prof.dr. J. Schaap-Jonker

HERSTEL, HOOP EN COMPASSIE

contouren van een hedendaagse klinische godsdienstpsychologie

VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

prof.dr. J. Schaap-Jonker

HERSTEL, HOOP EN COMPASSIE

contouren van een hedendaagse klinische godsdienstpsychologie

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Klinische Godsdienstpsychologie, vanwege het Kennisinstuut christelijke ggz (De Hoop ggz en Eleos), aan de Faculteit Religie en Theologie van de Vrije Universiteit Amsterdam op 14 juni 2019.

VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

Mijnheer de rector, dames en heren,

In het paradijs stonden twee bomen. Dat wordt ons verteld in het scheppingsverhaal waarmee het boek Genesis begint. De ene boom is de boom van het oordeel: de boom van kennis van goed en kwaad, de boom van het onderscheid. De andere boom is de boom van de aanvaarding: de boom van het leven, van het zijn, van vrijheid en verbondenheid. God zegt tegen de mensen: van die ene boom moet je afblijven. De boom van het oordeel en het onderscheid, de boom van kennis van goed en kwaad, daar word je niet gelukkig van. Ik ben de Enige die tegelijkertijd volmaakt kan liefhebben en volmaakt kan oordelen. Maar u kent waarschijnlijk het verhaal: er wordt toch gegeten van de boom van kennis van goed en kwaad. Vanaf dat moment zuchten mensen onder het oordeel, veroordelen ze elkaar en zichzelf, zijn ze maar slecht in staat tot onvoorwaardelijke aanvaarding en onvoorwaardelijke liefde. Het leven is geen paradijs.

Dat we niet in een paradijs leven, blijkt ook uit het gegeven dat mensen te maken hebben met ziekte en met problemen die we psychiatrische stoornis noemen.[1] We worstelen met angsten, somberheid, gepieker, dwang, wanen, verslaving, psychose, agressie, automutilatie, herbelevingen van trauma's, een onbedwingbare trek in verslavende middelen, zelfveroordeling en zelfafwijzing. Al deze zaken raken ons mensen in wie we zijn. Ze schudden aan onze levensboom en rammelen aan de fundamenten van ons bestaan, onze existentie. Ze roepen fundamentele vragen op naar zin en betekenis, en ze hebben invloed op de manier waarop we kijken naar onszelf, naar anderen, de wereld en God.

Dit laatste staat centraal in het vakgebied van de huidige bijzondere leerstoel, de klinische godsdienstpsychologie. Na een korte omschrijving van het vakgebied wil ik u vanmiddag vier stellingen presenteren waarmee ik mijn leerstoel positioneer in het veld. Deze stellingen maken ook duidelijk wat belangrijke aandachtspunten in mijn toekomstige onderzoek en onderwijs zullen zijn. De implicaties hiervan zullen we op verschillende lagen verkennen: de laag van de wetenschap, die van de klinische praktijk en de praktijk van pastoraat en geestelijke verzorging, en de laag van het individu en zijn omgeving, dus de zorgvragers en hun netwerk. Bij dit alles zal de thematiek van oordeel en aanvaarding een belangrijke inhoudelijke lijn vormen – een thematiek die mij na aan het hart ligt en waarvan ik de relevantie voor wetenschap en zorgverlening, voor individu en omgeving, vanmiddag eveneens hoop duidelijk te maken.

I. Het vakgebied

In de godsdienstpsychologie staan de relaties tussen psyche en geloof centraal. Het gaat er in dit vakgebied niet alleen om hoe religie en spiritualiteit invloed uitoefenen op het psychisch functioneren van mensen. Minstens zo belangrijk is de vraag hoe psychologische processen een rol spelen in geloof en ongeloof, in ervaringen van zin en zinloosheid, in twijfel en religieuze worstelingen – tweerichtingsverkeer dus. Hierbij richten godsdienstpsychologen 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 je psychisch functioneren?

[1] Een aantal cijfers: in het laatste bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van Nederlanders (Nemesis-2) komt naar voren dat zo'n 44% van de Nederlanders ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis heeft, en dat dit op jaarbasis voor 18% geldt. 19% heeft ooit een middelenstoornis (verslaving), op jaarbasis geldt dit voor 6% van de Nederlanders (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012). Meer dan een miljoen mensen in Nederland gebruiken antidepressiva (2016); jaarlijks worden daarvoor meer dan 10 miljoen recepten voorgeschreven. (volksgezondheidenzorg.info). Naar schatting heeft tussen de 4,4 en 13,5% van de volwassen bevolking tenminste één persoonlijkheidsstoornis (de Jong, Van den Brink, Ormel & Wiersma, 1999; Samuels, 2011).

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 en zich verhoudt tot zichzelf, anderen, de wereld en God? Hoe zijn die gevolgen te begrijpen, welke psychologische mechanismen spelen hierbij een rol?

> 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. Ze volgt een hbo-opleiding, maar heeft daar haar handen vol aan. Anna stelt hoge eisen aan zichzelf: het moet altijd beter, het is nooit goed genoeg. In relaties is ze onzeker. 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. 'Misschien heb ik wel iets verkeerd gedaan', of 'misschien heb ik niet goed opgelet en signalen gemist' zijn gedachten die haar dan veel lijdensdruk opleveren. Iets vergelijkbaars geldt voor haar opleiding: ook dan raakt ze in paniek als het stil blijft, wanneer ze niet goed weet of ze op de goede weg zit of iets goed gedaan heeft. Eetbuien helpen voor even en dempen de onderliggende pijn – 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. Hij zal haar ook wel niet willen horen. 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.

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. Op die manier wordt zicht verkregen op de samenhang tussen psychische problematiek en geloof en zingeving (of het haperen of ontbreken daarvan), en op de functie van geloof en zingeving in de context van de psychiatrische stoornis. Om die *functie* goed te kunnen begrijpen - dus om goed zicht te krijgen op de rol van religie en zingeving in de dynamiek van het levensverhaal, angsten, verlangens, afweermechanismen, klachten - is het van belang om ook kennis te hebben van en inzicht in de *inhoud* ervan (cf. Ellis, 2000).[2] 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.*

Het is bijvoorbeeld onvoldoende wanneer we weten *of* iemand zin in het leven ervaart, en hoog of laag scoort op een vragenlijst over 'purpose in life' – we zullen moeten weten welke zin dat is, wat die zin geeft, waar het over gaat. Pas dan zijn we in staat om de functie ervan

[2] Albert Ellis, een van de grondleggers van de cognitieve gedragstherapie, heeft zich in zijn vroege werk negatief uitgelaten over religie, maar is daar later op teruggekomen. Hij stelt dat niet zozeer religieuze opvattingen of niet-religieuze opvattingen als zodanig gezond of ongezond voor iemands psyche zijn. Het gaat veel meer om het *soort* religieuze en niet-religieuze overtuigingen (Ellis, 2000).

goed te begrijpen. Dat geldt evenzeer voor de 'klassieke' vragen over religieus gedrag: je kunt wel weten dat iemand bidt of mediteert, en op grond van de literatuur hypothesen vormen over de functie daarvan, in samenhang met allerlei psychologische mechanismen (sociale steun, cognitieve *reframing*, zoeken naar troost). Maar pas wanneer je weet wat dit gedrag betekent voor deze persoon, wat de inhoud van het bidden is, tot wie wordt gebeden, wat iemand gelooft over gebed, kom je verder in het verstaan en begrijpen van de functie voor het psychische leven.

Nadruk op de inhoud van religie, spiritualiteit en zingeving lijkt voor theologen misschien vanzelfsprekend, maar voor psychologen is het dat niet. 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, waarbij het functionele en technische gaat overheersen, zowel binnen de wetenschap als in de hulpverlening – en de context van onze prestatiegerichte neoliberale samenleving zal dat eerder bevorderen dan afremmen.[3]

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, waarbij authenticiteit en persoonlijke ervaring belangrijk zijn, ook binnen geloofsgemeenschappen, is zicht op de inhoud van religie, spiritualiteit en zingeving, zicht op de inhoud van existentiële factoren, essentieel (Zock, 2006). Anders gezegd: zicht op de inhoud van religie en spiritualiteit is eens te meer van belang omdat religie betrokken is in een complex transformatieproces, waarbij de wending naar het subject en verinnerlijking een belangrijke rol spelen en collectieve geloofsvoorstellingen niet langer vanzelfsprekend zijn (Westerink, 2018). Aangezien er altijd sprake is van een interactie tussen de mentale act van individueel geloven en de geloofsvoorstellingen, dus tussen geloof als psychische functie (*fides qua creditur*) en geloof als object (*fides quae creditur*), kan een godsdienstpsychologische analyse niet om de bestudering van de meer objectieve kant van geloof en zingeving heen, of die nu religieus van aard is of niet (Westerink, 2018; cf. Vergote, 1987).

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 weliswaar religieus van aard kan zijn – hoop op God, op het ingrijpen van God bijvoorbeeld, of op een leven na dit leven, een nieuw paradijs. Maar hoop hoeft niet religieus te zijn om als een fundamentele, drijvende kracht in je bestaan te fungeren: hoop op een nieuwe fase in je leven bijvoorbeeld, hoop op een nieuwe plek, waar je tot rust kunt komen en het gevoel hebt dat je er mag zijn en dat je ertoe doet. Hoop kan tot uiting komen in een positieve gestemdheid, in verwachting, in vertrouwen en je toevertrouwen aan anderen (Glas, 2009; cf. Verhagen, 2013). 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., 2010). Daarom wordt hoop ook gezien als een cruciale factor in therapie en als sleutel tot herstel (Slade & Longen, 2015; Spandler & Stickley, 2011; Werner, 2012; cf. Herrestad & Biong, 2010; Sadeghi, Ebrahimi & Vatandoust, 2015; Schrank et al., 2012).

[3] In de geestelijke gezondheidszorg komt die functionele benadering tot uiting in het medische ziektemodel genoemd wordt, waarbij symptomen van psychische ziekte uitingen zijn op een verstoord functioneren van het brein. Daartegenover staan meer pluralistische en/ of persoonsgerichte modellen, waaronder het multidimensionele biopsychosociale of biopsychosociaalspirituele model en het herstelmodel (cf. Van den Berg et al., 2018; Dirkx, 2008; Delespaul et al. 2016; Verhagen, 2013).

Terug naar 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 het ingewikkeld om hun kinderen groot te brengen. 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 en probeerde het perfecte kind te zijn. Zo verzweeg ze haar moeite met taal en bleef het lang onduidelijk dat ze last had van dyslexie. 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 het conflict, er was subtiele manipulatie, een wachten wie als eerste over de brug kwam – en meestal was dat Anna.
Hoop is een worsteling voor haar. Wat nu als er meer afstand, meer stilte komt? Ze durft nauwelijks te verkennen waar ze nu eigenlijk op hoopt en naar verlangt. Het lukt nog wel om te bedenken dat ze graag erkenning en aanvaarding wil, dat ze verlangt er te mogen zijn zonder meer. Maar daar iets bij voelen, dat is te bedreigend en te veel gevraagd. Eigenlijk rekent ze nergens meer op – ook niet in relatie tot God. Het is misschien maar het beste om te zorgen dat je niemand nodig hebt en je voor te nemen: 'ik doe het zelf wel', denkt ze.

II. Herstel

Klinische godsdienstpsychologie bestudeert de wederzijdse relatie tussen psychopathologie en religie, spiritualiteit en existentie. Het ontstaan, de aard, presentatie en het beloop van psychische klachten in relatie tot religieuze en existentiële factoren staan centraal, maar ook het herstel of voorkomen ervan. Psychopathologie is daarbij geen vast gegeven, maar kent een ontwikkelproces en veranderproces – verandering ten goede of ten kwade – en professionele hulpverlening is erop gericht om die processen in gunstige zin te beïnvloeden. Datzelfde geldt voor de religieuze en existentiële factoren. Ook die kunnen zich ontwikkelen en veranderen. 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; cf. De Jong & Schaap-Jonker, 2016). In al deze aspecten van existentieel herstel, waarin sprake is van reflectie en evaluatie, kan de thematiek van oordeel en aanvaarding een rol spelen. In het vervolg zal ik dit illustreren.

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 niet zozeer als doel dat iemand weer helemaal gezond, beter of 'normaal' is, wat dat laatste dan ook mag betekenen. Doel is veelmeer herstel in brede zin, langs meerdere dimensies, waarbij het niet alleen gaat om afname van de klachten (en het is natuurlijk prachtig als die na verloop van tijd verdwenen zijn), maar ook om leren omgaan met je beperkingen, inzicht in patronen, herstel van hoop en zingeving, groeien als persoon, ook in relatie tot je sociale omgeving en de taken die je te vervullen hebt, zoals werk of vrijwilligerswerk (cf. Leamy et al., 2011; Whitley & Drake, 2010). Herstel betekent dan dat het op verschillende dimensies beter met iemand gaat dan eerst, ook al is hij of zij nog niet volledig vrij van psychische klachten of pathologische patronen. Herstel betekent ook een zinvol en betekenisvol leven kunnen leiden ondanks of voorbij je klachten, niet in een isolement, maar binnen verbindende omgevingen. Herstel omvat ontplooiing: je losmaken van de druk van

(zelf)stigma en het herdefiniëren van je eigen verhaal, om met zelfvertrouwen een betekenisvol leven te leiden (Van den Berg et al., 2018; Boevink, 2017).[4] 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 belangrijkste dimensie in het herstelproces (Huber & Garssen, 2016; Huber et al., 2016). In mijn tweede stelling sluit ik 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, uithoudingsvermogen om het proces van herstel door te gaan, kracht om het vol te houden.

Nu is het ingewikkelde dat de pathologie dat vermogen tot hopen en zingeving kan ondermijnen (cf. Glas, 2017; 'individuals are depressed about their depressive states', Sadeghi, Ebrahimi & Vatandoust, 2015). Bij depressie bijvoorbeeld kan demoralisatie optreden, hopeloosheid en diepe wanhoop (Clarke & Kissane, 2002): het wordt toch nooit meer wat, het wordt alleen maar slechter - tot het niet meer gaat, tot het lijntje knapt. 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 stelt ze zich terughoudend op, 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', 'ik ben een zeur, dit heb ik je ons vorige gesprek ook al verteld, je vindt me vast vervelend.' Maar langzaam maar zeker komt er ruimte voor vertrouwen en ontvangen en durft ze toe te laten dat ze aanvaard wordt met al haar *struggles*, dat het oké is om het erover te hebben, dat haar verlangen naar erkenning er mag 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 dat er verandering komt in het existentiële vacuüm en de onrustig makende stilte, hoop op een woord dat de stilte doorbreekt, hoop op verbinding en aanvaarding.

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 onder meer dan 500 verslaafde mensen die het 12-stappen programma volgden in verslavingsklinieken in Californië gevonden dat niet religie of religieuze betrokkenheid of gedrag een voorspeller was van abstinentie, maar juist

[4] Gezondheid is hierbij dus meer dan de afwezigheid van klachten, maar omvat ook *human flourishing*, weerbaarheid en het vermogen om je aan te passen (Huber et al., 2011), veerkracht en het ontwikkelen van levensvaardigheden (Van den Berg et al., 2018).

veranderingen in religie en spiritualiteit, dus *spiritual change* (Zemore, 2007). Een andere longitudinale studie onder bijna 600 alcoholverslaafden met een 3-jarige follow-up, ook in Californië, laat vergelijkbare resultaten zien: religie (*religious self-definition*) bij start behandeling (dus of mensen zichzelf religieus, spiritueel of atheïst noemden bij de baseline meting) was niet voorspellend voor de uitkomst van de behandeling, maar of ze na drie jaar een verandering in spiritualiteit rapporteerden: mensen die zeiden een *spiritual awaking* te hebben meegemaakt, hadden meer kans dat ze al een jaar lang abstinent waren voor alcohol (Kaskutas, Bond & Weisner, 2003). Voor heroïneverslaving lijkt een soortgelijke dynamiek te spelen: niet zozeer religie bij baseline (*individual religiousness*), maar veranderingen in religie, namelijk toegenomen kerkgang, is voorspellend voor een afname in heroïnegebruik bij bijna 200 mensen die in behandeling zijn bij een verslavingskliniek in Texas (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 (dus met 1 meetmoment, waardoor je niets kunt zeggen over de richting van het verband).

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 suïcidaliteit onder jongeren in Ecuador niet zozeer voorspeld wordt door depressie, maar door zingevingscrises (N=300; Schnell, Gerstner & Krampe, 2018), dat alcoholverslaafde cliënten die een doel in het leven ervaren een grotere kans hebben om na 15 maanden abstinent te zijn (N=414) (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, Strunk, Lazarus & Goldstein, 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. Immers, wanneer we meer inzicht hebben in de rol van existentieel herstel bij klinisch herstel, heeft dat wetenschappelijke relevantie en klinische relevantie en zijn er implicaties voor behandeling en begeleiding, voor interventies, voor de samenwerking tussen ggz-professionals en pastores en geestelijke verzorgers.

De eerste signalen zijn veelbelovend. Zo werd in een RCT (*randomized controlled trial*) die Aline Verhoeff, klinisch psycholoog, heeft uitgevoerd onder depressieve cliënten van Eleos 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*).

III. Methodiek

Voor een hedendaagse klinische godsdienstpsychologie is onderzoek naar de relaties tussen existentieel herstel en klinisch herstel cruciaal, en de inhoud van religie en zingeving is uitermate relevant in dit verband. 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 multidimensionele 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: bent u christen (katholiek of protestant), moslim, jood, boeddhist, geen van deze of anderszins? Er is immers veel 'believing without belonging'. 'Hoe vaak bezoekt u een kerk, synagoge of moskee?' schiet ook tekort, niet alleen omdat religieuze praktijken aan verandering onderhevig zijn, waarbij een individualiserende tendens waarneembaar is, maar ook omdat je niet weet wat dit religieuze gedrag nu betekent, welke waarde het voor iemand heeft, waarom hij of zij het doet (cf. Pirutinsky & Rosmarin, 2018). We zullen daarom meerdere dimensies van religie en zingeving moeten uitvragen – overtuigingen, ervaringen, gedragingen, waarden, manieren van coping, etcetera (cf. 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 correlationeel 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. Op die manier kunnen we niet alleen de dynamiek van constructen op het spoor te komen, maar ook inzicht krijgen in psychologische causaliteit (cf. Bakan, 1966 p. 19), en dus ook iets zeggen over de manieren waarop psychopathologie en *religious struggles* of existentiële crises, klinisch en existentieel herstel elkaar beïnvloeden (cf. Pirutinsky, Rosmarin, Pargament & Midlarsky, 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 de huidige bijzondere leerstoel. Hij bestudeert via ESM de interacties tussen religie, depressie en suïcidaliteit. ESM staat voor Experience Sampling Method (cf. EMA: ecological momentary assessment), wat betekent dat deelnemers een app op hun smartphone krijgen die meerdere keren per dag een bliep geeft. Op het moment van de bliep moet je meteen een aantal vragen beantwoorden – vragen over hoe je je voelt en wat je aan het doen was en met wie, maar ook vragen die betrekking hebben op religie: ik heb gebeden sinds de laatste bliep; ik voel me gesteund door het geloof; ik voel me verlaten door God. Op deze manier is het mogelijk om zicht te krijgen op interacties tussen religie/ spiritualiteit en pathologie, op veranderingen, dynamiek, en micro-causaliteit: waardoor veranderen belevingen en stemmingen, wat gaat daaraan vooraf?
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; Kucinskas, Wright, Ray & Ortberg, 2017; Kucinskas, Wright & Riepl, 2018). Binnen een klinische of psychiatrische 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.

IV. 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 de persoon geworden bent die je nu bent, *en* hoe je naar jezelf kijkt en 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 de manier waarop je je verhoudt tot jezelf. Je vindt dan dat je tekortschiet, niet voldoet aan de normen, aan de eisen die anderen of jezelf stellen, en dit resulteert in gevoelens van schuld en schaamte, in zelfveroordeling en zelfafwijzing, soms zelfs op een vijandige en genadeloze manier (Blatt, 2008). 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 hechtingsrelaties en de hechtingsgeschiedenis, ten koste van (onvoorwaardelijke) aanvaarding (Gilbert et al., 2004; Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011; cf. Verhagen en Schreurs, 2018).

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; Luyten et al., 2007; Mongrain & Leather, 2006; Mongrain, Lubbers, & Struthers, 2004; Santor and Patterson, 2004), met suïcidaliteit en met suïcidaal gedrag (Campos et al., 2018; Falgares et al., 2018; Fazaa & Page, 2003). Zelfkritiek is ook een voorspeller van toekomstige depressieve episodes (Mongrain and Leather, 2006). Eetstoornissen (e.g. Ferreira, Pinto- Gouveia & Duarte, 2014; Noordenbos & Van Geest, 2017) en persoonlijkheidsstoornissen (e.g. 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).

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.[5] De problematiek mag er niet zijn, het psychische lijden moet weg, mensen vinden het moeilijk om te erkennen dat er zich heftige dingen in hun verleden hebben afgespeeld (‘was het nou echt zo erg’ is makkelijker om te zeggen dan ‘er is wel degelijk iets gebeurd’), ze vinden dat het over moet zijn (‘wat stom dat ik hier nu na al die jaren nog last van heb’) – 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. Het gaat daarbij immers om hoe goed je bent in vergelijking met dat wat telt als goed genoeg in zaken die men waardeert als belangrijk om er goed in te zijn, ook in relatie tot anderen (cf. James, 1890). Een interessante analyse naar mijn mening, die vraagtekens

[5] In het verlengde van zelfveroordeling en zelfafwijzing ligt het zelfstigma, waarbij mensen zich gaan gedragen naar de veroordelingen van anderen en de stigma’s die ze tegenkomen.

plaatst bij manieren van kijken en reageren die in onze samenleving, maar ook in de psychologie, vaak de standaard vormen. Als alternatief wordt dan gewezen op zelfcompassie, wat niet gaat over zelfmedelijden, maar over een aanvaardende, niet-veroordelende en vriendelijke houding naar jezelf, je eigen tekort en lijden. Kristin Neff, een van de pioniers op dit gebied, omschrijft zelfcompassie als het geraakt zijn door en open staan voor je eigen lijden, dat je niet vermijdt en waarvan je geen afstand neemt, maar waar je met vriendelijkheid naar kijkt. Zelfcompassie omvat een niet-veroordelend begrijpen van je pijn, tekorten en mislukkingen, zodat je je ervaring ziet als deel van menselijke ervaring die we allemaal delen (Neff, 2003 p. 87).[6] Met dat laatste bedoelt Neff dat je niet de enige bent die het moeilijk heeft, maar dat alle mensen wel eens lijden. 'Common humanity', noemt ze dat – menszijn betekent dat je sterfelijk, kwetsbaar en onvolmaakt bent, en frustraties of lijden hoeven dus geen isolement te betekenen.[7]

Zelfcompassie beschouw ik als een existentieel proces, als een manier van je verhouden tot jezelf en je stoornis, en niet slechts als een emotieregulatiestrategie (cf. 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, 2012; Neff & Germer, 2013; 2017; Ying & Han, 2009; Vetesse, Dyer, Li, Wekerle, 2011). Zelfcompassie is een voorspeller van minder depressieve symptomen (en niet andersom); datzelfde geldt voor depressieve episodes (Krieger, Berger & Grosse Holtforth, 2016). Bij het herstel van depressie (i.c. bij de afname van een depressieve stemming) lijkt zelfcompassie zelfs effectiever te zijn dan acceptatie of cognitieve herwaardering (re-appraisal; anders tegen de dingen aankijken) (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 (dus dit is een voorbeeld van existentieel herstel) een voorspeller te zijn voor afname in de depressie, angst en stress (dus klinisch herstel), en van een toename in geluk en sociale verbondenheid (Neff & Germer, 2013). Het lijkt erop dat vooral de *self-kindness* (en dus de afwezigheid van zelfveroordeling) en de *common humanity* (tegenover een gevoel van isolatie) samenhangen met minder symptomatologie (Hall, Row, Wuensch & Godley, 2013).

Uit het voorgaande zou je simpele conclusies kunnen trekken over zelfcompassie als existentiële factor in herstel. Echter, de zaken liggen 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 (hoewel er ook stemmen zijn die stellen dat aandacht voor zelfcompassie juist iets is voor de westerse cultuur met z'n joods-christelijke wortels, waar schuldgevoel doorgaans een grote rol speelt,

[6] 'Selfcompassion is being touched by and open to one's own suffering, not avoiding or disconnecting from it, generating the desire to alleviate one's suffering and to heal oneself with kindness. Self-compassion also involves offering nonjudgemental understanding to one's pain, inadequacies and failures, so that one's experience is seen as part of the larger human experience' (Neff, 2003 .p 87).

[7] Zelfcompassie wordt geoperationaliseerd in drie componenten en gemeten via zes subschalen (Neff et al., 2018):

- self-kindness (versus self-judgment): zelfcompassie betekent dat je begripvol, warm en zachtaardig bent tegen jezelf wanneer je lijdt of faalt of je tekort voelt schieten, in plaats van dat je lijden en moeilijkheden ontkent of ertegen vecht, en jezelf veroordeelt om onvolmaaktheid, mislukking, angst of ervaren stress.
- common humanity (versus a sense of isolation): je realiseert je dat je niet de enige bent die het moeilijk heeft of die fouten maakt, maar dat lijden, kwetsbaarheid en onvolmaaktheid hoort bij het menszijn.
- mindfulness (versus over-identification): negatieve emoties kun je met openheid, op een niet-oordelende manier bekijken en ervaren, zonder je erin te verliezen, ze te overdrijven of te onderdrukken.

Mensen met zelfcompassie hebben meer compassie voor anderen en ontkennen hun fouten en tekortkomingen niet, maar nemen er verantwoordelijkheid voor (Neff, 2003; Neff & Pommiers, 2013).

op z'n minst als onderbuikgevoel). Dat roept vragen op. In hoeverre is zelfcompassie een spiritueel, cultureel of religieus bepaald proces? In hoeverre is het te verenigen met of te definiëren vanuit andere religies en levensbeschouwingen dan het boeddhisme? Zijn mensen die zichzelf een 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 betwijfel ik. 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 mede, of hangt op z'n minst samen met de ruimte die er is voor zelfcompassie, is mijn veronderstelling (cf. Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 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, dus om de conceptuele structuur van het construct zelfcompassie zoals die naar voren komt in empirische waarnemingen, en om de wijze waarop en de reden waarom verschillende aspecten van zelfcompassie belangrijk zijn binnen specifieke religieuze groepen. Vervolgvraag 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. Ze is gewend om zichzelf voortdurend te beoordelen en bekritiseren, en dat geeft haar in zekere zin ook houvast en controle. Tegelijk is deze zelfkritische houding geworteld in existentiële overtuigingen over goed en kwaad, in levensbeschouwelijke opvattingen over hoe je moet zijn als mens, en blijkt op een impliciete laag de angst voor een oordelende God een grotere rol te spelen dan ze zelf vermoedde. Pas wanneer deze existentiële aspecten bespreekbaar worden in de behandelkamer en in verband gebracht met haar problematiek, pas wanneer er op een existentiële laag ruimte komt om hier iets naast te zetten, 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, Watson, Chen & Norballa, 2012)[8] en waarbij de meest religieuze en spirituele mensen ook het hoogst scoorden op zelfcompassie en psychologisch welbevinden (Ghorbani, Watson, Kashanaki & Chen, 2017). Daarnaast zijn er enkele studies in de

[8] De auteurs van deze studie leggen een expliciete link met de inhoud van de Islam en het streven van Moslims om dichterbij een ontfermende God te komen. Hun hypothese is dat Moslims in Iran psychologisch gezien baat hebben bij zelfcompassie door een oprecht streven om dichterbij een barmhartige God te komen, waarbij zelfkennis een mediërende rol vervult. Uit de resultaten bleek dat moslimgeloof alleen niet tot meer zelfcompassie leidt. Intrinsieke religiositeit speelde wel een modererende rol in de relatie tussen zelfcompassie en integratieve zelfkennis.

Verenigde Staten gedaan onder christenen (e.g. Barnard & Curry, 2012), waarbij onder meer bleek dat christelijke studenten met meer zelfcompassie een minder perfectionistische zelfpresentatie hadden, meer vergeving ervoeren (van anderen en van God) en meer steun vanuit de geloofsgemeenschap ondervonden (Brodar, Barnard Crosskey & Thompson, 2015). Verder is gevonden dat onveilige gehechtheid aan God samengaat met meer depressieve klachten en angstklachten, en dat dit verband wordt gemedieerd door zelfcompassie. Naarmate mensen dus meer angst en vermijding ervaren in relatie tot God, zijn ze minder goed in staat tot zelfcompassie, waardoor ze meer depressieve en angstige gevoelens ervaren (Homan, 2014). Verder is onderzoek gedaan naar de relatie tussen zelfcompassie en culturele waarden (Montero-Marin et al., 2018),[9] op grond waarvan hypotheses gevormd kunnen worden over de relatie met religieuze waarden en religieuze moraal. In ieder geval heeft geen enkele studie naar religie en zelfcompassie 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, als een aanvaardende houding van het leven, inclusief het lijden dat je overkomt of aangedaan is, dan gaat het in het voorgenomen onderzoek ook om de rol van religie en spiritualiteit in een aanvaardende houding in het algemeen, in het ontwikkelen van die aanvaardende houding. 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. Cliënten worden hierbij onder meer gestimuleerd om gevoelens niet te veroordelen, maar met een aanvaardende houding tegemoet te treden. In plaats van overidentificatie met gedachten wordt geleerd om juist niet op te gaan in wat je denkt en gedachten te scheiden van gedrag (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 (cf. Saroglou, 2002)? 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? (cf. Knabb, 2016; Rosales & Tan, 2016)

Bij het beantwoorden van bovengenoemde vragen is een kritische dialoog tussen psychologie en theologie of religiewetenschappen verrijkend en gewenst.
Wanneer de verschillende perspectieven, met elk hun eigen focus, taal en normativiteit (cf. Deusen-Hunsinger, 1995), met elkaar in verband gebracht worden, vermindert dat de beperkingen van het methodologisch reductionisme dat elke wetenschappelijke discipline kenmerkt. Dat brengt mij niet alleen bij mijn laatste stelling, maar ook bij de implicaties van mijn betoog op een wetenschappelijk, maatschappelijk en individueel niveau, als laatste onderdeel van deze rede.

> *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.*

[9] Dit onderzoek laat zien dat de mate waarin positieve en negatieve items een bijdrage leveren aan het (onderliggende) construct van zelfcompassie verschilt tussen culturen en samenhangt met culturele waarden. Er werd een samenhang gevonden tussen positieve items van zelfcompassie en een lange termijn oriëntatie binnen een cultuur. Daarnaast bleek er een omgekeerde relatie te zijn tussen de mate waarin wensen en impulsen worden toegestaan geplaatst van beheerst en zelfcompassie.

V. Implicaties

De (klinische) godsdienstpsychologie, als psychologische discipline, is in Nederland veelal ondergebracht bij de faculteiten voor theologie en godsdienstwetenschap. Daar is veel over te zeggen. Voor dit moment wijs ik uitsluitend op de kansen die dat met zich meebrengt. Juist omdat de inhoud van religie en spiritualiteit van belang is binnen de godsdienstpsychologie, juist vanwege de samenhang tussen existentieel herstel en klinisch herstel, juist omdat religie en zingeving als dynamische constructen onderzocht dienen te worden, is samenwerking tussen psychologen en theologen, sociale wetenschappers en religiewetenschappers, van groot belang. 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, een thema dat momenteel in de belangstelling staat in theologie en religiewetenschap (e.g. Armstrong, 2011; Charter for Compassion; De Lange & Claassens, 2018), 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 als religieuze deugd (e.g. Vos, 2018) of religieuze daad, of houding die geïnspireerd is door religie, aandacht verdienen. Bij deze voorwaarden valt te denken aan hechtingsgeschiedenis en mentaliserend vermogen (cf. Schaap-Jonker & Corveleyn, 2014). 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 regelmatig theodicee-vragen en de vraag naar de compassie van God en de betekenis daarvan. 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 psychologische, psychiatrisch, verpleegkundig, agogisch of ander perspectief is. 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 (cf. 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 bijvoorbeeld aan psychoeducatie over de verhouding tussen psychische stoornissen, geloof en zingeving, of aan interventies met betrekking tot zelfcompassie, die kortdurend en effectief zijn (cf. Verhoeff-Korpershoek, 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, erkenning dat we allemaal mensen zijn met deuken en barsten. Het vraagt om het verdragen van lijden en frustratie in combinatie met warmte en vriendelijkheid (Standler & Stickley, 2011). Religieuze en existentiële factoren verdienen daarom ook aandacht in de reflectie van de professional op de wijze waarop 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. Vanuit deze leerstoel wil ik hieraan ook graag mijn steentje bijdragen.

Geestelijk verzorgers, predikanten en pastores vormen een groep professionals die van grote waarde kan zijn voor het existentieel herstel van mensen met een psychiatrische stoornis. Vanuit hun eigen professionele kader – en dat is een ander kader dan dat van de ggz-professional – kunnen zij het gesprek voeren over levensvragen en zingevingsproblemen, twijfels en geloofsworstelingen (cf. Loonstra, 2018; Mooren, 2008). Samenwerking en afstemming tussen pastoraat of geestelijke verzorging en de geestelijke gezondheidszorg zijn daarbij essentieel. Nog steeds gebeurt het dat een hulpverlener bepaalde angsten in het religieuze domein als pathologisch ziet terwijl de pastor ze als positief en heilzaam waardeert – en daar wordt de persoon die ermee worstelt uiteraard niet beter van.
Geestelijk verzorgers, predikanten en pastores zijn nog om een andere reden van belang voor het herstel van mensen met psychische problemen. Recent onderzoek dat door het Kennisinstituut christelijke ggz is uitgevoerd binnen kerken wijst uit dat de meerderheid van de ruim 2500 respondenten zich niet veilig voelt om binnen de geloofsgemeenschap het gesprek te voeren over psychische problemen of verslaving en met de eigen worstelingen naar een medegemeentelid en of ambtsdrager toe te stappen (De Vries- Van der Weijden & Schaap-Jonker, 2019). Deze ervaren onveiligheid weerspiegelt naar mijn mening de veroordeling en de stigma's die nog steeds aan psychische stoornissen kleven – niet alleen binnen de maatschappij, maar ook binnen geloofsgemeenschappen. Dat betekent huiswerk voor de kerken, en geestelijk leiders hebben hier een belangrijke taak te vervullen om te komen tot meer compassie voor en aanvaarding van mensen die lijden aan psychische ziekten of die worstelen met verslaving, om welke reden dan ook.

Tenslotte 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, dus het ontwikkelen van nieuw zelfvertrouwen, talenten en mogelijkheden in verantwoordelijkheid voor en afhankelijkheid van anderen, naast het ontwikkelen van inzicht en accepteren van onmogelijkheden en beperkingen (cf. Boevink, 2012), 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, vrijheid die beperkingen overstijgt, en zo niet langer te verkeren in de donkere schaduw van de boom van het oordeel, maar in de verfrissende koelte die de schaduw van de boom van de aanvaarding brengt.

VI. Dankwoord

Aan het eind gekomen van deze rede waarmee ik mijn ambt aanvaard dank ik allereerst het College van Bestuur van de Vrije Universiteit alsook het bestuur van de faculteit Religie en Theologie voor mijn benoeming en het in mij gestelde vertrouwen. Deze bijzondere leerstoel wordt ingesteld vanwege het Kennisinstituut christelijke ggz, dat onderdeel is van de instellingen Eleos en De Hoop ggz – en in de titel van deze rede klinken de namen van deze instellingen door.[10] De heren De Gruijter en Luteijn, bestuurders van De Hoop en Eleos, ben ik zeer erkentelijk voor de mogelijkheid om onderzoek en onderwijs naar existentieel en

[10] Eleos betekent barmhartigheid, compassie.

klinisch herstel academisch te verankeren en uit te bouwen. Ik dank hen niet alleen voor het vertrouwen dat zij mij geven, maar ook voor de kansen en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek die ze mij en anderen binnen hun organisaties bieden. In deze dank betrek ik ook de heer Buijs, voormalig bestuurder bij Eleos, die een belangrijke rol heeft gespeeld bij de vestiging van deze bijzondere leerstoel.

Collega's aan de VU wil ik danken voor de hartelijke ontvangst op de faculteit. Met een aantal van u heb ik al uitvoeriger kennis gemaakt, met anderen hoop ik dat nog te doen. Ik verheug mij op samenwerking in onderwijs en onderzoek. Inmiddels heb ik al een aantal studenten ontmoet, in colleges en rond scriptieprojecten. Wat me hier opvalt, is dat gesprekken over existentiële thema's in een onderzoeks- of onderwijssetting regelmatig een persoonlijk tintje krijgen, vooral bij de studenten islamitische geestelijke verzorging. Dank voor jullie openheid – ik geniet daarvan.

Graag wil ik hier alle onderzoekers, promovendi en anderen met wie ik mag samenwerken binnen het Kennisinstituut christelijke ggz noemen. Dank voor jullie collegialiteit en stimulerende gesprekken. Het is fijn om samen iets moois neer te zetten – of dat nu onderzoek, training, publicaties of anderszins betreft. Agnes, zonder jou als secretaresse was ik maar half zo effectief. Dankjewel voor de manier waarop je van alles en nog wat bewaakt.

Zonder leermeesters en collega's van wie ik onderweg veel heb mogen leren zou ik hier vandaag niet gestaan hebben. Daarom wil ik in het bijzonder mijn erkentelijkheid uitspreken naar de hooggeleerden Jonker, Zock, Eurelings-Bontekoe en Corveleyn. Jullie hebben er mede aan bijgedragen dat ik de wetenschapper en persoon geworden ben die ik nu ben.

Meinsje Wijma wil ik ook graag bedanken. Zij is zelf bekend met psychisch lijden en heeft het schilderij gemaakt waar u al de hele middag naar kijkt. Dit schilderij heeft als titel 'Aandacht', en het siert ook de binnenkant van mijn toga. Op die manier is er steeds opnieuw de herinnering aan het cliëntperspectief en de aansporing om bij alle wetenschappelijke studie, de cijfers en statistiek die bij kwantitatief empirisch onderzoek horen, de concrete mens niet uit het oog verliezen, maar aandacht en compassie te hebben voor mensen die lijden, mensen die zich niet altijd gezien en erkend voelen, voor wie niet altijd voldoende aandacht is geweest. Meinsje, het heeft ons beide verrast hoe God de voering van een toga wil gebruiken om recht te doen en te herstellen. Voor mij is dat bemoedigend – dat God academisch werk met alles wat daarbij komt kijken gebruikt in het leven van mensen om herstel en vernieuwing te geven. In afhankelijkheid van die God wil ik graag mijn werk doen.

Mirthe, Janna en Geerten, en ook Klaasjan. Ik weet dat jullie er een hekel hebben om hier genoemd te worden. Maar jullie niet noemen in dit dankwoord is ook wel heel vreemd. Dank voor wie jullie zijn en het geluk wat dat met zich meebrengt.

Ik heb gezegd.

Bibliografie

Armstrong, K. (2011). *Twelve Steps to a Compassionate Life.* New York Anchor.

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. (2008). *Polarities of experience*: *Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.

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. (2012). TREE: Towards Recovery, Empowerment and Experiential expertise of users of psychiatric services. In: P. Rian, S. Ramon & T. Greacen (eds). *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: towards a new paradigm* (pp. 36-49)*.* New York: Palgrave Macmillan.

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.

Charter for Compassion. www.charterforcompassion.org/charter

Cheavens, J.S., Strunk, D.R., Lazaru, 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, A., Van den Brink, W., Ormel, J., & Wiersma, D. (1999) *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

De Jong, E., & Schaap-Jonker, H. (2016). Herstelgeoriënteerde zorg binnen de Christelijke GGZ: een inleiding. *Psyche & Geloof 27*(4), 197-205.

De Lange, F., & Claassens, L.J. (Eds). (2018). *Considering Compassion: Global Ethics, Human Dignity, and the Compassionate God.* Eugene, OR: Wipf and Stock.

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Os, J. Van. (2016). *Goede GGZ*! *Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie.* Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Deusen Hunsinger, D. (1995). *Theology and pastoral counseling: A new interdisciplinary approach.* Grand Rapids: Eerdmans.

De Vries – van der Weijden, J. & Schaap-Jonker, H. (2019). *Ook onder ons. Een onderzoek naar verslaving in de gereformeerde gezindte.* Z.p.: KICG. www.kicg.nl

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.

Dirkx, J. (2008). De aantrekkelijke, maar illusoire autonomie van een eenzijdig verklaringsmodel voor de psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*(7), 405-415.
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.
Ellis, A. (2000). Can rational emotive behavior therapy (REBT) be effectively used with people who have devout beliefs in God and religion? *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(1), 29-33.
Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D. C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M.C. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: The mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in psychiatry*, *8*, 36.
Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of Suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *33*(2), 172-185.
Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C. (2014) Self-criticism, perfectionism and eating disorders: The effect of depression and body dissatisfaction. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14*(3), 409-420.
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., & Rivis, 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.
Herrestad, H., & Biong, S. (2010). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *5*(1), 10.3402/qhw.v5i1.4651.
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., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed method study. *BMJ Open, 5:e010091*.
James, W. (1890). *Principles of Psychology.* New York: Holt.
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.
Kucinskas, J., Wright, B.R.E., Ray, D.M., & Ortberg, J. (2017). States of spiritual awareness by situation, Social Interaction, and Time. *Journal for the Social Scientific Study of Religion, 56*(2), *418-437.*
Kucinskas, 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). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 445-452.
Loonstra, B. (2018). *Autonomie en gemeenschap: Een debat over levensbeschouwing en psychotherapie.* Amsterdam: Buijten en Schipperheijn Motief.
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., Williams, J., & Slade, M. (2016). The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophrenia Reseach*, *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.
Montero-Marin, J., Kuyken, W., Crane, C., Gu, J., Baer, R., Al-Awamleh, A.A.,…García-Campayo, J. (2018). Self-Compassion and Cultural Values: A Cross-Cultural Study of Self-Compassion Using a Multitrait-Multimethod (MTMM) Analytical Procedure. *Frontiers in Psychology, 9,* 2638.
Mooren, J.H.M. (2008). *Geestelijke verzorging en psychotherapie*. Utrecht: De Graaff.
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., & Germer, C. (2017). Self-compassion and psychological wellbeing. In E.M. Seppälä, E. Simon-Thomas, S.L. Brown, M.C. Worline, C.D. Cameron & J.R. Doty

(Eds.), *Oxford Handbook of Compassion Science* (pp. 371-386). New York: Oxford University Press.
Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity, 12*(2), 160-176.
Neff, K. D., Tóth-Király, I., Yarnell, L., Arimitsu, K., Castilho, P., Ghorbani, N.,… Mantios, M. (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. (2018). Protective and harmful effects of religious practice on depression among Jewish individuals with mood disorders. *Clinical Psychological Science, 6*(4), 601-609.
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.
Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, *23*(3), 223-233.
Saroglou, V. (2002). Beyond dogmatism: The need for closure as related to religion. *Mental Health, Religion, and Culture, 5,* 183-194.
Schaap-Jonker, H. & Corveleyn, J. (2014). Mentalizing and religion: a promising combination for psychology of religion, illustrated by the case of prayer. *Archive for the Psychology of Religion 36, 1-20.*
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., Voerman, S., & Voorneman, B. (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.
Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2012). *GGZ in tabellen 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
Vergote, A. (1987). *Religie, geloof en ongeloof. Psychologische studie*. Kapellen: DNB/ Pelckmans.
Verhagen, P. J. (2013). Het biopsychosociale model: kritische vragen en radicale wijzigingen. *Psyche & Geloof, 24*(2), 95-111.
Verhagen, P. J., & Schreurs, A. (2018). Spiritual life and relational functioning: A model and a dialogue. *Archive for the Psychology of Religion*, *40*(2-3), 326-346.
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. *Submitted for publication.*
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.
Vos, P. (2018). Compassion as a virtue of love. In F. de Lange, & L.J. Claassens (Eds), *Considering Compassion: Global Ethics, Human Dignity, and the Compassionate God* (pp. 31-46). Eugene, OR: Wipf and Stock.
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.
Westerink, H. (2018). De zorg voor de ziel. Een beschouwing over 'geloven' en 'geloof' in een tijd van religieuze transformatie. *Psyche* en *Geloof, 29*(1), 27-34.
Whitley, R., & Drake, R.E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services, 61*, 1248-1250.
Ying, Y-W., & Han, M. (2009). Stress and coping with a professional challenge in entering masters of social work students: The role of self-compassion. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 28*(3), 263-283.
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.