**Existentiële vragen in de GGZ. Laat je niet bang maken!**

*Dr. Vincent van Bruggen*

GZ-psycholoog/gedragstherapeut, Mindfit

Docent/onderzoeker, vakgroep positieve psychologie en technologie, Universiteit Twente

Aandacht voor existentiële vragen in de GGZ lijkt voor de hand te liggen. Cliënten verwoorden vaak ervaringen die te maken hebben met zinloosheid, de angst verkeerde keuzes in het leven te maken of het zich niet verbonden voelen met anderen. Tegelijk komen deze vragen weinig terug in veel gebruikte behandelprotocollen. Er zijn echter goede redenen om aandacht te besteden aan existentiële vragen.

Allereerst omdat het voor de behandelrelatie wezenlijk is dat besproken kan worden wat de ander werkelijk bezig houdt. Daarnaast hebben sommige cliënten een hulpvraag op het gebied van existentiële vragen en dan is het belangrijk dat een hulpverlener weet hoe hij of zij op deze vragen in kan gaan. In de laatste decennia is er binnen de psychologie toenemend onderzoek gedaan naar existentiële vragen en dit onderzoek onderstreept het belang van het onderwerp. De vragen zijn voor veel mensen herkenbaar en problemen in het omgaan met deze vragen hangen samen met psychopathologie. Daarnaast blijkt dat hulpverleners ook zelf met existentiële vragen worstelen en dat dit ook van invloed kan zijn op de manier waarop zij hun werk doen. Zo zijn hulpverleners die zelf meer existentiële angst ervaren mogelijk minder empatisch bij het helpen van cliënten die vragen op dit gebied hebben. Alle reden dus om stil te staan bij de angst die existentiële vragen op kan roepen. We gaan deze dag zien dat het niet nodig is om het onderwerp te vermijden, aangezien het belang hiervan overduidelijk blijkt uit de hulpverleningspraktijk en onderzoek. Daarnaast staan we er ook bij stil dat het hanteren van deze angst waardevol kan zijn voor cliënten en hulpverleners.

In deze lezing worden uitkomsten uit recent onderzoek gepresenteerd en komt aan de orde in hoeverre empirisch onderzoek kan bijdragen aan meer begrip van dit onderwerp en verbetering van werkwijzen in de behandelpraktijk.

**Van GGZ-praktijk naar denkbeelden van de humanistiek, en retour**

*Prof. dr. Arjan Braam*

A-opleider psychiatrie Altrecht, psychiater crisisdienst Utrecht en bijzonder hoogleraar aan de

Universiteit voor Humanistiek te Utrecht

Zingeving komt als term in positievere belangstelling te staan in de geestelijke gezondheidszorg. Voorbeelden daar van zijn het ‘herstel-denken’, naast thema’s als ervaringsdeskundigheid, herstelverhaal en identiteit. Ook komt zingeving meer naar voren in het professionele aspect, zoals ten aanzien van communiceren over zingeving, onderwijs, en arbeidssatisfactie.

Zingeving is geen scherp afgegrensd begrip. Indirect is er een verbinding met bronnen van zingeving, zoals religie (meer verbonden met tradities en instituties) of spiritualiteit (dikwijls meer geïndividualiseerd). Zingeving kan bovendien ‘verticaal’ (met een transcendente component) of ‘horizontaal’ worden opgevat. Doch ook dan wijzen humanistische denkers op transcendente aspecten, zoals verwondering en het zichzelf overstijgen in contact met anderen.

In de huidige bijdrage worden enkele thema’s besproken die in de Universiteit van Humanistiek dagelijks onderwerp van kritische reflectie vormen: humanisering van zorg, zingeving in de zorg (Leget, Frankl), concepten van zingeving (Baumester / Derkx), zorg als een waarde op zich (Tronto), en operationaliseren van zingeving in kwalitatief onderzoek (Anbeek).

Begripsvorming van existentiële crises ten tijde van episodes met psychiatrische klachten kan baat hebben bij het typeren van het soort van existentiële crises en van de fasering van zorg, met name met het oog op interdisciplinaire samenwerking. Een verkennend model wordt hiertoe geïntroduceerd. Inbedding van zingeving als thema in de GGz kan baat hebben bij een richtlijn of generieke module over zingeving in de GGz. Een voorstel tot hoe zo’n document gestalte kan krijgen wordt kort besproken. Beschikbare initiatieven (onderwijs NVvP, KSGV, CvPPP en andere partners in de Federatie Zingeving en Geestelijke Gezondheid) worden genoemd.

**Naar de poëtica van de ander. Het begrijpen van een existentiële crisis verhaal**

*Prof. dr. Anne Goossensen*

‘Kwaliteit van zorg’ onderzoeker vanuit zorgethisch perspectief. Bijzondere leerstoel Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg / leerstoel Informele zorg en Zorgethiek, Universiteit voor Humanistiek te Utrecht

Deze lezing begint met de verkenning van een narratief op fenomenologische wijze. Het verhaal van een vrouw die in een existentiële crisis komt, wordt verkend. Hoe ontstaat de crisis, wat zijn aanleidingen? Hoe bouwt die zich op, ontwikkelt die zich? Wat zijn ervaringen in de crisis en hoe worden die door de persoon zelf geduid? Hoe zoekt ze houvast? Wat zijn ontwikkelingen in de tijd? De beschrijving vindt plaats vanuit een ‘first person perspective’ en biedt zicht op hoe waarden, zingeving en betekenisgeving een rol spelen in dit narratief.

In het tweede deel van de lezing worden verschillende diagnostisch- conceptuele brillen opgezet om dit verhaal te duiden. Hoe kan dit verhaal begrepen worden vanuit een psychologisch begrippenkader, vanuit een existentieel begrippenkader en vanuit een spiritueel begrippenkader? Wat is helder afgebakend en wat loopt door elkaar? Wat zijn consequenties voor het vormgeven van hulp(verlening)? Hoe kan aandacht voor betekenisgeving er uit zien?

Tot slot volgt een afronding waarin het verloop van het narratief wordt geschetst. Hoe ging het verder? Hoe liep het af? En wat zijn mogelijke lessen voor gehanteerde logica’s in de zorg? In hoeverre is de eigen duidingswijze en betekenisgeving van mensen met GGZ problemen relevant? Wanneer worden ze afgedaan als onderdeel van het ziektebeeld? Wanneer als ingang voor het versterken van de werkrelatie? Wanneer als aanwijzingen om de beste behandeling te vinden?

**Bewustzijn als perspectief: een niet-pathologische kijk op psychose**

*Drs. Arjan Lelivelt, MA*

Cognitief psycholoog, geestelijk verzorger, extern onderzoeker UMC Utrecht

*“Binnen de perken zijn de mogelijkheden even onbegrensd als daarbuiten” – J. A. Deelder*

Vertrekkend vanuit inzichten uit de moderne cognitieve bewustzijnsfilosofie en -psychologie (Gibson[[1]](https://paperpile.com/c/jj7x1K/H2Bx), Carlson[[2]](https://paperpile.com/c/jj7x1K/008I), Searle[[3]](https://paperpile.com/c/jj7x1K/8URf)) wordt een poging gedaan om de psychotische ervaring te benaderen als een van vele mogelijke staten van bewustzijn. Zoals de inhoud van “normale” staten van bewustzijn wordt bepaald door een confrontatie met nieuwe informatie in het licht van reeds aanwezige kennis, doelen en vaardigheden waarvan iets te leren valt, kunnen we de psychose eveneens beschouwen als leermoment, zij het van existentiële en -afhankelijk van onze levensbeschouwing- transcendente aard.

Herstel wordt in dit licht primair bezien als herstel van wilsbekwaamheid, letterlijk opgevat als de ontwikkeling van een kundige wil. Deze kundige wil omvat de vaardigheid om oude beperkingen en nieuwe mogelijkheden op elkaar af te stemmen om te kunnen kiezen wat van waarde is, en het gekozene ook daadwerkelijk vorm te geven.

1. 1. [Gibson JJ. The Ecological Approach to Visual Perception. Lawrence Erlbaum Associates; 1979.](http://paperpile.com/b/jj7x1K/H2Bx)
2. 2. [Carlson RA. Experienced Cognition. Lawrence Erlbaum Associates; 1997.](http://paperpile.com/b/jj7x1K/008I)
3. 3. [Searle JR. The Rediscovery of the Mind. MIT Press; 1992.](http://paperpile.com/b/jj7x1K/8URf)

**Zingeving, spiritualiteit en religie in de psychiatrie: waarom en hoe?**

*Dr. Rogier Hoenders*

Psychiater, onderzoeker en manager inhoudelijke zaken, Centrum integrale psychiatrie

Plaatsvervangend opleider psychiatrie bij Lentis

Voorzitter van het consortium voor integrale zorg en gezondheid

Spiritualiteit lijkt op het eerste gezicht weinig te maken te hebben met wetenschap of geneeskunde. Ook heeft het een zweem van vaagheid. Toch blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat het sterk gerelateerd is aan (mentale) gezondheid (Bonelli & Koenig, 2013; Koenig, 2009). Mede daarom hebben gerenommeerde organisaties als de APA (in de VS) en het *Royal college of psychiatrists* (in het VK) secties in het leven geroepen om dit onderwerp te integreren in de psychiatrische zorg en zijn er klinische aanbevelingen geformuleerd (Cook, 2009; Moreira-Almeida, 2014). Het onderwerp is gerelateerd aan een gezonde leefstijl (Hoenders ea, 2014) en positieve gezondheid (Huber ea, 2016). In deze lezing wordt stilgestaan bij definities, wordt een overzicht gegeven van wetenschappelijk onderzoek en wordt ingegaan op het hoe en waarom van spiritualiteit in de GGz aan de hand van praktische voorbeelden.

**Kern referenties:**

Bonelli, R.M., Koenig, H.G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. J. Relig Health; 52:657-731

Cook C, Powell A, Sims  A(eds) (2009) Spirituality and psychiatry.  RCPsych Publications

Koenig, H.G. (2009) Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can J Psychiatry; 54:283-91.

Moreira-Almeida, A., Koenig, H.G. & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr.* Apr-Jun; 36(2):176-82.

**De noodzaak van een existentiële- en sociale benadering bij dementie en hun naasten**

*Prof. mr. dr. Anne-Mei The*

Bijzonder hoogleraar Langdurige Zorg en Dementie aan de Universiteit van Amsterdam (UvA)

Eigenaar van de Tao of Care

Het huidige dementielandschap wordt beheerst door de zoektocht naar de pil, diagnostiek, de kwaliteit van verpleeghuizen en het levenseindedebat. Dit tegen de achtergrond van beeldvorming over dementie als ontmenselijking, wilsonbekwaamheid en ‘lege hulzen’. De genoemde thema’s hebben weliswaar bestaansrecht, maar vormen slechts een beperkt deel van waar het in het dagelijks leven van mensen met dementie werkelijk om gaat. Wat vaak wordt vergeten is dat zij onder de aandoening gewoon mensen blijven met menselijke behoeften, die de draad van hun veranderende leven willen oppakken en er samen met hun dierbaren het beste van willen maken.

De diagnose betekent vaak een reductionisme: men wordt van burger patiënt en van partner mantelzorger. Men voelt zich na de diagnose aan het lot overgelaten en moet zichzelf zien te redden. Medisch kan er weinig worden gedaan en dagelijkse zorg is nog niet nodig. Onterecht wordt geconcludeerd dat er dan geen ondersteuningsbehoeften zouden zijn. Het gaat - en zeker in de beginjaren - hoe met het veranderende leven om te gaan en nieuwe doelen te stellen, zoals zoeken naar wat nog wel kan en bevrediging geeft. Het gaat ook om de impact die de ziekte heeft op sociale relaties. De omgeving vindt het vaak moeilijk met dementie om te gaan en blijft weg. Aan dementie kleeft een stigma en men voelt zich regelmatig niet voor vol aangezien en een tweederangsburger.

In de voordracht wordt een pleidooi gehouden voor een existentiële en sociale benadering van dementie voor mensen met dementie en hun naasten en daarvan een praktijkagenda gepresenteerd.

**Schizofrenie, mijn dagelijkse realiteit**

*Saskia Bos*

Auteur van het boek Schizofrenie en bergen beklimmen

Ik merkte op mijn elfde dat er is mis was en mijn hoofd en daarna begon de lange zoektocht naar de juiste diagnose en behandeling. Verschillende instellingen en behandelingen passeren de revue, maar de klachten bleven. Elf opnames in zeven verschillende instellingen maken dat ik veel heb gezien en ervaren in de psychiatrie. Goede dingen en lieve mensen, maar ook traumatische dingen en artsen die hun pil of behandeling belangrijker vonden dan mijn welzijn. Op mijn 22e werd ik voor het laatst opgenomen. Tijdens die opname was er zoveel drang en dwang, dat ik nooit meer naar de GGZ wilde. Echt zinvol leek dat ook niet, want ik was zo goed als uitbehandeld.

Na die laatste opname wilde ik maar één ding. Ik wilde dood. Ik vroeg om euthanasie bij de huisarts en deed een zelfmoordpoging. Na maanden werd mijn doodswens minder en vond ik heel langzaam een manier om met mijn ziekte om te gaan. Al snel was duidelijk dat normale dingen die voor iedereen vanzelfsprekend zijn, voor mij niet waren weggelegd. Wonen, werken en de dag door komen, bleek nog niet zo gemakkelijk en er was maar weinig maatschappelijke hulp. Mijn ouders hebben alle hulp geboden die ik nodig had en zo heb ik geleerd een zo zelfstandig mogelijk leven te lijden.

Naast een rustig dagelijks leven heb ik de afgelopen jaren nog iets gevonden, iets dat mijn leven de moeite waard maakt om te leven: een passie! Ik ben gek op berglandschappen en ik heb mijn droom om een paar keer per jaar naar de bergen te kunnen gaan, waar kunnen maken. Ik maak solo en volledig zelfvoorzienend trektochten door de hoogste en ruigste berggebieden van Europa en ik geniet daar volop. Ik ga alleen, want met een groepsreis is veel te druk en daarvoor word ik afgewezen. Maar wat maakt het uit? Ik kan alleen de bergen in en heb dan niemand nodig!

Niemand nodig? Jawel, natuurlijk heb ik iemand nodig. Sterker nog, ik zoek nog steeds de juiste hulp om mijn leven met schizofrenie hanteerbaar te houden, hulp dat ik op dit moment niet vinden kan.

Maar voorlopig red ik het net, met hulp van mijn hond en ouders. Hoewel ik elke dag bang ben voor de dag waarop ik het niet meer red en nog maar één uitweg zie...

Meer van mijn verhaal kunt u lezen op mijn blog: <http://schizofrenieenbergenbeklimmen.nl/blog-2/> of in mijn boek **'Schizofrenie en bergen beklimmen'**.

Ook heb ik in november 2017 een interview gegeven voor EenVandaag n.a.v. het grote aantal aanmeldingen van mensen de psychisch lijden bij de levenseindekliniek. Een deel van het interview is te vinden op YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=JDo-GYH95A4>.

**Existentiële dimensie en palliatieve psychiatrie**

*Prof. dr. Jim van Os*

Voorzitter Divisie Hersenen UMC Utrecht

Het proces van persoonlijk herstel bij psychisch lijden is moeilijk. Het is ook niet altijd mogelijk. Maar dat er weinig ruimte voor is binnen de huidige geestelijke gezondheidszorg is duidelijk*.* Wie niet beter wordt, in de zin van symptoomvermindering, past niet goed in het bestel van de huidige geestelijke gezondheidszorg. De niet-genezende patiënt met psychisch lijden kan zelfs een uitzondering worden die drukt op het behandelresultaat van de instelling. Waar die instelling op afgerekend wordt. De vervreemding van ‘er niet bij horen’ die de niet-genezende patiënt gaandeweg ervaart in opeenvolgende contacten met het ggz-systeem, kan worden geïnternaliseerd en een gevoel van hopeloosheid doen ontstaan.

Onder deze omstandigheden moet er voor worden gewaakt dat euthanasie niet de ultieme medische oplossing wordt voor ‘onbehandelbaarheid’ en ‘uitzichtloosheid’. Euthanasie als de ‘last resort’ medische behandeling. De laatste kans om alsnog te passen in het model van technische symptoombestrijding. In deze lezing stellen we de vraag: is er een verband tussen de groeiende vraag naar euthanasie bij mensen met ernstig psychisch lijden en mogelijke taal- en handelingsverlegenheid die is ontstaan rond ‘onbehandelbaar’ psychisch lijden? De vraag in hoeverre euthanasie, als medische handeling, de prijs is die wij sommige mensen laten betalen voor het dominante idee van meetbaarheid en maakbaarheid als fundament van ‘kwaliteit’ in de huidige ggz, mag niet worden ontweken. Als er ernstige tekorten waren in de palliatieve zorg voor kanker, en de vraag naar euthanasie hierdoor zou toenemen, zou er een debat volgen. Laten we hetzelfde doen voor de ggz. Wat is palliatieve psychiatrie en wat is er nodig om deze te laten landen in de praktijk van de ggz in Nederland?