



Arteveldehogeschool
Katholiek Hoger Onderwijs Gent
Opleiding Bachelor in de Verpleegkunde.
Campus Kantienberg
Voetweg 66,
BE-9000 Gent

**Spirituele verpleegkundige zorg bij psychoseproblematiek
vanuit een integratief model van psychose**

Promotor: de heer K. Lepoutre
de heer G. De Geyter
de heer C. Moonen

Bachelorproef voorgedragen door:
Ruben DE TEMMERMAN

Academiejaar: 2016 - 2017

tot het bekomen van de graad van Bachelor in de
Verpleegkunde

"The schizophrenic is drowning in the same waters
in which the mystic swims with delight"

Joseph Campbell

Abstract

Spirituele verpleegkundige zorg bij psychoseproblematiek vanuit een integratief model van psychose	
Student:	Ruben De Temmerman
Externe promotor:	Dhr. G. De Geyter Dhr. C. Moonen
Interne promotor:	Dhr. K. Lepoutre
Trefwoorden:	Spiritualiteit – Psychose - Verpleegkunde
<p>Probleemstelling: Spirituele verpleegkundige zorg voor zorgvragers met psychoseproblematiek wordt in de praktijk vaak genegeerd. Dit is te wijten aan het biomedische model van mentale verstoring dat doorgaans in de GGZ op de voorgrond staat. Kan er een holistisch model gevonden worden voor psychoseproblematiek, waaruit spirituele verpleegkundige attitudes en interventies kunnen worden afgeleid?</p> <p>Methode: Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd en informatie van een opleiding aangaande spirituele crisis werd geïmplementeerd.</p> <p>Resultaten: Een psychotische episode is een crisis waarvan biologische, psychosociale en spirituele factoren aan de oorzaak kunnen liggen. Vaak is er in de crisis sprake van onverwerkt emotioneel trauma dat naar boven komt. Verpleegkundigen dienen zich een onvoorwaardelijke en niet-oordelende houding aan te meten, zodat de acute fase van een crisis kan gaan liggen en zorgvragers hun crisis kunnen evalueren en integreren.</p> <p>Discussie: Er is een grote nood aan meer bewustzijn en onderzoek aangaande atypische ervaringen, aangezien deze niet noodzakelijkerwijs wijzen op pathologie.</p>	

Inhoudsopgave

Abstract	7
Inhoudsopgave	9
Tabellenlijst	11
Figurenlijst	11
Dankwoord	13
Inleiding.....	15
1 <i>Introductie</i>	15
2 <i>Probleemstelling</i>	18
3 <i>Onderzoeksvraag</i>	21
4 <i>Methodologie</i>	22
4.1 Literatuurstudie	22
4.2 Praktijkdeel.....	22
4.2.1 Emma Bragdon	23
4.3 Extra bronnen	24
4.4 Schematisch overzicht wetenschappelijke artikels	24
Resultaten	25
1 <i>Begripsverheldering</i>	25
1.1 Psychose en psychotische stoornissen	25
1.1.1 Classificatie volgens de DSM-5.....	25
1.2 Spiritualiteit	28
1.3 Religie	30
1.4 De mind	31
2 <i>De barrières om tot spirituele zorg te komen</i>	32
3 <i>Een holistische omschrijving van psychose</i>	33
3.1 De nood aan een ruimere omschrijving van psychose	33
3.1.1 Kritiek op de categorisering van de DSM	33
3.2 Psychotische of spirituele ervaring?	36
3.3 Een holistische omschrijving van psychose	39
3.3.1 Spiritualiteit en de conventionele GGZ: een ander taalgebruik	39
3.3.2 De nood aan balans.....	40
3.3.3 Trauma als basis voor mentaal onevenwicht	40
3.3.4 Een holistische benadering van psychose	42
3.4 Gevolgen voor de werkvloer	43
3.4.1 Fysieke factoren	43
3.4.2 Psychosociale factoren.....	43

3.4.3	Spirituele factoren.....	44
4	<i>Efficiënte steun in een spirituele crisis</i>	45
4.1	Vereisten voor individuen in spirituele crisis.....	45
4.1.1	Rustige en veilige omgeving.....	45
4.1.2	Kortetermijnzorg: veiligheid, juiste zorg, bescherming.....	46
4.1.3	Fysieke controle door arts.....	46
4.1.4	Voorzichtig gebruik van psychiatrische medicatie.....	48
4.1.5	Peer support.....	49
4.1.5.1	Het Soteria Huis.....	49
4.1.5.2	Open dialoog.....	51
4.1.5.3	Andere Peers.....	51
4.1.6	Hulp met aarden.....	52
4.1.6.1	Voeding.....	52
4.1.6.2	Water.....	52
4.1.6.3	Beweging.....	53
4.1.6.4	Slaap.....	53
4.1.6.5	Toegang tot de natuur.....	53
4.1.6.6	Verbinding met anderen.....	54
4.1.6.7	Metafysische aspecten.....	54
4.1.7	Educatie.....	54
4.1.7.1	Spirituele beoefening.....	55
4.1.8	Respect voor spirituele ervaringen en verhoogde staten van bewustzijn.....	56
4.2	Positieve aanvullingen.....	57
4.3	Zaken waar voorzichtig mee dient omgesprongen te worden.....	58
4.4	Andere hulpbronnen.....	59
5	<i>Verpleegkundige implicaties</i>	60
5.1	Verpleegkundige attitudes voor spirituele zorg.....	61
5.1.1	De presentiebenadering.....	61
5.1.2	Aandacht voor de eigen spirituele gezondheid.....	63
5.1.3	Tussentijdse conclusie.....	65
5.2	Verpleegkundige interventies.....	66
5.2.1	Het creëren van een veilige omgeving.....	66
5.2.2	De spirituele anamnese.....	67
5.2.3	Het diamantmodel.....	72
5.2.4	Het pijnproces.....	74
5.2.4.1	De pijn vasthouden.....	75
5.2.4.2	De pijn beschrijven.....	76
5.2.4.3	De pijn beheersen.....	77
5.2.4.4	De pijn eren.....	77
5.2.5	Het voorzien van spirituele materialen.....	77
5.2.6	Het ondersteunen van religieuze en spirituele activiteiten.....	78
5.2.7	Samenwerken met en doorverwijzen naar spirituele raadgevers.....	78
5.2.8	Psycho-educatie.....	80
5.2.9	Assisteren in het vormen van gezonde relaties met significante anderen.....	82
5.2.10	Assisteren bij therapieën.....	83

5.2.10.1	Mindfulness	83
5.2.10.2	Beeldende therapie	84
5.2.10.3	Spirituele zang- en muziekgroepen	84
5.2.10.4	Groepsgesprekken met als onderwerp spiritualiteit	85
5.3	Opleiding	87
6	<i>Onttrafeling van een maatschappelijk probleem</i>	89
7	<i>De spirituele dimensie wordt niet langer genegeerd</i>	91
Discussie		93
1	<i>Een holistische omschrijving van psychose</i>	95
2	<i>Een alternatief holistisch model</i>	97
3	<i>Verpleegkundige attitudes en interventies van psychiatrische verpleegkundigen met betrekking tot spiritualiteit</i>	98
4	<i>Aanbevelingen</i>	101
5	<i>Beperkingen</i>	105
6	<i>Suggesties voor verder onderzoek</i>	107
Conclusie		109
Bibliografie		111
Bijlagenlijst		119

Tabellenlijst

Tabel 1: Vergelijking tussen ziekte en trauma als basis voor mentale verstoring	41
---------------------------------------------------------------------------------------	----

Figurenlijst

Figuur 1: Schema wetenschappelijke artikels	24
Figuur 2: Het diamantmodel	74

Dankwoord

Deze bachelorproef is het eindproduct van mijn opleiding van Bachelor in de Verpleegkunde aan de Arteveldehogeschool van Gent. De totstandkoming van deze bachelorproef zou niet mogelijk geweest zijn zonder de medewerking en steun van enkele personen, die ik hiervoor wens te bedanken.

Vooreerst wens ik mijn dank te betuigen aan mijn promotoren Koen Lepoutre, Guido De Geyter en Christoph Moonen. Zij hielpen me structuur aan te brengen, gaven tips, reikten aanvullende bronnen aan, brachten verbeteringen aan en begeleidden me doorheen het proces gedurende het schooljaar.

Mijn dank gaat ook uit naar Emma Bragdon, die me in Brazilië begeleidde door contact te leggen met de juiste personen, maar me ook achteraf ondersteunde door het aanreiken van de juiste informatie en de analyse van geschreven teksten.

Als laatste wil ik de mensen in mijn nabije omgeving bedanken, mijn familie en vrienden, die me ondersteunden in het voltooien van deze bachelorproef door hun warme en onvoorwaardelijke aanwezigheid.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat zijn werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Ruben De Temmerman

Oosterzele, mei 2017

Inleiding

1 Introductie

Al sinds zolang ik me kan herinneren, word ik geboeid door existentiële levensvragen. Ik werd christelijk opgevoed, maar voelde hier zelf weinig affiniteit mee. Naarmate mijn leven vorderde, raakte ik meer en meer geïnteresseerd in levensopvattingen vanuit verschillende culturen. Ik las over verschillende godsdiensten, maar schaafde vooral mijn kennis bij over datgene waartoe ik me het meest aangetrokken voelde: sjamanistische¹ rituelen uit verschillende culturen.

Toen ik de opleiding verpleegkunde begon te studeren, had ik nog geen idee waar ik uiteindelijk terecht zou komen. Toch was het al snel duidelijk dat het iets met geestelijke gezondheidszorg te maken zou hebben. De menselijke geest is iets wat me enorm boeit en blijkt mysterieuze en moeilijk te ontrafelen dieptes te kennen. Door mijn kennis over geestelijke gezondheidszorg te vergroten en door een opleiding te volgen die verschillende pathologische geestestoestanden behandelt, wilde ik meer te weten komen over hoe de vork juist in de steel zit. Het verwonderde me namelijk dat er veel overeenkomsten zijn tussen verschillende crisiservaringen die vanuit onze cultuur als psychiatrische aandoeningen worden benoemd en verhoogde staten van bewustzijn die in andere meer op spiritualiteit of sjamanisme gebaseerde culturen vaak worden geprezen.

In het kader van mijn bachelorproef trok ik naar Goiânia, Brazilië om verschillende spiritistische centra en een spiritistisch ziekenhuis te bezoeken. Spiritisten geloven onder meer in reïncarnatie en dat de mens na zijn fysieke dood als geest voortbestaat en met nog levende mensen in communicatie kan treden. Ze geloven erin dat zowel fysieke ziekte als mentale verstoring een poort naar een beter begrip van het leven kunnen zijn en de mogelijkheid bevatten tot een verruiming van zelfkennis.

In Brazilië worden tal van mensen opgeleid tot mediums om als kanaal te dienen tussen de geestenwereld en de fysieke wereld. In mijn zoektocht naar het verband tussen spiritualiteit en geestelijke gezondheid hoopte ik antwoorden te vinden in een cultuur waar naar schatting tussen de 20 en 40 miljoen mensen beroep doen op spiritistische centra en waar de brug wordt gemaakt tussen de conventionele geneeskunde en spirituele praktijken.

Er zijn enkele zaken die me als student verpleegkunde opvielen binnen het spiritistische ziekenhuis.

Vooreerst was het opvallend dat er bijzonder weinig verpleegkundigen werkzaam waren in het ziekenhuis. De taak van de verpleegkundige bestaat er voornamelijk uit om een schakel te zijn

¹ Sjamanisme wordt beschreven als een cluster van tradities met als doel om ongewone staten van bewustzijn te bereiken. De sjamaan of medicijnman maakt contact met entiteiten in andere realiteiten door in trance te raken, met de specifieke belangstelling in het verwerven van kennis en kracht, heling, en het dienen van zijn gemeenschap.

in het interdisciplinair team, waarbij het dagelijks ontmoeten van alle zorgvragers en rapportage over hun vooruitgang de belangrijkste taken zijn.

In het ziekenhuis staat de mededogende aanwezigheid van hulpverleners en begeleiders voorop. Taken die in de Westerse GGZ voor verpleegkundigen zijn weggelegd, worden daar opgenomen door 'technicians' of, letterlijk vertaald, technici. Zij delen onder meer medicijnen uit aan de zorgvragers (in duidelijk mindere mate dan in conventionele ziekenhuizen), maar hun voornaamste taak bestaat erin om continu 'aanwezig' te zijn bij en beschikbaar te zijn voor de zorgvragers. Per twee verpleegkundigen zijn er zo'n 20 'technici' aanwezig.

Het meest opvallende was voor mij dat de zorgvragers volgens alle verschillende hulpverleners niet enkel geholpen worden aan de hand van een conventionele benadering, maar ook dankzij op spiritualiteit gebaseerde behandelingen zoals 'energy passes'², disobsessies³, gezegend water, gebed en meditatie.⁴ Het uiteindelijke doel van een spiritistische benadering bestaat erin een gunstige verandering in het gedrag van de zorgvrager te manifesteren door morele groei te bereiken. Door een toename van de moraliteit te bereiken, is er volgens spiritisten geen ruimte meer voor storende gedachten van achtervolgende geesten.

Ik had in het ziekenhuis en in verschillende spiritistische centra gesprekken met artsen, verpleegkundigen, begeleiders en mediums en kreeg verschillende casussen voorgeschoteld waarbij mensen die gediagnosticeerd werden met psychotische stoornissen, waaronder ook schizofrenie, een bijzonder herstelproces doormaakten. Hierbij is het belangrijk te weten dat de personen die gediagnosticeerd werden met schizofrenie deze diagnose elders kregen en pas efficiënte hulp vonden binnen de spiritistische gemeenschap.⁵

De meest opvallende casus handelde over een jonge vrouw die gediagnosticeerd werd met schizofrenie, wiens familie na een gefaalde conventionele behandeling hulp zocht in een spiritistisch centrum.

Het verhaal van de vrouw was dat ze op een personeelsfeest beschuldigd werd door een collega van een bepaald iets. De situatie onttaarde en resulteerde in een voor de vrouw

dermate ingrijpende ervaring dat ze bewusteloos viel en enkele minuten buiten westen was. Toen ze weer bij bewustzijn kwam, gedroeg ze zich als een klein kind. Ze praatte niet meer

² Energy passes zijn een vorm van handoplegging van op korte afstand met als doel de geest van de zorgvrager die bezeten is door andere geesten te balanceren. (Bragdon, 2012)

³ In bijeenkomsten van mediums maken de mediums contact met geesten die zorgvragers achtervolgen en kwaad berokkenen. Het doel is om in dialoog te treden met de geest en hem ervan te overtuigen te stoppen met schade te berokkenen bij de zorgvrager. (Bragdon, 2012)

⁴ Een meer uitgebreide beschrijving over de spiritistische benadering wordt beschreven in het werk van Bragdon (2012), Lucchetti et al. (2016) en Lucchetti et al. (2012).

⁵ De opmerkelijke resultaten van casussen met betrekking tot schizofrenie die ik onder ogen kreeg, liggen in het verlengde van de resultaten die Hervé in 2003 in zijn boek beschreef. Hij werkte 20 jaar in een spiritistisch centrum en beschrijft casussen van 20 mensen die gediagnosticeerd werden met schizofrenie. Elk van hen kende significante verbeteringen, waarbij zes van hen terug kan gaan werken of opnieuw naar school kon gaan. Deze bevindingen zijn te lezen in het werk van Hervé et al. (2003) en Bragdon (2012).

normaal, wou spelen met het speelgoed van haar dochter en het was niet meer mogelijk om een 'volwassen' conversatie met haar te houden. Gedurende maanden kende de vrouw geen beterschap, ook niet met behulp van behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Na behandeling in het spiritistisch centrum echter, toonde de vrouw al na zes weken een opmerkelijke vooruitgang.

De spiritistische leider van het spiritistisch centrum waar ze behandeld werd, vertelde me dat de mediums in contact gingen met de geesten die de vrouw achtervolgden. Zo kwamen ze te weten dat de geesten die het slachtoffer achtervolgden op het moment van zwakte de mogelijkheid zagen om een soort energetische chip in te planten in de keel van de vrouw. Die was volgens hen de oorzaak van het gedrag en het taalgebruik van de vrouw.

Voor mij klonk dit in eerste instantie als een ongeloofwaardig verhaal. Maar wat me vooral boeide, is dat ik verschillende casussen zag waarbij spiritistische praktijken mogelijkheden bieden tot heling waar de conventionele geneeskunde tekortschiet. Kan het zijn dat aan de hand van energetische behandeling onder de vorm van energy passes, disobsessies, gebed, meditatie en het drinken van gezegend water mensen kunnen helen van 'ziektes' die bij ons als ongeneesbaar worden beschouwd? En is het echt nodig om je eigen morele waarden aan te passen en ze na te leven om een gezond en voorspoedig leven te leiden?

De reis naar Brazilië had een danige indruk op mij gemaakt, dat ik besloot om een online cursus te volgen die gegeven werd door Emma Bragdon. Zij is een Amerikaanse doctor die ook een deel van de reis in Brazilië begeleidde. De cursus, 'How to effectively support someone in spiritual emergency', bevestigde de onderzoeksresultaten die ik tot dan toe in wetenschappelijke literatuur had gevonden en nuanceerde deze zelfs.

Hoe meer ik me verdiepte in het onderwerp, hoe meer ik geconfronteerd werd met verhalen en getuigenissen van en wetenschappelijk onderzoek over mensen die gediagnosticeerd werden met schizofrenie. Voor mij was het opmerkelijk dat zij aan de hand van niet-conventionele therapieën gedeeltelijk tot volledig herstel kenden, terwijl de mogelijkheid tot volledig herstel van mensen die gediagnosticeerd worden met schizofrenie in onze samenleving doorgaans niet mogelijk wordt geacht.

Daarom wil ik met deze bachelorproef een beeld vormen van hoe er adequate zorg kan verleend worden aan iemand die in spirituele crisis verkeert om van daaruit te beschrijven hoe er spirituele zorg kan geboden worden aan mensen met psychoseproblematiek.

2 Probleemstelling

Wereldwijd wordt er van verpleegkundigen verwacht holistische zorg aan te reiken en toe te passen. Het is de nalatenschap van Florence Nightingale, die wordt beschouwd als de voorloper van de wetenschappelijke verpleegkunde, om het menselijk wezen te behandelen op deze holistische manier. Het holisme benadert de mens als een bio-psycho-sociaal en spiritueel wezen dat de fysieke dimensie overstijgt (de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchietti, 2011). Het includeren van spiritualiteit is van belang aangezien volgens recente studies ten minste 90% van de wereldpopulatie momenteel betrokken is bij een praktische vorm van religie of spiritualiteit (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014).

Er zijn verschillende redenen voor de implementatie van de spirituele dimensie in de zorg voor mensen die gebruik maken van faciliteiten van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Vooreerst is er samenhangend bewijs dat religie en spiritualiteit (R/S) voornamelijk een rol spelen bij de mentale gezondheid van mensen. Drie systematische reviews van de academische literatuur hebben meer dan 3000 empirische studies over spiritualiteit en gezondheid onderzocht. In het algemeen is er bij individuen die meer bezig zijn met R/S een lagere incidentie van depressie, angst(stoornissen), suïcide en middelenmisbruik. Verder toont onderzoek aan dat dergelijke personen een betere kwaliteit van leven en algemeen welzijn ervaren en dat er snellere remissie van depressieve symptomen en betere psychiatrische resultaten optreden (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchietti, 2011; Rosmarin, Alper & Pargament, 2016; Moreira-Almeida, Sharma, Janse van Rensburg, Verhagen & Cook, 2016).

Het gebruik van R/S heeft echter niet altijd een positieve invloed op de mentale gezondheid (Rosmarin et al., 2016; Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Rosmarin, Bigda-Peyton, Öngur, Pargament & Björgvinsson, 2013; Moreira-Almeida et al., 2016). Het is namelijk zo dat indien er sprake is van intrinsieke religiositeit⁶ of negatieve religieuze coping (bijvoorbeeld conflicten met God of de religieuze gemeenschap, ziekte als een straf van God beschouwen) er een verband is met slechtere levenskwaliteit. Slechts wanneer er sprake is van positieve R/S coping kan er volgens onderzoek gesteld worden dat er bij mensen die gediagnosticeerd werden met de diagnose schizofrenie en/of een schizo-affectieve stoornis minder negatieve symptomen, een grotere levenskwaliteit, een beter sociaal functioneren, significante vermindering van depressieve en angstsymptomen, een lagere incidentie van suïcidaliteit en een verbeterd algemeen welzijn gedurende de behandeling optreden (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Shah et al., 2011; Rosmarin, Bigda-Peyton, Öngur, Pargament & Björgvinsson, 2013).

⁶ Intrinsieke religiositeit: religie als centraal staand in iemands leven

Ook een ander onderzoek van Grover, Davuluri en Chakrabarti (2014) toont aan dat R/S een invloed heeft op de uiting van schizofrenie, op het naar behandeling zoekend gedrag en op het behandelresultaat. Gezien het belang van spiritualiteit en/of religie voor vele zorgvragers en de vele raakvlakken van schizofrenie met spiritualiteit, zou R/S volgens Grover et al. vanuit een holistische visie zeker moeten geïntegreerd worden in de behandeling van patiënten met schizofrenie. Daarenboven geven deze zorgvragers zelf het belang van een spirituele of religieuze benadering aan, aangezien velen een niet-medische verklaring aan hun ziekte geven (Grover, Davuluri, & Chakrabarti, 2014).

Een andere reden die de behoefte aan R/S duidt in de zorg voor mensen met psychoseproblematiek is dat mensen die hun alledaagse ervaringen toeschrijven aan R/S, minder stress ervaren (Brett, Heriot-Maitland, McGuire & Peters, 2013). Stress is een belangrijke voorspeller in het begin van of het herval in een psychotische episode en een primaire indicator van problematische mentale gezondheid. Zo zou er volgens het onderzoek van Brett, Heriot-Maitland, McGuire en Peters uit 2013 een populatie bestaan die niet gediagnosticeerd is met een psychotische stoornis maar wel voldoet aan de kenmerken van dergelijke aandoeningen. Deze populatie zoekt steun bij organisaties die zich bezighouden met spirituele, medium- of mystieke fenomenen. Ook Peters et al. (2016) geven aan dat spiritualiteit een belangrijke beschermende factor is die de kans verkleint dat persistente psychotische ervaringen leiden tot pathologische resultaten.

Verder is de implementatie van spiritualiteit in de behandeling van mensen met psychoseproblematiek van belang aangezien 30% van de patiënten rapporteerde dat hun religieuze overtuigingen in conflict waren met hun behandeling en 23% indiceerde dat hun religieuze leiders zich bemoeiden met hun behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Gezien voorgaande gegevens erkennen veel professionele organisaties, zoals the American College of Physicians, the American Medical Association, the American Nurses Association en the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, dat spirituele zorg een belangrijke component van gezondheidszorg is en dat hulpverleners dit zouden moeten integreren in de klinische praktijk (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014).

Ook de World Health Organisation (WHO) beveelt een spirituele klinische benadering aan (Gonçalves et al., 2016; Grover, Davuluri & Chakrabarti, 2014). Andere organisaties, zoals de American Psychiatric Association (Galanter, Dermatis, Talbot, McMahon & Alexander, 2011) en de Psychiatric Mental Health Substance Abuse Essential Competencies Taskforce (PMHSAECT) van de American Academy of Nursing Psychiatric Mental Health Substance Abuse Expert Panel (PMHSAECT, 2012) bieden zelf praktijkrichtlijnen aan.

Ondanks de voorgaande aanbevelingen en het verlangen van veel zorgvragers met psychotische ervaringen om benaderd te worden op spiritueel of religieus vlak, wordt dit in de praktijk door hulpverleners vaak genegeerd (Grover, Davuluri & Chakrabarti, 2014; Ledger & Bowler, 2013; de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchietti, 2011; Kalish, 2012).

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de WHO ondanks uitvoerige discussie met betrekking tot dit onderwerp spiritualiteit nog steeds niet heeft opgenomen in zijn definitie van gezondheid. Chirico (2016) geeft aan dat de aanwezigheid van een eenduidige definitie van spiritualiteit gegeven door de WHO uitblijft, waardoor onderzoek op dit vakdomein niet eenvoudig blijkt.

Doordat er in de praktijk een gebrek is aan spirituele zorg voor mensen met psychoseproblematiek, kan er worden gesteld dat zorgvragers niet benaderd worden vanuit de beoogde holistische invalshoek, maar nog te vaak vanuit het medische model. Dit medische model is een geschematiseerde en vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid en wordt gekenmerkt door symptomen, een bepaald ziekteverloop en een daarbij aansluitende celpathologie (Haegeman, 2013).

Uit alle bovenstaande gegevens is het duidelijk dat R/S een belangrijke invloed heeft op mensen met psychoseproblematiek en er dus van verpleegkundigen verwacht wordt dat zij spirituele zorg verlenen. Toch blijkt uit menig onderzoek dat de spirituele dimensie door het naleven van het medische model te vaak over het hoofd wordt gezien in de klinische praktijk.

Daarom heeft deze bachelorproef als doel een oplossing te bieden voor de vele mogelijke barrières om tot spirituele zorg te komen. Dit gebeurt aan de hand van het weergeven van een duidelijke definitie van spiritualiteit en een holistische beschrijving van psychose die afstapt van het reductionistische karakter van het medische model. Vervolgens wordt weergegeven hoe men individuen vanuit dit holistische model het best benadert, waaruit verpleegkundige attitudes en interventies volgen die een antwoord bieden aan de spirituele behoeftes van de zorgvrager met psychoseproblematiek.

3 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die wordt afgeleid uit de voorgaande probleemstelling is de volgende:

Welke zijn de mogelijke en aangewezen attitudes en interventies van psychiatrische verpleegkundigen in de spirituele zorg voor zorgvragers met een psychoseproblematiek?

Zoals blijkt uit de probleemstelling kan er moeilijk spirituele zorg geboden worden doordat de hedendaagse zorg voor mensen met psychoseproblematiek te vaak gebaseerd is op het biomedische model, dat een psychotische stoornis ziet als de aanwezigheid van een aantal symptomen die gerelateerd zijn aan lijden.

Omdat deze bachelorproef interventies wil bieden vanuit een invalshoek die de spirituele dimensie implementeert, lijkt een ruimere definitie van psychose aan de orde. Daaruit vloeiden de volgende twee subvragen voort:

- Kan er een holistische omschrijving gevonden worden voor psychotische stoornissen die zich niet enkel baseert op de aanwezigheid van symptomen?
- Bestaat er een alternatief model dat reeds rekening houdt met deze nieuwe holistische omschrijving van psychose bij het begeleiden of behandelen van zorgvragers met deze problematiek?

Zoals zal blijken dienen deze twee vragen eerst beantwoord te worden om tot een juiste weergave te komen van verpleegkundige spirituele zorg voor zorgvragers met psychoseproblematiek.

4 Methodologie

4.1 Literatuurstudie

Deze bachelorproef is vooreerst gebaseerd op een literatuurstudie waar het grootste deel van de probleemstelling en de resultaten op gebaseerd zijn.

Voor deze bachelorproef werd de filter "spirituality"[Mesh] AND "mental health"[mesh] ingevoerd in de databanken PubMed en ScienceDirect. Bij beide databanken werd een filter van vijf jaar ingegeven.

Op PubMed werden 78 artikels gevonden. Artikels die niet verpleegkundig relevant waren of geen bijdrage konden leveren aan de probleemstelling of begripsverheldering werden geëxcludeerd. Uiteindelijk bleven er 28 artikels over.

Via ScienceDirect werden er 38 artikels gevonden. Na exclusie van dezelfde criteria bleven er 12 artikels over.

Verder werden nog 14 artikels geïmplementeerd die gevonden werden via het sneeuwbaaleffect. Deze artikels waren vaak iets ouder dan vijf jaar. Toch werden deze artikels geïmplementeerd vanwege hun toegevoegde waarde aan deze bachelorproef. Doorgaans zijn dit artikels die onderwerpen bestuderen waar niet veel onderzoek naar verricht wordt, wat kan te maken hebben met het onderwerp (spiritualiteit) van deze bachelorproef. Er werden geen recentere tegenstrijdige resultaten teruggevonden omtrent de in deze onderzoeken aangehaalde onderwerpen.

4.2 Praktijkdeel

Naast de gegevens die verkregen zijn door de literatuurstudie is er in deze bachelorproef ook ruimte voor gegevens die gebaseerd zijn op een online cursus die gegeven werd door Emma Bragdon: 'How to effectively support someone in spiritual emergency?' Het praktijkdeel houdt deze verwerkte gegevens in.

Via de cursus en mailverkeer met Bragdon werd er contact gemaakt met verschillende personen en organisaties om extra wetenschappelijke gegevens te verzamelen om bepaalde stellingen beter te kaderen.

Zo werden er nog 14 extra artikels gevonden die geïmplementeerd werden in deze bachelorproef en werden er tevens verschillende websites en boeken geraadpleegd waar naar verwezen wordt.

4.2.1 Emma Bragdon

Aangezien deze bachelorproef veel gegevens bevat die verkregen zijn dankzij een uitstekende samenwerking met Emma Bragdon is het niet onbelangrijk een korte toelichting te geven over deze persoon.

Bragdon is een Amerikaans doctor in de transpersoonlijke psychologie⁷ en blijft zichzelf ontwikkelen door onder meer training voor gevorderden in procesgerichte psychotherapie, ademtherapie, past life regression, bio-energetische therapie en het ontwikkelen van intuïtie. Ze is ook oprichtster en directeur van de organisaties 'Foundation for Energy Therapies' en 'Integrative Mental Health for You (IMHU)'.

De missie van 'The Foundation for Energy Therapies' is om de positieve mogelijkheden van spirituele heling en energetische geneeskunde te onderzoeken en te documenteren aan de hand van klinisch werk, internationale publicaties en het verrichten van onderzoek in landen buiten de Verenigde Staten.

IMHU is een organisatie die online opleidingen aanbiedt voor hulpverleners, studenten en de algemene bevolking aangaande het volledige gamma van efficiënte opties in het beheren van geestelijke gezondheid en het optimaliseren van welzijn. IMHU is een expert op het vlak van spirituele crisis en biedt onder meer een opleiding aan tot gecertificeerd 'spiritual emergence coach'.

Verder was Bragdon gedurende zeven jaar vrijwilliger voor het 'Spiritual Emergence Network' als redacteur van zijn nieuwsbrief en 'The Journal of the Spiritual Emergence Network'. Ze gaf gedurende 13 jaar een negen dagen durende opleiding in het versnellen van spirituele groei (The Avatar Course) en is al 15 jaar spirituele gids als begeleider van reizen naar Brazilië. Ze is uitvoerend producent van twee baanbrekende films en geprezen auteur van zeven gepubliceerde boeken.

Ze kent een veelvoud aan spirituele leraars, waaronder de Dalai Lama, Paramahansa Yogananda en verschillende spiritistische leiders uit Brazilië.

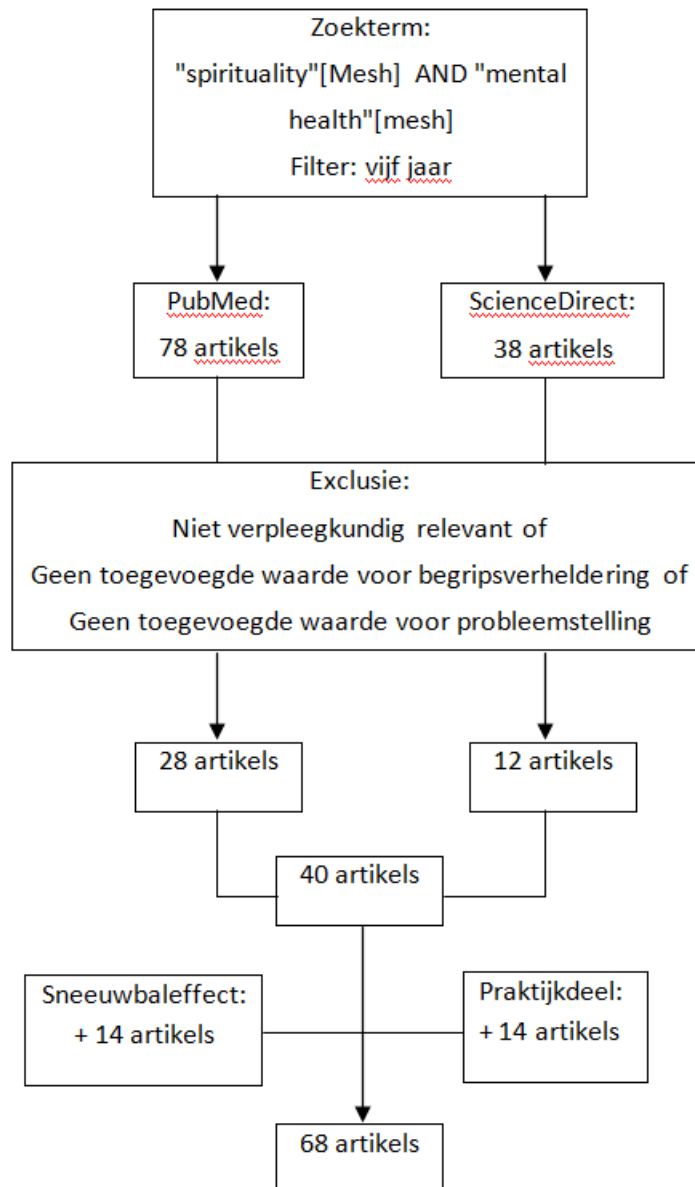
⁷ De transpersoonlijke psychologie is ontstaan vanuit de humanistische psychologie. Waar de humanistische psychologie al nadrukkelijk de focus legde op geestelijk en psychisch welzijn, helingsprocessen en humane mogelijkheden in het algemeen in plaats van op pathologie en op pathologische processen, probeert de transpersoonlijke psychologie concreet ook de mystieke en spirituele ervaringen en de eerder transcendente dimensies van het menselijk leven te onderzoeken. (Vereniging voor Transpersoonlijke Psychiatrie, z.d.)

De transpersoonlijke psychologie gaat ervan uit dat spirituele ervaringen op natuurlijke wijze te interpreteren en daardoor ook wetenschappelijk te onderzoeken zijn. Ze werd rond 1970 door Abraham Maslow, Stanislav Grof and Anthony Sutich opgericht als een verruiming van het werk van onder andere William James, Carl Gustav Jung en Roberto Assagioli. (Vereniging voor Transpersoonlijke Psychiatrie, z.d.)

4.3 Extra bronnen

Verder werden nog enkele extra bronnen gebruikt die werden aangereikt door promotoren. Ook een cursus van school werd gebruikt als bron voor deze bachelorproef.

4.4 Schematisch overzicht wetenschappelijke artikels



Figuur 1: Schema wetenschappelijke artikels

Resultaten

1 Begripsverheldering

Aangezien er een antwoord wil geboden worden op de vraag welke de verpleegkundige interventies in de spirituele zorg voor zorgvragers met een psychoseproblematiek zijn, dient er eerst verduidelijking geboden te worden bij enkele begrippen.

1.1 Psychose en psychotische stoornissen

1.1.1 Classificatie volgens de DSM-5

Wereldwijd is de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) het door hulpverleners en onderzoekers meest gebruikte handboek om psychiatrische stoornissen te diagnosticeren en classificeren. Men dient er zich echter bewust van te zijn dat dit boek enkel een overzicht biedt van de huidige wijze waarop psychiatrische stoornissen geclassificeerd kunnen worden. In de laatste nieuwe versie van deze handleiding, de DSM-5, wordt de term 'diagnose', die zaken impliceert als beschrijvingen van het pathologisch syndroom, de mogelijke oorzaken, het ziekteproces, het stadium en de ernst van de ziekte en mogelijk het verwachte beloop, zoveel mogelijk vervangen door 'classificatie' (American Psychiatric Association, 2014).

Volgens de DSM-5 kunnen psychotische stoornissen in verschillende categorieën worden onderverdeeld:

- de waanstoornis;
- de kortdurende psychotische stoornis;
- de schizofreniforme stoornis;
- schizofrenie;
- de schizoaffectieve stoornis;
- de psychotische stoornis door een middel/medicatie;
- de psychotische stoornis door een somatische aandoening;
- katatonie;
- en de andere (on)gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychische stoornis.

Een complete uitwerking van deze classificatie wordt uitvoerig beschreven in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Elke psychotische stoornis wordt volgens de DSM gedefinieerd door afwijkingen in één of meer van de volgende vijf domeinen:

- wanen;
- hallucinaties;
- gedesorganiseerd denken;
- ruw gedesorganiseerd of abnormaal motorisch gedrag (met inbegrip van katatonie);
- negatieve symptomen. (American Psychiatric Association, 2013)

Wanen worden beschreven als vaste overtuigingen die niet ontvankelijk zijn voor verandering door het toelichten van tegenstrijdig bewijsmateriaal. Er bestaan verschillende soorten wanen zoals achtervolgings-, somatische, religieuze of grootheidswanen. (American Psychiatric Association, 2013)

Hallucinaties worden in de DSM omschreven als ervaringen die lijken op zintuiglijke ervaringen die optreden zonder externe stimulus. Volgens de DSM zijn ze levendig en duidelijk, hebben ze dezelfde impact als normale percepties en zijn ze niet vrijwillig te controleren. Ze kunnen voorkomen op vlak van elke mogelijke zintuiglijke waarneming, maar akoestische hallucinaties zijn volgens de DSM de meest voorkomende hallucinaties bij psychotische stoornissen. Deze worden ervaren als gekende of ongekende stemmen die losstaan van de eigen gedachten van een individu. Hallucinaties kunnen deel uitmaken van religieuze ervaringen in bepaalde culturele contexten. (American Psychiatric Association, 2013)

Gedesorganiseerd denken wordt afgeleid uit de spraak van een individu. Een individu kan van één naar een ander onderwerp veranderen (ontsporing). Antwoorden op vragen kunnen weinig of niet gerelateerd zijn. Zelden is de spraak zodanig gedesorganiseerd dat deze onverstaanbaar is en lijkt op sensorische afasie⁸. Dit wordt ook 'incoherentie' genoemd. (American Psychiatric Association, 2013)

Ruw gedesorganiseerd of abnormaal motorisch gedrag kan opduiken op verschillende manieren, van kinderachtig gedrag tot onvoorspelbare agitatie. Problemen kunnen ontstaan in elke vorm van doelgericht gedrag en kunnen leiden naar problemen in het uitvoeren van alledaagse activiteiten. Katatoon gedrag wordt beschreven als een duidelijke achteruitgang van reactievermogen op de omgeving. Dit varieert van weerstand op instructies (negativisme) tot het hebben van een rigide, ongewone of bizarre houding, tot een compleet gebrek aan verbale en motorische reacties (mutisme en stupor). Het kan ook doelloze en uitvoerige motorische activiteit zonder duidelijke oorzaak bevatten (katatone opwindings). Andere kenmerken zijn herhaaldelijke stereotype bewegingen, staren, grimassen trekken en het herhalen van spraak. Katatonie wordt historisch aan schizofrenie gekoppeld, maar kan ook voorkomen in andere psychiatrische of medische aandoeningen. (American Psychiatric Association, 2013)

⁸ Taalstoornis

De negatieve symptomen worden in de DSM omschreven als het vaakst voorkomend bij schizofrenie en zijn minder aanwezig bij andere psychotische stoornissen. Twee negatieve symptomen zijn voornamelijk aanwezig bij schizofrenie: verminderde emotionele expressie⁹ en avolitie¹⁰. Andere negatieve symptomen zijn alogie¹¹, anhedonie¹² en asocialiteit¹³. (American Psychiatric Association, 2013)

Schizofrenie is een psychotische stoornis die veelvuldig wordt genoemd in deze bachelorproef en dus enige duiding behoeft. Volgens de DSM duurt schizofrenie ten minste zes maanden, waarvan er ten minste gedurende één maand positieve symptomen aanwezig moeten zijn. Er moeten gedurende deze zes maand ten minste twee van de voorgenoemde symptomen aanwezig zijn, waarvan er ten minste één het ervaren van wanen, hallucinaties of gedesorganiseerd spreken is. Voor een significant deel van de tijd sinds het begin van de stoornis ligt het niveau van functioneren op één of meer belangrijke levensgebieden, zoals werk, interpersoonlijke relaties of zelfverzorging, duidelijk onder het niveau van voor het begin van de stoornis of, als het begin tijdens de kinderjaren of adolescentie ligt, is het niet gelukt om het verwachte niveau van functioneren op interpersoonlijk gebied, op school en in de studie en beroepsmatig te bereiken. (American Psychiatric Association, 2013)

⁹ Verminderde emotionele expressie manifesteert zich als een vermindering van de uiting van emoties in het aangezicht, via oogcontact en door verandering van intonatie en van bewegingen van het hand, het hoofd en het gezicht. (American Psychiatric Association, 2013)

¹⁰ Avolitie is een afname van gemotiveerde zelf ondernomen doelbewuste activiteiten. Een individu kan gedurende lange periodes stilzitten en weinig interesse tonen in het deelnemen aan werk- of sociale activiteiten. (American Psychiatric Association, 2013)

¹¹ Alogie manifesteert zich door verminderde spraakproductie. (American Psychiatric Association, 2013)

¹² Anhedonie is het verminderd vermogen om plezier te beleven van positieve stimuli of een vermindering van de herinnering van vreugde die eerder werd ervaren. (American Psychiatric Association, 2013)

¹³ Asocialiteit refereert naar het aanwezige gebrek aan interesse in sociale interacties en kan geassocieerd worden met avolitie, maar kan eveneens een manifestatie zijn van beperkte mogelijkheden tot sociale interactie. (American Psychiatric Association, 2013)

1.2 Spiritualiteit

Etymologisch zou het woord 'spiritualiteit' afstammen van het Latijnse 'spiritus' dat 'geest, ziel, moed of adem' kan betekenen. Ook tijdens de middeleeuwen betekende het woord reeds 'geestelijk, niet-wereldlijk, niet materieel, levendig, geestrijk, kerkelijk, betreffende de ziel'. (van der Sijs, 2010)

Het is moeilijk om een eenduidige definitie van spiritualiteit terug te vinden in de literatuur (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Wijker, 2014). Aan de hand van een synthese van verschillende definities wordt getracht de meest verstaanbare en hanteerbare definitie van spiritualiteit in het kader van deze bachelorproef weer te geven.

Volgens Moreira-Almeida, Koenig en Lucchetti (2014) stelden enkele auteurs voor positieve psychologische kenmerken zoals vredigheid, harmonie, betekenis, doel en voldoening van het leven toe te kennen aan het concept van spiritualiteit.

Zo stelde Vaillant (2013) in zijn onderzoek voor om acht emoties als basis te gebruiken voor wat we als spiritualiteit beschouwen: eerbied, liefde/gehechtheid, vertrouwen/geloof, mededogen, dankbaarheid, vergiffenis, vreugde en hoop. Hij beweert dat spiritualiteit niet gaat over ideeën, heilige geschriften en theologie, zoals bij religie het geval is, maar eerder over emoties en sociale verbinding.

Andere auteurs denken echter dat deze conceptuele benadering van spiritualiteit door het bevatten van positieve psychologische kenmerken misleidend werkt. Spiritualiteit is vaak gerelateerd aan dergelijke kenmerken, maar kan er niet aan gelijk gesteld worden.

Zo benadrukken ook Bronn en McIlwain (2015) het belang van bepaalde gevoelens, maar hun definitie van spiritualiteit is breder dan enkel het implementeren van psychologische kenmerken: "spiritualiteit houdt deze gevoelens en ervaringen in die worden geassocieerd met een betekenisvol en doelbewust leven, samen met een zoektocht naar de betekenis van en eenheid en verbinding met de natuur, de mensheid en het transcendent¹⁴."

In deze definitie komen enkele nieuwe begrippen tevoorschijn die ook in de meeste andere definities werden teruggevonden. Spiritualiteit is een persoonlijke zoektocht naar of heeft betrekking tot iemands persoonlijke ontwikkeling aangaande (Chandler, 2012; Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Rosmarin, Alper & Pargament, 2016; Wijker, 2014):

¹⁴ Transcendent: de grens van de zintuiglijke waarneming te boven gaand

- zingeving of betekenisverlening;
- het doel van het leven of het antwoord op existentiële, ultieme of levensvragen;
- verbinding of relatie met zichzelf, anderen en de natuur;
- verbinding met het moment en
- verbinding met het transcendentie of het heilige.

Omdat deze begrippen steeds terugkeren, wordt er in deze bachelorproef gekozen om de meest alomvattende definitie te gebruiken die de European Association of Palliative Care (EAPC) hanteert als werkdefinitie van spiritualiteit:

"Spiritualiteit is de dynamische dimensie van menselijk leven die gerelateerd is aan de manieren waarop personen (individueel en gemeenschappelijk) betekenis, doel en transcendentie ervaren, uiten en/of zoeken en de manier waarop ze verbinding maken met het moment, met het zelf, met anderen, met de natuur, met de significante andere en/of het heilige." (Vermandere et al., 2012)

Wat in deze definitie opvalt, is dat het lijkt alsof er afgestapt wordt van het idee dat spiritualiteit een uitsluitend individuele zoektocht betreft. Hoewel alle auteurs het erover eens zijn dat spiritualiteit in oorsprong een individuele reis betreft, geven verschillende auteurs aan dat deze persoonlijke zoektocht kan leiden tot of ontstaan uit de ontwikkeling van religieuze rituelen en het vormen van een gemeenschap (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Chandler, 2012). Indien individuen een manier vinden om hun spiritualiteit tot uiting te brengen en ze ontmoeten hierin gelijkgestemden, kan deze uiting dus zowel individueel als in groep gebeuren, al dan niet onder de vorm van religiositeit.

Verder benadrukt het EAPC in zijn definitie dat het spirituele veld multidimensionaal is. Volgens hen omvatten de spirituele dimensies zowel:

- existentiële uitdagingen (bv. vragen omtrent identiteit, betekenis, lijden en dood, schuld en schaamte, verzoening en vergiffenis, vrijheid en verantwoordelijkheid, hoop en wanhoop, liefde en plezier);
- verbinding met het moment;
- op waarden gebaseerde overwegingen en attitudes (wat is het belangrijkste voor elke persoon, zoals relaties met zichzelf, familie, werk, de natuur, kunst en cultuur, waarden en normen en het leven op zich);
- religieuze overwegingen en funderingen (geloof, overtuigingen en uitoefeningen) en
- de relatie met God of het ultieme. (Vermandere et al., 2012)

Hieruit kan geconcludeerd worden dat elk individu over een spirituele dimensie beschikt. De mate waarin spiritualiteit van belang is in iemands leven kan echter grote verschillen aannemen.

1.3 Religie

Rosmarin, Alper en Pargament (2016) definiëren religie als de zoektocht naar betekenis die ontstaat binnen de context van opgerichte instituties die ontworpen zijn om spiritualiteit te faciliteren. Dit verwijst naar een voortdurende reis naar ontdekking, instandhouding en transformatie, met als einddoelen onder meer verwezenlijking van psychologische, sociale en fysieke voordelen, in aanvulling op spirituele groei. In de context van religie vindt deze reis plaats binnen het kader van gevestigde instellingen en tradities die tot doel hebben spiritualiteit te verbeteren. Om deze verbeterde spiritualiteit te kunnen bereiken, moedigen religieuze instellingen hun leden aan om hun leven te bouwen rond een reeks richtlijnen die verdrongen zijn van een heilig karakter. Dergelijke richtlijnen kunnen zaken inhouden als betrokkenheid bij religieuze rituelen, het bijwonen van diensten, het bestuderen van heilige geschriften, het vermijden van religieuze ondeugden en het beoefenen van deugden en het deelnemen aan een religieuze gemeenschap. (Rosmarin, Alper & Pargament, 2016)

Gemeenschappelijk aan alle wereldreligies is de veronderstelling dat het individu toestemt zich te identificeren als lid van de groep en instemming geeft om volger van het geloof te worden en de voorschriften te accepteren. De uitzonderingen zijn natuurlijk degenen die gedwongen zijn tot deelname, zoals het geval is met sommige religieuze randgroepen of sektes. (Chandler, 2012) Gemeenschappelijke participatie is voor de meeste wereldreligies een belangrijk aspect van het religieuze engagement. Het woord religie stamt af van het Latijnse woord 'religio' en wordt vertaald als 'verbinden' of 'samenbinden'. Er wordt verondersteld dat de leden verbindende gedragspatronen en activiteiten aangaan. Iemand die zichzelf omschrijft als religieus is iemand die zich toekent aan een specifieke verzameling van overtuigingen en in bepaalde mate deelneemt aan een bijzonder patroon van activiteiten die geassocieerd worden met de geïdentificeerde religie. Deze religieuze activiteiten kunnen gerelateerd zijn aan een hogere kracht of een God, zoals bij de christelijke traditie, of niet, zoals bij het boeddhisme. (Chandler, 2012)

Samenvattend is een religie een georganiseerd systeem van overtuigingen, handelingen, rituelen en symbolen, ontworpen om spiritualiteit in het algemeen gemeenschappelijk te beoefenen.

Uit deze beschrijving van religie wordt het verschil tussen religie en spiritualiteit duidelijk. Ieder individu dat zichzelf als religieus beschouwt, is actief bezig met spiritualiteit. Daarentegen is niet iedere persoon die zichzelf als spiritueel beschouwt religieus. Iemand die zichzelf eerder als spiritueel beschouwt en niet als religieus, kan eveneens individueel of in groep spiritualiteit beoefenen aan de hand van spirituele praktijken zoals bidden of zingen voor een hogere kracht, maar zal zichzelf niet identificeren met de opgelegde voorschriften van een bepaalde religie.

Dit gegeven impliceert dat wanneer er in deze bachelorproef sprake is van religieuze handelingen, dit ook steeds spirituele handelingen zijn. De omgekeerde bewering is niet ontegensprekelijk waar.

1.4 De mind

In verschillende artikels die gebruikt werden bij de totstandkoming van deze bachelorproef is er sprake van het begrip 'mind'. Dit begrip kan worden vertaald als geest, gedachten, mening, verstand, gemoed, ziel, zin, aandacht, herinnering, gezindheid of intellect. Aangezien hier echter geen eenduidige vertaling voor werd gevonden en gezien het onderwerp van deze bachelorproef, werd er gekozen om dit begrip of te vertalen vanuit zijn context of niet te vertalen. Onderzoek betreffende de relatie tussen de mind en de hersenen wordt elders uitvoerig beschreven (Sánchez-Cañizares, 2014; Moreira-Almeida, 2012b).

2 De barrières om tot spirituele zorg te komen

Zoals vermeld in de probleemstelling tracht deze bachelorproef een antwoord te bieden aan de barrières om tot spirituele zorg te komen.

De barrières voor verpleegkundigen om tot spirituele zorg te komen zijn volgens de literatuur de volgende (Cook, Breckon, Jay, Renwick & Walker, 2012; Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Pargament & Lomax, 2013; de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchetti, 2011):

- Schaamte;
- Angst om eigen overtuigingen op te leggen en schrik om zorgvragers te beledigen;
- Gebrek aan tijd;
- Gebrek aan bewustzijn van beschikbare gegevens;
- De invloed van auteurs en ideologen die R/S ontkennen of pathologiseren;
- Historische mythes over een eeuwigdurend conflict tussen wetenschap/geneeskunde en spiritualiteit/religie;
- De religiekloof;
- Institutionele rivaliteit tussen geneeskunde en religie aangezien beiden omgaan met menselijk lijden;
- Gebrek aan opleiding met betrekking tot spiritualiteit.

Deze bachelorproef biedt gaandeweg een antwoord op de bovenvermelde barrières, behalve op het gebrek aan tijd om spirituele zorg uit te kunnen oefenen. Zoals zal blijken, zouden meer middelen om echt aanwezig te kunnen zijn bij zorgvragers nochtans een enorme meerwaarde kunnen betekenen in een duurzame begeleiding van mensen in crisis.

Reeds in het volgende hoofdstuk wordt getracht enkele van deze barrières te overwinnen door beschikbare gegevens te verzamelen en psychoseproblematiek op een holistische en integratieve wijze weer te geven.

3 Een holistische omschrijving van psychose

Het tekort aan spirituele zorg vloeit mogelijk voort uit de beperkende hedendaagse categorisering van psychotische stoornissen. Daarom wordt er eerst op zoek gegaan naar een omschrijving van psychose die de spirituele dimensie implementeert.

Vooraleer er wordt overgegaan naar een ruimere definitie van psychose worden enkele zaken besproken die tot deze bredere beschrijving leiden. Achtereenvolgens wordt er besproken:

1. De nood aan een ruimere omschrijving van psychose;
2. De nood aan erkenning dat psychotische ervaringen mogelijk ook spirituele ervaringen zijn;
3. Een holistische omschrijving van psychose;
4. De gevolgen van deze omschrijving.

3.1 De nood aan een ruimere omschrijving van psychose

De huidige GGZ wordt grotendeels bepaald door toonaangevende boeken die psychiatrische stoornissen categoriseren. Zo wordt een psychotische stoornis gezien als de aanwezigheid van een aantal symptomen die gekoppeld zijn aan menselijk lijden. Deze definitie werkt in de hand dat er dient gefocust te worden op het verminderen van deze symptomen om het menselijk lijden te verzachten. Zoals zal blijken brengt deze benadering echter enkele problemen met zich mee.

3.1.1 Kritiek op de categorisering van de DSM

Zo is er volgens onderzoek van Heckers et al. (2013) toenemend bewijs dat de categorische diagnose van schizofrenie en andere psychotische stoornissen bijdraagt aan het gebrek aan vooruitgang om het mechanisme achter schizofrenie te vinden. Volgens hen is het opvallend dat de definiërende kenmerken van psychotische stoornissen onveranderd zijn gebleven gedurende meer dan 100 jaar, ondanks ononderbroken inspanningen om schizofrenie en andere psychotische stoornissen beter te begrijpen. De onverklaarbaarheid van deze aandoening in combinatie met de categorisering van de DSM, die ervoor zorgt dat individuen een label wordt toegekend, zorgt tevens voor significante vooroordelen en stigma. Zaken die onverklaarbaar zijn, worden namelijk vaak als onecht, raar of gek bestempeld. (Heckers et al., 2013)

Aan de hand van de huidige diagnoses, zo vervolgen Heckers et al., wordt er geen duidelijke omvang weergegeven van de aanzienlijke verscheidenheid aan profielen. Deze profielen bevatten onder meer symptomen, behandelingsreacties en als meest belangrijke het sociaal functioneren en de uiteindelijke uitkomst.

Bijgevolg is er een toenemende druk om de structuur van de psychiatrische nosologie¹⁵ aan te passen, zodat betere behandeling, preventie en uiteindelijk genezen sneller kan ontstaan. Het is de hoop van Heckers et al. dat toekomstige edities van de DSM de huidige gradaties van ernst (niveau, nummer en duur) verandert naar criteria die een nauwkeuriger beeld vormen van het mechanisme van psychose.

Ook Moreira-Almeida en Cardeña (2011) uiten enige vorm van kritiek op de categorisering van de DSM. Volgens hun onderzoek is in de laatste 15 jaar duidelijk geworden dat psychotische ervaringen zeer vaak voorkomen in de algehele populatie. 90% van de gerapporteerde psychotische ervaringen worden niet geassocieerd met psychotische aandoeningen. Deze kunnen bijgevolg in 90% van de gevallen niet benoemd worden als psychotische symptomen en kunnen dus beter beschreven worden als 'psychotische ervaringen' of meer algemeen 'anomalous experiences' of 'atypische ervaringen'.

Een voorbeeld van 'psychotische' ervaringen die niet pathologisch zijn, zijn de ervaringen van spiritistische mediums in Brazilië. Spiritistische mediums beschrijven dat ze ervaringen beleven zoals het horen van stemmen die niet eigen zijn aan zichzelf. Verder beleven ze ook dissociatieve¹⁶ ervaringen zoals eigen acties die beïnvloed worden door externe krachten. (Moreira-Almeida, Neto & Greyson, 2007; Moreira-Almeida, Neto & Cardeña, 2008)

Het onderzoek van Moreira-Almeida en Cardeña uit 2011 beschrijft dat een globale herkadering van psychotische symptomen en stoornissen aan de orde is. Psychoses kunnen namelijk gekoppeld worden aan normale humane ervaringen, aangezien psychotische stoornissen gerelateerd zijn aan ervaringen die door de algemene populatie beleefd worden. Deze bevinding wordt bevestigd door het onderzoek van Parnas en Henriksen (2016). De auteurs benadrukken dat er nog veel niet geweten is over deze psychotische ervaringen en er daarom een meer nederige aanpak gewenst is in dit gebied.

Het bewijs van een hoge prevalentie van psychotische ervaringen in de algemene niet-klinische populatie en andere recente onderzoeksbevindingen hebben als gevolg dat er in progressieve mate kritiek geuit wordt op de bestaande concepten van schizofrenie en de aanvaarde diagnosecriteria die gebruikt worden in de ICD-10¹⁷ en de DSM. De recente onderzoeksresultaten betogen voor een conceptualisatie en diagnosecriteria voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen die meer evidence based zijn en worden aangetoond aan de hand van uitspraken als: “Er is een significante kloof tussen de traditie waarop schizofrenie wordt besproken in de DSM en de groeiende kennis van het laatste decennium (...)” en “Er is een groot verschil tussen de bevindingen die worden geformuleerd in hedendaagse theorieën

¹⁵ Nosologie: ziekteleer

¹⁶ Dissociatie: ontkoppeling in het bewustzijn, waardoor bepaalde acties of ervaring optreden buiten het normale bewustzijn

¹⁷ De ICD-10 is de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Het is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten die wordt bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie.

van schizofrenie en de niet op wetenschappelijk bewijs gebaseerde manier waarop psychose geconceptualiseerd wordt in de DSM." (Moreira-Almeida & Cardeña, 2011)

Erkenning door artsen en de algemene bevolking dat psychotische ervaringen veel voorkomend zijn en niet noodzakelijk gerelateerd zijn aan een pathologie kan een positieve invloed hebben op de klinische praktijk. Verder kan dit bijdragen aan de devaluatie van het stigma geassocieerd met psychotische stoornissen, dat gebaseerd is op de foute veronderstelling dat deze ervaringen volledig los staan van gewone menselijke ervaringen. (Parnas & Henriksen, 2016; Moreira-Almeida & Cardeña, 2011)

Los van de diagnosecriteria voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen, includeerde de DSM-5 een niet-pathologische diagnostische categorie om hulpverleners religieuze en spirituele problemen te helpen onderscheiden van psychopathologie met als titel 'Religieuze of Spirituele problemen'.

De DSM geeft slechts een beknopte definitie van spirituele problemen: "(...) het in vraag stellen van andere spirituele waarden die niet noodzakelijk gerelateerd dienen te zijn aan een georganiseerde religieuze organisatie."

Gezien de algemene definitie van spirituele problemen in de DSM-5 en het feit dat hulpverleners weinig of geen opleiding krijgen omtrent spirituele kwesties, blijft er twijfel of hulpverleners spirituele problemen en psychopathologie efficiënt kunnen onderscheiden (Bronn & McIlwain, 2015; Nolan et al., 2012).

Bovendien lijkt het heel moeilijk, indien bepaalde ervaringen die aanwezig zijn tijdens een psychotische episode erkend worden als atypische of spirituele ervaringen, bepaalde problemen die bij zorgvragers aanwezig zijn onder te brengen onder ofwel de noemer 'psychotische stoornis', of onder de niet-pathologische noemer 'spiritueel probleem'.

Volgens Bragdon (2017) bestaat het gevaar dat indien alle symptomen aanwezig zijn om een psychotische stoornis te diagnosticeren, de spirituele problemen die aanwezig kunnen zijn bij deze zorgvragers door hulpverleners over het hoofd worden gezien.

Nochtans blijkt uit het volgende hoofdstuk dat spiritualiteit en psychoseproblematiek vaak nauw aan elkaar verwant zijn.

3.2 Psychotische of spirituele ervaring?

Moreira-Almeida (2012a) beschouwt een spirituele ervaring als 'die ervaring waarbij de persoon beweert om in contact te zijn met of verbinding te hebben met spirituele (niet-materiële, transcendente) entiteiten of dimensies van het universum'. Studies hebben volgens hem aangetoond dat deze ervaringen wijdverspreid zijn en sommige auteurs argumenteren dat zij de belangrijkste bron zijn voor het geloof in een spirituele dimensie van het leven (Moreira-Almeida, 2012a).

Om deze beschrijving iets duidelijker te maken, beschrijft Bragdon (2017) een spirituele ervaring als 'een ervaring van het leven vanuit een nieuw en/of hoger perspectief. Dit perspectief gaat verder dan sociale conditionering, het begrip van het ego en dat wat de zintuigen kunnen waarnemen. Zij die spirituele ervaringen beleven beschrijven het ervaren van een nieuwe, expansieve¹⁸ en buitengewone dimensie.'

De gelijkenissen en verschillen tussen psychoses en spirituele ervaringen werden in de wetenschap uitvoerig onderzocht. De literatuur is eensgezind over het feit dat psychotische ervaringen ook spirituele ervaringen kunnen bevatten.

Zo maakt Walsch (2012) gewag van het feit dat er moeilijk onderscheid te maken is tussen psychotische episodes en mystieke ervaringen. Bij beiden is er een vernauwing van de grens tussen het zelf en de buitenwereld en is er een verandering in de mogelijkheid tot het uitoefenen van controle over het eigen leven.

Beiden worden tevens beïnvloed door culturele factoren: psychotische ervaringen die worden gevreesd in sommige culturen worden vereerd in andere. Belangrijk om hierbij te weten is dat in culturen waar spirituele/psychotische ervaringen worden gewaardeerd, de individuen die ze beleven een betere prognose voor herstel wordt toegeschreven (Walsch, 2012).

Bassett en Baker (2015) sluiten zich hierbij aan. Hun onderzoek toont aan dat in sommige meer op spiritualiteit gebaseerde culturen bepaalde spirituele ervaringen, zoals het horen van Gods stem of in direct contact staan met spirituele entiteiten, als normaal bestempeld worden. Toch worden gelijkaardige ervaringen beleefd door personen die geen religieuze of spirituele achtergrond hebben. Deze kunnen dan voor hen als heel verstorend ervaren worden. Hoewel deze ervaringen incongruent kunnen zijn met iemands culturele referentiegroep, duiden ze volgens Bassett et al. niet noodzakelijkerwijs op psychopathologie. Of er sprake is van psychopathologie wordt volgens hun onderzoek namelijk bepaald door het wereldbeeld van de hulpverlener en zijn of haar openheid tot niet-pathologische verhoogde staten van bewustzijn. De moeilijkheid om het onderscheid te maken tussen religieuze rituelen en de rituelen die symptomatisch zouden kunnen zijn bij de aanwezigheid van bijvoorbeeld een obsessief-

¹⁸ Expansief: uitbreidend

compulsieve stoornis, of tussen normatieve religieuze of spirituele overtuigingen en psychotische stoornissen, wordt 'normatieve onzekerheid' genoemd. (Bassett & Baker, 2015)

Ook de onderzoeken van Peters et al. (2016) en van Dein en Cook (2015) tonen aan dat intense spirituele ervaringen die door sommigen werden gerapporteerd niet fenomenologisch konden worden onderscheiden van psychotische symptomen. De verschillen liggen in de interpretatie en betekenis die worden gegeven aan deze ervaringen en in hun emotionele en gedragsmatige correlaties.

Dein en Cook concluderen in hun studie van 2015 dat de ervaring van het ingevoegd krijgen van vreemde gedachtes niet noodzakelijk pathologisch is en heel gelijkaardig is aan het fenomeen dat in bepaalde culturen als telepathie wordt erkend. Volgens hun onderzoek kunnen dergelijke ervaringen voorkomen bij individuen die zichzelf als spiritueel definiëren en hebben deze ervaringen geen invloed op hun vermogen om te functioneren in het alledaagse leven. De mogelijkheid bestaat dat christenen die beweren dat ze gedachtes doorgekregen hebben van God eveneens een niet-pathologische vorm van dit fenomeen ervaren. Dit is verwant aan de ervaring van artiesten en schrijvers die er van overtuigd zijn dat hun werk afkomstig is van krachten buiten zichzelf. De resultaten van de studie van Dein en Cook (2015) ondersteunen volgens hen voorgaand onderzoek dat suggereert dat ervaringen gelijkaardig aan psychotische fenomenen normatief of niet-pathologisch kunnen zijn.

Een ander voorbeeld van het niet-pathologische karakter van psychotische ervaringen wordt zoals reeds vermeld gevonden in de Braziliaanse spiritistische cultuur. De daar werkzame mediums vertonen vaak 'psychotische' eigenschappen (Moreira-Almeida, Greyson & Neto, 2007) en beschikken over gelijkaardige kenmerken als mensen die geïdentificeerd worden met een dissociatieve identiteitsstoornis (Neto & Moreira-Almeida, z.d.; Moreira-Almeida, Greyson & Neto, 2007, Moreira-Almeida, Neto & Cardeña, 2008).

Enkele belangrijke eigenschappen die vaak voorkomen bij spiritistische mediums zijn het horen van stemmen die niet eigen zijn aan het zelf, het ondernemen van acties die aan een grotere kracht worden toegeschreven en het zich niet meer herinneren van ondernomen acties. (Neto & Moreira-Almeida, z.d.; Moreira-Almeida, Greyson & Neto, 2007, Moreira-Almeida, Neto & Cardeña, 2008)

12 van de 24 mediums die werden geïnterviewd zouden worden gediagnosticeerd met een psychotische stoornis aan de hand van ICD-10 criteria (Moreira-Almeida et al, 2007). Dit lijkt een voorbarige conclusie, aangezien deze mediums in het algemeen goed scoren op geestelijke gezondheid en sociale aanpassing. (Neto & Moreira-Almeida, z.d.; Moreira-Almeida, Greyson & Neto, 2007, Moreira-Almeida, Neto & Cardeña, 2008)

Verder geeft ook Bragdon (persoonlijke communicatie, 2017) aan dat er bij personen die gediagnosticeerd zijn met een psychotische stoornis vaak sprake is van mystieke ervaringen. Toch is dat volgens haar niet altijd het geval. Zo zijn ervaringen die door de medische wereld

beschreven worden als positieve symptomen van een psychotische stoornis niet altijd mystieke ervaringen, maar kunnen bijvoorbeeld vervormingen van percepties eveneens aan de basis liggen van de aanwezigheid van deze ervaringen.

Uit al deze voorgaande gegevens kan worden geconcludeerd dat psychotische episodes zoals deze momenteel beschreven worden vaak spirituele ervaringen bevatten. Of een psychotische ervaring al dan niet als een spirituele ervaring wordt benoemd, hangt vaak af van de persoon die een bepaalde ervaring interpreteert en er een naam aan geeft.

3.3 Een holistische omschrijving van psychose

De definitie die in deze bachelorproef voor spiritualiteit wordt gehanteerd indachtig, lijkt het beter om een psychose ook te omschrijven als een spirituele crisis. Er is namelijk vaak sprake van een crisis op zowel transcendent/spiritueel vlak, als op vlak van verbinding met het moment, het zelf, (significante) anderen, de natuur en/of het heilige.

Om louter te stellen dat een psychotische stoornis gelijk is aan een spirituele crisis, zou echter tekort doen aan het feit dat spirituele ervaringen behoren tot algemene menselijke ervaringen en dat er niet altijd spirituele ervaringen aanwezig zijn bij mensen die gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis.

3.3.1 Spiritualiteit en de conventionele GGZ: een ander taalgebruik

Volgens Bragdon (2017) is het vooreerst van belang te erkennen dat er een verschil is in het taalgebruik waar we mee vertrouwd zijn en datgene dat wordt gehanteerd om spirituele crisissen te beschrijven:

- De labels en het taalgebruik van mentale verstoring waarmee we vertrouwd zijn komen vanuit een biomedisch perspectief. Hierbij worden woorden gebruikt die afstammen van een 'ziektemodel', zoals 'differentiaaldiagnose', 'psychiatrische aandoening' en dergelijke meer;
- Spirituele crisissen worden het best beschreven als we termen ontleen van andere culturen die subtiele fenomenen erkennen, zoals kundalini¹⁹ of chakra²⁰.

Deze twee verschillende vormen van taalgebruik lijken vandaag op gespannen voet met elkaar te leven. Toch is het belangrijk om te weten dat de huidige DSM de niet-pathologische categorie 'Religieuze en spirituele problemen' erkent. Volgens de DSM-5 kunnen religie en spiritualiteit een impact hebben op pathologie, maar indiceren ze niet op zichzelf de aanwezigheid van pathologie. (American Psychiatric Association, 2013)

Bragdon (2017) geeft aan dat de erkenning van de voorgaande beschrijving tot een nieuw probleem leidt. Een spirituele ervaring behoort volgens de DSM tot een cultureel fenomeen. Dit houdt in dat individuen vreemde ervaringen kunnen hebben, maar dat deze ervaringen niet noodzakelijkerwijs wijzen op pathologie. Van zodra een individu echter manische, depressieve

¹⁹ Een kundalini ontwakken is een transformerend bio-psycho-spiritueel proces dat wordt geschetst in de yogatraditie van het hindoeïsme en het taoïsme. Doorgaans presenteert dit beeld een grote verscheidenheid aan fysieke en psychologische symptomen, zoals intense onvrijwillige lichaamsbewegingen, psychologische omwentelingen of mystieke ervaringen.

²⁰ Chakra: term uit de traditionele Indiase cultuur voor bepaalde plaatsen in het energielichaam van de mens, die binnen die traditie van belang worden geacht voor hun levenskracht.

of angstige eigenschappen vertoont, wijst de huidige categorisering op een pathologie en dienen deze kenmerken als dusdanig behandeld te worden. Dit houdt in dat deze eigenschappen op een biomedische manier behandeld worden, waarbij mogelijke spirituele ervaringen die bepaalde gevoelens kunnen opwekken over het hoofd worden gezien.

3.3.2 De nood aan balans

Volgens Bragdon (2017) is er nood aan balans. Sommigen beweren dat psychiatrische aandoeningen niet bestaan en dat alle ervaringen deel uitmaken van een levenslange spirituele tocht, terwijl anderen suggereren dat spirituele ervaringen altijd een waanidee zijn. Beide ideeën zorgen echter voor een polarisatie die holistische zorg in de weg staat.

Bragdon (2017) benadrukt het belang van wederzijds respect voor zowel de conventionele GGZ als spirituele opvattingen door onder meer volgende zaken te benoemen:

- Medische problemen kunnen mentale verstoring veroorzaken;
- Spirituele ervaringen brengen vaak psychologische materie naar boven waarmee dient omgegaan te worden. Dit indiceert de nood aan de juiste psychologische bijstand bij spirituele problemen;
- Vitamine- en mineralen-supplementen kunnen een aanzienlijk verschil betekenen in het creëren van een mentaal evenwicht;
- In sommige situaties kan een crisisopvang een echt geschenk betekenen door een veilige omgeving te bieden;
- Een veilige omgeving is eveneens noodzakelijk voor sommigen die een gevaar voor zichzelf of anderen betekenen;
- Psychiatrische medicatie kan in bepaalde gevallen de best passende zorg zijn.

3.3.3 Trauma als basis voor mentaal onevenwicht

Zoals vermeld zijn de termen die we gewend zijn afkomstig uit het biomedische model. Volgens Deacon (2013) is het belangrijk om te weten dat onderzoekers geen biologische oorzaak van eender welke grote mentale aandoening geïdentificeerd hebben en dat het onwaarschijnlijk is dat dergelijke oorzaak zal gevonden worden. Het biomedische model heeft volgens hem weinig klinische innovatie gekend en toont verslechterende uitkomsten.

Volgens Deacon zijn evidence based psychosociale theorieën en behandelingen naar de achtergrond verzeild geraakt, terwijl biologische theorieën van mentale ziekte en nieuwe generatie psychotrope geneesmiddelen vaak worden verheerlijkt.

Om tot een holistische benadering van psychoseproblematiek te komen, is er volgens Bragdon eerst behoefte aan de erkenning dat mentale verstoring ontstaat vanuit trauma. Deze theorie wordt volgens Bragdon duidelijk weergegeven door Franz Ruppert, PhD. Dit staat in contrast tot het biomedische model dat 'ziekte' als de basis voor mentaal onevenwicht ziet:

Tabel 1: Vergelijking tussen ziekte en trauma als basis voor mentale verstoring (Bragdon, 2017)

Ziekte als basis voor mentale verstoring	Trauma als basis voor mentale verstoring
<ul style="list-style-type: none"> - 'Ziekte' wordt gezien als losstaand van een individu. - De aanwezigheid van een aantal symptomen leidt tot diagnosestelling van een bepaalde ziekte, terwijl er geen biologische oorzaak gekend is. - De 'patiënt' is passief, hoeft niets te ondernemen. - Doel is om de symptomen te verminderen. - Het afnemen van een biografie van de patiënt of het kennen van het verhaal van de patiënt is irrelevant. - Er is geen erkenning van de rol van daders of slachtoffers met betrekking tot de mentale verstoring. - De hulpverleners moeten zich de rol aanmeten van gezond te zijn. Dit zorgt voor een polarisatie in de relatie tussen hulpverleners en patiënten, aangezien patiënten worden beschouwd als ongezond. - De samenleving kan niets bijleren vanuit het ziektemodel aangezien een mens ziek is en het aandeel van de samenleving wordt genegeerd. 	<ul style="list-style-type: none"> - Het gehele individu wordt als onderwerp beschouwd. - Symptomen worden gekoppeld aan het moeilijk kunnen omgaan met stress. - De 'cliënt' is actief. - Doel is om op zoek te gaan naar de oorzaken van de mentale verstoring. - Een biografie of het verhaal van de cliënt is essentieel. - Slachtoffers en daders dienen duidelijk benoemd te worden in het helingsproces van trauma. - Er is erkenning dat hulpverleners ook mensen zijn die een meerwaarde kunnen bieden door eigen ervaringen te delen. Zij worden eerder als 'peers'²¹ beschouwd. - De samenleving kan aan zelfreflectie doen doordat er besproken kan worden op welke manier de samenleving individuen beïnvloedt en trauma teweegbrengt.

²¹ Een 'peer' is een Engelse term die kan worden omschreven als 'leefstijlgenoot'. Hij deelt een aantal eigenschappen (leeftijd, etniciteit, geslacht, subcultuur,...) met andere 'peers', heeft gelijkaardige ervaringen (bv. druggerelateerde ervaringen, levensstijl, scholing) en behoort tot eenzelfde groep. Peer support betekent 'onderlinge steun van en door peers', waarbij het accent ligt op gelijkwaardigheid.

Ook Bragdon verkiest om mentale verstoringen niet te benoemen als 'ziekte' volgens het biomedische ziektemodel, aangezien er geen biologische basis gekend is voor de meeste mentale verstoringen. Enkel wanneer de aanwezigheid van een echte biologische ziekte zeker is, zoals indien een hersentumor emotionele verstoring veroorzaakt, kan er volgens haar met zekerheid over ziekte gesproken worden.

3.3.4 Een holistische benadering van psychose

Dit op trauma gebaseerde model van mentale verstoring indiceert dat om tot een holistische benadering van mensen met psychoseproblematiek te komen, het aangewezen is om hen niet te 'diagnosticeren' met een bepaalde 'ziekte' (behalve indien mentale verstoringen duidelijk meetbaar zijn aan de hand van biologische factoren), maar om te erkennen dat zij zich in een crisis bevinden van psychologische verstoring die ontstaan is door een bepaald trauma.

Belangrijk in de benadering van personen die in dergelijke crisis verkeren, is de erkenning dat er in de psychologische crisis mogelijk spirituele ervaringen aanwezig zijn die medebepalend zijn voor het ontstaan en/of verloop van deze crisis.

Om holistische zorg te kunnen verlenen, is het met andere woorden van belang om correct te oordelen of er al dan niet sprake is van spirituele ervaringen die een invloed hebben op de psychologische crisis.

Bragdon geeft aan dat mentale verstoringen die kunnen geplaatst worden binnen de categorieën van de DSM en spirituele crisissen tegelijkertijd (kunnen) optreden en elkaar (kunnen) overlappen, doordringen en op elkaar (kunnen) inwerken, zoals het geval is bij psychosomatische ziektes.²²

Indien er gewerkt wordt aan de hand van categoriseringscriteria om te kunnen aantonen welke soort van mentale verstoring aanwezig is, is het volgens Bragdon aangewezen om hierin de mogelijke aanwezigheid van een spirituele crisis te implementeren. Zo kunnen hulpverleners een psychologische crisis benoemen als 'een acute psychotische episode met mystieke eigenschappen' of 'een mystieke episode met psychotische eigenschappen'.

Op die manier wordt het spirituele aspect dat bij psychoseproblematiek vaak aanwezig is niet langer over het hoofd gezien. Gezien de mogelijke overlapping van de volgens de DSM pathologische psychotische stoornis met een niet-pathologisch religieus of spiritueel probleem, dient ook de benadering van betrokken personen aangepast te worden.

²² Er is sprake van een psychosomatische ziekte indien een psychische factor of gebeurtenis een belangrijke rol speelt in het ontstaan, het verloop of het weer verdwijnen van een ziekte. De psychische factor kan ook slechts als cofactor optreden in het ontstaan van de ziekte.

3.4 Gevolgen voor de werkvloer

Volgens Bragdon (2017) dient er in de Westerse GGZ erkend te worden dat hulpverleners doorgaans beperkt zijn in het beoordelen of er al dan niet sprake is van een spirituele crisis bij individuen die een crisis doormaken.

In ideale omstandigheden dient de beoordeling volgens haar te gebeuren door een geschoolde hulpverlener in de GGZ die eveneens is opgeleid om een spirituele crisis te beoordelen of een team dat bestaat uit minstens één bevoegde hulpverlener uit de GGZ en iemand die veel kennis heeft omtrent spirituele crisissen.

Zo kan er volgens Bragdon (2017) op een correcte manier onderscheid gemaakt worden tussen biologische, psychosociale en/of spirituele factoren die de crisis veroorzaken of in de hand werken.

3.4.1 Fysieke factoren

Volgens Bragdon (2017) is het aangetoond dat verschillende biologische factoren een gebrek aan evenwicht kunnen veroorzaken, zoals:

- Schimmelallergieën kunnen zware depressie veroorzaken;
- Hersenaandoeningen zoals een hersentumor kunnen manische situaties uitlokken;
- Toxiciteit in de omgeving of bepaalde geneesmiddelen kunnen gematigde tot ernstige gemoedstoestanden veroorzaken;
- Spijsverteringsproblemen, alsook vitamine- en mineralentekorten kunnen ernstige gemoedstoestanden veroorzaken.

3.4.2 Psychosociale factoren

Bragdon (2017) haalt ook voorbeelden van psychosociale factoren aan die een onevenwicht kunnen veroorzaken:

- Fysiek, seksueel of emotioneel misbruik;
- Verlies van werk, partner, ouder, kind, gezondheid en dergelijke;
- Verwaarlozing;
- Armoede;
- Racisme en vooroordelen;
- Discriminatie omwille van de diagnose van een psychiatrische aandoening.

3.4.3 Spirituele factoren

Indien er bij een persoon sprake is van een spirituele crisis, zijn er volgens Bragdon (2017) verschillende zaken die ervoor zorgen dat een spirituele/atypische ervaring ongemak met zich meebrengt en/of niet kan worden geïntegreerd:

- Weerstand ten opzichte van persoonlijke groei (bv: niet willen leren hoe men een vertrouwde relatie heeft met anderen, het eigen aandeel in problemen niet erkennen);
- Gebrek van een cognitief kader om de ervaring in te plaatsen;
- Conditionering die leidt tot onderdrukking van intuïtieve vaardigheden. Dat wil zeggen dat het door de ontkenning van het bestaan van de spirituele dimensie ook veel moeilijker is om spirituele ervaringen te aanvaarden en op zoek te gaan naar de antwoorden in de spirituele ervaringen;
- Gebrek aan peer support;
- Gebrek aan familiale steun en/of steun van de gemeenschap;
- Gebrek aan coaching door een bevoegde mentor;
- Gebrek aan geduld: het niet voldoende tijd nemen om een diepe persoonlijke ervaring te integreren.

Hulpverleners worden doorgaans niet opgeleid om met spirituele problemen om te gaan. Aangezien onderzoek aantoont dat er bij mensen met psychoseproblematiek vaak ook sprake is van mystieke ervaringen, wordt in het volgende hoofdstuk verduidelijkt hoe volgens Bragdon de meest efficiënte hulp kan geboden worden indien er sprake is van een spirituele crisis.

4 Efficiënte steun in een spirituele crisis

"In the last analysis, the current global crisis is basically a psychospiritual crisis; it reflects the level of consciousness evolution of the human species." - Stanislav Grof

Volgens Bragdon (2017) bestaat een efficiënte benadering van een individu in crisis uit vier essentiële stappen:

- Een beoordeling van de fysieke en psychosociale stressoren die het probleem zouden kunnen veroorzaken. Het opvolgen van deze zaken dient te gebeuren aan de hand van fysieke gezondheidszorg, psychotherapie, sociale diensten en steun van de samenleving zoals deze gewenst zijn.
- Het voorzien van een veilige omgeving indien een individu een gevaar is voor zichzelf of anderen. Het is belangrijk om autonomie aan te moedigen zolang dit veilig is.
- Het voorzien van betrouwbare peer support van anderen die gelijkaardige ervaringen meemaakten kan helpen om een betekenis te geven aan een bepaalde ervaring door 'aanwezig te zijn' aan de hand van een niet-oordelende houding. Het delen van gelijkaardige ervaringen en het voorzien van gekwalificeerde coaching behoren tot essentiële steun bij de integratie van ervaringen.
- Het voorzien in effectieve steun om te helpen bij de verwerking en integratie van de vooralsnog onverwerkte psychologische materie die zich in de psyche bevindt.

4.1 Vereisten voor individuen in spirituele crisis

4.1.1 Rustige en veilige omgeving

Hoewel de mogelijkheid bestaat dat sommigen die in crisis verkeren zichzelf (willen) isoleren, is het volgens Bragdon (2017) mogelijk dat zij zelf ook weten dat zij in een veilige omgeving dienen te verkeren. Deze omgeving dient volgens Bragdon prikkelarm te zijn. Voorbeelden van prikkels die als katalysator van een crisis kunnen fungeren, zijn volgens Bragdon het kijken van tv of de aanwezigheid van mensen die de persoon in crisis continu bevragen.

Anderzijds is isolatie evenmin optimaal voor mensen die in een acute fase van een crisis verkeren. Hoewel sommigen zich zouden willen afzonderen, is het volgens Bragdon toch beter dat iemand - op zijn minst stil - aanwezig is bij een individu dat in een acute fase verkeert.

Bragdon benadrukt dat ze met een veilige omgeving niet noodzakelijk doelt op een gesloten afdeling van een ziekenhuis. De juiste omgeving voor iemand dient individueel bekeken te worden en kan evenzeer bestaan uit een veilige omgeving bij iemand thuis. In de laatstgenoemde situatie is het aangewezen dat er iemand beschikbaar is die zorg draagt voor de

persoon in crisis door bijvoorbeeld huishoudelijke taken op zich te nemen en 'aanwezig te zijn voor' de betrokkene om op die manier een veilige omgeving te garanderen.

Indien een persoon zich in een acute fase van een crisis bevindt en hij verblijft in een thuisomgeving kunnen ook enkele beperkingen optreden. Het kan bijvoorbeeld niet aangewezen zijn voor de persoon in crisis om het huis te verlaten of individueel de stad in te trekken.

4.1.2 Kortetermijnzorg: veiligheid, juiste zorg, bescherming

Wat volgens Bragdon heel belangrijk is bij iemand die zich in een acute fase van een crisis bevindt, is om vooreerst te bekijken waar er behoefte aan is op korte termijn. Hierbij zijn de volgende vragen van belang:

- Is deze persoon veilig?
- Welke zorg heeft hij of zij op korte termijn?
- Welke vorm van bescherming heeft hij of zij nodig? Dit kan bijvoorbeeld bestaan uit de beschikbaarheid van (propere) kledij of het voorzien van een veilige omgeving.

Iemand die in een acute fase verkeert, kan hulp nodig hebben bij de beoordeling of hij of zij al dan niet in een veilige omgeving verkeert of voldoende beschermd is.

4.1.3 Fysieke controle door arts

Zoals reeds vermeld is het van belang om zeker te zijn dat er geen biologische factoren aan de grond liggen van de aanwezige crisis. Daarom is het volgens Bragdon van belang om na te gaan of er geen organische problemen of slechte voedingsgewoontes aan de basis liggen van de crisis.

Dat maakt dat er volgens haar behoefte is aan een fysieke controle door een arts om organische problemen of voedingstekorten uit te sluiten.

De meeste artsen zijn echter niet opgeleid in het domein van de voeding en kunnen bijgevolg niet juist oordelen over voedingstekorten.

Een oplossing voor dit probleem is volgens Bragdon de inschakeling van orthomoleculaire dokters of psychiaters. Dergelijke dokters erkennen dat biologische factoren zoals voedingstekorten, een onevenwicht van bepaalde hormonen, voedingsallergieën, te hoge dosissen histamine, de opslag van zware metalen in het lichaam en dergelijke meer mentale verstoring kunnen veroorzaken.

Orthomoleculaire geneeskunde wordt vaak afgestempeld als pseudowetenschap doordat beweringen van voorstanders van de orthomoleculaire psychiatrie in 1973 verworpen werden door een speciaal comité van de American Psychiatric Association (Lipton et al., 1973).

Kaplan, Rucklidge, Romijn en McLeodrapidly (2015) halen echter aan dat er snel toenemende kennis bestaat over hoe ontstekingsreacties, bacteriële dysbiose²³, oxidatieve stress²⁴ en verminderde mitochondriale werking de hersenfuncties beïnvloeden.

Het gebruik van micronutriënten kan volgens onderzoek inspelen op deze verstoringen. In hun systematische review uit 2013 geven Rucklidge en Kaplan een overzicht van welke psychiatrische symptomen kunnen behandeld worden met behulp van breedspectrum micronutriënten.

Ondanks veel anekdotisch bewijs, onderzoek dat het gebruik van individuele nutriënten en veranderingen van een bepaald dieet ondersteunt en dat het voordeel van behandeling met nutriënten als aanvulling op conventionele geneesmiddeltherapie aantoonde, werden er volgens Rucklidge en Kaplan geen RCT's²⁵ uitgevoerd die adequaat beoordelen of een behandeling met breedspectrum micronutriënten kan helpen voor mensen met psychoseproblematiek.

Toch zijn er volgens Rucklidge en Kaplan andere onderzoeken die een positievere uitkomst voorspellen bij mensen die gediagnosticeerd worden met schizofrenie. Ook zijn er volgens hen enkele interessante case studies beschikbaar die een complete remissie van psychose documenteren.

Bovendien geven Rucklidge en Kaplan ook aan dat er veelbelovende resultaten zijn voor onder meer problemen met angst, stress en stemmingswisselingen. Dit zijn factoren die volgens Bragdon kunnen optreden tijdens een spirituele crisis en/of een crisis in de hand kunnen werken.

Een boek dat wetenschappelijk materiaal omtrent orthomoleculaire psychiatrie verzamelt, is 'Nutrient Power: Heal your Biochemistry and Heal your Brain' van Walsch (2014). Op basis van miljoenen gegevens van chemische factoren in het bloed, de urine en/of de weefsels wordt aangetoond dat een onevenwicht van voedingsstoffen een significante invloed heeft op de hersenen bij mensen die gediagnosticeerd werden met ADHD, autisme, gedragsstoornissen, depressie, schizofrenie en de ziekte van Alzheimer.

²³ Een bacteriële dysbiose ontstaat indien de darmflora, die het lichaam beschermt tegen infecties en een belangrijke rol speelt in het immuunsysteem, verstoord raakt.

²⁴ Oxidatieve stress is een stofwisselingstoestand, waarbij meer dan een normale fysiologische hoeveelheid reactieve zuurstofverbindingen alle delen van een cel beschadigen. Dit kan onder andere ontstaan door roken, medicatiegebruik, depressie of obesitas.

²⁵ RCT: Randomized Controlled Trial of gerandomiseerd onderzoek met controlegroep

Het boek beschrijft geïndividualiseerde behandelingen aan de hand van voedingsstoffen die duizenden verhalen van herstel teweeggebracht hebben. Het wordt als wetenschappelijker beschreven dan de trial and error methode die doorgaans wordt gehanteerd bij het gebruik van psychiatrische medicatie.

Rucklidge en Kaplan geven aan dat hoewel de huidige Westerse psychiatrie doorgaans aanvaard heeft dat psychiatrische medicatie de voorkeur krijgt in de behandeling van psychiatrische symptomen, onderzoekers en artsen zich steeds bewuster worden van de verre van optimale langetermijneffecten en significante bijwerkingen. Aangezien onderzoek naar micronutriënten de voordelen aantoont van een orthomoleculaire benadering, is er volgens hen behoefte aan veel meer onderzoek op dit gebied.

4.1.4 Voorzichtig gebruik van psychiatrische medicatie

Ook Wagner (2014) beschrijft gevaren bij het gebruik van psychiatrische medicatie. Hij bundelde wetenschappelijk materiaal dat aantoont dat er heel voorzichtig met psychotrope middelen²⁶ dient omgesprongen te worden.

Enkele belangrijke bevindingen die van toepassing zijn op de meerderheid van de bevolking zijn volgens hem de volgende:

- Psychotrope middelen genezen niet de totale mens, maar verlichten eigenschappen die volgens het biomedisch model als symptomen worden benoemd;
- Psychotrope middelen helpen niet altijd in het verlichten van deze eigenschappen. Sommige gevallen zijn hardnekkig;
- De bijwerkingen van psychotrope middelen kunnen heel intens zijn;
- De veiligheid en effectiviteit van vele psychotrope middelen op lange termijn zijn onzeker en zelfs twijfelachtig;
- Sommige psychotrope middelen lijken mentale verstoringen te veroorzaken;
- Er wordt zelden een succesvolle behandeling gevonden aan de hand van psychotrope middelen op zichzelf;
- Mensen herstellen sneller en beter indien ze hoop hebben. Deze hoop gaat door diagnosestelling en medicatiegebruik vaak verloren.

De beperkingen van psychotrope middelen worden vaak genegeerd door de werking die de verschillende stoffen op korte termijn hebben op bepaalde eigenschappen.

Wetenschappelijk onderzoek toont volgens Wagner (2014), Harrow, Jobe en Faull (2012) en Whitaker (2016) aan dat het gebruik van antipsychotica op lange termijn af te raden is vanwege

²⁶ De vier belangrijkste types psychotrope medicijnen zijn de angstremmers, de antipsychotica, de antidepressiva en de stemmingsstabilisatoren.

nadelige gevolgen voor onder meer prognose, neurocognitieve vaardigheden, de kwetsbaarheid voor psychose en het herstelproces. Studies over het herstel na het stoppen van medicatie-inname die de langetermijneffecten van het gebruik van antipsychotica goedkeuren, houden volgens Whitaker geen rekening met significante factoren zoals het effect van de plotselinge onthouding van geneesmiddelen, functionele resultaten zoals kwaliteit van het leven op lange termijn en een vergelijking met het natuurlijke proces van schizofrenie.

Iemand die in opname is en in een extreme staat van bewustzijn verkeert, zal volgens Bragdon (2017) gemakkelijk antipsychotica toegediend krijgen. Bij continue inname van antipsychotica worden de niet-pathologische spirituele aspecten van de crisis die mogelijk aanwezig zijn over het hoofd gezien en zullen noch hulpverleners, noch de zorgvrager zelf uiteindelijk te weten komen wat er zich afspeelt op spiritueel en psychologisch niveau, aangezien antipsychotica volgens haar een buffer bieden voor het verwerken van deze ervaringen.

Toch kunnen psychotrope middelen volgens Bragdon ondanks hun mogelijke bijwerkingen en de tekortkomingen op lange termijn in bepaalde situaties de meest geschikte en meest liefdevolle vorm van therapie zijn. Medicijninname kan volgens haar bijvoorbeeld gedurende korte periode aangewezen zijn:

- Om een patroon te doorbreken wanneer iemand gedurende een lange periode niet geslapen heeft;
- Om de intensiteit van een crisis te pauzeren en zodoende een patroon te doorbreken.

4.1.5 Peer support

Volgens Bragdon is het voor mensen in crisis essentieel om over een therapeutische omgeving te beschikken waar peer support voorop staat. Onder meer White, Price en Barker (2017), Chinman et al. (2014) en Wagner ondersteunen deze gedachte.

White et al. en Chinman et al. geven aan dat er over de juiste organisatie van peer support weinig geweten is.

Bragdon baseert zich op enkele modellen die hun effectiviteit bewezen hebben:

4.1.5.1 Het Soteria Huis

Het Soteria Huis was tussen 1971 en 1983 een opvanghuis in de Verenigde Staten dat bestond uit een huiselijke setting en waar mensen die een eerste psychotische opstoot beleefden tijdelijk verbleven.

Het merendeel van de 43% van de bewoners dat nooit psychiatrische medicatie gebruikte, kende betere resultaten op lange termijn dan zij die wel gebruik maakten van deze geneesmiddelen.

Een deel van dit succes is volgens Bragdon te danken aan de begeleiding van de bewoners door paraprofessionals²⁷. Deze begeleiders werden minder beïnvloed door therapeutische rigiditeit, waarmee bedoeld wordt dat zij niet noodzakelijkerwijs een pathologisch model voor ogen hadden bij het ontmoeten van mensen in crisis. Er kon beroep gedaan worden op psychiaters indien de paraprofessionals het gevoel hadden dat ze bepaalde situaties niet alleen aankonden.

De paraprofessionals werden volgens Bragdon gekozen op basis van het volgende profiel:

- zelfbewustzijn, emotionele maturiteit, autonomie en onafhankelijkheid;
- beschikken over warme, gevoelige en empathische eigenschappen;
- goede ontwikkelde intuïtieve vaardigheden bezitten;
- introvertie, flexibiliteit en verdraagzaamheid ten opzichte van verhoogde staten van bewustzijn;
- positieve verwachtingen hebben over de bewoners.

Een positieve verwachting hebben over de bewoners kan volgens Bragdon bijvoorbeeld bestaan uit het geven van erkenning aan een bewoner dat hij een crisis doormaakt, maar die persoon ook verzekeren dat deze crisis een proces beslaat met een eindpunt waarop de betrokkene zich beter en onafhankelijker zal voelen.

De vernoemde paraprofessionals waren de voornaamste therapeutische omgevingsfactoren van de bewoners. Zij legden de nadruk op interpersoonlijke authentieke relaties door 'aanwezig te zijn' bij de bewoners. Ze werden getraind om niets te 'moeten' zeggen, te 'moeten' doen of te 'moeten' genezen, maar toch beschikbaar te zijn indien een bewoner daar nood aan had.

Een systematische review van Calton, Ferriter, Huband en Spandler uit 2008 kwam tot de conclusie dat het model van het Soteria Huis gelijkaardige en op sommige gebieden betere resultaten aanreikt in de behandeling van mensen die gediagnosticeerd zijn met een eerste of tweede psychotische episode in vergelijking met conventionele, meer op medicatie gebaseerde benaderingen.

²⁷ Paraprofessionals: mensen die zijn opgeleid om professionele hulpverleners bij te staan.

4.1.5.2 *Open dialoog*

Ook open dialoog is een therapievorm die volgens Bragdon de nodige peer support kan bieden voor mensen in spirituele crisis. Open dialoog ontstond in de jaren tachtig in Finland en baseert zich op familietherapie.

Het model pleit ervoor om de barst die in het sociale netwerk van de persoon in crisis aanwezig is te herstellen.

Deze therapie kan eventueel gebeuren bij betrokkenen thuis, wat ervoor kan zorgen dat opname wordt voorkomen. Hierbij is er een persoon aanwezig die het proces begeleidt, maar die zich niet verantwoordelijk stelt voor de heling van de sociale relaties. De verantwoordelijkheid van de facilitator bestaat erin om een veilige ruimte te creëren die open dialoog toelaat, waardoor de oplossing vanuit het systeem zelf komt. Dit wordt verwezenlijkt doordat de deelnemers vrijuit over hun gewaarwordingen communiceren, waarbij elk familielid wordt beschouwd als een mogelijke competente partner in het herstelproces. (Bragdon, 2017)

Onder meer Gordon et al. (2016) concluderen in hun onderzoek dat zowel kwalitatieve als kwantitatieve bevindingen suggereren dat dit Finse model succesvol geïmplementeerd kan worden in de (Amerikaanse) gezondheidszorg vanwege de goede klinische resultaten met betrekking tot psychoseproblematiek, grote voldoening van de betrokken actoren en de gezamenlijke besluitvorming die het model bewerkstelligt.

Ook in dit model wordt van de facilitators verwacht zich te ontdoen van enige vorm van therapeutische rigiditeit, door het minimaliseren van zowel oordelen en labels als het moeten vinden van een oplossing. In zowel het Soteria Huis als bij open dialoog wordt van er van de begeleider(s) een onvoorwaardelijke houding verwacht (met uiteraard beperkingen zoals bijvoorbeeld gemeenschap hebben of samen illegale drugs gebruiken) die uitgaat van de gedachte dat de oplossing voor de crisis in de persoon zelf of in diens systeem verborgen zit.

4.1.5.3 *Andere Peers*

Individen die zelf een spirituele crisis beleefden, kunnen volgens Bragdon (2017) de best mogelijke vorm van peer support zijn aangezien zij het best begrijpen wat iemand in een crisis meemaakt. Ervaringsdeskundigen kunnen dus een rol spelen in het herstelproces.

Bragdon raadt de werking van de Amerikaanse organisatie 'Intentional Peer Support' aan, die iedereen die geïnteresseerd is in wederzijdse ondersteuning opleidingen aanbiedt. Intentional Peer Support is een manier van denken aan en het uitnodigen van transformatieve relaties. Dit houdt in dat beoefenaars van Intentional Peer Support leren relaties te gebruiken om zaken vanuit een nieuw perspectief te bekijken, een groter bewustzijn te ontwikkelen van persoonlijke

en relationele patronen en elkaar te ondersteunen en uit te dagen om nieuwe dingen uit te proberen. Hierbij wordt de relatie gezien als een vennootschap en wordt het informeren naar trauma gepromoot. (Intentional Peer Support, 2017)

4.1.6 Hulp met aarden²⁸

Verder is het volgens Bragdon (2017) mogelijk dat een persoon die in een extreme staat verkeert zichzelf verwaarloost op vlak van beweging, voedsel- en waterinname, slaap en contact met mensen en/of de natuur.

Het kan voor mensen in een crisis die zich bijvoorbeeld gedurende bepaalde tijd geïsoleerd hebben heel belangrijk zijn dat er een peer aanwezig is die de betrokkene begeleidt in het aardingsproces door bijvoorbeeld een wandeling te maken in de natuur, op het gras te gaan zitten, samen te bewegen en dergelijke meer.

4.1.6.1 Voeding

Volgens Bragdon zijn er heel veel verschillende theorieën over welke voeding het meeste hulp biedt in het aardingsproces. Sommige individuen die zich in een extreem proces bevinden, neigen volgens haar naar voedingsmiddelen die suiker en koolhydraten bevatten en koffie. Overmatige consumptie van deze middelen kan volgens haar tot een onevenwicht leiden.

Voeding met een goede voedingswaarde is belangrijk en ook voedingsmiddelen die iets langer nodig hebben om te verteren. Dit kan voeding zijn die proteïnen bevat, vis of vlees, granen en zeker ook groenten. Mensen in crisis een goede bron van voeding aanbieden, is volgens Bragdon extreem belangrijk. Vasten of het nuttigen van een heel licht dieet raadt ze af aangezien deze diëten de acute fase van een spirituele crisis in stand kunnen doen houden.

4.1.6.2 Water

Ook het nuttigen van voldoende water is volgens Bragdon extreem belangrijk. Frisdrank neemt met haar grote suikergehalte de plaats van water niet in. Koffie en cafeïne bevattende thees nemen ook de behoefte aan water niet weg.

Ontgiftiging is volgens Bragdon belangrijk tijdens het proces van spirituele crisis. Iemand die zich in een acute fase van een spirituele crisis bevindt, is trauma aan het verwerken. In dit proces kan een betrokkene meer dan gewoonlijk transpireren. Daarom is het nuttigen van voldoende water belangrijk om het ontgiftingsproces te verbeteren.

²⁸ Aarden: een verbinding maken tussen iets of iemand en de aarde. In dit geval wordt er met een aardingsproces bedoeld op een proces waarin een individu in crisis terug meer in contact komt met de fysieke realiteit.

4.1.6.3 *Beweging*

Beweging kan volgens Bragdon bijzonder waardevol zijn, vooral voor zij die in zichzelf gekeerd zijn en zij die een kundalini ervaring beleven. Voor dergelijke individuen kan beweging een grote ontlading teweegbrengen. Voorbeelden van beweging die Bragdon aanhaalt, zijn wandelen op een eerder inspanning vragende manier, waarbij de tocht op een georganiseerde manier gebeurt en een beroep dient gedaan te worden op iemands wilskracht.

4.1.6.4 *Slaap*

Sommigen die in een acute fase verkeren, kunnen volgens Bragdon het gevoel hebben dat ze geen slaap nodig hebben omdat ze zich bijvoorbeeld in een buitengewoon creatief proces bevinden, zoals channeling²⁹. Indien mensen zich verliezen in dit creatief proces, kunnen ze zich steeds meer in een acute fase gaan bevinden. Op dat moment is de behoefte aan slaap volgens Bragdon heel groot. Indien deze individuen in hun creatief proces gedurende dagen weinig tot niet geslapen hebben, is het volgens haar mogelijk dat ze behoefte hebben aan een persoon die over hen waakt om er zeker van te zijn dat er geen te groot onevenwicht ontstaat.

4.1.6.5 *Toegang tot de natuur*

Ook blootsvoets verbinding maken met de natuur (grounding) stimuleert het aardingsproces. Chevalier en Sinatra (2011) concluderen in hun onderzoek dat grounding bij personen die onder meer angst, emotionele stress of paniekaanvallen kennen, positieve effecten bewerkstelligt binnen 20 à 30 minuten en in bijna alle gevallen binnen 40 minuten. Ook eenvoudigweg contact met de natuur heeft volgens Morita et al. (2007) positieve effecten op de mate dat stress, angst, depressieve eigenschappen en vijandigheid ervaren worden.

Ook een later onderzoek van Chevalier, Sinatra en Oschman (2012) geeft aan dat grounding kan helpen bij vele andere somatische aandoeningen, maar ook bij mensen met slaapproblemen.

Verder kan volgens Bragdon ook het contact met dieren van belang zijn. Therapeutische assistentie van dieren, zoals therapie met paarden, kan een meerwaarde betekenen om te werken met angst of posttraumatische stress.

²⁹ Channeling: het contact maken met geesten of spirits

4.1.6.6 *Verbinding met anderen*

Een andere manier om contact te krijgen met de fysieke realiteit is volgens Bragdon aan de hand van de aanwezigheid van vertrouwende en betrouwbare relaties. Hierbij is het volgens haar van belang te weten dat er in crisis niet 'moet' gepraat worden: het belangrijkste aspect van de relatie is de 'aanwezigheid' en beschikbaarheid voor de persoon in crisis.

4.1.6.7 *Metafysische aspecten*³⁰

Hulp met aarden kan volgens Bragdon ook verbonden zijn aan metafysische aspecten door bijvoorbeeld te werken met het chakrasysteem of aandacht te schenken aan het energiehuishouden.

Onderzoek van Drapkin, McClintock, Lau en Miller (2016) toont aan dat werken met chakra's kenmerken die aanwezig kunnen zijn tijdens een spirituele crisis vermindert, zoals angst en depressieve kenmerken. Daardoor wordt het contact met de realiteit herwonnen.

4.1.7 Educatie

Wanneer iemand die zich in een crisis bevindt er klaar voor is, kan het volgens Bragdon van essentieel belang zijn om een perspectief te creëren van wat er precies aan de hand is. De erkenning dat de persoon een extreem en intens proces aan het doormaken is, kan reeds positieve gevolgen hebben. Hierbij dient de focus volgens Bragdon te liggen op het feit dat de huidige situatie niet het eindpunt is, maar dient er hoop gecreëerd te worden door aan te geven dat de betrokkene zich op het einde van het proces beter zal voelen.

Door hoop te creëren, kan een betrokkene volgens haar meer geïnteresseerd raken in wat er precies met hem of haar aan het gebeuren is. Indien de betrokkene hiervoor openstaat, kan er een kader gecreëerd worden dat niet zozeer op pathologie gebaseerd is waarin een individu zichzelf kan terugvinden. Bragdon haalt enkele belangrijke punten aan die een kader kunnen schetsen voor individuen die een spirituele crisis ervaren:

- Emotionele verstoring is een natuurlijke reactie op het ervaren van overweldigende stress en is bijgevolg volkomen normaal. Een traumatische ervaring kan aan de basis liggen van het ervaren van stress;
- Sommigen kunnen de nood ervaren om training te krijgen om verder te gaan met het spiritueel leven, om te leren omgaan met en gebruik te maken van gevoeligheden, alsook om copingvaardigheden te verbeteren ten aanzien van emotionele schokken;

³⁰ De metafysica onderzoekt dat wat het zintuiglijk waarneembare te boven gaat en gaat voornamelijk over het bestaan.

- Het is belangrijk voor hulpverleners om zich af te vragen wat de oorzaak is van de stress of welke traumatische gebeurtenis heeft plaatsgevonden. Tijdens de acute fase kan het goed mogelijk zijn dat een individu hier niet over kan praten. Door het creëren van een rustige omgeving waar er adequate zorg wordt geboden, kan de betrokkene tot een punt raken waarbij hij of zij kan praten over de stress die de verstoring veroorzaakte;
- Het is belangrijk te erkennen dat mystieke of spirituele ervaringen helend kunnen zijn en tegelijkertijd kunnen optreden met chaotische emoties die ontstaan vanuit onverwerkte emotionele reacties op voorafgaande problemen. Ook is het mogelijk om na het beleven van een mystieke ervaring in een staat te belanden waarin een persoon onverwerkte emotionele materie tegenkomt.

4.1.7.1 *Spirituele beoefening*

Indien individuen erkennen dat ze een spirituele crisis ervaren, kunnen er volgens Bragdon (2017) vragen ontstaan in verband met spirituele beoefening. Dit kunnen vragen zijn met betrekking tot onder meer ademhalingsoefeningen, meditatie, yoga of gebed. Voor mensen die in een acute extreme staat verblijven, suggereert Bragdon het volgende:

- Diepe ademhalingsoefeningen zijn niet aangewezen. Diepe borstademhaling kan grotere angstgevoelens teweegbrengen. Het is eerder aangewezen om een zachte buikademhaling aan te leren;
- Het gebruik van muziek, quotes en gedichten kan moreel en spiritueel stimulerend werken. Deze quotes kunnen bijvoorbeeld aan de muur gehangen worden zodat ze steeds zichtbaar zijn;
- Ook het creëren van kunst kan stimulerend werken. Hierbij kan het van belang zijn geen kunst te creëren die culturele of religieuze verschillen centraal stelt, maar eerder kleurrijke kunst te creëren zonder enige religieuze connotatie;
- Sommigen vinden de aanwezigheid van gebedskralen of een foto van iemand die inspirerend was voor hen geruststellend;
- Gemakkelijke yoga kan ook helpen zodat iemand meer contact met het eigen lichaam ervaart;
- Korte meditaties (5 à 10 minuten) kunnen kalmerend werken. Sommige individuen die in een extreme staat verkeren, zonderen zich af om te mediteren of denken dat ze door te mediteren van hun problemen af zullen raken, wat doorgaans niet het geval is. Geleide meditaties kunnen iemand helpen doordat hij of zij zich identificeert met zijn of haar lichaam en door te leren de gevoelens die aanwezig zijn te (h)erkennen en ze te leren aanvaarden.

Voor de ondersteunende persoon kan het moeilijk zijn om een individu iets te zien doen waarvan er wordt aangenomen dat die specifieke actie het herstelproces niet ondersteunt (zoals

overmatig meditatie). De persoon die aanwezig is, kan hulp bieden door te (h)erkennen waar deze persoon zich bevindt en wat hij of zij aan het doen is en daar respect voor te hebben, maar eveneens door bereid te zijn om evenwichtige acties aan te moedigen in het kader van het herwinnen van de eigen autoriteit.

4.1.8 Respect voor spirituele ervaringen en verhoogde staten van bewustzijn

Het horen van stemmen of het waarnemen van beelden die anderen niet zien, kan buiten het kennisgebied of comfortniveau liggen van hulpverleners of peers. Respect voor spirituele ervaringen, ook wanneer een hulpverlener deze niet kent of zelf niet heeft meegemaakt, is volgens Bragdon van groot belang.

Het zou volgens haar ideaal zijn indien een hulpverlener datgene wat zich buiten zijn of haar comfortniveau bevindt kan tolereren en open staat voor de mogelijkheid van spirituele fenomenen.

Volgens Bragdon is deze kennis van spirituele ervaringen en tolerantie en openheid ten opzichte van diverse ervaringen zeker voor psychotherapeuten die werken met de psychologische aspecten van een crisis van groot belang.

Buiten al de vermelde vereisten voor de persoon in spirituele crisis, geeft Bragdon ook nog enkele positieve aanvullingen, vermeldt ze enkele zaken waarmee voorzichtig dient omgesprongen te worden en biedt ze enkele andere hulpbronnen aan.

4.2 Positieve aanvullingen

Bragdon vermeldt de volgende positieve aanvullingen die steun kunnen bieden bij mensen die in een spirituele crisis verkeren:

- 'Medical intuitives' of medisch intuïtieve personen zijn zeldzaam maar kunnen helpen bij het diagnosticeren van wat er precies gaande is bij de persoon in spirituele crisis. Zij kunnen eveneens oordelen over welke zorg een betrokkene precies nodig heeft.
- Sommige gemeenschappen hebben goede lichaamswerkers of personen die energetisch werken, zoals mensen die reiki³¹ beoefenen.
- De toegang tot peers die zelf ervaring hebben met een spiritueel proces of een spirituele crisis kunnen soms hulp bieden bij mensen die een spirituele crisis ervaren. Dit kunnen bijvoorbeeld verschillende mensen zijn die uiteenlopende ervaringen hebben beleefd of één persoon die een heel gelijkaardig proces heeft meegemaakt.
- Het aanmoedigen van artistieke expressie in de vorm van muziek, poëzie, dans of schilderen.
- Het bijhouden van een dagboek aanmoedigen.
- Andere personen met speciale gaven zoals een sjamaan uit een andere cultuur kunnen een bijzondere toegevoegde waarde brengen aan een teambenadering voor mensen in spirituele crisis.

In de acute fase van een spirituele crisis kan het volgens Bragdon een kalmerend effect teweegbrengen om te slapen in een omgeving waar er weinig elektromagnetische straling is. Daarvoor zouden bijvoorbeeld gsm- of televisietoestellen in de slaapkamer in sommige gevallen beter vermeden worden.

³¹ Bi reiki wordt er gewerkt met handoplegging, waarbij het lichaam wordt behandeld met een veronderstelde vorm van levensenergie en universele energie.

4.3 Zaken waar voorzichtig mee dient omgesprongen te worden

Enkele zaken zijn volgens Bragdon van belang om te weten of en wanneer ze dienen te gebeuren:

- Het beschrijven van psychosociale stressoren of contact maken met de persoon of personen die de oorzaak waren van psychosociale stress, is tijdens de acute fase van een spirituele crisis doorgaans geen goed idee. Soms kan dit niet vermeden worden, maar indien iemand heel gestresseerd is, is het aangewezen om een kalmerende omgeving op te zoeken of te creëren. Na verloop van tijd en van zodra de meest acute fase gepasseerd is, zullen de betrokkenen zelf willen praten over de stressoren of over de personen die deel uitmaken van het ontstaan van de stressreactie.
- Ook is het niet aangewezen om tijdens de acute fase van de spirituele crisis onmiddellijk te praten over de betekenis van de ervaring. Nadat individuen gekalmeerd zijn, zullen ze automatisch willen praten over de betekenis van de ervaring of meer openheid vertonen ten opzichte van praten over de betekenis van de ervaring op een verkennende manier.
- Praten over wat het leven betekenis geeft en wat persoonlijk belangrijk is, kan bijzonder waardevol zijn, maar niet in de acute fase. Na de acute fase kan het belangrijk zijn om te vragen wat van belang is in het leven van de betrokkene. Een peer kan na de acute fase nagaan wat een betrokkene wil in het leven en het kan voor de persoon in crisis een meerwaarde betekenen om ook effectief aan de slag te gaan met dit gegeven. Als iemand bijvoorbeeld aangeeft dat hij of zij graag een muzikant wil worden, kan luisteren naar muziek waar hij of zij echt van houdt of een muziekinstrument (leren) bespelen een meerwaarde betekenen.
- Een persoon die in een acute fase verkeert, kan de behoefte hebben aan en zelfs vragen naar geslachtsgemeenschap of intiem contact. Dit kan betekenen dat iemand behoefte heeft aan grounding of op zoek is naar verbinding met iemand. Het kan voor een betrokkene een grote steun betekenen om intiem te zijn met een persoon waar hij of zij reeds een relatie mee heeft, maar indien de betrokkene tijdens de acute fase op zoek gaat naar een nieuwe relatie kan dit een katalysator zijn voor de spirituele crisis.

4.4 Andere hulpbronnen

Andere hulpbronnen die vanuit Bragdons expertise gebruikt kunnen worden bij de zorg voor mensen in spirituele crisis zijn de volgende:

- Essentiële oliën (aromatherapie), kleuren- of chromotherapie;
- Sauna's kunnen kalmerend werken en zorgen tevens voor zuivering;
- Kalmerende muziek of natuurgeluiden;
- Gezegend water drinken³²;
- Energetisch werk door een vakkundige werkt vaak kalmerend en harmoniserend;
- Bloesemtherapie en homeopathie;
- Soms staan individuen open en zijn ze ontvankelijk voor heling van op afstand, die gebeurt door een heler (een medium, een sjamaan) die niet in de ruimte van de betrokkene aanwezig is;
- Het bediscussiëren van boeken en nieuwe perspectieven aangaande spirituele crisis;
- Hellinger familieopstellingen³³ kunnen helpen na de acute fase van de spirituele crisis.

Alle voorgaande gegevens aangaande de efficiënte manier om iemand in spirituele crisis te benaderen, brengen heel wat verpleegkundige implicaties met zich mee. Zij worden besproken in het volgende hoofdstuk.

³² Het zegenen van water is een rituele vorm die in verschillende religieuze en spirituele tradities wordt beoefend. Ook in het spiritisme wordt aan de hand van gebeden en het sturen van energie door helers water gezegend. De gedachte dat water een geheugen heeft, wordt onder meer gesteund door het wetenschappelijk onderzoek dat gebundeld is in een boek over spiritisme van Bragdon (2012).

³³ Familieopstellingen zijn een vorm van psychotherapie waarbij een participant een probleem naar voor brengt waar hij duidelijkheid over wil krijgen. De hoofdrolspelers in dat probleem zijn vaak familieleden. Bij familieopstellingen nemen andere deelnemers de rol in van deze familieleden.

5 Verpleegkundige implicaties

“A human being is a part of the whole called by us universe, a part limited in time and space. He experiences himself, his thoughts and feeling as something separated from the rest, a kind of optical delusion of his consciousness. This delusion is a kind of prison for us, restricting us to our personal desires and to affection for a few persons nearest to us. Our task must be to free ourselves from this prison by widening our circle of compassion to embrace all living creatures and the whole of nature in its beauty.”

Albert Einstein

Spirituele verpleegkundige zorg is volgens Chiang et al. (2016) praktijkgericht en wordt gedefinieerd als het voorzien van verpleegkundige interventies om te voldoen aan de spirituele behoeftes van hun zorgvragers.

Uit de definitie van spiritualiteit die in deze bachelorproef wordt gehanteerd, kan worden geconcludeerd dat deze behoeftes zich voornamelijk afspelen op vlak van verbinding met zichzelf, (significante) anderen, de natuur, het heilige en het moment en op gebied van zingeving en doelen stellen in het leven.

Opdat een zorgvrager in crisis meer of opnieuw verbinding zou kunnen ervaren, blijkt dat hulpverleners voornamelijk als peer dienen te functioneren en op die manier een vertrouwende en betrouwbare omgeving dienen te creëren.

Daaruit kan worden afgeleid dat spirituele zorg enkel kan geboden worden indien begeleiders in de omgeving van de zorgvrager zich bepaalde grondhoudingen aanmeten.

Daarom worden eerst de verpleegkundige attitudes die nodig zijn om van spirituele zorg te kunnen spreken (bij mensen met psychoseproblematiek) besproken, gevolgd door verpleegkundige interventies met betrekking tot spirituele zorg bij mensen met psychoseproblematiek.

5.1 Verpleegkundige attitudes voor spirituele zorg

Zoals blijkt uit het vorige hoofdstuk dient een begeleider van iemand in crisis over tal van attitudes en eigenschappen te beschikken om 'aanwezig te zijn' voor een betrokkene. Samenvattend worden deze hier weergegeven:

- Minimaliseren van oordelen, het willen genezen of naar oplossingen zoeken en labels toekennen aan zorgvragers;
- Niet 'moeten' praten, maar eerder beschikbaar en aanwezig zijn;
- Over warme, gevoelige en empathische eigenschappen beschikken;
- Flexibiliteit, bereid zijn om dat wat buiten het eigen comfortniveau gaat te tolereren;
- Onvoorwaardelijkheid;
- Verdraagzaamheid ten opzichte van, respect hebben voor en open staan voor verhoogde staten van bewustzijn en spirituele ervaringen;
- Het hebben van vertrouwen en betrouwbaar zijn;
- Hoopgevend zijn;
- Interesse in de persoon door het stellen van gerichte vragen: wat veroorzaakte stress? Wat geeft je leven betekenis? Welke betekenis geef je aan bepaalde ervaringen? Welke oplossingen zie je zelf?
- Eigen geloofsovertuigingen dienen niet opgedrongen te worden, maar kunnen wel gedeeld worden. Er dient gekeken te worden naar wat de zorgvrager zelf behoeft. Vanuit een (professionele) basiskennis kunnen eerder mogelijkheden dan oplossingen aangeboden worden om zo tot een gezamenlijke besluitvorming te komen;
- Het delen van eigen crisiservaringen kan een meerwaarde betekenen in de erkenning dat een crisis een natuurlijk proces is.

Deze eigenschappen en attitudes leunen heel nauw aan bij de presentiebenadering van Baart (2001).

5.1.1 De presentiebenadering

De presentiebenadering werd ontwikkeld door Baart. Presentie wordt beknopt geformuleerd als "een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de andere betreft en met hem interageert, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat - van verlangens tot angst - en die in aansluiting daarbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw." (Baart & Grypdonck, 2008)

Een volledige weergave van de presentiebenadering behoort niet tot de uiteenzetting van deze bachelorproef. Toch worden hier enkele basiskenmerken weergegeven die volgens Grypdonck en Baart (2008) een meerwaarde kunnen betekenen binnen de verpleegkunde:

- Professioneel handelen gaat niet enkel om het volgen van regels, protocollen en vastgelegde interventies, maar evenzeer over aanwezig zijn, je onderdompelen in het lijden van de zorgvrager en van daaruit onvervalste dienstbaarheid kunnen tonen. Een hulpverlener dient dus niet zozeer uit te gaan van de vraag 'hoe kan ik deze zorgvrager helpen?', maar eerder de vraag stellen aan de zorgvrager 'hoe kan ik u helpen?'
- Geduld en aanwezigheid in waakzaamheid zijn hierbij twee belangrijke kwaliteiten. Hierbij is het vooropstellen van meetbare doelen niet (altijd) van centraal belang, maar eerder het aanbieden van trouwe en onvoorwaardelijke aanwezigheid, waarbij professionele kennis kan aangeboden worden. Niet het 'iets moeten doen' om te helpen staat daarbij voorop, maar eerder het laten, niet forceren, en een proces geduldig zijn gang laten gaan.
- Ook wanneer zorg nergens toe lijkt te leiden, is het van belang dat de presente hulpverlener de zorgvrager niet alleen laat, hem trouw blijft, met hem meegaat of waakzaam en geduldig afwacht tot de zorgvrager de zorg weer kan toelaten.
- Daarbij dient de hulpverlener te proberen zich in de plaats te stellen van de zorgvrager. Hoe zou hij of zij zich nu voelen? Hoe zou ik zelf graag benaderd willen worden in een soortgelijke situatie?
- In het aanwezig zijn is het van belang dat de zorgvrager zich kan tonen zoals hij de zaken op een bepaald moment ervaart. Het is van belang dat de zorgvrager niet het gevoel heeft dat hij zich 'moet' blootgeven, maar dat hij op zijn eigen tempo kan aanbrengen welke kwesties er op een bepaald moment spelen. Ruimte geven door aanwezigheid is hierbij van belang. Hierbij kan een hulpverlener zich aanbieden aan de hand van zijn professionele kennis, maar dient hij zich tevens bewust te zijn dat het opdringen van kennis of interventies doorgaans geen meerwaarde betekent.
- Verpleegkundige diagnoses kunnen dedramatiserend werken. Iemand die bijvoorbeeld duidelijk lijdt onder jarenlang misbruik en niet weet hoe met dit lijden om te gaan, bestempelen als iemand die niet over effectieve copingvaardigheden beschikt, kan een averechts effect hebben in het helingsproces. Door geen ruimte te laten voor het lijden en continu naar methodes te zoeken die het lijden moeten genezen, wordt niet erkend dat er niet voor elk probleem een oplossing moet gevonden worden. Het lijden aanwezig laten zijn, kan net een stap betekenen richting heling.

5.1.2 Aandacht voor de eigen spirituele gezondheid

Ook volgens Chiang et al. (2016) is een belangrijke factor in de spirituele zorg voor patiënten met psychoseproblematiek het therapeutisch aanwezig zijn. Bepaalde competenties die hierbij horen, zijn ook volgens hen weten hoe aanwezig te zijn, luisteren, bezorgd zijn, respect tonen, hoop bijbrengen en zorgvragers bijstaan in het determineren van de betekenis die ze aan hun leven geven (Chiang et al., 2016).

Volgens Chiang et al. zijn verpleegkundigen die een groter spiritueel bewustzijn hebben meer bereid om zich de voorgenoemde attitudes om tot spirituele zorg te komen aan te meten. Dat heeft te maken met het feit dat zij in het algemeen gevoeliger en/of opmerkzamer zijn en meer reflecteren aangaande hun eigen levenservaringen en de betekenis van het leven. Daarom neigen zij er eerder naar om een positieve houding aan te nemen om in de spirituele zorg voor zorgvragers te voorzien.

De essentiële onderdelen van dit spiritueel bewustzijn bevatten een bewustzijn van wat spiritualiteit is, een bewustzijn van een hogere kracht en het vermogen om te zoeken naar de mening van het leven. (Chiang et al., 2016)

In hun studie kwamen Chiang et al. verder tot de conclusie dat een positieve houding van verpleegkundigen ten opzichte van spirituele zorg een positief effect heeft op hun professionele toewijding en hun zorgzaamheid.

Vanuit het perspectief van het stress-copingmechanisme kan spiritualiteit volgens hen worden gezien als een kracht die mensen aanmoedigt om stressvolle gebeurtenissen te bezien als een groei mogelijkheid of als een persoonlijke uitdaging. Mensen proberen de betekenis van de stressvolle gebeurtenis uit te zoeken ('betekenisgeving') om hen te helpen de stress te boven te komen. Daarom willen volgens Chiang et al. verpleegkundigen hun carrières handhaven, ook al ervaren ze een hoge werkdruk. De positieve houding van verpleegkundigen ten opzichte van spirituele zorg helpt hen om de hoge werkdruk en de ervaren stress te zien als groeimogelijkheden in hun leven en dit heeft eveneens een positief effect op hun professionele toewijding. (Chiang et al., 2016)

Daarnaast impliceert het hebben van een positieve houding ten opzichte van spirituele zorg dat verpleegkundigen persoonlijke spirituele groei kunnen ervaren wanneer ze 'zorgzaam zijn voor' of spirituele zorg verlenen aan zorgvragers. Bijgevolg heeft 'het hebben van een positieve houding ten opzichte van spirituele zorg' ook een positief effect op het uitvoeren van de 'zorg' door verpleegkundigen. (Chiang et al., 2016)

Bovendien, zo vervolgen Chiang et al., speelt spiritualiteit volgens onderzoek een sleutelrol bij het uiten van warmte, liefde en mededogen naar anderen toe, wat algemeen wordt beschouwd als de uitdrukking van 'zorgzaamheid'. Voorgaand onderzoek leidt volgens Chiang et al. tot

hetzelfde besluit van hun studie: de spirituele gezondheid van verpleegkundigen heeft een effect op het vermogen van verpleegkundigen om te zorgen (voor). In essentie gaat het volgens Chiang et al. hierom: indien verpleegkundigen positiever gedrag vertonen ten aanzien van hun spirituele gezondheid, is het waarschijnlijker dat ze bezorgd zijn om de betekenis van het leven en bereid zijn om liefde en warmte met anderen te delen om op die manier betere (spirituele) zorg te kunnen verlenen.

Chiang et al. (2016) benadrukken dat toekomstig onderzoek zich dient te richten op het ontwikkelen van een interventieprogramma om de houding van verpleegkundigen ten opzichte van spirituele zorg te verbeteren en op de relatie tussen de spirituele gezondheid van verpleegkundigen en de kwaliteit van de verleende zorg. Bovendien zouden verpleegkundige lectoren zich bewust moeten zijn van de waarde van de cultivering van spiritualiteit onder verpleegkundigen. Dit zou tevens moeten benadrukt worden tijdens de klinische en onderwijzende verpleegkundige opleiding. (Chiang et al., 2016)

Aangezien de DSM 'Religieuze en Spirituele Problemen' als een niet-pathologische categorie erkent, kan het in dit kader een enorme meerwaarde betekenen om tijdens de opleiding aan hulpverleners duiding te geven over deze categorie.

In de verpleegkundige opleiding kan implementatie van de transpersoonlijke visie een aanzienlijke meerwaarde betekenen, aangezien ze op wetenschappelijke manier soorten spirituele ervaringen en spirituele crisissen bundelt en beschrijft. Op die manier kan er een verruimd bewustzijn ontstaan omtrent spirituele ervaringen die in verschillende pathologische beelden verweven zijn.

Door de verruiming van hun begrip van spiritualiteit, kan een antwoord geboden worden aan het feit dat hulpverleners vaak minder spiritueel zijn dan hun zorgvragers en hun gebrek aan kennis van spiritualiteit. (Nolan et al., 2012)

Hulpverleners zouden het gemakkelijker kunnen hebben om pathologische kenmerken van niet-pathologische te onderscheiden.

Verder kan een verruimde kennis van spiritualiteit met zich meebrengen dat er minder oordelen ontstaan omtrent personen in crisis, individuen minder labels worden toegekend en het bewustzijn ontstaat dat er niet noodzakelijk een handeling ondernomen dient te worden in het helingsproces van een zorgvrager in crisis. Een verruimd spiritueel bewustzijn van verpleegkundigen (en andere hulpverleners) kan met andere woorden de spirituele zorg en het 'aanwezig zijn' ten goede komen.

Op die manier zullen hulpverleners tevens meer openstaan voor spirituele ervaringen, wat volgens Bragdon van groot belang is in de zorg voor mensen die een (spirituele) crisis doormaken.

5.1.3 Tussentijdse conclusie

Spirituele zorg kan enkel geboden worden indien hulpverleners zich een onvoorwaardelijke, betrouwbare en vertrouwende houding aanmeten waarin het aanwezig zijn de belangrijkste component is. In het volgende hoofdstuk zullen er verschillende interventies besproken worden met betrekking tot spiritualiteit. Deze interventies kunnen echter enkel bestempeld worden als spirituele interventies, indien ze gebeuren vanuit een juiste betrokken aanwezigheid van de hulpverlener. Ze dienen niet opgelegd te worden aan zorgvragers, maar kunnen aangeboden worden of zorgvragers kunnen aangemoedigd worden om deel te nemen aan activiteiten doordat de interventies gekaderd worden binnen het herstelproces. Het is steeds van belang om zich te verplaatsen in de individuele (spirituele) behoeftes van de zorgvrager en om te trachten aanwezig te blijven in verbinding.

5.2 Verpleegkundige interventies

Wat volgt is een overzicht van verpleegkundige interventies met betrekking tot spiritualiteit die in de literatuur werden teruggevonden.

5.2.1 Het creëren van een veilige omgeving

De reden dat het creëren van een veilige omgeving wordt opgenomen als spirituele interventie is dat een verpleegkundige zich bewust dient te zijn van zijn rol als deel van de omgeving. Het zich aanmeten van een onvoorwaardelijke aanwezigheid is volgens Baart en Grypdonck (2008) van groot belang in het creëren van een veilige en vertrouwde omgeving.

Verder haalt Bragdon aan dat de opvang van iemand in crisis niet noodzakelijk in een gesloten afdeling van een instelling binnen de GGZ dient te gebeuren.

Er dient steeds individueel nagegaan te worden of de mogelijkheid bestaat dat de zorgvrager zoveel als mogelijk zijn autonomie behoudt en eventueel thuis kan blijven verblijven. Dit kan belangrijk zijn, aangezien zorgvragers residentiële opnames vaak vergelijken met martelpraktijken of gevangenisopnames, waarbij geneesmiddelengebruik wordt opgedrongen en er een verlies is van autonome beslissingen in het leven. (McCarthy-Jones, Marriott, Knowles, Rowse & Thompson, 2013)

Het is van groot belang dat er voldoende aanwezige peer support aanwezig is voor personen in crisis, waar ze ook verblijven. De vaak weerbarstige houding van zorgvragers ten opzichte van geneesmiddelengebruik en de bevindingen van deze bachelorproef indachtig, lijkt het aangewezen om in de acute fase niet zozeer op geneesmiddelengebruik te focussen, maar vooral op het bieden van een onvoorwaardelijke aanwezigheid.

Van zodra de meest acute fase van de crisis voorbij is, is het volgens Laugharne et al. (2011) aangewezen om de zorgvrager inspraak te geven in beslissingen (gezamenlijke besluitvorming) en autonomie te stimuleren. Dit zorgt voor meer vertrouwen in de therapeutische relatie en zou tevens een positieve invloed kunnen hebben op het stigma dat geassocieerd wordt met residentiële opname.

Indien de mogelijkheid er zich toe leent dat opname in een open afdeling mogelijk is, wordt tevens de mogelijkheid gecreëerd tot verbinding met de natuur. Vanuit de definitie die in deze bachelorproef gehanteerd wordt, blijkt dat verbinding met de natuur tot de spirituele behoeftes van een persoon behoort. Zoals Bragdon en eerder geciteerd onderzoek van Morita et al. (2007) en Chevalier, Sinatra en Oschman (2012) aangeeft, kan toegang tot de natuur (op blote voeten) helpen in het herwinnen van contact met de realiteit en helpen bij het reduceren van angst en depressieve kenmerken.

5.2.2 De spirituele anamnese

Doorgaans wordt bij opname in een residentiële setting binnen de GGZ een anamnese afgenomen. In het kader van het kennen van het verhaal van de zorgvrager om trauma te (h)erkennen kan dit van groot belang zijn.

Toch dient er opgelet te worden met het standaard afnemen van een anamnese bij opname van iemand die in een acute fase verkeert. Hier kan een mooi voorbeeld gegeven worden van wat het afstappen van protocollen volgens Baart en Grypdonck (2008) kan betekenen om tot een meer menselijke zorg te komen.

Zoals Bragdon aangeeft, kan het voor een hulpverlener heel moeilijk zijn om in contact te treden met iemand die zich in een acute fase van een crisis bevindt. Vakkundige verpleegkundigen kunnen doorgaans inschatten of en op welke manier er contact met de zorgvrager kan gemaakt worden. Zoals reeds werd aangegeven, staat het creëren van een veilige omgeving voorop in de acute fase van een crisis. Aangezien verpleegkundigen deel uitmaken van de omgeving van de zorgvrager en het afnemen van een anamnese voor gevoelens van (nog meer) verwarring of angst zou kunnen zorgen, kan het gecontraïndiceerd zijn om meteen een anamnese af te nemen.

Het zou ideaal zijn indien verpleegkundigen de ruimte zouden krijgen om hun intuïtie te gebruiken omtrent wanneer en op welke manier gegevens over de zorgvrager verkregen kunnen worden. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren indien de grootste intensiteit van de acute fase voorbij is, of indien een zorgvrager spontaan over stresservaringen of andere delen van zijn levensverhaal begint te vertellen.

Hierbij kan het van belang zijn dat de hulpverlener niet stelselmatig zijn vragen zoals vooropgesteld in een protocol naar voor brengt, maar zich probeert in te leven in de zorgvrager aan de hand van een betrokken aanwezigheid. De hulpverlener zou moeten proberen om aan te voelen waarover een zorgvrager op een bepaald moment wil praten. Zo kunnen er geleidelijk aan gegevens verzameld worden.

Bij het verzamelen van gegevens kan het tevens van belang zijn om spirituele aspecten te bevragen, aangezien het verhaal van de zorgvrager en het beluisteren van de zorgvrager volgens Bragdon van groot belang kan zijn in het (h)erkennen van traumatische of stressvolle ervaringen.

In een grote literatuurstudie naar de klinische toepassing van R/S in de GGZ kwam aan het licht dat de verpleegkundige interventie met betrekking tot spiritualiteit waar de meeste onderzoeken het over eens zijn en die tevens op zoek gaat naar de spirituele behoeftes van de zorgvrager, het afnemen van een 'spiritueel levensverhaal' of een spirituele anamnese is (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014). Ook andere onderzoeken geven het belang aan van een dergelijke anamnese (Mohr, 2011; Gonçalves et al., 2016; Banin et al., 2014).

Volgens onderzoek van Conçalves et al. (2016) wil 77,1% van de ondervraagde zorgvragers dat spiritualiteit aangehaald wordt door zorgverstrekkers. Het grootste deel van deze groep heeft het verlangen dat spiritualiteit wordt aangekaart aan de hand van individuele gesprekken betreffende hun spirituele overtuigingen.

Volgens Banin et al. (2014) wil bijna 80% van de niet-religieuze populatie dat spiritualiteit besproken wordt. Om dit te bereiken is de spirituele anamnese een goed instrument.

Deze spirituele anamnese verkent de mate van belang en de praktische implicatie van R/S in het leven van zorgvragers en hoe R/S van toepassing is op hun crisissituatie. Bij het afnemen van een spirituele anamnese is het van essentieel belang dat de hulpverlener er zich van bewust is dat R/S een multidimensionale constructie is die door zorgvragers op verschillende manieren kan worden benoemd. Deze dimensies kunnen onder meer geloofsovertuigingen, rituelen, gevoel van transcendentale verbinding, geloof in God, ethische overtuigingen, mystieke ervaringen en dergelijke meer inhouden. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Het is eveneens belangrijk om veronderstellingen die gebaseerd zijn op de context of sociale achtergrond van zorgvragers te vermijden. Zelfs in dezelfde religieuze of spirituele traditie zijn er verschillende subgroepen met diverse praktijken, interpretaties van heilige geschriften en gedragsmatige implicaties. Daarnaast maken het groeiende multiculturalisme en religieuze syncretisme³⁴ het essentieel om de eigen religieuze of spirituele geloofsovertuigingen en gebruiken van elke zorgvrager te onderzoeken. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Lucchetti, Bassi en Lucchetti (2013) publiceerden een systematische review over het gebruik van instrumenten om een spirituele anamnese af te nemen en besproken daarbij hun sterktes en zwaktes. De twee instrumenten die als beste werden beoordeeld, de 'Royal College of Psychiatrists Assessment' en de 'FICA', worden weergegeven in bijlage 1: FICA en Royal College of Psychiatrists Assessment.

FICA is een acroniem dat staat voor faith (geloof), importance (belang), community (gemeenschap) en address (op welke wijze de verpleegkundige de verkregen informatie bespreekbaar dient te maken) en kreeg de hoogste score. Het is een korte peiling die slechts vijf minuten vraagt om uit te voeren en is zinvol in een zowel algemene als psychiatrische setting wanneer er sprake is van een gebrek aan tijd.

De Royal College of Psychiatrists Assessment is de enige vragenlijst die specifiek ontwikkeld is voor de GGZ en vraagt 20 à 25 minuten om uit te voeren. Deze is zinvoller voor hulpverleners in

³⁴ Syncretisme verwijst naar het naar elkaar toegroeien van religies in een poging om ongelijke of strijdige geloven en religies met elkaar te associëren.

de GGZ aangezien ze een uitgebreidere exploratie van psychosociale gegevens weergeeft.³⁵ (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Naast het verkrijgen van gegevens draagt de spirituele anamnese ook therapeutische consequenties met zich mee, aangezien de boodschap aan zorgvragers wordt gebracht dat de hulpverlener bezorgd is om de hele persoon. Verschillende studies tonen aan dat het aankaarten van R/S van cliënten geassocieerd wordt met een verbeterde zorgvragersperceptie van de gezondheidszorgkwaliteit, die zich onder meer vertaalt in minder depressieve symptomen, een verbeterde levenskwaliteit en een verhoogd gevoel van interpersoonlijke zorgzaamheid. (Stanley et al., 2011; Williams, Meltzer, Arora, Chung & Curlin, 2011; Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Praktijkrichtlijnen

Wat volgt zijn suggesties tot praktische richtlijnen betreffende de spirituele anamnese en de integratie van R/S in de behandeling van cliënten in de GGZ die teruggevonden werden in de literatuur.

Algemene principes

Ten eerste dienen gezondheidswerkers zich bedachtzaam te zijn van enkele algemene principes bij het afnemen van een spirituele anamnese of het aankaarten van R/S zaken bij zorgvragers binnen de GGZ:

- Ethische grenzen zijn van belang. De benadering tot R/S dient zorgvragergericht te zijn, niet voorschrijvend, niet opleggend en niet bekerend tot spirituele of anti-spirituele wereldbeelden (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014).
- De benadering dient persoonsgericht te zijn. Dit impliceert waardering van de fysieke, mentale en spirituele componenten van de mens.
- De hulpverlener dient zich bewust te zijn van mogelijke tegenoverdracht. Aangezien de eigen spirituele of anti-spirituele waarden, overtuigingen en persoonlijke geschiedenis van hulpverleners tegenoverdracht kunnen opwekken en de klinische praktijk kunnen beïnvloeden (bv. het hebben van een sterke of koude reactie, R/S onderwerpen negeren of ze te hard benadrukken), is het belangrijk voor hulpverleners om hun eigen wereldbeeld en geschiedenis van R/S kwesties na te gaan. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

³⁵ Zie bijlage 1 voor een weergave van de 'FICA' en de 'Royal College of Psychiatrists Assessment'.

- Een hulpverlener dient de zorgvrager ruimdenkend te benaderen met oprechte interesse in en respect voor de geloofsovertuigingen, waarden en ervaringen van de zorgvrager. Zorgvragers vragen om hun eigen R/S traditie te delen is een goede manier om oprechte bezorgdheid omtrent de zorgvrager en diens waarden te uiten. Om culturele bekwaamheid te verbeteren is het belangrijk voor hulpverleners om bij te leren over de R/S tradities van hun cliënten. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)
- Een hulpverlener dient volgens Moreira-Almeida et al. (2014) voorzichtig om te gaan met zelfonthulling. Doorgaans is het niet passend voor een hulpverlener om zijn of haar eigen R/S standpunten te onthullen aan zorgvragers. Indien de wereldbeelden van hulpverleners en zorgvragers verschillen, kan er conflict en onenigheid ontstaan. Anderzijds is het mogelijk dat indien het R/S standpunt analoog is zorgvragers vermijden te praten over zaken die tegenstrijdig aanzien worden met het gedeelde wereldbeeld. In sommige gevallen en wanneer er naar wordt gevraagd door de zorgvrager dienen hulpverleners echter hun klinisch oordeel te gebruiken om te overwegen hun geloofsovertuigingen te delen. Dergelijk delen kan zorgvragers helpen zich meer comfortabel te voelen om hun eigen ervaringen en geloofsovertuigingen verwant aan hun traditie te delen. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Spirituele anamnese: wanneer en op welke manier?

De spirituele anamnese moet worden afgenomen op een respectvolle en fijngevoelige manier met oprechte bescheidenheid en openheid en een respectvolle nieuwsgierigheid. Het gebruik van de taal van de spirituele traditie van de zorgvrager kan helpen om respect te tonen en vertrouwen op te bouwen. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Verkenning van de R/S van de zorgvrager kan aanvangen nadat de zorgvrager aangeeft dat dit belangrijk is voor hem of haar (bv. door het gebruik van een religieus woord of voorwerp, het bijhouden van een R/S boek) of door het stellen van eerder algemene existentiële vragen zoals:

- "Wat geeft je leven betekenis?"
- "Wat zijn je bronnen van steun en kracht wanneer je worstelt met problemen?"
- "Wat helpt je om te gaan met je crisissituatie?"

Deze existentiële vragen leiden vaak tot R/S indien het een belangrijk aspect van het leven van de zorgvrager is. Wanneer de zorgvrager zichzelf niet als religieus of spiritueel beschouwt, helpen deze vragen zijn of haar wereldbeeld te verkennen. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Een andere mogelijke benadering is om een korte spirituele anamnese af te nemen bij het nagaan van de socioculturele achtergrond of de ontwikkelingsgeschiedenis van de zorgvrager. Hierbij kunnen de volgende thema's belangrijk zijn:

- Vraag over geloof en algemene R/S: "Ben je religieus, spiritueel of iemand die ergens in gelooft? Is spiritualiteit of godsdienst belangrijk in jouw leven?"
- Organisatorisch/gemeenschap: "Maak je deel uit van een R/S gemeenschap? Woon je R/S bijeenkomsten bij? Welke activiteiten? Hoe vaak?"
- Privépraktijken: "Beoefen je zelfstandig zaken als gebed of meditatie? Lees je religieuze teksten of luister/kijk je naar R/S liederen/programma's? Wanneer? Hoe vaak?"
- Invloed: "Beïnvloedt jouw R/S de manier waarop je jouw leven leidt en omgaat met je huidige probleem? Op welke manier? Sommige mensen zeggen dat R/S hen helpt om te gaan met problemen en anderen vinden dat R/S gerelateerd is aan problemen en conflicten. Op welke manier beïnvloedt R/S de manier waarop je omgaat met je huidige probleem? Op welke manier zien je geloof en religieuze gemeenschap jouw probleem en behandeling? Ondersteunen ze het, maken ze er bezwaar tegen of zijn ze neutraal?"
- Het aankaarten van andere R/S onderwerpen of noden: "Zijn er andere R/S aspecten uit jouw leven die je zou willen delen? Heb je enige andere spirituele behoefte die je belangrijk acht?" (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Deze initiële spirituele anamnese kan aan het licht brengen dat er een meer diepgaande verkenning over dit onderwerp nodig is. Gebieden die vaak verdere doorlichting vereisen zijn onder meer:

- De manier van religieuze coping en de relatie met zijn/haar God of hogere kracht (bv. samenwerkend tegenover passief tegenover zelfsturend);
- Morele zorgen aangaande bepaalde beslissingen die moeten gemaakt worden of reeds zijn gemaakt. Dit kan ook vragen doen rijzen betreffende vergiffenis (van zichzelf);
- Mogelijke bronnen van spirituele stress: negatieve religieuze coping zoals alle problemen toeschrijven aan de duivel en het gebruik van religieuze voorschriften om misbruik van vrouw en kinderen te rechtvaardigen;
- R/S hulpbronnen die de zorgvrager gebruikte/ontwikkelde gedurende zijn/haar leven, aangezien ze handig kunnen zijn om met de huidige problemen om te gaan;
- Algemene religieuze overtuigingen over God, leven na de dood of reïncarnatie zoals: "Wat zijn de meest belangrijke eigenschappen van God?" (bv. straffend tegenover welwillend, afstandelijk tegenover persoonlijk);
- Conflicten met religieuze gemeenschappen of met specifieke religieuze overtuigingen;
- Spirituele ontwikkeling: voorgaande positieve en negatieve ervaringen met betrekking tot R/S kunnen mogelijk het huidige wereldbeeld van de zorgvrager geschapen hebben. Dit kunnen traumatische of opvoedkundige ervaringen zijn met ouders, andere

familieleden, spirituele leiders en andere significante anderen. Het is nuttig vragen te stellen over de vroegere omgeving (religieuze of seculaire³⁶ tradities) waarin de zorgvrager werd grootgebracht en eveneens te concentreren op significante anderen in R/S geloofsovertuigingen of gebruiken tijdens het leven. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

Het kan moeilijk zijn om op bepaalde vragen een antwoord te bieden aangezien zorgvragers mogelijk geen kennis hebben omtrent spiritualiteit of religie. Bovenstaande interventie komt voornamelijk voort uit onderzoek uit landen waarbij spiritualiteit doorgaans heel verweven is in de cultuur. Bepaalde vragen waarbij spiritualiteit of religie wordt benoemd, zouden voor zorgvragers uit onze cultuur voor een bepaalde weerstand kunnen zorgen.

Bijgevolg is het opnieuw van belang om heel zorgvragergericht de juiste beslissing te nemen omtrent welke interventie wordt gebruikt bij en welke vraag wordt gesteld aan elke zorgvrager. Het kan goed zijn om geloofsovertuigingen te exploreren aan de hand van bovenstaand model, maar er zijn ook nog andere manieren om dit te doen.

Daarom worden in deze bachelorproef nog twee andere modellen voorgesteld die kunnen helpen om gegevens omtrent spiritualiteit te verzamelen: het diamantmodel en het pijnproces. Deze modellen leggen minder de klemtoon op het benoemen van begrippen als spiritualiteit of religie. Bovendien kunnen ze hulp bieden bij het geven van betekenis aan bepaalde ervaringen die individuen in crisis beleven of een plaats geven aan stressvolle gebeurtenissen uit het verleden.

5.2.3 Het diamantmodel

Het diamantmodel³⁷ is ontworpen door Carlo Leget. Leget is voorzitter van de vakgroep Zorgethiek in Nederland, is hoogleraar Zorgethiek en Geestelijke Begeleidingswetenschappen en is bijzonder hoogleraar Palliatieve Zorg aan de Universiteit voor Humanistiek.

Hoewel het diamantmodel oorspronkelijk ontwikkeld is als hulpmiddel in de palliatieve zorg, kan het ook zijn functie uitoefenen bij mensen die ondraaglijk psychisch lijden, wat vaak aanwezig is bij mensen met een chronische psychotische kwetsbaarheid. (Moonen, persoonlijke communicatie, 9 april 2017)

³⁶ Seculair: werelds, wereldlijk

³⁷ Een complete uitwerking van dit model behoort niet tot deze bachelorproef. Het boek 'Zingeving in zorg en welzijn' (van Leeuwen, Leget & Vosselman, 2016) is gebaseerd op dit model en wordt in Nederland reeds gebruikt in de opleiding van verpleegkundigen. Het boek heeft als doel de zingevingscompetenties van verpleegkundigen te verbeteren.

Vanuit de federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen wordt de laatste jaren nagedacht om palliatieve zorg ook in de GGZ te integreren bij mensen met een ondraaglijke psychische kwetsbaarheid. Daarbij is de notie van palliatieve zorg niet noodzakelijk gebonden aan het vooruitzicht dat deze persoon binnen afzienbare tijd zal overlijden. (Moonen, persoonlijke communicatie, 9 april 2017)

In de palliatieve zorg moet een holistische hulpverlening worden aangeboden die niet enkel inzet op therapeutische of farmacologische hardnekkigheid (de betrokken personen zijn immers vaak 'therapeutisch resistent'), maar men streeft naar een zo groot mogelijk comfort. In dat verband kan het diamantmodel zeker ook gehanteerd worden voor individuen met een psychisch lijden. In plaats van het zoveelste behandelplan uit te proberen, kan men de betrokken persoon met een psychotische kwetsbaarheid ook op een brede manier bevragen, om zo zijn spirituele comfort eventueel te verhogen. (Moonen, persoonlijke communicatie, 9 april 2017)

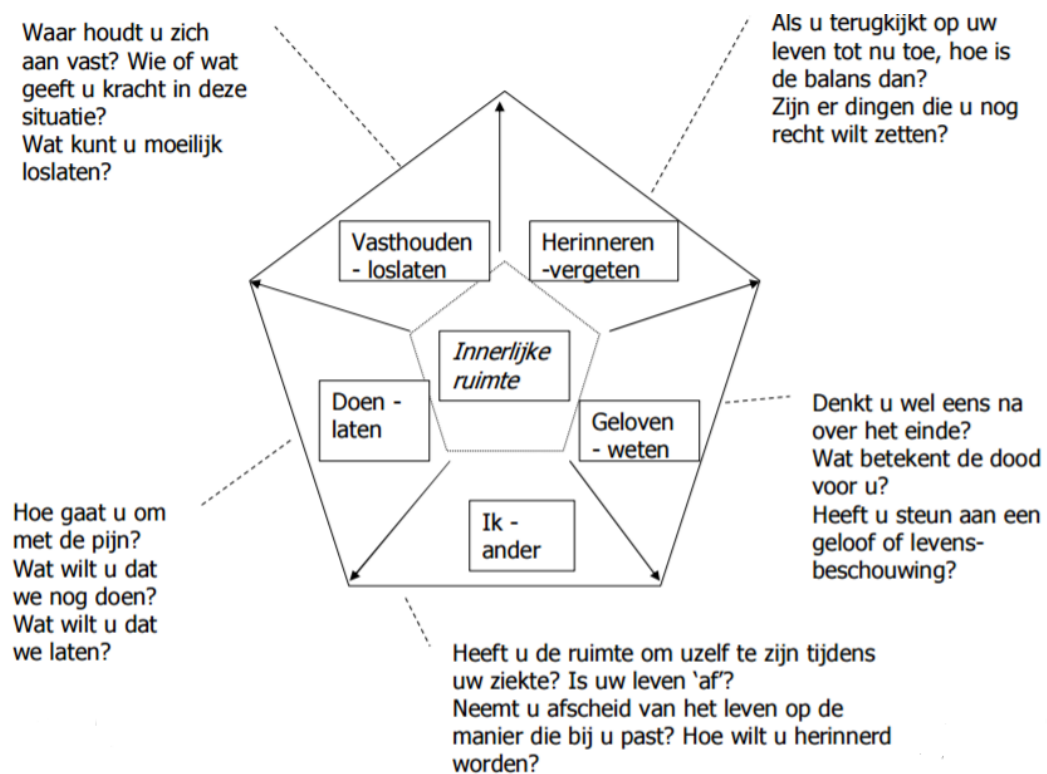
Het diamantmodel gaat voornamelijk op zoek naar de zin van bepaalde ervaringen en kan aanvullend ook gebruikt worden om gegevens van zorgvragers te verzamelen. Het kan zorgvragers helpen om bepaalde ervaringen die aanwezig zijn in een crisis een plaats te geven en kan ervoor zorgen dat individuen op die manier spirituele groei in hun leven ervaren. Het is ontworpen om met zinvragen van zorgvragers om te gaan en biedt mogelijkheden om zorgvragers te bevragen op vijf facetten. Deze vijf facetten kunnen elk gelinkt worden aan een kern: de innerlijke ruimte van een persoon. (van leeuwen, Leget & Vosselman, 2016)

De innerlijke ruimte vormt de basis van het model en is een metafoor. Elk individu heeft een innerlijke ruimte: iedereen is op een bepaalde manier bezig met zingeving en/of spiritualiteit. De vijf facetten van het diamantmodel zijn elk op zich gekoppeld aan deze innerlijke ruimte van een individu en zijn de volgende:

- Autonomie: ik en de ander;
- Handelen: doen en laten;
- Relaties: vasthouden en loslaten;
- Balans: vergeven en vergeten;
- Hoop: geloven en weten.

Ieder facet handelt over een spanningsveld tussen twee begrippen. Beide polen zijn aanwezig in het leven van elk individu. Het model gaat ervan uit dat het belangrijk is om een evenwicht of balans te vinden tussen de verschillende polen aangezien de waarheid doorgaans in het midden ligt. Indien het bijvoorbeeld gaat over het facet autonomie, is het niet aangewezen om volledig egocentrisch te leven en ook een uitsluitend altruïstische houding kan negatieve gevolgen hebben: de waarheid ligt ergens tussenin. (van leeuwen, Leget & Vosselman, 2016)

Het diamantmodel ziet er als volgt uit:



Figuur 2: Het diamantmodel (Leget, 2009)

Dit model bevreemt spirituele aspecten van de zorgvrager zonder dat er beladen begrippen als religie of spiritualiteit expliciet moeten worden benoemd.

Een mogelijke aanvulling of verandering in het aspect 'geloven - weten', aangezien het hier niet gaat over palliatieve zorg maar over zorg voor mensen met psychoseproblematiek, kan bijvoorbeeld zijn dat de vraag wordt gesteld op welke manier de zorgvrager bepaalde ervaringen interpreteert of welke betekenis hij geeft aan de ervaringen die in een crisis worden beleefd, in plaats van de vraag te stellen of de persoon wel eens nadenkt over de dood. Ook hier dient de hulpverlener beroep te doen op zijn intuïtie om aan te voelen wanneer dergelijke vragen het best kunnen gesteld worden. Zoals Bragdon aangeeft, zullen personen in crisis na de acute fase vaak zelf willen beginnen praten over de ervaringen die ze in crisis meemaakten.

Verder lijkt het aangewezen om niet de term 'ziekte', maar eerder de term 'verstoring' of 'crisis' te gebruiken.

5.2.4 Het pijnproces

Een andere manier om betekenis te geven aan stressvolle gebeurtenissen en meer gegevens te verzamelen over de zorgvrager, kan volgens Walsch (2012) gebeuren aan de hand van het

pijnproces. Uiteraard is het ook hier van belang om de zorgvrager niet te dwingen om deel te nemen aan dit proces, maar aan te voelen of een zorgvrager hier nood aan heeft en of het transformatieproces van de pijn iets voor hem kan betekenen. Dit zal dus vaak niet tijdens een acute fase van een crisis mogelijk zijn.

Walsch beschrijft dat in stressvolle ervaringen mogelijkheden verborgen zitten tot persoonlijke en spirituele groei.

Hoewel het belangrijk is voor hulpverleners om een goed ontwikkelde basiskennis en een degelijk interventiekader te hebben met betrekking tot spiritualiteit, is het volgens Walsch steeds van belang elke zorgvrager te gaan benaderen vanuit diens uniciteit.

Een spiritueel revalidatieproces doet zich voor wanneer hulpverleners een zorgvrager assisteren om de (traumatische) pijn bespreekbaar te maken, te overwinnen en te eren. Op die manier kan pijn een plaats en zelfs een functie krijgen in het leven van mensen. (Walsch, 2012)

In de context van 'het pijnproces' kan pijn gedefinieerd worden als een negatieve emotionele reactie van een individu, koppel of een gezin ten opzichte van een moeilijke en stressvolle gebeurtenis. Indien de pijn groter is dan het vermogen van de persoon om de negatieve reactie toe te laten en te verwerken, zal de persoon defensie- of copingmechanismen gebruiken om de pijn niet te moeten ervaren.

Deze copingmechanismen, die vaak worden gebruikt door mensen met emotionele pijn, zijn onder meer vermijding, afhankelijkheid en agressie. Voorbeelden van vermijdingsvormen van coping zijn volgens Bragdon dissociatie³⁸, depersonalisatie³⁹ of zich verdoven. Dergelijke verdedigingstechnieken onthouden de persoon van het bewustzijn van zijn of haar pijn en verstoren het vermogen van de persoon om de pijn te verwerken op fysiek, psychosociaal en spiritueel vlak. (Walsch, 2012)

Daarom is het dus belangrijk, indien een hulpverlener voelt dat een zorgvrager daar klaar voor is en er behoefte aan heeft, dat de hulpverlener zijn rol speelt in het pijnproces. Dit proces bestaat uit verschillende fases.

5.2.4.1 De pijn vasthouden

Mensen duwen vaak significante gebeurtenissen weg uit hun bewustzijn zodat ze geen pijn hoeven te ervaren. In het kader van een spirituele interventie refereert 'vasthouden' naar een proces van het vasthouden van de gebeurtenis zodat deze volledig kan waargenomen worden

³⁸ Dissociatie: ontkoppeling in het bewustzijn, waardoor bepaalde acties of ervaringen optreden buiten het normale bewustzijn

³⁹ Depersonalisatie: vervreemding van zichzelf of van het eigen gevoel

door de zorgvrager en de pijn of het lijden aanwezig mag zijn. Het vasthouden van het probleem houdt in dat men de kern van de pijn telkens opnieuw beleeft, maar het houdt ook zuivering in. Als een zorgvrager negatieve gevoelens vasthoudt en opnieuw beleeft, is er vaak een bevrijding van pijn waardoor het constante lijden van de zorgvrager vermindert. (Walsch, 2012)

'Vasthouden' wordt soms omschreven als empathische beschikbaarheid, of een geëngageerde aanwezigheid ten opzichte van de andere en openheid naar het lijden en het potentieel van de andere. Empathische beschikbaarheid voorziet de zorgvrager met de steun die nodig is om hem of haar te helpen of om het verhaal van de problematische ervaring te vertellen. Het empathisch vermogen van de hulpverlener laat de zorgvrager toe om die pijn en de bijkomende uitdagingen zonder zich te hoeven verdedigen opnieuw te beleven. Bij een gebrek aan het ervaren van empathie, zou de zorgvrager het bewustzijn van de emotionele pijn kunnen blijven onderdrukken. (Walsch, 2012)

Zoals Bragdon aangeeft, kan erkenning geven door te vermelden dat emotionele verstoring een menselijke reactie is op een traumatische of stressvolle gebeurtenis helpen in het toelaten van de pijn. Ook het aanhalen van eigen gelijkaardige ervaringen kunnen helpen bij het toelaten van de pijn en het erkennen dat emotionele verstoring een heel menselijk gegeven is. Hierbij dient de hulpverlener zich niet te verliezen in het vertellen van anekdotes over het eigen leven, maar enkel die zaken te vermelden waarvan hij vermoedt dat ze een helende werking kunnen hebben in het pijnproces van de zorgvrager.

5.2.4.2 De pijn beschrijven

De emotionele pijn benoemen en erover spreken is het tweede element van spirituele interventie in het pijnproces en is nuttig om twee redenen.

De eerste is dat het benoemen van het lijden de emotionele ervaring in een wereld van wederzijdse ontmoeting plaatst. Daarbij kan door de 'aanwezigheid' van de hulpverlener de relatie worden gebruikt om de zorgen van de zorgvrager te verwerken onder omstandigheden van toegenomen steun. Vertellen over emotionele ervaringen brengt pijn uit de innerlijke beleving van de zorgvrager en in de interactieve wereld van wederzijds bewustzijn, begrip en steun. (Walsch, 2012)

In plaats van de pijn te moeten oplossen, dient er in deze fase dus ruimte en erkenning gegeven te worden voor het lijden van de zorgvrager door een liefde- en begripvolle, mededogende aanwezigheid.

Een tweede reden die maakt dat de pijn beschrijven kan helpen, heeft te maken met de kracht van benoemen. Pas indien een zorgvrager de ervaren emoties kan benoemen en erover kan praten, kan hij of zij beginnen aan het proces om deze onder controle te krijgen. (Walsch, 2012)

5.2.4.3 *De pijn beheersen*

De derde fase in het pijnproces is een fase van gedragsmatig experimenteren waarbij de zorgvrager geassisteerd wordt in het vinden van unieke helingactiviteiten in het verwerken van de probleemsituatie en de beweging naar spirituele groei.

Dit gebeurt door het zoeken van nieuwe copingmechanismen wanneer pijn wordt ervaren: er wordt gepoogd agressiviteit te transformeren naar assertiviteit, vermijding naar onafhankelijkheid en afhankelijkheid naar de bekwaamheid om meer diepgaande verbindingen te ervaren.

Het beheersen van de pijn helpt de zorgvrager vrijheid te ontwikkelen in de dimensie van 'dienstbaarheid voor de wereld'. Dat wil zeggen dat dankzij het beheersen van de pijn zorgvragers groeimogelijkheden en mogelijke zingeving kunnen zien in stressvolle ervaringen die kunnen gedeeld worden met hun omgeving. Door het eigen negatieve copinggedrag om te zetten naar meer verbindende copingvaardigheden, wordt er een persoonlijke spirituele groei ervaren in het leven. (Walsch, 2012)

5.2.4.4 *De pijn eren*

In de laatste stap van het pijnproces worden de mogelijkheden en kansen tot betekenisgeving van de probleemsituatie gevierd. De mogelijkheden tot spirituele groei die in probleemsituaties schuilen worden geëerd.

Dat impliceert dat zorgvragers zich bewust kunnen worden van de mogelijkheden van zelfoverstijgend geven aan de wereld die schuilen in de probleemsituatie. Tijdens dit proces helpt de hulpverlener de zorgvrager meer zelfinzicht te krijgen en misschien manieren te vinden om bij te dragen aan het leven van anderen. Dit kan de zorgvrager helpen zijn bestaan te manifesteren in de dimensie van 'dienstbaarheid voor de wereld'. De pijn eren is het vieren van het beheersen van iemands emotionele pijn. Het is een manier om de leegte van spirituele betekenis te vullen die regelmatig optreedt als reactie op een traumatische ervaring. (Walsch, 2012)

5.2.5 Het voorzien van spirituele materialen

Na het verkrijgen van gegevens over de spirituele overtuigingen van een zorgvrager, bijvoorbeeld door het afnemen van een spirituele anamnese, is het van belang om aandacht te schenken aan de verkregen gegevens en dus de spirituele behoeftes van de zorgvrager (Lucchetti et al., 2011).

Zo kan de behoefte van zorgvragers aan toegang tot spirituele materialen zichtbaar worden (Chiang et al., 2016). Het voorzien van R/S materialen kan verschillende zaken inhouden. Zo kan

er volgens Mohr (2011) bijvoorbeeld een bibliotheek beschikbaar zijn met spirituele literatuur om te voorzien aan de behoeftes van de zorgvrager. Volgens Bragdon (2017) kan de beschikbaarheid tot gebedskralen of muziek, quotes, een foto of poëzie die spiritueel stimulerend werken een meerwaarde betekenen.

5.2.6 Het ondersteunen van religieuze en spirituele activiteiten

Volgens Walsch (2012) werd in een onderzoek onder 42 zorgvragers, onderverdeeld in religieuze zorgvragers en een controlegroep, aangetoond dat persoonlijk gebed belangrijk werd gevonden door meer dan de helft van de respondenten. Een ander recent onderzoek dat plaatsvond onder 235 zorgvragers toont dat gebed een belangrijke holistische helingpraktijk is om het gevoel van mentale gezondheid te verbeteren. (Walsch, 2012)

Ook Mohr (2011) en McCarthy-Jones et al. (2013) geven aan dat vormen van gebed als helpend ervaren kunnen worden in het herwinnen van de consensuele realiteit en het hervinden van het zelf voor mensen met psychoseproblematiek.

Hulpverleners dienen dus de nodige ruimte te creëren om gebed te kunnen laten doorgaan.

Hulpverleners dienen zich hierbij bewust te zijn dat het mogelijk is dat gebed plots een plaats inneemt in het leven van betrokkenen terwijl dat voor de crisis niet het geval was. Dit kan te maken hebben met het feit dat er een betekenis gegeven wordt aan verhoogde staten van bewustzijn indien er in de crisis ook sprake is van mystieke ervaringen.

Op dit vlak is het zoals reeds vermeld noodzakelijk onderscheid te maken tussen niet-pathologische spirituele ervaringen en pathologische beelden. Hierbij kan het beroep doen op spirituele raadgevers van belang zijn.

5.2.7 Samenwerken met en doorverwijzen naar spirituele raadgevers

Zoals Bragdon aangeeft is het bij mensen in crisis van belang onderscheid te maken tussen spirituele ervaringen en pathologische beelden. Hierbij is het volgens haar van belang dat er in het behandelend team minstens iemand aanwezig is die voldoende kennis heeft omtrent spiritualiteit en spirituele crisissen.

Zoals reeds vermeld kan een mogelijke (gedeeltelijke) oplossing voor dit probleem zijn dat er meer aandacht gegeven wordt in de opleiding aan hulpverleners omtrent spiritualiteit, spirituele ervaringen en spirituele crisissen. Indien hulpverleners opgeleid worden omtrent niet-pathologische spirituele kwesties kan er gemakkelijker onderscheid gemaakt worden en eventueel doorverwezen worden naar spirituele raadgevers.

Volgens Bragdon kan de mogelijkheid tot contact met een sjamaan of met 'medical intuitives' een meerwaarde betekenen in de zorg voor mensen in spirituele crisis. Dit valt samen met de bevindingen die Nortje, Oladeji, Gureje en Seedat in 2016 in hun systematische review maakten. Zij concludeerden dat voor zorgvragers die culturele en spirituele geloofsovertuigingen hebben die niet in lijn zijn met deze van de conventionele GGZ (dus ook voor veel zorgvragers met psychoseproblematiek) er een mogelijkheid bestaat tot meer holistische zorg en potentiële synergieën⁴⁰ indien er een samenwerking bestaat tussen de conventionele GGZ en traditionele helers.

Op dit gebied is er volgens Griffith, Myers en Compton (2016) wereldwijd een dringende nood aan het onderzoek om te leren over de huidige kennis, overtuigingen en praktijken betreffende personen met psychotische aandoeningen volgens spirituele leiders, spirituele helers en verschillende R/S gemeenschappen.

Indien er geen sjamaan of 'medical intuitives' beschikbaar zijn, kan er volgens Bragdon ook beroep gedaan worden op peer support door ervaringsdeskundigen. Personen die zelf een spirituele crisis meegemaakt hebben, kunnen vaak een belangrijke schakel zijn in het (h)erkennen van de crisis door hun ervaringen te delen. Op die manier kunnen ook zij spirituele raadgevers zijn.

Deze bevinding vertoont samenhang met de resultaten van Brett, Heriot-Maitland, McGuire en Peters uit 2013. Volgens hen is één van de grootste beschermende factoren tegen nieuwe stresservaringen dat individuen een geschikte context kunnen creëren of krijgen waarbinnen ze een betekenis kunnen geven aan hun ervaringen. Door steun van mensen met gelijkaardige ervaringen bestaat de mogelijkheid dat hun belevingen als cultureel en sociaal aanvaard bestempeld worden.

Volgens Brett et al. impliceert dat voor de GGZ dat toegang tot een normaliserende en validerende context voorzien of vergemakkelijkt dient te worden, zodat atypische ervaringen aanvaard, begrepen en gedeeld kunnen worden. Hulpverleners binnen de GGZ zouden moeten kunnen doorverwijzen naar spirituele netwerken en organisaties om mensen een beschermende spirituele context te bieden. Ook zou er toegang moeten zijn tot modellen die psychotische ervaringen beschouwen als een transformatieve crisis met een betekenis en een doel. (Brett, Heriot-Maitland, McGuire & Peters, 2013)

Volgens dit onderzoek loopt Vlaanderen in vergelijking met Nederland achterop in de beschikbaarheid van effectieve peer support voor mensen in spirituele crisis. In Nederland wordt de spirituele crisis reeds erkend door verschillende organisaties.

⁴⁰ Samenwerkingsvoordeel

Zo bestaat de Vereniging voor Transpersoonlijke Psychiatrie, die studiedagen, werkgroepen en dialoogbijeenkomsten organiseert voor (potentiële) leden. (Vereniging voor Transpersoonlijke psychiatrie, z.d.)

Verder biedt het Spiritual Emergence Network op zijn website onder meer informatie over spirituele crisissen, therapeuten die kunnen assisteren bij spirituele crisissen en zelfhulpinformatie. (Spiritual Emergence Network Nederland, z.d.)

Ook bestaat de organisatie Soteria Nederland, die werkt aan een gelijkaardig Soteria project zoals beschreven wordt in deze bachelorproef. Soteria Nederland heeft als doel een holistische crisisopvang te bieden voor mensen met psychoseproblematiek en gaat onder meer uit van het standpunt dat een psychose een levenscrisis bevat en geen biologische aandoening is. (Soteria Nederland, z.d.)

Aangezien de verbinding tussen individuen in crisis en ervaringsdeskundigen een enorme meerwaarde kan betekenen in het verwezenlijken van hoop en een positieve uitkomst, lijkt het aangewezen dat de GGZ een inspanning levert om mensen die een positieve uitkomst van een crisis kenden in te schakelen in het herstelproces. De kans bestaat dat individuen die een positieve uitkomst kenden van hun crisis wensen om hun ervaringen te delen, aangezien dat meer zin kan geven aan hun leven.

Verder kan het volgens Mohr (2011) een onderdeel van spirituele zorg zijn om door te verwijzen naar de kapelaan of pastor bij spirituele kwesties.

5.2.8 Psycho-educatie

Na de acute fase kunnen hulpverleners volgens Bragdon steun bieden door te erkennen dat een individu zich in een crisis bevindt, maar dat dit een normaal en natuurlijk proces is. Volgens haar kan er indien de zorgvrager daar voor openstaat op het juiste moment aan aangegeven worden dat de crisis waarschijnlijk een stressvolle of traumatische gebeurtenis als oorzaak heeft en kan er informatie verschaft worden over hoe er naar het einde van een crisis kan worden toegewerkt.

Indien een zorgvrager daarvoor openstaat, kan er eveneens informatie geboden worden over hoe een zorgvrager positieve spirituele copingvaardigheden kan ontwikkelen.

Volgens onderzoek van Gonçalves et al. (2016) overweegt een belangrijk aantal zorgvragers (43%) niet dat persoonlijke overtuigingen of religie hun gezondheidstoestand beïnvloedt. Het kan belangrijk zijn voor zorgvragers om hen bewust te maken van het feit dat onderzoek het tegendeel bewijst.

Het is namelijk zo dat spiritualiteit in het algemeen zorgvragers met psychoseproblematiek op een goede manier beïnvloedt. De belangrijkste voordelen van spiritualiteit onder zorgvragers

met een positief gebruik van spiritualiteit voorspelden minder negatieve symptomen, een grotere levenskwaliteit, significante vermindering van depressieve en angstsymptomen, een verbeterd algemeen welzijn en een beter sociaal functioneren na drie jaar opvolging. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Shah et al., 2011; Rosmarin, Bigda-Peyton, Öngur, Pargament & Björgvinsson, 2013)

Positieve spirituele coping verwijst naar de manieren waarop spiritualiteit gebruikt wordt om iemands ervaring van negatieve stress te reduceren en het aanpassingsvermogen te verbeteren. (Rosmarin, Alper & Pargament, 2016)

Daarom kan het belangrijk zijn om zorgvragers positieve manieren van spirituele coping bij te brengen zoals (Grover, Davuluri & Chakrabarti, 2014):

- Spirituele zuivering of vergiffenis;
- Steun zoeken bij geestelijken of spirituele raadgevers;
- Spirituele coping vanuit samenwerking;
- Actieve spirituele overgave;
- Spirituele verbinding;
- Het aanduiden van spirituele grenzen;
- Zachtaardige spirituele opwaardering;
- Spirituele bekering.

Toch kan negatieve spirituele coping (bijvoorbeeld conflicten met God of de religieuze gemeenschap of ziekte als een straf van God beschouwen) en intrinsieke religiositeit (dit wil zeggen religie als centraal staand in iemands leven) ook uitmonden in het ervaren van een slechtere levenskwaliteit, meer angst- en depressieve symptomen en een grotere incidentie van suïcidaliteit. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Shah et al., 2011; Bigda-Peyton, Öngur, Pargament & Björgvinsson, 2013; Rosmarin, Alper & Pargament, 2016)

Negatieve spirituele copingvaardigheden zijn volgens Grover et al. onder meer:

- Spirituele ontevredenheid;
- Demonische opwaardering;
- Passief spiritueel uitstel;
- Interpersoonlijke spirituele ontevredenheid;
- Gods krachten opwaarderen;
- God beschouwen als iemand die straft;
- Een onmiddellijke tussenkomst van God verwachten.

Verder zijn er volgens Grover et al. enkele spirituele copingvaardigheden met gemengde implicaties:

- Spirituele rituelen als antwoord op een crisis;
- Geen spirituele gids(en) hebben, maar zelf je leven leiden;
- Enkel op spirituele copingvaardigheden vertrouwen en deze aanbevelen.

Deze bevindingen tonen de nood aan voor een meer verfijnd begrip van de wisselwerking tussen R/S en geestelijke gezondheid en benadrukken de nood aan voorzichtige exploratie van R/S bij patiënten. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014)

5.2.9 Assisteren in het vormen van gezonde relaties met significante anderen

Zoals reeds aangegeven kan open dialoog hulp bieden in het versterken van relaties met significante anderen. Gordon et al. (2016) concluderen dat dit Finse model succesvol geïmplementeerd kan worden in de (Amerikaanse) gezondheidszorg.

Indien dialoog met significante anderen niet mogelijk is, kunnen familieopstellingen een antwoord bieden op het versterken van relaties met significante anderen. Volgens Hunger, Bornhäuser, Link, Schweitzer en Weinhold (2013) tonen de resultaten van hun onderzoek aan dat familieopstellingen een verbeterde beleving van het persoonlijke sociale netwerk van een zorgvrager teweegbrengen. Familieopstellingen tonen verschillende positieve resultaten zoals verbeteringen in autonomie, in vrede zijn met de zaken zoals ze zijn en optimisme omtrent moeilijke zaken in de toekomst. (Hunger et al., 2013)

De rol van de verpleegkundige op vlak van open dialoog en familieopstellingen kan bestaan uit het doorverwijzen naar deze wetenschappelijk bewezen therapievormen.

Verder kan de verpleegkundige een belangrijke rol spelen in familiale psycho-educatie. Familiale psycho-educatie is volgens Griffith, Myers en Compton (2016) een goed gevalideerd model om de ernst van psychotische episodes te beschrijven en zou informatie kunnen bieden over hoe spirituele organisaties voorzien in activiteiten, sociale vergaderingen en netwerken voor personen met psychotische stoornissen. Meer onderzoek hieromtrent is volgens hen noodzakelijk. (Griffith, Myers & Compton, 2016)

Vanuit de eerdere bevindingen van deze bachelorproef kan worden gesteld dat verpleegkundigen psycho-educatie kunnen geven aan significante anderen over de crisis waarin een betrokkene verkeert. Gezien het creëren van een veilige omgeving primeert in de opvang van mensen in crisis, lijkt het aangewezen dat verpleegkundigen significante anderen aanmoedigen om hun rol te spelen in het herstelproces van de zorgvrager. Belangrijk hierbij is

volgens Bragdon dat de significante andere geen rol speelde in de stresservaring die een crisis veroorzaakte en dat de significante andere een bron van vertrouwen kan zijn voor de zorgvrager.

5.2.10 Assisteren bij therapieën

Hoewel het geven van therapieën doorgaans door andere hulpverleners dan verpleegkundigen gebeurt, leert de ervaring in het werkveld dat verpleegkundigen soms assisteren bij therapieën, voornamelijk na de acute fase van een crisis. Hierbij zijn er verschillende therapievormen die hun nut op spiritueel vlak wetenschappelijk bewezen hebben.

5.2.10.1 Mindfulness

Verpleegkundigen zouden kunnen assisteren bij het beoefenen van mindfulnesstechnieken indien zij hiervoor een bijkomende opleiding gevolgd hebben. (De Geyter, persoonlijke communicatie, 2017)

Volgens Maxwell en Duff (2016) kan mindfulness worden aangeleerd aan de hand van verschillende praktijken, waaronder meditatie, lichaamsherkenning en yoga.

Mindfulness meditatie is meer dan enkel bewustzijn van een zintuiglijke perceptie of een gedachte. Deze vorm van meditatie bevordert eveneens de ontheffing van enige gedachte van zelfbestraffing, misvattingen of kwaadheid, wat uiteindelijk kan leiden tot inzichten en barmhartigheid. Dit laatste houdt in dat er een verandering optreedt van automatisch focussen op zichzelf en het oordelen over en categoriseren van mensen naar een gevoel van verbondenheid met alles. (Maxwell & Duff, 2016)

Sommige zorgvragers die gediagnosticeerd werden met een psychotische stoornis rapporteren dat meditatie als helpend ervaren wordt in het herwinnen van de consensuele realiteit en het hervinden van het zelf. (McCarthy-Jones, Marriott, Knowles, Rowse & Thompson, 2013)

Aangezien het onderzoek van Dyga en Stupak (2015) aantoont dat meditatie een psychotische opstoot kan opwekken, maar dat op mindfulness gebaseerde interventies eveneens een belangrijke klinische rol kunnen spelen in de verlichting van symptomen tijdens psychotische episodes, lijkt het belangrijk de aanbevelingen van Bragdon niet in de wind te slaan.

Zij geeft aan dat een korte meditatie van vijf à tien minuten kalmerend kan werken, maar dat langere meditaties gevaren met zich kunnen meebrengen.

Het beoefenen van yoga lijkt volgens onderzoek voordelen te hebben voor mensen die gediagnosticeerd zijn met schizofrenie (Vancampfort et al., 2012; Varambally & Gangadhar,

2012) en voor personen die een eerste psychotische episode meemaken (Lin et al., 2015). Bij het praktiseren van yoga raadt Bragdon eenvoudige oefeningen aan.

Aangezien ademhalingstechnieken volgens Brown, Gerbarg en Muench (2013) positieve effecten kunnen hebben op onder meer depressieve kenmerken, angst en stress, kunnen deze in therapie aangeleerd worden. Trage en zachte ademhalingsoefeningen zijn volgens hen veilig voor iedereen. Bragdon raadt hierbij buikademhalingen aan.

5.2.10.2 Beeldende therapie

Zoals Bragdon aangeeft, kan het zich kunstzinnig uiten hulp bieden bij individuen met psychoseproblematiek. Deze stelling wordt bevestigd door het onderzoek van Hanevik et al. (2013).

Beeldende therapie, in de vorm van onder meer het werken met klei of het maken van schilderijen, blijkt volgens hen een grote meerwaarde te bieden voor mensen die een psychotische episode doormaken. Twee van vijf zorgvragers die aan de hand van beeldende therapie hun psychotische episode exploreerden, rapporteren dat ze aan de hand van de therapie een betekenis konden vinden achter hun psychotische episode. Alle vijf deelnemers aan het onderzoek beschreven dat kunsttherapie helpend was om met hun psychose om te gaan. Wat uit het onderzoek naar boven komt, is dat voornamelijk existentiële en spirituele kwesties het onderwerp werden van kunstwerken, waardoor deze besproken konden worden. (Hanevik et al., 2013)

5.2.10.3 Spirituele zang- en muziekgroepen

Mohr (2011) beschrijft dat spirituele zang- en muziekgroepen deel kunnen uitmaken van de spirituele behandeling van personen die gediagnosticeerd zijn met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Ook Vaillant (2013) benadrukt dat het zingen van psalmen of lofzangen een ereplaats kan bieden aan positieve emoties als eerbied, liefde/gehechtheid, vertrouwen/geloof, mededogen, dankbaarheid, vergiffenis, vreugde en hoop. Het meer focussen op dergelijke emoties zou volgens hem een positieve invloed hebben in het herstelproces.

Vaillant beweert dat spiritualiteit niet gaat over ideeën, heilige geschriften en theologie, maar eerder over emoties en sociale verbinding. Bepaalde religies zijn vaak een poort waardoor deze positieve emoties in bewuste aandacht worden gebracht. Volgens Vaillant worden in de GGZ emoties als vreugde en dankbaarheid te weinig benadrukt en ligt de nadruk volgens hem te veel op de negatieve ervaringen van de zorgvrager.

5.2.10.4 Groepsgesprekken met als onderwerp spiritualiteit

Bragdon geeft aan dat het bediscussiëren van boeken en nieuwe perspectieven aangaande 'spirituele crisis' een hulpbron kan zijn in de betekenisgeving aan bepaalde ervaringen.

Het delen van ervaringen met andere zorgvragers zorgt ook volgens Mohr (2011) voor een verminderd gevoel van isolatie en biedt onschatbare sociale steun die bovendien herstel bevordert.

Mohr (2011) en Walsch (2012) halen verschillende voorbeelden aan van hoe groepsgesprekken over spiritualiteit een positieve invloed kunnen hebben op de beleving van zorgvragers.

Zo haalt Mohr het voorbeeld aan van Nancy Kehoe die zowel psychologe als non is. Samen met een hulpverlener leidde ze open groepen waarin discussie over spirituele kwesties voor zowel residentiële als poliklinische zorgvragers gediagnosticeerd met ernstige psychiatrische aandoeningen mogelijk was. Ze leidde dergelijke groepen 25 jaar.

De groep bood ruimte aan zorgvragers om te delen op welke manier hun geloof en de beoefening daarvan helpt of hindert bij het copen met de psychiatrische stoornis. Deelname aan de groep was vrijblijvend. De groep was open voor iedereen, ongeacht de diagnose of religieuze achtergrond.

Zorgvragers dienden de groepsregels aangaande verdraagzaamheid ten opzichte van diversiteit, respect en het verbod op het trachten te bekeren te accepteren. Ongeveer een derde van de zorgvragers koos ervoor om deel te nemen aan het wekelijkse groepsgesprek. De groep bevorderde verdraagzaamheid, de aanvaarding van het standpunt van anderen, zelfbewustzijn en doordacht onderzoek van overtuigingen, mogelijkheden om spiritualiteit toe te passen en de waarde van levensvragen.

In eerste instantie genereerde het idee om een dergelijke groep te organiseren angst en twijfel onder hulpverleners. Het langetermijnsucces van de groep bevorderde echter de aanvaarding van het personeel. Meer dan honderd zorgvragers hebben de groep bijgewoond zonder dat er toename van wanen werd gerapporteerd. (Mohr, 2011)

Mohr (2011) en Walsch (2012) halen nog verschillende andere voorbeelden aan van spirituele groepstherapieën die zich op ernstige psychiatrische aandoeningen of schizofrenie richten. Geen enkele van deze spirituele groepen zorgden voor een toename van de psychotische symptomen, zelfs niet bij zorgvragers die wanen en hallucinaties met religieuze inhoud vertoonden. Deze resultaten zijn belangrijk, aangezien volgens Mohr de angst van hulpverleners voor toename van psychotische symptomen bij zorgvragers aan de basis ligt van het niet integreren van R/S in psychiatrische diensten.

Mohr (2011) concludeert dat opleiding aangaande R/S een noodzakelijk goed is voor hulpverleners. Niet-religieuze hulpverleners presteren even goed als religieuze hulpverleners indien een opleiding beschikbaar is. Bovendien brengt implementatie van R/S belangrijke waarden van mededogen en openheid in de zorgverlening.

De resultaten van deze bachelorproef indachtig lijkt het aangewezen om onderzoek te doen naar de implementatie van peer support van ervaringsdeskundigen in dergelijke groepsgesprekken.

5.3 Opleiding

Zoals al uitvoerig werd aangehaald, blijkt opleiding voor hulpverleners met betrekking tot spiritualiteit van groot belang. Samenvattend worden hier nog eens de redenen weergegeven waarom opleiding met betrekking tot spiritualiteit een enorme meerwaarde kan betekenen voor hulpverleners in de GGZ:

- Spirituele problemen en psychopathologie kunnen gemakkelijker van elkaar onderscheiden worden;
- Er kan meer gefocust worden op het belang van een onvoorwaardelijke 'aanwezigheid';
- Mogelijk zal er minder weerstand ontstaan omtrent spirituele ervaringen en problemen, waardoor oordelen geminimaliseerd worden;
- Mogelijk verbetert de eigen spirituele gezondheid van hulpverleners dankzij opleiding met betrekking tot spiritualiteit;
- Er ontstaat een mogelijkheid tot meer holistische zorg;
- De religiekloof zou kunnen verkleinen. Dit houdt in dat zorgverleners in de GGZ minder gelovig/spiritueel zijn dan algemene klinische populaties;
- De erkenning dat spirituele problemen verweven zijn met psychiatrische aandoeningen zou het stigma dat geassocieerd wordt met de GGZ kunnen verkleinen.

Verschillende studies benadrukken het belang van opleiding met betrekking tot spiritualiteit voor verpleegkundigen (en andere hulpverleners) in de GGZ.

Zo concluderen Gonçalves et al. (2016) dat opleiding in spiritualiteit de moeilijkheden zou overwinnen die te maken hebben met spirituele kwesties door hulpverleners voor te bereiden deze aan te kaarten.

Na het krijgen van specifieke opleiding voelden de meeste respondenten van hun onderzoek zich comfortabel om spirituele zorg uit te voeren. Tevens rapporteerden ze positieve indrukken aangaande de aanvaarding van zorgvragers van gesprekken met betrekking tot spiritualiteit.

Nadat de respondenten opleiding hadden gekregen over spiritualiteit, ervoeren zorgvragers dat de hulpverleners hun spiritualiteit oprecht bevroegden. Het belang van niet enkel theoretische, maar eveneens praktische opleiding omtrent het afnemen van een spirituele anamnese wordt in deze studie benadrukt, aangezien zorgvragers aangeven dat het (zelf)vertrouwen van hulpverleners en de wijze waarop iemand voorbereid lijkt van belang zijn bij het antwoorden op vragen aangaande spiritualiteit. (Gonçalves et al., 2016)

Ook het onderzoek van Ledger en Bowler (2013) toont aan dat opleidingen over spiritualiteit van belang zijn voor verpleegkundigen (in de GGZ). Na een opleiding gaven verpleegkundigen aan dat ze meer vertrouwen hadden om zorg te bieden aan mensen met spirituele behoeftes,

betere zorgplannen op dit vlak konden uittekenen, voldoende kennis hadden aangaande spirituele behoeftes en wisten waar ze begeleiding op dit gebied konden vinden.

Volgens Bassett en Baker (2015) dient de opleiding voor verpleegkundigen in de GGZ eveneens een antwoord te bieden aan de 'normatieve onzekerheid'. Volgens hun onderzoek krijgen deze verpleegkundigen geen opleiding met betrekking tot het maken van onderscheid tussen religieuze en/of spirituele handelingen en ervaringen of psychopathologische symptomen. De studenten uit het onderzoek geven aan dat ze worstelen met verschillende onderwerpen, zoals het verschil tussen een spirituele overtuiging en een waan en tussen een spirituele ervaring of een hallucinatie en op welke manier specifieke R/S kennis kan worden toegepast.

In het artikel van Bassett et al. wordt bijvoorbeeld aangehaald dat het gebrek aan kennis omtrent spirituele ervaringen in bepaalde culturen, in onze cultuur leidt tot het pathologiseren van een bepaalde beleving, terwijl een dergelijke ervaring voor een persoon als heel normaal kan worden beschouwd. Bassett et al. benadrukken dan ook het klinische belang dat de opleiding voor studenten verpleegkunde in de GGZ het domein van R/S ervaringen in verschillende culturen zou moeten implementeren. Verder zouden de studenten moeten worden aangemoedigd om verschillende bronnen en spirituele leiders in hun omgeving te gebruiken om na te denken over hoe er kennis kan worden verworven over ongekende gebieden. Ook reeds werkzame verpleegkundigen zouden hierover moeten bijscholen. (Bassett & Baker, 2015).

Het onderzoek van Timmins, Neill, Murphy, Begley en Sheaf uit 2015 toont een consensus in het feit dat verpleegkundigen opleiding dienen te krijgen om spirituele zorg te kunnen verlenen. Volgens hun onderzoek is het echter onduidelijk welke specifieke opleidingsinhoud de verpleegkundige voorbereidt voor dit belangrijk aspect of welke verpleegkundige tekstboeken bijdragen aan dit onderwerp. Verpleegkundigen hebben behoefte aan de geschikte kennis en vaardigheden om zorgvragers bij te staan in het identificeren van spirituele behoeftes en het verzekeren van doeltreffende steun. Timmins et al. concluderen dat fundamentele verpleegkundige tekstboeken op dit vlak hun verantwoordelijkheid dienen te nemen.

6 Ontrafeling van een maatschappelijk probleem

"The notion that science and spirituality are somehow mutually exclusive does a disservice to both." - Carl Sagan

Het niet toepassen van spirituele zorg is in oorsprong een maatschappelijk probleem. De huidige Westerse samenleving is voornamelijk gebaseerd op wetenschap, die aan de hand van logische besluitvorming alles wat zich manifesteert, probeert te verklaren. In deze wetenschap werd de spirituele dimensie jarenlang genegeerd door de invloed van auteurs en ideologen die religiositeit en spiritualiteit ontkenden of pathologiseerden. Er was gedurende vele jaren sprake van institutionele rivaliteit tussen geneeskunde en religie aangezien beiden omgaan met menselijk lijden. Spiritualiteit werd met andere woorden geweerd uit elke mogelijke vorm van wetenschappelijk geneeskundig onderzoek, terwijl religieuze organisaties het belang van wetenschappelijk onderzoek ontkenden. (de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchietti, 2011; Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Pargament & Lomax, 2013; Cook, Breckon, Jay, Renwick & Walker, 2012)

De wetenschap heeft zijn voordelen ten opzichte van gezondheidszorg op vele vlakken reeds bewezen. Toch zijn er vele tekortkomingen, zeker op het vlak van psychoseproblematiek. Zo is het opvallend dat ondanks meer dan 100 jaar wetenschappelijk onderzoek om schizofrenie en andere psychotische stoornissen beter te begrijpen, er nauwelijks vooruitgang werd geboekt op dit domein. (Heckers et al., 2013)

Buiten de niet-implementatie van spiritualiteit in wetenschappelijk onderzoek, is het volgens Deacon (2013) ook belangrijk om te weten dat evidence based psychosociale theorieën en behandelingen naar de achtergrond verzeild raakten, terwijl biologische theorieën van mentale verstoring en het gebruik van nieuwe generatie psychotrope medicijnen een grotere status verkregen.

Behandelingstrends, prioriteiten ten opzichte van onderzoeksfinanciering, publieke educatiecampagnes, het taalgebruik dat wordt gehanteerd om psychiatrische diagnoses te beschrijven en de methodologie die werd gehanteerd om onderzoek naar psychotherapie te doen, keurden de bio-medische visie op mentale verstoring goed en hielden het bio-medisch model de voorbije decennia volgens Deacon in stand.

Volgens hem heeft een krachtige mengeling van ideologische, politieke en economische krachten het biomedische paradigma gevoed, waardoor dit model zijn hegemonie kon behouden ondanks verschillende pseudowetenschappelijke beweringen en onvervulde beloftes.

Daarom lijkt het vanzelfsprekend dat de wetenschap waarop deze samenleving zich baseert zijn verantwoordelijkheid neemt en onderzoek verricht dat zowel de spirituele dimensie als psychosociale theorieën van geestelijke verstoring implementeert.

7 De spirituele dimensie wordt niet langer genegeerd

Door de implementatie van de spirituele dimensie wordt er ruimte gemaakt voor de spirituele behoeftes die vandaag in de GGZ vaak worden genegeerd. Om de genegeerde spirituele behoeftes van zorgvragers in de hedendaagse GGZ weer te geven, wordt een beroep gedaan op het onderzoek van McCarthy-Jones et al. (2013).

Zij publiceerden als eersten een meta-synthese die weergeeft hoe een psychose wordt ervaren door zorgvragers zelf om zo tot een conceptualisatie van psychose te komen die meer evidence based is dan de categorisering via de DSM. Enkele belangrijke aspecten waar in de huidige GGZ weinig tot geen aandacht aan wordt gegeven kwamen aan het licht:

- Zorgvragers geven zelf vaak een niet-medische verklaring aan hun ervaringen;
- Zij hebben het gevoel dat ze worden bestempeld als 'ziekte-inzicht ontbrekend', terwijl zij net het gevoel hebben dat zij niet worden begrepen;
- Daardoor is de stap naar de GGZ vaak heel moeilijk: residentiële opnames worden door zorgvragers vaak vergeleken met martelpraktijken of gevangenisopnames, waarbij geneesmiddelengebruik wordt opgedrongen en er een verlies is van autonome beslissingen in het leven. Het ervaren van een focus op symptomen en medicatie leidt tot een groot verlies aan zelfwaarde;
- Diagnoses worden eveneens geassocieerd met een verandering in identiteit, zoals een 'ontmenselijkende en devaluerende transformatie van het zijn van een persoon naar het zijn van een ziekte naar het zijn van een 'schizofreen';
- Bovendien dient een zorgvrager zichzelf eerst als ziek te beschouwen, vooraleer hij de stap richting GGZ durft te zetten. Het 'zichzelf als ziek bestempelen' leidt tot een daling van de zelfwaarde. Indien deze erkenning niet gebeurt kan dit leiden tot een gedwongen opname, wat ook heel wat psychologische en sociale gevolgen met zich kan meebrengen;
- Doordat opnames vaak als negatief worden ervaren, worden gevoelens van angst die aanwezig zijn door de psychotische problematiek in stand gehouden of nog versterkt;
- Het geneesmiddelengebruik zorgt vaak voor een verlies van hoop en een daling van de zelfwaarde: zorgvragers rapporteren dat medicijnen hun identiteit veranderen en dat er heel vaak sprake is van bijwerkingen als gewichtstoename en/of seksuele disfunctie;
- Het verlies van autonome beslissingen en de geheimzinnigheid die gepaard gaat met de beslissingen die genomen worden in de plaats van zorgvragers wordt eveneens gerapporteerd als een oorzaak van daling van de zelfwaarde;
- Vaak wordt zorgvragers afgeraden om geslachtsgemeenschap te hebben met voortplanting als functie, uit vrees dat de betrokkene niet voor zijn kind(eren) zal kunnen zorgen. Zorgvragers hebben hier achteraf vaak spijt van;

- Indien zorgvragers al kinderen hebben, worden zij vaak van elkaar gescheiden. Dit zorgt eveneens voor een verlies aan zelfwaarde en voor het verlies aan hoop op een rendabele toekomst;
- (Significante) relaties en werk gaan vaak verloren. Zorgvragers rapporteren dat zij moeilijk aan nieuw werk raken en dat het herwinnen van relaties moeilijk gaat door het stigma dat psychotische aandoeningen met zich meebrengen.

Deze gegevens maskeren spirituele behoeftes van verbinding met het zelf en (significante) anderen, het hebben van een doel in het leven en zin en betekenis kunnen geven aan de realiteit zoals deze wordt ervaren. Het lijkt namelijk zo dat het bestaande gezondheidsmodel geen antwoord biedt aan het geven van betekenis aan bepaalde atypische ervaringen door deze te beschouwen als deel uitmakend van een ziekte. Zorgvragers hebben hier echter vaak een eigen visie op, waardoor het gezondheidsmodel dat vaak gebaseerd is op medicatiegebruik, hun behoefte aan verklaringen voor hun ervaringen niet beantwoordt. Indien er sprake is van spirituele zorg moet er met andere woorden aan deze gemaskeerde spirituele behoeftes voldaan worden.

De visie die in deze bachelorproef gegeven wordt, probeert een antwoord te bieden aan de verdoken spirituele behoeftes van de zorgvrager door meer aandacht te geven aan het relationele aspect van herstel en door meer zorgvragergerichte zorg aan te bieden die opnieuw zin kan geven aan mensen die gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis.

Verder kan volgens Moreira-Almeida et al. (2011) de erkenning door artsen en de algemene bevolking dat psychotische ervaringen behoren tot algemene menselijke ervaringen bijdragen aan de devaluatie van het stigma dat geassocieerd is met psychotische stoornissen.

Deze destigmatisering kan een positieve wisselwerking als gevolg hebben doordat het voor zorgvragers makkelijker wordt (significante) relaties te behouden of te herwinnen en heeft mogelijk ook positieve gevolgen op gebied van behoud of het vinden van werk.

Discussie

Zoals blijkt uit de probleemstelling zijn spiritualiteit en geestelijke gezondheid nauw aan elkaar verbonden. In het algemeen heeft spiritualiteit volgens onderzoek een gunstige invloed op psychotische stoornissen, doordat zorgvragers die zich identificeren met spiritualiteit een lagere incidentie van symptomen van angst, depressie, suïcidaliteit, stress, negatieve symptomen en een beter sociaal functioneren en algemeen welzijn vertonen. (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Shah et al., 2011; Rosmarin, Bigda-Peyton, Öngur, Pargament & Björgvinsson, 2013)

Ondanks de doorgaans positieve invloed van spiritualiteit op psychotische stoornissen en het feit dat spirituele zorg behoort tot het takenpakket van de verpleegkundige, blijkt dat in de praktijk spirituele zorg vaak wordt genegeerd. (Grover, Davuluri & Chakrabarti, 2014; Ledger & Bowler, 2013; de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchetti, 2011; Kalish, 2012)

De barrières voor verpleegkundigen om tot spirituele zorg te komen, worden in de wetenschappelijke literatuur uitvoerig gedocumenteerd en zijn de volgende (Cook, Breckon, Jay, Renwick & Walker, 2012; Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Pargament & Lomax, 2013; de Souza Tomasso, Beltrame & Lucchetti, 2011):

- Schaamte;
- Angst om eigen overtuigingen op te leggen en schrik om zorgvragers te beledigen;
- Gebrek aan tijd;
- Gebrek aan bewustzijn van beschikbare gegevens;
- De invloed van auteurs en ideologen die R/S ontkennen of pathologiseren;
- Historische mythes over een eeuwigdurend conflict tussen wetenschap/geneeskunde en spiritualiteit/religie;
- De religiekloof;
- Institutionele rivaliteit tussen geneeskunde en religie aangezien beiden omgaan met menselijk lijden;
- Gebrek aan opleiding.

Deze barrières dienen met andere woorden overwonnen te worden, zodat verpleegkundigen op de juiste manier spirituele zorg kunnen verlenen. Deze bachelorproef doet dit aan de hand van het beantwoorden van drie onderzoeksvragen:

- Kan er een holistische omschrijving gevonden worden voor psychotische stoornissen die zich niet enkel baseert op de aanwezigheid van symptomen?
- Bestaat er een alternatief model dat reeds rekening houdt met deze nieuwe holistische omschrijving van psychose bij het begeleiden of behandelen van zorgvragers met deze problematiek?

- Welke zijn de mogelijke en aangewezen attitudes en interventies van psychiatrische verpleegkundigen in de spirituele zorg voor zorgvragers met een psychoseproblematiek?

1 Een holistische omschrijving van psychose

Bij het verwerken van de resultaten werd het snel duidelijk dat er een spanningsveld bestaat tussen spiritualiteit en de klassieke Westerse benadering van psychotische stoornissen, maar dat er tevens heel veel raakvlakken zijn. Waar spiritualiteit gaat over transcendentie (datgene wat het zintuiglijk waarneembare overstijgt), worden in de klassieke GGZ bepaalde gewaarwordingen bestempeld als symptomen van een bepaalde ziekte (hallucinaties).

Spirituele ervaringen hebben voornamelijk een positieve bijklank, terwijl hallucinaties eerder een negatieve connotatie met zich meebrengen. Om een afdoend holistisch model te brengen van op psychose lijkende ervaringen werd er op zoek gegaan naar een verbinding tussen deze twee werelden.

Zo is het belangrijk om te weten dat er bij mensen die gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis vaak een groot lijden aanwezig is, waarbij er atypische ervaringen worden beleefd die niet eenvoudig kunnen worden verwerkt. Anderzijds schiet een biomedisch model van mentale verstoring tekort, aangezien meer dan 100 jaar van onderzoek geen biologische oorzaak van mentale verstoring aan het licht bracht (Heckers et al., 2013) en er een betere prognose tot herstel is in meer op spiritualiteit gebaseerde culturen waar atypische ervaringen worden gewaardeerd (Walsch, 2012).

De moeilijkheid om een crisis te beschrijven die in de Westerse samenleving als een psychotische stoornis wordt benoemd, zit in het creëren van een verbindend taalgebruik dat rekening houdt met zowel de conventionele visie als een eerder op spiritualiteit gebaseerde visie van een soortgelijke crisis.

Zo dient er rekening gehouden te worden met het feit dat niet alle spirituele ervaringen geassocieerd met een ondraaglijk lijden (Moreira-Almeida & Cardaña, 2011; Parnas & Henriksen, 2016) en dat niet alle ervaringen die worden beschreven als hallucinaties mystieke componenten bevatten, maar dat deze ervaringen ook te maken kunnen hebben met bijvoorbeeld vervormingen van percepties (Bragdon, 2017).

Om mensen die momenteel gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis op een holistische manier te benaderen, is het van belang om zowel biologische, psychologische, sociale als spirituele componenten te onderzoeken.

Indien biologische elementen zoals schimmelallergieën, hersenaandoeningen, toxiciteit van bepaalde stoffen, spijsverteringsproblemen of voedingstekorten aan de basis liggen van een crisis, kan er worden gesteld dat er sprake is van 'ziekte' en er beroep kan gedaan worden op een biomedisch model. (Bragdon, 2017)

Ook indien fysieke factoren worden gevonden die aan de basis liggen van mentaal onevenwicht, is het van belang om na te gaan of andere factoren een rol spelen bij het ontstaan van de

mentale verstoring. Een goed onderscheid kan enkel gemaakt worden indien er een team aanwezig is dat over alle mogelijke componenten van mentale verstoring kan oordelen (Bragdon, 2017).

Een integratief team kan nagaan of er in de crisis psychosociale of spirituele stressoren aanwezig zijn die de crisis veroorzaken of in de hand werken. Traumatische gebeurtenissen als misbruik, verwaarlozing en verlies van werk of een partner kunnen een crisis uitlokken, terwijl bepaalde spirituele of mystieke ervaringen onverwerkte emotionele materie aan het licht kunnen brengen. Daarom is het van belang dat er in het team een (orthomoleculaire) arts aanwezig is die biologische factoren kan uitsluiten en ook een expert op vlak van spirituele crisissen wordt aangesteld die het spirituele aspect van de crisis kan beoordelen. (Bragdon, 2017)

Het is dus beter om een crisis die in de conventionele GGZ wordt beschreven als een psychotische stoornis op een holistische wijze te omschrijven als 'een mentale verstoring met als oorsprong (biologische,) psychologische, sociale en/of spirituele componenten. Deze componenten kunnen elkaar overlappen en doordringen en kunnen op elkaar inwerken.' Deze holistische omschrijving van een crisis kan een antwoord bieden aan de verscheidenheid van profielen die terug te vinden is bij mensen die worden gediagnosticeerd met een psychotische stoornis.

2 Een alternatief holistisch model

Een model dat reeds rekening houdt met de mogelijkheid dat atypische ervaringen niet noodzakelijkerwijs een biologische oorsprong hebben en mogelijk spirituele ervaringen bevatten, kan worden weergevonden aan de hand van de transpersoonlijke psychologie. Zij gaat ervan uit dat mystieke ervaringen behoren tot normale menselijke ervaringen en daarom ook wetenschappelijk te onderzoeken zijn.

De transpersoonlijke psychologie beschrijft bepaalde crisissen als 'spiritual emergency' of spirituele crisis. Daarvoor leent ze bepaalde begrippen uit meer op spiritualiteit gebaseerde culturen, zoals kundalini of chakra's.

De meerwaarde van deze benadering is dat er aan de hand van een transpersoonlijke visie kan nagegaan worden of er bij mensen die volgens een biomedisch model van mentale verstoring gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis, een spirituele crisis aanwezig is. In deze spirituele crisis zitten volgens de transpersoonlijke psychologie mogelijkheden tot persoonlijke groei verborgen.

Om een degelijk onderscheid te kunnen maken is er volgens Bragdon (2017) in het integratieve behandelteam een persoon nodig die hierover correct kan oordelen. Aangezien er volgens haar heel vaak sprake is van mystieke ervaringen bij deze doelgroep, kan de transpersoonlijke psychologie een enorme meerwaarde betekenen in de opleiding voor hulpverleners in de GGZ.

3 Verpleegkundige attitudes en interventies van psychiatrische verpleegkundigen met betrekking tot spiritualiteit

Deze holistische benadering van mensen die een crisis van mentale verstoring ervaren, toont aan dat er heel vaak sprake is van traumatische ervaringen die aan de basis liggen van het ervaren onevenwicht en niet zozeer biologische factoren. Dit heeft als gevolg dat de focus in de therapeutische behandeling niet voornamelijk dient te liggen op medicatie-inname, maar dat de voornaamste focus dient te liggen op psychosociale en spirituele factoren.

Om mensen in crisis tot rust te laten komen, dient er voorzien te worden in een liefdevolle en onvoorwaardelijke opvang. Op die manier ontstaat er ruimte zodat de mentale verstoring, die normaal en natuurlijk is bij mensen die een traumatische ervaring meemaakten, een natuurlijk proces kan doorlopen en er tijd is om onverwerkte emotionele materie te verwerken en betekenis te geven aan bepaalde atypische ervaringen.

Spiritualiteit gaat voornamelijk over verbinding: verbinding met het zelf, met de natuur, met (significante) anderen, met het moment en met transcendente aspecten. Mensen die gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis ervaren vaak een gebrek aan verbinding met de genoemde aspecten. Het is de taak van hulpverleners en in het bijzonder van verpleegkundigen, aangezien zij degenen zijn die het meeste contact hebben met deze doelgroep in geval van residentiële opname, om een facilitator te zijn in het proces om opnieuw verbinding te maken met deze verschillende aspecten.

Zij kunnen spirituele zorg verlenen door zich een onvoorwaardelijke en liefdevolle houding aan te meten, waarbij het niet oordelen en het niet per se iets hoeven te doen centraal staat. Het onvoorwaardelijk beschikbaar zijn is hierbij van belang. Spirituele zorg gaat met andere woorden in hoofdzaak niet over welke interventie een verpleegkundige dient uit te voeren, maar veeleer op het zich aanmeten van een onvoorwaardelijke aanwezigheid voor zorgvragers. Zo worden stressoren die een crisis in de hand kunnen werken geminimaliseerd en ontstaat er ruimte om onverwerkte emotionele materie aan te raken in de weg naar heling. Verpleegkundigen zouden hier moeten beroep kunnen doen op hun intuïtie om te beslissen welke zorg in welke situatie de voorkeur geniet.

Verder benoemt deze bachelorproef ook enkele verpleegkundige interventies met betrekking tot spiritualiteit.

Verpleegkundigen hebben volgens Bragdon (2017) een belangrijke functie in het creëren van een veilige omgeving. Zij maken bij residentiële opname een belangrijk deel uit van de omgeving van de zorgvrager.

Hoewel opname in een crisisopvang noodzakelijk kan zijn, dient er steeds individueel bekeken te worden of opname in een gesloten afdeling wel noodzakelijk is. Veiligheid kan evenzeer

betekenen dat een individu in crisis de nodige bewegingsvrijheid ervaart (Bragdon, 2017) en (gedeeltelijk) zijn autonomie kan behouden (Laugharne et al., 2007). Gezamenlijke besluitvorming kan volgens Laugharne et al. een rol spelen in het ervaren van veiligheid en het opbouwen van vertrouwelijke relaties. Ook contact met de natuur kan een belangrijk element zijn in het creëren van een veilige omgeving en kan een enorme meerwaarde betekenen in het aardingsproces (Bragdon, 2017; Morita et al., 2007; Chevalier, Sinatra & Oschman, 2012).

Het op zoek gaan naar psychosociale stressoren als oorzaak van de crisis en assisteren in de betekenisgeving van atypische ervaringen kan eveneens een verpleegkundige taak zijn. Hiervoor beschrijft deze bachelorproef verschillende methodes, zoals de spirituele anamnese (Moreira-Almeida, Koenig & Lucchetti, 2014; Mohr, 2011; Gonçalves et al., 2016; Banin et al., 2014), het diamantmodel van Leget (2009) en het pijnproces van Walsch (2012).

Verder kunnen verpleegkundigen zorgvragers mogelijk helpen door het aanreiken en voorzien van spirituele materialen. Het aanbieden van spirituele literatuur of gebedskralen en muziek, quotes, een foto of poëzie die spiritueel stimulerend werkt, kan volgens Bragdon een meerwaarde betekenen.

Voor mensen in crisis kan volgens Bragdon na de erkenning dat er spirituele ervaringen in hun crisis aanwezig zijn, gebed plots een belangrijke plaats innemen. Verpleegkundigen dienen voldoende ruimte te creëren om spirituele beoefening zoals gebed (Walsch, 2012; Mohr, 2011; McCarthy-Jones et al., 2013), meditatie, yoga of het zingen van spirituele liederen plaats te kunnen laten vinden en te ondersteunen.

Ook het samenwerken met en het doorverwijzen naar spirituele raadgevers behoort tot het takenpakket van de verpleegkundige. Sjamanen, medical intuitives (Bragdon, 2017), pastorale medewerkers (Mohr, 2011) en ervaringsdeskundigen (Brett et al., 2013) kunnen tot deze groep behoren en een belangrijke schakel zijn in de erkenning van en zingeving aan bepaalde ervaringen.

Een andere verpleegkundige interventie is het aanbieden van gepaste psycho-educatie aan zorgvragers en hun significante anderen. Hierbij dient volgens Bragdon (2017) aandacht geschonken te worden aan het natuurlijk proces dat een crisis beslaat om zodoende hoop te creëren voor zorgvragers.

Verder kunnen tijdens psycho-educatie zorgvragers copingvaardigheden (met betrekking tot spiritualiteit) aangeleerd worden en kan er doorverwezen worden naar instanties waar open dialoog (Gordon et al., 2016) of familieopstellingen (Hunger et al., 2013) gepraktiseerd worden.

Het betrekken van significante anderen kan als gevolg hebben dat ook zij de crisis beter begrijpen. Zo kunnen zij aanleren om de persoon in crisis onvoorwaardelijk te benaderen en

kunnen ze een belangrijk aandeel hebben in het creëren van een veilige omgeving voor de zorgvrager.

De laatste verpleegkundige interventie met betrekking tot spiritualiteit die teruggevonden werd in de literatuur is het assisteren bij op spiritualiteit gebaseerde therapieën. Indien dit mogelijk is, kunnen verpleegkundigen assisteren bij mindfulness, beeldende therapie, spirituele zang- en muziekgroepen en groepsgesprekken met als onderwerp spiritualiteit.

Deze therapievormen kunnen een belangrijk aandeel spelen in de betekenisverlening van bepaalde atypische ervaringen en het ervaren van spirituele groei.

Belangrijk bij al deze interventies is dat de hulpverlener kan inschatten of en wanneer de interventie dient uitgevoerd te worden. Interventies dienen niet opgedrongen te worden, maar eerder aangeboden vanuit een gezamenlijke besluitvorming. Volgens Bragdon (2017) en Baart en Grypdonck (2008) dient een verpleegkundige intuïtief te kunnen inschatten op welk moment wat dient te gebeuren vanuit een onvervalste houding van dienstbaarheid.

4 Aanbevelingen

Vanuit de gegevens die verzameld zijn in deze bachelorproef lijkt het ideaal dat mensen die in onze samenleving gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis opgevangen worden door een integratief team, dat op een correcte manier onderscheid kan maken tussen biologische, psychosociale en spirituele aspecten die een crisis beïnvloeden. Vanuit dit onderscheid kan er juist geoordeeld worden welke verdere stappen te ondernemen zijn in de therapeutische benadering.

Vooraf de manier waarop deze opvang gebeurt, lijkt van uitermate groot belang in het herstelproces van deze doelgroep. Het is ideaal indien zorgvragers kunnen beroep doen op een continue aanwezigheid van hulpverleners, die zich niet onderscheiden vanuit het willen oplossen van de crisis maar vanuit een onvoorwaardelijke, empathische en niet-oordelende houding die hoop manifesteert. Hulpverleners dienen zich bewust te zijn van het feit dat ondanks decennialang onderzoek omtrent psychotische stoornissen er weinig tot geen vooruitgang werd geboekt omtrent effectieve op biologische factoren gebaseerde behandelingsmethodes en recent onderzoek steeds meer wijst op het belang van de therapeutische relatie om tot herstel te komen.

Het lijkt niet realistisch en evident om in onze samenleving onmiddellijk tot de ideale opvang te komen, waarin sjamanen, mediums, medical intuitives, ervaringsdeskundigen en artsen die op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen op biologisch en nutritioneel niveau een belangrijk aandeel kunnen spelen. Deze personen zijn namelijk niet alomtegenwoordig aanwezig in onze samenleving en zij krijgen te maken met vele vooroordelen. Bovendien wordt in de gebruikelijke opleidingen tot hulpverleners te vaak de klemtoon op een biomedisch model van gezondheid gelegd, waardoor in onze samenleving nog te vaak de gedachte heerst dat dit model een antwoord biedt op mentale verstoring.

Niettemin zou een gezamenlijke betrokkenheid tussen traditionele en complementaire praktijken en conventionele geneeskunde mogelijk kunnen zijn in de verzorging van mensen met mentale ziektes. Het best mogelijke model om die samenwerking tot stand te brengen zal moeten gecreëerd worden vanuit de bestaande GGZ van een land. In onze eerder op het biomedische model gebaseerde samenleving is het niet vanzelfsprekend om een integratief team samen te stellen zoals wordt aanbevolen in deze bachelorproef. Daarom worden enkele realistische alternatieven aanbevolen die implementeerbaar zijn in onze huidige samenleving.

Vooreerst blijkt uit de verzamelde gegevens in deze bachelorproef dat er een hoge nood is aan opleiding omtrent spiritualiteit voor alle hulpverleners. Belangrijke zaken zoals de erkenning van de DSM dat spirituele problemen een niet-pathologische karakter hebben, welke deze spirituele problemen mogelijk zijn en wat spiritualiteit precies inhoudt kunnen worden aangereikt. De transpersoonlijke psychologie zou op dit domein een voorname rol kunnen weggelegd zijn,

aangezien zij rapporteert over spirituele problemen en de verbinding tracht te maken tussen spiritualiteit en wetenschap.

Dit kan erkenning door artsen en andere hulpverleners dat spirituele aspecten een grote invloed kunnen hebben op mentaal (on)evenwicht met zich meebrengen, wat op zijn beurt een enorme stap kan betekenen in de destigmatisering van deze problematiek. Het doel is om een verruiming van onze cultuur te bekomen om zo tot een integratieve visie van mentaal (on)evenwicht te komen.

Opleidingshandboeken dienen hun verantwoordelijkheid te nemen omtrent het feit dat er verschillende meer op wetenschappelijk studies gebaseerde theorieën bestaan aangaande psychotische stoornissen en andere mentale verstoringen en dienen zich niet uitsluitend op een biomedisch model van mentale verstoring te richten. De erkenning van het 'niet weten' kan een belangrijke stap betekenen in het zich ontdoen van de trial and error methode die momenteel in de GGZ wordt gehanteerd en kan een opstap zijn naar meer op wetenschap gebaseerde behandel mogelijkheden.

Naast een theoretische opleiding betreffende spiritualiteit lijkt het ook aangewezen dat verpleegkundigen praktijkopleiding krijgen, zodat ze leren hoe ze optimaal aanwezig kunnen zijn voor mensen in crisis en hoe op een efficiënte manier gegevens kunnen verzameld worden met betrekking tot spiritualiteit, bijvoorbeeld aan de hand van het afnemen van een spirituele anamnese.

Verder worden enkele implicaties voor het werkveld aanbevolen.

Vanuit de huidige brede functieomschrijving van de verpleegkundige en een gebrek aan financiële middelen lijkt het niet mogelijk dat verpleegkundigen continu aanwezig kunnen zijn voor mensen in crisis. Hoewel een verruimde kennis van spiritualiteit aan de orde is, beslaan de verpleegkundige taken niet uitsluitend componenten van spirituele zorg, maar kan de verpleegkundige wel een belangrijke taak op zich nemen met betrekking tot spiritualiteit in het multidisciplinair team.

Indien verpleegkundigen degelijk worden opgeleid over spiritualiteit, kunnen zij een meerwaarde betekenen door gegevens te verzamelen met betrekking tot spiritualiteit. Door de implementatie van een model om deze gegevens te verzamelen, zoals aan de hand van het invoeren van het afnemen van een spirituele anamnese, kan deze informatie bijgehouden worden in een (elektronisch) patiëntendossier.

In het interdisciplinair overleg kan gebruik gemaakt worden van deze gegevens. Tijdens dit overleg of tijdens intervisiesessies aangaande bepaalde casussen kan er meer beroep gedaan worden op de expertise van pastorale medewerkers. Zij hebben in het algemeen meer kennis omtrent spirituele kwesties en kunnen in dit overleg een meerwaarde betekenen in het bieden van een integratieve therapeutische behandeling. Het meer betrekken van pastorale

medewerkers in de behandeling van de doelgroep zal ontegensprekelijk een kader schetsen van de problematiek die meer holistisch is dan de huidige Westerse visie die meer op het biomedisch model gebaseerd is. Aangezien de pastorale medewerkers zich voornamelijk op spiritualiteit en zingeving richten, kunnen zij zich, meer dan verpleegkundigen, bijscholen omtrent de invloed van de spirituele dimensie op deze problematiek. Op die manier kunnen zij als expert functioneren op de dienst, zodat er een team aanwezig kan zijn waarin alle holistische componenten aanwezig zijn. Ook kunnen zij meer ingeschakeld worden om (spirituele) nabijheid te bieden op de werkvloer, zodat een tekort aan aanwezigheid voor zorgvragers wordt opgevangen. Verder kunnen zij een belangrijke functie op zich nemen in de betekenisverlening aan atypische ervaringen.

De verpleegkundige dient met andere woorden een brug te vormen tussen de verschillende disciplines binnen de zorg voor zorgvragers in crisis. De verpleegkundige is die persoon die doorgaans het meest aanwezig is bij zorgvragers die residentieel worden opgenomen en dus ook het meeste nabijheid dienen te bieden. Verder zijn zij een belangrijke schakel in het observeren van de zorgvrager, zodat zij op het juiste moment kunnen doorverwijzen naar de verschillende actoren binnen de zorg.

Een andere manier om het tekort aan aanwezigheid op te vangen is het implementeren van ervaringsdeskundigen en/of significante anderen.

Er worden steeds meer verhalen van herstel gerapporteerd door mensen die gediagnosticeerd werden met een psychotische stoornis, dankzij de erkenning dat er een spirituele crisis in hun crisis aanwezig was. Zij begrijpen beter dan individuen die dergelijke atypische ervaringen niet eerder meemaakten dat de mogelijkheid tot herstel bestaat en dat zingeving aan bepaalde ervaringen herstel en zelfs persoonlijke groei met zich kan meebrengen.

Ook de familie kan een belangrijke schakel betekenen in het verschaffen van een betrouwbare, liefdevolle en dus veilige omgeving. Indien de familie op een juiste manier wordt geïnformeerd over wat een crisis mogelijk inhoudt en zij niet mee aan de oorzaak lag van het ontstaan van de crisis, kan zij een belangrijke rol spelen in het creëren van hoop en het herwinnen van relaties.

Een andere belangrijke aanbeveling is het implementeren van een menswaardige therapeutische behandeling voor de doelgroep. Het meest recente onderzoek doelt op negatieve uitkomsten op lange termijn ten aanzien van psychotrope middelen. Bovendien dient er aandacht geschonken te worden aan de mogelijkheid dat psychotrope middelen spirituele ervaringen terugdringen, waardoor bij continue medicatie-inname de nog niet geïntegreerde ervaringen steeds terugkeren. Methodes om de ervaringen te integreren dienen te worden aangeboden.

Bovendien staan vele zorgvragers weigerachtig ten opzichte van medicatiegebruik, aangezien zij geen aansluiting vinden bij een biomedische verklaring van hun crisis. Om van menswaardige zorg te kunnen spreken dient er vanuit gezamenlijke besluitvorming besloten te worden waar

de ideale therapeutische behandeling uit bestaat. Een breed en holistisch scala aan mogelijkheden dient te worden aangeboden. Wetenschappelijk bewezen en op de lange termijn onschadelijke interventies zoals open dialoog en familieopstellingen zouden moeten geïmplementeerd worden.

Door meer rekening te houden met de autonomie van de zorgvrager kan er afgestapt worden van de gedachte dat hulpverleners binnen de huidige GGZ de meest aangewezen zorg verlenen door zich te houden aan protocollen en procedures. Hierbij zou er meer beroep kunnen gedaan worden op de intuïtie van de hulpverlener die zich ten dienste stelt van de zorgvrager.

Hulpverleners dienen met andere woorden niet uit te gaan van de vraag 'hoe ga ik deze zorgvrager genezen,' maar eerder vanuit de gedachte 'hoe kan ik u helpen?'

5 Beperkingen

Veel wetenschappelijke literatuur die wordt aangehaald in deze bachelorproef is afkomstig uit meer op spiritualiteit gebaseerde culturen, zoals uit Brazilië, Puerto Rico en China. Bepaalde resultaten uit onderzoeken baseren zich op de antwoorden van een populatie die meer affiniteit heeft met spiritualiteit. Daardoor ontstaat de vraag of alle resultaten uit deze bachelorproef wel representatief zijn voor de Westerse samenleving, waar spiritualiteit veel minder ingeburgerd is bij de algemene bevolking.

Ook baseert deze bachelorproef zich voornamelijk op het werk van Emma Bragdon. Hoewel zij een expert is op gebied van spirituele crisissen, is het mogelijk dat andere noodzakelijke componenten om tot de meest integratieve visie van psychoseproblematiek te komen, niet werden geïntegreerd.

Verder is er weinig onderzoek beschikbaar over dit onderwerp in onze regionen. Daardoor is het moeilijk om een beeld te schetsen dat representatief is voor onze samenleving.

Een reden dat hierover weinig onderzoek beschikbaar is, is dat in onze meer op wetenschap en fysieke bewijzen gebaseerde samenleving de vraag rijst: wat zijn spirituele ervaringen? Bestaan deze wel? Wat zijn verhoogde staten van bewustzijn? Wat is bewustzijn? Dit zijn abstracte begrippen waar (voorlopig) geen wetenschappelijke verklaring voor te vinden is en waar in het algemeen in onze samenleving weinig voeling mee is. Atypische ervaringen zijn doorgaans individuele ervaringen en daarom moeilijk of niet wetenschappelijk te onderzoeken.

Het is belangrijk voor onze samenleving om zich te realiseren dat atypische ervaringen die in een biomedisch model als symptomen van een psychotische stoornis worden benoemd, ook kenmerken zijn die veeleer in de algemene bevolking voorkomen. Dat deze kenmerken niet noodzakelijkerwijs tot pathologie leiden, lijkt van groot belang in het begrijpen van op psychose lijkende toestanden. Daarom lijkt het belangrijk dat de GGZ zich niet zozeer richt op het ontkennen van spirituele ervaringen, maar dat wetenschappelijk onderzoek zich richt op de context van atypische ervaringen: in welke gevallen ontstaat er een ondraaglijk psychisch lijden? Wat zijn beschermende factoren voor mentaal onevenwicht? Wat zijn de psychosociale verschillen tussen mensen die veel tot ondraaglijk of weinig tot niet lijden bij het ervaren van atypische ervaringen? Op welke manier kan er een antwoord geboden worden aan deze psychosociale verschillen? Welke zijn de factoren die leiden naar persoonlijke groei bij mensen die hun atypische ervaringen weten te integreren?

Daarom kan de implementatie van buitenlands onderzoek ook een meerwaarde betekenen. In meer op spiritualiteit gebaseerde culturen wordt er namelijk op een andere manier gekeken naar atypische ervaringen en worden mensen met psychoseproblematiek een betere prognose tot herstel voorspeld. Het aanvaarden van en minder oordelen over dergelijke ervaringen kan

worden geleend uit andere culturen om zodoende de spirituele dimensie geleidelijk aan en op een zachte manier in te voeren in de GGZ die haalbaar is voor onze samenleving. Zo kan onze samenleving zich bewegen in de richting van een integratieve maatschappij waarin alle componenten van holistische zorg aanwezig zijn.

Een andere beperking is de beschikbaarheid van weinig wetenschappelijk onderzoek omtrent het onderwerp in het algemeen.

Zo baseren de onderzoeken die worden aangehaald over bijvoorbeeld mindfulness of beeldende therapie zich op een kleine populatie en dient de vraag gesteld te worden of de resultaten representatief zijn voor de hele doelgroep. Bovendien dient de vraag gesteld te worden of zorgvragers in onze samenleving openstaan voor spirituele helingspraktijken, aangezien het mogelijk is dat zij minder voeling hebben met deze therapievormen dan populaties uit andere culturen. Daarom dient elke zorgvrager individueel en persoonsgericht benaderd te worden en is het aanbieden van therapieën belangrijker als het opleggen ervan.

Ook leren persoonlijke ervaringen dat er weinig tot geen wetenschappelijk onderzoek aanwezig is aangaande spirituele helingspraktijken. Persoonlijk contact met spirituele helers wijst op het feit dat zij zich wensen te focussen op spirituele heling aan de hand van het bieden van praktische heling door contact met zorgvragers. Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek werd door spirituele helers meermaals benoemd als voeding voor het ego en voeding voor de gedachtestroom, terwijl spirituele helers liever de klemtoon leggen op 'het stil krijgen van de mind' en onvervalste praktische dienstbaarheid.

6 Suggesties voor verder onderzoek

Uit alle voorgaande gegevens blijkt dat er een grote nood is aan meer onderzoek over dit onderwerp. Hoewel transcendente aspecten op zich moeilijk kunnen onderzocht worden, zijn er verschillende andere gebieden waar er wel onderzoek kan verricht worden.

Vooreerst dient er nagegaan te worden welke psychosociale factoren aan de basis liggen van het lijden dat al dan niet gepaard gaat met atypische ervaringen. Door het kennen van deze factoren kan de GGZ zich aanpassen en inspelen op deze factoren om een zo holistisch mogelijke zorg te kunnen verlenen.

Het verzamelen van casussen over mensen die atypische ervaringen beleven en die aan de hand van deze ervaringen een persoonlijke (spirituele) groei konden bewerkstelligen, lijkt hierbij aan de orde.

Het valt op dat mediums die als hulpverleners ingeschakeld worden in Brazilië veel gelijkenissen vertonen met personen die gediagnosticeerd worden met een dissociatieve identiteitsstoornis of een psychotische stoornis. Er werden echter verschillen gevonden tussen mediums en met deze stoornissen gediagnosticeerde individuen in gezondheid, sociale aanpassing en het beleven van traumatische ervaringen. De mogelijkheid dat onverwerkte emotionele trauma's die getriggerd worden door stressvolle gebeurtenissen aan de basis liggen van mentale verstoringen, zou verder onderzocht moeten worden.

Ook dient er onderzoek verricht te worden betreffende deze atypische ervaringen. Aangezien de transpersoonlijke psychologie hier reeds een onderverdeling maakt omtrent verschillende soorten ervaringen, kan er op haar beroep gedaan worden om meer bewustzijn te creëren omtrent dergelijke ervaringen.

Om holistische zorg te kunnen bereiken dient zoals vermeld door hulpverleners uitgegaan te worden van een onvoorwaardelijke, niet-oordelende en empathische houding. Binnen dit kader dient onderzoek na te gaan wat aan de oorsprong ligt van oordelen, hoe deze kunnen worden geminimaliseerd en wat de beste manier is om een onvoorwaardelijke aanwezigheid aan te leren aan hulpverleners.

Ook het belang van het ontwikkelen en gebruik maken van intuïtie door verpleegkundigen wordt meermaals benoemd in dit werk. Vragen voor wetenschappelijk onderzoek zijn wat intuïtie precies is en op welke manier dit ten volle kan worden ontwikkeld zodat hulpverleners deze kwaliteit ten volle kunnen benutten ten dienste van hun zorgvragers.

Ook dient er nagegaan te worden welke functie het creëren van hoop kan spelen in de GGZ. Vaak wordt er in de therapeutische behandeling te veel gefocust op negatieve traumatische ervaringen en het (proberen) verwerken ervan. De focus hierop kan ervoor zorgen dat zorgvragers enkel nog bezig zijn met het lijden en er een gedachtepatroon van lijden ontstaat.

Hoewel het leren omgaan met lijden van groot belang is, dient onderzoek na te gaan hoe het promoten van positieve gevoelens en gedachten en het geven van hoop een meerwaarde kan bieden in het herstel van personen in crisis.

Verder bestaat er volgens onderzoek een wereldwijde dringende nood aan onderzoek aangaande de huidige kennis, overtuigingen en praktijken betreffende personen die gediagnosticeerd zijn met psychotische aandoeningen volgens spirituele leiders, spirituele helers en verschillende R/S gemeenschappen.

Persoonlijke ervaringen tonen dat er mogelijkheid tot heling schuilt in spirituele helingspraktijken. De redenen die aan de oorzaak liggen van deze heling dienen te worden nagegaan, alsook mogelijkheden tot samenwerking tussen de conventionele GGZ en spirituele instanties. Kennis omtrent spirituele helingspraktijken kan een belangrijke aanvulling betekenen om tot een integraal model van mentale verstoring te komen.

Aangezien er weinig kennis is omtrent spirituele instanties die hulp kunnen bieden aan personen in crisis in onze samenleving, dient er onderzocht te worden of er reeds organisaties bestaan die anders omgaan met bepaalde kenmerken zoals het horen van stemmen of betekenisverlening aan bepaalde ervaringen, waar binnen de GGZ naar kan worden doorverwezen.

Voorts dient er meer onderzoek verricht te worden naar de langetermijneffecten van psychotrope middelen en dient er meer bewustzijn te ontstaan aangaande de vele mogelijke negatieve gevolgen van geneesmiddelengebruik. Er dient meer bewustzijn te ontstaan omtrent alternatieven die worden aangehaald in deze bachelorproef, zoals het gebruik van orthomoleculaire geneeskunde. Dit dient nog meer onderzocht en onderricht te worden.

Gezien er maar een beperkte oplossing gevonden werd voor het gebrek aan tijd om spirituele zorg te verlenen (het implementeren van pastorale medewerkers, ervaringsdeskundigen en significante anderen op de werkvloer) dient er nagegaan te worden hoe peer support praktisch kan ingevoegd worden. Dienen peers een training te krijgen over hoe ze aanwezig kunnen zijn, hoop kunnen manifesteren of kunnen helpen bij betekenisverlening aan bepaalde ervaringen? Wie kan er allemaal als peer fungeren?

Conclusie

Om tot spirituele zorg te komen, dienen de vermelde barrières om tot spirituele zorg te komen overwonnen te worden. Het belangrijkste gegeven om deze barrières te overwinnen, is het ontstaan van meer bewustzijn omtrent de raakvlakken van spiritualiteit en psychoseproblematiek. Daarom zouden opleidingen voor hulpverleners in de GGZ meer theoretisch, maar ook praktisch onderricht moeten verlenen aangaande spiritualiteit. Zo zullen hulpverleners meer vertrouwen hebben om spirituele zorg uit te voeren. Implementatie van de transpersoonlijke visie in opleidingen kan hierbij een meerwaarde betekenen.

De transpersoonlijke visie gaat er, net zoals vele andere psychosociale modellen van mentale verstoring, van uit dat het mentale onevenwicht bij mensen die gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis voortkomt uit onverwerkt emotioneel trauma. Verder is de transpersoonlijke psychologie ervan overtuigd dat spirituele ervaringen een deel kunnen uitmaken van een psychotische episode en dat er in deze ervaringen mogelijkheden verscholen zitten tot spirituele groei.

Volgens de transpersoonlijke visie staat de huidige voornamelijk op het biomedisch model gebaseerde benadering in de Westerse GGZ deze spirituele groei in de weg. Medicatiegebruik lijkt volgens haar voornamelijk aangewezen indien er ook een biologische oorsprong van de mentale verstoring gekend is. In het bijzonder wordt het gebruik van psychotrope medicatie enkel aangeraden om een acute fase van een crisis te pauzeren, vanwege de vele nadelige langetermijneffecten van deze geneesmiddelen.

Aangezien psychosociale en spirituele factoren volgens de transpersoonlijke visie aan de basis kunnen liggen van de mentale verstoring of deze in de hand kunnen werken, is de focus op psychosociale en spirituele zorg van groot belang voor mensen die een crisis ervaren.

Spirituele verpleegkundige zorg gaat voornamelijk om het bieden van een onvervalste dienstbaarheid, een onvoorwaardelijke aanwezigheid en beschikbaarheid en het vertonen van een niet-oordelende en empathische houding. Verpleegkundigen zouden moeten opgeleid worden over spiritualiteit om deze aanwezigheid te kunnen bieden, zodat de optimale opvang voor mensen in crisis kan gegarandeerd worden en de crisis in vele gevallen een natuurlijk proces kan doorlopen. Ook is onderzoek genoodzaakt over op welke manier deze onvoorwaardelijke houding kan aangeleerd worden.

Verder kan de implementatie van een model om spirituele gegevens te verzamelen een meerwaarde betekenen in de spirituele verpleegkundige zorg voor mensen die gediagnosticeerd worden met een psychotische stoornis. Zo kunnen een spirituele anamnese of het gebruik van het diamantmodel of het pijnproces niet enkel helpen bij de gegevensverzameling, maar tevens

assisteren bij het geven van betekenis aan atypische ervaringen en het verwerken van traumatische ervaringen. Ook hierover dienen verpleegkundigen degelijk opgeleid te worden.

Na het verkrijgen van deze gegevens dient er met de verkregen informatie aan de slag gegaan te worden. De verpleegkundige interventies die hierop volgen zijn het voorzien in spirituele materialen, het ondersteunen van spirituele beoefening, het assisteren bij therapievormen met betrekking tot spiritualiteit, het geven van psycho-educatie en het doorverwijzen naar spirituele raadgevers.

Deze spirituele raadgevers kunnen bestaan in de vorm van sjamanen of mediums. In onze samenleving lijkt het aan de orde dat er meer beroep wordt gedaan op de expertise van pastorale medewerkers, door een vermoedelijk gebrek aan beschikbaarheid van de vernoemde individuen.

Belangrijk hierbij is dat de pastorale medewerkers eveneens een degelijke opleiding krijgen omtrent spirituele crisissen. Het inzetten van pastorale medewerkers kan een grote meerwaarde betekenen om tot een integratieve visie van bepaalde casussen te komen. Daarom wordt er aanbevolen in het werkveld intervisiesessies te organiseren betreffende bepaalde casussen, zodat het interdisciplinair team met inbegrip van de pastorale medewerker samenkomt om een integratief beeld te schetsen van deze casussen. Verder kunnen de pastorale medewerkers ook meer ingezet worden om spirituele nabijheid te bieden op de werkvloer.

Ook de inbreng van spirituele helers, ervaringsdeskundigen of significante anderen kan een enorme meerwaarde betekenen in het creëren van een veilige en betrouwbare omgeving om spirituele zorg te kunnen verlenen en om betekenis en zin te geven aan bepaalde atypische ervaringen. Er is meer onderzoek nodig om in te kunnen schatten op welke manier zij kunnen ingeschakeld worden in het therapeutisch proces.

Deze individuen kunnen tevens een belangrijk aandeel betekenen in een barrière om tot spirituele zorg te komen waar verpleegkundigen weinig invloed op kunnen uitoefenen: het gebrek aan tijd en middelen om tot spirituele zorg te komen.

Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5®*. Amsterdam: Boom.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma.
- Baart, A., & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en Presentie: Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Lemma.
- Banin, L.B., Suzart, N.B., Guimarães, F.A.G., Lucchetti, A.L.G., Santos de Jesus, M.A., & Lucchetti, G. (2014). Religious Beliefs or Physicians' Behavior: What Makes a Patient More Prone to Accept a Physician to Address His/Her Spiritual Issues? *Journal of Religious Health*, 53(3), 917-928.
- Bassett, A.M., & Baker, C. (2015). Normal or Abnormal? 'Normative Uncertainty' in Psychiatric Practice. *Journal of Medical Humanities*, 36(2), 89-111.
- Bragdon, E. (2012). *Spiritism and Mental Health: Practices from Spiritist Centers and Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil*. Philadelphia: Singing Dragon.
- Bragdon, E. (2017). *How to effectively support someone in spiritual emergency?* [5 online webinars]. Geraadpleegd via <http://imhu.org/courses/>
- Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P., & Peters, E. (2013). Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2) 213–227.
- Bronn, G., & McIlwain, D. (2015). Assessing Spiritual Crises: Peeling Off Another Layer of a Seemingly Endless Onion. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(3), 346–382.
- Brown, R.P., Gerbarg, P.L., & Muench, F. (2013). Breathing Practices for Treatment of Psychiatric and Stress-Related Medical Conditions. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(1), 121-140.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 181-192.
- Chandler, E. (2012). Religious and Spiritual Issues in DSM-5: Matters of the Mind and Searching of the Soul. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(9), 577–582.

- Chevalier, G., & Sinatra, S.T. (2011). Emotional Stress, Heart Rate Variability, Grounding, and Improved Autonomic Tone: Clinical Applications. *Integrative Medicine, 10*(3), 16-21.
- Chevalier, G., Sinatra, S.T., Oschman, J.L., Sokal, K., & Sokal, P. (2012). Earthing: Health Implications of Reconnecting the Human Body to the Earth's Surface Electrons. *Journal of Environmental and Public Health, 2012*(3), 1-8.
- Chiang, Y., Lee, H., Chu, T., Han, C., & Hsiao, Y. (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook, 64*(3), 215-224.
- Chirico, F. (2016). Spiritual well-being in the 21st century: it's time to review the current WHO's health definition? *Journal of Health and Social Sciences, 1*(1), 11-16.
- Cook, C., Breckon, J., Jay, C. Renwick, L., & Walker, P. (2012). Pathway to accommodate patients' spiritual needs. *Nursing Management, 19*(2), 33-37.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services, 65*(4), 429-441.
- Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical psychology Review, 33*(7), 846-861.
- Dein, S., & Cook, C.C.H. (2015). God put a thought into my mind: the charismatic Christian experience of receiving communications from God. *Mental Health, Religion & Culture, 18*(2), 97-113.
- De Souza Tomasso, C., Beltrame, I. L., & Lucchetti, G. (2011). Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(5), 1205-1213.
- Drapkin, J., McClintock, C., Lau, E., & Miller, L. (2016). Spiritual Development through the Chakra Progression. *Open Theology, 2*(1), 605-620.
- Dyga, K., & Stupak, R. (2015). Meditation and psychosis: trigger or cure? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3*(1), 48-58.
- Galanter, M., Dermatis, H., Talbot, N., McMahon, C., & Alexander, M.J. (2011). Introducing Spirituality into Psychiatric Care. *Journal of Religious Health, 50*(1), 81-91.
- Gonçalves, L.M., Scholz Osório, I.H., Oliveira, L.L., Simonetti, L.R., dos Reis, E., & Lucchetti, G. (2016). Learning from Listening: Helping Healthcare Students to Understand Spiritual Assessment in Clinical Practice. *Journal of Religious Health, 55*(3), 986-999.

- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E.S., DeRonck, J., & Ziedonis, D. (2016). Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric Services, 67*(11), 1166-1168.
- Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, spirituality, and schizophrenia: a review. *Indian Journal of Psychological Medicine, 36*(2), 119-124.
- Haegeman, P. (2013). *Inleiding in de verpleegkunde* [Onuitgegeven studiemateriaal]. Gent: Arteveldehogeschool.
- Hanevik, H., Hestad, K.A., Lien, L., Teglbjaerg, H.S., & Danbolt, L.J. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy, 40*(3), 312-321.
- Harrow, M., Jobe, T.H., & Faull, R.N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine, 42*(10), 2145-2155.
- Heckers, A., Barch, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D.,..., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophrenia Research, 150*(1), 11-14.
- Hervé, I., de Silva, S., Borges, R., & Tejada, V. (2003). *Apometria a Conexao Entre a Ciencia e o Espiritismo*. Porto Alegre, Brazilië: Dacasa Editoria/Livraria Palmarinca.
- Hunger, C., Bornhäuser, A., Link, L., Schweitzer, J., & Weinhold, J. (2013). Improving Experience in Personal Social Systems through Family Constellation Seminars: Results of a Randomized Controlled Trial. *Family Process, 53*(2), 288–306.
- Intentional Peer Support (2017). *What is IPS?* Geraadpleegd op 1 april 2017, op <http://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips>
- Kalish, N. (2012). Evidence-based spiritual care: a literature review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care, 6*(2), 242-246.
- Kaplan, B.J., Rucklidge, J.J., Romijn, A., & McLeod, K. (2015). The Emerging Field of Nutritional Mental Health: Inflammation, the Microbiome, Oxidative Stress, and Mitochondrial Function. *Clinical Psychological Science, 3*(6), 1–17.
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2011). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry, 58*(5), 496–504.
- Ledger, P., & Bowler, B. (2013). Meeting spiritual needs in mental health care. *Nursing Times, 109*(9), 21-23.

- Leget, C. (2009). *De vierde dimensie van palliatieve zorg: hoe pakken wij het aan in Nederland?* Geraadpleegd op 1 april 2017, via <http://www.pzwvl.be/upload/fckeditor/file/Vlaams%20congres%20Brugge/ppt%20Leget.pdf>
- Lin, J., Chan, S.K.W., Lee, E.H.M., Chang, W.C., Tse, M., Su, W.W.,..., & Chen, E.Y.H. (2015). Aerobic exercise and yoga improve neurocognitive function in women with early psychosis. *NPJ Schizophrenia*, 1(0), 1-7.
- Lipton, M.A. Ban, T.A., Kane, F.J., Levine, J., Mosher, L.R., & Wittenborn, R. (1973). *Megavitamin and orthomolecular therapy in psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Lucchetti, A.L.G., Lucchetti, G., Leão, F.C., Peres, M.F.P., & Vallada, H. (2016). Mental and Physical Health and Spiritual Healing: An Evaluation of Complementary Religious Therapies Provided by Spiritist Centers in the City of São Paulo, Brazil. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 40(3), 404-421.
- Lucchetti, G., Aguiar, P.R.D.C., Braghetta, C.C., Vallada, C.P., Moreira-Almeida, A., & Vallada, H. (2012). Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil: Integration of Conventional Psychiatric Treatment and Spiritual Complementary Therapy. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36(1), 124-135.
- Lucchetti, G., Bassi, R.M., & Lucchetti, A.L. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore*, 9(3), 159-170.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A.L., Badan-Neto, A.M., Peres, P.T., Moreira-Almeida, A., Gomes, C., & Koenig, H.G. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(4), 316-322.
- Maxwell, L., & Duff, E. (2016). Mindfulness: An Effective Prescription for Depression and Anxiety. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(6), 403-409.
- McCarthy-Jones, S., Marriott, M., Knowles, R., Rowse, R., & Thompson, A.R. (2013). What is psychosis? A meta-synthesis of inductive qualitative studies exploring the experience of psychosis. *Psychosis*, 5(1), 1–16.
- Mohr, S. (2011). Integration of Spirituality and Religion in the Care of Patients with Severe Mental Disorders. *Religions*, 2(4), 549-565.
- Moreira-Almeida, A. (2012a). Assessing clinical implications of spiritual experiences. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(4), 344–346.

- Moreira-Almeida, A. (2012b). Research on Mediumship and the Mind–Brain Relationship. In A. Moreira-Almeida and F.S. Santos (Red.), *Exploring Frontiers of the Mind-Brain 191 Relationship* (pp. 191-213). New York: Springer.
- Moreira-Almeida, A., & Cardeña, E. (2011). Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *33*(1), 529-536.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *36*(2), 176–182.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., & Cardeña, E. (2008). Comparison of Brazilian Spiritist Mediumship and Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(5), 420-424.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., & Greyson, B. (2007). Dissociative and Psychotic Experiences in Brazilian Spiritist Mediums. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(1), 57–58.
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Janse van Rensburg, B., Verhagen, P.J., & Cook, C.C.H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(1), 87-88.
- Morita, E., Fukuda, S., Nagano, J., Hamajima, N., Yamamoto, H., Iwai, Y.,..., & Shirakawa, T. (2007). Psychological effects of forest environments on healthy adults: Shinrin-yoku (forest-air bathing, walking) as a possible method of stress reduction. *Public Health*, *121*(1), 54-63.
- Neto, F.L., & Moreira-Almeida, A. (z.d.). *Differences between spiritist mediumship and dissociative identity disorder on structured interview*. São Paulo, Brazil: Federal University of Juiz e Fora.
- Nolan, J.A., McEnvoy, J.P., Koenig, H.G., Hooten, E.G., Whetten, K., & Pieper, C.F. (2012). Religious Coping and Quality of Life Among Individuals Living With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, *63*(10), 1051–1054.
- Nortje, G., Oladeji, B., Gureje, O., & Seedat, S. (2016). Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, *3*(2), 154–170.
- Pargament, K.I., & Lomax, J.W. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*, *12*(1), 26-32.

- Parnas, J., & Henriksen, M.G. (2016). Mysticism and schizophrenia: A phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum disorders. *Consciousness and Cognition* 43(1), 75–88.
- Peters, E., Ward, T., Jackson, M., Morgan, C., Charalambides, M., McGuire, P.,..., & Garety, P.A. (2016). Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a "need for care". *World Psychiatry*, 15(1), 41–52.
- Psychiatric Mental Health Substance Abuse Essential Competencies Taskforce (2012). Essential Psychiatric, Mental Health and Substance Use Competencies for the Registered Nurse. *Archives of Psychiatry Nursing*, 26(2), 80-110.
- Rosmarin, D.H., Alper, D.A., & Pargament, K.I. (2016). Religion, Spirituality and Mental Health. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. *Encyclopedia of Mental Health*, 23-27.
- Rosmarin, D.H., Bigda-Peyton, J.S., Öngur, D., Pargament, K.I., & Björgvinsson, T. (2013). Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research* 210(1), 182–187.
- Rucklidge, J.J., & Kaplan, B.J. (2013). Broad-spectrum micronutrient formulas for the treatment of psychiatric symptoms: a systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(1), 49–73.
- Sánchez-Cañizares, J. (2014). The Mind-Brain Problem and the Measurement Paradox of Quantum Mechanics: Should We Disentangle Them? *NeuroQuantology*, 12(1), 76-95.
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhorta, R., & Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 200-205.
- Soteria Nederland (z.d.). *Op weg naar een herkenbaar andere aanpak van psychotische crises*. Geraadpleegd op 10 april 2017, op <https://www.soterianederland.nl/>
- Spiritual Emergence Network Nederland (z.d.). *Welkom bij SEN Nederland*. Geraadpleegd op 10 april 2017, op <http://www.sennederland.nl/index.html>
- Stanley, M.A., Bush, A.L., Camp, M.E., Jameson, J.P., Phillips, L.L., Barber, C.R.,..., & Cully, J.A. (2011). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Mental Health*, 15(3), 334-343.

- Timmins, F., Neill, F., Murphy, M., Begley, T., & Sheaf, G. (2015). Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 485-491.
- Vaillant, E. (2013). Psychiatry, religion, positive emotions and spirituality. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 590-594.
- Vancampfort, D., Vansteelandt, K., Scheewe, T., Probst, M., Knapen, J., De Herdt, A., & De Hert, M. (2012). Yoga in schizophrenia: a systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(1), 12-20.
- Van der Sijs, N. (2010). Etymologiebank. Geraadpleegd op 2 januari 2017, op <http://etymologiebank.nl/>
- Van Leeuwen, R., Vosselman, M., & Leget, C. (2016). *Zingeving in zorg en welzijn*. Amsterdam: Boom.
- Varambally, S., & Gangadhar, B.N. (2012). Yoga: A spiritual practice with therapeutic value in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 186–189.
- Vereniging voor Transpersoonlijke Psychiatrie (z.d.). *Wat is Transpersoonlijke Psychiatrie?* Geraadpleegd op 28 februari 2017, op <http://www.transpsy.nl>
- Vermandere, M., Choi, Y., De Brabandere, H., Decouttere, R., De Meyere, E., Gheysens, E.,..., Aertgeerts, B. (2012). GPs' views concerning spirituality and the use of the FICA tool in palliative care in Flanders: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 62(603), 718-725.
- Wagner, C. (2014). *Beyond Psychotropics: A Practical Introduction to Non-Drug Therapies and Wellness Basics for Adult Mental Health*. Geraadpleegd op 21 maart 2017 op <http://www.alternativementalhealth.com/wp-content/uploads/2015/03/BeyondPsychotropics.pdf>
- Walsch, J. (2012). Spiritual Interventions with Consumers in Recovery from Mental Illness. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14(4), 229-241.
- Walsch, W.J. (2014). *Nutrient Power: Heal Your Biochemistry and Heal Your Brain*. New York: Skyhorse.
- Whitaker, R. (2016). The Case against Antipsychotics: A Review of their Long-term Effects. Geraadpleegd op 21 maart 2017, op <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/07/The-Case-Against-Antipsychotics.pdf>
- White, H., Price, L., & Barker, T. (2017) Exploring the impact of peer support in early intervention in psychosis. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(2), 102-109.

Williams, J.A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., & Curlin, F.A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), 1265-1271.

Bijlagenlijst

Bijlage 1: FICA en Royal College of Psychiatrists Assessment (Lucchetti, Bassi & Lucchetti, 2013)

<p>FICA³⁵</p> <p><i>F - Faith and Belief</i> Do you consider yourself spiritual or religious? Do you have spiritual beliefs that help you cope with stress? If the patient responds "No," the health care provider might ask, "What gives your life meaning?" Sometimes patients respond with answers such as family, career, or nature.</p> <p><i>I - Importance and Influence</i> What importance does your faith or belief have in our life? Have your beliefs influenced how you take care of yourself in this illness? What role do your beliefs play in regaining your health?</p>	<p><i>C - Community</i> Are you part of a spiritual or religious community? Is this of support to you and how? Is there a group of people you really love or who are important to you?</p> <p><i>A - Address in Care</i> How would you like me, your healthcare provider, to address these issues in your healthcare?</p>
<p>Royal College of Psychiatrists³⁸</p> <p>The following questions are easily asked and not intrusive:</p> <ul style="list-style-type: none">• What is the patient's spiritual/religious background?• Are spiritual/religious beliefs supportive and positive, or anxiety provoking and punitive?• What role did spirituality/religion play in childhood, and how does the patient feel about that now?• What role does spirituality/religion play now in the patient's life?• Is religion/spirituality drawn upon to cope with stress? In what ways?• Is the patient a member of any religious community? Is it supportive?• What is the patient's relationship with their clergy like?• Are there any spiritual/religious issues the patient would like to discuss in therapy?• Do the patient's spiritual/religious beliefs influence the type of therapy he or she would be most comfortable with?• Do those beliefs influence how the person feels about taking medication? <p><i>Setting the scene</i> What is your life all about? Is there anything that gives you a particular sense of meaning or purpose?</p>	<p><i>The past</i> Emotional stress usually involves some kind of loss, or the threat of loss. Have you experienced any major losses or bereavements? What has been the effect, and what ways of coping have you tried?</p> <p><i>The present</i> Do you experience a feeling of belonging and being valued, a sense of safety, respect and dignity? Is there openness of communication both ways between you and other people? Does there seem to be a spiritual aspect to the current problem? Would it help to involve a chaplain, or someone from your faith community? What more needs to be appreciated about your particular religious background?</p> <p><i>The future</i> What does the immediate future seem to hold? What about the longer term? Is there a concern with death and dying, or about the possibility of an afterlife? Would it be helpful to discuss this more? What are your main fears regarding the future? Do you feel the need for forgiveness about anything? What, if anything, gives you hope?</p> <p><i>Remedies</i> What kind of support would help you? How can it be asked for and from whom? Have you considered any self-help options?</p>

