**Accreditatie NVvP**

Op dit moment zijn de powerpoints nog niet beschikbaar. Samenvattingen van de hoofdlezingen:

## Inhoud programma:

Hoofdlezing (ochtend): Religieuze coping en klinisch en existentieel herstel (drs. A.E. Verhoeff-Korpershoek; drs. J. Hoekzema-Kruidhof).

In deze lezing komt aan de orde wat religieuze coping is en hoe het zich verhoudt tot psychopathologie, veerkracht en herstel (zie bijlage 1). De stand van zaken van recente onderzoeksliteratuur wordt besproken. Ook de resultaten van eigen onderzoek (een RCT naar een online interventie gericht op religieuze coping) worden gepresenteerd (zie bijlage 2). Implicaties voor diagnostiek en behandeling worden uitgewerkt. Hierbij komen verschillende therapeutische benaderingen aan de orde (waaronder CGT, schematherapie, ACT).

Middaglezing plenair:

Christelijk geloof en de omgang met lijden: implicaties voor behandeling en begeleiding (prof. dr. A. Huijgen, prof. dr. J. Schaap-Jonker, O. Bottenblij (ervaringsdeskundige))

De christelijke traditie kent verschillende visies waarbinnen lijden betekenis kan krijgen. Lijden kan bijvoorbeeld gezien worden als leerschool of als straf van God. Tegelijk worden binnen deze traditie ook de existentiële of religieuze worstelingen verwoord die lijden kan oproepen (theodicee-vraagstuk; ‘als kwaad goede mensen treft’). Deze verschillende visies kunnen als kerncognities ook in de hoofden van psychiatrische patiënten aanwezig zijn, fungeren als betekeniskader bij hun religieuze coping, en zo het herstel beïnvloeden in positieve of negatieve zin. Daarom worden in deze lezing verschillende specifieke religieuze i.c. christelijke overtuigingen rond lijden, ziekte en herstel besproken en doordacht met het oog op behandeling en begeleiding. Hierbij komen concrete interventies aan de orde die passend zijn bij of voortkomen uit verschillende therapeutische benaderingen (waaronder CGT, schematherapie, ACT) en is er aandacht voor de specifieke attitudes en competenties die de hulpverlener nodig heeft om goede zorg te verlenen bij dit aspect van existentieel herstel.

In de workshops staan allereerst de zorgprogramma’s Angst, Depressie, en Persoonlijkheidsstoornissen centraal, waarin een specifieke aanpak beschreven wordt (binnen bestaande therapeutische benaderingen en richtlijnen) van de behandeling en de zorg voor een specifieke patiëntengroep (in het geval van Eleos een religieuze patiëntengroep) met als doel het leren omgaan met de ziekte, voorkoming of uitstel van complicaties en/of van verergering van ziekte met behoud van optimale kwaliteit van leven’. Bij dat leren omgaan speelt religieuze coping een rol, en bij de optimale kwaliteit van leven gaat het ook om existentieel/ persoonlijk herstel. Daarnaast worden workshops aangeboden die focussen op specifieke aspecten van existentieel herstel. Zie programma.

## Algemene achtergrond van de studiedag (die uitgewerkt wordt in de lezingen):

Psychisch lijden roept veel existentiële vragen op: waarom overkomt mij dit? Wat is de zin hiervan? Welke toekomst heb ik nog? Religieuze cliënten stellen deze vragen in de context van hun geloofsovertuiging: Waar is God? Waarom laat God dit toe? Is wat mij overkomt een straf van God?

Eleos is een christelijke GGZ-instelling die werkt vanuit een herstelgeoriënteerde zorgvisie. Binnen deze visie is veel aandacht voor existentieel of persoonlijk herstel en de rol van zingeving (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink en Van Os, 2016). Religie kan een bron van zingeving zijn, maar ook een bron van worstelingen en conflict (Ano & Vasconcelles, 2005; Weber & Pargament, 2014). Aandacht vanuit psychologisch perspectief voor de rol van religie binnen het herstelproces van psychiatrische patiënten is daarom essentieel voor goede zorgverlening. Tijdens dit congres ligt de focus op religieuze coping, wat omschreven kan worden als ‘a search for significance in relation to the sacred’ (Pargament) of als de manier waarop religie functioneert in het omgaan met moeilijke levensomstandigheden. Wanneer religie functioneert als bron van steun en aanpassing aan moeilijke levensomstandigheden, is sprake van positieve religieuze coping. Wanneer het een bron van spanning en twijfel is (‘religious struggle’), is sprake van negatieve religieuze coping (Stauner, Exline & Pargament, 2016). Het betrekken van religieuze of spirituele thema’s in diagnostiek en behandeling blijkt over het algemeen samen te gaan met een beter behandelresultaat bij cliënten voor wie religie belangrijk is (Weber & Pargament, 2014).

**Bijlage 1**

*Herstel en positieve gezondheid: aandacht voor zingeving*

Het denken over herstel binnen de GGZ sluit goed aan bij de nieuwe definitie van gezondheid. In 2009 organiseerde de Gezondheidsraad een tweedaagse internationale conferentie over het begrip gezondheid. De oude definitie van de WHO, die al 65 jaar in gebruik was, omschreef gezondheid zeer idealistisch: niet alleen als de afwezigheid van ziekte, maar ook als een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. De kritiek op deze definitie nam steeds meer toe, onder andere vanwege de statische formulering en het medicaliserende effect (Huber, van Vliet en Boers, 2016). Op grond van alle bijdragen tijdens de bovengenoemde conferentie formuleerde Huber een nieuwe opvatting: ‘Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’ (Nederlandse vertaling van het Institute for Positive Health). In deze nieuwe omschrijving komt naar voren dat mensen, wanneer ze geconfronteerd worden met (chronische) problematiek, in veel gevallen toch het vermogen hebben om zich aan te passen aan de ontstane situatie en manieren vinden om daar mee om te gaan. Zelfregie is daarbij belangrijk.
Deze veel bredere en dynamische opvatting van gezondheid wordt ook wel ‘positieve gezondheid’ genoemd. Zes dimensies worden daarbij onderscheiden, die per dimensie worden onderverdeeld in aspecten. Het gaat om de volgende dimensies: lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Hoe aandacht te geven aan positieve gezondheid, om zo herstelprocessen te bevorderen en de omgang met de patiënt te verbeteren, zal op maat uitgewerkt dienen te worden (Huber, van Vliet en Boers, 2016).

*Het twee-continuamodel*

Dat het hebben van psychische klachten en het leiden van een betekenisvol leven samen kunnen gaan, komt ook naar voren in het twee-continuamodel van Keyes (2005) uit de positieve psychologie. Lange tijd is gedacht dat positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie moeten worden gezien als uiteinden van eenzelfde continuüm. Een persoon met psychische klachten zou geen emotioneel, psychologisch of sociaal welbevinden kunnen ervaren en bij iemand zonder psychische klachten zou vanzelfsprekend sprake zijn van een hoog niveau van welbevinden. Dit blijkt niet juist te zijn. Welbevinden en psychopathologie zijn twee verschillende en elkaar aanvullende indicatoren van geestelijke gezondheid. Dit wordt het twee-continuamodel genoemd. Uit onderzoek blijkt dat de samenhang tussen beide indicatoren negatief is, wat betekent dat psychische klachten vaker samengaan met een laag dan met een hoog welbevinden. Maar dit verband is beperkt. De mate van psychopathologie blijkt niet veel te zeggen over de mate van positieve geestelijke gezondheid en andersom. Iemand met psychische klachten is wel in staat om welbevinden te ervaren. Afwezigheid van psychische klachten is geen garantie voor het ervaren van een hoog niveau van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Om een volledig beeld te krijgen van iemands geestelijke gezondheid en om het effect van interventies te evalueren, is het daarom niet voldoende om iemands psychische klachten en beperkingen te meten. Ook aspecten van positieve geestelijke gezondheid zullen in kaart moeten worden gebracht (Keyes, 2005; Lamers, Smit & Hutschemaekers, 2013). Welbevinden lijkt mensen ook veerkrachtiger te maken en zo te beschermen tegen het ontstaan van psychische klachten. De herstelbeweging pleit al langer voor aandacht voor welbevinden in de geestelijke gezondheidszorg (Bohlmeijer, Lamers & Schreurs, 2016). In de positieve psychologie is al veel onderzoek gedaan naar welbevinden en optimaal functioneren door het ontdekken en ontwikkelen van mogelijkheden, sterke kanten en bronnen van zingeving (Bohlmeijer, Bolier, Steeneveld, Westerhof & Walburg, 2013).

Delleman (2013) gebruikt de term ‘positieve psychiatrie’ als verzamelbegrip, waarbij kennis uit drie bronnen samenkomt: de positieve psychologie, de herstelbeweging en kennis van aspecifieke factoren die een rol spelen in de behandeling (zoals een goede werkrelatie, een duidelijk verklarend kader en een persoonsgerichte benadering waarbij de patiënt zelf een belangrijke rol krijgt als medevormgever van de behandeling). Deze drie bronnen hebben ieder een eigen accent, maar ook een zekere overlap. Hij pleit voor een integrale benadering in de GGZ met een overkoepelende focus op welbevinden, waarbij een klachtgerichte optiek wordt ingebed in een krachtgerichte optiek. Dit geldt niet alleen in de behandeling van mensen met chronische problematiek, maar in de behandeling van alle patiënten.

Ook onderzoekers en behandelaars van kinderen en jongeren zijn zich steeds meer bewust dat het niet voldoende is om kennis te hebben over symptomen en problemen om adequaat hulp te kunnen bieden (Kuiper en Bannink, 2012). Er is een toenemende belangstelling voor de capaciteiten die een kind helpen en sterker maken: de protectieve factoren en veerkracht. Veerkracht kan worden gezien als het vermogen om na een ingrijpende gebeurtenis te herstellen, te volharden of zelfs te groeien. Een kind ontwikkelt veerkracht door wat het in het gezin of in de gemeenschap krijgt aangereikt. Het gaat om het ontdekken van potentiële en bestaande positieve eigenschappen en hulpbronnen.

Bij herstel en veerkracht gaat het om vergelijkbare en mogelijk voor een groot deel ook over dezelfde processen. Bij herstel ligt het accent op het proces naar meer veerkracht toe. Andersom geldt dat veerkrachtige mensen sneller herstellen. Veerkracht valt min of meer samen met het begrip coping wanneer het duidt op het proces van omgaan met stressvolle omstandigheden, beperkingen of kwetsbaarheden (Van der Stel, 2012).

*De existentiële dimensie van gezondheid*
Uit vervolgonderzoek naar het draagvlak voor de bovengenoemde nieuwe opvatting van gezondheid bleek dat patiënten van alle ondervraagde groepen het hoogst scoorden op de spiritueel-existentiële dimensie, die betrekking heeft zingeving, nastreven van doelen en idealen, toekomstperspectief en acceptatie. Beleidsmakers, onderzoekers en ook artsen scoorden veel lager op deze dimensie van gezondheid. Tegelijk vonden patiënten vrijwel alle onderscheiden dimensies van gezondheid even belangrijk (Huber, van Vliet & Boers, 2016).
Delespaul, Milo, Schalken, Boevink en Van Os (2016) beschrijven nieuwe concepten voor een ‘Goede GGZ’. Zij vinden het enthousiasme over de nieuwe definitie van gezondheid terecht. In de behandeling moet het volgens hen niet alleen gaan om het bestrijden van symptomen, maar ook om het ‘leren omgaan met’ waarbij de cliënt zoveel mogelijk de regie voert. Daarvoor is het van belang dat de cliënt voldoende coping ontwikkelt om weer te werken aan (aangepaste) doelen. Uit de bevindingen van Huber e.a. (2016) over het belang wat patiënten hechten aan de spiritueel-existentiële dimensie trekken zij de conclusie dat zingeving, in de vorm van werken aan betekenisvolle doelen, belangrijk is in de therapeutische relatie in de GGZ. Het model van positieve gezondheid biedt ruimte voor dit fundamentele aspect van persoonlijk herstel en is daarom een beter uitgangspunt voor het bieden van herstelgerichte zorg in de GGZ.
Het belang van zingeving binnen de GGZ blijkt ook uit onderzoek naar religieuze coping. Pieper en van Uden (2012) kwamen op grond van diverse onderzoeken naar religieuze coping in Nederland tot de conclusie dat de rol van religie vaak veel groter was dan de werkers in de sector dachten. De patiënten gaven vaak aan veel steun te hebben aan hun geloof. Daarnaast vonden de patiënten dat hun behandelaars te weinig oog en oor hadden voor de steun die geloof kan bieden.

*Stress en coping*
Voordat verder in wordt gegaan op het onderwerp religieuze coping, zal eerst worden stil gestaan bij coping in het algemeen. Coping is een reactie op stress. Van der Ploeg (2013) beschrijft stress als de subjectieve beleving uit balans te raken en de stabiliteit in het leven kwijt te raken. Het evenwicht tussen draagkracht en draaglast voelt verstoord.

Jarenlang werd gedacht dat er een rechtstreeks verband bestond tussen de aard van de stressbron en de biologische en psychologische reactie daarop. Het was vooral Lazarus die onder de aandacht bracht dat niet iedereen hetzelfde reageert op dezelfde stressvolle omstandigheden (Van der Ploeg, 2013). Lazarus & Folkman (1984; Lazarus, 1993) benadrukken in hun theoretische model dat stress geen automatische respons is, maar dat sprake is van een voortdurende wisselwerking tussen de persoon en zijn omgeving. Het copingproces is een vorm van informatieverwerking, waarbij het individu op zijn eigen manier reageert, om zo een bedreigende situatie of een stressvolle gebeurtenis het hoofd te bieden. Het gaat daarbij om individuele cognitieve strategieën. Deze gerichte pogingen worden copingstrategieën genoemd (Van der Ploeg, 2013; Pieper, 2012)

Voordat iemand tot een bepaalde actie komt, maakt hij eerst een cognitieve inschatting (‘appraisal’) van de bedreigende situatie. In dit proces wordt onderscheid gemaakt tussen de *primary appraisal* en de *secundary appraisal*. Bij de primaire inschatting gaat het om de vraag of en in welke mate de gebeurtenis of de situatie een bedreiging is voor het welbevinden van de persoon zelf of van een dierbaar ander iemand. Het gaat dus om een inschatting van de mate van gevaar.
Bij de secundaire inschatting gaat het om het inschatten van de hulpbronnen die beschikbaar zijn om met de ontstane situatie om te gaan (Van der Ploeg, 2013). De hulpbronnen waarover iemand kan beschikken, zijn heel verschillend van aard: materieel, lichamelijk, psychisch, sociaal en religieus. Lazarus en Folkman (1984, p. 141) definiëren coping als ‘de constant veranderende cognitieve en gedragsmatige inspanningen om externe en interne bedreigingen het hoofd te bieden, die naar eigen inschatting veel vergen van de eigen bronnen of deze te boven gaan’.
Pargament (1997) voegt nog een tertiaire inschatting toe, waarbij het gaat om het inschatten van de meest doeltreffende copingstrategie (waarbij belangrijke waarden en doelen zoveel mogelijk gehandhaafd blijven) en de meest doelmatige copingstrategie (met de minste verspilling van hulpbronnen).

Het hierboven beschreven inschattingsproces speelt zich af op verschillende niveaus: bewust, onbewust, automatisch, rationeel, intuïtief enzovoort. Het opvangen en verwerken van de signalen om de betekenis er van te interpreteren en te begrijpen, gaat gepaard met emoties als angst, woede en schaamte. Het kunnen hanteren van deze emoties is een belangrijk onderdeel van het gehele copingproces.
Na het maken van bovengenoemde cognitieve inschattingen start de daadwerkelijke coping, dat wil zeggen de pogingen van de persoon om met de situatie om te gaan. In de loop der jaren zijn de strategieën op verschillende manieren ingedeeld. Een veel gebruikte indeling is probleemgerichte strategieën tegenover emotiegerichte strategieën. Bij *probleemgerichte coping* is de persoon gericht op het oplossen van het probleem door het veranderen van de situatie of van het eigen gedrag. Iemand kan bijvoorbeeld informatie inwinnen of hulp vragen. Bij *emotiegerichte coping* gaat het om het reguleren van de emotionele reactie op de situatie, bijvoorbeeld door te sporten of door te praten met vrienden. De effectiviteit van de coping hangt nauw samen met de doelen die de persoon wil bereiken en van de (on)mogelijkheden om actie te kunnen ondernemen in een bepaalde situatie (Pieper, 2012; Van der Ploeg, 2013).

*Religieuze coping*

Godsdienstigheid is een complex proces met cognitieve, gedragsmatige, emotionele, interpersoonlijke en fysiologische dimensies. Bij religieuze coping gaat het om de mate waarin religie onderdeel is van het proces van het begrijpen van of omgaan met zorgwekkende levensgebeurtenissen. Het is niet alleen belangrijk om na te gaan in welke mate religie onderdeel is van het copingproces, maar ook op welke manier. Meer specifiek gaat het om het wie (bijvoorbeeld God, dominee of pastor, gemeenteleden), het wat (bijvoorbeeld bidden, bijbel lezen, rituelen), het wanneer (bijvoorbeeld in geval van acute stress of chronische stress), het waar (bijvoorbeeld in de gemeente of individueel) en het waarom (bijvoorbeeld om betekenis en zin te vinden of om controle te krijgen) van coping. Religie kan dus op veel verschillende manieren tot uitdrukking komen in het copingproces. Religie als hulpbron omvat verschillende coping strategieën, die zowel probleemgericht als emotiegericht kunnen zijn.

Afhankelijk van de copingstrategie die wordt gekozen, is religieuze coping helpend of juist niet. Hierboven is het onderscheid tussen positieve en negatieve religieuze coping al genoemd. Bij positieve religieuze coping is sprake van een veilige relatie met God en een gevoel van spirituele verbondenheid met anderen. Bij negatieve religieuze coping is sprake van strijd in iemands innerlijk, met anderen of met God. Uit onderzoek blijkt dat positieve religieuze coping in verband staat met een betere geestelijke gezondheid, een goede invloed heeft op het omgaan met lichamelijke ziekten en bijdraagt aan posttraumatische groei. Negatieve religieuze coping strategieën zijn over het algemeen genomen meer maladaptief en kunnen leiden tot spanning, angst en depressie (Pargament, Falb, Ano & Wachholtz, 2013).

Religieuze copingstrategieën kunnen verschillende functies vervullen: 1) het vinden van zin en betekenis, 2) het verschaffen van controle, 3) het zoeken van contact met God, 4) het vinden van sociale steun en 5) het handhaven, herstellen of vergroten van het gevoel van eigenwaarde (Pargament, Falb, Ano & Wachholtz, 2013; Pieper, 2012).

Over hoe religieuze coping zich ontwikkelt in kindertijd en adolescentie is nog weinig bekend. In veel studies wordt een positief verband gevonden tussen religiositeit/spiritualiteit bij adolescenten en hun mentaal welbevinden (Wong, Rew & Slaikeu, 2006). Een positieve religieuze coping stijl helpt adolescenten in het omgaan met een chronische ziekte (Cotton, Grossoehme, Rosenthal, McGrady, Huemenay Roberts, Hines et al., 2009) of kan een belangrijke beschermende factor zijn tegen suïcidaal gedrag (Molock, Puri, Matlin & Barksdale, 2006). Het is daarom van belang om ook bij jongeren het geloof te betrekken bij de behandeling.

Pieper (2012) geeft een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van religieuze coping, gebaseerd op het gedachtengoed van Pargament (1997), en het onderzoek in Nederland. Religieuze coping treedt vaak op bij ingrijpende levensgebeurtenissen als andere vormen van coping niet toereikend zijn. Hoe religieuzer men is, hoe groter de kans dat religieuze coping wordt ingezet. Ook de context speelt een rol; in een religieuze context wordt religieuze coping eerder als normaal ervaren.

Het is belangrijk op te merken dat de positieve effecten van religie op welzijn pas plaatsvinden als de algemene religiositeit ook daadwerkelijk wordt omgezet in concrete religieuze coping activiteiten, het zogenoemde stress-buffermodel. Religieuze coping bemiddelt dus tussen religiositeit en welbevinden.

**Bijlage 2.**

**Amplifying faith and well-being**

**A randomized controlled evaluation of the efficacy of an online intervention on religious coping among Christian outpatients with depression or anxiety disorder**

A.E. Verhoeff – Korpershoek, J. Schaap – Jonker

**Abstract**

|  |
| --- |
| ***Objective:*** This study examined the efficacy of an online intervention aimed at sustaining positive religious coping and diminishing negative religious coping among Christian outpatients with depression or anxiety disorder.***Method:*** A number of 92 participants were randomized to an experimental and control condition. In the first three months of therapy both conditions got blended care, a mix of face-to-face sessions (care as usual) and online interventions (experimental condition: religious coping intervention (E-RC); control condition: cognitive behavioural interventions, that normally are part of the usual care(CC)). Self-report assessments (measuring religious coping pattern and well-being) were taken at pre-treatment (T0), after three months of therapy (when online interventions are completed, T1) and after six months of therapy (T2; completed E-RC:  *n* = 18; CC: *n* = 24). ***Results:*** No significant difference has been found between the two groups in reported general well-being or in changes of religious coping pattern. In the total sample, an increase of negative religious coping was a strong predictor for decreasing well-being. However, in the E-RC condition general well-being was barely predicted by changes in negative religious coping, but strongly related to changes in positive religious coping. In the control group the results were the opposite.***Conclusions:*** The online (E-RC) intervention seems to operate as a moderator, buffering the pernicious effects of religious struggle and simultaneously enhancing the salutary effects of positive religious coping on well-being. |