waarop mensen betekenis geven (of vinden) in ziekte in een pleidooi om artsen te helpen meer ruimte te maken voor het verhaal dat door de cliënt en diens omgeving wordt geweven rondom diens ziekte. Dit komt erop neer dat de diagnose niet meer het enige verhaal is waarover de arts met de cliënt kan communiceren, maar ook de plaats die de ziekte heeft in de sociale, culturele en religieuze achtergrond van de cliënt. Met andere woorden, wat betekent de ziekte voor de cliënt?

Er zijn meer onderzoekers en medici die een narratieve benadering van ziekte en gezondheid voorstaan. Rita Charon (2008) zette de toon voor narratieve geneeskunde (narrative health), waarbij literaire methodieken worden gebruikt om interviews met cliënten te duiden. Denk ook bijvoorbeeld aan het begrip *positieve gezondheid* van Huber (2013). Positieve Gezondheid is een bredere kijk op gezondheid, uitgewerkt in zes dimensies, schematisch weergegeven in een zeshoekig spinnenweb. Hierbij gaat het niet alleen om de klinische diagnose, maar om het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan en om zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Het spinnenweb dient als gereedschap voor de hulpverlener om met de cliënt een gesprek aan te gaan (Institute for Positive Health 2024).

In dit projectvoorstel, het eindproduct en de scholing zullen we spreken van ziekte- en gezondheidsnarratieven, kortweg narratieven, als we het hebben over de verhalen die cliënten zelf vertellen over bijzondere ervaringen, de eventuele lijdensdruk en de verhouding met de rest van hun leven, ziekte en gezondheid. In het vinden van een onderscheid tussen spiritual emergence en spiritual emergency is het narratief van de cliënt een manier om ruimte te geven aan de ervaren

werkelijkheid van de cliënt en diens omgeving. Onderdeel van deze narratieven zijn soms verschillende verklaringsmodellen. Naast het medische model, spelen er vaak persoonlijke, religieuze, culturele en andere verklaringsmodellen. Soms wordt het ene verklaringsmodel rigoureuus van de hand gewezen en door het andere vervangen. Voor behandelaars kan het nuttig zijn om de bronnen van deze zienswijzen te leren kennen, om zo het gesprek tussen cliënt en behandelaar soepeler te laten verlopen en hopelijk ruimte te scheppen voor een vruchtbare samenwerking gericht op herstel.

4.1.6 De plaats van positivisme

Hoewel het positivisme minder geschikt is voor het beschrijven van ongrijpbare zaken als betekenisgeving, sociale bewegingen en cultuurgebonden psychologie, speelt het in onze opleiding wel degelijk een rol. Zoals Kleinman (1988a en b) al aangeeft: een diagnose wordt in het proces van betekenisgeving een onderdeel van het narratief van de cliënt. Deze diagnose is in de moderne geneeskunde gebaseerd op positivisme, namelijk dat de ziekte bestaat en beschreven kan worden. Bijzondere ervaringen kunnen worden veroorzaakt door processen in ons brein en door diverse risicofactoren (Van der Gaag, Staring & Valmaggia 2012, Van Deth & Vandereyken 2019; Swaab 2012).

In elk narratief trekken de cliënt en diens omgeving verschillende conclusies. Soms dat er geen enkele betekenis in een ziekteproces te vinden is en dat de diagnose de enige relevante betekenis verschaft. Andere narratieven bevatten andere samenstellen van betekenissen, waarvan er één kan zijn dat de ziekte niet bestaat, maar anders uitgelegd moet worden (Kleinman 1988a). Dat betekent niet dat een ziekte in het algemeen niet bestaat, of dat de verworvenheden van de positivistische wetenschap voor alle cliënten en alle ziektes moet worden ontkend.

Een dergelijke manier van denken komt voor in een subcultuur in Nederland van cliënten en therapeuten die de medische wetenschap in zijn geheel afwijzen (persoonlijke communicatie diverse cliënten en cliëntengroepen van de auteur en collega's 2018 – 2025). Voor artsen zijn gesprekken met cliënten die deze mening (tijdelijk of permanent) zijn toegedaan niet gemakkelijk en hiervoor is geen éénduidige oplossing. Wel kan kennis van deze achtergronden en een open houding de relatie tussen behandelaar en cliënt, maar ook tussen reguliere behandelaar en eventuele andere betrokken zorgverleners vergemakkelijken.

De scholing geeft met nadruk ruimte aan een positivistisch wereldbeeld, waarbij diagnoses een eigen plaats hebben. Het moet niet zo zijn dat de aandacht voor zingeving cliënten noodzakelijke zorg onthoudt, waardoor onwenselijke (crisis)situaties ontstaan. Aan de andere kant kan aandacht voor zingeving de therapeut-cliënt relatie mogelijk zodanig versterken, dat we kunnen rekenen op grotere therapie-trouw, dat er gezamenlijk verantwoorde keuzes kunnen worden gemaakt en dat crisissituaties minder snel voorkomen.

4.1.7 Fenomenologie

In contrast met zowel het sociaal constructivisme als het positivisme staat de fenomenologie. In de fenomenologie worden waarnemingen opgetekend zoals ze zich aan de waarnemer voordoen, inclusief eventuele bias en context. Objectiviteit is geen eerste streven, maar beschrijven. Met deze benadering kunnen ervaringen worden beschreven die (nog) niet verklaarbaar zijn binnen de huidige wetenschappelijke inzichten, of ervaringen waarbij discussie bestaat over hun verklaring, zoals bijvoorbeeld nabij-de-dood-ervaringen (NDE's).

In de scholing is gekozen om bijzondere ervaringen niet alleen sociaal constructivistisch en positivistisch, maar ook fenomenologisch te beschouwen, om recht te doen aan de geleefde ervaring

van cliënten, ongeacht het verklaringsmodel. Daarbij is er ruimte voor de transpersoonlijke visie, waarbij bijzondere ervaringen worden geplaatst in de context van een buitenzintuiglijke werkelijkheid, in navolging van Jung en anderen die in deze traditie kunnen worden geplaatst (Grabijn & Foudraine 2012).

5 Onderzoeksopzet

5.1 Ontwerpen van een scholing omtrent spiritual emergence/y

De action research voor dit project valt uit één in verschillende fasen. Het overkoepelende project is het ontwerpen en uitvoeren van een scholing. Daarbinnen zijn verschillende action research cycli aan te wijzen.

5.1.1 Action research stappen

1. Observatie: In dit projectvoorstel is ons 'probleem' voorlopig geïdentificeerd en beschreven.
2. Planning: Dit project zal zijn gericht op het ontwerpen van een scholing in samenspraak met stakeholders.
3. Uitvoering: De eerste keer dat de scholing wordt gegeven mag worden opgevat als testfase, een pilot.
4. Observatie: Tijdens en na de scholing wordt de voortgang en kwaliteit bijgehouden door middel van vragenlijsten en contactmomenten met studenten en docenten.
5. Reflectie: De evaluaties van studenten en docenten alsmede de observaties tijdens de opleiding leiden tot een eindadvies.

Een eventueel voortgezet project kan ingaan op 'modifying future practice' (stap 6), waarbij een volgende scholing kan worden verbeterd, uitgevoerd en geëvalueerd.

Het eindproduct van deze action research cyclus is de scholing zelf, inclusief de geëvalueerde testfase.

5.1.2 Ontwerpen van de pilot

Stap 2 uit het overkoepelende project, het ontwerpen van de scholing, staat onder het kopje **planning**, maar is in zichzelf het eerste ontwerpproject. De stappen hierin:

1. Het huidige onderzoeksvoorstel bevat de planning van de ontwerpfase, een vooronderzoek en een voorlopige opzet. Als u dit leest, is deze fase reeds achter de rug.
2. De uitvoering van dit projectvoorstel bestaat uit het raadplegen van stakeholders, beantwoorden van vragen uit de doelstelling en het samenstellen van de onderdelen van het eindrapport (uitvoering).
3. Het resultaat is het eindrapport.

Het aanvragen van subsidies stond niet in de opdracht voor de kwartiermaker (alleen het inventariseren van mogelijkheden), maar tijdens het vooronderzoek is gebleken dat dit gezien de omvang van het project wel noodzakelijk is. Met goedvinden van het bestuur zal dit gelijktijdig met de uitvoering van dit projectvoorstel worden opgepakt, hetzij door de kwartiermaker, hetzij door iemand anders.

De oplevering van de opzet voor de opleiding is het uiteindelijke resultaat. Met dit resultaat kan stap 3 worden uitgevoerd uit het hoofdproject: de uitvoering van de scholing in de testfase.

Het enigszins rommelige verloop van action research heb ik hiermee bij voorbaat willen structureren door er twee cycli van te maken: één voor de eerste opzet van de scholing en één voor het uitontwikkelen ervan.

5.2 Wijze van dataverzameling

Om tot het eindproduct te komen zal gebruik worden gemaakt van literatuur- en online onderzoek, gesprekken met stakeholders, experts en vertegenwoordigers van de doelgroepen van de opleiding (behandelaren en cliënten). In een tweede stadium zal een focusgroep worden georganiseerd om de inhoud van de opleiding te bespreken en om evaluatiedoelen te formuleren voor de evaluatiefase. Tijdens het eerste opleidingsjaar zal een evaluatieve vragenlijst worden voorgelegd aan deelnemers en docenten. Na afloop zullen gesprekken worden gevoerd met een steekproef van deelnemers en de accreditatie-instanties om het eerste jaar te evalueren op basis van de evaluatiedoelen.

5.2.1 Literatuurstudie

Een groot deel van de literatuurstudie is reeds verwerkt in dit projectvoorstel als achtergrondinformatie. Relevante casuïstiek zal nog worden aangevuld, te vinden in het eindrapport dat wordt opgeleverd aan het einde van de ontwerpfase.

5.2.2 Stakeholders

De Academie streeft naar samenwerking en vraagt de accrediterende instanties en beoogde samenwerkingspartners met nadruk hun expertise in te brengen. Hun mening zal worden gevraagd met betrekking tot:

- Behoeftes aan een scholing over spiritual emergence / y
- Leerdoelen
- Inhoud van modules
- Suggesties voor docenten
- Duur van de scholing
- Interdisciplinair werken
- Wenken voor accreditatie
- Ideeën voor subsidies en sponsoring
- Ideeën voor verdere scholing in de toekomst
- Wat verder ter tafel komt

Beoogde organisaties zijn beroepsverenigingen en accreditatie-instellingen van zorgverleners uit de GGZ, geestelijk verzorgers / begeleiders en verwante beroepsgroepen. Ook zal contact worden gelegd met cliëntenorganisaties en grassroots organisaties, zoals bijvoorbeeld de diverse patiëntenverenigingen, herstelacademies en de Crazy Wise beweging.

5.2.3 Experts

Via de organisaties of via de netwerken van betrokkenen worden experts aangesproken om mee te denken over de scholing. Dit is reeds in het vooronderzoek begonnen en nog een aantal afspraken met experts staan reeds in de agenda. Organisaties worden van harte uitgenodigd suggesties te doen.

5.2.4 Focusgroep

Het streven is om de gesprekken met organisaties en experts zo snel mogelijk af te ronden en de opgedane suggesties te verwerken in de voorlopige opzet. Daarna zal een focusgroep worden georganiseerd. Hieraan nemen idealiter ervaringsdeskundigen en hulpverleners uit diverse beroepsgroepen deel. De focusgroep kan de vorm aannemen van een gezamenlijke geleide brainstorm over de inhoud van de scholing. Deelnemers krijgen hiertoe van tevoren de voorlopige opzet toegestuurd met een aantal vragen. Tijdens de focusgroep zullen de vragen zowel mondeling als schriftelijk gezamenlijk worden beantwoord.

5.2.5 Evaluatie

Van de gesprekken worden verslagen gemaakt. Materiaal en aantekeningen uit de focusgroep wordt omgezet in een verslag. Beide informatiestromen worden verwerkt in het definitieve opleidingsvoorstel. Tijdens en na afloop van de eerste keer dat de scholing wordt gegeven, zal de inhoud worden geëvalueerd met studenten en docenten door middel van vragenlijsten en een gezamenlijk contactmoment binnen het curriculum. Dit kan onderdeel uitmaken van het practicum (zie module-omschrijvingen).

Het evalueren van het effect van de opleiding van hulpverleners op hun cliënten is weliswaar moeilijk te meten, maar we willen toch een poging wagen met een vragenlijst die we de hulpverleners meegeven om aan hun cliënten voor te leggen. Deze vragenlijst zal in overleg met de samenwerkingspartners worden ontworpen.

5.3 Werkplanning

De ontwerpfasen van dit project wordt uitgevoerd door een kwartiermaker, die ook de opsteller is van dit projectvoorstel. Na oplevering van het eindrapport zal het evaluatie- en doorontwikkelproces moeten worden gedragen door een procesbegeleider. Het aanvragen van subsidies en accreditaties zal ook moeten horen tot diens verantwoordelijkheden, op basis van de inventarisatie die door de kwartiermaker zal zijn gemaakt. In het huidige projectvoorstel is een minimaal aantal uren ingeruimd voor de procesbegeleider. Dit betekent dat er niet meer taken kunnen worden vervuld dan alleen deze: evaluatie, accreditatie-aanvragen en subsidie-aanvragen. Mogelijk zijn de ingeruimde uren ook hiervoor niet voldoende. Ook de intakes met aspirant studenten zullen door een medewerker van de Academie moeten worden gedaan. Hiermee is in de urenberekening van de procesbegeleider geen rekening gehouden.

1 maart – 1 mei 2025.

Eerste en eventueel tweede subsidieronde indien de eerste geen sluitende begroting heeft opgeleverd.

Voor de projectfase worden subsidies gezocht voor de bekostiging van kwartiermaker en ander personeel, evenals kosten voor de opzet van de pilot zelf. Een specificatie van de te verwachten kosten van de projectfase is te vinden als bijlage. Ook een ruwe begroting voor de scholing zelf is gemaakt in samenwerking met bestuurslid Financiën, Milinda Pullens (in dezelfde bijlage). Deze zal worden bijgesteld op basis van de aanpassingen die zullen worden gedaan aan de opzet van de scholing op basis van de input van organisaties, experts en ervaringsdeskundigen.

Een overzicht van aanvullende inkomstenstromen wordt samengesteld o.b.v. online onderzoek en suggesties van stakeholders.

1 mei – 1 juli 2025.

Na goedkeuring van dit projectvoorstel zal de globale opzet eerst worden besproken met diverse relevante beroeps- en belangenverenigingen, waarbij ervaringsdeskundigen nadrukkelijk een leidende rol hebben.

1 juli – 1 september 2025.

De terugkoppeling van de samenwerkingspartners wordt gebruikt voor de aanpassing of finetuning van de studie-opzet om zo tot een afgestemd concept voor de studie-opzet te komen.

Dit plan voor de studie-opzet wordt aangevuld met relevante casuïstiek waaruit de breedte van het werkveld blijkt waarop de studie betrekking heeft.

Tot slot wordt een beschrijving gemaakt van het vervolg, de uitrol van het plan tot aan de start van de studie, in de vorm van het eindadvies.

1 november 2025 - 1 februari 2026

Een startdatum voor de pilot van de opleiding zal worden gekozen die valt in deze periode.

5.3.1 Toelichting op de begroting

Voor beide fasen van dit action research project is een begroting gemaakt, namelijk voor de ontwerpfasen (fase 1), voor de opzet van de pilot (fase 2) en voor het duurzaam uitbaten van de opleiding zelf. De begroting is te vinden in de bijlage. Er is een uitgesplitste begroting en een format zoals verzocht door AGIS: twee exceldocumenten.

5.3.1.1 Uren

De uren zoals genoemd in de begroting betreffen uren die worden gemaakt door de kwartiermaker, leden van de programmacommissie en adviseurs. Daarnaast wordt een bedrag gereserveerd voor ervaringsdeskundigen die deelnemen aan de focusgroepen. Voor deze kosten stelt de Stichting Academie voor Geesteswetenschappen 5000,- beschikbaar en worden fondsen gezocht. Aanvragen worden ingediend bij de Stichting Psychiatrie en Filosofie en AGIS.

5.3.1.2 Kosten voor de pilot

Het is de bedoeling dat de scholing uiteindelijk duurzaam kan worden uitgebaat door de Stichting Academie voor Geesteswetenschappen. In de begroting staan kosten voor de opstart van de opleiding, namelijk accreditatiekosten voor de pilot, gelden voor sprekers en initiële marketingkosten. De Stichting neemt van deze kosten 5000,- zelf voor haar rekening, gedeeltelijk in natura, in de vorm van inzet van bestaande middelen en personeel. Voor 1500,- worden fondsen gezocht.

5.3.1.3 Verdeling kosten

De Academie voor Geesteswetenschappen draagt 10.000,- bij

Er wordt een bedrag van 5000,- aangevraagd bij de Stichting Psychiatrie en Filosofie

Er wordt een bedrag van 14.600,- aangevraagd bij AGIS voor fase 1 en vermoedelijk 3000,- voor fase 2. Dit laatste bedrag zal worden ingeschat op basis van de urenregistratie van fase 1. De specificatie van de uren voor beide fasen is een inschatting, gebaseerd op taken. Het is mogelijk dat uren anders moeten worden verdeeld tussen de verschillende samenwerkingspartners, omdat de taakverdeling wordt aangepast, door ziekte / vervanging en dergelijke.

6 Resultaten vooronderzoek

Voorafgaand aan het schrijven van dit projectvoorstel zijn reeds interviews gehouden met medewerkers van de Academie voor Geesteswetenschappen, mensen uit de GGZ, geestelijke begeleiding en ervaringsdeskundigen. Daarnaast is een klein literatuuronderzoek gedaan. De resultaten zijn voor een deel verwerkt in het projectvoorstel, maar in dit hoofdstuk ga ik nog iets dieper in op enkele overwegingen die hieruit voortkwamen. De keuzes voor de voorlopige opzet van de opleiding zijn hierop gebaseerd. Mocht uit verder onderzoek (na acceptatie van dit projectvoorstel) hiertoe de noodzaak blijken, zullen deze overwegingen worden bijgesteld, evenals de corresponderende keuzes voor de opzet van de opleiding.

6.1 Interprofessionele insteek

Voor geestelijk verzorgers, die opgeleid zijn om met zingevingsvraagstukken om te gaan, geldt dat zij voldoende kennis moeten hebben van pathologie om hun zorg goed af te stemmen op de hulpbehoefte van hun cliënten en om op de juiste manier af te stemmen en samen te werken met de behandelaren van hun cliënten (Ouweland 2020).

Voor regulier zorgverleners geldt dat het belangrijk is om kennis te hebben van mogelijke 'ingrediënten' voor de narratieven van hun cliënten, namelijk culturele, levensbeschouwelijke en sociale achtergronden.

6.2 Interculturele insteek

De keuze om in de opleiding aandacht te besteden aan multiculturele aspecten van spiritual emergency is gemaakt op basis van drie dingen.

Ten eerste de representatie van mensen met een migratieachtergrond in de GGZ. Van alle Nederlanders heeft 25,7% een migratieachtergrond. Door onder andere de migratiegeschiedenis, maar ook post-migratie factoren zoals sociaaleconomische omstandigheden, acculturatie, discriminatie en stigmatisering kampen zij naar verhouding vaker met psychische problemen dan Nederlanders zonder migratieachtergrond. Door de kleuring van psychische klachten door culturele achtergronden worden deze vaak niet herkend en/of niet begrepen (Özgen, Karimi, & Braakman 2022).

Ten tweede de groeiende aandacht voor multiculturele invloeden in verklaringsmodellen voor psychisch lijden. Hierbij denk ik aan de presentatie van Martine van Zeijst bij de Crazy Wise conferentie 2024 over haar promotieonderzoek naar de framing van psychoseklachten als een roeping tot traditioneel genezer in Zuid-Afrika, maar nog meer aan het werk van POH-GGZ Ingrid Sporkslede, die is aangesteld als Winti-consulent bij Arkin in Amsterdam-Zuidoost om GGZ cliënten bij te staan bij spirituele aspecten van psychische klachten.

Ten derde de wisselwerking tussen traditionele denkbeelden, moderne eclectische spiritualiteit en spiritual emergency. Zowel mensen met als zonder migratieachtergrond voelen een connectie met ideeën uit niet-westerse levensbeschouwingen. Zij 'lenen' over en weer denkbeelden en stukjes verklaringsmodellen, waaruit een inspirerende (en voor sommigen verwarrende) nieuwe visie ontstaat. In een opleiding over spiritual emergency mag het niet zo zijn dat niet-westerse levensbeschouwingen worden weggelaten of erger, dat docenten en ervaringsdeskundigen met een migratieachtergrond ontbreken, terwijl hun cultuur wordt toegeëigend, hoe passend deze ook is bij de geleefde ervaring.

Voor dit projectvoorstel interviewde ik Sherida Pengel van het Collectief Cultuursensitief Mentaal Welzijn. Zij geeft onder meer cursussen cultuursensitief werken voor professionals uit de GGZ. Het is ook haar ervaring en die van haar collega's dat mensen met een migratieachtergrond hele diverse interpretaties hebben van hun spirituele ervaringen en psychische klachten. In onze multiculturele samenleving is het allang niet meer vanzelfsprekend dat iemand uit Suriname alle beleefde spirituele ervaringen plaatst in het kader van winti, of iemand met Marokkaanse ouders alles verklaart vanuit de islam. Wel kunnen deze achtergronden een rol spelen.

In de opzet voor de opleiding heb ik ervoor gekozen om diverse culturen en levensbeschouwingen onder de aandacht te brengen van de studenten. Ik hoop docenten te kunnen vinden met diverse culturele achtergronden. Daarbij hoeft het niet zo te zijn dat een docent lesgeeft over de eigen culturele achtergrond, maar ik streef wel naar enige representatie over de gehele linie. Ik behandel de verzameling spirituele culturele uitingen uit de New Age hoek als een subcultuur met een eigen bestaansrecht, net als niet-westerse culturen. Het woord New Age beschouw ik daarbij als verouderd. Gezien het eclectische karakter van de huidige mix van New Age denkbeelden noem ik het geheel 'moderne eclectische spiritualiteit'.

7 Voorlopige opzet voor de opleiding

De bijscholing die wordt ontwikkeld voor zorgprofessionals uit de GGZ en aangrenzende vakgebieden en is gericht op cultuursensitieve hulpverlening rondom 'spiritual emergency'. De focus ligt op de volgende aandachtspunten. Dit zijn tevens de leerdoelen:

1. Het verkennen van de begrippen 'spiritual emergency' en 'spiritual emergence' vanuit ervaringen van mensen die deze hebben doorgemaakt en hulpverleners die deze tegenkomen in de praktijk.
2. Nadenken over de verhouding tussen mentale klachten en spirituele crisis.
3. Kennis verkrijgen over (sub- en inter-)culturele en filosofische visies op spirituele crises.
4. Kennis verkrijgen over gangbare en minder gangbare psychologische inzichten over spirituele crises.
5. Kennis verkrijgen over en in contact komen met visies / verklaringsmodellen van ervaringsdeskundigen.
6. Kennis maken met vaardigheden voor het ondersteunen van een patiënt of cliënt in spirituele crisis
7. Door middel van punt 1 – 6 het versterken van de vaardigheid om in een betekenisvolle, oordeelvrije, respectvolle relatie te treden met de cliënt
8. Nadenken over en oefenen met interprofessioneel samenwerken bij de behandeling van patiënten of cliënten in spirituele crisis.
9. Het ontwikkelen van een netwerk van gelijkgestemde interprofessionele collega's, die allen serieus bezig zijn met het onderwerp en open staan voor samenwerking.
10. Aanvullend voor niet-medici: kennis opdoen (of opfrissen) omtrent medische diagnoses die passen bij bijzondere ervaringen, signalen die wijzen op pathologie of pathologische ontwikkeling en leren te onderscheiden wanneer een cliënt moet worden doorverwezen.

De bijscholing kan deelnemers helpen bijzondere ervaringen in een breder kader te plaatsen. Ze verschaft de student uitgebreide achtergrondinformatie met betrekking tot diverse levensbeschouwelijke stromingen in de lappendeken van de huidige Nederlandse cultuur. Daarnaast wil de opleiding een plaats zijn om de menselijke vaardigheid uit te diepen om in betekenisvolle relatie te treden met de patiënt.

7.1 Doelgroep

De scholing is bedoeld voor GGZ medewerkers, maar de doelgroep is daar niet toe beperkt. Er is ook een rol voor hulpverleners buiten of rakend aan de GGZ die te maken hebben met mentale gezondheid en religieuze vraagstukken, zoals geestelijk begeleiders, complementair zorgverleners, ervaringsdeskundigen. Daarom is de kopopleiding breed. Er is aandacht voor zingevingstromingen, diverse paradigma's, maar ook het onderscheid (of het continuüm) mentale klachten – spirituele ervaringen en inzicht in aanverwante gebieden zoals leefstijl. Hiermee zullen behandelaren met diverse specialisaties beter naar elkaar kunnen verwijzen en beter kunnen samenwerken.

Een uitgebreide beschrijving van de beroepsgroepen is te vinden in paragraaf 2.2.1.

7.2 Interprofessionaliteit

De opleiding heeft een nadrukkelijk interprofessioneel karakter en staat open voor zorgverleners uit diverse vakgebieden. Elke beroepsgroep heeft een eigen visie, praktijkervaring en achtergrond in te brengen.

Hiermee kunnen we bijzondere ervaringen / spiritual emergency bekijken vanuit het medische model, maar ook vanuit levensbeschouwing en alternatieve denkwijzen, die bij cliënten een rol

kunnen spelen. Deze visies hebben implicaties voor de manier van behandelen in elke beroepsgroep. Ook hierin kunnen professionals elkaar inspireren. Ervaringsdeskundigen worden nadrukkelijk tot de professionals gerekend, maar brengen nog een extra dimensie ter tafel: hun eigen ervaring en de met hen gedeelde ervaringen van talloze cliënten.

Het samenbrengen van zorgverleners uit verschillende vakgebieden in één bijscholing kan de samenwerking in de integratieve zorg ten goede komen. Dit kan hopelijk crisissituaties voorkomen, preventie, eerstelijns- en specialistische zorg op elkaar helpen afstemmen en zorgen voor een vergroting van therapietrouw bij patiënten of cliënten.

Zorgverleners verkennen gezamenlijk hoe *psychiatrische ziektebeelden kunnen worden gerelativeerd*, maar ook hoe *ontaarding van een spiritueel proces in een psychiatrisch beeld kan worden herkend* en de noodzaak tot wederzijdse doorverwijzing en multidisciplinaire samenwerking in de diverse nuances tussen deze twee polariteiten. Dit verkennen gebeurt onder leiding van docenten met verschillende levensbeschouwelijke en vakinhoudelijke achtergronden, maar vooral ook in samenspel met medestudenten. De bijscholing kan een creatieve uitwisseling bevorderen tussen studenten.

7.3 Interculturele insteek

De opleiding geeft ruimte aan diverse verklaringsmodellen, uit diverse culturen en tradities. Daarmee is de interculturele inhoud en bemensing van de opleiding onvermijdelijk. Visies op bijzondere ervaringen vanuit bijvoorbeeld het sjamanisme, oosterse religies en moderne eclectische spiritualiteit die door cliënten worden omarmd, worden zo ook toegankelijk voor hulpverleners. Hopelijk vergemakkelijkt deze kennis de communicatie tussen hulpverlener en cliënt.

7.4 Transpersoonlijke insteek

Naast diversiteit, wil de opleiding een overkoepelende methode bieden om te praten en na te denken over grenservaringen / bijzondere ervaringen, waarbij deze serieus worden genomen en bestaansrecht hebben in zichzelf. Door de transpersoonlijke visie centraal te stellen, kunnen interculturele inhoud, cliëntverhalen en ervaringen van therapeuten in een groter theoretisch en filosofisch verband worden bekeken.

7.5 Leerlijnen

Om enige orde te scheppen in de verschillende ambities die de Academie voor Geesteswetenschappen met deze opleiding vormgeeft, zijn drie leerlijnen ontworpen.

1. (Grens)ervaringen

Binnen deze leerlijn worden de colleges verzorgd door ervaringsdeskundigen en professionals die ervaring hebben met de materie in de praktijk. De nadruk ligt op ervaringen, niet op een overkoepelende visie. De gastdocenten delen hun eigen proces, soms worstelingen, falen en successen, rondom hun eigen grenservaringen en/of die van anderen bij wie ze betrokken zijn/waren. Het onderscheid tussen spiritual emergence en spiritual emergency wordt op verschillende manieren belicht, vanuit ieders expertise en / of ervaring.

Zowel ervaringsdeskundigen als professionals delen oefeningen en andere praktische toepassingen die hen hebben geholpen.

Relevante disciplines voor deze leerlijn zijn: psychiatrie, psychologie, geestelijke begeleiding / verzorging, ervaringsdeskundig werk, complementaire zorg.

2. Culturele en levensbeschouwelijke visies

Deze leerlijn bevat colleges van deskundigen op het gebied van een levensbeschouwing, (sub)cultuur of traditie waarin een verklaringsmodel bestaat rondom grenservaringen / bijzondere ervaringen. Docenten zijn bij voorkeur ook ervaringsdeskundig of hebben in de praktijk gewerkt met cliënten met grenservaringen.

Relevante disciplines in deze leerlijn: antropologie, godsdienstwetenschappen, psychologie.

2.1. Transpersoonlijke visie

3. Transpersoonlijke visies op grenservaringen nemen deze ervaringen en het bestaan van een transpersoonlijke werkelijkheid serieus. Er zijn transpersoonlijk denkers aan te wijzen in de psychologie en de filosofie. Anders dan bij godsdienstwetenschappen, houden wetenschappelijk transpersoonlijk denkers zich niet bezig met één speciale religie en een eventuele legitimering ervan, maar met de ervaring zelf en de theoretische en praktische implicaties voor de menselijke geest. In de transpersoonlijke traditie zijn ook werkvormen ontstaan en veel werkvormen die daarbuiten zijn ontstaan, krijgen door deze traditie een theoretische context.

In deze leerlijn zijn de relevante disciplines transpersoonlijke psychologie en filosofie / fenomenologie.

4. Praktijklijn

De verschillende theoretische inzichten worden in de praktijkcolleges verbonden met bestaande praktische tools. Hierbij wordt geput uit drie verschillende methodes, namelijk intercultureel werken in de GGZ, transpersoonlijk counselen en mind-body interventies. Daarnaast maakt een practicum interprofessioneel werken onderdeel uit van dit gedeelte.

7.6 Duur van de scholing

Er zijn in een periode van zes (tot zeven) maanden ongeveer 24 lesdagen. In de schoolvakanties van alle regio's worden geen lesdagen gepland. Elke lesdag bestaat uit twee dagdelen, die ieder één college vormen van 2,5 uur. Derhalve bestaat de opleiding uit 48 colleges.

Een voorstel voor modules, alsmede een mogelijke bezetting, volgt in het volgende hoofdstuk.

8 Modulebeschrijvingen

De hiervolgende modulebeschrijvingen zijn voorlopig, net als de invulling van de vacatures tot nu toe, zodat lezers een idee hebben welke richting we op willen met de scholing. In communicatie met stakeholders en andere bijdragers zal ruimte zijn om suggesties te doen en wijzigingen voor te stellen. Daarnaast nodigen we met nadruk uit tot het doen van voorstellen voor docenten. Ook zijn suggesties welkom voor een eventuele vervolgscholing.

8.1 Opening (1 dag)

De eerste dag van de scholing kan een combinatie zijn van alle leerlijnen. Concreet kan dit bijvoorbeeld vorm krijgen in twee gastsprekers (bijvoorbeeld te kiezen uit de sprekers uit deze paragraaf), een speeddate met ervaringsdeskundigen en een kennismakingsmoment waarbij ruimte is voor ieders inbreng, verwachtingen en vragen aan elkaar.

8.2 Inleidend blok: spiritual emergence / y

Het eerste blok van de scholing valt niet onder een leerlijn en geeft een overzicht van ervaringen met en onderzoek naar grenservaringen in psychiatrie, geestelijke verzorging en filosofie. Het is de bedoeling om gastsprekers aan te trekken, uit verschillende beroepsgroepen. We gaan in op het onderscheid tussen psychische problematiek en niet-pathologische grenservaringen (ook al is dat niet strak te maken).

Een eerste idee over de colleges in deze module, onder voorbehoud van toezegging door de beoogde sprekers:

8.2.1 Wouter Kusters (filosoof, taalwetenschapper, docent) over de filosofie van de waanzin

Wouter Kusters schreef verschillende boeken over zijn ervaringen met psychoses en het inherente raakvlak daarvan met filosofie.

'Filosofie van de waanzin' plaatst de waanzin waar deze thuishoort: niet tussen de suikerziektes en gebroken benen, zoals veel psychiaters ons willen doen geloven, maar tussen bijzondere ervaringen van wijsheid, mystiek en creativiteit.'

- Wouter Kusters

Wouter Kusters schreef een erudiet en diep doorleefd boek over de meest uiteenlopende waanzinnige ervaringen: van 'de dolle mens' van Nietzsche en de doorgedraaide danser Nijinski tot de misschien wel geniale gek bij u in de buurt. Daarbij plaatst hij de waanzin in een uitzonderlijk breed perspectief. Hij beschrijft tal van hoogtepunten in onze cultuur die frappante overeenkomsten vertonen met uitingen van waanzinnigen: filosofie van Plotinus en Sloterdijk, mystiek van Meister Eckhart, literatuur van Aldous Huxley, kunst van M.C. Escher, muziek van The Doors, films als *The Truman Show* en *The Matrix*.

Tussen de beschouwingen door schrijft Kusters over de ervaringen en gedachten van degenen die al te vaak worden opgesloten in diagnoses, in klinieken, in de geestdodende taal van de psychiatrie. Het zijn hun stemmen die hier doorklinken. Kusters heeft zelf tot twee keer toe een psychotische episode doorgemaakt en weet waar hij het over heeft: filosofie kan ongemerkt in waanzin overgaan. En omgekeerd: uit momenten van waanzin ontstaat de mooiste filosofie.

'Met een fenomenale denkkraft, die met recht af en toe aan het waanzinnige raakt - en dat is een understatement - geeft dit boek ons begrip van waanzin een nieuwe dimensie. (...) Een niet te evenaren boek, dat zowel binnen als buiten de filosofie en zeker ook in de psychiatrie een impact heeft die alleen maar groter zal worden. Magistraal!'
- juryrapport van de Socrates Wisselbeker

<https://lemniscaat.nl/boeken/filosofie-van-de-waanzin>

8.2.2 Eva Ouwehand over spirituele en religieuze inhouden bij mensen met een bipolaire diagnose

Eva Ouwehand, theologe en geestelijk verzorgster, deed haar promotieonderzoek naar religieuze inhouden bij mensen met een bipolaire diagnose. Voor haar dissertatie onderzocht Eva het soort religieuze en spirituele ervaringen die mensen met een bipolaire stoornis hebben, hoe mensen deze ervaringen zelf interpreteren, hoe deze ervaringen hun leven beïnvloeden en hoe zorgverleners hen kunnen helpen een gebalanceerde houding te vinden jegens dit soort ervaringen. Samen met een aantal psychiatrie studenten sprak ze met 34 mensen met de diagnose bipolaire stoornis. Gebaseerd op de resultaten van deze interviews, ontwikkelde ze een vragenlijst die werd ingevuld door bijna 200 patiënten onder behandeling bij de afdeling Altrecht Bipolair.

Gebaseerd op haar onderzoek concludeerde Eva dat medische interpretaties van ervaringen vaak zijn verweven met religieuze en spirituele interpretaties bij mensen met een bipolaire stoornis:

‘Mensen ervaren contact met een andere dimensie, maar tegelijkertijd voelen ze dat dit wordt versterkt door hun stoornis. Het is heel belangrijk voor mensen om over deze spirituele en religieuze ervaringen te praten, maar soms zijn ze huiverig of vinden het moeilijk om dat te doen. Wat deze deelnemers zoeken is respect voor hun religiositeit en erkenning van hun ervaringen, maar ook een kritisch klankbord om hen te helpen hun ervaringen te interpreteren. Voor velen zullen dit altijd belangrijke ervaringen blijven die hen iets vertellen over wie ze zijn en hun plaats in de wereld.’

<https://www.rug.nl/news/2020/01/promotie-eva-ouwehand-mania-and-meaning>

8.2.3 Rogier Hoenders

Zingeving is de onzichtbare kracht achter de keuzes en inspanningen die we als mens maken, en daarmee ook cruciaal bij het halen van leefstijl- en behandeldoelen in de ggz. Het onderwerp wordt echter zelden expliciet benoemd. Zorgverleners voelen zich vaak onvoldoende toegerust het gesprek aan te gaan en doen dit dan ook zelden, terwijl patiënten dat graag anders zouden zien. Het expliciet maken van de vaak impliciete zingeving van patiënten en behandelaren in de ggz kan veel opleveren: betere gezondheid en welzijn, persoonlijke groei en houvast, betere behandelrelatie, meer motivatie voor een behandeling en minder burn-outs, waardoor medewerkers duurzamer ingezet kunnen worden. Met het instellen van de leerstoel Zingeving, Leefstijl en Geestelijke Gezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen wordt gewerkt aan het vergroten van de (mentale) gezondheid van Groningers, zodat iedereen de aanpak kan krijgen die bij hem of haar past, gegeven diens wensen, voorkeuren, culturele identiteit en levensbeschouwing.

Naast het bijzonder hoogleraarschap is prof. dr. Rogier Hoenders (1972) psychiater en hoofd onderzoek en behandelen bij het Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis in Groningen. Hoenders leidt het Lentis Leefstijl Programma, waarbij patiënten en medewerkers getraind worden in leefstijl vaardigheden (voeding, beweging, ontspanning, slaap, genotmiddelen, sociaal functioneren en zingeving). Zingeving is volgens Hoenders het belangrijkste, maar ook het minst benoemde onderdeel van leefstijlinterventies. Hoenders: ‘Duurzame gedragsverandering is

een hele opgave voor de meeste mensen. De kans om daarin te slagen, wordt groter als we leefstijldoelen koppelen aan zingeving.'

<https://www.rug.nl/news/2024/10/oratie-rogi-er-hoenders>

8.2.4 Spiritual emergency - vacature

De termen 'spiritual emergence' en 'spiritual emergency' zijn het centrale thema van de scholing en worden door veel verschillende psychiaters, psychologen, antropologen en filosofen beschreven. In dit college een overzicht van visies uit de literatuur en een bespreking van het (vloeibare) onderscheid tussen beide toestanden.

8.3 Grenservaringen

Met deze module, die tegelijkertijd een hele leerlijn is, vallen we vervolgens meteen met de deur in huis. In de geest van het sociaal constructivisme pretendeert deze scholing geen strakke definities te leveren over wat spiritual emergency precies is en wat het onderscheid zou zijn met spiritual emergence. We laten liever mensen zelf aan het woord, zowel ervaringsdeskundigen als hulpverleners met praktijkervaring. Veel colleges in dit blok bevatten een presentatie / verhaal en een kringgesprek en/of ervaringsgericht werk.

Dit is de eerste module van de scholing en gaat gedeeltelijk vooraf aan de rest van de modules en loopt gedeeltelijk door naast andere modules, met name de module 'Spiritual emergence/y'.

Een uitgebreide beschrijving van grenservaringen die voorkomen bij een spiritual emergency is te vinden in paragraaf 2.1.4.

8.3.1 Ervaringsdeskundigen

De eersten die in de module 'Grenservaringen' het podium krijgen zijn mensen die bijzondere ervaringen hebben of hebben gehad in combinatie met spirituele inhoud en die deze benoemen als een spiritual emergency of spirituele crisis. Vaak zijn zij ook ervaringsdeskundige in de psychiatrie, maar dat hoeft niet. Een spiritual emergency kan iemand hulp doen zoeken in het medische circuit, maar veel mensen leren zelf en/of met hulp van hun netwerk omgaan met hun ervaringen.

Behalve eigen verhalen, hebben sommigen van hen ook een schat aan verhalen van anderen, bijvoorbeeld vanuit hun werk als ervaringsdeskundige in de GGZ, of andere hoedanigheid. Zij delen hun eigen visie, maar ook wat hen heeft geholpen om door deze periodes van spiritual emergency heen te komen.

8.3.2 Hulpverleners

De hulpverleners die in de module 'Grenservaringen' aan het woord komen hebben allemaal ervaring met een aspect van spiritual emergency en ontwikkelen hier hun eigen antwoord op in hun werk. We geven het woord aan hulpverleners uit verschillende beroepsgroepen. Zij delen niet alleen hun ervaringen, maar ook hun vragen, worstelingen en overdenkingen. Uitgangspunt is dat er niet één antwoord is, maar dat we dat antwoord samen moeten vinden, met input vanuit alle beroepsgroepen, niet in de laatste plaats de ervaringsdeskundigen. De deelnemers aan deze scholing zijn zelf ook hulpverlener en/of ervaringsdeskundige en worden in de module 'Grenservaring' tijdens twee à drie colleges in de gelegenheid gesteld om samen te brainstormen over diverse thema's.

8.3.3 Colleges binnen de module Grenservaringen

8.3.3.1 *Stemmen – Peter Oud*

Stemmen horen komt voor in alle lagen van de bevolking. Vaak is er geen lijdensdruk en ervaren mensen de stemmen zelfs als steunend en kunnen ze er goed mee overweg. Stemmen kunnen je echter ook angstig maken, boos of somber. Hoe kun je aankijken tegen stemmen horen? Zijn het auditieve hallucinaties, echo's van vroeger of verstoorde gedachten? Of komen ze van een bovennatuurlijk of buitendimensionaal wezen? Is het onderscheid relevant en zo ja, wanneer en waarom? Kan je begrijpen waarom iemand stemmen hoort? Hoe ga je er mee om? Deze vragen onderzoeken we onder bezielende begeleiding van Peter Oud, voorzitter van Stichting Weerklank, sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij een team van BuurtzorgT en op de Stemmenpoli in Alkmaar.

Peter geeft door het hele land voorlichting over en les in de Maastrichtse methode waar Marius Romme en Sandra Escher de grondleggers van zijn. Hij heeft zelf ervaring met stemmen horen, beelden zien en het volgen van innerlijke bewegingen.

8.3.3.2 *Kundalinicrisis, visioenen of hallucinaties – José Hoekstra*

De term Kundalinicrisis wordt door veel ervaringsdeskundigen gebruikt om te omschrijven waar ze doorheen zijn gegaan. Meestal pas achteraf, want hoe weet je wat je overkomt als je middenin de verwarring zit? José Hoekstra schreef het boek 'Vleugels' over hoe haar psychose niet de gekte was, maar de poging van haar systeem om de gekte op te heffen. Onderdeel van haar ervaring waren betekenisvolle beelden en visioenen. José is antropologe, ervaringsdeskundige en betrokken lid van de beweging achter de Crazy Wise conferentie.

8.3.3.3 *De nacht van de ziel*

De ervaring van een diepe, absolute leegte kan een transformatie in gang zetten of daarmee gepaard gaan. Een metafoor voor deze ervaring is "de donkere nacht van de ziel". Sommige mensen komen door de wanhoop, angst of somberheid terecht bij de GGZ. Hoe kun je deze diepte zien in termen van een existentiële crisis?

8.3.3.4 *Extase*

Spirituele extase, een eenheidservaring (of meerdere) of verlichting zijn omschrijvingen van een overweldigende positieve ervaring (of periode) die je leven op je kop kan zetten. Soms is de ontwrichting zo sterk, dat iemand bij de GGZ terecht komt. Mensen met een diagnose bipolariteit ervaren vaak spirituele inhouden in hun ervaringen.

8.3.3.5 *Verruimde bewustzijnsstaten: psychedelica*

Psychedelica hebben veranderde bewustzijnsstaten als gevolg en spelen soms een rol in een spiritual emergence of emergency. Ze kunnen werken als trigger voor spirituele ervaringen en/of psychische problematiek, maar er wordt ook onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van deze verruimde bewustzijnsstaten om in te zetten bij PTSS, depressie en andere diagnoses.

8.3.3.6 *Verruimde bewustzijnsstaten: meditatie*

Meditatie en mindfulness komen uit oosterse levensbeschouwingen en worden daar geacht een weg te banen naar verruimde bewustzijnsstaten. Beide werden eerst lange tijd buiten beschouwing gelaten als behandelmogelijkheid van psychische klachten, toen gezien als het ei van columbus om stress te lijf te gaan en de behandeling van diverse klachten te bevorderen, maar nu blijkt uit onderzoek dat er ook negatieve psychische gevolgen bestaan. Sommige mensen raken in een crisis door meditatie, zonder dat er sprake is van bijkomende factoren.

8.4 Visies

In deze leerlijn bekijken we spirituele ontwikkeling en psychische klachten vanuit diverse visies. Dit kunnen culturele en levensbeschouwelijke visies zijn, maar er worden ook twee colleges gegeven over medische diagnoses die kunnen passen bij bijzondere ervaringen. Deze laatste zijn alleen voor de niet-medici verplicht onderdeel van de scholing en bedoeld om doorverwijzen duidelijker en gemakkelijker te maken. Neurologische, sociaal-maatschappelijke en leefstijlaspecten van psychische klachten worden verder bekend verondersteld bij deelnemers. De leerlijn 'Visies' kan de volgende modules bevatten:

8.4.1 Mystiek

Mystiek is een aspect van de meeste religies, waarbij de directe ervaring van het transcendente voorop staat. In dit blok worden mystieke denkbeelden uit voornamelijk de monotheïstische religies besproken: christendom, jodendom en islam. Ook wordt ingegaan op verhalen over spirituele extase en 'gekte' die bekend zijn uit de geschiedenis van deze religies.

8.4.2 Oosterse religies

In diverse oosterse religies is spirituele ontwikkeling een centraal gegeven. Hiertoe zijn leefregels en spirituele oefeningen ontwikkeld over een periode van duizenden jaren. In deze levensbeschouwingen geldt spiritual emergency als een mogelijk bijverschijnsel van de beoefening van een spiritueel pad. Er wordt onder meer ingegaan op de effecten van meditatie en onthechting.

8.4.3 Natuurreligies

In natuurreligies worden bijzondere ervaringen vaak gezien als een roeping om te gaan werken als traditioneel genezer in dienst van de vooroudergeesten, niet als een ziekte. Er wordt wel een verschil ervaren met betrekking tot een 'echte' roeping en klachten die aandacht behoeven van een arts. Soms is dit verschil niet inherent, maar eerder het al dan niet slagen van de opleiding tot traditioneel genezer. In dit blok kijken we naar verschillende natuurreligies, onder meer de winti uit Suriname. Ingrid Sporkslede is POH-GGZ en Winti-consulent bij Arkin. Voor de vacature wordt gedacht aan een antropoloog of psychiater met expertise op het gebied van niet-westerse cultuur.

8.4.4 Eclectische spiritualiteit

In Nederland en veel westerse landen is georganiseerde religie gedeeltelijk vervangen door een samenstel van verschillende spirituele, religieuze en levensbeschouwelijke denkbeelden en praktijken die we gezamenlijk eclectische spiritualiteit zouden kunnen noemen. Een verouderde naam is 'New Age', maar deze term is sterk gekleurd door de subcultuur waar deze is ontstaan en dekt allang de lading niet meer.

In dit samenstel van ideeën is ruimte voor oosterse religies, natuurreligies en inhoudten uit monotheïstische religies. Vaak ontstaan nieuwe tradities, of persoonlijke fusions van ideeën in combinatie met de eigen geleefde ervaring. In dit blok ook aandacht voor (controversiële) uitvloeisels van deze ideeën in de integrale zorg en (al dan niet pseudo)wetenschap. Ook hier wordt de vacature waarschijnlijk ingevuld met een antropoloog of psychiater met ervaring rondom dit onderwerp.

8.4.5 Psychosociale basiskennis module: medische diagnoses en bijzondere ervaringen

In deze colleges wordt de medische kant van bijzondere ervaringen besproken voor niet-medici. Zoals besproken is de spiritual emergence of emergency vaak voor tweeërlei uitleg vatbaar, maar klachten met een duidelijke lijdensdruk behoeven medische zorg. Voor de geestelijk begeleiders,

paramedici en complementair therapeuten is het belangrijk om in te gaan op signalen bij de intake of tijdens een behandeltraject die aanleiding geven tot zorg, zodat adequaat kan worden doorverwezen en/of samenwerking kan worden gezocht. De module kan door alle deelnemers worden gevolgd, maar is alleen verplicht voor de niet-medici.

8.5 Transpersoonlijke visie

Transpersoonlijke visies op grenservaringen nemen deze ervaringen en het bestaan van een transpersoonlijke werkelijkheid serieus. Er zijn transpersoonlijk denkers aan te wijzen in de psychologie en de filosofie. Anders dan bij godsdienstwetenschappen, houden wetenschappelijk transpersoonlijk denkers zich niet bezig met één speciale religie en een eventuele legitimering ervan, maar met de ervaring zelf en de theoretische en praktische implicaties voor de menselijke geest. In de transpersoonlijke traditie zijn ook werkvormen ontstaan en veel werkvormen die daarbuiten zijn ontstaan, krijgen door deze traditie een theoretische context.

8.5.1 Transpersoonlijke psychologie – Hein van Dongen

In dit blok neemt Hein ons mee langs de belangrijkste transpersoonlijke theoretici, het ontstaan en de ontwikkeling van deze traditie in de psychologie. Hein is musicus en filosoof en auteur van o.a. *Wilde beesten in de filosofische woestijn* en *Bergson*. Hij promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam op een proefschrift over de pluraliteit van maatstaven in de wetenschap en de samenleving. Hij is docent aan verschillende onderwijsinstellingen, vice-voorzitter van de stichting Filosofie Oost-West en werkt tevens als filosofisch consultant, waarbij hij zich vooral richt op het traceren van de invloed van conceptuele systemen op praktijksituaties.

Bij de Academie is Hein docent bij verschillende studierichtingen in de vakken Westerse Filosofie, Grenservaringen en Nieuwe Wetenschappen, Jungiaanse Psychologie, Nieuwe Transpersoonlijke Denkrichtingen en Religieuze Nood. Hij zal ook de rol van studietoelichting op zich nemen voor de scholing uit dit projectvoorstel.

8.5.2 Filosofie van de binnenwereld - Wouter Kusters

Op het raakvlak tussen psychose en filosofie brengt Wouter ons inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek en eigen ervaring. Wouter is filosoof, taalwetenschapper en docent. Zijn eerste publiksboek was "Pure waanzin; een zoektocht naar de psychotische ervaring" (2004). Pure waanzin kreeg de Van Helsdingenprijs voor het beste werk op het grensgebied van psychiatrie en filosofie, en de Socrates Wisselbeker voor het beste, meest prikkelende filosofieboek van het jaar. In 2014 verscheen "Filosofie van de waanzin; Fundamentele en grensoverschrijdende inzichten", dat eveneens de Socrates Wisselbeker won. In 2020 verscheen de Engelse vertaling: *A Philosophy of Madness*. In maart 2023 verscheen zijn nieuwe boek "Schokeffecten; Filosoferen in tijden van klimaatverandering."

8.5.3 Filosofie en fenomenologie – vacature

De fenomenologie is bij uitstek geschikt om gebieden te onderzoeken die nog niet goed te plaatsen zijn in een theoretisch raamwerk. In de fenomenologie is de ervaring of waarneming op zich leidend, niet een paradigma of theoretisch concept. Het is een methode die bij uitstek geschikt is om naar een onderwerp te kijken en daarover ons oordeel tijdelijk op te schorten: zelfs ons oordeel of iets überhaupt bestaat of niet. Toegepast op bijzondere ervaringen zorgt de fenomenologische methode ervoor dat we de vraag of een ervaring 'echt' is of niet, kunnen loslaten. Hierdoor wordt het mogelijk om de dynamiek van de ervaring zelf te bekijken. Voor deze vacature wordt een filosoof gezocht.

8.6 In de praktijk

De verschillende theoretische inzichten worden in de praktijkcolleges verbonden met bestaande praktische tools. Hierbij wordt geput uit drie verschillende methodes, namelijk intercultureel werken in de GGZ, transpersoonlijk counselen en mind-body interventies. Daarnaast maakt een practicum interprofessioneel werken onderdeel uit van dit gedeelte.

8.6.1 Cultuursensitiviteit in je werk – Sherida Pengel

Cultuursensitief werken is meer dan kennis hebben van verschillende culturen. Mensen met een migratie-achtergrond nemen soms culturele aspecten mee, soms juist niet. Mensen die geboren en getogen zijn in Nederland, kunnen ook heel diverse culturele denkbelden hebben, soms geleend uit andere landen, andere tijden of een creatief samenstel van ideeën uit subculturen. Hoe kun je cultuursensitief werken toepassen in je praktijk?

8.6.2 Transpersoonlijk counselen – Lars Hermesdorf

In aanvulling op de theorie van de transpersoonlijke psychologie worden enkele praktijklessen gegeven om kennis te maken met de vaardigheid transpersoonlijk counselen. Counselen verschilt van therapie en coaching. Er is geen therapeutisch doel of hulpvraag waarop gecoacht wordt richting een gedragsverandering of oplossing. Counselen gaat over de juiste manier van oordeelloos luisteren. Deze scholing leidt niet op tot counselor, maar biedt ruimte om de vaardigheid verkennend toe te voegen aan de vaardigheden die deelnemers reeds bezitten in het kader van hun vak.

8.6.3 Mind-body interventies – diverse docenten

Meditatie, mindfulness en yoga hebben geleidelijk ingang gevonden in de reguliere GGZ. Er worden steeds meer vormen gebruikt in het bredere werkveld van de complementaire en paramedische gezondheidszorg, maar ook in de (vrijgevestigde) psychiatrie en psychologie. In dit blok een greep uit deze interventies. We bekijken onder andere lichaamsgericht werken, mindfulness en complementaire zorg. We besteden aandacht aan voor- en nadelen bij psychische klachten, indien mogelijk met behulp van wetenschappelijk onderzoek en waar dit niet voorhanden is, gebaseerd op practice-based evidence of traditioneel gebruik. Deze module wordt door verschillende docenten gegeven:

8.6.4 Practicum interprofessioneel werken

In drie bijeenkomsten worden deelnemers uitgenodigd zich te buigen over casussen waarbij interprofessioneel werken een meerwaarde zou kunnen (of had kunnen) bieden. Er is aandacht voor de mogelijkheden om dit per direct door te voeren in je werk. Daarnaast kijken we samen naar wat er nodig is om deze manier van werken in de eigen werkcontext te faciliteren op organisatie-niveau, op maatschappij-niveau en op persoonlijk niveau.

Bronnenlijst

- Academie voor Geesteswetenschappen. (2024). <https://academiegeesteswetenschappen.nl/visie/>
- Altrecht. (z.d.). Expertisegroep Zingeving. Geraadpleegd van: <https://www.altrecht.nl/expertisegroep-zingeving/>
- Braam A.W., Koenig, H.G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257: 428-438. doi:10.1016/j.jad.2019.06.063
- Braam A.W., Verhagen, P.J. (2022). Levensbeschouwelijke diversiteit: mozaïek en dynamiek. In: *Tijdschrift voor psychiatrie*, 64(8): 535-539.
- Carol, H., Kidd, J. (2017) Epistemic injustice in medicine and healthcare. In Kidd, J., Medina, J., Pohlhaus, G., (reds). (2017). *The Routledge handbook of epistemic injustice*. Routledge Taylor & Francis; p. 336-46.
- Charon, R. (2008). *Narrative medicine honoring the stories; honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Crazy Wise Conference (z.d.). *Over ons*. Geraadpleegd van <https://crazywise.nl/over-ons/>
- De Jonge, P., Wardenaar, K. J., Hoenders, H. R., Evans-Lacko, S., Kovess-Masfety, V., Aguilar-Gaxiola, S., ... Thornicroft, G. (2018). Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(6), 552–567. doi:10.1017/S2045796017000774
- Dutrieux, D. (2004). *Kundalini; omgaan met het innerlijk vuur*. Ankh-Hermes.
- Enik Recovery College (z.d.). *Deel je verhaal, het inspireert anderen en jezelf*. Geraadpleegd van <https://www.enikrecoverycollege.nl>
- GGZ Standaarden (authorisatiedatum 2017). *Herstelondersteuning*. Geraadpleegd van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/herstelondersteuning/introductie>
- GGZ Standaarden (authorisatiedatum 2023). *Zingeving in de psychische hulpverlening*. Geraadpleegd van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/zingeving-in-de-psychische-hulpverlening/introductie>
- GGZ-VS. (z.d.). *De relatie tussen de patiënt en de hulpverlener maakt het verschil*. Geraadpleegd van <https://ggzvs.nl/nieuws-verhalen/de-relatie-tussen-de-patient-en-de-hulpverlener-maakt-het-verschil/>
- Grabijn, D., & Foudraine, F. (2012). *Transpersoonlijke psychologie; een ordenend en inspirerend overzicht*. De Toorts.
- Grof, S. & Grof, C. (1989). *Spiritual emergency. When personal transformation becomes a crisis*. Tarcher Putnam.
- Herstelacademie Haarlem, (z.d.). *Workshop spiritualiteit*. Geraadpleegd van <https://herstelacademie.org/ons-aanbod/spiritualiteit/>
- Hoekstra, J. (2023). *Vleugels; psychose als weg tot volledig menszijn*. Boekscout.
- Hoekstra, J. (z.d.). *Spirituele crisis*. Geraadpleegd van <https://josegitana.wixsite.com/mijnsite/crisis>
- Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Tijds. gezondheids.wetenschappen* 91, 133–134. <https://doi.org/10.1007/s12508-013-0046-z>

- Hubertse, S. (2024). Samenwerken: Stichting Complementaire Zorg Utrecht. *Vakblad Natuurlijke en Integrale Gezondheidszorg*, 2: 58-59. Geraadpleegd op 20 juli 2024 van <https://www.vnig.nl/natuurgeneeswijzen/samenwerken-stichting-complementaire-zorgutrecht>
- Ingerman, S. (1991). *Soul retrieval; mending the fragmented self*. Harper Collins.
- Institute for Positive Health (2024). *Positieve gezondheid; wat is het?* Geraadpleegd van <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
- International Spiritual Emergence Network (2019). *About ISEN*. Geraadpleegd van <https://www.spiritualemergencenetwork.org/isen>
- Jung, C.G. (1991). *Herinneringen, dromen, gedachten. Een autobiografie*. Lemniscaat.
- Kampschuur, P. & Van Beckhoven, A. (2009). *Spiritualiteit en energie; de Kundalini kwestie*. Synthese.
- Kleinman, A., (1988a). *Rethinking psychiatry; from cultural category to personal experience*. The Free Press.
- Kleinman, A., (1988b). *The illness narratives; suffering, healing and the human condition*. Basic Books.
- Kusters, W. (2014). *Filosofie van de waanzin; fundamentele en grensoverschrijdende inzichten*. Lemniscaat.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B.J., Verhagen, P.J., Cook, C.C.H., (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. In *World Psychiatry*. 2016 Feb 1;15(1):87–88. doi: 10.1002/wps.20304
- Norton, L., (2019). *Action research in teaching and learning; a practical guide to conducting pedagogical research in universities*. Routledge.
- Notenboom, M. (2024). Ecosysteem Mentale Gezondheid in de praktijk. *Vakblad Natuurlijke en Integrale Gezondheidszorg*, 2: 40-45. Geraadpleegd op 20 juli 2024 van <https://www.vnig.nl/natuurgeneeswijzen/ecosysteem-mentale-gezondheid-in-de-praktijk>
- Ouwehand, E., Wong, K., Boeije, H., & Braam A. (2014). Revelation, delusion or disillusion: Subjective interpretation of religious and spiritual experiences in bipolar disorder. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(6), 1-14. Geraadpleegd op 23 juli 2024 van <https://tandfonline.com/doi/full/10.1080/13674676.2013.874410>
- Ouwehand, E. (2020). *Mania and meaning; a mixed methods study into religious experiences in people with bipolar disorder: occurrence and significance*. [Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen].
- Özgen, M.H., Karimi, F. & Braakman, M.H. (2022). Culturele diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 2022;64(8):513-516.
- Pallai, E., & Tran, K. (2019). Narrative Health: Using Story to Explore Definitions of Health and Address Bias in Health Care. In *The Permanente Journal*. 2019;23:18-052. doi: 10.7812/TPP/18-052. PMID: 30939266; PMCID: PMC6380479.
- Reinders, J., Pesut, D., & Pype, P. (2023). Meta-model of interprofessional development. In J. Reinders & P. Pype (Reds.), *Van solo naar synergie; handboek voor interprofessionele praktijk, onderwijs en onderzoek* (pp. 27-50). Koninklijke Van Gorcum B.V.

Sartori, P. (2015). *Levensvreugde na BDE's. Wat bijna-doodervaringen ons kunnen leren*. Librero.

Swaab, D.F. (2012). *Wij zijn ons brein; van baarmoeder tot Alzheimer*. Atlas Contact.

Tönis, I. & Van Lakerveld, J. (2019). *Eindtermen Medische- en Psychosociale Basiskennis 2018/2019; voor zorgverleners in de complementaire zorg*. Universiteit Leiden. Geraadpleegd op 20 juli 2024 van https://rbcz.nu/wp-content/uploads/2021/10/190307vPL_ATO_1.1_Eindtermen_MBK_en_PSBK_2018-2019.pdf

Van Bogaert, P., Damoiseaux, R., & De Groot, E. (2023) Fase 1 t/m fase 4, interprofessionele werk- en leerproces; operationele dimensie van interprofessioneel werken en leren: praktijkvoorbeelden uit Nederland en Vlaanderen. In J. Reinders & P. Pype (Reds.), *Van solo naar synergie; handboek voor interprofessionele praktijk, onderwijs en onderzoek* (pp. 71-83). Koninklijke Van Gorcum B.V.

Van Deth, R., & Vandereyken, W. (2019). *Psychiatrie; van diagnose tot behandeling*. Bohn Stafleu van Loghem.

Van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose. Theorie, diagnostiek en behandeling*. Boom.

Van Kempen, T. (2019). *Hoe weet je of iemand een kundalini-crisis heeft?* Geraadpleegd van <https://www.psychosenet.nl/online-spreekuur/hoe-weet-je-of-iemand-een-kundalinicrisis-heeft/>.

Van Leeuwen, R., Leget, C., & Vosselman, M. (2020). *Zingeving in zorg en welzijn*. Boom.

Van Nieuw Amerongen, J. C., Ouwehand, E., De Graaf, N., Van Parijs, L., Schaap-Jonker, H., Braam, A.W., Verhagen, P.J., Rosmarin, D.H., & Van den Brink, B. (2024). Introduction of Spiritual Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment (SPIRIT) in The Netherlands: Translation and Adaptation of a Psychotherapy Protocol for Mental Health Care. *Religions* 15: 253. <https://doi.org/10.3390/rel15030253>

Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Westerbroek, G., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2020). Conversations and Beyond: Religious/Spiritual Care Needs among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(7), 524-532. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001150>

Van Os, J. (2017). De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Bohn Stafleu van Loghem.

Vereniging Arts en Leefstijl (z.d.). Vereniging Arts en Leefstijl; voor de zorg van morgen. Geraadpleegd van <https://www.artsenleefstijl.nl/>

Vereniging voor Geestelijk Verzorgers. (z.d. a). *Werkvelden; psychiatrie*. Geraadpleegd van: <https://vgvz.nl/werkvelden/psychiatrie/>

Vereniging voor Geestelijk Verzorgers. (z.d. b). *Over de VGVZ*. Geraadpleegd van: <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/>