





Waar hebben we het over?

Religie in relatie tot geestelijke gezondheid

Hulpverleners worden steeds vaker geconfronteerd met religieuze en zingevingsthema's in hun praktijk. Ook pastores geven aan behoefte te hebben aan meer informatie en kennis omtrent geestelijke gezondheid. Dit artikel speurt historie, kernconcepten en huidig onderzoek na, op zoek naar een gefundeerd antwoord op deze vragen en een zinvol kader voor de praktijk.

De vraag naar het verband tussen religie en geestelijke gezondheid is een fascinerende, maar ook complexe vraag. In een eerder nummer van *Handelingen* (2006/4) kwamen verschillende aspecten van deze vraag al aan bod. In deze bijdrage wordt de vraag bekeken vanuit een empirisch perspectief. Eerst wordt een historische situering geschetst, om vervolgens stil te staan bij de afbakening van de twee kernconcepten religie en geestelijke gezondheid. Daarna wordt een kort overzicht gegeven van huidig onderzoek naar het verband tussen religie en geestelijke gezondheid en ten slotte wordt er afgerond met mogelijke klinische implicaties.

< 'Saul en David'. Schilderij en foto: René Rosmolen

Historische situering

Verstrengeling

Als we de geschiedenis bekijken, zien we dat religie en geestelijke gezondheid heel lang met elkaar vervlochten waren (zie voor een overzicht Koenig, McCullough & Larson 2011). Zo ging men er in de Griekse oudheid vanuit dat psychiatrische aandoeningen beïnvloed werden door de goden, terwijl men in de middeleeuwen geestesziekten beschouwde als demonische bezetenheid. Ook het christendom en de psychiatrie delen een rijk verleden. In Hebreeuwse en christelijke teksten vinden we bijvoorbeeld beschrijvingen van verschillende psychiatrische aandoeningen, zoals de stemmingswisselingen van koning Saul of de bezeten man die door Jezus genezen werd. ▷

artikel





Maar ook in de zorg voor psychiatrische patiënten komt de verstengeling met religie terug. Religieuze organisaties zoals kloosters of abdijen verzorgden psychiatrische patiënten en pleitten voor een humane behandeling. Psychiatrische ziekenhuizen werden opgericht onder leiding van priesters.

Twee kampen

Het ontstaan en de bloei van de (klinische) psychologie en psychiatrie eind negentiende en begin twintigste eeuw heeft echter een onmiskenbare breuk veroorzaakt in de visie van de mens op het verband tussen religie en geestelijke gezondheid. Geïnspireerd door de Verlichting, willen de (klinische) psychologie en de psychiatrie als wetenschap immers hun steentje bijdragen tot het verklaren van psychiatrische verschijnselen enkel door een beroep te doen op ‘natuurlijke’ factoren en processen.

Religieuze verklaringen voor psychiatrische stoornissen worden overbodig en al snel wordt de relatie tussen religie en (klinische) psychologie en psychiatrie gekenmerkt door wantrouwen en vijandigheid. Deze houding zien we terug bij verschillende prominente denkers. Freud (1927) bijvoorbeeld, deed religie vaak af als een ‘illusie’ die te herleiden is tot infantiele verlangens naar veiligheid en bescherming. Albert Ellis (1980), grondlegger van de Rationeel-Emotieve Therapie (RET) en deels ook van de cognitieve gedragstherapie, stelde dat religieus geloof het beste wordt beschouwd als een geheel van irrationele gedachten die schadelijk zijn voor de geestelijke gezondheid.

Ook vandaag zien we dat psychologie/psychiatrie en christendom vaak als concurrerende paradigma's gezien worden als het gaat om belangrijke levensvragen of existentiële onderwerpen (Shafranske 1997). Ook al hebben beide eigenlijk eenzelfde doel voor ogen, namelijk het welzijn van het individu en de maatschappij, ze bieden vaak andere oplossingen aan om dit doel te bereiken. En net door dit grondig verschillende kader staan ze vaak vijandig tegenover elkaar. Daarenboven blijven professionals vaak in één ‘kamp’ (dat van de psycholoog/psychiater of dat van de pastor/theoloog), wat leidt tot een gebrek aan kennis uit het andere ‘kamp’.

Recente ontwikkelingen echter wijzen op de noodzaak om de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid op een open manier te bekijken. Zo zien we dat steeds meer hulpverleners geconfronteerd worden met religieuze en zingevingsthematieken in hun praktijk. Ook pastores geven aan nood te hebben aan informatie en kennis omtrent de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid. Om een gefundeerd antwoord te bieden op vragen van hulpverleners en geestelijke verzorgers, en om een kader te kunnen aanreiken dat zinvol is voor de praktijk, is het nodig stil te staan bij de beschikbare wetenschappelijke evidentie.

Religie, een complex concept

Godsdienstpsychologische bril

Als we empirisch willen nagaan of er een verband bestaat tussen religie en geestelijke gezondheid, moeten we eerst onze



kernconcepten duidelijk definiëren. Zonder een duidelijke definitie kunnen we geen valide en betrouwbare meetinstrumenten kiezen om onze concepten te meten. Maar in dit onderzoeksveld botsen we meteen al op problemen. Een duidelijke en eensluidende definitie over wat religie is, blijkt niet aanwezig te zijn. Daarbij is religie ook een concept met een sterk persoonlijke inslag en het meten van zo iets persoonlijks lokt al snel weerstand uit.

Maar als we onderzoek willen doen, moeten we toch een poging doen om religie op een adequate manier te meten. Hierbij kijken we met een godsdienstpsychologische bril naar het

Vaaks staan christendom en psychologie/psychiatrie vijandig tegenover elkaar

concept religie. Dit moet ons in staat stellen om, in de mate van het mogelijke, een adequate meting van religie voor te stellen. De meeste onderzoekers (Larson, Swyers & McCullough 1997) zijn het erover eens dat zowel religie als spiritualiteit een 'heilige kern' hebben, waarbij het 'heilige' refereert aan een goddelijk wezen, een ultieme of transcendente realiteit of een ultieme waarheid. Men wil er zo de nadruk op leggen dat 'heilig' niet gebruikt kan worden voor zaken die in ons leven louter heel belangrijk zijn (zoals onze kinderen, ons werk, ons huwelijk), maar dat het voorbehouden moet zijn voor concepten die 'goddelijke attributen' krijgen.

Daarnaast is men het er ook over eens dat zowel religie als spiritualiteit multidimensionele constructen zijn, waarbij het niet enkel gaat om gedragingen (zoals kerkgang) maar ook

om motivaties (waarom is iemand gelovig), cognities (ideeën en attitudes) en emoties. Als men vervolgens probeert om religie en spiritualiteit te onderscheiden, verwijst men vaak naar het gestructureerde en georganiseerde karakter van religie, daar waar bij spiritualiteit de focus eerder ligt op de persoonlijke zoektocht naar antwoorden op ultieme vragen. Spiritualiteit kan dus gekaderd zijn binnen een religie (bijvoorbeeld mystieke stromingen, eigen zoektocht van katholieke gelovigen), maar kan er ook los van staan (persoonlijk zoeken zonder religieus kader) (Koenig, McCullough & Larson 2001).

Verder wordt religie meestal beschouwd als een cultureel gegeven. Zo stelt Vergote (1987), geïnspireerd door Geertz (1973), dat religie een geheel van symbolen is dat refereert naar een spiritueel, goddelijk, of transcendent wezen (of wezens) en in staat is om krachtige, diepgaande stemmingen en motivaties op te wekken.

Religieus gedrag

Als we de onderzoeksliteratuur doornemen, moeten we vaststellen dat religie heel vaak gereduceerd wordt tot een eenvoudige gedragsvariabele. Onderzoekers meten dan religie door bijvoorbeeld de frequentie van kerkgang of bidden na te gaan. Religie is niet enkel te reduceren tot religieus gedrag, maar het bevat cognitieve, emotionele, motivationele en gedragsmatige aspecten.

Als we religie op een correcte en betrouwbare manier willen meten, moeten we ook rekening houden met de verschillende componenten in het concept. Batson, Schoenrade & Ventis (1993) geven aan dat het belangrijk is een





onderscheid te maken tussen enerzijds *religieus gedrag* en anderzijds *religieuze attitudes*.

Religieus gedrag betreft dan activiteiten die mensen ondernemen of handelingen die ze stellen zoals een kerkdienst bijwonen, bidden, een religieus tijdschrift lezen of een bijbelstudie volgen. Religieuze attitudes peilen naar de onderliggende houdingen of motivaties die mensen hebben met betrekking tot religie.

We kunnen veronderstellen dat religieuze attitudes stabielere en minder oppervlakkige indicatoren van religie zijn dan religieus gedrag. Gedrag wordt makkelijker en sneller beïnvloed door andere, storende factoren. Zo kan iemand naar de kerk gaan omwille van niet-religieuze redenen zoals mensen ontmoeten, of een sociaal netwerk uitbouwen. Anderzijds is het mogelijk dat sommige gelovigen niet in de mogelijkheid zijn om een kerkdienst bij te wonen omwille van, bijvoorbeeld, een zwakke gezondheid. Als we ervan uitgaan dat religieuze attitudes dieperliggende aspecten van religie zijn die minder makkelijk door externe factoren beïnvloed worden, zullen deze aspecten waarschijnlijk ook belangrijker zijn voor het psychisch functioneren van personen.

Vier religieuze attitudes

Een mogelijk model om religieuze attitudes te meten (Hutsebaut 1996; Wulff 1997) gaat ervan uit dat de mogelijke houdingen ten opzichte van religie beschreven kunnen worden door middel van twee dimensies. De *Exclusie versus Inclusie* van *Transcendentie*-dimensie beschrijft of individuen open staan voor de aanwezigheid van een transcendente werkelijkheid. De *Letterlijke versus Symbolische*-dimensie geeft aan

op welke manier iemand religie benadert en of hij religie eerder letterlijk dan wel symbolisch interpreteert. Personen met een letterlijke houding kenmerken zich door een eerder dogmatische en rigide houding ten opzichte van religie. Personen met een symbolische houding kenmerken zich door kritische reflectie en een eerder persoonlijke interpretatie van geloofsinhouden.

Door het gebruik van de twee assen (*Inclusie versus Exclusie* en *Letterlijk versus Symbolisch*) wordt er een onderscheid gemaakt tussen *religieus zijn op zich* en de *manier waarop* mensen religieuze boodschappen interpreteren. Deze twee dimensies definiëren vier religieuze

Dat je eigen leven eindig is resulteert voor velen in negatieve gevoelens

attitudes *Letterlijke Inclusie*, *Letterlijke Exclusie*, *Symbolische Inclusie* en *Symbolische Exclusie*.

De attitude *Letterlijke Inclusie* houdt een letterlijke aanvaarding van de religieuze traditie in, een letterlijk lezen van religieuze teksten, en een volgzaam, dogmatische en eerder rigide houding ten opzichte van geloofsinhouden. Het gaat om een gesloten denksysteem met een onveranderlijke, persoonlijke God waarbij het geloof als een absolute zekerheid wordt benaderd.

Ook binnen de attitude *Letterlijke Exclusie* wordt een letterlijke benadering van de religieuze taal en werkelijkheid verondersteld. Individen die zich hier bevinden, verwerpen echter de mogelijkheid van een transcendente realiteit. Deze attitude stelt dat hetgeen religieuze tradities verkondigen





wetenschappelijk onmogelijk is, en verwerpt daarom de mogelijkheid van een religieuze realiteit. Ze kenmerkt zich door sterke kritiek op geloofsovertuigingen en religie op basis van een positief-wetenschappelijke benadering. Bijbelteksten worden binnen deze attitude letterlijk gelezen en afgewezen wegens wetenschappelijk onhoudbaar en onderling in tegenstrijd.

De attitude Symbolische Inclusie geeft aan dat het individu de religieuze realiteit bevestigt op een symbolische manier. Het gaat om geloof na een periode van kritische reflectie en houdt een persoonlijke interpretatie van geloofsinhouden in. Geloven is hierbij een zoektocht, waarbij kritische vragen niet uit de weg worden gegaan.

Wat betreft de attitude Symbolische Exclusie gaan individuen ook op een symbolische manier om met religie, maar dit resulteert in een verwerpen van de mogelijkheid van een transcendente realiteit. Deze personen zien geloof als maar één manier om met existentiële kwesties om te gaan. Er is sprake van een persoonlijke zingeving maar de referentie naar religie is niet noodzakelijk. Er is geen persoonlijk godsgeloof en uitspraken over God worden vanuit een relativistisch perspectief bekeken. Ieder zingevingssysteem wordt in deze attitude gezien als een menselijke interpretatie bepaald door de tijd en de cultuur waarin ze beleefd wordt.

Een voordeel van dit model, en het bijhorende instrument (PCBS, Post-Kritische Geloofsschaal, Hutsebaut 1996), is dat het zowel voor gelovigen als voor ongelovigen zinvol kan ingevuld worden. Op die manier sluit

het instrument beter aan bij bijvoorbeeld de religieuze context in België.

Multidimensionaliteit van geestelijke gezondheid

Gedurende lange tijd werd de betekenis van geestelijke gezondheid vooral negatief gedefinieerd, namelijk als de afwezigheid van pathologie of psychiatrische stoornissen. Een aantal jaar geleden kwam er onder invloed van de positieve psychologie steeds meer interesse voor de positieve kant van geestelijke gezondheid (Kahneman, Diener & Schwartz 1999). De positieve psychologie baseert zich op de twintigste-eeuwse humanistische psychologie met focus op groei en ontwikkeling. Geestelijke gezondheid beperkt zich nu niet langer tot de afwezigheid van pathologie (zoals depressieve gevoelens of angstgevoelens), maar bevat ook de aanwezigheid van welbevinden (levenstevredenheid en geluk), en levenskwaliteit.

Naast dit eerder klinisch-psychologisch perspectief op geestelijke gezondheid kunnen we ook een existentieel perspectief hanteren. We focussen ons dan op aspecten van existentiële stress en existentieel welbevinden. Een existentiële topic die speelt in het leven van iedere mens en bovendien vaak gelinkt is aan stress, is het omgaan met de eigen finaliteit en het besef van het eigen sterven. Omgaan met het gegeven dat je eigen leven eindig is en je op een zeker ogenblik zult sterven, resulteert voor velen in negatieve gevoelens zoals onzekerheid, angst en verdriet.

Maar ook in dit omgaan met het eigen





sterven kunnen we een positieve en een negatieve dimensie onderscheiden (Gesser, Wong & Reker 1987). Het positieve aspect refereert aan het aanvaarden van de eigen finaliteit. Dit kan verschillende vormen aannemen, zoals de overtuiging dat er een leven na de dood is, wat in heel wat religieuze tradities wordt uitgewerkt, of het aannemen dat het sterven een eindpunt is in een natuurlijk proces. Het negatieve aspect refereert vooral aan vrees voor de dood. Dit kan bestaan uit angstige gevoelens rond de eigen mortaliteit, maar ook uit het verdringen of vermijden van denken aan de eigen finaliteit. Gezien de complexiteit en de multidimensionaliteit van het construct 'geestelijke gezondheid' is het belangrijk om in onderzoek de verschillende aspecten op te nemen.

Zijn er verbanden?

Empirisch, hoofdzakelijk Amerikaans, onderzoek lijkt te wijzen in de richting van een positief verband tussen religie en geestelijke gezondheid (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Zo geven Koenig en collega's (2001) aan dat religie samenhangt met meer welbevinden, minder depressieve symptomen en minder angstgevoelens. Een grondige studie van de literatuur toont nochtans dat een duidelijke consensus nog steeds afwezig is. Dit gebrek aan duidelijkheid hangt deels samen met het gebrek aan een eenduidige definitie van religie en het gebruik van verschillende instrumenten om religie te meten. Daarenboven bekijken heel wat studies religie nog steeds als een unidimensioneel construct en gebruiken enkel eenvoudige indicatoren die vooral peilen naar

religieus gedrag (zoals kerkgang of frequentie van bidden).

Om hieraan tegemoet te komen, hebben de recente studies in Vlaanderen (Dezutter, Soenens & Hutsebaut 2006; Dezutter et al. 2009; Dezutter, Luyckx & Hutsebaut 2009; Dezutter, Luyckx, Büssing & Hutsebaut 2009) zich niet enkel gefocust op het religieus zijn op zich, maar ook op de religieuze denkstijl. Hierdoor ontstaat een meer gedifferentieerd beeld en lijken onze onderzoeksresultaten de conclusies van sommige Amerikaanse studies te nuanceren.

In de Vlaamse bevindingen blijkt vooral de religieuze denkstijl belangrijk te zijn voor de geestelijke gezondheid. Vooral een letterlijke denkstijl lijkt samen te hangen met een minder goede geestelijke gezondheid, maar

Vooraf religieuze denkstijl blijkt van belang voor de geestelijke gezondheid

dit geldt zowel voor gelovigen (Letterlijke Inclusie) als voor ongelovigen (Letterlijke Exclusie). Beide letterlijke attitudes hangen in een steekproef van volwassen Belgen samen met meer depressie, angst, chronische schuld en schaamte, en met minder zelfvertrouwen, levenstevredenheid en geluk (Dezutter, Soenens & Hutsebaut 2006).

Ook het existentiële thema van het eigen sterven lijkt geassocieerd met de religieuze cognitieve stijl. We zien een parallele trend, namelijk zowel letterlijk gelovigen als letterlijk ongelovigen vertonen hogere niveaus van angst voor de dood en hebben sterker de neiging om gedachten aan de dood te vermijden in





vergelijking met symbolische denkers. Deze verbanden zijn terug te vinden in verschillende levensfasen, zowel bij adolescenten als bij volwassenen (Dezutter, Luyckx & Hutsebaut 2009; Dezutter et al. 2009). De resultaten wijzen erop dat de manier waarop je omgaat met religie belangrijker is voor je geestelijke gezondheid en je welbevinden dan het louter gelovig of ongelovig zijn op zich.

Interessant is bovendien dat deze resultaten aantonen dat men zich niet alleen dient af te vragen welke vormen van religieus *geloof* samenhangen met geestelijke gezondheid, maar ook welke vormen van religieus *ongeloof* samenhangen met geestelijke gezondheid. Terwijl het Amerikaanse onderzoek zich hoofdzakelijk focust op de vraag welke types van geloof verband houden met een goed of minder goede gezondheid, toont het gebruik van de PCBS dat het ook belangrijk is om naar de types van ongelooft te peilen. Daarbij lijkt vooral een letterlijke houding verband te houden met een minder goede geestelijke gezondheid, maar is het omgekeerde niet het geval voor symbolische denkers. Een symbolische denkstijl hangt in deze groepen niet samen

Bij langdurige pijn

Maar doen deze verbanden zich altijd voor of zijn er situaties die de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid beïnvloeden? Zo wordt er bijvoorbeeld, zowel in de populaire media als in de wetenschappelijke literatuur, vaak verwezen naar het idee dat religie pas relevant wordt in tijden van nood (bijvoorbeeld Goodstein 2001; Gunn 2007). Men denkt dan aan kerken die volliepen na 'elf september',

pelgrimstochten naar Lourdes om genezing te verkrijgen, bidden in tijden van crisis.

Om na te gaan of religie een rol speelt als mensen geconfronteerd worden met stressvolle situaties, werkten we samen met pijnverenigingen (Vlaamse Pijnliga, 't Lichtpuntje). We gaan er namelijk van uit dat een gezondheidsgerelateerde stressor een belangrijke invloed heeft op het welbevinden van de patiënt. Chronische pijn kenmerkt zich dan nog eens door een langdurige stressvolle toestand met een onvoorspelbare uitkomst en een beperkte controleerbaarheid. De vraag dringt zich dan op of religieuze attitudes een ander of sterker verband met geestelijke gezondheid zullen vertonen in deze specifieke situatie van langdurige pijn.

De verbanden blijken in deze groep inderdaad gedeeltelijk anders te zijn. Enerzijds ziet men dezelfde negatieve invloed verschijnen van een letterlijke denkstijl, maar anderzijds lijkt in deze groep een symbolische denkstijl wel een positieve factor te zijn voor het welbevinden. Zowel symbolisch gelovige pijnpatiënten als symbolisch ongelovige pijnpatiënten voelen zich gelukkiger en meer tevreden in hun leven dan hun letterlijkdenkende medepatiënten (Dezutter, Luyckx, Büssing & Hutsebaut 2009).

Religieuze denkstijl of hogere cognitieve factor?

Een vraag die zich ongetwijfeld opdringt is of de religieuze cognitieve attitudes gemeten met de PCBS, zich enkel beperken tot het religieuze domein of dat het om een hogere (orde) cognitieve factor gaat die zich ook in ►





andere levensdomeinen manifesteert. Men zou zich kunnen afvragen of de dimensie Letterlijk-Symbolisch niet eerder een algemene denkstijl is die door de betrokkene ook in andere dan religieuze situaties zal gebruikt worden. Het zou dan kunnen gaan om een factor vergelijkbaar met de Need for Closure-factor.

Studies tonen inderdaad aan dat de Letterlijk-Symbolische dimensie de belangrijkste voorspeller is voor psychisch functioneren, terwijl de openheid voor het transcendente (dus het al dan niet gelovig zijn op zich) een meer marginale rol speelt. Dit geldt niet enkel voor het *intrapersoonlijk* functioneren waartoe de

***Hoe je omgaat met religie
is van meer invloed
dan het (on)gelovig zijn op zich***

geestelijke gezondheid behoort, maar ook voor het *interpersoonlijk* functioneren. Zo toonden verscheidene studies aan dat de Letterlijk-Symbolische dimensie een sterk verband houdt met vooroordelen, discriminatie en racisme (Duriez & Hutsebaut, in press). Anderzijds bleek uit de studies rond doodsattitudes (Dezutter et al. 2009) dat net de specifieke religieuze attitudes (dus de combinatie van een positie op de Letterlijk-Symbolische dimensie met een positie op de Inclusie-Exclusie van Transcendentie) samenhang vertoonde met een specifieke houding ten opzichte van de dood.

Om deze vraag adequaat te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk verder onderzoek te doen. Hierbij zouden zowel specifieke religieuze attitudes als meer algemene

cognitieve factoren mee opgenomen moeten worden in de onderzoeksopzet. Op die manier kan men besluiten of het enkel een hogere cognitieve factor is die verband houdt met geestelijke gezondheid of dat de religieuze component daadwerkelijk een rol speelt.

Conclusie

De vraag naar het verband tussen religie en geestelijke gezondheid is eeuwenoud maar ook springlevend en houdt nog steeds velen – zowel onderzoeksmatig als praktijkgerelateerd – bezig. Recent onderzoek toont aan dat het noodzakelijk is om religie te definiëren en te meten op een adequate manier, dat wil zeggen, aangepast aan de maatschappelijke context. In westerse geseculariseerde maatschappijen is het belangrijk niet enkel rekening te houden met het gelovig zijn of niet, maar ook met de manier waarop een mogelijke religieuze realiteit benaderd wordt. Vlaams onderzoek toont dat vooral een letterlijke religieuze denkstijl samenhangt met een minder goede geestelijke gezondheid. Hierbij rijst dan wel de vraag of het vooral een algemene cognitieve factor is die in dit verband een rol speelt, dan wel een specifieke religieuze attitude. Verder onderzoek moet hierover duidelijkheid brengen. ◀

Literatuur

- Batson, C., Schoenrade, P. & Ventis, W. (1993). *Religion and the Individual: A Social-psychological Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Dezutter, J., Luyckx, K., Büssing, A., & Dirk Hutsebaut, D. (2009). The role of religion in the subjective well-being of chronic pain patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39, 393-404.
- Dezutter, J., Luyckx, K. & Hutsebaut, D. (2009). Are you afraid to die? Religion and death attitudes in an

< *Engel op de Grote Markt in Zwolle. Foto: René Rosmolen*



- adolescent sample. *Journal of Psychology and Theology*, 37, 163-173.
- Dezutter, J., Soenens, B. & Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40, 807-818.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B. & Hutsebaut, D. (2009). The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies*, 33, 73-92.
- Duriez, B. & Hutsebaut, D. (in press). A slow and easy introduction to the Post-Critical Belief Scale: Internal structure and external relationships. In: D.M. Wulff (ed.). *Handbook of Psychology of Religion*. New York: Oxford University Press.
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A.E. Bergin's 'Psychotherapy and religious values'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 635-639.
- Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. Leipzig: Internationaler psychoanalytischer Verl.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Gesser, G., Wong, P. & Reker, G. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile. *Omega*, 18, 113-128.
- Goodstein, L. (2001). As attacks' impact recedes, a return to religion as usual. *The New York Times*, November 26.
- Gunn, F. (2007). Spiritual issues in the aftermath of disaster. *Southern Medical Journal*, 100, 936-937.
- Heeswijk, A. van (2009). *Inbreken in een leegte*. Tilburg: KSGV.
- Hutsebaut, D. (1996). Post-Critical Belief: A New Approach of the Religious Attitude Problem. *Journal of Empirical Theology*, 9, 48-66.
- Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundation of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: University Press.
- Larson, D., Swyers, J. & McCullough, M. (1997). *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*. Rockville, Md.: National Institute for Healthcare Research.
- Peteet, J. (2010). *Christianity and Psychiatry*. In: P. Verhagen, H. van Praag, J. Lopez-Ibor, J. Cox & D. Moussaoui (eds). *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. Oxford: Wiley-Blackwell, 105-118.
- Shafranske, E. (1997) (ed.). *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Vergote, A. (1987). *Religie, geloof en ongeloof. Psychologische studie* (tweede druk). Kapellen: DNB/Uitgeverij Pelckmans.
- Wulff, D. (1997). *Psychology of Religion: Classic and Contemporary*. New York: Wiley, 1997.
- Jessie (dr. J.) Dezutter is postdoctoraal onderzoeker (Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen) aan het Centrum voor Godsdienstpsychologie (Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen) van de Katholieke Universiteit Leuven.
jessie.dezutter@ppw.kuleuven.be