

De introductie van SPIRIT in Nederland

Vertaling en aanpassing van een protocol voor spirituele psychotherapie
in de geestelijke gezondheidszorg¹

JOKE VAN NIEUW AMERONGEN, EVA OUWEHAND, NIENKE DE GRAAF,
LINDA VAN PARIJS, HANNEKE SCHAAP-JONKER, ARJAN BRAAM,
PIET VERHAGEN, DAVID ROSMARIN EN BART VAN DEN BRINK

SAMENVATTING

In de geestelijke gezondheidszorg groeit het besef dat integratie van spiritualiteit en religie (SR) in de zorg van belang is. De huidige studie beoogde om een SR interventie die ontwikkeld werd in de VS (SPIRIT) aan te passen aan de Nederlandse context en de toepasbaarheid te exploreren. Met behulp van een participatief praktijkgericht actieonderzoek werkten professionals, cliënten en een adviesraad samen in iteratieve cycli van vertaling, aanpassing, discussie en het testen van het protocol. De interreligieuze dialoog tijdens het aanpassingsproces zorgde voor bredere perspectieven die werden opgenomen in de bestaande handreikingen. We voegden de term 'zingeving' (Z) toe naast SR om patiënten tegemoet te komen die zich niet herkennen in de termen religie of spiritualiteit. Daarnaast werden verschillende handreikingen toegevoegd aan het oorspronkelijke protocol: autonomie, verantwoordelijkheid en vrijheid; eenzaamheid en verbondenheid; inspirerende personen uit het verleden en heden; en rouw en verlies. Bovendien werd de bestaande handreiking over inspirerende teksten uitgebreid met verschillende levensbeschouwingen: filosofisch/humanistisch, joods-christelijk, boeddhistisch, islamitisch en hindoestaans. Ten slotte werden lay-outaanpassingen en diverse werkvormen geïntroduceerd. Een kwalitatief onderzoek toonde aan dat het aangepaste SPIRIT-protocol goed werd ontvangen door professionals en cliënten. Kwantitatieve studies naar de toepasbaarheid en bruikbaarheid van het protocol worden aanbevolen.

TREFWOORDEN

SPIRIT, interventie, vertaling, aanpassing, geestelijke gezondheidszorg

INTRODUCTIE

Wereldwijd groeit de erkenning van het belang van het integreren van religie en spiritualiteit (SR) in de geestelijke gezondheidszorg. Terwijl SR worden erkend als essentiële factoren in (mentale) gezondheid, ontstaat er ook een groeiende interesse in het integreren van SR in de gezondheidszorg. Een systematische review beschrijft tools voor het afnemen van een spirituele anamnese,

zoals: FICA, SPIRITual History, FAITH en HOPE (Lucchetti et al., 2013). Anderen hebben specifieke SR-geïntegreerde interventies ontwikkeld en getest, zoals SR-geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (Koenig et al., 2016) of SR-geïntegreerde acceptatie- en commitmenttherapie (Santiago & Gall, 2016). Meerdere meta-analyses tonen de effecten en voordelen van het integreren van SR in de geestelijke gezondheidszorg aan, waaruit blijkt dat het de reguliere zorg verbetert

(Anderson et al., 2015; Bouwhuis-van Keulen et al., 2023; Captari et al., 2022; Gonçalves et al., 2015).

Onlangs ontwikkelden Rosmarin en collega's Spirituele Psychotherapie voor Klinische Opname, Residentiële en Intensieve Behandeling (SPIRIT, Rosmarin et al., 2019), ontworpen voor acute psychiatrische instellingen. SPIRIT is een groepstherapie gebaseerd op principes van cognitieve gedragstherapie (CGT), behelst eveneens een psycho-educatie component. De therapie behandelt specifieke tools en vaardigheden die gebaseerd zijn op spirituele concepten of overtuigingen (cognities) en activiteiten (gedragingen) die cliënten kunnen gebruiken bij de verwerking van hun emotionele ervaringen. In de VS is deze vorm van therapie goed ontvangen door patiënten en het wordt als helpend ervaren (Rosmarin et al., 2021). Een meerderheid van de patiënten met verschillende diagnoses meldde dat SPIRIT hen hielp om spirituele en religieuze hulpbronnen te identificeren die hun herstel bevorderden. Onder patiënten die significante spirituele worstelingen

Patiënten die intensieve geestelijke gezondheidsbehandeling ondergaan mogelijk een verhoogde behoefte hebben aan SR-zorg

rapporteerden, meldde het merendeel dat SPIRIT hen hielp om deze te (h)erkennen.

SPIRIT onderscheidt zich van andere interventies, vanwege het feit dat de interventie is ontwikkeld voor acute en klinische zorgsettingen. Terwijl bestaande interventies vaak worden gebruikt in poliklinische zorg, geeft onderzoek aan dat patiënten die intensieve geestelijke gezondheidsbehandeling ondergaan in klinische opname-instellingen of vergelijkbare omgevingen mogelijk een verhoogde behoefte hebben aan SR-zorg (Fitchett et al., 1997; Van Nieuw Amerongen-Meeuse

et al., 2020). Dit is relevant, vooral omdat religieuze coping des te belangrijker is in stressvolle situaties zoals geestesziekten en verband houdt met geestelijke gezondheid (Pargament et al., 2000). Het is daarom zinvol om op deze groep te focussen.

In Nederland is SR-geïntegreerde therapie nog in de beginfase. Het land is gesecculariseerd, waardoor individuen hun levensvisie naar eigen voorkeur kunnen vormgeven. Veel mensen zoeken betekenis in verschillende SR-tradities, te midden van de aanwezigheid van multiculturele invloeden (Berg & Berghuis, 2016; Braam & Verhagen, 2022). Nieuwe existentiële, ethische en spirituele talen zijn in opkomst, naast het voortbestaan van traditionele levensperspectieven (Anbeek, 2017). Tegelijkertijd is in onderzoek de behoefte aan SR-geïntegreerde therapie vastgesteld (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2020), alsook in richtlijnen, zoals recent in de nieuwe kwaliteitsstandaard 'Zingeving in de Psychische Hulpverlening' (Akwa GGZ, 2023), die benadrukt hoe belangrijk SR-sensitieve en -geïntegreerde zorg is voor personen die te maken hebben met psychische problemen. Deze feiten ondersteunen de relevantie van het identificeren van geschikte SR-methodologieën voor de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg.

In dit verband leek het dan ook zinvol te onderzoeken of een bestaande en breed geaccepteerde interventie uit een westers land, zoals SPIRIT in de VS, effectief kan worden vertaald en aangepast voor gebruik in Nederland. Derhalve richt het huidige onderzoek zich op het aanpassen van SPIRIT aan de Nederlandse cultuur en het verkennen van de toepasbaarheid ervan binnen de context van klinische geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Zorgvuldigheid bij de vertaling en aanpassing is hierbij geboden. Onze aanpak bestaat uit een participatief praktijkgericht actieontwerp, met drie elementen: een thematische analyse (1), een gedetailleerd onderzoek van de inhoud (2) en een beoordeling van de lay-out (3).

METHODE

De aanpassing van het SPIRIT-protocol vond plaats in een samenwerking van verschillende Nederlandse ggz instellingen (Altrecht, GGZ Centraal, De Hoop en Eleos) met het Kennisinstituut Christelijke ggz.

Daarnaast stond een adviesraad ter beschikking voor consultatie tijdens het project, bestaande uit prof. dr. Piet Verhagen, prof. Dr. Arjan Braam, prof. dr. Rogier Hoenders en prof. dr. Hanneke Schaap-Jonker.

ONDERZOEKSOPZET

We hebben een participatief praktijkgericht actieonderzoek ontwerp gebruikt. Participatief actieonderzoek is een vorm van implementatieonderzoek (Theobald et al., 2018), een type onderzoek dat essentieel is voor het creëren van succesvolle interventies (Handley et al., 2016). In actieonderzoek gaan verandering, leren en kennisontwikkeling hand in hand. Actieonderzoek is participatief, cyclisch en reflexief (Baum et al., 2006). Zorgprofessionals gebruiken participatief actieonderzoek veelal om op hun eigen praktijk te reflecteren en deze te verbeteren (Cornish et al., 2023). Vier kernprincipes staan centraal: (1) de autoriteit van directe ervaring, (2) kennis in actie, (3) onderzoek als een transformerend proces, (4) samenwerking door dialoog. Voor actieonderzoek zijn zes bouwstenen beschreven: het opbouwen van relaties; het vaststellen van werkpraktijken; het vaststellen van een gedeeld begrip van het probleem; observeren, verzamelen en genereren van materialen; samenwerken aan analyse; en plannen en actie ondernemen (Cornish et al., 2023).

PROCEDURE

In het huidige onderzoek werden de zes bouwstenen op verschillende manieren en in een flexibele volgorde toegepast. De aanpassing van het SPIRIT-protocol vond plaats in een iteratief proces, voortdurend begeleid door de adviesraad. Er werden verschillende focusgroepen met cliënten gehouden en een multidisciplinaire werkgroep (psychiaters, psychologen, geestelijk verzorgers, verpleegkundigen en cliënten) besprak de relevante kwesties in een interreligieuze dialoog. Tijdens de groepssessies vond er een open en constructieve uitwisseling van gedachten, ideeën en overtuigingen plaats tussen vertegenwoordigers van verschillende religies of geloofstradities. De focus lag op het verkennen van gemeenschappelijke waarden, het bespreken van verschillende religieuze perspectieven en het vinden van manieren om het protocol constructief vorm te geven

ondanks de diversiteit aan levensbeschouwingen.

In juni 2022 presenteerde David Rosmarin SPIRIT tijdens de European Conference of Religion Spirituality and Health (ECRSH) in Amsterdam (zie ook Kaufman et al., 2022). Verschillende deelnemers van de conferentie traden vervolgens in overleg over het potentieel van SPIRIT voor Nederland, wat leidde tot de vorming van een projectgroep (*het opbouwen van relaties*). Deze groep werd opgericht op basis van de gezamenlijk waargenomen relevantie om deze SR-interventie aan te passen voor gebruik in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg.

Tussen juni en november 2022 werden verschillende bijeenkomsten gehouden met de projectgroep, de adviesraad, internationale samenwerkingspartners, gezondheidsprofessionals en cliënten (*het vaststellen van werkpraktijken, een gemeenschappelijk begrip van het probleem*). Een overzicht van de verschillende groepssessies en hun deelnemers wordt gepresenteerd in tabel 1. We onderzochten of SPIRIT een geschikte interventie zou kunnen zijn en bespraken de implementatie ervan in Nederlandse behandelpraktijken. Alle bijeenkomsten werden zorgvuldig gedocumenteerd. In december 2022 vertaalde een professionele vertaler het SPIRIT-protocol naar het Nederlands en tussen januari en maart 2023 vonden verschillende SPIRIT-testgroepen plaats in drie verschillende ggz instellingen: Eleos, De Hoop en GGz Centraal (*actie ondernemen*), waarbij de principes van 'de autoriteit van directe ervaring' en 'kennis in actie' in de praktijk werden toegepast.

Met behulp van focusgroepen met cliënten en evaluatiegesprekken met hulpverleners, evalueerden we de test SPIRIT groepen tussen februari en November 2023 (*observeren, verzamelen, materiaal creëren*). De vragen die in deze groepen aan bod kwamen waren: wat zijn uw ervaringen met de SPIRIT module? Kunt u dit uitleggen? Welke elementen vond u lastig tijdens de groepssessies? Hoe was dit na de groep? Hoe zijn uw ervaringen in vergelijking met andere therapieën? Heeft u tips ter aanvulling of verbetering, of aanvullende inzichten? Behalve voor de notulen van de vergaderingen, waar citaten in werden opgenomen, werden er geen gegevens verzameld van de deelnemers. Mondelinge toestem-

TABEL 1. VERSCHILLENDE GROEPSOVERLEGGEN T.B.V. HET AANPASSEN VAN HET SPIRIT PROTOCOL

	Projectgroep	Adviesraad	Groepsleiders focusgroepen	Client focusgroepen	Werkgroep
Leden	Multidisciplinaire groep: psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, cliënten, geestelijk verzorgers, academici	Prof. dr. Rogier Hoenders Prof. dr. Piet Verhagen Prof. dr. Arjan Braam Prof. dr. Hanneke Schaap-Jonker Dr. David Rosmarin	Hulpverleners die SPIRIT testgroepen gaven	Clienten van christelijke en seculiere instellingen	Twee geestelijk verzorgers, verpleegkundig specialist, psychiater, onderzoeker
N Overleggen	10-15 23 juni 2022 18 oktober 2022 27 maart, 2023 8 mei 2023 30 augustus 2023	3-5 8 juli 2022 12 september 2022 14 november 2022 27 november 2023	2-3 10 februari 2023 30 maart 2023	4-6 per groep 11 april 2023 23 juni 2023 30 november 2023	5 5 juli 2023 13 september 2023 11 november 2023

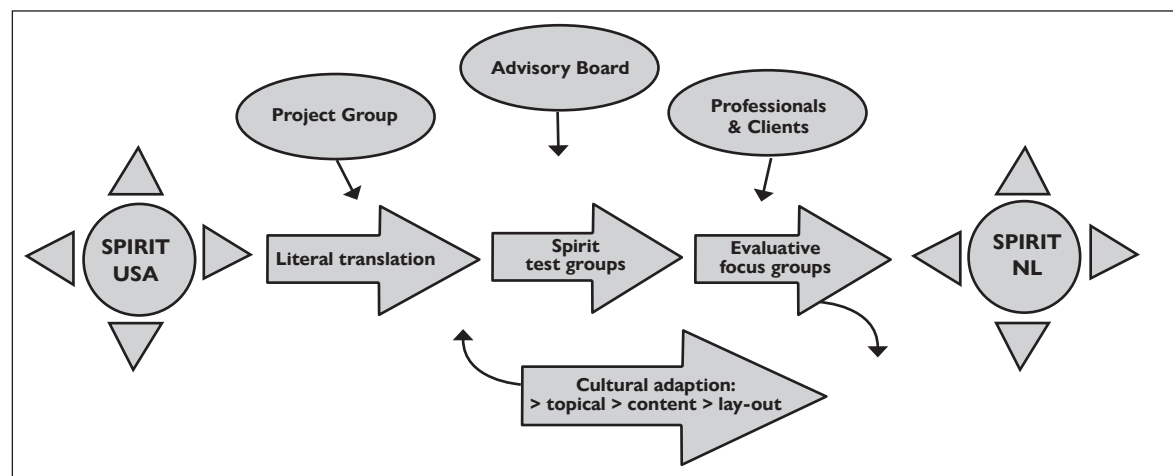
ming werd verkregen van elke focusgroep om de citaten te gebruiken voor het schrijven van wetenschappelijke teksten. Gedurende dezelfde periode werden er verschillende ontwikkelgroepen georganiseerd met cliënten, ervaringsdeskundigen, teamleiders, praktijkmensen en geestelijk verzorgers (materiaal genereren, plannen en actie ondernemen). Daarnaast kwam een werkgroep bestaande uit leden van de projectgroep drie keer bij elkaar om gezamenlijk het SPIRIT-protocol verder aan te passen in een voortdurende dialoog. Tussen september en november 2023 werden de laatste stappen gezet voor de aanpassing van het SPIRIT-protocol en werd het huidige artikel geschreven (samenwerkende analyse,

planning en actie ondernemen). Het proces als geheel - en de manier waarop we de bouwstenen hebben ingevuld - wordt geïllustreerd in figuur 1.

ANALYSE

In participatief actieonderzoek vinden gegevensverzameling en analyse gelijktijdig plaats. In de huidige studie vond de analyse iteratief plaats gedurende de gehele onderzoeksperiode. De evaluatie van de test-SPIRIT-groepen waarin de letterlijke vertaling werd gebruikt, werd geanalyseerd en besproken in verschillende vergaderingen met de onderzoeksgroep en adviesraad, op basis waarvan het protocol werd aangepast en

FIGUUR 1. PROCES OF VAN VERTALING EN AANPASSING VAN HET SPIRIT PROTOCOL.



opnieuw getest. Twee leden van de onderzoeksgroep verzamelden materiaal via evaluaties door focusgroepen van zorgverleners en van patiënten, als reactie op de vraag hoe goed het vertaalde SPIRIT-protocol aan de verwachtingen voldeed. Zij kwamen vervolgens bijeen met de werkgroep om de resultaten kritisch te bespreken en wijzigingen voor te stellen. Om het proces van actieonderzoek te beschrijven, werd al het verzamelde materiaal grondig gelezen en herlezen door twee auteurs onafhankelijk van elkaar. Zij ontwikkelden kernthema's als een manier om de belangrijkste punten van het aanpassingsproces te definiëren, hetgeen een basis vormde voor de huidige resultaten. De eerste auteur stelde de resultaten op, die vervolgens werden besproken en aangepast. Hierna kreeg het gehele team van groepsvertegenwoordigers de kans om de resultaten waar nodig aan te vullen en aan te passen.

RESULTATEN

Het vertalen van een cognitief-gedragstherapeutische interventie die ontwikkeld is in een ander land en cultuur moet met zorg gebeuren, omdat dit zal leiden tot noodzakelijke aanpassingen in het interventieprotocol. In de eerste SPIRIT-testgroepen en discussiegroepen

Al snel werd duidelijk dat meer dan een letterlijke vertaling nodig was

gebruikten we het letterlijk vertaalde SPIRIT-protocol. Echter, al snel werd duidelijk dat meer dan een letterlijke vertaling nodig was, hoewel patiënten niet negatief reageerden op de SPIRIT-interventie. In dit gedeelte zullen we 1) de initiële ontvangst bespreken; 2) ingaan op het proces van aanpassing, onderverdeeld in (a) inhoudsevaluatie, (b) thematische evaluatie en (c) evaluatie van taalgebruik en lay-out; en 3) de secundaire ontvangst behandelen.

EERSTE ONTVANGST

De leden van de projectgroep op de ECRSH conferentie waren allen enthousiast voor SPIRIT, hetgeen werd gepresenteerd als een interreligieuze interventie ontworpen om S/R te integreren in acute geestelijke gezondheidszorginstellingen. Het werd beschreven als een flexibel protocol dat goed werd ontvangen door diverse groepen patiënten. De eerste instellingen waar SPIRIT in Nederland werd getest, waren twee christelijke klinieken. De ene kliniek koos ervoor om alle 'niet-christelijke' religieuze teksten uit de hand-outs te verwijderen, terwijl de andere besloot om alle perspectieven van verschillende levensbeschouwingen in het protocol te behouden. In beide instellingen was de ontvangst positief. Patiënten gaven aan de ruimte te waarderen om zaken van uiterst belang te bespreken. Een patiënt die zeven sessies bijwoonde, waarbij elke sessie zich richtte op een van de zeven verschillende originele hand-outs, merkte op:

Ik vond het erg fijn. Van alle modules vind ik deze het meest diepgaand. Ook het opnemen van religie [...] ook bij het omgaan met suïcidale gedachten en het overdenken van de betekenis van alles, ja, geloof is een belangrijke bron van kracht voor mij. Soms is dit het enige waar ik nog kracht uit put (vrouw, SPIRIT-testgroep origineel protocol, christelijke instelling).

Een andere patiënt meldde enige weerstand tegen de groepen, voortkomend uit negatieve ervaringen in zijn voormalige religieuze context. Desondanks had hij besloten om de groepen bij te blijven wonen en kon hij zichzelf het beste herkennen in de hand-out 'religieuze en spirituele worstelingen'. Een derde patiënt noemde moeilijkheden met de hand-out 'vergeving', die veel bij haar losmaakte.

Patiënten in een van de seculiere instellingen, waren ook enthousiast over SPIRIT:

'Waarom is dit nog niet verder verspreid?' (man, SPIRIT-testgroep origineel protocol, seculiere instelling).

Patiënten hadden weinig bezwaren tegen het letterlijk vertaalde SPIRIT-protocol, maar hulpverleners

meldden enige reserves. Zowel hulpverleners als geestelijk verzorgers in de twee seculiere instellingen meldden moeite met de inhoud van verschillende hand-outs die voor hen expliciet religieus leken. Met name de hand-out over psalmen werd niet goed ontvangen, ook al vermeldde het protocol duidelijk dat de hand-out alleen geschikt is voor joods-christelijke populaties. Er was moeite met een ervaren normatief kader, weerstand tegen lange teksten en een behoefte aan meer ruimte voor input van patiënten.

Hoewel patiënten zich niet negatief uitten, benoemden ze diverse thema's tijdens de testgroepen diverse thema's die geïntegreerd zouden kunnen worden in het protocol, zoals vrijheid versus verantwoordelijkheid, eenzaamheid en rouw. Dit werd beaamd door hulpverleners. De laatsten stelden ook voor om een breder scala aan levensbeschouwingen mee te nemen die veel voorkomen in Nederland. Bovendien adviseerden hulpverleners om creatieve manieren te ontwikkelen om met de hand-outs te werken, gezien de toestand van de patiënten (de niet altijd even lange spanningsboog) en de behoefte aan variatie. Een van de hulpverleners meldde dat patiënten soms teveel verwachtten van de interventie, of dat anderen niet in staat waren om de tips op zichzelf toe te passen.

Deze feedback leidde tot het aanpassingsproces. Het aanpassingsproces kon worden onderverdeeld in drie delen. Deze vonden niet achtereenvolgens plaats maar tegelijkertijd: (a) de aanpassing van de inhoud, (b) de toevoeging van onderwerpen en (c) de wijziging van de lay-out. De resultaten van dit proces worden weergegeven in tabel 2.

AANPASSING VAN DE INHOUD

De voortdurende interreligieuze en multidisciplinaire dialoog tijdens het aanpassingsproces resulteerde in de toevoeging van meer diverse standpunten en inzichten aan de bestaande hand-outs. Spiritualiteit en religiositeit zijn geen termen waarmee het merendeel van de Nederlandse bevolking zich identificeert (Braam & Verhagen, 2022), en zingeving wordt beschouwd als een neutralere term voor kwesties van uiterst belang en het geven van doel aan iemands leven (La Cour & Hvidt, 2010). Het onderzoeksteam besloot daarom tot

de structurele toevoeging van het woord 'zingeving' (Z) aan spiritualiteit/religiositeit (SR), uitgewerkt door het consistente gebruik van ZSR in plaats van SR.

Spiritualiteit en religiositeit zijn geen termen waarmee het merendeel van de Nederlandse bevolking zich identificeert

Hand-out 1/1 (het eerste nummer vertegenwoordigt SPIRIT USA, het tweede nummer vertegenwoordigt SPIRIT NL) werd verrijkt met het idee "Je bent niet je ziekte, je bent een uniek persoon," samen met een overeenkomstige uitwerking. Hand-out 2/2 werd aangevuld met aanmoedigingen om geïnspireerd te raken door kunst, ruimte te vinden in de natuur of een activiteit te kiezen die iemand gelukkig maakt. Aan hand-out 3/3 werd een woordwolk toegevoegd. Bovendien besloot ons team om de optionele hand-out 4 (USA) over de Psalmen uit te breiden om een breder scala aan levensbeschouwingen op te nemen door deze samen te voegen met hand-out 5 (USA) "inspirerende teksten" en deze vervolgens op te splitsen naar levensbeschouwing. Hoewel de hand-out over de Psalmen in het originele protocol als optioneel werd gepresenteerd voor groepen waarvoor deze geschikt is, ondervond de hand-out in reguliere instellingen structureel aanzienlijke weerstand van seculiere professionals. De huidige samengevoegde hand-out 4 (NL), die we 'inspirerende teksten' hebben genoemd, stelt professionals in staat om geschikte hand-outs aan te bieden aan patiënten met verschillende levensbeschouwingen, zonder dat één specifiek wereldbeeld opvalt. Dit biedt patiënten de mogelijkheid om inspiratie te halen uit verschillende levensbeschouwingen zonder er een van te hoeven kiezen. De 'sub'-hand-outs zijn gecreëerd met behulp van raadpleging van geestelijk verzorgers en anderen die verschillende levensbeschouwingen aanhangen, zodat inmiddels hand-outs uit het hindoeïsme, boeddhisme,

islam en een meer humanistische/filosofische benadering beschikbaar zijn. De oorspronkelijke joods-christelijke versie van hand-out 4 werd verbreed door andere Bijbelverzen toe te voegen naast de psalmciten.

Hand-out 6/8, over gebed, werd enigszins uitgebreid door de optie om te mediteren toe te voegen, omdat veel patiënten mogelijk niet gewend zijn om te bidden maar wel bekend kunnen zijn met of open staan voor meditatie. Bovendien werd de hand-out over vergeving, genummerd als 7/10, uitgebreid om 'loslaten' op te nemen, waarbij inzichten werden geïntegreerd uit het werk van Edith Eva Eger. Deze uitbreiding verbreedt het concept van vergeving en biedt tools die rechtstreeks van toepassing kunnen zijn op alledaagse situaties.

TOEVOEGING VAN ONDERWERPEN

Het bestaande SPIRIT-protocol, dat cognitieve en gedragsmatige elementen omvatte, bevatte zeven hand-outs, zoals gepresenteerd in tabel 1. In de verschillende evaluatiegroepen kwamen onderwerpen naar voren die aan het oorspronkelijke protocol werden toegevoegd door de creatie van extra hand-outs. Na het proces van thematische evaluatie omvat het nieuwe Nederlandse SPIRIT-protocol, dat nog steeds bestaat uit gedrags- en cognitieve elementen, nu 10 hand-outs en verschillende 'sub-hand-outs'. De nieuwe hand-outs worden kort besproken.

AUTONOMIE, VERANTWOORDELIJKHEID EN VRIJHEID (5)

Dit onderwerp heeft te maken met iemands levensbeschouwing: de mate waarin het leven gevormd kan worden, de controle over iemands "lot," en determinisme. Ongeacht hoe iemand de mate van vrijheid om keuzes te maken ervaart, brengt ziekte altijd een gevoel van onvrijheid met zich mee. Kansen om het eigen leven te regelen zijn beperkt. Tegelijkertijd wordt van patiënten vaak gevraagd hun eigen voorkeuren en behoeften kenbaar te maken. De hand-out biedt ruimte om in gesprek te gaan over de mate waarin men zich verantwoordelijk voelt voor zijn eigen herstel, om de vrijheid om keuzes te maken te bespreken, de ervaren beperkingen hierin, en het belang van samenwerking met anderen.

Tekstfragment: Heb je je weleens afgevraagd hoe maakbaar het leven is? In welke mate ben je zelf verantwoordelijk voor je herstel? Ben je altijd vrij om daarin de keuzes te maken die je wilt maken? Ziekte brengt onvrijheid met zich mee. De mogelijkheid om je eigen leven in te richten is beperkt geraakt. Tegelijk wordt vaak van je gevraagd dat je zelf zegt wat wilt. Het kan helpen om een stapje terug te doen. Welke overtuigingen heb je over vrijheid, eigen regie en verantwoordelijkheid? Een aantal vragen en antwoorden worden hier opgesomd. Welke zijn helpend, en welke zou je wel kwijt willen?

EENZAAMHEID EN VERBONDENHEID (6)

De inhoud van deze hand-out is gebaseerd op de veronderstelling dat elk mens liefde nodig heeft en in staat is om liefde te geven. Eenzaamheid draait om het gevoel niet gezien, gehoord en geliefd te worden. Mentale ziekte brengt vaak een vorm van eenzaamheid met zich mee: hetzij al aanwezig voorafgaand aan de ziekte, hetzij als gevolg van de uitdagingen die de ziekte met zich meebrengt. Bovendien kunnen patiënten moeite hebben met het houden van zichzelf, wat gezien kan worden als een cruciaal aspect voor het ervaren van verbinding met anderen. Deze onderwerpen en de bijbehorende discussies worden verkend in de huidige hand-out.

Tekstfragment: Ieder mens heeft behoefte aan liefde en het vermogen om liefde te geven. Eenzaamheid bestaat daarin dat we ons niet gezien, niet gehoord en niet geliefd voelen. Mentale problemen kunnen een gevolg zijn van gemiste liefde, maar ook het missen van liefde veroorzaken, doordat we minder kunnen dan anders. Vaak vinden we het ook moeilijk om onszelf lief te hebben. Toch is dat een belangrijke sleutel om liefde van anderen te kunnen ervaren en om anderen lief te kunnen hebben. Bespreek welke liefde jij mist of gemist hebt. Benoem ook van wie jij liefde jij ervaren hebt of nog ervaart. Kies vervolgens een van de gegeven teksten uit. Bedenk waarom en hoe je van jezelf kunt houden. Waarom is dit belangrijk?

INSPIRERENDE PERSONEN UIT HET VERLEDEN EN HEDEN (7)

Vanaf de geboorte leven mensen met rolmodellen, individuen die ze imiteren. Zelfs als volwassene zijn er nog steeds mensen die je bewondert, terwijl je denkt: 'Zó zou ik ook graag willen zijn'. Deze hand-out biedt ruimte om over dit onderwerp na te denken. Het kan helpend zijn om je te richten op de kenmerken van een andere persoon die je bewonderenswaardig vindt, waardoor je duidelijker kunt zien waar je zelf naar wilt streven in je eigen leven.

Tekstfragment: Niemand leeft zonder voorbeelden. Natuurlijk kunnen je vader en moeder een voorbeeld zijn, of juist niet. Ook anderen uit je eigen buurt, je familie of je voorgeslacht kunnen een voorbeeld zijn, zoals een buurman, oma of opa, oom of tante, of voorouder. Voorbeeldfiguren zijn vaak positieve voorbeelden. Soms zijn het juist ook voorbeelden van hoe het niet moet en hoe jij het nooit wilt. Er zijn ook veel bekende personen die voor velen een voorbeeld zijn. Vaak gaat het om voorbeelden hoe om te gaan met moeilijkheden en problemen.

ROUW EN VERLIES (9).

Met het leven komt verlies, het loslaten van wat een persoon ooit koesterde. Wanneer mensen gedurende een lange periode te maken hebben met geestelijke gezondheidsproblemen, verliezen ze ongetwijfeld mensen of dingen die belangrijk voor hen waren. Helaas komt dit niet vaak aan bod gedurende de behandeling. Toch kan het nuttig zijn om te reflecteren op wat iemand heeft verloren. Hoewel professionals geen rouwproces kunnen afdwingen, geloven wij dat het essentieel is om ruimte ervoor te creëren. Deze hand-out biedt de mogelijkheid om hierover na te denken en ervaringen te delen met anderen, waardoor de groep kan overwegen wat ieder individu nodig heeft.

Tekstfragment: Bij leven hoort ook verlies, het kwijtraken van wat je eens koesterde. Wanneer je langer psychische klachten hebt, ben je ongetwijfeld ook mensen of dingen kwijtgeraakt die van belang voor je zijn. Hierover wordt vaak niet gepraat. Toch kan het helpen om hierbij stil te staan en te bedenken en benoemen wat je kwijttraakte. Wat ben je kwijtgeraakt? Dit kunnen heel veel verschillende dingen zijn. Probeer voor jezelf twee belangrijke dingen op te schrijven die jij kwijttraakte. Een paar

TABEL 2. AANPASSING VAN SPIRIT AAN DE NEDERLANDSE CULTUUR:
HAND-OUTS VAN SPIRIT USA EN SPIRIT NL

SPIRIT USA	SPIRIT NL
1. Levensbeschouwelijke overtuigingen en omdenken	1. Levensbeschouwelijke overtuigingen en omdenken
2. Zingeving en coping tijdens de behandeling	2. Zingeving en coping tijdens de behandeling
3. Spirituele/religieuze worstelingen	3. Spirituele/religieuze en zingevingsworstelingen
4. Inspirerende teksten	4. Inspirerende teksten uit... ...het humanisme (a) ...het jodendom/christendom (b) ...het boeddhisme/taoïsme (c) ...de islam (d) ...het hindoeïsme (e)
5. Mediteren met psalmen	5. Regie, verantwoordelijkheid en vrijheid
6. De kracht van gebed	6. Eenzaamheid en verbondenheid
7. Vergeving	7. Inspirerende personen
	8. De kracht van meditatie of gebed
	9. Rouw en verlies
	10. Loslaten en vergeven

voorbeelden van wat mensen kwijtgeraakt kunnen zijn bij psychische problemen: Het beroep kunnen doen wat je wilde worden, een groepsgenoot die vertrok en nooit meer van zich liet horen, iemand die zich suïcideerde, toekomstdromen of hoop op een betere toekomst, het vermogen om te voelen en genieten, concentratie, nachtrust, zin in de dag.

WIJZIGING VAN DE LAY-OUT

Naast alle inhoudelijke veranderingen hebben we een poging gedaan het document te verbeteren om het protocol gebruiksvriendelijker te maken en een duidelijker overzicht te bieden. Als gevolg daarvan hebben we een inhoudsopgave toegevoegd en verschillende secties gecreëerd. Waar mogelijk hebben we de taal vereenvoudigd. Daarnaast is een lijst van bruikbare werkvormen opgenomen om groepsleiders meer variatie in de verwerking te laten introduceren. We hebben de manier waarop SPIRIT-groepen aanvankelijk werden gepresenteerd “origineel” genoemd. We verwezen naar de initiële presentatie van SPIRIT-groepen als ‘origineel’ en hebben ideeën opgenomen voor het gebruik van fragmenten, tweegesprekken, persoonlijke bijdragen of digitale verwerking. Het document is kleurrijker geworden en de opmaak is iets minder beknopt, met behoud van de oorspronkelijke opmaak van de sessies ongewijzigd.

TWEEDE ONTVANGST

Na de aanpassingen werd het protocol naar alle betrokken partijen gestuurd. De reacties waren positief:

Ik waardeer de speelsheid van de woordwolk, het prikbord en het kaartspel. Het maakt het interactiever en vereist deelname als groep of deelnemer om betrokken te raken bij het denken. Het lijkt ook uitgebreid te zijn met meer dan alleen de gebruikelijke filosofieën, wat naar mijn mening veel mensen zal aanspreken (patiënt, seculiere instelling, aangepast protocol).

Het aangepaste protocol werd ook getest tijdens een groepssessie binnen een acute psychiatrische dagbehandeling. Vervolgens werden de ervaringen van de

deelnemers en reacties op het protocol verzameld. Het feedback was unaniem positief. Ze vroegen om een permanente plek voor deze groep in het dagbehandelingsprogramma. Enkele citaten uit deze evaluatie waren:

Dit resoneert echt met mij (patiënt, seculiere instelling, aangepast protocol).

Ik overpeins vaak de betekenis van het leven in mijn huidige situatie (patiënt focusgroep seculiere instelling, aangepast protocol).

Na deelname aan deze groep heb ik het gevoel dat mijn tijd hier beter besteed is dan in de psycho-educatiegroep twee keer per week (patiënt, seculiere instelling, aangepast protocol).

Patiënten waardeerden de SPIRIT-groep omdat het echt over henzelf ging, en omdat ze min of meer deze vorm van therapie verwachtten, terwijl dit tot nu toe niet aanwezig was.

DISCUSSIE

In de afgelopen jaren heeft de geestelijke gezondheidszorg een ontwikkeling doorgemaakt ten aanzien van de therapeutische benaderingen, waarbij steeds meer aandacht wordt besteed aan de potentiële rol van spiritualiteit en religie (SR) bij het bevorderen van welzijn en herstel (Fallot, 2007; Koenig 2009; Vanderweele 2017). In deze context is er een waargenomen behoefte ontstaan om aandacht voor SR te faciliteren binnen de context van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Besloten werd om een bestaande in de Verenigde Staten ontwikkelde interventie die daar goed ontvangen werd, genaamd SPIRIT (Rosmarin et al., 2021), te vertalen en aan te passen. Dit proces bracht verschillende uitdagingen met zich mee. Ondanks dat zowel de Verenigde Staten als Nederland westerse landen zijn, zijn er significante verschillen wat betreft religieuze diversiteit en hoe individuen hiermee omgaan. Verschillende professionals uitten dan ook reserves, waarbij ze aangaven dat het protocol op hen tamelijk religieus overkwam. Misschien spelen hier overblijfselen van de ‘religieuze kloof’ een rol (Lukoff, Lu & Turner, 1992). Secularise-

ringsprocessen en leven in een post-christelijke cultuur kunnen bijdragen aan weerstand tegen religie (Paas, 2012). Interessant genoeg meldden niet-religieuze patiënten deze weerstand niet. Bovendien ervaart niet iedereen weerstand tegen religie, zoals te zien is in het onderzoek van Kruijthoff, dat veel maatschappelijke discussies heeft aangewakkerd (Kruijthoff, 2023). Het

Het respecteren van autonomie, culturele diversiteit en individuele overtuigingen blijft cruciaal om inclusieve en respectvolle interventies te waarborgen.

is heel goed mogelijk dat er vanuit het perspectief van de professionals een angst bestaat om een bepaald geloofssysteem op te leggen aan patiënten, hoewel het protocol expliciet vermeldt dat dit absoluut niet de bedoeling is. Het respecteren van autonomie, culturele diversiteit en individuele overtuigingen blijft cruciaal om inclusieve en respectvolle interventies te waarborgen.

Aanpassingen, zowel in inhoud als terminologie, waren noodzakelijk. Bestaande hand-outs werden uitgebreid om de meest voorkomende levensbeschouwingen in Nederland op te nemen (CBS, 2020). Daarnaast hebben we verschillende thema's opgenomen die in lijn zijn met existentiële angsten zoals vrijheid, dood, isolatie, zinloosheid en identiteit, zoals beschreven door Yalom, Glas en anderen (Yalom, 1980; Glas, 2003; van Bruggen et al., 2015). Autonomie en vrijheid zijn onderwerpen van discussie met betrekking tot het gebruik van dwang (Hem et al., 2018), maar kunnen ook worden herkend als existentiële thema's in bredere zin. Eenzaamheid is sterk gerelateerd aan (slechtere) geestelijke gezondheidsresultaten (Heinrich & Gullone, 2006), maar heeft ook te maken met wereldbeeld en religieuze/spirituele activiteiten, die een gevoel van verbondenheid kunnen bieden. Inspiratie wordt beschouwd als een onderschei-

dende psychologische constructie die cruciaal is voor mensen. Trash & Elliot (2003) stellen dat het cultiveren en ontwikkelen ervan, evenals geïnspireerd worden door anderen, ons transcendentie biedt, ons welzijn verbetert en ons vermogen om te bereiken vergroot. In die context past de hand-out over inspirerende individuen. Tot slot richt de hand-out over rouw en verlies zich op veranderingen als oorzaak of gevolg van geestesziekte, waar vaker onderzoek naar is gedaan (Brijan, 202). De toegevoegde hand-outs behandelen verschillende thema's van existentiële angst (Van Bruggen et al., 2015), maar bieden ook de mogelijkheid om wegen van verbondenheid, hoop, identiteit, betekenis en empowerment (CHIME) en routes naar geestelijke gezondheidsherstel te verkennen (Hare-Duke, 2023).

Opmerkelijk genoeg vereiste bepaalde terminologie aanpassing; omdat 'spiritualiteit' of 'religie' niet bij iedereen in Nederland resoneert (Bernts & Berghuijs, 2016), wat heeft geleid tot het benoemen van 'zingeving', waarbij het brede spectrum dat het omvat erkend wordt, soms de grenzen vervagend met SR (La Cour & Hvidt, 2010). Het gebrek aan zingeving maakt deel uit van verschillende geestelijke gezondheidsproblemen (bijv. persoonlijkheidsstoornissen, suïcidaliteit). Ondanks dit leek het toevoegen van dit aspect gerechtvaardigd, gezien dat 'betekenis in het leven' een nauwe relatie heeft met 'het heilige,' voor individuen ongeacht hun religieuze of spirituele achtergrond (Park, 2005). SPIRIT NL heeft als doel individuen te helpen betekenis, veerkracht en een gevoel van doel te vinden te midden van mentale gezondheidsuitdagingen, wat mogelijk bijdraagt aan algemeen psychologisch welzijn. Bovendien kan het aanbieden van een verscheidenheid aan wereldbeelden bijdragen aan een (her)overweging van de eigen basis voor betekenis in het leven indien gewenst, waarbij patiënten een veelheid aan opties krijgen. De groepsdiscussies kunnen betekenisvol zijn, mits de voorwaarde van respect voor alle levensbeschouwingen wordt gehandhaafd.

Na substantiële aanpassingen aan het protocol hebben patiënten, professionals en academici het positief geëvalueerd, waarbij ze vertrouwen uitspraken in het vermogen ervan om patiënten actief te helpen bij het integreren van hun overtuigingen in hun behandelings-

traject. Niettemin is verder onderzoek wenselijk, aangezien het integreren van SR-interventies naast conventionele behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg discussies kan veroorzaken binnen academische en klinische kringen. In hoeverre is het de verantwoordelijkheid van een geestelijke gezondheidsprofessional om zich bezig te houden met deze onderwerpen? Betreedt deze hiermee niet het terrein van de geestelijk verzorger? Er kan sprake zijn van rolverwarring, maar dit is niet noodzakelijk. SPIRIT, gebaseerd op CGT, vereist dat het gegeven wordt door een geestelijke gezondheidsprofessional die is thuis in deze benadering. Hoewel professionals getraind moeten worden in het integreren van SR-interventies, houdt dit geen spoedcursus in spirituele zorg en geestelijke verzorging in. In plaats daarvan kan de interventie dienen als een brug naar geestelijke zorg, waarbij wordt tegemoetgekomen aan een bestaande behoefte, aangezien spirituele zorg en geestelijke gezondheidszorg soms afzonderlijk opereren, wat verwarring veroorzaakt voor patiënten. Bovendien omvat herstel een breed concept, inclusief existentieel en persoonlijk herstel, wat essentiële elementen zijn van geestelijke gezondheid. Op deze manier zou dit de verantwoordelijkheid kunnen zijn van elke geestelijke gezondheidsprofessional (Schaap-Jonker, 2022). Duidelijke afbakening en effectieve communicatie kunnen ervoor zorgen dat SPIRIT voldoet aan de behoeften van patiënten zonder dat professionals zich op het terrein van geestelijk verzorgers begeven.

Ondanks de positieve evaluatie door degenen die betrokken waren bij het huidige onderzoek, is het belangrijk om een voorbehoud te maken. Religie kan, in sommige gevallen, schadelijk of pijnlijk zijn voor patiënten (Pargament & Lomax, 2013) en religieuze worstelingen kunnen herstelprocessen belemmeren (Koenig, 2009). Hoewel Rosmarin beschrijft dat SPIRIT kan helpen bij het aanpakken en doorwerken van religieuze worstelingen (Rosmarin et al., 2021), is het niet gegarandeerd dat dit voor iedereen zal gelden, en er moet rekening worden gehouden met het feit dat aandacht voor SR ook uitdagend kan zijn voor sommige individuen. Het is raadzaam om mogelijke nadelige effecten in ogenschouw te nemen in toekomstig onderzoek.

Critici betogen dat klinische richtlijnen voor de inte-

gratie van SR in de praktijk lijden onder een gebrek aan empirisch bewijs en meer gebaseerd zijn op meningen dan op bewijs (Poole & Higgs, 2011; Poole, 2020). De subjectieve en diverse aard van spiritualiteit vormt een uitdaging bij het standaardiseren van interventies, wat mogelijk de reproduceerbaarheid en generaliseerbaarheid in klinische settings belemmert. Desalniettemin tonen overzichtsartikelen voordelen van SR-geïntegreerde therapie aan (Bouwhuis - van Keulen et al., 2023; Captari et al., 2022). Hoewel het wenselijk is om de effectiviteit van SR-interventies te bestuderen en terwijl de duidelijkheid van het bewijs voor SPIRIT verder kan worden onderzocht, betogen sommigen dat niet alles wat geteld kan worden, telt, en niet alles wat telt, geteld kan worden (Cameron, 1963). Bovendien sluit het huidige project aan bij verschillende aanbevelingen die zijn uiteengezet door de WPA (Moreira-Almeida et al., 2016), waaronder het tactvol overwegen van de SR van een patiënt, de opname van diverse culturele achtergronden, de erkenning van potentiële voordelen en schade van SR en het behoud van respect voor verschillende levensvisies. Het vinden van een balans tussen het erkennen van SR als een cruciaal aspect van geestelijke gezondheid en een rigoureuze op bewijs gebaseerde benadering blijft essentieel.

Toekomstig onderzoek moet rekening houden met het belang van empirische validatie en ethische overwegingen binnen een holistische benadering. Het blijft cruciaal om te streven naar een genuanceerde aanpak die diverse overtuigingen respecteert, evidence-based praktijken integreert en ethische normen handhaaft. SPIRIT biedt kansen en moedigt het verkennen van mogelijkheden aan om de effectiviteit van deze interventie te onderzoeken met betrekking tot psychologisch, maatschappelijk en existentieel welzijn en herstel in acute psychiatrische settings en daarbuiten. Academisch onderzoek gecombineerd met klinische wijsheid is essentieel om de complexiteit te begrijpen en het potentieel van spirituele interventies zoals SPIRIT te benutten om resultaten in de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.

NOOT

Dit artikel is een vertaling van 'Introduction of Spiritual

Psychotherapy for Inpatient, Residential, and Intensive Treatment (SPIRIT) in the Netherlands: Translation and adaptation of a psychotherapy protocol for mental health care' (2024), gepubliceerd in *Religions*, 15 (3), 253. <https://doi.org/10.3390/rel15030253>

De vertaling met behulp van kunstmatige intelligentie is gecontroleerd met behulp van menselijke intelligentie.

REFERENTIES

- Akwa GGZ, 15 mei 2023. GGZ Standaard Zingeving in de Psychische Hulpverlening. Geraadpleegd op 10 augustus 2023 via [78a93eca27c6506bd8061140-dbe18b96.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/dbe18b96.pdf) (ggzstandaarden.nl)
- Anbeek, C.W. (2017). World-viewing dialogues on precarious life: The urgency of a new existential, spiritual, and ethical language in the search for meaning in vulnerable life. *Essays in the Philosophy of Humanism*, 25(2), 171-185.
- 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, 183-196.
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of epidemiology and community health*, 60(10), 854-857. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
- Bernts, T., & Berghuijs, J. (2016). *God in Nederland 1966-2015*. Ten Have.
- Bouwhuis-Van Keulen, A. J., Koelen, J., Eurelings-Bontekoe, L., Hoekstra-Oomen, C., & Glas, G. (2023). The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1-14. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2241626>
- Brijan, B. (2020). Existential loss in the face of mental illness: Further developing perspectives on personal recovery in mental health care. *Phenomenology and Mind*, 18, 250-258. <https://doi.org/10.17454/pam-1819>
- Braam, A.W. (2017) Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: what do we need? *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 579-588. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1377949>
- Braam, A.W., & Verhagen, P.J. (2022). Levensbeschouwelijke diversiteit: Mozaïek en dynamiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(8), 535-539.
- Bruggen, V. van, Vos, J., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Glas, G. (2015). Systematic review of anxiety instruments. *Journal of Humanistic Psychology*, 55, 173-201. <https://doi.org/10.1177/0022167814542048>
- Cameron, W.B. (1963) *Informal sociology: A casual introduction to social thinking*. Random House.
- Captari, L. E., Sandage, S. J., & Vandiver, R. A. (2022). Spiritually integrated psychotherapies in real-world clinical practice: Synthesizing the literature to identify best practices and future research directions. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 59(3), 307-320. <https://doi.org/10.1037/pst0000407>
- CBS (2020). Religie in Nederland. [cbs.nl](https://www.cbs.nl), geraadpleegd op 28 november 2024.
- Cornish, F., Breton, N., Moreno-Tabarez, U., Delgado, J., Rua, M., de-Graft Aitkins, A., & Hodgetts, D. (2023). Participatory action research. *Nature Reviews Methods Primers*, 3, 34. <https://doi.org/10.1038/s43586-023-00214-1>
- Fallot, R. D. (2007). Spirituality and religion in recovery: Some current issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 261-270. <https://doi.org/10.2975/30.4.2007.261.270>
- Fitchett, G., Burton, L.A., & Sivan, A.B. (1997). The religious needs and resources of psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 320-326.
- Glas, G. (2003). Anxiety-animal reactions and the embodiment of meaning. In B. Fullord, K. Morris, J. Z. Sadler & G. Stanghellini (Eds.), *Nature and narrative: An introduction to the new philosophy of psychiatry* (pp. 231-249). Oxford University Press.
- Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review

- and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2937–2949. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001166>
- Handley, M. A., Gorukanti, A., & Cattamanchi, A. (2016). Strategies for implementing implementation science: A methodological overview. *Emergency medicine journal : EMJ*, 33(9), 660–664. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2015-205461>
- Hare-Duke, L., Charles, A., Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Dys, A., & Bijdevaate, D. (2023). Systematic review and citation content analysis of the CHIME framework for mental health recovery processes: Recommendations for developing influential conceptual frameworks. *Journal of recovery in mental health*, 6(1), 38–44. <https://doi.org/10.33137/jrmh.v6i1.38556>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 25(1), 92–110. doi:10.1177/0969733016629770
- 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 methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- Heinrich, L.M., Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- La Cour, P., & Hvidt, N. C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1292–1299. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.024>
- Lucchetti, G., Bassi, R. M., & Lucchetti, A. L. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (New York, N.Y.)*, 9(3), 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.02.004>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Rensburg, B.J. van, Verhagen, P.J., & Cook, C.C.H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Kaufman, C. C., Rosmarin, D. H., & Connery, H. (2022). Integrating spirituality in group psychotherapy with first responders: Addressing trauma and substance misuse. *Religions*, 13, 1132. <https://doi.org/10.3390/rel13121132>
- Koenig, H.G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283–291. doi:10.1177/070674370905400502
- Kruijthoff, D. J. (2023). Healing after Prayer: An interdisciplinary case study. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam] Vanderperk Groep. <https://doi.org/10.5463/thesis.169>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, Schaap-Jonker, H., Westerbroek, G., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2020). Conversations and beyond: Religious/spiritual care needs among clinical mental health patients in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(7), 524–532. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001150>
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. and Perez, L. M. (2000), The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519–543. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
- Pargament, K. I., & Lomax, W.J. (2013). Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry* 12, 26–32.
- Paas, S. (2012). Religious consciousness in a post-Christian culture: J.H. Bavinck’s religious consciousness and Christian faith (1949), Sixty Years Later. *Journal of Reformed Theology*, 6(1), 35–55. <https://doi.org/10.1163/156973112X644001>

-
- Poole, R., & Higgo, R. (2011). Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice, *Mental Health, Religion & Culture*, 14(1), 19-29. <https://doi.org/10.1080/13674671003746845>
- Poole, R. (2020). The sacred versus the secular in UK psychiatry. *British Journal of Psychiatric Advances*, 26, 285. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.32>
- Rosmarin, D. H., Salcone, S., Harper, D., & Forester, B. P. (2019). Spiritual psychotherapy for inpatient, residential, and intensive treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 72(3), 75–83. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180046>
- Rosmarin, D. H., Salcone, S., Harper, D. G., & Forester, B. (2021). Predictors of patients' responses to spiritual psychotherapy for inpatient, residential, and intensive treatment (SPIRIT). *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 72(5), 507–513. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000331>
- Santiago, P. N., & Gall, T. L. (2016). Acceptance and Commitment Therapy as a spiritually integrated psychotherapy. *Counseling and Values*, 61(2), 239-254. <https://doi.org/10.1002/cvj.12040>
- Schaap-Jonker, H. (2022). How clinical psychology of religion can support mental health: An ecological–existential view, illustrated by the case of shame. *Religions*, 13(11), 1-15. <https://doi.org/10.3390/rel13111009>
- Theobald, S., Brandes, N., Gyapong, M., El-Saharty, S., Proctor, E., Diaz, T., Wanji, S., Elloker, S., Raven, J., Elsey, H., Bharal, S., Pelletier, D., & Peters, D. H. (2018). Implementation research: New imperatives and opportunities in global health. *Lancet (London, England)*, 392(10160), 2214–2228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0)
- Thrash, T. M., & Elliot, A. J. (2003). Inspiration as a psychological construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 871-889. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.871>
- VanderWeele, T. J. (2017). Religion and health: A synthesis. In M. J. Balboni & J. R. Peteet (Eds.), *Spirituality and religion within the culture of medicine: From evidence to practice* (pp. 357–401). Oxford University Press.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

PERSONALIA

De eerste auteur, dr. Joke van Nieuw Amerongen-Meeuse, is arts-onderzoeker bij het Kennisinstituut Christelijke ggz.
Correspondentieadres: j.vannieuwamerongen@kicg.nl.