

# Transpersoonlijke psychiatrie: klip of kans?

*“You should be open-minded, but not so open-minded that your brains fall out” (Jacob Needleman)*



Jean-Marie Decuyper ([www.dokterdecuyper.be](http://www.dokterdecuyper.be)) is psychiater, medeoprichter en voormalig bestuurslid van de Vereniging voor Transpersoonlijke Psychiatrie ([www.transpsy.nl](http://www.transpsy.nl)), en auteur van verschillende artikelen over het raakvlak tussen psychologie en spiritualiteit.

Transpersoonlijke psychiatrie is gegroeid vanuit de transpersoonlijke psychologie, die midden jaren '60 ontstond vanuit de humanistische psychologie met de bedoeling om op een wetenschappelijke manier onderwerpen te benaderen die traditioneel behoren tot het domein van religie en spiritualiteit. Meer en meer groeit het besef dat de mens niet alleen op biopsychosociaal niveau functioneert maar ook een spirituele dimensie heeft. Bovendien vragen veel patiënten naar een behandeling waarbij aandacht geschonken wordt aan levensbeschouwelijke zaken.

Tijdens hun ontwikkeling komen mensen voor grote levensvragen te staan en kunnen ze in moeilijkheden geraken en psychiatrische hulp nodig hebben. Bijvoorbeeld naar aanleiding van een pijnlijk verlies van oude geloofsovertuigingen, het moeizame zoeken naar een meer eigentijdse spirituele beleving, de verwerking van ongewone spirituele ervaringen, het verstrikt raken in één of andere sekte,...

Transpersoonlijke psychiatrie is dan in eerste instantie 'gewone psychiatrie' met alles wat daarbij komt kijken, maar die tevens wil onderzoeken hoe die verstoorde of geblokkeerde ontwikkeling beïnvloed en geheeld kan worden.

Transpersoonlijke psychiatrie is dus een stroming *binnen* de psychiatrie die zich inzet voor onderzoek en integratie van de spirituele dimensie in de mens. Ook in de dagdagelijkse 'gewone praktijk' kan de psychiater geconfronteerd worden met zingevingsvragen, situaties en opmerkingen van cliënten waarbij een beetje transpersoonlijke achtergrond, al is het maar een theoretisch venster, toch een meerwaarde biedt omdat daardoor het contact met de cliënt verbetert én de therapietrouw er op vooruit gaat.

## Een voorproefje van de lezing (1w)...

### 1) Waarover gaat het (niet)?



Heeft het impliciete mens- en wereldbeeld van de psychiater invloed (verbaal/non-verbaal) op de cliënt?

Is die invloed gunstig = helpend voor de cliënt?

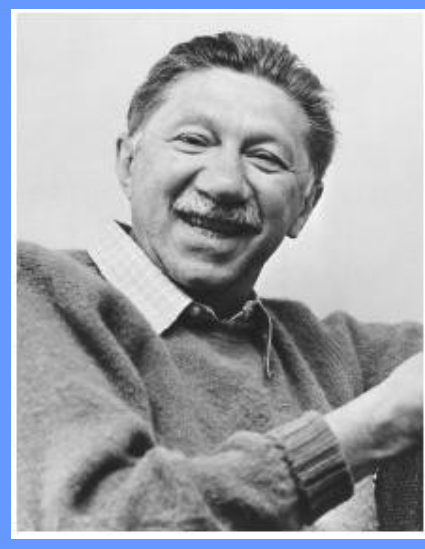
### Communicatie-mismatch

Er is een stortvloed aan evidence based materiaal waaruit blijkt dat het merendeel van de bevolking beroep doet op 'spiritualiteit' (religie, geloof in God, ...) als copingstrategie.

Daar tegenover staat dat de meerderheid van de psychiaters en psychologen ongelovig (geworden) zijn.

→ Dialoog bevorderen o.a. door 'religieuze anamnese' (evaluatie van de geloofsovertuiging als copingstrategie)

### 2) Algemene situering (historiek, kritiek, topics, ...)



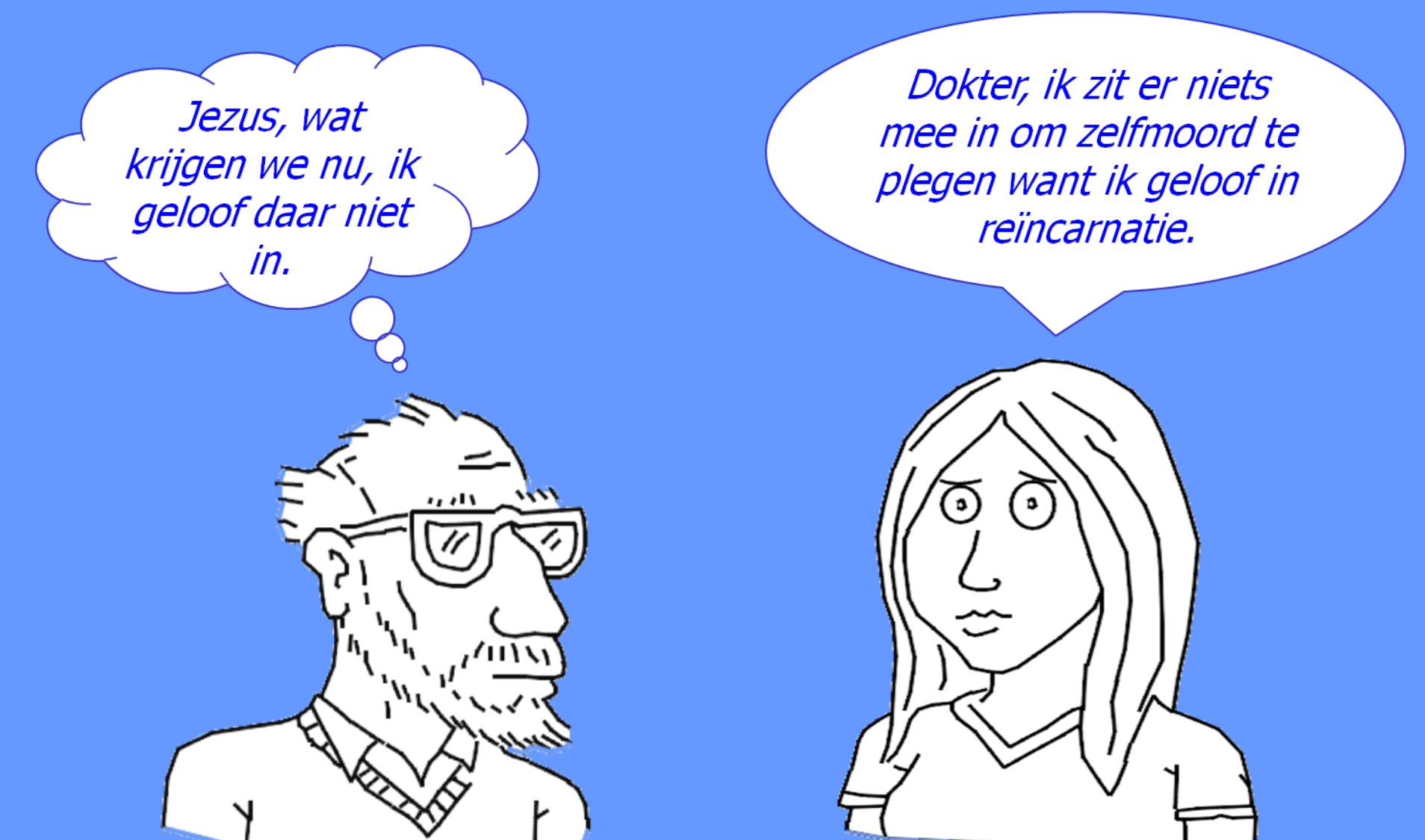
Onder aanvoering van Abraham Maslow (1908-1970), ontstond het gevoel dat er een nieuwe school moest worden opgericht die zich expliciet op het spirituele zou richten. De humanistische psychologie deed dat niet of onvoldoende. Spiritualiteit is een levenshouding. Transpersoonlijke psychologie de wetenschappelijke bestudering daarvan.



Na het Human Genome Project is het volgens Ken Wilber (°1949) nu tijd voor het Human Consciousness Project (het volledig spectrum van het menselijk bewustzijn in kaart brengen)

### 3) Casussen

1. De schizofrene patiënt
2. De depressieve patiënt
3. De ongewone informatie
4. De ongewone ervaring
5. (Bijna dood)



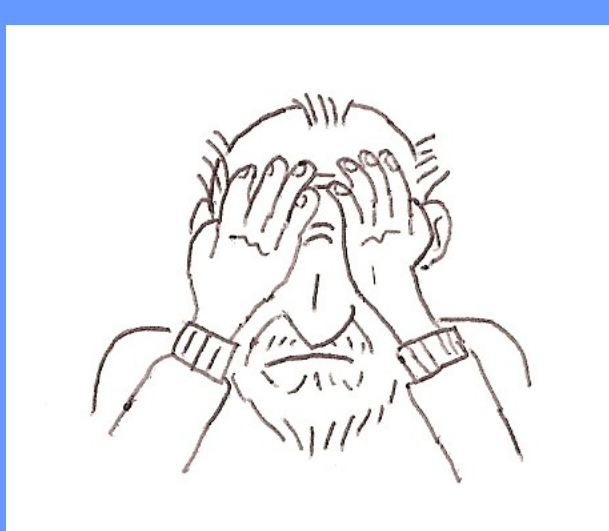
Is de patiënt daardoor buiten gevaar? Neen.  
Is hij/zij daardoor minder depressief? Neen.

Wat dan wel?

- 1) Je hebt 'contact' op een vitaal punt nl. de spirituele coping
- 2) Contact met een suicidale patiënt = levenslijn
- 3) Ook in de toekomst ben je wellicht acceptabel én als gesprekspartner én als voorschrijver van antidepressiva (therapietrouw)

### 4) Het (on)geloof van de psychiater

'Al die alternatieve en spirituele dingen, ik vind dat eigenlijk best wel interessant, patiënten zijn er zelf ook mee bezig, maar ik weet er veel te weinig over om ze daarin te kunnen coachen.



Want ze komen met van alles af hé – hoe heet het allemaal: healing, reiki, channeling – maar ik weet daar te weinig over. Wie is daar goed in, wie niet, waar moet je op letten? Welke patiënt kan daar baat bij hebben, wie blijft er best van af?

Verder dan *pas toch maar op* gaat mijn advies niet. En als psychiater zou ik tegen mijn patiënten toch graag wat meer kunnen vertellen dan *pas op*.'



### 5) Aanbevelingen

1. Start met enige basiskennis over het onderwerp (R/ zelfstudie over mogelijkheden, beperkingen, valkuilen)
2. Omkader jezelf (R/ intervisie, supervisie)
3. Zorg voor een heldere communicatie (R/ vermijd spraakverwarring en valse beloftes)
4. Hoed u voor een gesloten systeem met één autoriteit (R/ second en third opinion)
5. Grijp tijdig in als het fout loopt (R/ sta open voor feedback van cliënten en medewerkers)