

# Metten van religie en spiritualiteit in relatie tot psychische klachten en herstel: voorstel voor een multidimensionele vragenlijst

HANNEKE SCHAAP – JONKER

psycholoog/theoloog

CARLA AANTJES

verpleegkundig specialist

ANNE MOLL

psycholoog

WIETSE VAN WELIE

psycholoog

## SAMENVATTING

Deze studie was een eerste stap in de ontwikkeling van een betrouwbare en valide itemlijst die religie en spiritualiteit (R/S) meet langs meerdere dimensies en afgenomen kan worden om zicht te krijgen op de relatie tussen R/S en (herstel van) psychiatrische klachten, al dan niet in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM).

Uitgaande van een multidimensionele operationalisering van R/S werden 70 items geselecteerd uit bestaande R/S vragenlijsten. Deze werden ingevuld door 366 klinische en non-klinische patiënten. Op basis van de resultaten van principale componentenanalyse, hiërarchische clusteranalyse, betrouwbaarheidsanalyses en analyses om verandergevoeligheid te meten werden de meest bruikbare R/S items geselecteerd. De uiteindelijke lijst omvat 14 items die verdeeld worden over drie schalen: geïnternaliseerde, positief gewaardeerde R/S, negatief ervaren R/S, en zoeken naar zin in het leven. Verdere validatie van deze lijst is noodzakelijk. Voor wetenschappelijk onderzoek kan een lijst met 20 items gebruikt worden. De relatie tussen de drie gevonden schalen en behandelresultaat is onderzocht, waarbij negatief ervaren R/S samenhang met een slechter behandelresultaat en sociale integratie een belangrijke mediator bleek in de relatie tussen R/S en behandelresultaat.

TREFWOORDEN religie en spiritualiteit, geestelijke gezondheid, klinisch herstel, existentieel herstel, behandelresultaat, vragenlijst, Routine Outcome Monitoring

**D**iverse studies laten zien dat religie en spiritualiteit (R/S) consistent gerelateerd zijn aan geestelijke gezondheid (Bergin, 1983; Koenig, King & Carson, 2012; Larson, Pattison, Blazer, Omran & Kaplan, 1986; Levin, 1996b; Pargament, 1997; Park & Slattery, 2013) en

herstel van psychiatrische klachten kunnen bevorderen of belemmeren (Dew et al., 2008; Koenig & Larson, 2001; Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006; Rosmarin, Pargament, Pirutinsky, & Mahoney, 2010; Weber & Pargament, 2014). Deze verbanden zijn over het algemeen positief, maar zwak (Bonelli

& Koenig, 2013; Granqvist, 2014; Park et al., 2013). Ontwikkelingen binnen de psychiatrie waarin herstelgericht denken centraal staat (vgl. de ‘nieuwe ggz’, een persoonsgerichte ontwikkeling binnen de ggz die onder meer de cliënt centraal wil stellen; Delespaul et al., 2017; vgl. Bak, Domen en Van Os, 2017) onderstrepen dit: zingeving lijkt een richtinggevende dimensie voor herstel en bij veel mensen met ervaring met ziekte scoort de spirituele dimensie (die zingeving, toekomstperspectief en acceptatie omvat) hoog (Huber et al., 2016). Daarom zou een geïntegreerd(e) diagnostiek en behandelaanbod wenselijk zijn, waarin de rol van R/S als bron van zin en betekenis inzichtelijk en meetbaar wordt gemaakt. Hierbij is het van belang dat R/S multidimensioneel geoperationaliseerd wordt, en niet versmalt tot bijvoorbeeld kerkelijke achtergrond (vgl. Braam, 2012, die gedragsmatige, cognitieve, emotionele en motivationele dimensies onderscheidt; zie ook Fetzer, 1999<sup>1</sup>; Stark & Glock, 1968).

Waar in het buitenland verschillende instrumenten ontwikkeld zijn om R/S multidimensioneel te meten – bijvoorbeeld Duke Religion Index (DUREL; Koenig & Büssing, 2010); Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (BMMRS; Fetzer Institute and the National Institute on Aging Working Group, 1999), is dat in Nederland niet het geval. Er is geen standaard instrument om R/S te meten als een aan gezondheid gerelateerde variabele. In Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt doorgaans geen aandacht geschonken aan levensbeschouwing of geloof en geloofsbeleving van de patiënt.

R/S bij psychiatrische klachten en herstel te onderzoeken, al dan niet in het kader van ROM. Vooralsnog noemen we deze lijst ‘Vragenlijst Zingeving en Geloof’. Allereerst is een voorlopige vragenlijst van 70 items, die geselecteerd zijn uit bestaande vragenlijsten, opgesteld. Op basis van de antwoorden op deze lijst zijn onderliggende dimensies in R/S geïdentificeerd, de gevoeligheid voor verandering van de items gedurende een periode van 3 maanden gemeten, en specifieke antwoordprofielen onderzocht en gerelateerd aan de ernst van psychische klachten en behandelresultaat zoals gemeten met de OQ-45.

Onderzoeksvragen zijn: 1) *In hoeverre meten de geselecteerde items verschillende dimensies van R/S?* 2) *In hoeverre zijn de geselecteerde items gevoelig voor verandering?* 3) *Hoe kunnen subgroepen van cliënten onderscheiden worden op basis van hun R/S scores en in hoeverre is er een verband tussen de subgroep en de psychische klachten?* 4) *In hoeverre zijn R/S scores voorspellers van het behandelresultaat?* Bij deze laatste onderzoeksvraag is ook gekeken in hoeverre sociale integratie een mediërende rol speelt.

Het doel van deze studie is om te komen tot een korte, betrouwbare en valide vragenlijst over R/S die afgenomen kan worden om zicht te krijgen op de relatie tussen R/S en herstel van psychiatrische klachten en behandelresultaat, al dan niet in het kader van ROM.

Wanneer items over R/S toegevoegd worden aan vragenlijsten die lijdensdruk en (beloop van) psychische klachten meten, is het mogelijk om 1) inzicht te krijgen in de zingeving en spirituele beleving van de cliënt en mogelijke existentiële vragen of religieuze worstelingen, en de manier waarop deze gerelateerd zijn aan de psychische klachten van de cliënt; 2) veranderingen in R/S tijdens de behandeling te meten en te onderzoeken in hoeverre deze gerelateerd zijn aan veranderingen in klachten; 3) binnen de therapie de relatie tussen R/S en psychische klachten te bespreken, eventueel gevolgd door psycho-educatie of religieuze interventies.

## METHODE

### SELECTIE VAN TESTITEMS

Om cognitieve, emotionele, sociale, gedragsmatige en *consequential* dimensies (Braam, 2012; Stark & Glock,

*Er is geen standaard instrument om religie en spiritualiteit te meten als een aan gezondheid gerelateerde variabele*

Dit onderzoek dient als eerste stap voor de ontwikkeling en validering van een standaard itemlijst die religie en spiritualiteit (R/S) meet langs meerdere dimensies en afgenomen kan worden om de rol van

1968) van religie te meten, werden 70 items van onderstaande R/S itemlijsten geselecteerd voor een Vragenlijst Zingeving en Geloof. Drie overwegingen speelden bij de selectie een rol: 1) alle dimensies moesten voldoende geoperationaliseerd worden, 2) constructen die binnen het vakgebied van de (godsdienst) psychologie als bovengemiddeld relevant gezien worden in de context van geestelijke gezondheid (szorg) moesten vertegenwoordigd zijn, wat impliceert dat veelgebruikte vragenlijsten vertegenwoordigd zijn, en 3) positief en negatief gewaardeerde aspecten van R/S moesten gemeten kunnen worden. De volgende vragenlijsten zijn ofwel geheel gebruikt, of er zijn schalen of items aan ontleend:

- *Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality* (BMMRS; Fetzer Institute and the National Institute on Aging Working Group, 1999): item dat meet in hoeverre iemand zichzelf als gelovig beschouwt, 3 items over religieuze denominatie en religieus gedrag (frequentie van kerkgang en frequentie van gebed), 4 items over religieuze sociale steun, en 3 items over vergeving;
- *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) (Steger, Frazier, Oishi, & Kaler, 2006): 6 items om *Presence of Meaning* en *Search for Meaning* te meten;
- *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ; Büssing, Balzat en Heusser, 2010): 7 items die spirituele behoeften meten;
- *Brief RCOPE* (11 items), die positieve en negatieve religieuze coping meet (Pargament, 1999);
- *Verkorte Vragenlijst Godsbeeld* (VGB): waarin 22 items gevoelens en cognities ten opzichte van God meten (Schaap-Jonker, Egberink, Braam, & Corveleyn, 2016)
- Intrinsieke/Extrinsieke religiositeit: 3 items uit de vragenlijst van Gorsuch en McPherson (1989);
- Uit de *RCOPE* (Pargament, 1999): 3 items die religieuze bekering meten;
- *Surrender Scale* (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000): met 2 items wordt overgave aan God gemeten;
- Religieuze saillantie (Eisinga, Felling, Peters, Scheepers & Schreuder (1992): 3 items meten de mate waarin religie belangrijk is voor de respondent.

Bijna alle items werden gescoord op een vijfpuntschaal,

variërend van (1) helemaal niet van toepassing tot (5) zeer sterk van toepassing.

Naast de items over R/S werd de Outcome Questionnaire (OQ-45) afgenomen, een zelfrapportageschaal met 45 items (De Jong et al., 2007) die de ernst van psychische klachten meet ( $\alpha = 0,96$ ). De lijst bestaat uit verschillende domeinen: Symptomatische Distress (SD) (25 items,  $\alpha = 0,95$ ), Interpersoonlijke Relaties (IR) (11 items,  $\alpha = 0,84$ ), Sociale Rol (SR) (9 items,  $\alpha = 0,72$ ), en Angst en Somatische Distress (ASD) (13 items,  $\alpha = 0,89$ ). Met het oog op een van de voorgenomen analyses (zie onder) zijn de subschalen IR en SR samengevoegd tot de schaal Sociale Integratie (SI), die de mate van tevredenheid in persoonlijke relaties en sociale situaties meet. Antwoorden worden gescoord op een vijfpuntschaal. Voorbeelditems zijn: “Ik ben geïrriteerd” (SD), “Ik ben snel moe” (ASD), “Ik vind het moeilijk om met vrienden en kennissen om te gaan” (IR) en “Ik heb het gevoel dat het niet goed gaat op werk/school” (SR).

#### PROCEDURE

De Vragenlijst Zingeving en Geloof werd toegevoegd aan de ROM bij De Hoop ggz, een christelijke instelling voor geestelijke gezondheidszorg waar mensen met diverse levensbeschouwingen behandeld worden.

## De Vragenlijst Zingeving en Geloof werd toegevoegd aan de ROM bij De Hoop ggz

Mensen die zich aanmelden voor behandeling werden in het kader van de diagnostiek gevraagd om naast de Outcome Questionnaire (OQ-45) ook de items over zingeving en geloof in te vullen. De deelnemers werden na drie maanden behandeling door hun therapeut gevraagd om zowel de Vragenlijst Zingeving en Geloof als de OQ-45 voor de tweede keer in te vullen. Na een half jaar behandeling werd de OQ-45 opnieuw ingevuld.

## DEELNEMERS

In totaal vulden 366 psychiatrische patiënten de vragen in, 210 mannen (57%) en 92 vrouwen (25%) (steekproef 1). Hun leeftijd varieerde van 19 tot 76 jaar ( $M = 39$ ,  $SD = 12$ ). Van 64 personen (18%) waren geslacht en leeftijd niet bekend. Van de steekproef hadden 205 deelnemers (56%) een primaire DSM-diagnose gerelateerd aan middelengebruik. Bij 37 deelnemers (10%) was de diagnose depressie gesteld, 35 respondenten (9,6%) waren gediagnosticeerd met een angststoornis. Diagnose persoonlijkheidsstoornis was de primaire diagnose van 25 deelnemers (6,8%), van 9 respondenten (2,5%) was dat een pervasieve ontwikkelingsstoornis (autisme of ADHD), en van 4 (1%) een eetstoornis. Van 22 deelnemers (6%) viel de diagnose in de categorie 'overig', 29 personen (8%) wilden hun diagnose niet bekend maken.

De steekproef bestond uit 288 (79%) aanhangers van het christelijk geloof. Van deze respondenten waren er 20 (7%) rooms-katholiek (RK), 49 (17%) gingen naar de Protestantse Kerk Nederland (PKN), 33 (11%) waren lid van een orthodox-gereformeerd kerkgenootschap, 136 (47%) waren evangelisch, baptist of lid van een pinkstergemeente en 50 (17%) personen hingen andere stromingen aan of gaven geen informatie. Van de andere 78 deelnemers behoorden er 6 (2%) tot de islam, 1 (0,3%) tot het jodendom, 1 (0,3%) tot het Humanistisch Verbond, 1 (0,3%) tot de new age beweging en 12 (3%) tot een andere religie. Verder gaven 45 personen (15%) aan bij geen enkele religie te horen en van 12 (3%) personen was het onbekend. Van 40 personen uit de totale groep van 366 zijn gegevens van de tweede meting van de R/S items beschikbaar.

In een tweede steekproef is onderzocht in hoeverre R/S scores het behandelresultaat na een half jaar voorspellen. Deze steekproef bestond uit 113 personen, 95 mannen (84%) en 18 vrouwen (16%), in de leeftijd van 22 tot 72 jaar ( $M = 43,57$ ,  $SD = 12,97$ ). Alle respondenten waren gediagnosticeerd met verslaving, van hen hadden er 57 (50,4%) een alcoholverslaving, 21 (18,6%) cocaïneverslaving, 13 (11,5%) cannabisverslaving, 11 (9,7%) opioïdeverslaving, 3 (2,7%) verslaving aan sedativa, 1 (0,9%) amfetamineverslaving. Zes personen (5,3%) hadden meerdere verslavingen. Geloofsachtergronden waren divers. Van de respondenten behoorden 81 (71,6%) personen tot het christendom of voelden zich

daaraan verwant, 2 (1,8) aan het jodendom, 1 (0,9%) aan new age, 6 (5,3%) respondenten noemden andere religies en van 1 (0,9%) persoon was de religieuze achtergrond onbekend. De overige 22 (19,5%) onderzoeksdeelnemers zeiden geen geloof aan te hangen.

## STATISTISCHE ANALYSES

Om inzicht te krijgen in de factorstructuur van de data werd een principale componentenanalyse (PCA) uitgevoerd met Varimax Rotatie (eigenvalues  $> 1$ , factor loadings  $> 0,40$  en communaliteiten  $> 0,40$ ). Vervolgens werd de gevoeligheid voor verandering, oftewel de responsiviteit, onderzocht. Er bestaat in de literatuur geen overeenstemming over de beste methode om responsiviteit te meten (Norman, Wyrwich, & Patrick, 2007). Om die reden werden verschillende indices gebruikt om te bepalen welke schalen het meest gevoelig bleken voor verandering. Allereerst werden Cohen's  $d$  (Cohen, 1988;  $ES = (M_{\text{posttest}} - M_{\text{pretest}}) / SD_{\text{baseline}}$ ) en de *Standardized Response Mean* (SRM) ( $M_{\text{posttest}} - M_{\text{pretest}} / SD_{\text{change}}$ ) berekend, waarbij 0,20 gezien wordt als klein effect, 0,50 als middelmatig effect en 0,80 als groot effect. Daarnaast werd responsiviteit gemeten in termen van statistische significantie met behulp van een gepaarde  $t$ -test. Vanwege het gevaar van kanskapitalisatie werd een  $p$ -waarde van  $,05/14 = ,003$  beschouwd als een significante verandering. Verder werd er een hiërarchische clusteranalyse uitgevoerd op de verschillende R/S schalen, resulterend in verschillende R/S profielen (of clusters). Om te onderzoeken of er een verschil was tussen R/S profielen op de domeinen van psychologisch functioneren, werd een MANOVA uitgevoerd met de subschalen van de OQ-45 als afhankelijke variabelen en de clusters als groepsvariabelen. Om interne consistentie te meten, werden Cronbach alfa's onderzocht op de drie schalen die het eindresultaat van genoemde analyses vormen. Tenslotte is via Structural Equation Modelling (SEM) onderzocht in hoeverre deze drie schalen (gemeten bij start behandeling, T1) voorspellend zijn voor het behandelresultaat, dat geoperationaliseerd werd als het niveau van Symptomatische Distress (SD) zoals gemeten een half jaar na start behandeling (T2). In de modellen zijn de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten weergegeven.

Tabel 1

Vragenlijst *Zingeving en Geloof* (niet-gecursiveerde items vormen de korte versie van de vragenlijst)

<b>Schaal 1. Verinnerlijkte, positief gewaardeerde R/S</b>	
Mijn geloof is belangrijk voor mij	<i>Religieuze saillantie</i>
Mensen uit mijn geloofsgemeenschap willen troost bieden als ik in een moeilijke situatie zit	<i>Religieuze sociale steun</i>
Ik kies voor Gods weg om met een probleem om te gaan, zelfs als dit niet mijn weg was	<i>Overgave aan God</i>
In crisissituaties richt ik me tot God voor kracht, steun en leiding	<i>Positieve religieuze coping</i>
Mijn leven is vernieuwd door God	<i>Religieuze bekering</i>
<i>Als ik aan God denk, ervaar ik dankbaarheid</i>	<i>Positieve gevoelens t.o.v. God (VGB)</i>
<i>God heerst</i>	<i>Heersend/ straffend handelen (VGB)</i>
<i>Ik belijd mijn zonden en vraag God om vergeving</i>	<i>Positieve religieuze coping</i>
<i>Mijn religieuze opvattingen vormen de basis voor mijn hele manier van leven</i>	<i>DUREL</i>
<i>Ik weet dat God mij vergeven heeft</i>	<i>Vergeving (BMMRS)</i>
<b>Schaal 2. Negatief ervaren R/S</b>	
Ik vraag mij af of God mij in de steek heeft gelaten	<i>Negatieve religieuze coping</i>
Als ik aan God denk, ervaar ik angst om afgewezen te worden	<i>Angst t.o.v. God (VGB)</i>
Als ik aan God denk, ervaar ik angst om gestraft te worden	<i>Angst t.o.v. God (VGB)</i>
Als ik aan God denk, ervaar ik boosheid	<i>Boosheid t.o.v. God (VGB)</i>
Als ik aan God denk, ervaar ik teleurstelling	<i>Boosheid t.o.v. God (VGB)</i>
God laat mensen aan hun lot over	<i>Passiviteit van God (VGB)</i>
<i>Als ik aan God denk, ervaar ik ontevredenheid</i>	<i>Boosheid t.o.v. God (VGB)</i>
<b>Schaal 3. Zoeken naar zin</b>	
Ik ben altijd op zoek naar de betekenis van mijn leven	<i>Zoeken naar zin (MLQ)</i>
Ik zoek altijd naar iets waardoor mijn leven betekenisvol lijkt	<i>Zoeken naar zin (MLQ)</i>
Ik zoek naar betekenis in mijn leven	<i>Zoeken naar zin (MLQ)</i>
<b>Achtergrondvariabelen</b>	
Ik zie mijzelf nu vooral als	<i>Religieuze zelfbeoordeling (BMMRS)</i>
o seculier of niet-gelovig	
o minder dan gemiddeld religieus of gelovig	
o religieus of gelovig	
o meer dan gemiddeld religieus of gelovig	
o orthodox gelovig	
Bij welke geloofsgemeenschap voel je je thuis (+ indien Christendom...)	<i>Religieuze denominatie (vgl. BMMRS)</i>
o Geen	
o Christendom	
- Rooms Katholieke Kerk	
- Protestantse Kerk in Nederland (PKN)	
- Kerk met 'gereformeerd' in de naam	
- Evangelische, Pinkster- of Baptistengemeente	
o Islam	
o Jodendom	
o Humanistisch Verbond	
o New Age of verwante stroming	
o Anders, nl. ....	

Naar de kerk, moskee, synagoge of een levensbeschouwelijke bijeenkomst ga ik...	<i>Frequentie kerkgang/ bezoek levensbeschouwelijke bijeenkomst (BMMRS)</i>
o eens per week of vaker	
o twee tot drie keer per maand	
o maandelijks	
o enkele malen per jaar	
o eens per jaar of minder	
Ik bid (of mediteer)...	<i>Frequentie van bidden of mediteren (BMMRS)</i>
o meermalen per dag	
o dagelijks	
o enkele malen per week	
o eens per week	
o minder dan eens per week	
o nooit	

## RESULTATEN

### PRINCIPALE COMPONENTENANALYSE

Een eerste PCA leverde elf componenten op met eigenwaarden groter dan één. Inspectie van de screenplot liet zien dat het knikpunt bij de derde component lag. Daarom werd een nieuwe PCA uitgevoerd met twee *fixed factors*. De uiteindelijke PCA verklaarde 58,9% van de variatie. Op de eerste component laadden 33 items, die 45,2% van de variantie verklaarde, en intrinsieke, positief gewaardeerde religiositeit weerspiegelden ( $\alpha = ,98$ ). De tweede component bestond uit 16 items die vooral betrekking hadden op *religious struggle* (verklaarde variantie 13,7%,  $\alpha = ,91$ ). Voorbeelden van items uit beide schalen zijn te vinden in tabel 1 (eerste twee schalen; zie vervolg).

### RESPONSIVITEIT

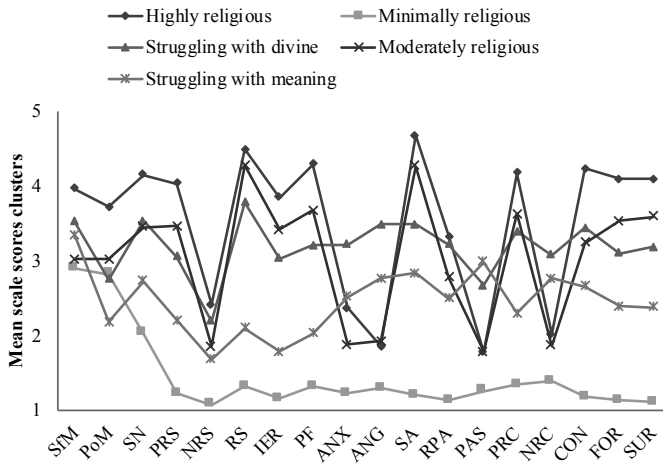
Onderzoek naar de responsiviteit van de schalen liet zien dat de schalen Zoeken naar Zin uit de MLQ (ES = 0,20, SRM = 0,18), Angst ten opzichte van God (ES = 0,27, SRM = 0,34) en Passiviteit uit de VGB (ES = 0,36, SRM = 0,31) het meest gevoelig waren voor het meten van verandering over een periode van drie maanden. Minst gevoelig waren de schalen van de Spiritual Needs Questionnaire, de schalen over religieuze saillantie, intrinsieke/ extrinsieke religiositeit, positieve gevoelens ten opzichte van God en ondersteunend handelen van God uit de VGB, positieve en

negatieve religieuze coping, religieuze bekering, vergeving, en overgave aan God (ES en SRM < 0,10). Voor geen enkele schaal werd binnen de termijn van drie maanden een significante verandering gemeten.

### HIËRARCHISCHE CLUSTERANALYSE

Vijf religieuze profielen werden bij de respondenten onderscheiden:

1. *Zeer Religieus*, met hoge scores op onder meer religieuze saillantie, positieve gevoelens ten opzichte van God, ondersteunend handelen van God, positieve religieuze coping, zoeken naar zin en bekering (n = 54, 30,5%);
2. *Worstelend met het Goddelijke*. Mensen met dit profiel hebben van alle profielen de hoogste scores op negatieve religieuze coping, angst en boosheid in relatie tot God (n = 39, 22%);
3. *Gematigd Religieus*, met weliswaar op een aantal schalen relatief hoge of gemiddelde scores (zoals positieve religieuze coping en ondersteunend handelen van God), maar lagere scores op zingeving, bekering, vergeving en overgave (n = 30, 16,9%);
4. *Minimaal Religieus*, met zeer lage scores op bijna alle schalen, maar wel relatief hoge score op zoeken naar zin (n = 28, 15,8%);
5. *Worstelend om Betekenis*, met onder meer relatief hoge score op zoeken naar zin en van alle profielen de hoogste score op passiviteit van God (n = 26, 14,7%). Zie figuur 1.



*Figuur 1.* Religieuze profielen van Vragenlijst Zingeving en Geloof Note. SfM = Searching for Meaning; PoM = Presence of Meaning; SN = Spiritual Needs; PRS = Positive Religious Support; NRS = Negative Religious Support; RS = Religious Salience; IER = Intrinsic/Extrinsic Religiosity; PF = Positive Feelings; ANX = Anxiety; ANG = Anger; SA = Supportive Actions; RPA = Ruling/Punishing Actions; PAS = Passivity; PRC = Positive Religious Coping; NRC = Negative Religious Coping; CON = Conversion; FOR = Forgiveness; SUR = Surrender

MANOVA Box's M test was niet significant, wat wijst op homogeniteit van varianties ( $p = ,479$ ). Wilks' lambda werd gebruikt om het effect van de verschillende religieuze clusters te onderzoeken op de scores van de OQ-45 [ $\Lambda = ,791$ ,  $F(16, 517) = 2,57$ ,  $p = ,001$ ]. Aparte analyses voor elke afhankelijke variabele toonden een significant resultaat voor IR, [ $F(4, 217) = 4,553$ ,  $p = ,002$ ]. Resultaten voor SD [ $F(4, 590) = 2,17$ ,  $p = ,074$ ], AS [ $F(4, 164) = 2,24$ ,  $p = ,066$ ] en SR [ $F(4, 63) = 2,09$ ,  $p = ,084$ ] bleken niet significant te zijn. Een enkelvoudig contrast toonde significante verschillen op IR ( $p = ,028$  en  $p = ,001$ ) en SR ( $p = ,026$  en  $p = ,027$ ) voor respectievelijk de profielen vier en vijf in vergelijking met profiel één. Dit betekent dat zeer religieuze patiënten meer tevreden zijn met hun interpersoonlijke relaties en in hun werk en tijdens ontspanning beter functioneren dan patiënten die worstelen met betekenis of minimaal religieus zijn.

## VERKORTE VRAGENLIJST ZINGEVING EN GELOOF

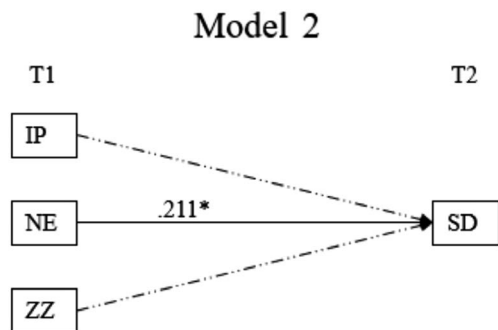
Op grond van genoemde analyses zijn items geselecteerd voor een korte vragenlijst. De eerste twee schalen worden gevormd door items die hoog laden op de twee factoren van de PCA. Mate van responsiviteit is meegewogen in selectie van de items, evenals de mate waarin items onderdeel waren van schalen die onderscheidend bleken in de clusteranalyse. De eerste schaal meet intrinsieke, positief gewaardeerde R/S (IP; 5 items,  $\alpha = 0,90$ ). De tweede schaal meet negatief ervaren R/S (NE; 6 items,  $\alpha = 0,82$ ). Vanwege de responsiviteit van de schaal en het belang ervan bij alle religieuze profielen wordt de derde schaal gevormd door 3 items die Zoeken naar zin meten (ZZ;  $\alpha = 0,71$ ). Schalen en items worden weergegeven in tabel 1. Hierbij wordt vermeld welke constructen de items oorspronkelijk meten en/ of aan welke schalen ze ontleend zijn. Ook staan achtergrondvariabelen vermeld. Voor wetenschappelijk onderzoek kan het zinvol zijn om met een langere vragenlijst te werken waarin de constructen iets uitvoeriger geoperationaliseerd worden. Wanneer vanuit dit perspectief naar de resultaten van de analyses gekeken wordt, komen we tot een lijst waarbij de eerste schaal 10 items meet ( $\alpha = 0,95$ ) en de tweede schaal 7 items ( $\alpha = 0,84$ ). De extra items ten opzichte van de verkorte Vragenlijst Zingeving en Geloof zijn in tabel 1 cursief weergegeven.

## ZINGEVING EN GELOOF ALS VOORSPELLERS VAN BEHANDELRESULTAAT

Om te onderzoeken in hoeverre de verschillende schalen van de vragenlijst het beloop van de klachten en behandelresultaat voorspellen, zijn verschillende modellen getest.

Het eerste model dat getest is, is een model waarbij alledrie de schalen zijn opgenomen als voorspellers van symptomatische distress (SD) op T2. In dit model had alleen negatief ervaren religie (NE) een significante relatie met SD en was de model fit niet optimaal. Daarom is een vervolgmiddel getest, waarbij eerst de minst significante relatie verwijderd is (ZZ – SD) en daarna de relatie IP – SD, die nog steeds niet significant was. Dit resulteerde in model 2 (figuur 2), met een significante relatie tussen NE en SD ( $r = ,211$  en

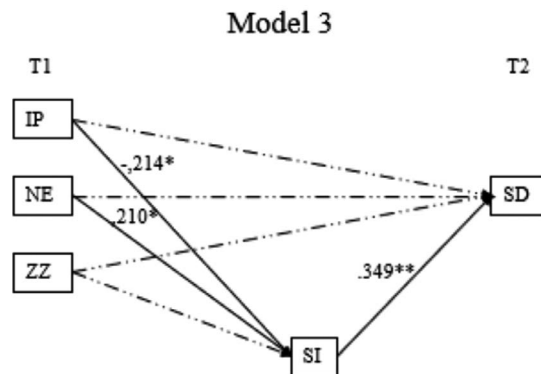
$p = ,023$ ). De fit van dit model is goed ( $\chi^2 = 1,50$ ,  $p = ,471$  (df = 2), RMSEA = ,00 en CFI = 1,00, met  $R^2 = ,04$ ). Dit betekent dat 4% van de variatie in SD-scores als maat voor psychische klachten op T2 voorspeld kan worden door de score op negatief ervaren religie/spiritualiteit. Naarmate respondenten R/S negatiever ervaren bij startbehandeling rapporteren zij na een half jaar behandeling meer klachten.



*Figuur 2.* Structural Equation Model van het effect van religieuze factoren op behandelresultaat  
 Noot: IP = Intrinsieke, positief gewaardeerde R/S; NE = negatief ervaren R/S; ZZ = zoeken naar zin.  
 \* regressiegewicht is significant met  $p < 0,05$ ; \*\* regressiegewicht is significant met  $p < 0,01$ .

In de literatuur over de relaties tussen R/S en geestelijke gezondheid wordt sociale steun dan wel sociale integratie genoemd als een van de mogelijke mediators of verklarende mechanismen in deze relaties (Neff & MacMaster, 2005; Park & Slattery, 2013). Daarom is een derde model getoetst waarin sociale integratie (SI) zoals gemeten op T1 als mediator is opgenomen. Het best passende model is opgebouwd door parameters achtereenvolgens gelijk te stellen aan 0, te beginnen met ZZ direct en indirect, gevolgd door IP direct en NE direct. In het uiteindelijke model (zie figuur 3) zijn er significante relaties tussen IP en SI ( $r = -,214$  en  $p = ,027$ ) en tussen NE en SI ( $r = ,210$  en  $p = ,029$ ). De relatie tussen SI en SD was significant ( $r = ,349$ ,  $p < ,001$ ). De fit van dit model is goed ( $\chi^2 = 2,90$  met  $p = ,407$ , RMSEA = ,00, CFI = 1,00) met een verklaarde variantie ( $R^2$ ) van 21%, wat aanzienlijk hoger is dan de verklaarde variantie van het tweede getoetste model. Naarmate respondenten hoger sco-

ren op negatief ervaren R/S, hebben zij meer moeite met sociale integratie. Respondenten die hoger scoren op intrinsieke, positief gewaardeerde R/S rapporteren juist een betere sociale integratie. Een betere sociale integratie hangt samen met minder klachten na een half jaar behandeling.



*Figuur 3.* Structural Equation Model van het effect van religieuze factoren op behandelresultaat met sociale integratie als mediator  
 Noot: IP = Intrinsieke, positief gewaardeerde R/S; NE = negatief ervaren R/S; ZZ = zoeken naar zin; SI = sociale integratie. \* regressiegewicht is significant met  $p < 0,05$ ; \*\* regressiegewicht is significant met  $p < 0,01$ .

### DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Op basis van dit onderzoek kon een multidimensionale vragenlijst Zingeving en geloof met 14 items geselecteerd worden uit diverse bestaande lijsten. Voor wetenschappelijk onderzoek is een lijst met 20 items beschikbaar. Beide lijsten bestaan uit drie schalen, die het volgende meten:

1. intrinsieke, positief gewaardeerde R/S;
2. negatief ervaren R/S;
3. het zoeken naar betekenis in het leven.

De geselecteerde items meten verschillende dimensies van R/S (onderzoeksvraag 1). Tabel 1 laat zien dat er een variatie aan onderliggende constructen vertegenwoordigd is in de genoemde schalen. In hoeverre de geselecteerde items gevoelig zijn voor verandering, kon niet worden vastgesteld (onderzoeksvraag 2). Vanwege het lage aantal deelnemers dat aan de tweede meting deelnam, kon uitsluitend de responsiviteit van



de schalen berekend worden. Om die reden moeten de gerapporteerde indices geïnterpreteerd worden als een indicatie op basis waarvan geen voorbarige conclusies getrokken kunnen worden.

Opvallend is dat de eerste schaal, die de eerste factor uit de PCA representeert, een schaal is die positief gewaardeerde aspecten van R/S meet. Het beeld bestaat immers dat de geloofsbeleving bij psychiatrische patiënten over het algemeen meer negatief gekleurd is: psychopathologie gaat dan samen met gevoelens van angst, verlatenheid, of religieuze worstelingen (cf. Braam et al., 2014; Exline, Yali & Sanderson, 2000; Schaap-Jonker et al., 2008; 2017). Tegelijkertijd blijkt uit empirisch onderzoek dat positief gewaardeerde aspecten van R/S wel degelijk aanwezig zijn bij mensen met psychische klachten, hoewel juist de negatieve aspecten verband lijken te houden met (ernstiger) pathologie (Braam et al., 2014; Schaap-Jonker et al., 2013, 2017; Van der Velde et al, *submitted*). Resultaten van deze studie bevestigen dat en suggereren dat voor een deel van de onderzochte respondenten de positieve aspecten op de voorgrond staan. Echter, de clusteranalyse laat zien dat voor veel patiënten zingeving en geloof gekenmerkt worden door worstelingen, twijfels en/ of een zoektocht.

De geïnternaliseerde, positief gewaardeerde religieuze factor wordt onderscheiden van een factor die negatief gewaardeerde religiositeit weergeeft. Beide aspecten of belevingen staan dus naast elkaar. Er is geen sprake van een continuüm waarop positief en negatief gewaardeerde religiositeit de uiteinden vormen. Dit is in lijn met resultaten van ander onderzoek (e.g. Schaap-Jonker et al. 2016; Zahl, Sharp & Gibson, 2013). Hierbij is het opmerkelijk dat positief en negatief gewaardeerde aspecten van religiositeit voor veel patiënten moeilijk te verenigen lijken, zoals blijkt uit de vijf religieuze profielen die het resultaat zijn van de clusteranalyse. Alleen bij patiënten die worstelen met het goddelijke zijn beide aspecten op een vergelijkbare mate aanwezig in hun beleving van R/S, maar juist omdat ze hoog scoren op religieuze worstelingen, is het de vraag in hoeverre zij in staat zijn om genoemde aspecten met elkaar op betekenisvolle wijze te verbinden of te integreren. Het vermogen om ambivalentie te verdragen en het

vermogen tot frustratietolerantie, type pathologie en andere psychologische factoren zullen ongetwijfeld een rol spelen in deze context (vgl. Gabbard, 2014; Van der Velde et al, *submitted*).

Alle patiënten die deelnamen aan dit onderzoek zoeken naar zin. Er is geen enkel type patiënt dat laag scoort op zingeving. Het gegeven dat één type vrijwel uitsluitend gedefinieerd wordt door hun zoeken naar zin en betekenis, onderstreept het belang van deze schaal binnen de Vragenlijst Zingeving en geloof.

### *Er is geen enkel type patiënt dat laag scoort op zingeving*

Op basis van R/S scores konden vijf subgroepen van cliënten onderscheiden worden, variërend van zeer religieus tot minimaal religieus, waarbij worstelingen ofwel een existentieel ofwel een religieus/ spiritueel karakter kregen. De verschillende subgroepen hangen slechts in beperkte mate samen met psychische klachten (onderzoeksvraag 3): zeer religieuze patiënten zijn meer tevreden met hun interpersoonlijke relaties en functioneren in hun werk en tijdens ontspanning beter dan patiënten die worstelen met betekenis of minimaal religieus zijn. Dit vormt een bevestiging van het positieve verband tussen R/S en geestelijke gezondheid, al betekent dat in deze context niet dat zeer religieuze patiënten ook daadwerkelijk minder psychische klachten (dus minder symptomatische distress, angst of somatische distress) rapporteren. Wel is gevonden dat naarmate mensen hoger scoren op negatief ervaren R/S bij start van de behandeling zij een half jaar later meer klachten rapporteren (onderzoeksvraag 4). Hoewel de proportie verklaarde variantie relatief gering is, is deze R/S factor dus voorspellend voor behandelresultaat. Wanneer sociale integratie als mediator wordt onderzocht in de relatie tussen R/S en behandelresultaat, blijkt dat er geen direct verband meer is tussen NE, maar dat zowel negatief ervaren R/S en intrinsieke, positief gewaardeerde R/S samenhangen met respectievelijk een slechtere en betere sociale integratie. Laatstgenoemde variabele is daarbij gerelateerd aan een

beter behandelresultaat, dat wil zeggen minder gerapporteerde psychische klachten na een half jaar.

Bovenstaande resultaten onderstrepen het belang om aandacht te geven aan verschillende aspecten van R/S in relatie tot de klachten van ggz-cliënten en/of de behandeling. Hierbij lijkt het onvoldoende om alleen te focussen op zingeving, hoe zinnig het ook is dat hiervoor ruimte is binnen de herstelgeoriënteerde zorg in de ggz en de 'nieuwe ggz' (cf. Bak, Domen en Van Os, 2017). Ook religie verdient expliciete aandacht binnen diagnostiek en behandeling, juist vanwege de verschillende functies die R/S kunnen vervullen, bijvoorbeeld als bron van steun, van conflict of worsteling, van betekenis, moraal, waarden (Griffith, 2010). Vanwege het gevonden verband met sociale integratie verdient religie als bron van sociale steun en de eventuele moeite van de cliënt met inbedding in de geloofsgemeenschap of het vinden van aansluiting daarbij extra aandacht. Om te borgen dat R/S een gespreksonderwerp blijft gedurende de behandeling en verschillen en veranderingen inzichtelijk gemaakt kunnen worden, is het raadzaam om met regelmaat een (standaard)vragenlijst af te nemen die verschillende dimensies van R/S meet.

#### BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Allereerst werd de data verzameld met behulp van een *self-report* instrument, dus respons biases, onder andere vanwege sociale wenselijkheid, kunnen niet uitgesloten worden (vgl. Sedikides & Gerbauer, 2010). In de tweede plaats bestonden beide steekproeven in meerderheid uit christelijke psychiatrische patiënten. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarom niet zonder meer generaliseerd worden naar psychiatrische patiënten met een andere levensbeschouwelijke achtergrond. Ook waren de evangelischen oververtegenwoordigd onder de protestants-christelijke patiënten. Meer onderzoek onder personen met verschillende levensbeschouwelijke achtergronden is nodig om inzicht te krijgen in de cross-culturele validiteit van het instrument. Tegelijk geldt dat in onze steekproef niet gediifferentieerd is naar diagnoses, en dat iets meer dan de helft van de respon-

denten in steekproef 1 een primaire DSM-diagnose gerelateerd aan drugsgebruik had; steekproef 2 bestond zelfs uitsluitend uit respondenten met middelengebruik als primaire DSM-diagnose. Ook in dit opzicht zijn de steekproeven niet representatief voor de doorsnee ggz-populatie. Het verdient aanbeveling om nader onderzoek te doen bij steekproeven met een specifieke vorm van psychopathologie en R/S te bestuderen in relatie tot verschillende dimensies van pathologie (vgl. Kotov et al., 2011). Ten derde was het niet mogelijk om de responsiviteit van afzonderlijke items te berekenen. Om die reden moeten indices geïnterpreteerd worden als een indicatie waarop geen voorbarige conclusies getrokken kunnen worden. Meer onderzoek naar de responsiviteit van items is nodig, met metingen na minimaal zes maanden.

In dit onderzoek werd sociale integratie onderzocht als verklarend mechanisme in de relatie tussen R/S en geestelijke gezondheid, en het opnemen van deze mediator bleek een aanzienlijke toename van de proportie verklaarde variantie in genoemde relatie tot gevolg te hebben. Vervolgonderzoek waarbij andere mediators worden geïncludeerd verdient dan ook aanbeveling (vgl. Neff & MacMaster, 2005; Park & Slattery, 2013). In vervolgonderzoek kan ook gebruik gemaakt worden van kwalitatieve onderzoeksmethoden, om zo meer zicht te krijgen op de eigen verwoording van de individuele beleving en betekenis van R/S voor psychiatrische patiënten (Kazdin, 2014, p.333). Ten slotte is verdere validatie van de voorlopige itemlijst noodzakelijk, met aandacht voor convergente en divergente validiteit. Immers, een betrouwbare en valide vragenlijst over R/S stelt klinici in staat om de rol die R/S spelen in de voortgang van de toestand van een patiënt te onderzoeken en biedt onderzoekers meer inzicht in de complexe relatie tussen R/S en gezondheid

#### NOOT

1. Het *Fetzer Institute* (1999/2003) onderscheidt 12 dimensies, namelijk 1) *Daily Spiritual Experiences*, 2) *Meaning*, 3) *Values*, 4) *Beliefs*, 5) *Forgiveness*, 6) *Private Religious Practices*, 7) *Religious/Spiritual Coping*, 8) *Religious Support*, 9) *Religious/Spiritual History*, 10) *Commitment*, 11) *Organizational Religiousness*, 12) *Religious Preference*.

## REFERENTIES

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2015). Understanding and addressing religious and spiritual struggles in health care. *Health and Social Work, 40*, 126-134. doi: 10.1093/hsw/hlv055
- Bak, M., Domen, P., & Van Os, J. (2017). *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie: Terug naar de essentie*. Leusden: Diagnosis.
- Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 14*, 170-184. doi: 10.1037//0735-7028.14.2.170
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health, 52*, 657-673. doi: 10.1007/s10943-013-9691-4
- Braam, A.W. (2012). Depressieve stoornissen. In: Verhagen, P. J., & Megen, H. J. G. M. van (red.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (221-228). Utrecht: Tijdstroom.
- Braam, A. W., Schaap-Jonker, H., Van der Horst, M. H., Steunenbergh, B., Beekman, A. T. F., Van Tilburg, W., & Deeg, D. J. H. (2014). Twelve-Year History of Late-Life Depression and Subsequent Feelings to God. *American Journal for Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1272-1281. doi: 10.1016/j.jagp.2013.04.016
- Büssing, A., Balzat, H. J., & Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer – Validation of the Spiritual Needs Questionnaire. *European Journal of Medical Research, 15*, 266-273. doi: 10.1186/2047-783X-15-6-266.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2017). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis.
- Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D., Goldston, D. B., Triplett, M. F., & Koenig, H. G. (2008). Religion/spirituality and adolescent psychiatric symptoms: A review. *Child Psychiatry and Human Development, 39*, 381-398. doi: 10.1007/s10578-007-0093-2
- Eisinga, R., Felling, A., Peters, J., Scheepers, P., & Schreuder, O. (1992). *Religion in Dutch Society 90: Documentation of a national survey on religious and secular attitudes in 1990*. Amsterdam: Steinmetz Archive.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Sanderson, W. C. (2000). Guilt, discord, and alienation: The role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1481-1496. doi: 10.1002/1097-4679(200012)56:12<1481::AID-1>3.0.CO;2-A
- Fetzer Institute and National Institute on Aging Working Group. (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
- Gabbard, G. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Fifth Edition*. Washington/London: American Psychiatric Publishing.
- Gorsuch, R. L., & McPherson, S. E. (1989). Intrinsic/Extrinsic Measurement: I/E-revised and single-item scales. *Journal for the Scientific Study of Religion, 28*, 348-354. doi: 10.2307/1386745
- Granqvist, P. (2014). Mental health and religion from an attachment viewpoint: Overview with implications for future research. *Mental Health, Religion and Culture, 14*, 777-793. doi: 10.1080/13674676.2014.908513
- Griffith, J. L. (2010). *Religion That Heals, Religion That Harms: A Guide for Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed method study. *BMJ Open, 5:e010091*. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091
- Kazdin, A. E. (2014). *Research design in clinical psychology* (4th edition). Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 283-291. doi: 10.1177/070674370905400502
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions, 1*, 78-85. doi: 10.3390/rel1010078
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kotov, R., Ruggero, C. J., Krueger, R. F., Watson, D., Yuan, Q., & Zimmerman, M. (2011). New Di-

- mensions in the Quantitative Classification of Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 68, 1003–1011. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.107
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R., & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978–1982. *American Journal of Psychiatry*, 143, 329–334. doi: 10.1176/ajp.143.3.329
- Levin, J. S. (1996b). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science and Medicine*, 43, 849–864. doi: 10.1016/0277-9536(96)00150-5
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 242–250. doi: 10.1590/1516-44462006005000006
- Neff, J. A., & MacMaster, S. A. (2005). Applying behavior change models to understand spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(4), 669–684.
- Norman, G. R., Wyrwich, K. W., & Patrick, D. L. (2007). The mathematical relationship among different forms of responsiveness coefficients. *Quality of Life Research*, 16, 815–822. doi: 10.1007/s1136-007-9180-x
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). Religious/Spiritual Coping. In Fetzer Institute and National Institute on Aging Working Group (Eds.), *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research* (pp. 43–55). Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
- Park, N. S., Lee, B. S., Sun, F., Klemmack, D. L., Roff, L. L., & Koenig, H. G. (2013). Typologies of religiousness/spirituality: Implications for health and well-being. *Journal of Religion and Health*, 52, 828–839. doi: 10.1007/s10943-011-9520-6
- Park, C. L., & Slattery, J. M. (2013). Religion, Spirituality, and Mental Health. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality: Second Edition* (540–559). New York/ London: Guilford Press.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., Pirutinsky, S., & Mahoney, A. (2010). A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for a subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 799–808.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Zock, H., & Jonker, E. (2008). Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(5), 501–515. doi: 10.1080/13674670701581967
- Schaap-Jonker, H., Sizoo, B., Van Schothorst-van Roekel, J., & Corveleyn, J. M. T. (2013). Autism spectrum disorders and the image of God as a core aspect of religiousness. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(2), 145–160. doi: 10.1080/10508619.2012.688005
- Schaap-Jonker, H., Egberink, I. J. L., Braam, A. W., & Corveleyn, J. M. T. (2016). An item response theory analysis of the questionnaire of God representations. *International Journal for the Psychology of Religion*, 26, 152–166. doi: 10.1080/10508619.2014.1003520
- Schaap-Jonker, H., Van der Velde, N., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Corveleyn, J. M. T. (2017). Types of God representations and mental health: a person-oriented approach. *International Journal for the Psychology of Religion*, 27, 199–214. doi: 10.1080/10508619.2017.1382119
- Sedikides, C., & Gebauer, J. E. (2010). Religiosity as Self-Enhancement: A Meta-Analysis of the Relation Between Socially Desirable Responding and Religiosity. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 17–36. doi: 10.1177/1088868309351002
- Stark, R., & Glock, C.Y. (1968). *American Piety*. Berkeley: University of California Press.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80–93. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80
- Van der Velde, N., Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Corveleyn, J.M.T. (submitted). Levels of personality organization and religious culture explain differences between God representation types. *Submitted for publication*.

- Weber, S.R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 358-363.
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R. L. (2000). Surrender to God: An additional coping style? *Journal of Psychology and Theology*, 28, 149-161. doi: 10.1177/009164710002800207
- Zahl, B.P., Sharp, C.A., & Gibson, N. J. S. (2013). Empirical measures of the religious heart. In F.N. Watts & G. Dumbreck (Eds). *Head and heart: Perspectives from religion and psychology* (pp. 97-124). West Conshohocken: John Templeton Press.

#### PERSONALIA

Prof. Dr. J. Schaap-Jonker is psycholoog en theoloog en werkt als rector van het Kennisinstituut christelijke ggz, onderdeel van Eleos en De Hoop ggz. Daarnaast is zij bijzonder hoogleraar klinische godsdienstpsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Mw C. Aantjes is werkzaam bij de Hoop ggz in Dordrecht als Verpleegkundig Specialist en betrokken bij het Kennisinstituut christelijke ggz (KICG).

A. Moll MSc is psycholoog.

E.W. van Welie MSc is psycholoog.

Correspondentieadres: c.aantjes@dehoop.org