

Vernieuw Gij mij, o eeuwig Licht! *Coping card* en terugvalpreventie(plan) met religieuze inhoud

RICHARD VUIJK & REMY JACOBS

SAMENVATTING

Dit artikel gaat over de vraag hoe de psychotherapeut religie een plaats in de behandeling kan geven bij religieuze cliënten die het geloof als steun en krachtbron ervaren. Die vraag beantwoorden we aan de hand van onderzoek naar en literatuur over positieve religieuze coping. Met aandacht voor de psychotherapeut in contact met de religieuze cliënt en gebouwd op de betekenis van positieve religieuze coping en op eigen praktijkervaring zetten we in dit artikel met een casus uiteen hoe copingtechnieken als *coping card* en terugvalpreventie(plan) een religieuze inhoud kunnen krijgen met religieuze (lied) teksten. De strekking van dit artikel is daarmee, dat de psychotherapeut op een redelijk eenvoudige (en laagdrempelige) wijze religie onderdeel van en bespreekbaar in een behandeling kan maken wanneer voor een religieuze cliënt religie een gezondheidsbevorderende en klachtverminderende werking heeft.

Trefwoorden: religie, psychotherapie, religieuze coping, coping card, terugvalpreventie

*Vernieuw Gij mij, o eeuwig Licht!
God, laat mij voor uw aangezicht,
geheel van U vervuld en rein,
naar lijf en ziel herboren zijn.*

*Schep, God, een nieuwe geest in mij,
een geest van licht, zo klaar als Gij;
dan doe ik vrolijk wat Gij vraagt
en ga de weg die U behaagt.*

*Wees Gij de zon van mijn bestaan,
dan kan ik veilig verder gaan,
tot ik U zie, o eeuwig Licht,
van aangezicht tot aangezicht.*

Den Besten (1973)

INLEIDING

In dit artikel schetsen we hoe de psychotherapeut¹ religie een plaats in de behandeling kan geven bij religieuze cliënten voor wie het geloof een steun en een krachtbron is. Voor dergelijke cliënten kan in behandeling ruimte zijn voor religieuze interventies zoals copingtechnieken als een *coping card* en een terugvalpreventie(plan) met religieuze inhoud die in dit artikel besproken worden. Hiermee willen wij de psychotherapeut en met name diegene met weinig oog en oor voor religie en die het niet gewoon is om religie een plaats in de behandeling te geven laten zien, dat religie op een redelijk eenvoudige en laagdrempelige wijze onderdeel van en bespreekbaar in de behandeling kan zijn.

Dit artikel is praktijkcasuïstisch van aard en

vanuit een positief psychologische benadering geschreven met een beknopte inleiding op en zonder gepretendeerde volledigheid van onderzoek naar en literatuur over de psychotherapeut in contact met de religieuze cliënt, de aandacht voor de positieve invloed van religie in psychotherapie, en (religieuze) coping en indicaties en contra-indicaties hiervoor. Aan de hand van een casus laten we zien hoe de psychotherapeut technieken als *coping card* en terugvalpreventie(plan) kan toepassen in een behandeling en hoe deze een religieuze inhoud kunnen krijgen met religieuze (lied)teksten als een vorm van positieve religieuze coping.

Van een geheel andere orde is het wanneer religie een negatieve, storende of destructieve uitwerking heeft op het (be)leven van een cliënt en/of psychopathologie kan veroorzaken (zie o.a. Meissner, 1991). De psychotherapeut dient dan te overwegen dit als focus van de behandeling te nemen (Van Saane, 2012; Schaap-Jonker, Eurlings-Bontekoe & Luyten, 2012). Dit is echter niet de focus van dit artikel en daarom wordt deze thematiek hier verder buiten beschouwing gelaten.

In dit artikel verstaan we onder religie, conform de definiëring van Verhagen en Van Megen (2012, p. 11), een levensbeschouwing die bestaat uit overtuigingen en geloof in een goddelijke kracht met een geheel van symbolen en rituelen, met een innerlijke ervaring waarin men iets beleeft wat hem of haar overstijgt, en waarmee het eigen leven vorm en inhoud krijgt en men zich verbonden weet met een geloofsgemeenschap.

De inhoud van dit artikel is geïnspireerd op de praktijkervaring van de eerste auteur (rooms-katholiek) die regelmatig volwassenen in behandeling heeft die kerkgaand gelovig zijn en dan voornamelijk behoren tot de Protestantse Kerk in Nederland (PKN) en de orthodox-gereformeerden en een enkele keer de Rooms-Katholieke Kerk.

DE PSYCHOTHERAPEUT IN CONTACT MET DE RELIGIEUZE CLIËNT

In de praktijk en uit onderzoek van Pieper en Van Uden (2005) blijkt, dat hulpverleners te weinig oog en oor hebben voor patiënten die veel steun aan het geloof hebben. Het komt regelmatig voor, dat religie voor hulpverleners een onbekend terrein is waar men zich niet snel of helemaal niet op begeeft in contact

met de cliënt. Te vaak nog wordt door hulpverleners religie negatief geassocieerd met psychopathologie en begrippen als 'schuld' en 'afhankelijkheid' (Fiselier, Van der Waal, & Spijker, 2006). Gevoel van onkunde en weinig kennis van zaken spelen vaak een rol. Men weet niet welke vragen over geloof gesteld kunnen worden en hoe daar verder aandacht aan te geven in de behandeling. Kerssemakers (1989) spreekt op basis van literatuurstudie van vermindering en veronachtzaming van religieuze problematiek en thematiek door psychotherapeuten.

Na een lange periode van verwaarlozing van religie in de klinische psychiatrie zien we inmiddels wel een zekere kentering en erkenning van het belang van religie in de psychiatrie (Verhagen & Van Meegen, 2012). Clinici geven aan interesse te hebben voor religie en gezondheid, maar ervaren ook een gebrek aan kennis en vaardigheden op dit gebied en geven daarbij een behoefte aan bijscholing aan (Dezutter, 2010).

De therapeutische relatie, gezien als de meest robuuste voorspeller voor behandelingsucces volgens diverse meta-analyses (Hardy, Cahill, & Barkham, 2007; Hafkenscheid, 2014), is een relatie die beïnvloed wordt door zowel de persoon van de cliënt als de persoon van de psychotherapeut en hun interactie met elkaar, kortom hun beider inbreng (Leahy, 2007), waarbij religie indien van toepassing dan ook onmiskenbaar een rol speelt. Alvorens religie van de cliënt in een behandeling de juiste ruimte en aandacht te kunnen geven, dient de psychotherapeut zijn eigen religieuze en existentiële geschiedenis te (ver)kennen en erkennen. Men dient er op een manier mee om te (kunnen) gaan dat deze geen belemmering vormt in het contact met de cliënt met diens eigen religie en levensbeschouwing (Fiselier et al., 2006). Alleen dan kan de psychotherapeut de religie van een cliënt leren kennen en 'ontmoeten' wanneer hij professioneel, uitnodigend en begripvol met een non-directieve en rogeriaanse grondhouding die religie van de cliënt en diens relatie met God ruimte en aandacht geeft in de behandeling (Schreurs, 2001).

AANDACHT VOOR DE POSITIEVE INVLOED VAN RELIGIE IN PSYCHOTHERAPIE

Volgens Dezutter (2010; 2014) wijst een groot aantal onderzoeken in de richting van een posi-

tief verband tussen religie en geestelijke gezondheid naast een substantieel deel van de onderzoeken dat een negatief verband vindt (Bergin, 1983; Gartner, Larson, & Allen, 1991; Koenig, King, & Carson, 2012). Onderkenning en erkenning van positieve, gezondheidsbevorderende aspecten van religies door hulpverleners is in het belang van het psychische welbevinden van de cliënt (Westerink, 2012). Uit verschillende onderzoeken blijkt namelijk, dat religiositeit een gunstig effect kan hebben op het voorkomen van psychiatrische ziekte en het betrekken van religie bij de behandeling kan leiden tot een grotere effectiviteit van klinische interventies (Worthington, Kuru, McCullough, & Sandage, 1996; Wade, Worthington, & Vogel, 2007; De Graaf, Ten Have, Van Gool, & Van Dorselaer, 2011). Zo maakt bijvoorbeeld een passief-aanvaardende spirituele stijl van kunnen loslaten en vertrouwen het mogelijk, dat men kan profiteren van de gezondheidsbevorderende kracht van geloven (Benson, 1996). Uit een enquête in een longitudinale effectstudie naar de invloed van aandacht voor religie in therapie op het behandelresultaat blijkt bij cliënten behoefte aan het bespreken van levensbeschouwelijke onderwerpen in therapie en 40 tot 50 procent van de cliënten gaf aan dat geloof hen helpt bij het emotioneel omgaan met problemen (Bouwhuis-van Keulen, Eurelings-Bontekoe, & Glas, 2012).

De psychotherapeut schenkt niet alleen aandacht aan de beperkingen, maar ook aan de groei-mogelijkheden en de gezonde krachtbronnen in de persoon (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Lietaer, 2010; Bohlmeijer, 2012). Als religie voor de cliënt een dergelijke gezonde krachtbron is, kan de psychotherapeut in de behandeling gebruik maken van religieuze interventies waaronder copingtechnieken als een *coping card* en een terugvalpreventie(plan) met religieuze inhoud. Dergelijke interventies kunnen een behandelmethodede aanvullen en ondersteunen zonder afbreuk te doen aan effectief gebleken behandelmethododes voor specifieke stoornissen (Voorwinden, 2012). Het betreffen redelijk eenvoudig toe te passen technieken voor een psychotherapeut waarmee hem de mogelijkheid geboden wordt om religie voor de cliënt ruimte en aandacht in de behandeling te geven. In de volgende paragrafen zetten we de werkwijze

van en indicatie voor deze (religieuze) copingtechnieken uiteen gevolgd door de praktische toepassing ervan in de vorm van een casus.

RELIGIOSITEIT ALS BRON VAN COPING EN TERUGVALPREVENTIE

Coping wordt door Lazarus en Folkman (1984) gedefinieerd als cognitieve en gedragsmatige inspanningen om interne en/of externe eisen en de conflicten daartussen te overwinnen, te verminderen of te tolereren. Pieper (2012) spreekt daarbij van niet-religieuze en religieuze coping met een onderscheid tussen negatieve religieuze coping en positieve religieuze coping. Bij dat laatste stelt men vertrouwen in God en in de geloofsgemeenschap en kan religiositeit gezien worden als een bron van steun en aanpassing in tijden van problemen en moeilijkheden (Pargament, 1997; Ano & Vasconcelles, 2005; Braam et al., 2010; Verhagen, Braam, Chafekar-Stynenbosch, Spijker, & De Graaf, 2012). Bij positieve religieuze coping is er een positieve en ondersteunende band met God, waarmee men het probleem met vertrouwen en gesterkt tegemoet treedt (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998). Onderzoek toont aan, dat positieve religieuze coping een gunstige invloed heeft op het omgaan met psychische stoornissen en lichamelijke ziekten (Matthews, McCullough, Larson, Koenig, Swyers, & Greenwold Milano, 1998; Harrison, 2001; Tepper, Rogers, Coleman, & Newton Malony, 2001). In een meta-analyse vonden Prati en Pietrantonio (2009) een sterk verband tussen religieuze coping en posttraumatische groei.

Een copingtechniek die in psychotherapie en met name cognitieve gedragstherapie ingezet wordt, is de *coping card* of *flashcard*. Op een *coping card* kan de cliënt nieuwe inzichten of belangrijke alternatieve gedachten opschrijven, die de cliënt bij zich kan dragen of thuis kan ophangen om er regelmatig naar te kijken of mee te oefenen (Huibers & Bockting, 2009). Zo wordt de cliënt regelmatig herinnerd aan de nieuwe inzichten of alternatieve gedachten die bijdragen aan vermindering van klachten en verbetering van welbevinden. De *coping card* kan onderdeel zijn of worden van een terugvalpreventie(plan) in de vorm van een herinneringskaart waarop de cliënt kan lezen hoe hij of zij een terugval kan voorkomen en kan

omgaan met toekomstige negatieve gedachten en belastende situaties. De *coping card* kan daarbij een blijvende steun in de rug zijn en gezien worden als een positieve herwaardering waarmee positieve gevoelens gegenereerd en versterkt kunnen worden en die na een bewuste leerfase (in psychotherapie) kunnen uitgroeien tot onbewuste en automatische processen (Körver, 2014; Tugade, 2011).

De psychotherapeut kan een copingtechniek als de *coping card* bij een religieuze cliënt die steun ervaart van zijn geloof introduceren welke ingevuld kan worden met een religieuze (lied)tekst of een tekst uit de Bijbel of andere heilige boeken en geschriften. De cliënt wordt daarop door de psychotherapeut uitgenodigd om stil te staan bij en in gesprek te gaan over de positieve betekenis van zijn geloof en de vraag kan hem voorgelegd worden of een bepaalde religieuze (lied)tekst helpend kan zijn bij het verminderen van of omgaan met psychische klachten. Wanneer de cliënt vervolgens nadenkt of er (lied)teksten zijn die hem aanspreken, die hem raken, kan hij deze vervolgens opschrijven, bij zich dragen, ophangen in huis om deze regelmatig te lezen en/of te overdenken. Zo is gebleken, dat het aandachtig lezen van de woorden en verhalen uit de Bijbel, ontwikkeld door de vroegchristelijke woestijnvaders, bij fysiek en mentaal lijden als troost en helend ervaren kan worden (Reedijk, 2006; Tiesinga, 2012). In 1929 constateerde James al, dat na het intensief lezen van bijbelteksten over troost en ervaring een depressie kan verminderen. Het lezen van deze teksten zag James als een manier van coping. Een dergelijke manier van religieuze coping en dan in de vorm van een *coping card* en een terugvalpreventie(plan) met een religieuze (lied)tekst kan onderdeel van de behandeling zijn en mogelijk bijdragen aan klachtenvermindering, toename van welbevinden en optimaal functioneren.

INDICATIES EN CONTRA-INDICATIES VOOR RELIGIEUZE COPINGTECHNIKEN

De keuze voor een bepaalde interventie en/of behandeltechniek is volgens Hafkenscheid (2014) vaak en natuurlijk gewoon een kwestie van uitproberen. Daarbij gaat het om het leveren van maatwerk in plaats van confectie: wat werkt voor deze unieke cliënt in deze specifieke situatie (Duncan & Miller, 2005).

Zowel religieuze als niet-religieuze copingtechnieken zijn diagnose overstijgende interventies. Of en wanneer een psychotherapeut religieuze copingtechnieken toepast en onderdeel van de behandeling maakt, zal naast de voorkeur van de cliënt afhankelijk zijn van de ervaring en de affiniteit hiermee van de psychotherapeut, de organisatie waarin men werkzaam is en de therapeutische visie die men op behandelen heeft.

Onze visie op het inzetten van religieuze copingtechnieken is gebaseerd op de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), die gericht is op zowel veerkracht, optimaal functioneren en positieve gezondheid als de erkenning van en omgaan met negatieve emoties en moeilijke leefomstandigheden (Bohlmeijer, Bolyer, Westerhof, & Walburg, 2013). De positieve psychologie richt zich op mechanismen en processen van optimaal functioneren en welbevinden, het versterken van competenties en het inzetten van interne en externe hulpbronnen. Religie kan als een dergelijke hulpbron beschouwd worden die een plaats kan krijgen in de behandeling, zoals in de vorm van reeds genoemde *coping card* en terugvalpreventieplan. Deze copingtechnieken zijn geïndiceerd bij een religieuze cliënt voor wie het geloof een steun en een krachtbron is, die met een met name veilige danwel met een onveilig ontwijkende hechtingsstijl positieve gevoelens ten opzichte van God ervaart en Gods gedrag als ondersteunend ziet, onafhankelijk van de ernst van de psychische klachten (Eurelings-Bontekoe, Hekman-van Steeg, & Verschuur, 2005) en voor wie religie in de behandeling wil betrekken bij het verminderen van die klachten en het bevorderen van gezondheid.

Contra-indicaties voor het inzetten van een *coping card* en een terugvalpreventie(plan) met een religieuze inhoud zijn als de cliënt niet religieus is, als religie een negatieve, storende of destructieve uitwerking heeft op het (be)leven van een cliënt en/of psychopathologie veroorzaakt, zoals bij de cliënt met een angstige of gepreoccupeerde hechtingsstijl die voornamelijk een negatief godsbeeld, zoals passief, afwijzend en oordelend heeft (Eurelings-Bontekoe, Hekman-van Steeg, & Verschuur, 2005) en als de cliënt religie geen onderwerp van gesprek wil laten zijn in behandeling.

COPING CARD EN TERUGVALPREVENTIE (PLAN) MET RELIGIEUZE INHOUD: EEN CASUS

Bert is een man van 44 jaar, belijdend lid van de Nederlands Hervormde Kerk (PKN), vijftien jaar getrouwd, vier thuiswonende kinderen. Hij werkt als belastingconsulent en het werk valt hem momenteel zwaar, onder andere vanwege reorganisatie, bezuiniging en ontslag van een aantal collega's. Hij heeft naast zijn werk een actief sociaal leven. Hij zingt in het kerkkoor, is penningmeester van een zwemvereniging, neemt deel aan een wandelclub en is vrijwilliger samen met zijn partner in een verzorgingshuis.

Bert verschijnt bij mij op gesprek met klachten als slecht slapen, vermoeidheid, slechte concentratie, geen zin en geen energie meer hebben om naast het werk nog activiteiten te ondernemen.

Na drie gesprekken overweeg ik als psychotherapeut samen met Bert, dat sprake lijkt te zijn van een depressieve stemming en overspanning en een sociaalgerichte persoonlijkheid die gekenmerkt wordt door hoge eisen en perfectionisme. In het verleden heeft hij al drie keer eerder een periode van depressie en overspanning doorgemaakt.

De behandeling bestaat uit individuele psychotherapie gericht op het verbeteren van de stemming, verminderen van de overspanning en bewerken van de hoge eisen en het perfectionisme.

In een van de eerste gesprekken geeft Bert aan, dat hij steun aan zijn geloof ervaart, onder andere zijn zondagse kerkgang, het zingen in het kerkkoor en de aandacht van een aantal medegelovigen voor zijn situatie. Daar hij veel plezier in het zingen ervaart, vraag ik Bert op een gegeven moment of hij eens wil nagaan of er een bepaald lied is, dat hij graag zingt, waar hij blij van wordt en waarvan de tekst hem kracht geeft.

Bert laat in het volgende gesprek weten, dat hij positief geraakt werd door het lied *Vernieuw Gij mij, o eeuwig Licht!* Hij legt uit, dat hij getroffen werd door de woorden 'vernieuw', 'licht' en 'vrolijk' in de liedtekst, die hij de drie v's in zijn behandeling noemde: vernieuwing, verlichting en vrolijkheid. Hij ziet zichzelf en zijn klachten in een nieuw perspectief van ontwikkeling en persoonlijke groei en hij merkt vanaf het begin van zijn behandeling dat zijn klachten al wat verminderd ofwel verlicht zijn en dat ze te dragen zijn. Hij ervaart daardoor weer iets meer vrolijkheid in zijn dagelijks functioneren. Hij laat weten, dat hij de liedtekst in de

keuken heeft gehangen en dat hij een paar keer per dag het lied bewust voor zichzelf zingt. Het geeft hem mede kracht (coping) om door te gaan en vol te houden.

De therapie wordt na 20 gesprekken afgerond en Bert laat weten, dat het lied voor hem onderdeel is (geweest) van zijn herstel en welbevinden.

De behandeling van Bert bestond uit verschillende cognitief-gedragstherapeutische interventies uit de protocollaire behandeling van patiënten met burn-out (Keijsers, Vossen, Kriens, & Boelaars, 2011) gericht op het verminderen van psychische overbelasting, onderzoek naar persoonlijke waarden in de context van behoeften, doelen en motivatie en ten slotte terugvalpreventie. Verondersteld mag worden, dat in een kennismakingsgesprek door de psychotherapeut gevraagd wordt naar religie in het leven van een cliënt, waarbij tevens besproken kan worden of religie op welke manier dan ook een plaats in de behandeling mag, kan of moet krijgen. Een psychotherapeut heeft daarmee oog en oor voor de religie van de cliënt. De cliënt kan ervaren, dat er 'ten minste' over gesproken mag en kan worden hetgeen een verdere inbreng van religie in de behandeling kan vergemakkelijken. Bert sprak in het kennismakingsgesprek over zijn geloof als belangrijk en waardevol, waarmee hij zijn leven vorm en richting geeft. Tijdens een van de eerste gesprekken waarin Bert sprak over zijn geloof en het graag zingen van religieuze liederen in het koor, kreeg hij van mij als psychotherapeut de vraag of hij na wilde gaan of er een bepaald lied is waar hij blij van wordt en dat hem kracht geeft. Daarbij gaf ik hem de uitleg, dat uit onderzoek blijkt, dat het aandachtig lezen van religieuze teksten die voor iemand van betekenis zijn, troostend en helend kunnen zijn. De tekst van het lied *Vernieuw Gij mij, o eeuwig Licht!* was zo'n tekst en werd voor hem als een coping card: hij had de liedtekst in de keuken gehangen, zodat hij deze regelmatig kon lezen en overdenken op momenten dat hij het moeilijk had. De woorden van de liedtekst stonden voor hem symbool voor een nieuw perspectief van ontwikkeling en persoonlijke groei, en tegenspoed werd lichter te dragen door de behandeling. Met het bespreken van de betekenis van de liedtekst tijdens de behandeling werd Bert zich meer bewust van zijn gevoelens van somberheid, verdriet, teleurstelling, terwijl hij tegelijkertijd deze

gevoelens in behandeling nieuwsgierig onderzocht en er verbinding mee aanging wat een eerste stap was naar zijn opnieuw weer mogen ervaren van gevoel van welbevinden. De liedtekst werd uiteindelijk ook onderdeel van zijn terugvalpreventie(plan). De manier waarop de liedtekst in zijn behandeling de aandacht kreeg en voorzien is van betekenis, deed hem sindsdien bewuster stilstaan bij de betekenis van de teksten van de liederen die hij onder andere in het kerkkoor zong. Hij zag steeds meer en meer de kracht van de woorden die hem troostten, bevestigden en zijn basisvertrouwen ondersteunden.

CONCLUSIE

Om de psychotherapeut tegemoet te komen, en met name diegene met (nog) weinig oog en oor voor de religie van een cliënt en die zich 'onthand' kan voelen op gebied van religieuze interventies is in dit artikel aan de hand van casuïstiek de religieus ingevulde *coping card* als een vorm van positieve religieuze coping en terugvalpreventie toegelicht, wat in praktijk dus een religieuze (lied)tekst kan zijn. Het aandachtig lezen en overdenken van deze (lied)teksten kan dan fungeren als religieuze coping-activiteit. Op basis van praktijkervaring blijkt dat mede bij te kunnen dragen aan vermindering van psychische klachten en toename van welbevinden en optimaal functioneren, zoals in de beschreven casuïstiek zichtbaar en geheel in lijn met Richards en Bergin (2005), die de overtuiging hebben, dat specifieke religieuze interventies effect hebben, ondanks nog maar beperkt empirisch bewijs voor de werkzaamheid ervan: *practice-based evidence* in plaats van *evidence-based practice* volgens Duncan en Miller (2005). De psychotherapeut dient daarbij zicht te hebben op zijn eigen levensbeschouwing en existentiële geschiedenis en de invloed daarvan op de therapeutische relatie. Onderzoek naar religie als bron van coping heeft inmiddels gezondheidsbevorderende en klachtverminderende resultaten aangetoond wanneer sprake is van positieve religieuze coping. Meer wetenschappelijk onderzoek naar interventies in het kader van religieuze coping en terugvalpreventie is aan te bevelen om het nut, de toepassingsmogelijkheden en de effectiviteit ervan (verder) in kaart te brengen.

In dit artikel is met de inzet van copingtechnieken als een *coping card* en een terugvalpreventie(plan)

met religieuze inhoud uiteengezet hoe een psychotherapeut aandacht kan hebben voor de religieuze cliënt die zijn geloof als steun en krachtbron ervaart. Dit artikel wil een *practice-based* uitnodiging en een aanzet zijn om de psychotherapeut een religieuze cliënt in behandeling daarvoor de ruimte, de mogelijkheid en de techniek (*coping card*) te bieden.

NOTEN

1 Daar waar in het artikel 'psychotherapeut' geschreven staat, kan men ook psychiater en psycholoog lezen.

LITERATUUR

- Ano, G., & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief*. New York: Scribner.
- Bergin, A. (1983). Religiosity and mental health: a critical re-evaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170-184.
- Besten, A. den (1973). Vernieuw Gij mij, o eeuwig Licht! In Interkerkelijke Stichting voor het Kerklied (Red.), *Liedboek voor de Kerken* (p. 645) (Gezang 437). 's-Gravenhage/Leeuwarden: Boekencentrum en Jongbloed-Zetka.
- Bohlmeijer, E.T. (2012). *Eudaimonia, voer voor psychologen: Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg*. [oratie] Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg J.A. (Red.). (2013). *Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bouwhuis-van Keulen, A., Eurelings-Bontekoe, L., & Glas, G. (2012). De invloed van integratie van religie in een psychologische behandeling op het behandelresultaat: Bespreking van een lopende studie. *Psyche & Geloof*, 23(3), 150-158.
- Braam, A.W., Schrier, A.C., Tuinebreijer, W.C., Beekman, A.T.F., Dekker, J.J.M., & Wit, M.A.S. de (2010). Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. *Journal of Affective Disorders*, 125, 269-278.

- Dezutter, J. (2010). Religie en geestelijke gezondheid: Een empirische exploratie. *Ethische Perspectieven*, 20(3), 298-310.
- Dezutter, J. (2014). Een gevecht met engelen: een kritische kijk op het verband tussen religie en geestelijke gezondheid. *Psyche & Geloof*, 25(2), 88-96.
- Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2005). Treatment manuals do not improve outcome. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health : Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 140-149). Washington : American Psychological Association.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Hekman-van Steeg, J., & Verschuur, M.J. (2005). The association between personality, attachment, psychological distress, church denomination and the God concept among a non-clinical sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 141-154.
- Fiselier, J.A., Waal, A.E. van der, & Spijker, J. (2006). Psychiater, patiënt en religie: meer dan coping alleen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(5), 383-386.
- Gartner, J., Larson, D., & Allen, G. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van, & Dorselaer, S. van (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 203-213.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hardy, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: A research perspective. In P. Gilbert, & R.L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 24-42). London: Routledge.
- Harrison, M.O. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International review of psychiatry*, 13, 86-96.
- Huibers, M., & Bockting, C. (2009). Cognitieve therapie bij stemmingsstoornissen. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels, & W. Trijsburg (Red.), *Leerboek Psychotherapie* (pp. 561-571). Utrecht: De Tijdstroom.
- James, W. (1929). *The varieties of religious experience. A study in human nature (The Gifford lectures on natural religion, Edinburgh 1901-1902)*. New York: The Modern Library.
- Keijsers, G., Vossen, C., Kriens, S., & Boelaars, V. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met burn-out. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 2* (pp. 225-295). Amsterdam: Boom.
- Kerssemakers, J.H.N. (1989). *Psychotherapeuten en religie. Een verkennend onderzoek naar tegenoverdracht bij religieuze problematiek*. Nijmegen: Katholiek Studiecentrum.
- Koenig, H.G., King, D., & Carson, V.B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Körver, S. (2014). Positieve herwaardering: Spirituele coping bij longkankerpatiënten. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 17 (74), 23-32.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leahy, R.L. (2007). Schematic mismatch in the therapeutic relationship: A social- cognitive model. In P. Gilbert, & R.H. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 229-254). London: Routledge.
- Lietaer, G. (2010). Contouren van het cliëntgericht-experiëntiële paradigma. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Snijders, & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 11-24). Utrecht: De Tijdstroom.
- Matthews, D.A., McCullough, M.E., Larson, D.B., Koenig, H.G., Swyers, J.P., & Greenwold Milano, M. (1998). Religious commitment and health status: a review of the research and implications of family medicine. *Archive for Family and Medicine*, 7, 118-124.
- Meissner, W. (1991). The phenomenology of religious psychopathology. *Bulletin of the Meninger Clinic*, 55, 281-298.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping; theory, research, practice*. New York, London: The Guilford Press.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors.

- Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pieper, J. (2012). Religieuze coping: ontwikkelingen, en onderzoek in Nederland. *Psyche & Geloof*, 23(3), 139-149.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (2005). *Religion and coping in mental health care*. Amsterdam-New York: Rodopi.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- Reedijk, W. (2006). *Zuiver lezen: De Bijbel gelezen op de wijze van de vroegchristelijke woestijnvaders*. Budel: Damon BV.
- Richards, P.S., & Bergin, A.E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Saane, J. van (2012). Psychiatrie en godsdienstpsychologie. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 31-39). Utrecht: De Tijdstroom.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, L., & Luyten, P. (2012). Godsbeeld, geloofsbeleving en religieuze orthodoxie: empirisch onderzoek in Nederland. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 353-364). Utrecht: De Tijdstroom.
- Schreurs, A. (2001). *Psychotherapie en spiritualiteit. Integratie van de spirituele dimensie in de therapeutische praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Tepper, L., Rogers, S.A., Coleman, E.M., & Newton Malony, H. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 660-665.
- Tiesinga, L.J. (2012). De spirituele leespraxis van de Bijbel in de GGZ vanuit christelijk perspectief. *Psyche & Geloof*, 24(4), 187-196.
- Tugade, M.M. (2011). Positive emotions and coping. Examining dual-process models of resilience. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health and coping* (pp. 186-199). Oxford: Oxford University Press.
- Verhagen, P., Braam, A., Chafekar-Stynenbosch, P., Spijker, J., & Graaf, R. de (2012). Geloven gezond? Een controerse. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 381-398). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhagen, P.J., & Megen, H.J.G.M. van (2012). Voorwoord. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit*. (pp. 11-13). Utrecht: De Tijdstroom.
- Voorwinden, P. (2012). Spiritualiteit of geloof binnen de GGZ: Een dimensionale benadering. *Psyche & Geloof*, 23, 167-175.
- Wade, N.G., Worthington, E.L., & Vogel, D.L. (2007). Effectiveness of religious tailored interventions in christian therapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 91-105.
- Westerink, H. (2012). Psychoanalyse en godsdienstpsychologie. In P.J. Verhagen, & H.J.G.M. van Megen (Red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 41-49). Utrecht: De Tijdstroom.
- Worthington, E.L. Jr., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., & Sandage, S.J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.

PERSONALIA

Richard Vuijk is klinisch psycholoog, docent/cursusleider en supervisor werkzaam bij SARR Expertisecentrum Autisme (onderdeel van Bavo Europaort/Parnassia Groep) te Rotterdam, in eigen praktijk AutismeSpectrumNederland, bij verschillende RINO's en de Parnassia Academie. Correspondentieadres: r.vuijk@bavo-europaort.nl

Remy Jacobs is priester en geestelijk verzorger, werkzaam bij Laurens te Rotterdam. Correspondentieadres: r.jacobs@laurens.nl