

Het biopsychosociaalspiritueel model (BPSS): pragmatisch en omvattend

MARGREET DE VRIES-SCHOT

SAMENVATTING

De benaming biopsychosociaalspiritueel model (BPSS) is afgeleid van het niet onomstreden maar nog altijd relevante biopsychosociale model van George Engel. Hieraan is een spirituele dimensie toegevoegd. De wenselijkheid van een aanvulling met deze dimensie werd onder meer al bepleit door Paul Tournier en de betekenis van de spirituele dimensie wordt uitgelegd. Met dit uitgebreide en omvattende model worden alle relaties omschreven die een mens kan hebben. Het model is zowel theoretisch functioneel als van praktisch belang voor de hulpverlening.

Trefwoorden: biopsychosociaalspiritueel model, spirituele dimensie, biopsychosociale model.

INLEIDING

Kurt Lewin (1890-1947), een van de grondleggers van de sociale psychologie, zei het al: 'Niets is zo praktisch als een goede theorie'. Vandaar deze bijdrage, die met name een pleidooi zal houden voor het biopsychosociaalspiritueel model, afgekort tot BPSS. Dit model betreft een lang woord, maar in feite is het beschrijven van het menselijk leven in vier dimensies compact.

TOURNIER EN ENGEL

Voor mijn eigen proces in dit opzicht zijn vooral van betekenis geweest: Paul Tournier en George Engel. Paul Tournier, een Zwitserse arts, inspireerde me tijdens mijn middelbare schooltijd toen ik al wist dat ik arts wilde worden en boeken van hem las in Nederlandse vertaling. Tournier signaleerde in 1940 in zijn boek *Médecine de la personne*, dat de hedendaagse benadering van ziekte organisch was en doorgaans naliet de patiënt als een geheel te beschouwen. Dat was toen ook niet een nieuwe gedachte. Sinds het ontstaan van de moderne

wetenschap in de zestiende en zeventiende eeuw is het gangbare mensmodel in de medische wetenschap het biomedische model. In dit model wordt ziekte gereduceerd tot een probleem in biologische processen. In het biomedische model heeft de arts de taak om de verstoorde processen terug te brengen tot hun oorspronkelijke evenwicht. Tournier zag de noodzaak om niet alleen de fysieke aspecten van gezondheid in ogenschouw te nemen, maar ook de psychologische en spirituele dimensies.

Zijn ideeën over het toevoegen van een spirituele dimensie zijn nog steeds geen gemeengoed. Waar de meningen in de huidige tijd doorgaans niet verdeeld over zijn, is dat ieder mens een lichaam heeft evenals een psyche en niet los te zien is van de sociale context.

George Engel (1977), een Amerikaanse psychiater, heeft deze gedachte in een praktische model verwerkt, namelijk in het biopsychosociale model, omdat hij alle drie de aspecten belangrijk vond om rekening mee te houden in de geneeskunde. Hij constateerde dat het mensmodel dat artsen han-

teren mede bepalend is voor wat ze waarnemen als ziekte met de oorzaken daarvan en wat ze niet waarnemen. In het vigerende biomedische model worden, aldus Engel, psychologische en sociale aspecten genegeerd, terwijl ze wel een belangrijk onderdeel vormen van het ziek-zijn. Gedrag en omgeving zijn van invloed op het ontstaan, het verloop en de beleving van ziekte. Dat geldt onder meer voor leefgewoontes en sociale gewoontes, bijvoorbeeld drugs- en alcoholgebruik en eetgewoontes. Omgekeerd beïnvloedt ziekte, of ziek-zijn, ook het psychologisch welzijn en de sociale relaties. Engel heeft het biomedische model daarom uitgebreid met psychologische en sociale aspecten. Dit maakt het mogelijk om ook psychische en sociale aspecten waar te nemen en mee te nemen bij de behandeling van ziekte.

KORTE BESPREKING VAN HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL

Engel gaat uit van het zogeheten systeemdenken, een geheel van interacterende processen. Het biopsychosociale model is als model relatief gemakkelijk te hanteren in theorie en praktijk. Het gaat uit van een complementariteit van verschillende wetenschappen (Van Tilburg, 2005). Het is een synthetische systeembenadering in brede zin (Milders, 1988; Milders & Van Tilburg, 1988), waarbij de persoon als targetsysteem ook wordt beschouwd als een subsysteem in diverse suprasystemen. De persoon of het individu is het hoogste niveau van de organismische hiërarchie en tegelijkertijd de laagste eenheid van de sociale hiërarchie. In de ontwikkeling van een behandelingsstrategie kan het centrum in de systeemhiërarchie verschuiven van de persoon als targetsysteem naar hogere of lagere niveaus. Ieder systeem in de systeemhiërarchie is zowel een geheel van subsystemen (intrasysteemhiërarchie) als een deel van een geheel van suprasystemen (intersysteemhiërarchie). Dit betekent, dat in de metasysteembenadering iedere causale verklaring niet zozeer een lineair maar veeleer een meerduidelijk, elkaar versterkend dus circulair karakter heeft. De volgorde van de dimensies betreft niet zozeer belangrijkheid, aangezien ieder niveau voor de praktijk onmisbaar is, maar met name een toename in omvattendheid (De Vries-Schot, 2006). Egger (2005) noemt als kern dat de natuur op een

continuüm hiërarchisch geordend zou zijn, waarbij de complexere, grotere eenheden gebaseerd zijn op de minder complexe, kleinere eenheden. Ieder niveau van deze hiërarchie vertegenwoordigt een georganiseerd dynamisch systeem ofwel een geheel. Ieder systeem heeft kwaliteiten en betrekkingen die voor dat organisatieniveau karakteristiek zijn. De ontwikkeling van complexe georganiseerde systemen, waardoor nieuwe eigenschappen ontstaan, wordt emergentie genoemd. Zo is het leven in biologische zin beduidend meer dan de som der delen, namelijk meer dan de moleculen (de materie) waaruit een lichaam is opgebouwd. Door het aaneenschakelen van elementen tot een groter geheel ontstaat toegenomen complexiteit. Niets existeert geïsoleerd, alle niveaus van de organisatie zijn met elkaar verbonden, zodat een verandering op één niveau in principe ook een verandering op de andere, aangrenzende niveaus bewerkstelligen kan.

DISCUSSIE OVER HET BIOPSYCHOSOCIALE MODEL

Critici, waaronder Delleman (2006), menen dat het model van Engel niet zou passen bij de systeemtheorie. Delleman noemt dat, teneinde bepaalde systemen samen in een hiërarchie van systemen te mogen zetten, er een beschrijving mogelijk moet zijn van de onderlinge relaties of ten minste een gemeenschappelijke taal om die relaties te beschrijven en te verklaren. Mentale fenomenen worden in het model van Engel beschouwd als emergent aan het centrale zenuwstelsel. Hier zou het volgens Delleman al mis gaan. Er zou namelijk geen linguïstische brug tussen die twee bestaan. Wanneer we, zoals te doen gebruikelijk, een aantal systemen uit de hiërarchie samen nemen onder de verzamelnamen biologisch, psychologisch en sociaal, is het psychologische niveau emergent aan het biologische, en het sociale aan het psychologische, terwijl we niet zouden beschikken over een geschikte taal om de onderlinge relaties te beschrijven. Dit zou een dergelijke plaatsing in een hiërarchisch systeem volgens hem discutabel maken.

Volgens Egger (2005) is er geen sprake van een onoverbrugbaar probleem. Het probleem zou gelegen zijn in de voorkeur van de medische wetenschap om de taal van de materie te gebruiken in plaats van de taal van de functie. Zo lang daar nog

sprake van zou zijn, blijft onder meer het raadsel van geest en brein dualistisch en onoplosbaar. Omdat het begrip 'functie' een geïntegreerd en dynamisch concept weergeeft, zou dit een brug kunnen slaan. In het levende organisme wisselt iedere functie namelijk steeds. Egger stelt dat hulpverleners in beide taalsystemen, namelijk de biomedische en de psychologische taal bedreven moeten zijn, om tegelijkertijd in staat te zijn om zowel het objectieve als het subjectieve niveau te kunnen beoordelen. Een gebeurtenis speelt zich immers op grond van onderlinge verbindingen meer of minder gelijktijdig op verschillende dimensies af. Hij vergelijkt zijn ideeën met het technische principe van de parallelschakeling. Dit betreft een schakeling van elektrische componenten die uitgaan van een gezamenlijke geleider en samenkomen op een gezamenlijke geleider. Een dergelijke schakeling betreft een configuratie van componenten of deelschakelingen waarbij de stroom over de individuele componenten wordt verdeeld en de spanning op alle deelcomponenten gelijk is. Deze schakelvorm is anders dan een serieschakeling. Een serieschakeling is een configuratie van componenten of deelschakelingen waarbij de stroom door de individuele componenten gelijk is en de spanning over alle deelcomponenten wordt verdeeld. Een voorbeeld van een serieschakeling is de kerstboomverlichting, waarbij een aantal lampjes in serie zijn gezet. Vanuit deze beeldspraak is mogelijk beter te begrijpen dat iedere gebeurtenis of ieder proces dat deel uitmaakt van de etiologie, de pathogenese, de symptomatische manifestatie en de behandeling van stoornissen, niet of biologisch of psychologisch is, maar zowel biologisch alsook psychologisch, waarbij ook de sociale aspecten dienen te worden betrokken. Als praktische afgeleide van het biopsychosociale model ziet Egger (2010) dat zowel artsen als therapeuten steeds de drie erbij behorende therapeutische functies ('rollen') dienen te gebruiken voor interventies en wel op een welhaast parallelle en niet seriële wijze. Afhankelijk van de problematiek kan iedere interventievorm toepasbaar en helpend zijn voor een probleemoplossing. Juist omdat het 'geheel' van de ziekte of gezondheid als zodanig niet grijpbaar is, aldus Egger, is het zinvol om voor detailoplossingen dimensionaal te denken. Dat wil zeggen

om de deelnemende werkelijkheidsaspecten met hun herkenbare werkingsfactoren te benoemen en om ze daarna in een overkoepelend systeem te integreren. Dan kan gesproken worden van een multifactorieel geïntegreerd model, hetgeen goed toepasbaar is in de praktijk van de gezondheidszorg in brede zin. Een afgeleide hiervan is dat een multidisciplinair team het beste in staat is om de verschillende niveaus simultaan te blijven zien in diagnostiek en in behandeling.

De keuze voor een bepaalde behandeling moet daarbij niet op een dusdanig eclectische wijze gebeuren dat het gaat lijken op willekeur, zoals Ghaemi (2009) terecht betoogt. Maar we moeten ervoor waken het kind met het badwater weg te gooien, zoals Ghaemi geneigd is te doen. Hij voert een pleidooi om het biopsychosociale model als achterhaald te beschouwen en op zoek te gaan naar alternatieven.

Opgeld doen de laatste tijd de termen genetica en epigenetica. Deze zijn zeker bruikbaar, maar hebben een smallere betekenis. Hun betekenis blijft voornamelijk binnen de biologie. Het gebruik van de term epigenetica doelt op twee gebieden, namelijk enerzijds het onderzoek naar de uitwerking van genen op het fenotype bij de ontwikkeling van een organisme, anderzijds het onderzoek naar erfelijke veranderingen in genfunctie zonder dat de moleculaire DNA-structuur verandert. Daarbij wordt ook het onderzoek naar de invloed van het milieu op de fenotypische uiting van genen bedoeld.

Het biopsychosociale model is een breed inzetbaar model voor de gezondheidszorg. Het kent niet alleen een gedegen theorievorming binnen de systeemtheorie, maar is evenzeer een praktische methodiek, een taxonomie. Taxonomie is de wetenschap van het indelen van individuen of objecten in groepen. Met de term taxonomie kan zowel de methode worden bedoeld die voor het indelen wordt gebruikt, als de hiërarchische ordening die daarvan het resultaat is. Zo'n hiërarchische ordening wordt ook wel classificatie genoemd. In de praktijk van alledag zijn wij in de hulpverlening veel bezig met classificeren. Dit geldt zowel voor de somatische geneeskunde als voor de psychiatrie, waarbij rekening wordt gehouden met onderlinge interacties tussen de verschillende dimensies.

HET BIOPSYCHOSOCIAALSPIRITUEEL MODEL (BPSS)

Om een holistische visie in de praktijk werkzaam te laten zijn is het belangrijk gebruik te maken van een model dat het gehele menselijk leven betreft. Het biopsychosociale model is in opzet een theoretisch en pragmatisch model, zoals we zagen. Echter, het is nog wel een beperkt model, omdat de spiritualiteit van mensen hierbij doorgaans buiten beschouwing wordt gelaten en in ieder geval niet expliciet wordt gemaakt. Terwijl het spirituele aspect vaak wel heel belangrijk is voor de levenswijze van mensen, zo niet het belangrijkste. In de palliatieve en de oncologische zorg is relatief veel onderzoek naar spiritualiteit gedaan. Het blijkt dat spiritualiteit een belangrijk onderdeel uitmaakt van de kwaliteit van leven, zoals van de zin en het plezier in het leven (Albers, Echteld, De Vet, Onwuteaka-Philipsen, Van der Linden & Deliens, 2010; Brady, Peterman, Fitchett, Mo & Cella, 1999; Whitford, Olver & Peterson, 2008).

De ontwikkeling van hospices is eveneens gebaseerd op het biopsychosociaalspirituele model van zorg waarbij alle vier dimensies van belang zijn voor de zorg voor de patiënten en hun families. Dit wordt door de patiënten heel duidelijk gewaardeerd, waarbij ze aangeven dat de aandacht hiervoor wordt gemist in de reguliere medische zorg (Puchalski, 2007-2008).

Maar niet alleen voor levensbedreigende ziekten is de spirituele dimensie belangrijk. Katerndahl & Oyiriaru (2007) ontwikkelden een instrument om de biopsychosociaalspirituele dimensies te meten in de medische praktijk. De spirituele dimensie bleek te correleren met minder overmatige medische consumptie en meer levenssatisfactie (Katerndahl, 2008). Rackley & Bostwick (2012) beschrijven hoe interventies op iedere dimensie van het biopsychosociaalspirituele model van toegevoegde waarde kunnen zijn voor de behandeling van een depressie bij somatisch zieke patiënten. Hoe de spirituele dimensie in de praktijk kan worden geïntegreerd op een psychiatrische klinische afdeling met behulp van een biopsychosociaalspiritueel multidisciplinair team wordt beschreven in het artikel van McGee & Torosian (2006). Hun overtuiging is dat hierdoor de algehele zorg wordt vergroot, hetgeen bijdraagt aan de genezing en het

welbevinden van de patiënten, die er overigens ook voor mogen kiezen om geen spirituele zorg te ontvangen.

DE SPIRITUELE DIMENSIE

Volgens het biopsychosociaalspirituele model is het biopsychosociale model pas omvattend met de toevoeging van een spirituele dimensie. Met de aanvulling van deze dimensie worden alle relaties beschreven die een mens kan hebben. De spirituele dimensie heeft te maken met het aanhangen van hogere waarden, met de traditie van godsdienst en levensbeschouwing en met het contact met de kosmos, het transcendente of met God, afhankelijk van hoe iemand deze dimensie invult. De biologische, psychische en sociale dimensie betreffen doorgaans vooral het hier en nu. Bij de sociale dimensie gaat het om het contact met andere mensen en de onderlinge interacties, waarbij geld, status, macht en dergelijke een rol kunnen spelen. De psychologische dimensie betreft de persoonlijkheid, waarbij zowel de omgang met de buitenwereld als het hanteren van de innerlijke drijfveren een rol spelen. Hierbij kunnen verinnerlijkte belangrijke anderen uit het verleden blijvende invloed uitoefenen op de perceptie van het heden. De biologische dimensie betreft het lichaam met de genetische aanleg.

De spirituele dimensie betreft de persisterende gerichtheid van iemand en/of van een groep personen op hogere waarden. Hier verbindt iemand zich duurzaam mee. Deze waarden overstijgen het hier en nu evenals het belang van de eigen groep. De toekomstgerichtheid leidt ertoe dat deze dimensie bij uitstek in staat is om de andere dimensies te verenigen.

Het is duidelijk dat niet iedereen deze dimensie relationeel invult met een betrokken God, zoals in het christelijk geloof. Er zijn ook gelovigen die wel ergens in geloven, maar daar een minder concrete invulling aan geven (het 'ietsisme' bijvoorbeeld) maar zich wel bewust zijn van een transcendente realiteit. Ook bij mensen die zich als agnostisch beschouwen of als atheïstisch, is er altijd iets in hun leven dat de hoogste waarde vormt. Deze kernwaarde kan gelegen zijn in een van de andere dimensies, die daarmee tot spirituele dimensie verheven wordt. Bijvoorbeeld geluk,

humanisme op de sociologische dimensie, welzijn op de psychische dimensie en gezondheid op de biologische dimensie. Wat de hoogste waarde voor iemand ook uitmaakt, deze heeft invloed op de normen, de gedragscodes, die hiervan afgeleid zijn en zowel een psychische als een sociale component kennen. Waarden die voor ouders bijvoorbeeld belangrijk zijn, werken hoe dan ook door in de opvoeding van hun kinderen.

Het voordeel van de term spiritueel is dat deze tweevoudig kan worden gebruikt: algemeen en specifiek christelijk (De Vries-Schot, 2006). Het gaat daarbij om wat iemand enthousiasmeert of be-geestert, oftewel in-spireert in het leven. In meer algemene zin gaat het daarbij om de waarden die mensen in hun leven aanhangen en waaruit ze hun inspiratie halen. In het christelijk geloof gaat het om Gods Geest die een mens inspireert en betreft in een relatie met God.

EEN CHRISTELIJKE INVULLING

In de christelijke traditie is de spirituele dimensie bij uitstek persoonlijk ingevuld. God de Vader kan gekend worden door de Heilige Geest in Jezus Christus. In de Bijbel wordt Jezus in het eerste hoofdstuk van het Johannes-evangelie omschreven als het Woord dat vlees geworden is. Hij is degene die gevolgd dient te worden. Daarbij gaat het om zijn levenswijze, dicht bij God de Vader, om zijn lijdensweg en sterven ten behoeve van de mensen en om zijn opstanding uit de dood. Als gehoor wordt gegeven aan de oproep om Jezus te volgen heeft dit gevolgen voor iedere dimensie. Op de sociale dimensie is er bijvoorbeeld het appel om een 'heilig volk, een koninkrijk van priesters' (Ex. 19:6) te zijn. Op de psychische dimensie wordt tot 'omkeer', tot 'vergeving' en 'verzoening' opgeroepen (Mt. 5:24), ofwel tot een weg naar God toe en niet van God af. Op de biologische dimensie klinkt de oproep om het lichaam 'een tempel van de Heilige Geest' (1 Kor. 6:19) te laten zijn. De dimensies beïnvloeden elkaar wederzijds.

In de Bijbel is er een tekst, namelijk 1 Tessalonicenzen 5:23, waarin de drie termen naast elkaar worden genoemd: de pneuma, de psyche en de soma. Deze tekst luidt in de Nieuwe Bijbelvertaling: 'Moge de God van de vrede zelf uw leven in alle opzichten heiligen, en mogen heel uw geest,

ziel en lichaam zuiver bewaard zijn bij de komst van onze Heer Jezus Christus'.

EEN VOORBEELD

Dit voorbeeld is ontleend aan een eerder artikel (De Vries-Schot, 2009). Hierin komen de vier kerndimensies van het leven naar voren en wordt duidelijk dat deze op een welhaast parallelle wijze kunnen worden beschouwd. Het betreft een fictieve patiënt die komt met de mededeling dat hij geen zin meer heeft in het leven.

Vanzelfsprekend is het allereerst van belang om goed uit te vragen wat hij met die uitspraak bedoelt.

1. Het kan zijn, dat deze patiënt meldt dat hij traag is geworden, dat hij lijdt aan obstipatie en we zien dat hij een droge huid heeft. Daarmee zijn we mogelijk op het spoor van een te traag werkende schildklier. Dat kunnen we laten onderzoeken om vervolgens te behandelen of we kunnen overwegen om door te verwijzen naar een internist.
2. Het is ook mogelijk dat deze patiënt na doorvragen vertelt dat hij bijna niet meer slaapt, aan het piekeren is over zijn werk, zijn aandacht daar niet meer bij kan houden en nergens meer zin in heeft. We zullen dan verder vragen naar doodsgedachten en eventuele suïcidaliteit. Hierbij denken we eerder aan een depressief beeld, in dit geval met vitale kenmerken, zodat een behandeling bij een GGZ-instelling en medicatie te overwegen zijn.
3. Doordat het werk ter sprake is gekomen, zouden we ook verder kunnen vragen naar de situatie op zijn werk. Hij blijkt bang te zijn voor dreigend ontslag. Zoals hij daarover praat, lijkt zijn angst wel eens realiteit te kunnen worden. Maar hij vertelt ook over een conflict met zijn baas, waarbij hij de grenzen lijkt op te zoeken. Zijn vrouw is het daar niet mee eens en daardoor werken de problemen op het werk door in zijn relatie met zijn vrouw. En passant noemt hij ook dat er schulden zijn, doordat hij te veel geld uitgeeft. Dit betreft problematiek op de sociale dimensie. Als dit het kernprobleem is en de vitale kenmerken zouden meevallen, dan is een verwijzing naar het maatschappelijk werk op zijn plaats. Mochten de problemen met zijn vrouw aanhoudend zijn, dan

kan een systeemtherapeut de aangewezen hulpverlener zijn.

4. Last but not least kan tijdens het gesprek blijken, dat de patiënt met zijn uitspraak dat hij geen zin meer heeft in het leven, eigenlijk bedoelt te zeggen dat hij de zin er niet van inziet. Hiermee begeven wij ons in de spirituele dimensie. De patiënt gelooft nog wel ergens in, zegt hij, maar hij is door zijn harde werken het contact met de kerk kwijt geraakt. Na de vragen over wie God voor hem is en wat het geloof voor hem betekent (beide zijn goede vragen om het gesprek verder te brengen op deze dimensie), blijkt hij al lange tijd niet meer te bidden en ook geen Bijbel meer te lezen. Hij formuleert zijn gedachten hierover gaande het gesprek. Hij zegt dat hij denkt dat er wel 'iets' moet zijn, zo wonderlijk als de wereld is. Met de dood kan het toch niet afgelopen zijn. Hij wordt emotioneel, want hij ervaart, als hij er zo over praat, leegte in zijn bestaan en verlangt eigenlijk naar de tijd dat God nog dichtbij hem was. Maar dat is lang geleden en er is intussen veel gebeurd. Hij blijkt nog lid van een kerk te zijn. We zouden dan ook met hem kunnen bespreken hoe hij in contact met een pastor komt.

Theoretisch zijn de vier dimensies goed te onderscheiden van elkaar en dienen ze aandacht te krijgen in de anamnese en in de behandeling. Dit is ook buitengewoon praktisch, aangezien de verschillende dimensies corresponderen met verschillende soorten hulpverlening als de problematiek ernstig en/of aanhoudend is.

Hoofdbehandelaar dient dan de hulpverlener te worden op wiens dimensie het accent van de problematiek ligt. Andere behandelaars kunnen in consult of voor medebehandeling worden gevraagd als er sprake is van complexe problematiek op een of meer van de andere dimensies.

EXISTENTIËLE KERNVRAGEN

De vier essentiële kernvragen in het bestaan, waarop volgens Yalom (1980) ieder mens een antwoord dient te vinden, passen eveneens bij deze vier dimensies, namelijk dood bij de biologische dimensie, vrijheid bij de psychische dimensie, isolatie bij de sociale dimensie en zinloosheid bij de spirituele dimensie (De Vries-Schot, 2012).

We zouden kunnen stellen, dat de vier dimensies weliswaar steeds meer overkoepelend worden, maar de impact omgekeerd lijkt te zijn. De dood is een biologisch gegeven, waar we niet omheen kunnen. De lichamelijke aftakeling bij ouderdom of bij ziekte is een onafwendbare voorbode hiervan. De vrijheid van de psychische dimensie kan angstaanjagend zijn en verlammend, terwijl het gevoel van vastzitten aan het noodlot of gedomineerd worden door omstandigheden of door anderen net zo angstaanjagend kan zijn. (Keuze) vrijheid wordt doorgaans sterker ervaren naarmate er lichamelijk voldoende mogelijkheden zijn. De persoonlijke invulling van de sociale dimensie kan vaak meer tot zijn recht komen als de andere dimensies niet te beperkend zijn en er dus sprake is van gezondheid en vrijheid van handelen. Ten aanzien van de spirituele dimensie denkt de hedendaagse mens vaak dat hij of zij zonder kan, maar is het juist deze dimensie die het leven zinvol en de moeite waard maakt. Deze dimensie stelt de mens in staat om verder te kijken dan zijn eigen situatie in het hier en nu en is daarom essentieel. Dit staat onder meer beschreven in 2 Korintiërs 4:16-18: 'Daarom verzaken wij onze plicht niet. Ook al gaat ons uiterlijke bestaan verloren, ons innerlijke bestaan wordt van dag tot dag vernieuwd. De geringe last die wij tijdelijk te dragen hebben, brengt ons een eeuwige luister, die alles omvat en alles overtreft. Wij richten ons niet op de zichtbare dingen maar op de onzichtbare, want de zichtbare dingen zijn tijdelijk, de onzichtbare eeuwig'.

LITERATUUR

- Albers, G., Echteld, M.A., Vet, H.C. de, Onwuteaka-Philipsen, B.D., Linden, M.H. van der & Delleman, L. (2010). Content and spiritual items of quality-of-life instruments appropriate for use in palliative care: a review. *Journal of pain and symptom management*, 40 (2), 290-300.
- Brady, M.J., Peterman, A.H., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 8 (5), 417-428.
- Delleman, O.R.J. (2006). Naar een vertrouwd klinkend paradigma en een voorbeeld van een model voor de psychiatrie: een conceptuele toevoeging aan de profielschets psychiater. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 48, 525-531.
- Egger, J.W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 3-12.
- Egger, J.W. (2010). Gesundheit: Aspekte eines komplexen biopsychosozialen Konstrukts und Seine Korrelation zu Optimismus und Glückserleben. *Psychologische Medizin*, 21, 38-48.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ghaemi, S.N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. Editorial. *The British journal of psychiatry*, 195, 3-4.
- Katerndahl, D.A. (2008). Impact of spiritual symptoms and their interaction on health services and life satisfaction. *Annals of family medicine*, 6, 412-420.
- Katerndahl, D.A. & Oyiriaru, D. (2007). Assessing the biopsychosociospiritual model in primary care: development of the biopsychosociospiritual inventory. *The international journal of psychiatry in medicine*, 37, 393-414.
- McGee, M. & Torosian, J. (2006). Integrating spiritual assessment into a psychiatric inpatient unit. *Psychiatry (Edgmont)*, 3, 60-64.
- Milders, C. F. A. (1988). *Het systeemdenken geeft te denken: ontwikkeling van een raamwerk voor de systeembenadering van de psychiatrie*. Dissertatie. Groningen: Van Denderen B.V.
- Milders, C. F. A. & Tilburg, W. van, (red.) (1988). *Systeemdenken en psychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Puchalski, C.M. (2007-2008). Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega (Westport)*, 56, 33-46.
- Rackley, S. & Bostwick, J.M. (2012). Depression in medically ill patients. *Psychiatric clinics of North America*, 35, 231-247.
- Tilburg, W. van (2005). De spagaat voorbij: commentaar op Nieweg. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 249-251.
- Tournier, P. (1940). *Médecine de la personne*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1940.
- Vries-Schot, M.R. de (2006). *Gezonde godsdienstigheid en heilzaam geloof: verheldering van concepten vanuit de psychologie, psychiatrie en de theologie*. Delft: Eburon.
- Vries-Schot, M.R. de (2009). Omgaan met spiritualiteit als competentie. *In dienst der genezing*, 38, 4-7.
- Vries-Schot, M.R. de (2012). De spirituele dimensie in het biopsychosociaalspiritueel model (BPSS): specificerbaar naar christelijk geloof? *Psyche & Geloof*, 23, 80-88.
- Whitford, H.S., Olver, I.N. & Peterson, M.J. (2008). Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psychooncology*, 17, 1121-1128.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

PERSONALIA

Margreet de Vries-Schot is psychiater en theoloog.
Correspondentie-adres: vriesschot@kpnmail.nl