

Psychische stoornissen raken mensen in de kern van hun existentie. Vaak roepen ze fundamentele vragen op naar zin en betekenis, en hebben ze invloed op hoe mensen kijken naar zichzelf, naar anderen, de wereld en God. In de klinische godsdienstpsychologie staan de relaties tussen psychopathologie en religie en zingeving centraal. Hanneke Schaap-Jonker werkt vier stellingen inhoudelijk uit. ‘Existentieel herstel is richtinggevend voor klinisch herstel.’

CONTOUREN VAN EEN HEDENDAAGSE KLINISCHE GODSDIENSTPSYCHOLOGIE

HERSTEL, HOOP EN COMPASSIE

HET VAKGEBIED

Godsdienstpsychologen richten zich op de *functie* van religie en zingeving voor het mentaal welbevinden van mensen: hoe en in hoeverre dragen religie en zingeving in positieve of negatieve zin bij aan het psychisch functioneren? Daarnaast onderzoeken ze hoe psychologische processen een rol spelen in geloof en ongeloof, in ervaringen van zin en zinloosheid, in twijfel en religieuze worstelingen.

In de klinische godsdienstpsychologie worden genoemde relaties onderzocht in de context van psychopathologie en mentale gezondheid. Hoe hangen psychische klachten of psychiatrische stoornissen samen met religie en spiritualiteit? Maakt geloof ziek, of is het juist een helpende factor in het herstel, of zelfs in het voorkomen van psychische ziekte? Speelt het een rol in de presentatie en het beloop van de klachten? Hoe dan, en waarom, en wanneer en bij wie? En andersom: wat doet het met de religieuze overtuigingen, de geloofsbeleving, religieuze praktijken, en het ervaren van zin en betekenis wanneer mensen een psychiatrische stoornis hebben? Welke gevolgen heeft psychisch lijden voor de manier waarop iemand in het leven staat?

Ter illustratie een casus van een jonge vrouw die ik Anna noem. Anna is 20 jaar als zij zich bij de ggz meldt met angst- en stressklachten, paniekaanvallen en eetgedrag dat ze als problematisch ervaart. Anna stelt hoge eisen aan zichzelf en is onzeker in relaties. Er lijkt sprake van sociaal perfectionisme en aanpassing: ze probeert altijd de ideale vriendin, het ideale kind, de ideale student te zijn en het anderen zo aangenaam mogelijk te maken. Anna raakt in paniek wanneer het stil blijft, wanneer vrienden bijvoorbeeld niet reageren op een vraag of een berichtje van haar kant. Eetbuien helpen voor even – maar resulteren ook in een nieuw gevoel van falen.

Over geloof en zingeving wil Anna niet te veel nadenken. Bidden deed ze als kind zeer regelmatig, maar daar is ze mee gestopt. Het blijft toch stil, God hoort haar blijkbaar niet. Haar hoofd zit dermate vol met angst en stress dat er weinig ruimte is voor reflectie. Zingeving is iets waar ze zich niet mee bezighoudt. Ze wil alle zeilen bijzetten om haar opleiding te halen. Eigenlijk heeft ze ook helemaal geen tijd voor therapeutische gesprekken. En het is sowieso al stom dat die nodig zijn.

Hoe en in hoeverre dragen religie en zingeving in positieve of negatieve zin bij aan het psychisch functioneren?

Anna vertelt maar weinig over religie en zingeving. Toch wil een klinisch godsdienstpsycholoog weten – en dat geldt evenzeer voor een goede hulpverlener – hoe zij in het leven staat, hoe ze zich verhoudt tot zichzelf en haar klachten, tot anderen, de wereld en God. Om de functie van geloof en zingeving (of het haperen of ontbreken daarvan) in de context van de psychiatrische stoornis goed te kunnen begrijpen, is het van belang om ook kennis te hebben van en inzicht in de inhoud ervan. Anders gezegd: het hoe en waarom van religie en spiritualiteit is niet te begrijpen zonder het wat. Mijn eerste stelling luidt dan ook:

Stelling 1: In de klinische godsdienstpsychologie is de inhoud van religie en zingeving van wezenlijk belang voor het begrijpen van de functie ervan.

Nadruk op de inhoud van religie, spiritualiteit en zingeving is voor psychologen niet vanzelfsprekend. Mainstream psychologie werkt immers met kwantitatieve data, met vragenlijsten en totaalscores, met experimenten en quasi-experimenten, met latente constructen en statistische modellen. Dat levert veel goeds op, maar kan ook leiden tot een versmalling.

Gelukkig is er momenteel in de ggz en in wetenschappelijk onderzoek binnen de ggz meer aandacht voor zingeving dan in vroeger tijden. Maar mijn pleidooi is dat er een stap verder gezet wordt en er aandacht komt voor de inhoud van die zingeving, inclusief religie. Juist in een tijd waarin religieuze overtuigingen, ervaringen en praktijken in aanzienlijke mate zijn geïndividualiseerd en gepersonaliseerd, maar ook divers zijn, in een pluriforme cultuur met een variëteit aan religieuze stromingen, in een tijd waarin zingeving ook bricolage is, een zelf samenstellen van je pakket aan spiritualiteit, is zicht op de inhoud van religie, spiritualiteit en zingeving, zicht op de inhoud van existentiële factoren, essentieel (Zock, 2006).

Nu houdt de klinische godsdienstpsychologie zich niet uitsluitend bezig met religie en spiritualiteit in de context van psychopathologie dan wel psychiatrie en verslavingszorg. Het gaat ook om existentiële factoren in bredere zin, die niet noodzakelijkerwijs religieus ingevuld zijn. Hoop is zo'n cruciale existentiële factor, die ook in niet-religieuze vorm als fundamentele, drijvende kracht in het bestaan kan fungeren. Hoop kan tot uiting komen in positieve gestemdheid, in verwachting, in vertrouwen en je toevertrouwen aan anderen (Glas, 2009). Het hangt samen met de motivatie om doelen te bereiken en met de overtuiging dat je in staat bent om die te bereiken (Snyder et al., 2000). Daarom wordt hoop gezien als een cruciale factor in therapie en als sleutel tot herstel (Slade & Longen, 2015; Spandler & Stickley, 2011; Werner, 2012; Sadeghi, Ebrahimi & Vatandoust, 2015; Schrank et al., 2012).

Terug naar de casus van Anna. Is er toch iets meer te zeggen over haar zingeving? Hoe staat het met de hoop? Waar hoopt ze op?

Anna verkent met haar hulpverlener waarom ze zo in paniek raakt als het voor haar gevoel stil blijft. Ze bespreken hoe het vroeger thuis ging, toen ze kind was. Anna's ouders vonden opvoeden ingewikkeld. Haar moeder zei eens: 'Kinderen bezorgen je alleen maar last' – en bij haar vader was geen ruimte voor fouten. Anna ging daarom heel hard haar best doen, ze probeerde het perfecte kind te zijn. Echter, bij tegenvallende schoolprestaties bleef het stil, net als op andere momenten waarop ze niet voldeed aan de verwachtingen of de eisen van haar ouders. Stilte van een ijzingwekkend soort: het venijn van de veroordeling zat 'm in wat er niet gezegd werd. Er werd gezwegen uit angst voor conflict, er was subtiële manipulatie, een wachten wie als eerste over de brug kwam – en meestal was dat Anna.

Hoop is een worsteling voor haar. Ze durft nauwelijks te verkennen waar ze nu eigenlijk op hoopt. Het lukt nog wel om te bedenken dat ze graag aanvaarding wil. Maar daar iets bij voelen, dat is te bedreigend. Eigenlijk rekent ze nergens meer op – ook niet in relatie tot God. Het is misschien maar het beste te zorgen dat je niemand nodig hebt en je voor te nemen: ik doe het zelf wel, denkt ze.

HERSTEL

Klinische godsdienstpsychologie bestudeert de wederzijdse relatie tussen psychopathologie en religie, spiritualiteit en existentie. Psychopathologie is daarbij geen vast gegeven,

maar kent een ontwikkelproces en veranderproces. Datzelfde geldt voor religieuze en existentiële factoren. Bij existentiële crises of *religious struggles* kunnen de worsteling en het gevecht om zin en betekenis verergeren, maar er kan ook herstel optreden – en dat is wat we dan existentieel herstel noemen. Existentieel herstel omvat hoop en zingeving, geloof en geloofsbeleving, en gaat over identiteit en de wijze waarop je je verhoudt tot jezelf en je klachten (Leamy et al., 2011; De Jong & Schaap-Jonker, 2016). In al deze aspecten van existentieel herstel kan de thematiek van oordeel en aanvaarding een rol spelen.

Existentieel herstel is een belangrijk onderzoeksthema in de klinische godsdienstpsychologie, die ook een toegepaste wetenschap wil zijn en relevant voor de geestelijke gezondheidszorg (Pargament et al., 2013). Dit sluit aan bij het belang dat aan herstel (en persoonlijk herstel) gehecht wordt binnen grote delen van de hedendaagse ggz. Belangrijke ontwikkelingen in het domein van de ggz vinden plaats of worden voorgesteld onder de labels herstelgeoriënteerde zorg, 'nieuwe ggz' (Delespaul et al., 2017) en *redesigning psychiatry* (Van den Berg et al., 2018). Behandeling of begeleiding heeft daarbij herstel in brede zin als doel, waarbij het niet alleen gaat om afname van de klachten, maar ook om leren omgaan met je beperkingen, inzicht in patronen, herstel van hoop en zingeving (Leamy et al., 2011; Whitley & Drake, 2010). Herstel omvat ontplooiing: je losmaken van de druk van (zelf)stigma en het herdefiniëren van je eigen verhaal, om met zelfvertrouwen een zinvol en betekenisvol leven te leiden ondanks of voorbij je klachten (Van den Berg et al., 2018; Boevink, 2017). Juist op deze punten heeft de klinische godsdienstpsychologie met haar aandacht voor existentieel herstel, (de inhoud van) religie en zingeving, narrativiteit en levensverhaal, de psychiatrie veel te bieden.

Het is opvallend dat patiënten in hun denken over gezondheid en herstel de nadruk leggen op persoonlijk herstel en zingeving – meer dan zorgverleners, die toch vooral de neiging hebben om herstel op een medische manier te bekijken. Patiënten zijn van mening dat existentiële zingeving gezondheidsbevorderend is en een belangrijke dimensie in het herstelproces (Huber & Garssen, 2016; Huber et al., 2016). Mijn tweede stelling sluit hierbij aan:

Stelling 2: Existentieel herstel is richtinggevend voor klinisch herstel.

In de klinische praktijk vinden we voldoende illustraties die deze stelling onderstrepen. Als iemand geen doel in het leven heeft, het leven als zinloos ervaart, waarom zou hij of zij

moeite doen om van zijn of haar verslaving af te komen? Als je weer ontdekt waar je het voor doet, als je hoop hebt of krijgt dat het goed kan komen en dat het beter kan worden, geeft dat ook vechtlust en uithoudingsvermogen om het proces van herstel door te gaan.

Nu is het ingewikkelde dat de pathologie dat vermogen tot hopen en zingeving kan ondermijnen (Glas, 2017; Sadeghi, Ebrahimi & Vatandoust, 2015). Bij depressie bijvoorbeeld kan demoralisatie optreden, hopeloosheid en diepe wanhoop (Clarke & Kissane, 2002). De manier waarop mensen zich dan verhouden tot hun ziekte of stoornis wordt gekenmerkt door onmacht en uitzichtloosheid. Voor behandeling betekent dit dat juist die existentiële factoren aandacht vragen in relatie tot de pathologie, dat aandacht voor existentieel herstel essentieel is en dat interventies met het oog op existentieel herstel gewenst kunnen zijn. Het gaat daarbij dus om de veranderingen in hoop, zingeving en geloof – veranderingen die bepalend kunnen zijn voor het herstelproces als geheel.

Bij Anna wordt een kleine verandering zichtbaar in de relatie met haar behandelaar. Aanvankelijk durft ze zichzelf nauwelijks te geven in het contact, en is ze heel sensitief op signalen van veroordeling: 'Dat zul je wel raar van me vinden' en 'Dit heb ik eerder ook al verteld, je vindt me vast vervelend.' Maar langzamerhand komt er ruimte voor vertrouwen en ontvangen en durft ze toe te laten dat ze aanvaard wordt met al haar struggles, dat haar verlangens er mogen zijn. Er ontstaat hoop op dieper contact met anderen, op relaties die niet bepaald worden door beoordelen en beoordeeld worden, maar door onvoorwaardelijke aanvaarding. Voorzichtig ontstaat er ook iets van hoop in het religieuze domein, hoop op verandering in het existentiële vacuüm, hoop op een woord dat de stilte doorbreekt, hoop op verbinding en aanvaarding.

Existentieel herstel omvat hoop en zingeving, geloof en geloofsbeleving, en gaat over identiteit en de wijze waarop je je verhoudt tot jezelf en je klachten

Het ervaren van zin en doel in het leven hangt samen met minder psychopathologie en minder verslaving

In hoeverre bevestigt de bestaande literatuur nu de stelling dat existentieel herstel richtinggevend is voor klinisch herstel? Daar zijn aanwijzingen voor, al gaat het maar om een klein aantal studies. Zo werd in een studie in verslavingsklinieken gevonden dat niet religie of religieuze betrokkenheid of gedrag een voorspeller was van abstinentie, maar veranderingen in religie en spiritualiteit, dus *spiritual change* (Zemore, 2007). Een andere longitudinale studie onder alcoholverslaafden laat vergelijkbare resultaten zien: religie bij de start van de behandeling was niet voorspellend voor de uitkomst van de behandeling, maar een *verandering* in spiritualiteit (Kaskutas, Bond & Weisner, 2003) – en bij heroïneverslaafden gold hetzelfde (Richard, Bell & Carlson, 2000).

Nu moet bij deze studies bedacht worden dat ze uitgevoerd zijn in een specifieke context, namelijk de Amerikaanse, met een specifiek behandelprogramma. Dat onderstreept eens te meer dat er op dit punt sprake is van een lacune in de onderzoeksliteratuur; maar weinig studies focussen op de rol van existentieel herstel bij klinisch herstel. Er zijn wel veel studies die kijken naar de rol van existentiële factoren, maar die kijken dan vooral naar de voorspellende waarde van religie en spiritualiteit bij baseline/ bij start behandeling, of er wordt cross-sectioneel onderzoek gedaan.

Op zich is dat onderzoek ontzettend interessant en relevant – zo weten we, om een aantal voorbeelden te noemen, dat het ervaren van zin en doel in het leven samenhangt met minder psychopathologie en minder verslaving (Steger, 2012), dat suicidaliteit onder jongeren in Ecuador niet zozeer voorspeld wordt door depressie maar door zingevingscrisis (Schnell, Gerstner & Krampe, 2018), dat alcoholverslaafde cliënten die een doel in het leven ervaren een grotere kans hebben om na vijftien maanden abtinent te zijn (Krentzman, Farkas & Townsend, 2010), dat geloof in God samengaat met betere behandeluitkomsten (Rosmarin et al., 2013), en dat bij psychotische patiënten met diagnose schizofrenie existentieel herstel samengaat met klinisch herstel (Macpherson et al., 2016; Van Eck et al., 2018).

Maar het is niet voldoende. In de context van de eerdergenoemde ontwikkelingen in de psychiatrie zijn juist studies nodig naar *verandering* in religie en zingeving in relatie tot

herstel, naar het potentieel van *existentieel herstel* in de context van behandeling en begeleiding. Dat geldt eens te meer omdat er aanwijzingen zijn dat aandacht voor religieuze en existentiële factoren in de behandeling bijdragen aan het behandelresultaat (Goldner-Vukov, Moore & Cupina, 2007; Rosmarin et al. 2010; Weber & Pargament, 2014), dat 'hoop-therapie' en andere interventies vanuit de positieve psychologie leiden tot meer welbevinden en herstel (Bolier et al., 2013) en dat therapie die aansluit bij de kracht van mensen tot beter resultaat leidt dan therapie die problemen wil oplossen (Cheavens et al., 2012).

Daarom zal de rol van existentieel herstel in het klinisch herstel een belangrijk onderzoeksthema vormen binnen mijn leerstoel en zal onderzoek naar de voorspellende waarde van existentieel herstel voor het beloop van de stoornis en behandelresultaat, zowel binnen de psychiatrie als de verslavingszorg, veel aandacht krijgen. De eerste signalen zijn veelbelovend. Zo werd in een *randomized control trial* (RCT) onder depressieve cliënten gevonden dat juist de *verandering* in positieve religieuze coping bij de experimentele groep de invloed van *religious struggles* op het welbevinden modereerde (Verhoeff-Korpershoek, Van der Burg & Schaap-Jonker, *submitted*).

METHODIEK

Voor een hedendaagse klinische godsdienstpsychologie is onderzoek naar de relaties tussen existentieel herstel en klinisch herstel cruciaal. Maar hoe onderzoek je dat? Hoe krijg je goed zicht op de verschillende aspecten van religie en zingeving en de manier waarop die veranderen? Dat brengt mij bij de derde stelling.

Stelling 3: Religie en zingeving zijn dynamische en multidimensionale constructen en moeten ook als zodanig onderzocht en gemeten worden binnen de klinische godsdienstpsychologie, juist met het oog op beloop van de klachten en behandelresultaat.

De tijd ligt achter ons dat we uitsluitend kunnen vragen naar religieuze achtergrond of religieuze praktijken. We zullen meerdere dimensies van religie en zingeving moeten uitvragen – overtuigingen, ervaringen, gedragingen,

waarden, manieren van coping, et cetera (Fetzer Institute, 2003; Hill & Hall, 1999) – en die ook op meerdere momenten moeten meten. Dat lijkt wellicht vanzelfsprekend, maar dat is het niet. Nog steeds heeft veel onderzoek naar religie en geestelijke gezondheid een correlatieve design, in een groot aantal longitudinale epidemiologische studies wordt religie alleen bij aanvang beperkt gemeten en blijft zingeving buiten beeld. Opnieuw geldt dat het mooi is dat dit gebeurt, maar het is niet genoeg. Binnen mijn leerstoel zal ik dan ook samen met anderen werken aan longitudinale studies, ook met een prospectief design, met variërende tijdsintervallen. Zo kunnen we niet alleen de dynamiek van constructen op het spoor komen, maar ook inzicht krijgen in psychologische causaliteit (Bakan, 1966), en dus ook iets zeggen over de manieren waarop psychopathologie en *religious struggles* of existentiële crises, klinisch en existentieel herstel elkaar beïnvloeden (Pirutinsky et al., 2011); ook hier is nog maar weinig onderzoek naar gedaan.

Een goed voorbeeld van longitudinaal onderzoek naar de dynamiek van religie en zingeving in relatie tot psychopathologie is het onderzoeksproject van Bart van den Brink, psychiater bij Eleos en inmiddels als promovendus verbonden aan mijn bijzondere leerstoel. Hij bestudeert via *ESM* (Experience Sampling Method) de interacties tussen religie/zingeving, depressie en suïcidaliteit. Tot op heden is, voor zover bekend althans, deze methodiek nog maar een keer ingezet voor het meten van religie en spiritualiteit, in de USA, bij een algemene sample (project Soul Pulse; Kucinskis, Wright & Riepl, 2018). Binnen een klinische setting is het dus een uniek en ook veelbelovend project met een belangrijk maatschappelijk doel, namelijk het verbeteren van de zorg aan depressieve cliënten en het terugdringen van suïcides.

ZELFVEROORDELING EN ZELFCOMPASSIE

Eerder heb ik existentieel herstel uiteengelegd in drie aspecten: hoop en zingeving, geloofsbeleving en identiteit. Ik wil nu toespitsen op het aspect van identiteit. Identiteit gaat over de vraag wie je bent, hoe je naar jezelf kijkt en hoe je je tot je eigen levensgeschiedenis verhoudt. Identiteit kent dus een reflectief en evaluatief aspect. Hier komt de dynamiek van oordeel en aanvaarding opnieuw naar voren. In hoeverre kun je aanvaarden dat je bent zoals je bent, of kijk je kritisch naar jezelf en wil je liever anders zijn? Zelfkritiek kan heel gemakkelijk een rol spelen in hoe je je verhoudt tot jezelf. Vaak gaat het hierbij om de geïnternaliseerde veroordeling en kritiek van anderen en staat oordeel voorop in relaties, of

heeft het een dominante rol gespeeld in de hechtingsgeschiedenis (Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2011).

Bij veel psychopathologie spelen zelfkritiek en zelfveroordeling een rol, en zelfkritische mensen hebben een verhoogd risico op psychische problemen (Gilbert et al., 2004). Zelfkritiek als transdiagnostisch construct staat dan ook in de belangstelling in het recente wetenschappelijk onderzoek (McIntyre, Smith & Rimes, 2018). Uit cross-sectionele en longitudinale studies blijkt dat er een relatie is tussen zelfkritiek en de aard, ernst en duur van psychische klachten. Zo hangt een zelfkritische houding samen met neerslachtigheid en somberheid, met de ernst van depressie, met het aantal en de duur van stemmingsstoornissen (Ehret, Joorman & Berking, 2015; Mongrain & Leather, 2006), met suïcidaliteit en met suïcidaal gedrag (Campos et al., 2018; Faza & Page, 2003). Zelfkritiek is ook een voorspeller van toekomstige depressieve episodes (Mongrain & Leather, 2006). Eetstoornissen (Noordenbos & Van Geest, 2017) en persoonlijkheidsstoornissen (Donald et al., 2019; Lowyck et al., 2017) hangen eveneens samen met zelfkritiek en zelfveroordeling. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat verslaving aan opiaten samenhangt met zelfkritiek (Blatt et al., 1984).

Zelfkritische mensen hebben een verhoogd risico op psychische problemen

Zelfkritiek en zelfveroordeling spelen nog op een andere manier een rol bij psychische ziekte en psychische stoornissen, namelijk in de veroordeling van de problematiek of van de eigen persoon als iemand met een psychische ziekte of stoornis. De problematiek mag er niet zijn, mensen vinden het moeilijk om te erkennen dat er zich heftige dingen in hun verleden hebben afgespeeld en vinden dat het over moet zijn – en hier zitten aangrijpingspunten voor existentieel herstel.

Het is interessant dat binnen de positieve psychologie aandacht is voor de rol van zelfkritiek en zelfveroordeling. Bekende psychologische concepten als zelfwaardering en zelfrespect worden daarbij ter discussie gesteld, juist omdat ze gebaseerd zijn op vergelijkingen en oordelen. Een

interessante analyse die vraagtekens plaatst bij manieren van kijken en reageren die in onze samenleving, maar ook in de psychologie, vaak de standaard vormen. Als alternatief wordt gewezen op zelfcompassie, wat gaat over een aanvaardende, niet-veroordelende en vriendelijke houding naar jezelf, je eigen tekort en lijden. Zelfcompassie betekent dat je open staat voor je eigen lijden, dat je niet vermijdt en waarvan je geen afstand neemt, maar waar je met vriendelijkheid naar kijkt en wat je ziet als iets wat hoort bij het menszijn. 'Common humanity' wordt dat genoemd – menszijn betekent dat je sterfelijk, kwetsbaar en onvolmaakt bent, anderen hebben dat ook, en frustraties of lijden hoeven dus geen isolement te betekenen (Neff, 2003, p. 87).¹

Zelfcompassie beschouw ik als een existentieel proces, als een manier van je verhouden tot jezelf en je stoornis, en niet slechts als een emotieregulatiestrategie (Ehret, Joorman & Berking, 2018; Diedrich et al., 2016). Speelt zelfcompassie als existentiële factor nu ook een rol in herstel? Daar lijkt het wel op. Empirisch onderzoek laat zien dat zelfcompassie consistent samengaat met minder angst en depressie, minder ruminatie, perfectionisme en faalangst, en een groter vermogen om met allerlei *life stressors* om te gaan, waaronder kindermishandeling (Bluth & Neff, 2018; Neff & Germer, 2013; Vetesse et al., 2011). Zelfcompassie is een voorspeller van minder depressieve symptomen (en niet andersom); datzelfde geldt voor depressieve episodes (Krieger et al., 2016). Bij het herstel van depressie lijkt zelfcompassie zelfs effectiever te zijn dan acceptatie of cognitieve herwaardering (Ehret, Joorman & Berking, 2018) en kan het de effectiviteit van expliciete cognitieve herwaardering vergroten (Diedrich et al., 2016). In een RCT bleek een toename in zelfcompassie als gevolg van een interventie (een voorbeeld van existentieel herstel) een voorspeller te zijn voor afname in de depressie, angst en stress (een voorbeeld van klinisch herstel), en van een toename in geluk en sociale verbondenheid (Neff & Germer, 2013). Het lijkt erop dat vooral *self-kindness* (en dus de afwezigheid van zelfveroordeling) en *common humanity* (tegenover een gevoel van isolatie) samenhangen met minder symptomatologie (Hall et al., 2013).

Uit het voorgaande zou je simpele conclusies kunnen trekken over zelfcompassie als existentiële factor in herstel.

De zaken liggen echter complexer, omdat de inhoud van existentiële factoren bepalend is voor hun functioneren. Hiermee verschijnen religie en spiritualiteit weer op het toneel, aangezien zelfcompassie door Neff en collega's gepresenteerd wordt als een construct vanuit de boeddhistische psychologie. Dat roept vragen op. In hoeverre is zelfcompassie een spiritueel, cultureel of religieus bepaald proces? Zijn mensen die zichzelf boeddhist noemen beter in zelfcompassie? Of gaat het alleen om een techniek, een strategie voor emotieregulatie die bij iedereen even goed 'werkt' of aangeleerd kan worden, ongeacht levensbeschouwing?

Dat laatste is te betwijfelen. Op de existentiële laag van het menszijn is het zelf, en ook een aanvaardende houding naar het zelf, niet geïsoleerd, maar verhoudt het zich tot anderen, tot de wereld, en tot God. Anders gezegd: existentiële factoren hangen onderling samen en hun functioneren in samenhang wordt mede bepaald door hun inhoud. De mate waarin oordeel dan wel aanvaarding voorop staat in al deze verhoudingen bepaalt vermoedelijk mede, of hangt op z'n minst samen met de ruimte die er is voor zelfcompassie (bijv. Gilbert et al., 2011). Dit impliceert dat de ruimte voor existentieel herstel in de vorm van een toename in zelfcompassie (maar in feite geldt dat voor alle vormen van existentieel herstel) ook afhangt van de geïnternaliseerde levens- en geloofsovertuigingen – bijvoorbeeld van de theologie van een geloofsgemeenschap die mensen zich eigen gemaakt hebben en hun godsbeelden die zich in interactie hiermee ontwikkeld hebben.

Het voorgaande brengt een nieuw veld van onderzoek bij deze leerstoel in beeld: samen met anderen wil ik graag de relatie tussen religie en zelfcompassie onderzoeken. Meer specifiek gaat het dan om de relatie tussen religieuze overtuigingen, religieuze waarden en zelfcompassie, om de manier waarop religie en religieuze cultuur invloed uitoefenen op de manier waarop mensen zelfcompassie verstaan en daar uiting aan geven. Vervolg vraag is dan hoe zelfcompassie een plek heeft in de relatie tussen existentieel en klinisch herstel.

Een uitstapje naar de casus van Anna. Voor Anna blijkt het niet zo eenvoudig om tot meer zelfcompassie te komen. Haar zelfkritische houding is geworteld in existentiële overtuigingen over goed en kwaad, in levensbeschouwelijke opvattingen over hoe je moet zijn als mens. Op een impliciete laag speelt de angst voor een oordelende God een grotere rol dan ze zelf vermoedde. Pas wanneer deze

1 Zelfcompassie wordt geoperationaliseerd in drie componenten en gemeenten via zes subschalen (Neff et al., 2019): *self-kindness* (versus *self-judgment*), *common humanity* (versus *a sense of isolation*), en *mindfulness* (versus *over-identification*).

Het is de vraag of de huidige ggz met haar nadruk op efficiency en kostenbesparing wel de juiste plek is voor existentieel herstel, waarbij het vaak om 'trage vragen' en trage processen gaat

existentiële aspecten bespreekbaar worden in de behandelkamer en in verband gebracht met haar problematiek, en er ruimte komt om te verkennen hoe het ook anders zou kunnen, lukt het Anna om een beetje meer compassie voor zichzelf te hebben. Helpend is voor haar dat falen en tekortkomingen bekeken kunnen worden vanuit het perspectief van *common humanity* en dat dit religieus gemotiveerd kan worden: we leven niet meer in het paradijs, daarom wordt ons bestaan per definitie gekenmerkt door tekort en lijden.

Onderzoek naar de relatie tussen zelfcompassie en religie is nog maar in beperkte mate gedaan. Een van de weinige studies is uitgevoerd onder moslims in Iran, waarbij religie een modererende factor was in de relatie tussen integratieve zelfkennis en zelfcompassie (Ghorbani et al., 2012; Ghorbani et al., 2017). Daarnaast zijn er enkele studies in de Verenigde Staten gedaan onder christenen (Barnard & Curry, 2012; Brodar et al., 2015; Homan, 2014). Geen enkele studie naar religie en zelfcompassie heeft ook psychiatrische patiënten als participanten, en over de relaties tussen religie/ spiritualiteit, zelfcompassie en herstel weten we nog niets op basis van wetenschappelijk onderzoek.

De relevantie van het voorgenomen onderzoek reikt verder dan alleen het domein van zelfcompassie (binnen en buiten de ggz). Wanneer zelfcompassie geconceptualiseerd wordt als een specifieke vorm van je verhouden tot leven en lijden, dan gaat het in het voorgenomen onderzoek ook om de rol van religie en spiritualiteit in een aanvaardende houding in het algemeen en het ontwikkelen daarvan. Voor de ggz kan hier een relatie gelegd worden met *acceptance and commitment therapy* (ACT), een therapievorm die behoort tot de derde generatie gedragstherapieën en waarbij het gaat om psychische flexibiliteit, aanvaarding en waardengericht leven (A-Tjak & De Groot, 2008).

Ook hier is de vraag welke rol religie en spiritualiteit, levensbeschouwing en zingeving spelen in genoemde psychologische processen. In hoeverre dragen religieuze

opvattingen bij aan de aanvaarding van het lijden, en wat betekent dit voor psychische gezondheid? Welke religieuze waarden bevorderen psychische flexibiliteit en waardengericht leven, en welke zijn belemmerend? Voor wie en wanneer? En wat betekent dit voor een behandelproces? In hoeverre kunnen of mogen religieuze overtuigingen en waarden ter discussie gesteld worden? Op grond van welke normativiteit? Welke ethische implicaties heeft dat? (Knabb, 2016; Rosales & Tan, 2016)

IMPLICATIES

Bij het beantwoorden van bovengenoemde vragen is een kritische dialoog tussen psychologie en theologie of religiewetenschappen verrijkend en gewenst. Dat brengt mij niet alleen bij mijn laatste stelling, maar ook bij de implicaties van mijn betoog op een wetenschappelijk, maatschappelijk en individueel niveau.

Stelling 4: Bij de bestudering van religie en spiritualiteit in relatie tot psychische ziekte en herstel is het van belang dat psychologie en theologie een kritische dialoog voeren.

De (klinische) godsdienstpsychologie is in Nederland veelal ondergebracht bij de faculteiten voor theologie en godsdienstwetenschap. Dit is een kans voor samenwerking tussen psychologen en theologen, belangrijk vanwege bovengenoemde redenen (stelling 1-3). Theologie en religiewetenschap kunnen bijdragen aan verdieping met betrekking tot de inhoudelijke kant van religieuze fenomenen en constructen, en psychologen kunnen wijzen op de gelaagdheid en de proceskant daarvan. Zo kan een theologische analyse van zelfcompassie en compassie voor anderen verrijkt worden door een psychologische analyse, en kan de link tussen zelfcompassie en compassie voor anderen onderzocht worden op theologische en psychologische implicaties, waarbij ook psychologische voorwaarden voor compassie aandacht verdienen. Hetzelfde geldt voor de thematiek van herstel en je verhouden tot het lijden – lijden

van jezelf, maar ook van anderen. In de vragen naar zin en betekenis spelen bijvoorbeeld regelmatig theodicee-vragen ('Waarom laat God dit toe?'). Ook hier is samenwerking tussen psychologen en theologen van belang, zowel op wetenschappelijk niveau als op het niveau van de klinische en religieuze praktijk.

Dat brengt ons bij implicaties voor professionals. Ik zeg niets nieuws wanneer ik aandacht bepleit voor existentieel herstel in behandeling en begeleiding. Tegelijk heeft dat pleidooi nog maar in zeer beperkte mate effect gehad binnen de ggz. Immers, als existentieel herstel richtinggevend is voor klinisch herstel, dan heeft dat implicaties voor ggz-professionals op het niveau van interventie en presentie. Religieuze en existentiële factoren verdienen dan exploratie en bewerking binnen het perspectief van waaruit en de gehanteerde methodiek waarmee de professional zijn of haar werk doet en dienen op verantwoorde wijze daarin geïntegreerd te worden – of dat nu een psychologisch, psychiatrisch, verpleegkundig, agogisch of ander perspectief is. Hierbij is samenwerking en afstemming met pastoraat of geestelijke verzorging essentieel.

Nu kan de vraag gesteld worden of de huidige ggz met haar nadruk op efficiency en kostenbesparing wel de juiste plek is voor existentieel herstel, waarbij het vaak om 'trage vragen' en trage processen gaat (Kunneman, 2005). Ik zie hier geen onmogelijkheid. Integendeel, omdat er meerdere lagen te onderscheiden zijn in existentieel herstel, zijn er in elke situatie aspecten van existentieel herstel die geïntegreerd kunnen worden in behandeling en begeleiding en dus passende interventies. Denk aan psycho-educatie over de verhouding tussen psychische stoornissen, geloof en zingeving, of aan interventies met betrekking tot zelfcompassie, die kortdurend en effectief zijn (bijv. Verhoeff-Korpshoek, Van der Burg & Schaap-Jonker, *submitted*; Neff & Germer, 2013). Tegelijk overstijgt existentieel herstel het niveau van de interventies en gaat het ook om presentie en bejegening. Wanneer hoop een centrale notie is in herstel, vraagt dat van hulpverleners om een context te creëren waarin hoop kan opbloeien en gekoesterd kan worden. Compassie is een voorwaarde hiervoor. Dit vraagt acceptatie van de ander als persoon en het verdragen van lijden en frustratie in combinatie met warmte en vriendelijkheid (Sandler & Stickley, 2011). Religieuze en existentiële factoren verdienen daarom ook aandacht in de reflectie van de professional op hoe hij of zij zich als persoon verhoudt tot zijn of haar rol. Dit alles betekent dat religie en zingeving en

hun relatie tot psychopathologie en herstel een plaats behoren te hebben in de opleiding van professionals en in hun bij- en nascholing, zodat zij beschikken over de benodigde kennis, vaardigheden en competenties.

Ten slotte de implicaties op individueel niveau – het cliëntperspectief dus. Een focus op existentieel herstel impliceert een holistische benadering, aandacht voor de mens achter de klachten – waarbij iemand niet gereduceerd wordt tot zijn of haar stoornis of beperkingen, maar gezien wordt als een mens met potentie. Empowerment is daarbij van groot belang, evenals eigen regie, om zo veerkracht te vergroten. Op dit individuele niveau wil ik het belang van wederkerigheid en de verbondenheid van mens tot mens benadrukken, in, met en onder het professionele contact en ondanks de (machts)ongelijkheid die in elke vorm van hulpverlening aanwezig is. Die wederkerigheid en verbondenheid krijgen gestalte in de dynamiek van vertrouwen geven en compassie ontvangen, van het samen uithouden van gebrokenheid en wanhoop, van samen zoeken naar hoop en herstel, om zo meer zicht te krijgen op leven ondanks gebrokenheid, op aanvaarding en verbondenheid, en vrijheid die beperkingen overstijgt.

OVER DE AUTEUR

Prof. dr. Hanneke Schaap-Jonker is psycholoog en theoloog en werkt als rector van het Kennisinstituut christelijke ggz (Eleos/ De Hoop ggz). Dit artikel is een bewerking van de oratie die zij uitsprak op 14 juni jl. als bijzonder hoogleraar Klinische Godsdienstpsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De volledige oratie is te downloaden via www.hannekeschaap.nl. E-mail: h.schaap@kicg.nl.

Literatuur

- A-Tjak, J. & De Groot, F. (2008). *Acceptance & Commitment Therapy. Een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bakan, D. (1966). *The Duality of Human Existence: Isolation and Communion in Western Man*. Boston: Beacon Press.
- Barnard, L.K. & Curry, J.F. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral Psychology*, 61, 149-163.
- Blatt, S.J., Rounsaville, B., Eyre, S.L. & Wilber, C. (1984). The psychodynamics of opiate addiction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(6), 342-352.
- Bluth, K. & Neff, K.D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 17(6), 605-608.
- Boevink, W. (2017). Uit balans, op zoek naar persoonlijk herstel. In M. Bak, P. Domen, J. Van Os (red.). *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie: Terug naar de essentie* (pp. 131-139). Leusden: Diagnosis.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Brodar, K.E., Barnard Crosskey, L. & Thompson Jr, R.J. (2015). The relationship of self-compassion with perfectionistic self-presentation, perceived forgiveness, and perceived social support in an undergraduate Christian community. *Journal of Psychology & Theology*, 43(4), 231-242.
- Campos, R.C., Holden, R.R., Baleizão, C., Caçador, B. & Fragata, A.S. (2018) Self-criticism, neediness, and distress in the prediction of suicide ideation: Results from cross-sectional and longitudinal studies. *The Journal of Psychology*, 152(4), 237-255.
- Cheavens, J.S., Strunk, D.R., Lazarus, S.A. & Goldstein, L.A. (2012). The compensation and capitalization models: a test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 699-706.
- Clarke, D.M. & KISSANE, D.W. (2002). Demoralization: Its phenomenology and importance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 733-742.
- De Jong, E. & Schaap-Jonker, H. (2016). Herstelgeoriënteerde zorg binnen de Christelijke GGZ: een inleiding. *Psyche & Geloof*, 27(4), 197-205.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Os, J. van. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Diedrich, A., Hofmann, S.G., Cuijpers, P. & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 1-10.
- Donald, F., Lawrence, K.A., Broadbear, J.H. & Rao, S. (2019). An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(1), 56-59.
- Ehret, A.M., Joormann, J. & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496-1504.
- Ehret, A.M., Joormann, J. & Berking, M. (2018). Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*, 226, 220-226.
- Fazaa, N. & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of Suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 172-185.
- Fetzer Institute/National Institute on Aging Work Group. (2003). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research. A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Rivas, A. (2001). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*, 84(3), 239-255.
- Glas, G. (2009). Modellen van 'integratie' in de psychologie en psychiatrie (II): het normatieve praktijk model. *Psyche & Geloof*, 20 (3/4), 165-177.
- Glas, G. (2017). On the existential core of professionalism in mental health care. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 536-543.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Chen, Z. & Norballa, F. (2012). Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2), 106-118.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., Kashanaki, H. & Chen, Z.J. (2017). Diversity and complexity of religion and spirituality in Iran: Relationships with self-compassion and self-forgiveness. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 27(4), 157-171.
- Goldner-Vukov, M., Moore, L. & Cupina, D. (2007). Bipolar disorder from psychoeducation to existential group therapy. *Australian Psychiatry*, 15, 30-34.
- Hall, C.W., Row, K.A., Wuensch, K.L. & Godley, K.R. (2013). The role of self-compassion in physical and psychological well-being. *The Journal of Psychology*, 147(4), 311-323.
- Hill, P.C. & Hood Jr. & R.W. (Eds.). (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Homan, K.J. (2014). A mediation model linking attachment to God, self-compassion and mental health. *Mental Health, Religion and Culture*, 17(10), 977-989.
- Huber, M. & Garssen, B. (2016). Relaties tussen zingeving, gezondheid en welbevinden. In: *De mens centraal: ZON-MW-signalement over Zingeving in zorg* (pp. 16-21). Z.p., ZonMW.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343:d4163
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y. et al. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed method study. *BMJ Open*, 5:e010091.
- Kaskutas, L.A., Bond, J. & Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1-16.
- Knabb, J. (2016). *Faith-based ACT for Christian clients: An integrative treatment approach*. New York: Routledge.
- Krentzman, A.R., Farkas, K.J. & Townsend, A.L. (2010). Spirituality, religiousness, and alcoholism treatment outcomes: A comparison between Black and White participants. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28(2), 128-150.
- Krieger, T., Berger, T. & Grosse Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39-45.
- Kucinskis, J., Wright, B.R.E. & Riepl, S. (2018). The interplay between meaning and sacred awareness in everyday life: Evidence from a daily smartphone study. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 28(2), 71-88.
- Kunneman, H. (2005). *Voorbij het dikke ik. Bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: SWP.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Con-

- ceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y. & Vansteelandt, K. (2017). Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 268-274.
- Macpherson, R., Pesola, F., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C. et al. (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophrenia Research*, 175, 142-147.
- McIntyre, R., Smith, P. & Rimes, K.A. (2018). The role of self-criticism in common mental health difficulties in students: a systematic review of prospective studies. *Mental Health & Prevention*, 10, 13-27.
- Mongrain, M. & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 705-713.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.
- Neff, K.D. & Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K.D., Tóth-Király, I., Yarnell, L., Arimitsu, K., Castilho, P. et al. (2019). Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale using exploratory SEM bifactor analysis in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. *Psychological Assessment*, 1, 27-45.
- Noordenbos, G. & Van Geest, Z. (2017). Self-criticism and critical voices in eating disorder patients and healthy controls. *JSM Nutritional Disorders*, 1(1), 1003.
- Pargament, K.I., Mahoney, A., Shafranske, E.P., Exline, J.J. & Jones, J.W. (2013). From research to practice: toward an applied psychology of religion and spirituality. In K.I. Pargament, J.J. Exline, & J.W. Jones (Eds.), *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality*. Volume 2 (pp. 3-22). Washington: APA.
- Pirutinsky, S., Rosmarin, D.H., Pargament, K.I. & Midlarsky, E. (2011). Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *Journal of Affective Disorders*, 132(3), 401-405.
- Richard, A.J., Bell, D.C. & Carlson, J.W. (2000). Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 240-246.
- Rosales, A. & Tan, S-Y. (2016). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Empirical evidence and clinical applications from a Christian perspective. *Journal of Psychology and Christianity*, 35(3), 269-275.
- Rosmarin, D.H., Bigda-Peyton, J.S., Kertz, S.J., Smith, N., Rauch, S.L. & Björgvinsson T. (2013). A test of faith in God and treatment: The relationship of belief in God to psychiatric treatment outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 146(3), 441-446.
- Rosmarin, D.H., Pargament, K.I., Pirutinsky, S. & Mahoney, A. (2010). A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for a subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 799-808.
- Sadeghi, H., Ebrahimi, L. & Vatandoust, L. (2015). Effectiveness of Hope Therapy Protocol on depression and hope in amphetamine users. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(4), e21905.
- Schnell, T., Gerstner, R. & Krampe, H. (2018). Crisis of meaning predicts suicidality in youth independently of depression. *Crisis*, 39(4), 294-303.
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554-564.
- Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC psychiatry*, 15, 285.
- Snyder, C.R., Ilardi, S.S., Cheavens, J.S., Michae, S.T., Yamhure, L. & Sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 747-762.
- Spandler, H. & Stickley, T. (2011). No hope without compassion: the importance of compassion in recovery-focused mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(6), 555-566.
- Steger, M.F. (2012). Experiencing meaning in life: optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. In P.T.P. Wong (Ed.), *The Human Quest for Meaning: Theories, Research, and Applications* (pp. 165-184). New York: Routledge.
- Van den Berg, D., De Boer, F., Van Dijk, M., Jacobse, L., Tromp, N. et al. (2018). *Redesigning psychiatry: samen innoveren voor het psychisch welzijn van toekomstige generaties #2*. www.redesigningpsychiatry.org.
- Van Eck, R.M., Burger, T-J, Vellinga, A., Schirmbeck, F. & De Haan, L. (2018) The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631-642.
- Verhoeff - Korpershoek, A.E., Burg & M. van der, Schaap-Jonker, J. (submitted). A randomized clinical trial of the effect of an online intervention on religious coping among Christian outpatients with depression or anxiety disorder.
- Vettese, L., Dyer, C., Li, W. & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480-491.
- Weber, S.R. & Pargament, K.I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 358-363.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 214-219.
- Whitley, R. & Drake, R.E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250.
- Zemore, S. (2007). A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 31(10 Suppl), 76S-79S.
- Zock, H. (2006). Leven van verhalen: de narratieve benadering in psychologie en pastoraat. In A. Van Heeswijk, N. ter Linden, R. van Uden & H. Zock. *Op verhaal komen: religieuze biografie en geestelijke gezondheid* (pp. 78-88). Tilburg: KSGV.