Religie en spiritualiteit als onderdeel van de behandeling

Inleiding

Dit artikel betreft een literatuurstudie naar de effecten van religieuze en/of spirituele interventies op de behandeling van angst- en stemmingsklachten.
Volgens Post en Wade (2009) vinden religieuze patiënten het passend (63%) en hebben zij (55%) de wens om religie en spiritualiteit te bespreken in therapie. Behandelaren achten zich hiertoe niet altijd deskundig genoeg (Verhagen, 2011). Ook is het effect van spirituele en/of religieuze interventies op de behandeluitkomsten onduidelijk. Wel toont onderzoek verbanden aan tussen religiositeit en angst- en stemmingsklachten (Verhagen & van Megen, 2011). Zo is sprake van een gunstige invloed van intrinsieke religiositeit op het verloop van depressieklachten en het ervaren van angst (Verhagen et *al.*, 2011; Shreve-Neiger & Edelstein, 2004).
De termen spiritualiteit en religie omvatten een brede kijk op het leven en veronderstellen een holistisch perspectief, voortkomend vanuit iemands fundamentele waarden (Glas, 2011). Het begrip spiritualiteit duidt veelal op een hang naar het metafysische, het transcendente, het mystieke, het occulte en mysterieuze: op een behoefte aan het 'hogere' (Zock & Glas, 2001; Koenig, King & Carson, 2012). Dit kan religieus en niet-religieus worden vormgegeven. Het begrip religie duidt op een systeem van overtuigingen en praktijken gericht op het transcendente, wat één God of meerdere goden kan zijn (Koenig *et al.*, 2012).
Het doel van deze literatuurstudie is een inventarisatie van de effecten van religieuze en spirituele interventies bij patiënten met angst- en/of stemmingsstoornissen. De literatuurstudie richt zich op zowel religieuze als spirituele interventies, omdat hier in wetenschappelijk onderzoek geen universele definities gehanteerd voor worden (Consalves, Lucchetti, Menezes & Vallada, 2015).
Samenvattend wordt gesteld dat religie en spiritualiteit van belang kunnen zijn bij angst- en stemmingsklachten. De effecten van religieuze of spirituele interventies zijn echter onvoldoende duidelijk. Ken-

nis hierover zou behandelaren kunnen ondersteunen in het gebruik maken van de positieve invloed van religie/spiritualiteit. Ook krijgen behandelaren meer inzicht in de negatieve invloed van religie en spiritualiteit (Koenig, 1998; Van Uden & Pieper, 2005).
De hoofdvraag luidt daarom:
Wat zijn de effecten van spirituele en religieuze interventies op de symptomen en andere behandeluitkomsten bij de behandeling van mensen met een angst- en/of stemmingsstoornis die behoefte hebben aan dergelijke interventies?
Deelvragen:
Welke religieuze of spirituele interventies worden gebruikt en zijn deze toepasbaar in de praktijk?
Geeft de mate van religieus/spiritueel zijn een verschil in behandelresultaat?

Methode

Voor dit literatuuronderzoek zijn de databases MEDLINE en PsycInfo geraadpleegd. In beide databases is gezocht met de zoektermen zoals weergegeven in tabel 1.
De zoektermen hebben 175 resultaten opgeleverd. Na de exclusie van alle resultaten gepubliceerd vóór 2010, werden de overige 110 hits gescreend op titel en abstract. Geïncludeerd werden alle artikelen die voldeden aan de criteria zoals omschreven in tabel 2.
De kwaliteit van de geïncludeerde artikelen is beoordeeld met de RCT-checklist en prognosechecklist van Scholten en Offringa (2013). Daarbij is gelet op de volgende aspecten: algemene informatie (auteur, publicatiejaar), studiemethode (design, doel), participanten (beschrijving, leeftijd, geslacht, etniciteit, religie, klachten), interventies (kenmerken), uitkomsten (resultaten, methode van verkrijgen, follow up), resultaten (alle gerapporteerde metingen, subgroep analyses, resultaten van verschillende meetinstrumenten), biasrisico (uitvalpercentage, gebruik van controlegroep, randomisatie) en de toepasbaarheid van de resultaten op de eigen doelgroep.

Resultaten

De resultaten zijn opgenomen in een evidentietabel.

Zijn er verschillen in symptomen en behandeluitkomsten tussen de groepen met en zonder religieuze en spirituele interventies?

Onderzoek toonde aan dat *Religious Integrated Cognitive Behavioral Therapy* (RCBT) en *Standard Cognitive Behavioral Therapy* (SCBT) het

Tabel 1
Zoektermen

	(AND)	Zoektermen (MESH) (OR)
P(atiënt)	patiënten met een angst- en/of stemmingsstoornis	Depression, depressive disorder, affective disorder, anxiety disorder, anxiety, depressive symptoms, anxiety symptoms
I(ntervention)	religie/spiritualiteit in de behandeling	Religious beliefs, religion, spirituality
C(omparison)	reguliere behandelingen	
O(utcome)	symptomen en behandeluitkomsten	Treatment effectiveness, treatment outcome

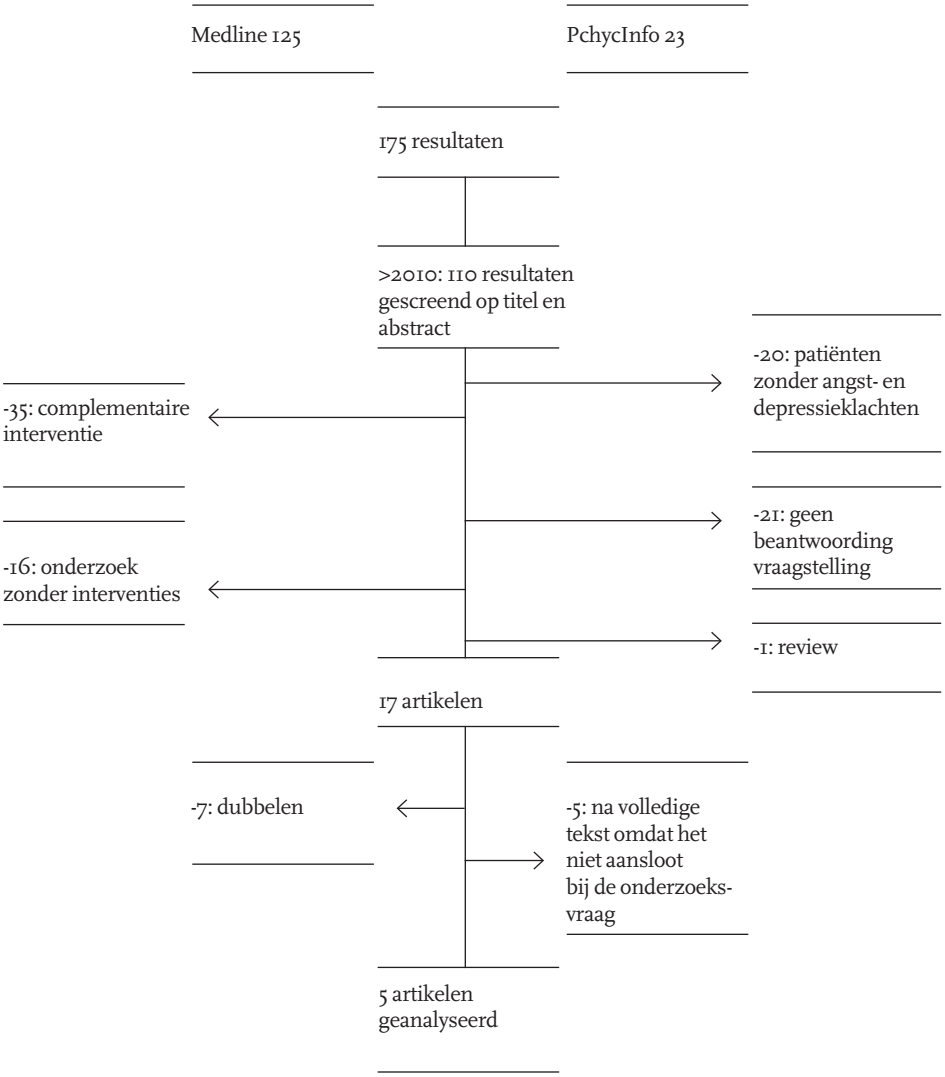
Tabel 2
In- en exlusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Patiënten met angst- of stemmingsstoornissen Religieuze/spirituele toegepaste interventies Primaire bron Vergelijkend onderzoek	Complementaire interventie zonder dat sprake hoeft te zijn van spiritualiteit of religiositeit (massage, kruiden, etherische oliën) Yoga Onderzoek dat geen interventies onderzoekt Publicatiedatum <2010

optimisme van patiënten in dezelfde mate verhogen (Koenig, Pearce, Nelson & Daher, 2015). In dit onderzoek zijn geen verschillen in symptomen en behandeluitkomsten tussen beide groepen gemeten. Dit in tegenstelling tot de vier andere onderzoeken.

De *Spiritual Integrated Therapy* groep (SIT) toonde een grotere reductie van stress, zorgen, depressie en onzekerheden vergeleken met de controlegroepen (Rosmarin, Pargament, Pirutinsky, & Mahony, 2010). Beperkingen van dit onderzoek zijn zelfrapportage (geen klinische blik) en het aantal afvallers (randomized n = 261, follow-up n = 96). De *Multifaith Spiritually Based Intervention* (SBI) kende vergeleken met *Supportive Psychotherapy* (SP) een grotere daling van gevoelens van

Model zoekstrategie



angst, ernst van de stoornis, bezorgdheid en onzekerheid (Koszycki, Bilodeau, Raab-Mayo & Bradweijn, 2014). SBIEN SP waren gelijkend effectief in het verbeteren van sociale contacten, angst voor somatische klachten en depressie. Het onderzoek naar de SBI heeft een beperkte interne validiteit door selectiebias, de kleine steekproef (n = 23), het risico op sociaal wenselijk gedrag en de oververtegenwoordiging van vrouwen.

Onderzoek (n = 100) naar de *Existential Dynamic Therapie* (VITA) laat

twee keer zoveel verbetering zien als *Treatment As Usual* (TAU) in depressie, algemene symptomen en interpersoonlijk functioneren (Stallset, Gude, Ronnestad & Monsen, 2012).
Building Spiritual Strength (BSS) reduceert de symptomen van PTSS (Harris *et al.*, 2011). Het effect van BSS kan echter ook verklaard worden door therapeutische aandacht of lotgenotencontact.

Welke religieuze of spirituele interventies worden gebruikt en zijn deze toepasbaar in de praktijk?

Onduidelijk is hoe toepasbaar de interventies zijn voor behandelaren. In de onderzoeken werden de interventies toegepast door de onderzoekers (Rosmarin et al., 2010; Stallset *et al.*, 2012), door behandelaren met ervaring in het toepassen van religieuze interventies (Koenig *et al.*, 2015) of door getrainde en gesuperviseerde behandelaren (Harris *et al.*, 2011).

De religieuze en spirituele interventies die zijn toegepast zijn divers. Zo is in RCBT de rationale voor gedragsverandering en het uitdagen van negatieve cognities gericht op de religieuze overtuigingen van de participant (Koenig *et al.*, 2015). Bij SIT wordt gebruik gemaakt van verhalen uit joodse bronnen, volksverhalen, anekdotes, woorden uit Joodse sages en van Joodse onderwijzers en spirituele oefeningen waarbij participanten zich voorstellen hoe God betrokken is bij hun leven. Het doel van SIT is het vergroten van vertrouwen en het bekrachtigen van het perspectief dat God alwetend, machtig, vriendelijk en liefdevol is (Rosmarin *et al.*, 2010). De interventies in de SBI zijn gericht op contemplatie, vergeving, mindfulness, onthechting, het heilige zien, een hoger doel, ethisch leven, anderen dienen en het ontwikkelen van spirituele intelligentie (Koszicky *et al.*, 2014). Het doel van de SBI is het ontwikkelen van vriendelijkheid, liefde, plezier, vrede, visie, wijsheid en het vermogen om te delen.
De VITA gebruikt dagboeken, meditatie, mindfulness, schilderen (van jezelf ouders en God), de narratieve benadering en meta-reflectiegroepen over universele zorgen (Stallset *et al.*, 2012). De BSS is gericht op het inzetten van geloof bij het omgaan met trauma en gebruikt hiervoor theologische discussies rondom het kwaad in de wereld, het gebed, meditatie, actieve spirituele coping, vergeving en conflicthantering (Harris *et al.*, 2011).

Geeft de mate van religieus zijn een verschil in behandelresultaat?

Drie van de onderzoeken geven antwoord op deze deelvraag, waarvan twee onderzoeken een verschil in behandelresultaat laten zien. In het onderzoek van Koenig *et al.* (2015) waren meer religieuze partici-

Auteur/ land/jaar	Kenmerken populatie	Design/ Niveau	Follow-up periode	N	Experimentele interventie	Controle interventie
Koenig *et al.*, 2015 vs	Depressie Chronische medische aandoening	RCT (A)	0 12 24 weken	132	RCBT	SCBT
Stallset *et al.*, 2012 Noorwegen	Behandel resistente depressie Cluster C	Naturalistic effectiveness studie (quasi experimenteel) (C)	Pre-Post-Treatment 1 year follow-up	100	VITA	TAU
Koszycki *et al.*, 2011 Canada	Gegeneraliseerde angststoornis	Pilot RCT (B)	Pre-Post-Treatment 3 month follow-up	23	SBI	SP
Harris *et al.*, 2011 vs	Militairen met trauma. 65% heeft PTSS (33 protestant, 12 katholiek, 9 anders)	Quasi experimenteel (C)	Pre-Post Treatment	54	BSS (n = 26)	Wachtlijstgroep (n = 28)
Rosmarin *et al.*, 2010 vs	Religieuze Joodse individuen met stress en zorgen	RCT (B)	Pre-Post Treatment Follow-up (6-8 weken)	125	SIT	Progressive muscle relaxation/ wachtlijstgroep

N = aantallen, B = regressiecoëfficent, *t* = t-toets, *p* = significatieniveau, *d* = cohens'd, df = variatieanalyse

Meet-instrumenten	Resultaten
Life Orientation Test-revised (LOT-R) Duke Religion Index BDI-II Duke Activity Status Index (DASI) Culmulative Illnes Rate Scale (CIRS) Charlson Comorbidity Index (CCI)	RCBT en SCBT hadden beiden effect op optimisme (RCBT T1 is 20.6 en T3 26,88, SCBT T1 is 20,6 en T3 is 25,6, B = -0.75, t = -1,33 en p = .185). Een hogere reliogiositeit bij baseline voorspelde een sterkere groei van optimisme (B = 0.07, df = 159, t = 4.12, p = <.0001). Groter optimisme op baseline voorspelde een sterkere daling van depressieve symptomen (B = -0.61, t = 6.30, p = <.0001).
Symptom checklist 90 (SLC-90) Global Severity Index (GSI) BDI Inventory of Interpersonal Problems (IIP)	De VITA had op alle meetmomenten meer effect. Het verschil tussen TAU en VITA is het grootst tussen T1 en T3 (TAU T1 is 1.28, 29,06 en 1.62 naar T3 is 1.08, 16,74 en 1.47. VITA T1 is 1.27, 22.32, 1.67 naar T3 is .57, 8.64, .99 voor SCL 90, BDI en IPP, p = <.0001). De effectgroottes voor VITA zijn groot (1,47, 1.80, 1.11 voor SCL-90, BDI en IIP) en voor TAU klein (.36, .34, .27 voor SCL-90, BDI en IIP).
Structured Clinical Interview for DSM-IV Patiënt Version (SCID-P) Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) Clinical Global Impression Severity Scala (GSI-S) Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Beck Anxiety Inventory (BAI) BDI-II Intolerance of Uncertainty Scale-Self Report Version (SAS-SR) Daily Spiritual Experience Scale (DSES) Age Universal Intrinsic-Extrinsic Scale (Age Univeral I-E)	De SBI gaf betere resultaten dan SP op niveau van angst, ernst van de ziekte, bezorgdheid en omgaan met onzekerheid. De effectgrootte tussen de groepen verschilde sterk (PSWQ, 47,7 versus 58.0, p = .034, Cohen's d = 0.87 en BAI 5.3 versus 12.6, p = .009 en en d = 1.35, HAM-A 4.7 versus 9.4, p = .055, d = 0.99, CGI-S 1.4 versus 2.3 p = .056, d = 0.87). De scores van IUS, BDI-II en SAS-R toonden geen verschillen. De DSES-eindmeting was het hoogst bij SBI met een grote between-group effectsize (52.6 versus 37.4, p = .01, d = 1.04). De scores op de intrinsieke-extrinsieke schaal tonen geen significante verschillen.
Traumatic Life Events Qustionnaire (TLEQ) PTSD checklist PLC	Bss-participanten hadden een afname van 11% in PTSD-klachten (PCL 41.35 naar 37.00, p = <.001). De controlegroep nam na ht experiment deel aan BSS waarbij PTSD-klachten significant afnamen (PCL naar 50.3 naar 42.27, p = .01).
Life Change Events subscale from the Health Daily Living Form Perceived Stress Scale (PSS) PSWQ Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12) Trust in God (TIG) Mistrust in God (MIG) Jewish religion coping (JCOPE) Treatment Credibility Expectancy Questionnaire (CEQ) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	De baselinemetingen zijn vergelijkbaar. Op T3 heeft SIT een lager niveau van stress (26.1, p = <.01) dan WLC (29,4). Bezorgdheid is lager bij SIT (52.4, p = <.001) en PMR (57,8, p = <.05) versus WLC (T3 18.7 versus 23.9, p = <.05). SIT heeft een lager level van wantrouwen naar God dan PMR (4.2 versus 8.5, p = <.05) en een hoger niveau van positieve religieuze coping (43.5 versus 41.4, p = <.01) dan WLC. Depressieve gevoelens zijn bij SIT het sterkst gedaald (T1 27.4 en T3 21.3 versus PMR T3 22.2 en WLC 22.9, p = <.001), evenals negatieve religieuze coping (T1 8.7 en T3 7 versus PMR 9.1 en WLC 8.2, p = <.001). Er was geen verschil in uitkomst tussen orthodoxe en niet-orthodoxe participanten.

panten optimistischer op de baseline en deze maakten een grotere groei door dan minder religieuze participanten. In het onderzoek van Stallset *et al.* (2012) werden de participanten van VITA vooraf gescreend op openheid en bereidheid om existentiële en religieuze thema's te bespreken, wat werd nagelaten bij de TAU. Dit kan een deel van het succes verklaren en de resultaten hebben vertekend. Bergin, Reinolds en Sullivan (1991) stellen dat intrinsiek religieuze patiënten meer open staan voor verandering en doorgaans geestelijk gezonder zijn. Het onderzoek zonder verschil in uitkomsten was van Rosmarin et al. (2010) onder orthodoxe en niet-orthodoxe joden.

Discussie

Het antwoord op de onderzoeksvraag is dat in vier van de vijf bestudeerde artikelen de religieuze of spirituele interventies, in de behandeling van patiënten met een angst- en/of stemmingsstoornis, zorgen voor een verschil in symptomen en behandeluitkomsten vergeleken met een reguliere behandeling of wachtlijstgroep. Dit verschil in behandeluitkomsten en symptomen kan ook verklaard worden door de houding van de participanten, het lotgenotencontact en de therapeutische aandacht. Het onderzoeksdesign van Koenig *et al.* (2015) is sterk (n = 132, RCT), maar toont geen verschil in behandeluitkomst. Dit komt overeen met eerdere onderzoeken naar RCBT (Worthington, Kurusu, McCullough & Sandage, 1996). Religieuze en spirituele interventies lijken minstens even effectief als reguliere interventies bij patiënten met angst- en stemmingsklachten. Eerder onderzoek ondersteunt dit resultaat (Paukert, Philips, Culley, Romero & Stanley, 2011).

Deze literatuurstudie draagt niet bij aan een oplossing voor het probleem dat behandelaren zichzelf niet deskundig genoeg achten. De resultaten zijn namelijk moeilijk te interpreteren door de diversiteit in religieuze achtergronden, de diversiteit in therapieën en de multidimensionaliteit van religie en spiritualiteit (Roberts *et al.*, 2011; Glas, 2011). Daarnaast botsen de onderzoeken met de sociale werkelijkheid. Het zijn experimenten waarin behandelaren zijn getraind in het toepassen van religieuze en spirituele interventies. Ook is de generaliseerbaarheid naar de Nederlandse cultuur en naar klinische populaties klein. Dit, omdat alleen buitenlandse studies zijn geïncludeerd en de onderzoeken niet bij de klinische populatie plaatsvonden.
De resultaten van deze literatuurstudie lijken klinisch relevant, want religie en spiritualiteit kunnen onderdeel zijn van een ggz-behandeling. De klinische toepasbaarheid van de onderzochte interventies lijkt echter klein. Of religieuze en/of ¬spirituele interventies in de praktijk worden toegepast hangt namelijk af van de religiositeit van

de patiënt, de religieuze en theoretische oriëntatie van de behandelaar (Worthington *et al.*, 1996; Krikilon, 2008) en het spirituele bewustzijn van de behandelaar (Post *et al.*, 2009). Zo geloven therapeuten minder in God dan de gemiddelde Nederlander, bezoeken ze minder vaak een kerkdienst, geloven ze minder in het bestaan van een transcendente werkelijkheid en hebben ze minder vaak religieuze ervaringen (Pieper & van Uden, 2005). Behandelaren kunnen tevens de overtuiging hebben dat interventies gericht op spirituele en religieuze aspecten te zeer een aanspraak doen op de eigen levensbeschouwing (Verhagen, 2011). Het kan ook voorkomen dat patiënten de levensbeschouwing van hun behandelaar niet acceptabel vinden (Keatin & Frets, 1990). Over het algemeen staan patiënten er echter voor open religie en spiritualiteit te bespreken en ze verwachten dat de behandelaar dit mogelijk maakt (Post et al., 2009).

Conclusie

Religieuze en spirituele interventies in therapie lijken passend te kunnen zijn voor patiënten met een angst- of stemmingsstoornis die behoefte hebben aan een dergelijke interventie. Om in de behandelrelatie te komen tot een gezamenlijk besluit over het toepassen hiervan, zou de behandelaar met de patiënt in gesprek kunnen gaan over levensbeschouwing en existentiële thema's als hoop, troost, bestemming, zin of lijden. Daarom is de aanbeveling om de rol van levensbeschouwing en existentiële aspecten binnen de behandelrelatie te onderzoeken.

Literatuur

Bergin, A.E., Reynolds, E.M., & Sullivan, C.E. (1991). Religious lifestyles and mental health: a follow up studie. *Counseling and values*, 35, 211-224.

Glas, G. (2011). Religious and spiritual issues in anxiety and adjustment disorders. In: Peteet, J.R., Lu, F.G., Narrow, W.E. (eds.). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, pp. 79-95.

Goncalves, J.P.B., 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, 2937-2949.

Harris, J.I., Erbes, C.R., Engdaahl, B.E., Thuras, P., Murray, N.M., Grace, D., Ogden, H., Olson. R.H.A., Winskowsi, A.M., Bacon, R., Malec., & Campion, K., Le, T. (2011). The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1-14.

Krikilon, W. (2008). Religie en spiritualiteit als uitdaging in de GGZ: handvatten voor de praktijk. *Psychopraxis*, 10, 252-256.

Koenig, H., King, D. & Carson, V.B. (editors). (2012). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.

Koenig, H.G., Pearce, M.J., Nelson, B., & Daher, N.S. (2015). Effects of religious versus standard cognitive-behavioral therapy on optimism in persons with major depression and chronic medical illness. *Depression and anxiety*, 32, 835-842.

Koszycki, D., Bilodeau, C., Raab-Mayo, K., & Bradweijn, J. (2014). A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 489-509.

Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2005). *Verpleegkundige zorg en spiritualiteit. Professionele aandacht voor levensbeschouwing, religie en zingeving*. Utrecht: Lemma.

Paukert, A.L., Philips, L.L., Culley, J.A., Romero, C., & Stanley, M.A. (2011). Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *J Contemp Psychother* 41, 99–108.

Pieper, J., & van Uden, R. (2005). Religie en coping in de GGZ. *Gedrag & gezondheid*, 33, 144-153.

Post, B.C., & Wade, N.G. (2009). Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *Journal Clinical Psychology*,65,131–146.

Roberts, K. A., & Yamane, D.A. (2011). *Implications of One's Definition of Religion for Conduction Research. Religion in Sociological Perspective*. Thoussand Oaks, California: SAGE publications.

Rosmarin, D.H., Pargament, K.I. ,Pirutinsky, S., & Mahony, A. (2010). A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the internet. Journal of Anxiety Disorders, 24, 799-808.

Scholten R.J.P.M., Offringa M., & Assendelft W.J.J.(red.). (2013). *Inleiding in Evidence-Based Medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Shreve-Neiger, A. K., & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 24, 379-397.

Stallset, G., Gude, T. Ronnestad, M.H., Monsen, J.T. (2012). Existential dynamic therapy (VITA) for treatment-resistant depression with Cluster C disorder: matched comparison to treatment as usual. *Psychotherapy research*, 22, 579-591.

Verhagen, P.J. (red.), & Megen, van H.J.G.M. (2011). *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: de Tijdstroom.

Worthington Jr. E.L. (1986). Religious counseling: A review of published empirical research. *Journal of Counseling and Development*, 64, 421–431.

Worthington Jr. E.L., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., & Sandage, S.J. (1996). Empirical research on religion in counseling: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448–487.

Zock, T.H., & Glas, G. (red). (2001). *Religie in de psychiatrie*. Tilburg: Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid.

Samenvatting
Achtergrond Uit onderzoek blijkt een verband tussen religiositeit en angst- en stemmingsklachten. Intrinsieke religiositeit leidt tot vermindering van klachten. Behandelaren achten zichzelf niet altijd deskundig genoeg om religie en spiritualiteit te betrekken bij de behandeling.
Doel Inzicht in het effect van religieuze en spirituele interventies op patiënten met angst- en/of stemmingsstoornissen.
Methode In de databases MEDLINE en PsycInfo is gezocht naar studies die behandelingen met religieuze en/of spirituele interventies bij patiënten met angst- en of stemmingsklachten vergelijken met reguliere behandelingen.
Resultaten Er zijn vijf onderzoeken gevonden die een bijdrage leveren aan de beantwoording van de vraagstelling. Deze vijf experimentele onderzoeken vergelijken behandelingen met religieuze en/of spirituele interventies met reguliere behandelingen of wachtlijstgroepen.
Conclusie Bij vier van de vijf bestudeerde artikelen zijn er na toepassing van religieuze of spirituele interventies in de behandeling van patiënten met een angst- en/of stemmingsstoornissen minder symptomen en betere behandeluitkomsten dan bij de reguliere behandeling of wachtlijstgroep. De resultaten van deze literatuurstudie lijken klinisch relevant, maar slechts beperkt toepasbaar.