

Christelijke klinische psychiatrie: samen op een hoopvol spoor

NATHAN VAN DER VELDE,
psycholoog Eleos Volwassenzorg Ede

BART VAN DEN BRINK,
afdelingspsychiater Eleos 'De Fontein'

SAMENVATTING

De herstelbeweging en De Nieuwe GGZ bepleiten een meer persoonsgerichte psychiatrie en verbreding van hersteldomeinen. Dit biedt aanknopingspunten om de christelijke GGZ verder te ontwikkelen. In dit artikel betogen wij dat concepten uit de traditie van de Menninger Clinic de christelijke klinische psychiatrie kansen bieden om haar unieke potentieel voor herstelgerichte GGZ verder tot ontwikkeling te laten komen. Er is in de klinische setting altijd een spanning tussen de vervreemding, moeite met zelfsturing en het (her)vinden van eigen regie en verbinding met de naasten en God. Er wordt betoogd dat een psychodynamische, ontwikkelingspsychologische manier van werken conceptuele verdieping biedt aan de herstelbenadering en zo de professionele integratie van christelijk geloof in de klinische GGZ kan ondersteunen. Een multidisciplinaire benadering van religie en zingeving wordt als een voorwaarde gezien. De beoogde uitkomst is hoogstaande klinische zorg die zorgvragers ruimte geeft om (opnieuw) terecht te komen op een hoopvol spoor, waarbij ook de professional ruimte ervaart om in geloof en hoop zijn of haar werk te doen.

TREFWOORDEN herstelgerichte zorg, christelijke GGZ, klinische psychiatrie, hoop, multidisciplinair team, therapeutische relatie

De Nederlandse psychiatrie is volop in beweging. In de afgelopen jaren is er een sterke verschuiving in de vormgeving van de psychiatrische gezondheidszorg onder invloed van de herstelbeweging, het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 (GGZ Nederland et al., 2013) en de opkomst van De Nieuwe GGZ, waarin een meer persoonsgerichte psychiatrie en verbreding van hersteldomeinen bepleit wordt (Delespaul et al., 2016, Van Os, 2014). 'Beter worden doe je thuis', is in deze ontwikkelingen een van de leidende motto's

(Keet, 2011). De duur van klinische psychiatrische behandelingen wordt in hoog tempo teruggebracht en intensievere behandeling wordt thuis ingezet (Keet, 2011; Prinsen, Van Wel, Mulder & De Koning, 2016). De toenemende invloed van zorgverzekeraars en ingrijpende reorganisaties op instellings- en gemeentelijk niveau hebben onrust gegeven, en niet bij weinigen passie voor het vak getemperd. Onder de bezielende aanvoering van Jim van Os, Philippe Delespaul, Wilma Boevink en anderen is er een brede 'herstelgerichte' beweging van (voormalig) patiënten, hulpverleners en

beleidsmakers ontstaan. Deze beweging streeft naar een vernieuwde, ‘goede’ GGZ (Delespaul et al., 2016). De toon is hoopvol, ‘de ziel van het vak’ (Van Meecken & Baars, 2015) staat weer volop in de aandacht. De concrete voorstellen om diagnostiek en behandeling te vernieuwen vinden breed ingang in de team- en spreekkamers van de Nederlandse psychiatrie. De christelijke GGZ ziet hierin aanknopingspunten. De Jong en Schaap-Jonker (2016) schetsten recent een christelijke visie op herstelgeoriënteerde GGZ. De (her)waardering voor hersteldomeinen als sociaal-maatschappelijk en existentieel functioneren geeft ruimte om te bouwen aan een meer patiëntgerichte, effectieve en toekomstbestendige GGZ.

CHRISTELIJKE KLINISCHE PSYCHIATRIE

Maar wat betekenen deze ontwikkelingen voor christelijke klinische psychiatrie? Als hulpverleners binnen een dergelijke setting stellen we onszelf deze vraag. Voor die vraag te beantwoorden is, wat is eigenlijk *christelijke* klinische psychiatrie? Vanuit de benaming lijkt het eenvoudig: psychiatrie vanuit een christelijke grondhouding, gericht op Christus. Maar wat dit dan inhoudt? Zonder deze vraag hier uitputtend te behandelen valt er dit van te zeggen: christelijke klinische psychiatrie is klinische psychiatrie waarin het christelijk geloof in al zijn eigenschappen en uitingvormen doorklinkt in alle aspecten van de uitoefening van psychiatrische zorg. Te denken valt dan niet alleen aan aandacht voor geloofsthema’s in de behandeling, maar ook aan onder meer de onderliggende behandelvisie, de levensoriëntatie van de behandelaars en de vormgeving van het afdelingsklimaat. Concreet kan bij dit laatste gedacht worden aan ruimte voor christelijke vieringen, gezamenlijk bijbellezen en gebed. Van oudsher is de uitwerking hiervan uit de aard van de zaak veelvormig. Er bestaat geen concrete praktijk van zorg die zich dit predicaat exclusief toe kan eigenen.

De hulpverleners van het multidisciplinair team in de kliniek van onze instelling voelen zich betrokken op de thema’s van de herstelbeweging. In een recente brainstorm kwam naar voren dat de collega’s sneller en meer tijd willen maken voor familie en netwerk, meer herstelgerichte vragen willen stellen bij intake, nauwer aan willen sluiten bij de eigen wensen en doe-

len voor opname van de patiënt, patiënten deel willen laten nemen aan de eigen behandelplanbesprekingen, meer aandacht willen voor lichamelijke gezondheid, en vooral een meer transparante en presente houding. Ook klinkt de vraag naar meer handvatten en/of methodiek om geloof meer expliciet te integreren in de behandeling.

In dit verkennend en opiniërend artikel, dat niet de pretentie heeft volledig te zijn, willen wij ons vooral richten op de therapeutische grondslagen voor christelijke klinische psychiatrie. Wij zoeken hiervoor aansluiting bij en inspiratie in concepten vanuit de Amerikaanse klinische (godsdiens)psychologie en psychodynamische psychiatrie zoals verwoord door diverse therapeuten die als behandelaar en/of onderzoeker betrokken zijn bij de Menninger Clinic (Pruyser, Allen, Gabbard, Fonagy). Op deze manier willen we de verbondenheid en gelijkwaardigheid in de relatie met patiënten helpen verwoorden, onderbouwen en verder te ontwikkelen. Naast de bijdrage die dit levert aan de verdere ontwikkeling van christelijke klinische psychiatrie, kan dit betoog ook inspiratie en verdieping bieden aan de bredere GGZ als het gaat om de aandacht voor existentieel herstel.

STELLINGEN

Wij vatten ons betoog samen in drie stellingen.

- 1 Christelijke klinische psychiatrie heeft aandacht voor het genereren van nieuwe perspectieven (hoop) bij de ernstig zieke patiënt.
- 2 Christelijke klinische psychiatrie sluit aan bij de concepten van het hedendaagse relationele psychodynamisch denken.
- 3 Christelijke klinische psychiatrie geeft het betrekken van geloof in de behandeling vorm in een multidisciplinaire inspanning.

AUTONOMIE EN VERBONDENHEID

In de klinische psychiatrie hebben patiënten dagelijks te maken met beklemmende angst en wanhoop, en worstelen om om te gaan met hun klachten en problemen. Psychisch lijden roept existentiële vragen op bij de patiënt (Glas, 2015). In allerlei variaties klinkt het in de christelijke klinische psychiatrie ‘Mijn God, mijn God, waarom hebt Gij mij verlaten?’ Ook de

hulpverlener ziet zich met existentiële vragen geconfronteerd. De Jong en Schaap-Jonker (2016) halen passend de Bijbelse woorden aan: ‘Mens, waar ben je?’ en ‘Mens, waar is je broeder?’ Ze geven hierbij een christelijke invulling aan de mensvisie van het herstelgericht werken. Zij betogen vervolgens dat het er in herstelgeoriënteerde GGZ vanuit een christelijke visie om gaat dat de patiënt weer eigen verantwoordelijkheid kan nemen én steun vindt in sociale verbanden.

Psychisch lijden roept existentiële vragen op bij de patiënt

Deze insteek doet dus ook een beroep op naasten en hulpverleners om de emotionele en existentiële lasten mee te helpen dragen en verbinding te blijven maken met de patiënt.

Al in 1984 beschreef Paul Pruyser, de bekende godsdienstpsycholoog, een uitgewerkte multidisciplinaire visie op de rol van religie in het psychiatrisch ziekenhuis (Pruyser, 1984). De opvattingen van de patiënt over diagnostiek, doelen en vormgeving van de behandeling hebben in de visie van Pruyser grote waarde. Hij benadrukt het belang van therapeutische hechtingsrelaties met de leden van het multidisciplinaire team. Hij benadrukt de noodzaak van een geïntegreerde benadering van psyche en geloof, waarbij de pastoraal werker, verpleegkundige, psycholoog en psychiater nauw samenwerken maar allen een onderscheiden rol hebben uit hoofde van hun professionele kaders. Klinisch psycholoog Jon G. Allen, tevens een van de grondleggers van de Mentalization-Based Treatment (MBT), beschrijft in twee artikelen (2011, 2013) waarin hij zich schatplichtig ziet aan Paul Pruyser en Karl Menninger, dat goede klinische psychiatrie patiënten op een spoor van hoop zet. Er is volop ruimte voor de existentiële en ook specifiek de geloofsdimensie. Het lezen van de elementen van de visie van deze auteurs voelt als het lezen over De Nieuwe GGZ.

De toonaangevende Amerikaanse psychotherapeutisch georiënteerde psychiater Glen O. Gabbard – overigens ook lid van de redactieraad van de *Bulletin of the Menninger Clinic* – beschrijft in zijn recente leer-

boek (2014) dat opname in sommige gevallen nodig is en ook een eigen meerwaarde kan hebben. Deze intensieve ‘multi-treater’ setting – hij beschrijft klinische, dagklinische en intensieve ambulante trajecten naast elkaar – faciliteert dat psychiatrische problematiek *in-depth* geanalyseerd kan worden. Een multidisciplinair team kan door bekend te zijn met psychodynamische, ontwikkelingspsychologische processen het therapeutisch klimaat rondom en met de patiënt verbeteren. Concreet voorbeeld van dit moderne, relationele psychodynamisch denken is de MBT. Met hun theorie van het mentaliseren vestigen Fonagy en collega’s (Bateman & Fonagy, 2016) opnieuw de aandacht op het belang van hechting. Psychopathologische toestanden en persoonlijkheidspatronen zoals overmatig wantrouwen, idealiseren/ devalueren, splitsen, vermijden of overmatige afhankelijkheid/ regressie, komen vaak voort uit en worden onderhouden door onveilige hechtingservaringen. In een opnametraject of andere vorm van intensieve behandeling worden deze zaken vaak goed duidelijk. Juist dan is de hechting – met waarden als openheid, veiligheid en beschikbaarheid (holding) – tussen therapeut en patiënt essentieel. Fonagy en collega’s (Bateman & Fonagy, 2016) betogen dat deze hechting het reflectief (mentaliserend) functioneren bevordert, waardoor de patiënt meer in staat wordt op anderen te gaan vertrouwen. Met andere woorden, een gestagneerde ontwikkeling kan (weer) op gang komen.

Vertrouwen geeft nieuwe perspectieven. In de eerste uitgave van dit tijdschrift betoogt Verhagen (1990) dat het opnieuw wekken van hoop fundamenteel is voor het op gang komen van een ontwikkelingsproces in de behandeling. Allen (2011) beschrijft hoe de groep patiënten die opgenomen wordt, bij uitstek kwetsbaar is om gedemoraliseerd te raken – waar vertrouwen ontbreekt, ontstaan angst en wanhoop. En inderdaad, van volledige remissie van klachten is, zeker op de korte termijn, vrijwel nooit sprake. Het opnieuw verkrijgen van hoop ziet hij als mogelijk de belangrijkste uitkomst van een psychiatrische opname – het middel zijn corrigerende ervaringen met verbinding met andere mensen en met God.

Vanuit verbinding met een of meer vertrouwenwekkende hulpverlener(s) kan vervolgens ook zelfver-

trouwen ontstaan. In weerwil van een nauwe medische, symptoomgerichte visie op psychische ziekte, is het fundamentele doel van (klinische) psychiatrische behandeling juist bereidheid wekken bij de patiënt om enige vorm van eigen verantwoordelijkheid, *agency*, in relatie tot herstel te gaan accepteren en ervaren (Allen, 2011, vgl. Kole & Kuipers, 2017). *Agency* ontstaat onder meer door het vinden van richting en middelen voor herstel en het ontwikkelen van nieuw perspectief. Klinische patiënten hebben vooral een spoor, een vertrouwenwekkend actieplan nodig. Het is heel wat, als het lukt om dit in een (dag)opname te ontwikkelen. Hierbij kan niet worden vervallen in een makkelijk en positivistisch benadrukken van eigen regie. Juist zelfsturing is een persoonlijkheidstrekk waarop psychiatrische patiënten gemiddeld lager scoren dan mensen die dit lijden minder treft (vgl. Cloninger, 2000; American Psychiatric Association, 2013). Psychische gezondheid betekent in staat zijn eigen regie te voeren, zonder de verbinding met de ander te verliezen (De Wolf, 2011). Allen citeert hechtingstheoreticus Bowlby (1982, p. 208, geciteerd door Allen, 2011): ‘*To dub attachment behaviour in adult life regressive is indeed to overlook the vital role that it plays in the life of man from the cradle to the grave.*’ Zoals Verhagen (1990) verwoordde, is hechting zowel een vermogen als een bron van hoop. Christelijke (klinische) psychiatrie heeft een unieke positie om religieuze patiënten te helpen woorden te geven aan wanhoop en hoop, en vanuit voorzichtig herstel van (epistemisch) vertrouwen hoop te bevorderen.

De groep patiënten die opgenomen wordt, is bij uitstek kwetsbaar om gedemoraliseerd te raken

De psychiatrische opname zal bij uitstek een verpoosruimte moeten zijn om eigen regie te hervinden in een situatie waarin deze meestal zoek is. Om deze grip te krijgen en de richting voor hersteldoelen en behandeling vorm te geven is het van groot belang om diagnostische beschrijvingen persoonlijk en helder te krijgen (Van Os, 2014; Allen, 2011; Pruyser, 1984). Hoewel zeker aan het begin van een opname deze door pati-

enten vaak als dieptepunt en vastlopen wordt ervaren, menen wij dat bij uitstek opname in de christelijke klinische psychiatrie – ook als dit een korte en niet primair psychotherapeutisch bedoelde opname is – een kans biedt om verstoorde ontwikkelingsprocessen op een hoopvol ander spoor te zetten. Er wordt ruimte geboden om terug te kijken, wat de mogelijkheid geeft om vooruit te kijken. Dit gebeurt samen met een team van hulpverleners met ieder hun eigen expertise, die voor de ene patiënt meer zal aansluiten dan de andere, te zoeken naar wat er nu aan de hand en nodig is.

HET POTENTIEEL VAN CHRISTELIJKE KLINISCHE PSYCHIATRIE

Wat is hiervoor nodig? De psychiatrische opnameafdelingen van ons land zijn steeds meer verzamelpunten voor verwarde personen die kortdurend kunnen herstellen van hun crisis. Hoopvolle plekken zijn het lang niet. De christelijke GGZ doet zijn best om wel hoop en perspectief te bieden. Echter ook daar is een herorientatie nodig en gaande. Waarom is er nog christelijke klinische psychiatrie? Waarom willen we patiënten tegenwoordig nog opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis? Waarom moeten er ‘christelijke’ psychiatrische ziekenhuizen zijn? Depressie, suïcidaliteit en acute psychose, vaak gecompliceerd door overbelasting van het systeem en vastlopen in een spoor van wanhoop zijn de belangrijkste aanleidingen voor opname binnen de christelijke psychiatrie naar de ervaring van de auteurs. Wat is dan de bijdrage van deze setting? Ter illustratie een kort casuïstisch voorbeeld.

Een vrouw met een belaste voorgeschiedenis en een diversiteit aan psychiatrische klachten is in de kliniek voor een korte opname vanwege toegenomen suïcidaliteit en stagneren van haar ambulante behandeling. Doel van de opname is dit patroon te doorbreken. Kort na start van de opname stopt zij met eten, drinken en spreken. In het contact met de teamleden knikt of schudt zij slechts af en toe, soms is zij geheel afwezig. Er worden geen verklarende somatische afwijkingen gevonden. Herhaalde pogingen om met haar in gesprek te komen, slagen niet. Overleg in het multidisciplinair team leidt tot de hypothese dat teleurstelling en boosheid geleid hebben tot dit mutistisch beeld. Uit contact met haar

familie blijkt dat patiënte zich zeer onveilig voelt op de afdeling. In het eerstvolgende contact benoemd en duidt haar behandelaar de emoties van patiënte, en wordt erkenning gegeven voor de heftigheid van deze emoties. Hierop ontstaat meer contact. In hetzelfde gesprek wordt met patiënte besproken dat haar niet eten en drinken een keuze in zich heeft, die uiteindelijk als gevolg zal hebben dat er alleen aandacht is voor somatische aspecten en zal leiden tot overplaatsing naar een algemeen ziekenhuis. Na afronding van dit gesprek blijft de aanwezige verpleegkundige bij patiënte, biedt haar eten en drinken en gaat met haar in gebed. Hierbij komen veel emoties van patiënte naar boven. Tijdens het volgende consult met de behandelaar blijkt dat patiënte die morgen een ingrijpen van God ervaren heeft, waarbij Hij haar heeft laten merken dat ze er mag zijn en op Zijn bescherming mag vertrouwen. Met patiënte wordt besproken welke rol haar eigen aangaan van contact met de hulpverleners en God, en het uiten van emoties hierin gehad hebben. In het vervolg van de behandeling wordt geprobeerd dit verder uit te bouwen.

Hoop komt zoals besproken voort uit relaties, en is niet los te koppelen van persoonlijk en gemeenschappelijk beleefd christelijk geloof. Rosmarin e.a. (2013) vonden in hun onderzoek naar patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening dat een hogere mate van geloof (vertrouwen) in God samenhangt met meer vertrouwen in de GGZ-behandeling. De ervaren relatie met God heeft dus omgekeerd ook invloed op vertrouwen in de behandeling. Pargament (2013) beschrijft hoe het bespreken van religie/ spiritualiteit in de spreekkamer onverwachtse vergezichten kan geven.

De christelijke psychiatrie heeft een belangrijk potentieel

Veel patiënten blijken kracht en perspectief te halen uit hun geloof. Ook uit onze praktijk blijkt regelmatig dat het naar voren halen van het geloofsdomein een schakelmoment is waarin patiënten zich opnieuw kunnen verbinden aan God, hun naasten en hulpverleners. Zo ook in het voorbeeld van de casus.

Een professionele en ethische houding vraagt aller-

eerst om belangstelling en openheid naar de rol die het geloof en existentiële thema's spelen bij de patient. Vervolgens ervaren wij zelf dat een dergelijke therapeutische houding conceptueel verhelderd kan worden door het concept van de intermediaire ervaringsruimte van Winnicott (1953; vertaling van het begrip naar De Wolf, 2011). Dit concept en het denken van Winnicott heeft overlap met het denken over mentaliseren. De intermediaire ervaringsruimte bevindt zich tussen het volledig subjectieve en de objectieve werkelijkheid. Het is gebied van (doen-alsof)spel, de teddybeer die beladen wordt met persoonlijke betekenissen. Ook is dit het gebied waar mensen kunst en cultuur vormgeven. Geloof en religie hebben objectieve (theologische, rituele) aspecten, maar juist in de GGZ en als de persoonlijke geloofsbeleving en relatie met God ter sprake komt, is het nodig om meerdere perspectieven naast elkaar te leren hanteren. Als het geloofsleven van de patiënt vertekend is door psychopathologie heeft het weinig zin dit op grond van leerstellingen aan de kaak te stellen – als het al ethisch verantwoord zou zijn. In de christelijke GGZ geloven hulpverleners en patiënten in de objectieve kanten van het geloof (zoals het bestaan van God), maar er moet altijd ruimte zijn voor onzekerheden in het geloven – voor overgave. Het beleven van en uiting geven aan een relatie met God doet een beroep op het reflectief vermogen, op durf, spel, creativiteit en risico nemen (McDargh, 1986). Dit ligt overigens niet anders voor de diagnostiek en behandeling in de psychiatrische opname: ook hierbij begeven wij ons in het spanningsveld van ervaring, classificaties, richtlijnen, objectieve werkelijkheden van medicatie, dwang en drang, en eigen beleving en ideeën van patiënten.

De christelijke psychiatrie heeft hierin een belangrijk potentieel. Klinische psychiatrie mag nooit de werking hebben iemand te isoleren van zijn systeem en hulpbronnen, maar moet daar juist dienstbaar zijn. Ervarende deskundigen en vertegenwoordigers van De Nieuwe GGZ benadrukken terecht dat opname een heftige interventie is, die makkelijk vervreemding, stigmatisatie, medicalisering en hospitalisering in de hand werkt (Froyen, 2016; Delespaul et al., 2016). Het christelijk geloof biedt aanknopingspunten om 'mee te lijden' in de gebrokenheid, respect voor de menselijke

geest te hebben in weerwil van doorgesloten medicalisering in de psychiatrie. Of er nog opnames in een christelijk psychiatrisch ziekenhuis plaats moeten vinden hangt dus af van de manier waarop deze opnames ingezet worden in een geheel van behandeling en van de manier waarop binnen een opname gestalte gegeven wordt aan het opnieuw wekken van hoop. Oftewel: de structuur moet eraan dienen om ruimte voor verandering te creëren.

Dat de realisering van het voorgaande niet eenvoudig is, mag duidelijk wezen. Alleen een beroep doen op zelfregie is ontoereikend. Voor iemand met ernstige psychiatrische problemen wordt dit vaak pijnlijk duidelijk. Opname kan dan nodig zijn. De kunst is om de medemens dan te geven wat hij nodig heeft, maar tegelijkertijd een brug te zijn naar nieuwe wegen van verbinding en ontwikkeling. De reguliere herstelbenadering kan daarbij verrijkt worden met christelijke principes en aandacht voor geloof en hoop.

Aandacht voor existentieel herstel kan niet enkel een ‘speeltje’ van de christelijke GGZ zijn

In de Nederlandse christelijke GGZ is er toenemend aandacht voor onderzoek naar en betrekken van geloof in de behandeling. Illustratief voor deze breed gedragen ambitie is onder meer de oprichting van de Federatie Zingeving & Geestelijke Gezondheid in 2016 en van een Kennisinstituut christelijke GGZ door twee christelijke GGZ instellingen in 2014. Onze overtuiging is dat de christelijke GGZ – klinisch en ambulante – conceptuele verdieping en uitgangspunten kan vinden in de hierboven beschreven (godsdienst)psychologische en psychodynamische kaders. Hiermee kan zij haar professionaliteit waar het gaat om het ondersteunen van de patiënt in existentieel herstel verder ontwikkelen.

Deze aandacht kan niet enkel een ‘speeltje’ van de christelijke GGZ zijn. Pruyser betoogt al in 1984 dat exploratie van religie en spiritualiteit in de emotionele huishouding van de patiënt onmisbaar is voor psychodiagnostiek en behandeling, niet alleen in een ‘christe-

lijke’ GGZ-setting (Hathaway, Scott & Garver, 2004). Hoe zit dat met De Nieuwe GGZ? Wat is daarvan het conceptuele kader en wat de concrete uitwerking van het spreken over zingeving en religie? In het recent verschenen *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie* hebben wij niets kunnen vinden over religie en spiritualiteit (Bak, Domen & Van Os, 2017). Wie de uitgangspunten van De Nieuwe GGZ serieus neemt, kan echter niet om aandacht voor deze thematiek heen.

Tot slot: het christelijke geloof biedt hoop, stelt de mens nooit alleen. Het is hard werken om dit potentieel van christelijke klinische psychiatrie aan te spreken. Alleen met de nodige inspanning kan een christelijk multidisciplinair klinisch team bijdragen aan het ontstaan van een intermediaire ervaringsruimte om te herstellen, aan het opnieuw verbinden aan naasten en God. Geloven in de christelijke klinische psychiatrie wordt een weg, voor patiënt én hulpverlener een hoopvol spoor.

REFERENTIES

- Allen, J.G. (2011). Preserving hope. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 75(2), 185-204.
- Allen, J.G. (2013). Hope in human attachment and spiritual connection. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(4), 302-331.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bak, M., Domen, P., & Van Os, J. (2017). *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie. Terug naar de essentie*. Leusden: Diagnosis.
- Cloninger, C.R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99-108.
- De Jong, E. & Schaap-Jonker, J. (2016). Herstelgeoriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: een inleiding. *Psyche & Geloof*, 27(4), 197-205.
- De Wolf, M. H. M. (2011). *Psychoanalytische behandelingen: Onderbouwing, uitleg en toepassing van diverse behandelvormen*. Bussum: Coutinho.
- Delespaul, P., Milo, M, Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis uitgevers.

- Glas, G. (2015). Persoonsgerichte zorg. In E. van Meekeren & J. Baars (red.), *De ziel van het vak: Over contact als kernwaarde in therapie* (pp. 28-35). Amsterdam: Boom.
- Froyen, B. (2016). *Uitgedokterd: van dwang naar veerkracht in de psychiatrie*. Brussel: Manteau.
- Gabbard, G.O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, Nederlands Instituut van Psychologen, Platform MEER GGZ, ... Schippers, E. I. (2013). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*. <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-geestelijke-gezondheidszorg-2014-2017/112574-bestuurlijk-akkoord-GGZ-2014-2017-zonder-handtekeningen.pdf>
- Hathaway, W.L., Scott, S.Y., & Garver, S.A. (2004). Assessing religious/ spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 97-104.
- Keet, I. P. M. (2011). Beter worden doe je thuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(10), 692-693.
- Kole, M. & Kuipers, T. (2017). Negatieve symptomen en de levenslijn; over passiviteit bij psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(7), 414-421.
- McDargh, J. (1986). God, mother and me: An object relational perspective on religious material. *Pastoral Psychology*, 34, 251-263.
- Pargament, K.I. (2013). Conversations with Eeyore: spirituality and the generation of hope among mental health providers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(4), 395-412.
- Prinsen, E., Van Wel, B., Mulder, N., & Koning, N. de (2016). *Handboek IHT. Intensive home treatment*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pruyser, P. W. (1984). Religion in the psychiatric hospital: A reassessment. *Journal of Pastoral Care*, 38(1), 5-16.
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J.S., Kertz, S. J., Smith, N., Rauch, S. L., & Björngvinsson, 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.
- Van Meekeren, E., & Baars, J. (2015). *De ziel van het vak: Over contact als kernwaarde in therapie*. Amsterdam: Boom.
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis.
- Verhagen, P. J. (1990). Hoop hebben we niet voor niets. *Psyche & Geloof*, 1(1), 23-30.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.

PERSONALIA

Nathan van der Velde is psycholoog bij Eleos Volwassenenzorg te Ede en redacteur van *Psyche & Geloof*.
Correspondentie-adres:
nathanvandervelde@gmail.com
Bart van den Brink is afdelingspsychiater van Eleos 'De Fontein' en redacteur van *Psyche & Geloof*.