



Psychotherapie en religie, spiritualiteit en zingeving

Mede onder invloed van de positieve psychologie en de vraag van gebruikers van geestelijke gezondheidszorg zijn religie, spiritualiteit en zingeving weer terug op de agenda van behandeling, psychotherapie en herstel. Piet Verhagen hield er een lezing over op het congres van de NVGP in maart.

Door Piet Verhagen

In deze bijdrage wil ik de lezer een aantal zaken voorleggen met betrekking tot religie, spiritualiteit en zingeving in psychotherapie. De aanleiding is de aandacht voor dit domein in positieve gezondheid, positieve psychologie en psychiatrie en dus ook in positieve psychotherapie; daar beginnen we mee. Die aandacht sluit niet alleen aan bij een vraag van gebruikers van psychotherapie, maar is ook gebaseerd op aantal filosofisch geïnspireerde overwegingen die uitnodigen tot reflectie, en op empirische evidentie. Die evidentie betreft met name de zogenoemde aan religie/spiritualiteit aangepaste therapieën, maar ook de toepassing van in oorsprong niet-therapeutische technieken in psychotherapie en wat genoemd wordt ‘*sacred moments*’ in psychotherapie. Op basis van de geschetste literatuur kunnen een aantal aanbevelingen geformuleerd worden, waarmee ik dan ook deze bijdrage afsluit.

Van klacht naar kracht

Er is veel te doen rond religie, spiritualiteit en zingeving in de geestelijke gezondheidszorg. Dat blijkt uit tal van ontwikkelingen, zoals die misschien nog wel het meest pregnant naar voren komen in wat heet positieve psychologie en positieve gezondheid, en in samenhang met alles wat met herstel te maken heeft. Er is inmiddels ook een posi-

tieve psychiatrie (Bannink & Peeters, 2018). Is er ook een positieve psychotherapie? Natuurlijk is die er ook (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). In het tijdschrift voor psychotherapie hebben Chakhssi en Bohlmeijer (2018) een lans gebroken voor de positieve psychologie.

Vanwaar dat adjectief ‘positieve’? Is dat überhaupt nodig, vragen de critici of wellicht vooral de cynici?

Vanwaar dat adjectief ‘positieve’? Is dat überhaupt nodig, vragen de critici of wellicht vooral de cynici? Het idee is even eenvoudig als sterk; we richten de aandacht niet langer in de eerste plaats op klachten, maar op krachten. Niet op de negatieve verschijnselen zagezegd, maar op het positieve, niet op wat er niet (meer) is, maar op wat er (nog) wel is. In het artikel van Seligman et al. heet het programmatisch ongeveer zo. Positieve psychotherapie is gebaseerd op de gedachte (hypothese) dat men depressie, hoewel men die kan behandelen met het verminderen van de symptomen, ook kan behandelen door direct en primair te werken aan positieve emoties, positieve karaktereigenschappen en betekenis (*meaning*; Seligman, Rashid & Parks, 2006, 775). Die drie invalshoeken gaan weer terug op het idee van Seligman dat ‘*happiness*’ uit drie componenten is samengesteld: positieve emoties, engagement en betekenis. Positieve psychotherapie bouwt daarop voort (Seligman, Rashid & Parks, 2006, 776; zie ook het werk van Wong, 2011, *Positive psychology – Second wave*).

Het opmerkelijke is nu dat kennelijk religie, spiritualiteit en zingeving (betekenis) in die beweging van klacht naar kracht ook meetellen, in ieder geval genoemd worden (zo ook door Chakhssi & Bohlmeijer, 2018). Dat is zeker een ommezwaai, want lange tijd werden religie, spiritualiteit en zingeving niet tot het positieve maar tot het negatieve domein gerekend door een van oudsher, zeker ook in Nederland, kritische attitude van de geestelijke gezondheidszorg jegens religie (Vandermeersch, 1996). Om meteen maar de vraag te adresseren naar de verhouding van die drie ten opzichte van elkaar, het volgende. Ik sluit me aan bij het beeld dat Hoenders en Braam (2020) tekenden. Religie en spiritualiteit zijn niet hetzelfde, maar hebben wel een zekere overlap. Beide worden omvat door het bredere veld van zingeving. Daar dwars doorheen loopt een veld van bestaansvragen (Wat is er? Wat is waar? Wat is goed? Wat zullen we doen? Waar komen we vandaan en waar gaan we naar toe?). De overlap tussen het veld van bestaansvragen en de eerste drie velden is groot, maar niet volledig. En dan is er, denk aan de positieve psychologie, een grote, maar niet volledige overlap met welbevinden. Denk aan aspecten als verbondenheid, zelfcompassie, die hebben hun plek in het religieuze/spirituele veld en in het veld van welbevinden. Het aldus geschetste beeld is verhelderend, maar consensus over afbakening en mate van overlap tussen de genoemde velden is er vooralsnog niet.

Een vraag en een disclosure¹

Laten we er meteen een filosofische achtergrond aan geven. Is het nu zo dat een mens

enkel en alleen op een eigenlijke en authentieke manier kan bestaan als diezelfde mens in het reine komt met diens sterfelijkheid? Draait het om het einde, en is het feit van dat einde de opdracht waar wij voor staan? Of is het zo dat de mens enkel iemand kan worden als die mens erin slaagt

*De positie die we innemen
is nogal bepalend voor wat
voor diagnosticus en wat
voor therapeut we zijn*

om altijd weer opnieuw geboren te worden? Draait het om het begin, en is het feit van dat begin de opdracht die wij meekrijgen? Is mens zijn vooral kunnen eindigen of kunnen beginnen? Nog anders gezegd, overheerst een tragische-ironische visie op de werkelijkheid, een visie die ingesteld is op het onontkoombare en onvermijdelijke, waarbij in alles wat positief lijkt altijd ook iets negatiefs schuilt, een visie op de werkelijkheid met z'n aandacht voor dilemma's en paradoxen, voor innerlijke tegenspraak en ambivalentie, gepaard aan relativeren en ontzucht zijn? Zo denken Nietzsche, Freud en Lacan, analyseert De Schutter (2014, zie ook Uleyn, 1986). Of is het de meer romantische visie op de werkelijkheid: het avontuur, om hartstochtelijk en meeslepend te leven, uitgedaagd? Een leven als onderneming vol risico's en gevaren, die tegemoet getreden moeten worden? Een visie met alle accent op zelfexploratie en integratie, met ook een heel andere kijk op psychopathologie (Akhtar, 2013; zie ook Uleyn, 1986). Staat dus de nataliteit voorop, in de lijn van

Arendt, zoals De Schutter die weergeeft (2014), tegenover die van Heidegger, waarin de eindigheid en sterfelijkheid voorop gaan? Dit is vooral een vraag die bedoeld is om uit te nodigen tot reflectie. Want de positie die we innemen is nogal bepalend voor wat voor diagnosticus en wat voor therapeut we zijn. Hoe verhoudt de professional zelf zich tot het leven, en daarmee tot de beoefening van psychotherapie?

Laat ik bij wijze van *disclosure* mijn positie verduidelijken met een tekst van Paul van Vliet. Het gaat om het liedje met de titel: 'Ik ben zo vaak opnieuw begonnen'². Hij zingt: 'Vanaf vandaag ga ik alles anders doen, maar in vandaag ligt een deel van het verleden. En dat samen neem je weer naar morgen mee.' En dan komt het: 'Het is niet nieuw, het is niet anders of bijzonder. Het is in het verleden meer gedaan. Maar voor een kind is het 't grootste wereldwonder, als het zit en voor de eerste keer gaat staan.' Ik houd het op dat vermogen opnieuw te kunnen beginnen. Of zoals een patiënt het ongeveer zei bij het afsluiten van een langdurige groepspsychotherapie: 'Toen ik begon dacht ik dat ik zo snel mogelijk weer de oude moest worden. Nu ik afsluit heb ik ontdekt dat ik verreweg het beste nooit meer de oude moet worden.'

Definities: grenstaal

Ik gaf een korte schets van hoe religie, spiritualiteit en zingeving zich tot elkaar verhouden. Daarnaast zijn er zoals te verwachten valt lijsten met definities van religie, spiritualiteit en zingeving, maar consensus over een van de definities is er niet. Dat staat niet sterk volgens velen, want hoe kunnen we er dan mee werken, als er al mee te werken

valt? Ik spits het toe op de term spiritualiteit. Is een vage en omstreden, aan mode onderhevige term als spiritualiteit wel bruikbaar? Als we niet precies weten wat iets is, betekent dat dan niet automatisch dat het er niet is? Wat doet spiritualiteit eigenlijk? Is de ervaring die met het woord spiritualiteit wordt aangeduid van praktische betekenis, bijvoorbeeld in de zorg en in psychotherapie? Zouden gebruikers van zorg en therapie er iets aan kunnen hebben als zorgverleners en therapeuten van zo'n woord – en wat er mee bedoeld of vermoed wordt – gebruik (leren) maken? Zou dat de zorg en behandeling zelfs ten goede kunnen komen? Het zijn de twee Britse theologen Swinton en Pattison (2010) die deze vragen formuleerden en ik vind hun antwoorden zeer verhelderd.

Wanneer doet spiritualiteit zich voor? In lastige omstandigheden, in chaos, bij geworstel en stress, in geval van ziekte of onder al te grote druk staan. Dan duikt het (soms) op. Swinton en Pattison (2010) stelden dat spiri-

*Dat ik niet zeker ben
van waarover ik het heb,
betekent nog niet dat het
de moeite niet waard is*

tualiteit onder bepaalde omstandigheden emergent is en responsief op bepaalde noden, behoeften in die omstandigheden, ook dan omstreden, want ook dan niet on-dubbelzinnig klip en klaar. Het is misschien helemaal niet zo verwonderlijk dat in lastige situaties vage of omstreden woorden en termen opduiken, namelijk in het zoeken

naar woorden, naar vocabulaire in zulke omstandigheden.

Swinton en Pattison (2010) introduceerden op dit punt de term *limit language*, grenstaal. Het is vaag, het is niet concreet, maar het duidt op een grens waarna het helemaal niet meer zo duidelijk is wat er gezegd kan worden en hoe het gezegd zal worden. Maar opnieuw, dat aarzelen of hakkelen, dat zoeken naar woorden betekent niet dat het misplaatst of betekenisloos is. Het zegt zoveel als dat er grenzen zijn aan woorden in sommige om allerlei redenen ingewikkelde levenssituaties. Dat ik niet zeker ben van waarover ik het heb, betekent nog niet dat ik het net zo goed kan laten voor wat het is, dat het de moeite niet waard is, dat het niks is. De associatie met het concept grenssituaties, zoals uitgewerkt door de filosoof en voormalig psychiater Karl Jaspers ligt voor de hand; in fraai Duits: *'Situation wird zur Grenzsituation, wenn sie das Subjekt durch radikale Erschütterung seines Daseins zur Existenz erweckt'* (Jaspers, 1973, 56). Ga er maar aan staan, door elkaar geschud als het maar kan, welke woorden heeft een mens dan tot diens beschikking of juist niet? Nog een stapje verder, als spiritualiteit zo'n grenswoord is, dan zou het ook kunnen zijn dat de term functioneert om te benoemen wat er niet is ('*absences*') in plaats van wat er wel is ('*presences*', Swinton & Pattison, 2010). Dat is immers waarmee mensen in grenssituaties geconfronteerd worden, met wat er niet (meer) is. Dat is natuurlijk totaal anders dan in bio-psycho-medische taal. Grenstaal als spiritualiteit is vaag, soft, maar gaat wel over betekenis, hoop, doel, verbondenheid, liefde. Dat zijn woorden die in de definities van spiritualiteit wel voorbij (kunnen) komen, maar ze ontbreken, zijn

afwezig, zijn niet beschikbaar in de beleving van de betrokkene. En op klinisch niveau ontbreken ze in de praktijk van zorg en therapie, uitzonderingen daar gelaten. En daarmee krijgt het vage, softe woord ineens ook een kritische spits. Want waarom ontbreken die woorden eigenlijk? Is dat niet een tekort in de therapie? Het interessante is nu dat in een gesecculariseerde context als de Nederlandse in deze benadering weer woorden gezocht worden die voorheen uitdrukking vonden in religieuze taal, terwijl ze in een medisch-psychologisch discours dikwijls ontbreken. Opnieuw, het vage, softe woord wijst ineens op een kloof tussen zorgpraktijken en ervaringen van gebruikers van die zorg. Zo wordt het van de weeromstuit een protestwoord, dat ondanks vaagheid en zachtheid een krachtig woord is. Het is dus wel degelijk bruikbaar en betekenisvol om over spiritualiteit te praten.

Drie varianten

Als we nu na deze reflecties de overstap maken naar de klinische praktijk, dan zijn er ten minste drie varianten of benaderingen denkbaar, die ik eerst zal noemen om vervolgens bij twee ervan uitvoeriger stilt te staan. Het gaat om deze drie: 1) de toepassing van oorspronkelijk spirituele, (eventueel) filosofische niet-therapeutische technieken in psychotherapie, zoals mindfulness, 2) de zogenoemde aangepaste therapieën, en 3) de zogeheten *sacred moments* in psychotherapie.

Mindfulness

Het eerste om te vermelden is het integreren van oorspronkelijk niet-therapeutische technieken in vormen van psychotherapie.

Het bekendste voorbeeld is ongetwijfeld de succesvolle toepassing van mindfulness in de dialectische gedragstherapie (DGT), in *acceptance and commitment* therapie (ACT) en in de behandeling van recidiverende depressies. Ik ben bijna geneigd om te zeggen: men kan geen tekst over positieve gezondheid opslaan of mindfulness, als bewustzijn in het hier-en-nu en als een houding zonder te oordelen komt aan bod. En het is evident dat mindfulness bijdraagt aan meer positieve emoties en welbevinden. Het is in feite een meditatietechniek, maar of het ook in die zin wordt toegepast of aanbevolen is de vraag. Kennelijk is het leren waarnemen zonder te oordelen bij psychische problemen vanwege het gunstige effect op positieve emoties al grote winst. Dat lijkt niet slechts zo, daar is voldoende evidentie voor.

Aangepaste therapieën

Een al even interessante benadering is die van de aangepaste (*adapted*) therapieën. Een taskforce van de divisie psychotherapie en klinische psychologie van de American Psychological Association (APA) brak er al een lans voor en Norcross en Wampold hebben er (opnieuw) uitvoerig aandacht voor gevraagd in hun *Psychotherapy relationships that work* (Hook e.a., 2019).

Sommige patiënten, ik vraag me af of het niet voor allen geldt, hebben de vraag of behoefte om hun religieuze, spirituele of zingevingsvragen in te brengen in hun therapie. Inmiddels is duidelijk dat het tegemoet komen aan die vragen of behoeften in ieder geval ten goede komt aan de therapeutische relatie (van Nieuw Amerongen-Meeuse e.a., 2021). Er is het nodige onderzoek gedaan naar vormen van psychotherapie waarin aanpassingen zijn aange-

bracht en de uitkomst is dat gebruikers van deze therapieën het zeker niet slechter doen dan gebruikers van niet aangepaste therapieën. Er is ook winst te melden. De gebruikers uit de eerste groep gaan er wat hun spirituele leven betreft meer op vooruit dan de gebruikers uit de andere groep (Hook e.a., 2019).

Waar kunnen we nu aan denken? Hook en collega's (2019; zie ook Anderson e.a., 2015; Constantino, Boswell, & Coyne, 2021) geven in hun bijdrage aan het al genoemde handboek van Norcross en Wampold niet alleen hun visie op de definitiekwestie, naast een gedegen bespreking van meta-analyses en een eigen vervolg-meta-analyse³, maar ze geven ook vier voorbeelden. Het eerste voorbeeld betreft cognitieve gedragstherapie voor depressie waarin religie is geïntegreerd, waarbij aangetekend wordt dat het niet om een specifiek christelijke benadering gaat, maar om een aanpak die evenzeer toepasbaar is bij gelovigen uit andere religieuze tradities. Het zijn niet eens zo zeer nieuwe technieken als wel het betrekken van religieuze negatieve gedachten bij het uitdagen van negatieve gedachten. Minder gewoon is het gebruik van religieuze teksten daarbij, en het zoeken en gebruiken van religieuze bronnen.

Het tweede voorbeeld betreft een zogenoemde spirituele zelf-schematherapie bij verslaving, een benadering die op boeddhistische psychologische principes is gebaseerd en beoogt het zelf-schema (zelfbeeld) te veranderen, zodat zelfdestructief gedrag afneemt. Elementen als mindfulness (meditatie), zelf-compassie en spirituele bewustwording spelen een belangrijke rol.

Een derde variant is de religieus-culturele psychotherapie voor angst. Deze benadering

is gebaseerd op passages uit de Koran en de Hadith. Ook hier gaat het om het onderzoeken van automatische negatieve gedachten, het bevorderen van positieve religieuze copingvaardigheden (zoals gebed, acceptatie) en het helpen om angstsymptomen te plaatsten en begrijpen binnen een (sub)culturele context ten einde stigmatisering tegen te gaan.

In een eerdere versie van het hoofdstuk was er nog een vierde voorbeeld: het integreren van vergeving in therapie (Worthington e.a., 2011). Er zijn modellen om vergeving in een meer of minder gestructureerd proces op gang te helpen en te bevorderen.

Het gaat al met al niet zo zeer om nieuwe technieken als wel

1. om het niet stoppen met bestaande technieken op het moment dat religie en spiritualiteit, van welke kleur of traditie ook, in beeld komen, als zouden die zich niet voor zo'n benadering lenen.
2. Daarnaast, en dat voegt mogelijk wel iets toe, wordt er gezocht naar en gebruikgemaakt van religieuze of spirituele bronnen, bijvoorbeeld om te mediteren.
3. In de derde plaats is er behalve coping in algemene zin negatieve of positieve religieuze coping, die aandacht krijgt.
4. En dan is er nog zoiets als een neveneffect: spirituele groei.

Sacred moments

Er gebeuren onverwachte, soms onvermoede dingen in psychotherapie. Er zijn verschillende termen in omloop om zulke bijzondere momenten aan te duiden: *'moments of meeting'* (The Boston Change Process Study Group, 2020), *'sacred moments'* (Lomax, Kripal & Pargament, 2011), *'authentic relational moments'* (Békés & Hoffman, 2021).

Het idee is dat spiritualiteit niet alleen iets individueel-persoonlijks is maar ook iets relationeels. Met sacred moments wordt dan zo iets bedoeld als momenten waarop mensen in relaties, ook in helpende en therapeutische relaties, iets van spirituele waarde of betekenis ervaren. Dat kan iets zijn van authenticiteit, van verbondenheid en transcendentie, van waarheid, van emotionaliteit als ontzag, dankbaarheid, vreugde, vrede. Overigens betekent dat ook weer niet dat alle belangrijke momenten in psychotherapie als heilig worden ervaren. Belangrijk is wel om te bedenken dat het ook weer

*Maar ja, hoe kan
een psychotherapeut
dat allemaal weten?
Door ernaar te vragen!*

niet om uitzonderlijke of zeer bijzondere voorvallen gaat. Nee, het is veel alledaagser, maar daarom niet minder een bron van kracht en betekenis. Het relationele uit zich ook daarin dat de therapeut er niet onberoerd bij blijft (Pargament e.a., 2014; Wilt, Pargament & Exline, 2019). Nu is er wel enige aanwijzing te geven voor wanneer de kans op zulke momenten groter zou kunnen zijn. Voorspellende variabelen zijn: ervaren communicatie met God ('God hoort mij', 'ik heb iets gehoord van God'), veilige hechting, het belang dat religie/spiritualiteit voor iemand heeft, openheid voor nieuwe ervaring en spiritualiteit (dit is ook een zekere volgorde van meer naar minder belangrijk; Wilt, Pargament & Exline, 2019). En verder is het kennelijk zo dat mensen die dergelijke heili-

ge of bijzondere momenten ervaren meer spirituele groei (transformatie) rapporteren. Maar ja, hoe kan een psychotherapeut dat allemaal weten? Door ernaar te vragen! Dat is trouwens weer een kwaliteit van de therapeutische relatie die eveneens een (positieve) rol speelt.

Aanbevelingen

Ik was zelf intensief betrokken bij de ontwikkeling en vaststelling van een World Psychiatric Association (WPA) Position Statement over religie en spiritualiteit in de psychiatrie (Verhagen, 2019). Het document bevat zeven aanbevelingen. Hook en collega's (2019) komen aan het eind van hun hoofdstuk met zes aanbevelingen, die raakvlakken vertonen met de aanbeveling van het Position Statement. Ik leg ze vergelijkend naast elkaar. De eerste aanbeveling (1) die Hook en collega's formuleren, is om religie en spiritualiteit als mogelijk waardevol voor een cliënt in het psychiatrisch en psychotherapeutisch onderzoek te betrekken. Dat kan tijdens het onderzoek of de indicatiestelling voor psychotherapie, als onderdeel van de ontwikkelingsgeschiedenis. Het zou kunnen gaan over waarden in relatie tot de therapie, over commitment en therapietrouw, ook in relatie tot andere aspecten van diversiteit. Het zou duidelijk moeten worden waarin die waarde dan gelegen is en welke belemmeringen daar eventueel uit voortkomen. Indien geïndiceerd (2), blijkt het helpend te zijn om religie en spiritualiteit op te nemen in het behandelingsplan en de behandeling. Dat zou ongeacht de levensbeschouwelijke achtergrond van de psychotherapeut moeten kunnen. Geïntegreerde of aangepaste therapie (3) zou overwogen kunnen worden als

dat de religiositeit of spiritualiteit van de cliënt ten goede kan komen. Het belang is sterker (4) wanneer duidelijk is geworden dat religie, spiritualiteit of zingeving een belangrijke factor is in het dagelijks functioneren van de cliënt. Voorkom al te snelle aannames (5) en volg de cliënt op diens aangeven van religieuze of spirituele overtuigen of praktijken. Voorop staat altijd weer respect en sensitiviteit (6) bij het bespreken van levensovertuiging en geloven. Daarbij past ook sensitiviteit voor eigen gevoeligheden en bias. Hook en collegae noemen het niet, maar het staat in vrijwel elke ethische richtlijn en ook in het WPA Position Statement wordt het apart genoemd: dat het nimmer de bedoeling kan zijn dat een therapeut diens eigen religieuze, seculiere of politieke overtuiging aan de cliënt zou opdringen. Deze aanbevelingen sluiten helemaal aan bij de op de klinische praktijk gerichte aanbe-

velingen van het WPA Position Statement, zoals de aanbeveling om bij elke cliënt te overwegen om religie, spiritualiteit en zingeving te adresseren in verband met de diagnose, etiologie en behandeling van psychische stoornissen. In het WPA Position Statement worden nog aanbevelingen toegevoegd met betrekking tot verder onderzoek, bij- en nascholing, samenwerking met teamleden die religie of spiritualiteit hoog hebben zitten, samenwerking met geestelijk verzorgers of geestelijk leiders van (kerkelijke) groeperingen waartoe cliënten zouden kunnen behoren. Ook wordt uitgesproken dat er bereidheid verwacht mag worden om vanuit de eigen expertise bij te willen dragen aan *health advocacy* waar het religie en spiritualiteit betreft, ook in het (lokale) maatschappelijk debat. En dan zijn we weer terug waar we begonnen: het bevorderen van gezondheid vanuit kracht.

Deze bijdrage werd eerder gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychotherapie, 2022, 48(2) 145-153, de redactie van dat tijdschrift gaf toestemming om het in Groepen over te nemen. De eindnoten zijn toevoegingen.

Piet Verhagen is psychiater, groepspsychotherapeut en bijzonder hoogleraar GGz Centraal/KU Leuven.

¹ In mijn lezing getiteld *Niemand is met zichzelf begonnen; eerst is er de groep*, tijdens de studiedag Groepstherapie: terug naar de basis, van de NVGP, 25 maart 2022 ben ik uitvoeriger ingegaan op de levensvisies die hier besproken worden, waarbij ik vooral gerefereerd heb aan Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, p. 279-297.

² Paul van Vliet - Ik ben zo vaak opnieuw begonnen - Bing video.

³ Het gaat hier zeker niet alleen maar om studies waarin sprake is van individuele psychotherapie. Van de 102 studies (7181 patiënten) betreft het 57 studies waarin sprake is van een vorm van groepsbehandeling in brede zin (Hook, et al., 2019, p. 227-238).

Literatuur

Akhtar, S. (2013). *Good stuff. Courage, resilience, gratitude, generosity, forgiveness, and sacrifice*. New York: Rowman & Littlefield.

Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J. & McMillan, D. (2015). Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, p. 183-196. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.019>

Bannink, F. & Peeters, F. (2018). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Békés, V. & Hoffman, L. (2021). The 'something more' than working alliance: Authentic relational moments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/0003065120983602>

The Boston Change Process Study Group (2020). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. New York: W.W. Norton & Company.

Chakhssi, F. & Bohlmeijer, E.T. (2018). Mentale gezondheid. De betekenis van positieve psychologie voor de klinische behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44(1), p. 5-16.

Constantino, M.J., Boswell, J.F. & Coyne, A.E. (2021). Patient, therapist, and relational factors. In M. Barkham, W. Lutz, & L.G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change* (pp. 225-262). Hoboken, NJ: Wiley.

Hoenders, H.J.R. & Braam, A.W. (2020). De rol van zingeving in de psychiatrie: belangrijk, maar nog onduidelijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, p. 955-959.

Hook, J.N., Captari, L.E., Hoyt, W., Davis, D.E., McElroy, S.E. & Worthington, E.L. (2019). Religion and spirituality. In J.C. Norcross & B.E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness* (3rd ed.) (p. 212-263). Oxford: Oxford University Press.

Jaspers, K. (1973). *Philosophie I. Philosophische Weltorientierung. Vierte Auflage*. Berlin: Springer Verlag.

Lomax, J.W., Kripal, J.J. & Pargament, K.I. (2011). Perspectives in 'Sacred Moments' in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, p. 12-18. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050739>

Pargament, K.I., Lomax, J.W., McCee, J.C. & Fang, Q. (2014). Sacred moments in psychotherapy from the perspectives of mental health providers and clients: Prevalence, predictors and consequences. *Spirituality in Clinical Practice*, 1, p. 248-262. <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000043>

Schutter, D. de (2014). *Het catastrofale. Essays over de eendigheid*. Zoetermeer: Uitgeverij Klement.

Seligman, M.E.P., Rashid, T. & Parks, A.C. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, p. 774-788. doi:10.1037/0003-066X.61.8.774

Swinton, J. & Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: towards a thin, vague, and useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing Philosophy*, 11, p. 226-237.

Uleyn, A. (1986). Zingevingsvragen en overdrachtsproblemen in de psychotherapie. In M. Kuilman & A. Uleyn (red.), *Hulpverlener en zingevingsvragen* (p. 35-67). Baarn: Uitgeverij Ambo.

Vandermeersch, P. (1996). *Uit de hemel gevallen? De levensbeschouwing van de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J.C., Schaap-Jonker, H., Anbeek, C. & Braam, A.W. (2021). Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 28, p. 370-383. DOI: 10.1111/jpm.12685

Verhagen, P.J. (2019). *Psychiatry and religion. Controversies and consensus: A matter of attitude*. Düren: Shaker Verlag.

Wilt, J.A., Pargament, K.I. & Exline, J.J. (2019). The transformative power of the sacred: Social, personality, and religious/spiritual antecedents and consequents of sacred moments during a religious/spiritual struggle. *Psychology of Religion and Spirituality*, 11, p. 233-246. <http://dx.doi.org/10.1037/rel0000176>

Wong, P.T.P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 52, p. 69-81.

Worthington, E.L., Hook, J.N., Davis, D.E. & McDaniel, M.A. (2011). Religion and spirituality. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based therapist responsiveness* (2nd ed.) (p. 402-419). Oxford: Oxford University Press.

.....