

Het geloofsrelatiegesprek: introductie en exploratie van een nieuwe interventie bij de behandeling van mensen met een depressieve stoornis

GERDA MOSTERD-POL
psycholoog in opleiding tot psychotherapeut

MATTHIAS JONGKIND
klinisch psycholoog

NATHAN VAN DER VELDE
GZ-psycholoog

HANNEKE SCHAAP-JONKER
klinisch godsdienstpsycholoog

SAMENVATTING

Het geloofsrelatiegesprek (GRG) is een nieuwe interventie waarbij met patiënten eenmalig de religieuze gedachten en gevoelens worden geëxploreerd, de religieuze biografie wordt besproken en de overeenkomsten en verschillen tussen de geloofsrelatie en intermenselijke relaties worden uitgediept. Hierbij onderzoeken patiënt en behandelaar op basis van de Vragenlijst Godsbeeld (VGB) gezamenlijk het godsbeeld. Bij patiënten met een depressieve stoornis zijn ervaringen met, en de impact van deze interventie onderzocht in een exploratieve studie. Patiënten geven aan dat zij zich serieus genomen voelen binnen hun eigen religieus kader en meer taal verkrijgen voor hun eigen godsbeeld. Ook laten zij na afname van het GRG een toename zien van religieus gedrag en geven zij aan dat zij behoefte hebben aan een vervolg. Deze eerste resultaten suggereren dat het GRG een veelbelovende interventie is die patiënten en behandelaren mogelijkheden geeft om het godsbeeld te integreren in een psychologische behandeling, en daarnaast aanknopingspunten en taal geeft om het geloofsleven te bespreken in het pastoraat.

TREFWOORDEN geloofsrelatiegesprek, godsbeeld, depressie, interventie

INLEIDING

Veel religieuze psychiatrische patiënten ervaren problemen op het gebied van religie of spiritualiteit (R/S). In de literatuur worden deze problemen ook wel *religious or spiritual struggle* genoemd. Voorbeelden van geloofsworstelingen zijn het ervaren van spanningen rondom of strijd met het bovennatuurlijke zoals God of duivel, problemen met andere mensen of gemeenschappen over ge-

loofszaken en intrapersonlijke religieuze of spirituele problemen. Met intrapersonlijke problemen wordt bedoeld dat mensen last hebben van religieuze twijfels, problemen ervaren met de moraal die vanuit het geloof tot hen komt of problemen ervaren met het doel van het leven dat hen vanuit hun geloof wordt aangereikt (Exline, 2013; Exline et al., 2014; Pargament et al., 2005). Deze geloofsworstelingen gaan vaak samen met gevoelens van boosheid, teleurstelling en verlatenheid in relatie tot God (Braam et al., 2010) en/of met ge-

voelens van angst en schuld (Braam, 2009). Het godsbeeld wordt dan gekenmerkt door negatieve gevoelens. Het is van belang om de negatief ervaren religieuze cognities, gevoelens en gedragingen te integreren in de behandeling, zeker wanneer de R/S problemen een onderdeel zijn van het psychisch lijden en/of aanknopingspunten bieden voor herstel. Onderzoek laat zien dat de effectiviteit van de behandeling en de patiënttevredenheid over het algemeen toenemen wanneer de geloofsbeleving onderdeel is van de behandeling (Captari et al., 2018; Eleos, 2014; Harris et al., 2016; Rosmarin et al., 2010; Weber & Pargament, 2014).

Een belangrijke vraag is hoe geloofsworstelingen geïntegreerd aan bod kunnen komen in een psychologische behandeling. Hoe kan het gesprek hierover zo gevoerd worden dat de patiënt zich serieus genomen blijft voelen binnen diens eigen religieus kader, en de hulpverlener zich vrij blijft voelen om vanuit thera-

Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). Patiënten benoemen dit verschil in opvattingen tussen henzelf en behandelaar ook als problematisch. Wanneer patiënten een religiositeitskloof ervaren, kan dit een reden zijn om niet te spreken over de problemen die zij ervaren op het gebied van R/S, onder andere omdat zij bang zijn voor misverstanden en discussies (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). Voor zowel de hulpverlener als de patiënt kan het vinden van de juiste taal dus als problematisch ervaren worden. In dit artikel wordt een diagnostische interventie beschreven die tegemoetkomt aan het vinden van taal, en een aanzet geeft tot het verwoorden van de samenhang tussen R/S en psychische klachten. Vervolgens worden de resultaten van een eerste onderzoek naar de impact ervan gepresenteerd.

Er bestaan meerdere methoden om de geloofsbeleving van een patiënt te integreren in de psychologische behandeling. Verhagen (2012) en Glas (2009) beschrijven de religieuze anamnese. De religieuze anamnese bestaat uit interviewvragen die bij een intake gesteld kunnen worden en aanknopingspunten kunnen bieden om de diagnostiek in een later stadium bij te stellen. Ondanks de waarde die wordt toegekend aan de religieuze anamnese, wordt deze in de praktijk weinig afgenomen (Verhagen, 2012). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de religieuze anamnese de behandelaar niet bij de hand neemt om de informatie die op tafel komt te integreren in de behandeling. Hulpverleners hebben niet alleen handvaten nodig bij het uitvragen van religieuze informatie, maar ook vaardigheden bij genoemde integratie (zie bijv. Vieten & Scammell, 2015; Visser & Beldman, 2018). Daarnaast is het moeilijk om door middel van het religieuze interview contact te krijgen met religieuze overtuigingen en ervaringen die op een impliciete laag in het geheugen liggen opgeslagen. De vragen worden immers direct en verbaal gesteld, waardoor er een beroep wordt gedaan op het expliciete geheugen (Cortina & Liotti, 2007). Een andere methode voor integratie van geloof in de behandeling is het aanbieden van een behandeling waarbij vooraf gekozen is voor een specifieke wijze waarop R/S en psyche zich tot elkaar verhouden (Johnson et al., 2010). Het risico hierbij is dat herstel wordt belemmerd wanneer een patiënt zich niet kan vinden in de wijze waarop R/S en psychologische

Met betrekking tot het spreken over geloofsbeleving, geven behandelaren nogal eens aan dat ze bang zijn dat hun woorden verkeerd opgevat worden

peutische kaders de behandeling vorm te geven? Beide zaken zijn niet vanzelfsprekend. Voor behandelaren kan het lastig zijn wanneer het geloofskader remmend werkt op bijvoorbeeld de ontwikkeling van zelfwaardering, of wanneer patiënten klemgezet worden door hun religieus kader. Zo zijn er patiënten die ondanks hun verlangen om te geloven, vanuit hun kerk de overtuiging hebben niet zomaar te mogen zeggen dat zij geloven, uit angst voor een ingebeeld geloof. Wanneer er een verschil in geloofsbeleving is, kan het voor behandelaren in contact met hun patiënt moeilijk zijn trouw te zijn aan de eigen geloofsbeleving en tegelijkertijd open te staan voor een geheel andere geloofsbeleving. Behandelaren geven nogal eens aan dat ze bang zijn dat hun woorden verkeerd opgevat worden (Eleos, 2014;

behandeling zich tot elkaar verhouden. De vraag die voorligt is dan ook of er een mogelijkheid bestaat om R/S te integreren in de behandeling op een manier die de patiënt zelf voorstelt. Een antwoord op deze vraag kan liggen in het geloofsrelatiegesprek (GRG).

HET GELOOFSRELATIEGESPREK (GRG)

Het GRG is een diagnostische interventie waarbij het godsbeeld, de ontwikkeling van het godsbeeld, het zelfbeeld en het beeld van anderen wordt geëxploreerd. Hierbij wordt de patiënt expliciet gevraagd naar de wens van integratie van R/S in behandeling en/of in pastoraat. De Vragenlijst Godsbeeld (VGB; Schaap-Jonker & Eurelings-Bontekoe, 2009) wordt daarbij als uitgangspunt genomen. Deze vragenlijst meet ook aspecten van het impliciete godsbeeld (Stulp et al., 2019), de ervaren kennis van God op onbewust niveau (zie ook het eerste artikel in dit nummer). In het GRG wordt samen met de patiënt gezocht naar samenhang tussen gedachten, emoties en gedrag, zowel in de beleefde relatie met God als in het contact met mensen die dichtbij staan. Daarnaast worden de invloeden van life events en religieuze ervaringen op de godsbeelden besproken. Ook worden tijdens het GRG de (impliciete of expliciete) persoonlijke overtuigingen van de patiënt over de verhouding van psychische klachten en R/S bespreekbaar gemaakt. Wanneer een patiënt door middel van het GRG meer woorden krijgt voor zijn of haar godsbeeld, kan tevens duidelijk worden hoe psychische klachten en R/S met elkaar verweven zijn.

Het GRG sluit aan bij wetenschappelijke literatuur waarin steeds vaker het godsbeeld als aangrijpingspunt genoemd wordt bij problemen rondom R/S bij psychiatrische patiënten (Moriarty & Davis, 2012). Daarnaast wordt er in de transculturele literatuur beschreven dat het belangrijk is om uit te vragen waar patiënten nog meer hulp zoeken. Pastoraat of geestelijke zorg kan voor patiënten staan voor alternatieve verklaringen die aansluiten bij de belevingswereld van de patiënt (Hoffer, 2009). Pastoraal contact kan zowel ondersteunend als conflicterend werken met betrekking tot de psychologische behandeling. Het GRG geeft de ruimte om woorden te vinden voor de rol van het pastoraat (conflicterend en/of ondersteunend) bij een eventuele toekomstige psychologische behandeling.

KADER I: BESCHRIJVING GRG

Het GRG bestaat uit een aantal stappen.

1. Vooraf stemt de behandelaar met de patiënt af hoe de patiënt God aanspreekt, om zo in de vraagstelling aan te kunnen sluiten bij de wijze van aanspreken waar de patiënt vertrouwd mee is (zoals Heere, Here God, God, Yahweh). Vervolgens legt de behandelaar de uitslag van de vooraf ingevulde VGB op tafel en legt uit hoe de tabel gelezen kan worden.
2. De gescoorde gevoelens worden als eerste benoemd en er wordt gevraagd om (h)erkenning. Een voorbeeldvraag is: 'Op de vragenlijst heb je aangegeven dat je gevoelens van angst of onrust ervaart in het contact met God. Herken je dat?'
3. Achterliggende cognities worden vervolgens uitgevraagd bij de emotieschalen 'positieve gevoelens', 'angst' en 'boosheid'. Voorbeeldvraag: 'Wat maakt dat je zo bang voelt in het contact met God?' De cognitieschalen van de VGB worden hierbij als check gebruikt. Komen de benoemde cognities overeen met de uitkomsten van de cognitieve schalen 'ondersteunend handelen', 'heersend/straffend handelen' en 'passiviteit van God' of is er sprake van een tegenstrijdigheid? Voorbeeldvraag: 'Je geeft aan dat je bang bent dat God je zal straffen maar tegelijkertijd heb je op de vragenlijst aangegeven dat je God niet als straffend ziet, kun je dat uitleggen?' Bij dit onderdeel kan het ook van belang zijn om terug te geven wat de patiënt tussen de regels door zegt: 'Alsof God je in de steek laat?'
4. Er wordt gevraagd naar de ontwikkelingen van het godsbeeld in de persoonlijke geschiedenis. Voorbeeldvragen: 'Sinds wanneer ervaar je God zoals je Hem nu ervaart?' en 'Heb je God in het verleden meer nabij ervaren dan nu?'
5. Met de patiënt wordt onderzocht of er een link gelegd kan worden tussen gedachten en gevoelens in intermenselijke relaties en de transcendente relatie. Voorbeeldvraag: 'De gevoelens en gedachten die we nu bespreken in het contact met God, herken je deze gedachten en gevoelens ook in andere contacten?'

Er wordt besproken op welke manier het godsbeeld in de behandeling betrokken zou kunnen worden. Voorbeeldvragen: ‘Nu je merkt dat de gevoelens richting God en richting mensen overlap heeft, wat zou dat kunnen betekenen voor de wijze waarop geloof bij de behandeling betrokken zou kunnen worden?’ en ‘Zou je iets met de inhoud van dit gesprek willen in het pastoraat?’

Het GRG is een diagnostische interventie waarbij het godsbeeld, de ontwikkeling van het godsbeeld, het zelfbeeld en het beeld van anderen wordt geëxploreerd

Een belangrijke inspiratiebron voor de ontwikkeling van het GRG is Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT). Bij IPT is het uitgangspunt dat het sociaal functioneren van iemand gebaseerd is op ervaringen uit de kindertijd en latere ervaringen. Het sociaal functioneren in het huidige leven wordt zowel beïnvloed door factoren van binnenuit als van buitenaf (Klerman et al., 1984). Net zoals bij IPT in de diagnostische fase van de behandeling de gevoelens, gedachten en gedragingen met betrekking tot specifieke relaties worden uitgediept, zo wordt in het GRG het godsbeeld uitgevraagd. Een ander uitgangspunt voor het GRG is dat persoonlijkheidsfactoren die mensen kwetsbaar maken voor psychopathologie, zoals lage zelfwaardering of verhoogde interpersoonlijke gevoeligheid, verminderd kunnen worden door het verbeteren van sociaal functioneren. Wanneer verbetering van sociaal functioneren in intermenselijke relaties leidt tot vermindering van psychische klachten, zou dan ook de verbetering van de ervaren relatie met God leiden tot vermindering van depressieve klachten? Deze vraag was een belangrijke motivatie voor de ontwikkeling van het GRG. Schreurs (2012) stelt dat er patiënten zijn bij wie het essentieel is dat eerst de spirituele relatie herstelt voordat er ruimte komt voor verdere psychotherapeutische behandeling.

Daarnaast sluit het GRG aan bij godsdienstpsychologische benaderingen die de persoonlijk beleefde relatie met God een centrale plek in het religieuze domein geven (Granqvist, 2020; Koenig et al., 2012). Stilstaan bij verandering in de beleefde relatie, en aansluiten bij de huidige beleefde relatie met God, geeft ruimte aan kernervaringen binnen psychotherapie, zoals ervaringen van al dan niet gezien, aanvaard, afgewezen of verlaten worden. Tegelijk valt religie niet samen met de beleefde relatie met God. Braam (2012) onderscheidt in dit verband gedragsmatige, cognitieve, motivationele en emotionele dimensies in religie. De gedragsmatige dimensie bestaat uit religieus gedrag zoals kerkbezoek en bidden. De cognitieve dimensie heeft betrekking op de overtuigingen die iemand heeft, die vaak gelinkt zijn aan het kerkgenootschap waartoe iemand behoort. De motivationele dimensie gaat over het belang dat iemand hecht aan religie. Onder de emotionele dimensie vallen zowel specifieke religieuze ervaringen als religieuze gevoelens in het algemeen. Het GRG lijkt alleen zinvol wanneer patiënten een verhoogde score laten zien op de motivationele dimensie in verleden en/of heden. Het startpunt van het GRG is de emotionele dimensie, waarbij vervolgens de gedragsmatige en cognitieve dimensies aan bod komen in het interview.

Het GRG sluit ook aan bij de theorie over godsbeelden zoals geformuleerd door Rizzuto (1979). Volgens Rizzuto ontstaat het godsbeeld in een proces van toe-eigenen van ouderbeelden en dit proces hangt nauw samen met het ontstaan van het zelfbeeld. Het godsbeeld heeft zijn ontstaan in vroege, verzorgende relaties, zoals ouders, grootouders of andere verzorgers. Het gaat dan niet alleen om reële relaties, maar ook om wensen of angsten die kinderen ervaren in de relatie tot verzorgers. Rizzuto toont aan hoe het godsbeeld uniek is bij elk individu en ontstaat uit 'een dynamische wisselwerking tussen liefde en hoop, angst en vrijheid, acceptatie en afwijzing' (Reineke & Goodman, 2017, p. xi). Zij bouwt voort op de theorie van Winnicott (1953) en benadrukt dat de ontwikkeling van het kind cruciaal is voor het ontstaan van het godsbeeld, met name rond de eerste separatie van ouders. Ook wanneer iemand niet in God gelooft ontstaat er volgens Rizzuto een godsbeeld en blijft dit bestaan.

Doordat de ontwikkeling van godsbeeld, ouderbeeld en zelfbeeld zo nauw verweven zijn, geeft het uitvragen van het godsbeeld diagnostische informatie die onontbeerlijk is voor de behandelaar om het psychisch functioneren van een patiënt beter te begrijpen, zowel fysiologisch, sociaal, interpersoonlijk als spiritueel. Dit pleit er allereerst voor om het godsbeeld onderdeel te laten zijn van de therapeutische ruimte, en vervolgens om het godsbeeld te bespreken vanuit een relationele invalshoek met taal die passend is bij het beschrijven van relaties met hechtingsfiguren zoals ouders en God. Het GRG kan hier een bijdrage aan leveren.

De relationele insteek van het GRG geeft de behandelaar de ruimte om los te komen van eigen gevoelens en gedachten rondom geloof, en daarmee zichzelf te geven en open op te stellen voor het welzijn van de patiënt in zijn context. Het gaat niet over dogma's of theologie maar over de ervaren gevoelens en gedachten die tijdens de interventie aan het godsbeeld verbonden zijn. Hierdoor is het voor de behandelaar helder dat het in het gesprek draait om de subjectieve beleving van de patiënt. Bovendien eindigt de interventie met de vraag wat de patiënt met de inhoud van het GRG wil. Pas wanneer er expliciet

Zou de verbetering van de ervaren relatie met God leiden tot vermindering van depressieve klachten?

ruimte is gemaakt voor de religieuze ervaring van de patiënt en de betekenissen die daaraan verbonden zijn, komt er ruimte voor het naast elkaar leggen van en 'onderhandelen' over waarden of voor het benoemen van conflicterende waarden. Doordat ook de geschiedenis van het godsbeeld wordt uitgevraagd, inclusief culturele context, legt het GRG niet alleen de waarden bloot maar geeft ook inzicht in hoe iemand tot deze waarden gekomen is. Hierdoor worden de waarden meer subjectief en daarmee ontstaat er meer kans dat deze waarden bespreekbaar zijn (Fulford, 2010; Verhagen, 2019).

ONDERZOEKSVRAGEN EN DOEL VAN HET EXPLORATIEVE ONDERZOEK

ONDERZOEKSVRAGEN

Met een kwalitatieve studie werd een eerste verkenning gedaan naar de mening van patiënten over het GRG en de impact ervan. De gevolgen werden verkend in termen van inzicht in het eigen godsbeeld, openheid ten aanzien van het eigen (on)geloof in de behandeling, en invloed van de interventie op een vervolgtraject als het gaat om integratie van geloof in de behandeling en verbinding met pastoraat.

Dit gebeurde aan de hand van de volgende vragen:

1. Inzicht in het eigen godsbeeld
 - Leidt het GRG tot meer bewustwording van het eigen godsbeeld?
 - Leidt het GRG tot meer inzicht in de wijze waarop geloof en psychische klachten samenhangen?
2. Openheid ten aanzien van eigen (on)geloof
 - Leidt het GRG tot zich meer gezien en gesteund voelen ten aanzien van (on)geloof?
 - Leidt het GRG tot meer openheid in het pastoraat met betrekking tot persoonlijk (on)geloof?
 - Leidt het GRG tot meer openheid in het algemeen met betrekking tot persoonlijk (on)geloof?
 - Leidt het GRG tot de ervaring het geloof met hulpverleners te kunnen bespreken, ook als er sprake is van verschillende theologische kaders?
3. Effect op een vervolgtraject
 - Leidt het GRG tot de wens om geloof in de behandeling te betrekken?
 - Leidt het GRG tot meer helderheid op welke wijze geloof bij de behandeling betrokken kan worden?
 - Leidt het GRG tot meer of intensiever contact met het pastoraat?

DOEL

Doel van dit onderzoek is meer inzicht krijgen in de mate waarin en manier waarop het GRG leidt tot een open ruimte, waarin kwetsbare gevoelens die samenhangen met het godsbeeld gedeeld kunnen worden, en in de mate waarin deze interventie geschikt is voor iedere gelovige patiënt, ongeacht type en intensiteit van geloof.

Dit onderzoek is uitgevoerd onder depressieve pati-

enten, omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat bij deze groep geloofsworstelingen en negatieve gevoelens in relatie tot God vaak worden ervaren, waarbij verlatenheid in de ervaren relatie met God een belangrijk thema is (Braam et al., 2010; Jongkind et al., 2019).

METHODE

DEELNEMERS

In een tijdsbestek van acht maanden (mei tot en met december 2017) hebben 27 patiënten die opgenomen waren in kliniek ‘de fontein’ van Eleos met als hoofd-diagnose een depressieve stoornis, een GRG gehad. In totaal zijn 23 patiënten geïncludeerd voor dit onderzoek. Vier patiënten hebben uiteindelijk geen deel uitgemaakt van de onderzoeksgroep omdat ze geen toestemming wilden geven voor gebruik van hun gegevens voor het onderzoek, wegens miscommunicatie op de afdeling, of omdat de patiënt niet gemotiveerd was.

Van de 23 deelnemers waren er negen man en veertien vrouw. De gemiddelde leeftijd was 42 jaar (range 19-70 jaar). Alle deelnemers waren lid van een christelijke gemeente of voelden zich daarmee verbonden. Eén deelnemer was op het moment van onderzoek geen lid van een gemeente, maar was eerder wel kerkelijk meelevend en wenste dit weer te worden bij een vergelijkbare kerk of gemeente. Deze deelnemer is ingedeeld bij de betreffende kerk of gemeente. In tabel 1 is te zien aan welke kerkelijke denominatie patiënten verbonden waren.

Tabel 1

Lidmaatschap van kerk of gemeente van patiënten die deelnemen aan huidig onderzoek

LIDMAATSCHAP	AANTAL
PROTESTANTSE KERK IN NEDERLAND (PKN)	5
PROTESTANTSE KERK IN NEDERLAND (PKN), GEREFORMEERDE BOND (GB)	2
GEREFORMEERDE GEMEENTEN (IN NEDERLAND)	5
CHRISTELIJK GEREFORMEERDE KERK	2
GEREFORMEERDE KERK VRIJGEMAAKT	1
HERSTELD HERVORMDE KERK	2
EVANGELISCHE / BAPTISTEN OF PINKSTERGEMEENTE	6

De patiënten hebben op de Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II-NL) een gemiddelde score van 35,63. Op basis van de scores op de BDI-II-NL kan gesteld worden dat het merendeel lijdt aan ernstige depressieve klachten (91,7%). Er werd hierbij een afkapscore van 29 gehanteerd (Van der Does, 2002). Eén deelnemer had matig depressieve klachten en één deelnemer leed aan een depressieve stoornis bij opname in de kliniek maar deze diagnose was niet langer van toepassing tijdens het GRG.

PROCEDURE

Psychiaters van afdeling ‘De Bedding’, een opname-afdeling, beoordeelden wekelijks of er nieuwe patiënten opgenomen waren die voor het GRG in aanmerking kwamen. De psychiater beoordeelde of de patiënten met een hoofd-diagnose depressieve stoornis, in staat waren om vragenlijsten in te vullen en een gesprek te voeren. Daarnaast was het van belang dat iemand lang genoeg opgenomen zou blijven om het proces te kunnen doorlopen. Vervolgens besprak de eerstverantwoordelijke behandelaar met de patiënt de mogelijkheid om aan het GRG deel te nemen. Na toestemming van de patiënt ontstond er contact tussen de patiënt en onderzoeker. Er vond een korte uitleg plaats en de patiënt ontving de vragenlijsten VGB en BDI-II-NL. Nadat de onderzoeker de vragenlijsten teruggekregen had, werd er een afspraak gemaakt voor een GRG. Bij aanvang van het GRG werd eerst aan de patiënt toestemming gevraagd voor anonieme deelname voor wetenschappelijk onderzoek. Wanneer de patiënt akkoord was, vulde deze een toestemmingsverklaring in. Het GRG werd afgenomen tijdens een afspraak van 60 minuten. Na het GRG kreeg de patiënt evaluatieformulier één (zie vervolg) mee. Drie weken later, als patiënten dan nog opgenomen waren, ontvingen zij evaluatieformulier twee (zie vervolg). Een week na het GRG werd er nog een korte afspraak gemaakt om de samenvatting en conclusie van het GRG met patiënt te delen en kreeg de patiënt de keuze om het onderzoeksverslag wel of niet te ontvangen. Het merendeel van de geloofsrelatiegesprekken zijn gevoerd door de eerste auteur, twee gesprekken zijn door collega’s uitgevoerd. Het totale proces duurde per patiënt ongeveer 4 tot 7 weken.

MEETINSTRUMENTEN

Om inzicht te krijgen in de mate waarin en manier waarop het GRG geleid heeft tot inzicht in het eigen godsbeeld, openheid ten aanzien van het eigen (on) geloof, en de impact van het GRG op het vervolgtraject, zijn twee evaluatieformulieren opgesteld door de auteurs van dit artikel. De eerste vragenlijst bestaat uit zes meerkeuzevragen met drie antwoordopties. De opties betreffen een positief antwoord in de vorm van ‘ja’ of ‘nauwelijks’, een negatief antwoord in de vorm van ‘nee’ of ‘ik ervoer het verschil in geloofsopvatting als een probleem’. Bij de meerkeuzevragen was er ruimte voor het geven van een extra toelichting. Bijvoorbeeld de vraag: ‘Ervoer je een verschil in geloofsopvattingen met de hulpverlener tijdens het geloofsrelatiegesprek?’ Hierbij werd de aanvullende vraag gesteld: ‘Wanneer ervoer je eventuele verschillen in geloofsopvattingen als een probleem?’ Er was ook een open vraag: ‘Wat was voor jou het meest belangrijk in het geloofsrelatiegesprek?’

De tweede vragenlijst is gericht op het traceren van de impact van het GRG op contact met anderen, godsbeeld en religieuze activiteiten. Deze vragenlijst bestaat uit acht vragen. Deze vragenlijst heeft eveneens de vorm van meerkeuzevragen met mogelijkheid voor toelichting. Een open vraag aan het einde van de lijst geeft deelnemers de mogelijkheid op te schrijven wat zij nog kwijt willen.

Om zicht te krijgen op het godsbeeld van de patiënt is voorafgaand aan de afname van het GRG de VGB ingevuld. Deze vragenlijst is in het Nederlands vertaald en aangepast (Schaap-Jonker et al., 2008; Schaap-Jonker & Eurelings-Bontekoe, 2009). De oorspronkelijke versie is ontwikkeld door Murken (1998). Recent is de vragenlijst verder aangepast om het instrument nog doelmatiger te maken (Schaap-Jonker et al., 2016). De vragenlijst vraagt naar gevoelens die mensen ervaren in de relatie met God en naar de wijze waarop mensen Gods handelen beoordelen. De dimensie ‘gevoelens in relatie met God’ bestaat uit drie schalen en zeventien vragen. De verschillende schalen zijn ‘positieve gevoelens’, ‘angst’ en ‘boosheid’. De tweede dimensie ‘waarnemen van Gods handelen’, vraagt naar cognitieve aspecten van het godsbeeld. Deze dimensie bestaat uit zestien vragen,

eveneens verdeeld over drie schalen. De schalen zijn: ‘ondersteunend handelen’, ‘heersend/straffend handelen’ en ‘passiviteit van God’. De psychometrische eigenschappen zijn voldoende tot goed (Schaap-Jonker et al, 2016; Sharp et al., 2019). Er zijn normatieve gegevens voor psychiatrische patiënten en niet-patiënten en normgroepen voor verschillende kerkelijke

Verlatenheid in de ervaren relatie met God is een belangrijk thema onder depressieve patiënten

groeperingen. Mensen die lid zijn van een bepaalde kerkelijke denominatie kunnen zo met hun eigen groep worden vergeleken (Schaap-Jonker & Eurelings-Bontekoe, 2009). Alle antwoorden worden gescoord op een vijfpuntschaal, variërend van ‘helemaal niet van toepassing’ tot ‘helemaal van toepassing’.

Gelijktijdig met de VGB werd ook BDI-II-NL afgenomen om de ernst van de depressieve stoornis in kaart te brengen. De BDI-II is een zelfrapportagevragenlijst voor depressieve klachten. Deze vragenlijst is oorspronkelijk ontwikkeld door Beck, Ward, Mendelson, Mock en Erbauch (1961) en later aangepast aan de hand van de DSM-IV (Beck et al., 1996). De vragenlijst bestaat uit 21 vragen, welke vragen naar affectieve, cognitieve en somatische kenmerken van een depressie. Per symptoom worden er vier uitspraken beschreven. De beschrijvingen variëren van de afwezigheid van een symptoom (bijvoorbeeld: ‘ik voel me niet verdrietig’) tot de aanwezigheid van een symptoom in ernstige mate (bijvoorbeeld: ‘ik ben zo verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer kan verdragen’). Aan elke uitspraak wordt een waarde toegekend van nul tot drie om de mate van ernst aan te geven. De totale score bestaat uit de optelsom van scores en is een ernstmaat van depressieve klachten. De betrouwbaarheid heeft in verschillende onderzoeken een Cronbach’s alpha van .90 en is daarmee hoog (Beck et al., 1996; Evers et al., 2005; Osman et al., 1997; Van der Does, 2002).

ANALYSE

Alle scores van de evaluatieformulieren zijn verwerkt in een databestand. De frequenties van de meerkeuze antwoorden zijn berekend, evenals de gemiddelden van de variabelen 'leeftijd' en 'ernst depressie'. De antwoorden op open vragen zijn vervolgens in tabellen gezet en onderworpen aan een kwalitatieve analyse. Hierbij werden kernwoorden gelabeld en gecategoriseerd door codes toe te kennen. Ten slotte is hierop een frequentieanalyse uitgevoerd (Boeije, 2016; Krippendorff, 2018).

RESULTATEN

INZICHT IN EIGEN GODSBEELD NA AFLOOP VAN GRG

Krijgen deelnemers meer helderheid over hun eigen godsbeeld? De ruime meerderheid geeft aan dat dit het

geval is (17 van 23). Dertien van de zeventien deelnemers proberen te verwoorden waarover zij meer helderheid hebben gekregen. Meerdere deelnemers geven aan dat zij zich meer bewust zijn geworden van wat zij voelen en denken wanneer zij hun aandacht op God richten (7). Ook geven deelnemers aan dat zij zich meer bewust zijn geworden hoe zij met hun eigen gevoelens en gedachten omgaan wanneer ze met God bezig zijn (3), en dat zij zich meer bewust zijn geworden van de veranderingen van hun godsbeeld gedurende hun leven (4).

MATE VAN OPENHEID TEN AANZIEN VAN EIGEN (ON)GELOOF

Voelen deelnemers zich gesteund en begrepen in hun vragen tijdens het geloofsrelatiegesprek? Bijna alle deelnemers (21 van 23) hebben zich begrepen ge-

Tabel 2

Uitkomst evaluatie één, afname na afloop GRG

ITEM	ANTWOORD	AANTAL	EEN VOORBEELD VAN EEN AANVULLENDE OPMERKING
MEER HELDERHEID OVER EIGEN GODSBEELD	JA	17	'IK BEN ME MEER BEWUST GEWORDEN VAN MIJN ANGSTEN RONDOM GELOOF' 'OOK KWAM IK ER ACHTER DAT IK ME VASTHOUD AAN EEN BEPAALD BEELD VAN GOD OMDAT IK HET ANDERS BEST ENG ZOU KUNNEN VINDEN'
	NEE	6	'IK HEB VOORAL MIJN EIGEN GEDACHTEN EN GEVOELENS GEDEELD'
BEGREPEN VOELEN	JA	21	'IK VOELDE ME GESTEUND, VOORAL WAT HET GESPREK OPRIEP AAN GEVOELENS EN GEDACHTEN'
	NEE	2	'IK HEB GEEN GEESTELIJKE VRAGEN GESTELD'
OPMERKEN VAN VERSCHIL	JA	3	'IK HEB WEL VERSCHIL GEMERKT MAAR HEB DAT NIET ALS EEN PROBLEEM ERVAREN'
	NEE	20	'MISSCHIEN WAREN ER WEL VERSCHILLEN MAAR DEZE KWAMEN NIET TER SPRAKE'
HELDERHEID INTEGRATIE	JA	13	'IK KAN HET NIET BESCHRIJVEN MAAR IK ERVAAR HET GESPREK ALS EEN BEGIN DAT MISSCHIEN HOOPVOLLER ZOU KUNNEN WORDEN'
	NEE	9	'IK WIL GRAAG MEER AANDACHT VOOR HET VERBAND TUSSEN GEESTELIJKE STRIJD EN PSYCHISCHE STRIJD'
INVLOED PASTORAAL CONTACT	JA	15	'ER ZIJN VRAGEN EN BEVINDINGEN NAAR BOVEN KOMEN DRIJVEN DIE IK NOG WEL VERDER MET MIJN PREDIKANT WIL BESPREKEN'
	NEE	7	'IK HEB EIGENLIJK NOOIT PASTORALE ONDERSTEUNING ERVAREN MAAR IK ZOU DAT WEL FIJN VINDEN'
VERVOLG GEVEN	JA	16	'HET IS VOOR MIJ BELANGRIJK OM DE WIL VAN GOD TE ZOEKEN'
	MISSCHIEN	5	'BEN NOG BEZIG OM EEN MANIER TE VINDEN WAT IK HIERMEE KAN / MOET'
	NEE	1	GEEN TOELICHTING

voeld. Wanneer er wordt ingezoomd op de redenen die deelnemers noemen waardoor zij zich begrepen en of gesteund hebben gevoeld, dan noemen zij de verschillende onderdelen van het GRG die aan bod zijn gekomen (7). Aandacht voor gevoelens, gedachten en vragen wordt het vaakst genoemd. Eén keer wordt de aandacht voor de geschiedenis van het godsbeeld benoemd als datgene waardoor iemand zich begrepen voelde. Andere redenen die deelnemers noemen zijn specifieke gesprekstechnieken van de hulpverlener (5).

Leidt het GRG tot de ervaring het geloof met hulpverleners te kunnen bespreken, ook als er sprake is van verschillende theologische kaders? Geen enkele deelnemer heeft aangegeven dat het verschil in geloofsopvatting werd opgemerkt of dat dit een probleem was. De meerderheid merkte geen verschil op in geloofsopvatting (20 van 23). Het is opvallend dat bij de vraag naar mogelijk ervaren verschil in geloofsbeleving, er maar zeven schriftelijke reacties worden gegeven. Inhoudelijk werd er niet meer beschreven dan was aangekruist op de meerkeuzevraag. Bij de overige vragen op evaluatie één werden er dertien tot negentien aanvullende reacties op de meerkeuzevragen gegeven.

Heeft het GRG invloed op het contact met het pastoraat? De meeste deelnemers geven aan dat het GRG invloed heeft of gaat krijgen op het pastoraal contact (15 van 22). Twee positieve redenen worden genoemd. Deelnemers (3) noemen dat zij door het GRG hun gevoelens en gedachten in de relatie met God meer helder hebben gekregen waardoor zij deze in het pastoraat beter kunnen benoemen. Een ander thema dat naar voren komt is dat deelnemers (2) tijdens het GRG zich bewust zijn geworden van vragen die ze graag in het pastoraat verder zouden willen bespreken. Zeven deelnemers denken dat het GRG geen invloed heeft op het pastoraal contact. Sommigen van deze zeven deelnemers twijfelen of zij de inhoud van het GRG gaan inbrengen in een pastoraal contact ('hierin heb ik nog geen beslissing genomen voor mezelf') of hebben überhaupt geen contact met pastoraat. Er zijn ook deelnemers die wel een pastoraal contact zouden willen maar niet weten wie ze kunnen benaderen. Hierdoor is het onduidelijk wat het GRG met het pastoraal contact zou doen als dit er zou zijn.

EVENTUELE IMPACT VAN HET GRG OP EEN VERVOLG IN PASTORAAT EN/OF BEHANDELING

Op de vraag of deelnemers meer duidelijkheid hebben gekregen op welke wijze geloof een plaats zou kunnen krijgen in een vervolgbehandeling, zijn de antwoorden divers. Globaal komen er drie verschillende thema's naar voren. Enkele deelnemers (3) geven vooral het effect aan van het bespreken van het geloof. Het bespreken van het persoonlijk geloof genereert hoop en steun en daardoor zouden zij geloof ook in een vervolgbehandeling willen bespreken. Ook geven een aantal deelnemers (3) aan dat zij door het GRG stilgezet zijn bij de mate waarin ze op God vertrouwen. Zij willen het vertrouwen op God bespreken in een vervolgbehandeling. Het vaakst schrijven deelnemers (6) dat zij iets willen met de verhouding psyche en geloof. Wat ze daar dan mee willen is divers. Twee van de zes verwachten van de hulpverlener dat deze de geloofstaal zeer serieus neemt, omdat ze vinden dat het geloof de kern is van hun psychische problema-

Tien van de dertien deelnemers geven aan dat het GRG leidde tot een verandering in de frequentie van bidden, Bijbellezen en kerkgang

tiek. Wanneer het daar niet over gaat, hebben zij het idee dat er niet aan hun probleem wordt gewerkt. Vier van de zes zoeken naar integratie of verbinding tussen geloof en psychische problemen. Dit kan zowel op rationeel vlak gestalte krijgen ('wat is het verband tussen geestelijke strijd en psychische problematiek') als meer persoonlijk, door het bespreken van de persoonlijke verhouding tot God ('dat je over het gebed praat, bijvoorbeeld welke gevoelens en gedachten je weghoudt voor God in het gebed, (cursivering GM) helpt om geloof een plaats te geven in je depressie').

Ook is aan de deelnemers gevraagd of zij denken dat zij een vervolg gaan geven aan het GRG. Wanneer er gekeken wordt naar de antwoorden die gegeven

worden als een mogelijk vervolg, dan wordt het contact zoeken of verdiepen met een predikant of voorganger het vaakst genoemd (5), toename van religieus gedrag zoals bidden en kerkgang (2), meer contact zoeken met anderen om samen te bidden of te praten over geloof (2), meer stilstaan bij eigen gevoelens (2), meer bij eigen geloof stilstaan (2) of er wel iets mee willen maar nog niet goed weten wat (2).

Ten slotte werd aan deelnemers de volgende open vraag gesteld: ‘Wat was voor jou het meest belangrijk tijdens het geloofsrelatiegesprek?’ Negentien deelnemers hebben een reactie op deze vraag geformuleerd. Enkele deelnemers (3) benoemen het delen wat hen dwars zat als het meest belangrijk: ‘Mijn bekentenis en worsteling met de zonden van vele jaren’. Voor enkelen is het feit dat er überhaupt over geloof gepraat kon worden het meest belangrijk (3). De meeste deelnemers noemen inzicht (9) en bewustwording (9) als meest belangrijke onderdelen van het GRG. Een voorbeeld van een inzicht dat wordt benoemd is: ‘dat ik het geloof niet voel en dat dit niet hoeft te betekenen dat het er niet is’ of ‘dat ik inzag dat mijn gevoel los staat van de waarheid die in de Bijbel staat, dat ik mij meer op het Woord mag richten’. Voorbeelden die benoemd worden bij bewustwording zijn ‘het besef dat ik boos ben op iedereen’ of ‘om onderwerpen te erkennen die pijnlijk zijn, die ik altijd weggeschoven had’. De laatste categorie die van belang lijkt te zijn in het GRG is de bejegening door de therapeut (2): ‘De vriendelijke toenadering van de therapeut waardoor het gesprek laagdrempelig was.’

VRAGENLIJST TWEE: IMPACT VAN HET GRG NA DRIE WEKEN

De meeste deelnemers die na drie weken een vervolgevaluatie hebben ingevuld, geven aan dat zij met anderen over geloof hebben gesproken na het GRG (11 van 13). Drie deelnemers (ja) en vijf deelnemers (een beetje) geven aan dat zij door het geloofsrelatiegesprek meer met anderen hebben gesproken over wat zij voelen en denken in het contact met God. Drie deelnemers zouden na het GRG wel met anderen over het geloof willen praten maar hebben dit niet gedaan. Twee deelnemers bespraken hun relatie met God al met anderen en de frequentie is vergelijkbaar gebleven. Eén deelnemer geeft aan geen behoefte te hebben aan het bespreken van diens relatie met God met anderen. Wanneer er wordt gekeken met wie de patiënten hun relatie met God bespreken, dan wordt familie het vaakst genoemd (9). Vervolgens worden professionals van Eleos genoemd (7), predikant/voorganger/pastoraal contact (6), anderen uit de geloofsgemeenschap (3), vrienden (2), kennissen (1) en overig (1).

Ook is gevraagd of deelnemers door het GRG andere gevoelens en gedachten hebben gekregen bij hun godsbeeld. Twaalf van de dertien deelnemers geven aan dat zij anders zijn gaan denken door het GRG. Wanneer er wordt gekeken naar wat er precies veranderd is, dan beschrijven vijf deelnemers expliciet dat hun godsbeeld is veranderd. Twee deelnemers geven aan dat zij hun gedachten beter kunnen relativeren. Wat zij beter kunnen relativeren wordt niet duidelijk. Wellicht bedoelen zij dat hun gedachten samenhangen met hun psychische

Tabel 3
Uitkomst evaluatie twee

ITEM	AANTAL	VOORBEELD VAN EEN AANVULLENDE OPMERKING
MEER MET ANDEREN OVER GOD GESPROKEN NA GRG	8	‘BESPROKEN BIJ CREA (N.A.V. WERKSTUK), MET MENTOR EN BIJ PASTORAAL BEZOEK’
ANDERS OVER DE HEERE GOD GAAN DENKEN	12	‘EERST WAREN (EN ZIJN) MIJN GEDACHTEN DAT DE HEERE VERTOORND OP MIJ IS EN TERECHT. NU DENK IK DAT DE HEERE IN ZIJN TOORN TOCH GENADIG KAN ZIJN.’
TOENAME GELOOFSPRAKTIJK DOOR GRG	10	‘IK BEN BEWUSTER OM GEGAAN MET BIDDEN/ BIJBELLEZEN EN HET LUISTEREN NAAR MUZIEK’

problematiek en niet alleen vanuit de theologie gevoed worden (depressieve gedachten zijn geen theologische waarheden). Twee deelnemers benoemen dat zij door het GRG meer over het geloof zijn gaan piekeren en daar moeilijk van kunnen loskomen.

Tien van de dertien deelnemers geven aan dat het GRG leidde tot een verandering in de frequentie van bidden, Bijbellezen en kerkgang. Toename van bidden (6) wordt het vaakst genoemd. Daarna volgt toename van luisteren naar liederen (4), toename Bijbellezen (3) en toename kerkgang (3).

Bij de laatste vraag kunnen deelnemers opschrijven wat ze nog kwijt willen. Hier komen opmerkingen langs als: 'Ik vond het best een moeilijk gesprek, maar het gaf me wel bewustwording en overzicht waardoor ik er nu bewuster mee omga' of bijvoorbeeld 'Het heeft veel inzicht gegeven; ik vond het fijn over deze onderwerpen te spreken, ook al was het tegelijkertijd heel moeilijk. Van mij had er nog wel meer aan bod mogen komen. Er zijn zoveel dingen binnen het geloof waar ik mee worstel. Dankjewel voor het begrip en de steun'. Twaalf van de dertien deelnemers hebben een laatste reactie gegeven.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Over het algemeen blijkt dat het GRG bij de onderzochte groep leidt tot het verkrijgen van meer inzicht in het eigen godsbeeld. Daarbij voelen patiënten zich begrepen ten aanzien van R/S in het behandelcontact. Verschil in religieuze achtergrond van behandelaar en patiënt wordt in het GRG niet als een probleem ervaren. Het GRG geeft een aanzet tot verdiepend contact in het pastoraat en motivatie om verder aan de slag te gaan met het eigen geloofsleven. Op de evaluatie na drie weken geven meerdere patiënten aan dat zij meer over geloof zijn gaan spreken en een verandering van geloofsbeleving hebben doorgemaakt. Ook zeggen patiënten dat er verandering is opgetreden in religieus gedrag: ze ondernemen meer religieuze activiteiten. Meerdere patiënten hebben na het GRG nog steeds moeite om te zien hoe geloof verweven kan zijn met de psychologische behandeling. Zij zien uit zichzelf niet hoe geloof meegenomen kan worden in de gekozen behandelkaders. Voor velen is het wel een

wens om het geloof te integreren in de vervolgbehandeling. Voor verdere integratie van geloof in een psychologische behandeling is een vervolggesprek nodig met de hulpverlener. Concluderend kan op basis van de resultaten van dit verkennende onderzoek gesteld worden dat het zinvol lijkt om het GRG in te zetten als diagnostisch instrument naar het godsbeeld om zo de beleefde relatie met God bespreekbaar te maken.

De resultaten van deze explorerende studie sluiten aan bij eerder onderzoek (Rose et al., 2001; Rosmarin et al., 2010; Rosmarin et al., 2015; Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2020; Weber & Pargament, 2014). In deze studies komt naar voren dat patiënten er de voorkeur aan geven om R/S thema's in de behandeling te bespreken. Opvallend genoeg geldt dat niet alleen voor gelovigen; ook een substantieel deel van de patiënten zonder religieuze overtuiging wil R/S bespreken in hun behandeling. Verhoudingsgewijs nemen patiënten in de ggz meer dan gemiddeld hun toevlucht tot religie, in de hoop dat dit hen helpt bij het omgaan met hun problemen (Rosmarin et al.,

Verhoudingsgewijs nemen patiënten in de ggz meer dan gemiddeld hun toevlucht tot religie, in de hoop dat dit hen helpt bij het omgaan met hun problemen

2013). Patiënten hebben de wens om uitleg te krijgen over de samenhang tussen R/S en hun psychische stoornis en/of het bespreken van hun geloofsworstelingen. De positieve resultaten van dit onderzoek vervullen mogelijk de leemte die in het onderzoek van Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al. (2020) tevoorschijn komt. Hun resultaten geven aan dat verschillende R/S behoeften in de huidige reguliere en christelijke ggz niet altijd volledig vervuld worden. Het gaat bij deze behoeften om uitleg over R/S en stoornis, gebed met een verpleegkundige, gesprekken over conflicten tussen R/S en behandeling, hulp bij het vinden van

een kerkelijke gemeente en afstemming tussen hulpverlening en predikant of voorganger. Met een GRG komen deze thema's aan bod en kan in een proces van *shared decision making* besproken worden hoe de integratie van R/S en behandeling verder vorm kan krijgen.

Een belangrijke behoefte die in het onderzoek van Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al. (2020) genoemd wordt, is het ervaren van de overeenkomst van R/S van een patiënt met zijn of haar hulpverlener. In dit onderzoek kwam deze behoefte niet naar voren. Mogelijk hebben patiënten in deze studie zich dermate goed gezien en begrepen gevoeld dat het wel of niet overeenkomen van de R/S tussen patiënt en therapeut geen issue meer is. In dat geval is het GRG inderdaad een methodiek waarbij de patiënt zich serieus genomen voelt binnen het eigen religieus kader, en de hulpverlener zich vrij kan blijven voelen om vanuit therapeutische kaders de behandeling vorm te geven.

In deze studie is ervoor gekozen om uitsluitend christelijke, klinische patiënten te includeren met een depressieve stoornis als hoofddiagnose. Uit eerder onderzoek blijkt dat R/S problematiek bij patiënten met een depressie veelvuldig voorkomt (Abu-Raiya et al., 2015; Braam et al., 2010; Ellison & Lee, 2010; Exline et al., 2010). Het gaat niet alleen om een positief verband tussen depressieve klachten en geloofsworstelingen. Religie ondersteunt ook bij herstel. Er is aangetoond dat depressieve klachten bij gelovigen afnemen wanneer variabelen als religieuze toewijding, levensheiliging, religieuze ondersteuning en/of religieuze hoop toenemen (Abu-Raiya et al., 2015). Aangezien religie zowel een negatief als een positief effect kan hebben op depressieve klachten, is het zinvol om hier gericht op te interveniëren. Het GRG lijkt een positief effect te hebben op de genoemde variabelen. Verder zijn de geïncludeerde patiënten bij dit onderzoek, gelijkmatig verdeeld over verschillende protestantse denominaties. Dit wijst erop dat het GRG te gebruiken is voor een brede christelijke doelgroep.

Het GRG is een psychologische interventie die het godsbeeld belicht. Dit godsbeeld staat uiteraard niet los van de theologie die patiënten belijden, en daarom is het niet verwonderlijk dat zij het effect van het GRG

soms theologisch verwoorden. Opmerkelijk is dat patiënten niet overgaan op een andere theologische inhoud dan zij kennen, maar dat het wel meermalen gebeurt dat er opnieuw theologische inhoud gedacht en gevoeld kan worden die niet meer toegankelijk was. Latente aspecten worden door de interventie dus weer dominant, waardoor in een aantal gevallen het godsbeeld minder eenzijdig wordt en meer complex (Schaap-Jonker et al., 2017). Dit kan bijdragen aan verdere psychologische ontwikkeling.

BEPERKINGEN HUIDIG ONDERZOEK

Dit onderzoek is exploratief van aard en er werd gebruik gemaakt van zelfontworpen evaluatieformulieren. De steekproef heeft een relatief kleine omvang en een controlegroep is afwezig. Het is niet te controleren of de veranderingen in gedrag bij het tweede meetmoment zijn veroorzaakt door het GRG of door andere factoren. Om de effecten van het GRG in kaart te brengen, is er in de toekomst uitvoeriger onderzoek nodig, bij voorkeur met gevalideerde evaluatie-instrumenten en een controlegroep.

Tevens zijn er alternatieve verklaringen te noemen voor de gevonden resultaten. Positieve uitkomsten kunnen mogelijk (deels) veroorzaakt worden door cognitieve dissonantie: patiënten hebben zich open gesteld voor het GRG en door deze 'commitment' zullen zij mogelijk eerder geneigd zijn om de interventie positief te waarderen (en daarmee dus cognitieve dissonantie voorkomen). Daarnaast kan sociale wenselijkheid een rol gespeeld hebben: de evaluatieformulieren zijn meestal verstrekt door de onderzoeker die het GRG heeft afgenomen, en patiënten hebben mogelijk de neiging gehad om in te vullen wat zij denken dat de onderzoeker wil horen. Andere variabelen zijn in de toekomst nodig om het risico op cognitieve dissonantie en sociale wenselijkheid te ondervangen. Bij deze studie zijn de meeste patiënten onderzocht door dezelfde onderzoeker (eerste auteur van dit artikel). Bij vervolgonderzoek is het zinvol om te onderzoeken of deze interventie vergelijkbare resultaten geeft bij verschillende onderzoekers/ interviewers. Zijn de gevonden effecten resultaat van de onderzochte interventie of spelen specifieke therapeutvariabelen mogelijk een significante rol?

AANBEVELINGEN

AANBEVELINGEN VERVOLGONDERZOEK

Deze exploratieve studie is uitgevoerd met een kwalitatief design bij een kleine en specifieke patiëntengroep. Het is zinvol om het effect van het GRG ook te onderzoeken bij patiënten met andere hoofddiagnoses zoals een angststoornis of een persoonlijkheidsstoornis. Bij grotere aantallen respondenten is het ook mogelijk om te onderzoeken in hoeverre de aard en ernst van de problematiek, alsook persoonlijke kenmerken als kerkelijke achtergrond, leeftijd of geslacht, een rol spelen in de evaluatie en het effect van het GRG.

Vervolgonderzoek kan zich ook richten op de waarde van de informatie die verkregen wordt tijdens afname van het GRG voor psychodiagnostiek. In hoeverre het GRG leidt tot diagnostische kennis bij behandelaren en op welke wijze deze diagnostische kennis ingezet wordt dan wel gebruikt kan worden in de behandeling van de psychiatrische problematiek zijn relevante vragen in dit verband. In het GRG wordt namelijk informatie vergaard rondom godsbeeld, beeld van anderen en zelfbeeld met een koppeling naar vroeger verzorgers. De vraag is in hoeverre met het GRG de kern van de problematiek van de patiënt scherp gesteld kan worden. Mocht dit mogelijk zijn, dan kan het GRG andere instrumenten vervangen en gaat het uitvoeren van diagnostiek samen met het geven van een aanzet voor de integratie van R/S en behandeling. Tevens kan het zinvol zijn om te onderzoeken of het implementeren van het GRG en het daaruit voortvloeiend behandelplan effect heeft op het behandelresultaat en de patiënttevredenheid.

De doelgroep van dit onderzoek is specifiek, alle deelnemers voelen zich verbonden met het christelijk geloof. In hoeverre dit onderzoek te generaliseren is naar andere monotheïstische godsdiensten vraagt verder onderzoek. In hoeverre dit onderzoek ook uit te breiden en nuttig is voor agnosten en/of atheïsten vraagt een nieuwe exploratieve studie. Wanneer in elk godsbeeld diagnostische informatie ligt opgeslagen, lijkt verdere exploratie zinvol.

KLINISCHE AANBEVELINGEN

Het GRG lijkt een relevante interventie voor christe-

lijke patiënten met een ernstige depressieve stoornis en mogelijk ook voor andere doelgroepen in de ggz.

Het verdient aanbeveling om hulpverleners te trainen in het voeren van het GRG. Inmiddels is een e-learning beschikbaar waarin hulpverleners stap voor stap bij de hand worden genomen om het GRG te leren kennen. Hierbij is het eerste doel om als hulpverlener zicht te krijgen op eigen geloofsontwikkeling en godsbeeld. Het kunnen hanteren van eigen gevoelens en gedachten rondom religie zijn belangrijk wanneer geloof van patiënten ter sprake komt (Hegger, 2020; Schreurs, 2012).

Zowel in relaties tussen mensen als in de beleefde relatie met God gaat het mensen om zichzelf kunnen zijn in verbondenheid. Alhoewel de geloofsrelatie uniek is (Pargament, 2013), zijn er vergelijkbare hechtingsmechanismen in de beleefde relatie met God als tussen mensen (Granqvist, 2020). Wanneer de hechtingsproblematiek in beide typen relaties vergelijkbaar zijn dan kan zowel de beleefde relatie met God of de relatie tussen mensen, startpunt zijn van de behandeling. Wanneer de patiënt lijdt onder de beleefde relatie met God en deze problematiek op de voorgrond staat – en voor sommige patiënten is dat zo – is het raadzaam om hier bij het begin van de behandeling ruimte voor te maken. Immers, therapeutische en spirituele doelen hebben veel overeenkomsten (Schreurs, 2012; Verhagen & Schreurs, 2018).

REFERENTIES

- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, 25(5), 1265–1274. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1163-8>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Boom uitgevers Amsterdam.

- Braam, A. W. (2009). Religion / spirituality and mood disorders. In P. Huguelet & H. G. Koenig. *Religion and spirituality and psychiatry* (pp. 97-113). Cambridge University Press.
- Braam, A. W., Schrier, A. C., Tuinebreijer, W. C., Beekman, A. T. F., Dekker, J. J. M., & De Wit, M. A. S. (2010). Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: a comparison between native Dutch citizens and Turkish, Moroccan and Surinamese / Antillean migrants. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 269-278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.116>
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S. E., & Worthington, E. L., Jr. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938-1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
- Cortina, M., & Liotti, G. (2007). New approaches to understanding unconscious processes: Implicit and explicit memory systems. *International Forum of Psychoanalysis*, 16(4), 204-212. <http://dx.doi.org/10.1080/08037060701676326>
- Eleos. (2014). *Gelovig in gesprek: Onderzoek naar het functioneren van het geloof in de hulpverlening binnen Eleos*. Uitgave in eigen beheer.
- Ellison, C. G., & Lee, J. (2010). Spiritual struggles and psychological distress: Is there a dark side of religion? *Social Indicators Research*, 98(3), 501-517. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9553-3>
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2005). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2005/01 (COTAN)*. Boom test uitgevers.
- Exline, J. J. (2013). Religious and spiritual struggles. In K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (vol 1: Context, theory, and research)* (pp. 459-475). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14045-025>
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208-222. <https://doi.org/10.1037/a0036465>
- Fulford, K. W. M. (2010). Linguistic analyses and values based practice: One way of getting started with some kinds of philosophical problems at the interface between psychiatry and religion. In P. J. Verhagen, H.M. van Praag, J. J. López-Ibor, J. L. Cox, & D. Moussaoui (Eds.), *Religion and Psychiatry Beyond Boundaries*. Wiley-Blackwell.
- Glas, G. (2009). De religieuze anamnese. *Psyche & Geloof*, 20(3-4), 220-229. <https://www.psychegeloof.nl/editions/psyche-geloof-20-2009-3>
- Granqvist, P. (2020). *Attachment in religion and spirituality: A wider view*. Guilford Press.
- Harris, K. A., Randolph, B. E., & Gordon, T. D. (2016). What do clients want? Assessing Spiritual Needs in Counseling: A Literature Review. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(4), 250-275. <https://doi.org/10.1037/scp0000108>
- Hegger, A. (2020). Psychiatrie en religie. Enkele reflecties uit de praktijk van overdracht en tegenoverdracht. *Psyche & Geloof*, 31(4), 198-209. <https://www.psychegeloof.nl/editions/psyche-geloof-31-2020-4>
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Koninklijke Van Gorcum.
- Johnson, E. L. (Ed.), Myers, D. G., Stanton, L. J., Roberts, C., Watson, P. J., Coe, J. H, Hall, T. W., & Powlison, D. A. (2010). *Psychology and Christianity: Five Views*. IVP Academic.
- Jongkind, M., Van den Brink, B., Schaap-Jonker, H., Van der Velde, N., & Braam, A.W. (2019). Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicidal ideation in depressed, religiously affiliated patient. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 505-519. <https://doi.org/10.1111/sltb.12456>
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). University Press.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Sage Publications.
- Moriarty, G. L., & Davis, E. B. (2012). Client God images: Theory, research, and clinical practice. In J. Aten, K. O'Grady, & E. Worthington, Jr. (Eds.), *The psychology of religion and spirituality for clinicians* (pp. 131-160). Routledge.

- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung*. Waxmann.
- Osman, A., Downs, W. R., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Gutierrez, P. M., & Chiro, C. E. (1997). Factor Structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory – II. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19(4), 359–375.
- Pargament, K. I. (2013). Searching for the sacred: Toward a non-reductionistic theory of spirituality. In K. I. Pargament (Ed.-in-Chief), J. J. Exline & J. Jones (Assoc. Eds.), *APA handbooks in psychology: APA handbook of psychology, religion, and spirituality: Vol 1. Context, theory, and research* (pp. 257–274). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14045-014>
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N., Magyar, G. M., & Ano, G. G. (2005). Spiritual struggle: A phenomenon of interest to psychology and religion. In W. R. Miller & H. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change* (pp. 245–268). APA Books.
- Reineke, J.M. & Goodman, D.M. (2017). Introduction. In J.M. Reineke & D.M. Goodman (Eds.), *Ana- Maria Rizzuto and the psychoanalysis of religion: The Road to the living God* (pp. ix–xix). Lexington Books.
- Rose, E. M., Westefeld, J. S., & Ansely, T. N. (2001). Spiritual issues in counseling: clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 48(1), 61–71. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.1.61>
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., & Öngur, D. (2013). Religious coping among psychotic patients: relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research*, 210(1), 182–187. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.023>
- Rosmarin, D. H., Forester, B. P., & Shassian, D. M. (2015). Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1149–1153. <https://doi.org/10.1037/ccp0000046>
- 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(7), 799–808. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.014>
- 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. *Journal for the Psychology of Religion*, 26(2), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1080/10508619.2014.1003520>
- Schaap-Jonker, H., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2009). *Handleiding Vragenlijst Godsbeeld Versie 2*. Uitgave in eigen beheer.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Zock, H., & Jonker, E. R. (2008). Development and Validation of the Dutch Questionnaire God Image. *Mental Health, Religion and Culture* 11(5), 501–515. <https://doi.org/10.1080/13674670701581967>
- 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(4), 199–214. <https://doi.org/10.1080/10508619.2017.1382119>
- Schreurs, A. (2012). *Psychotherapie en spiritualiteit. Integratie van de spirituele dimensie in de therapeutische praktijk*. Koninklijke Van Gorcum.
- Sharp, C. A., Davis, E. B., George, K., Cuthbert, A. D., Zahl, B. P., Davis, D. E., Hook, J. N., & Aten, J. D. (2019). Measures of God representations: Theoretical framework and critical review. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/rel0000257>
- Stulp, H.P., Koelen, J., Glas, G. & Eurelings-Bontekoe, L. (2019). Construction and validation of an implicit instrument to assess God representations. Part 1: Associations between implicit and explicit God representation and distress measures. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 21(4), 273–308. <https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1489750>
- Van der Does, A. J. W. (2002). BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory–2nd edition. Harcourt Test Publishers.
- Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Schuhmann, C., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2018). The “religiosity gap” in a clinical setting:

- experiences of mental health care consumers and professionals. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(7), 737-752. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1553029>
- Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Westerbeek, G. Anbeek, C., & Braam, A. W. (2020). Conversations and Beyond, Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(7), 524-532. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001150>
- Verhagen, P. (2012). Religieuze of zingevinganamnese in het opleidingscurriculum. In P.J. Verhagen & H. J. G. M. van Megen (Red.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 515-526). De Tijdstroom uitgeverij.
- Verhagen, P. (2019). Psychiatry and Religion. *Controversies and Consensus: A Matter of Attitude*. Shaker Verlag.
- Verhagen, P., & Schreurs, A. (2018). Spiritual Life and Relational Functioning: A Model and a Dialogue. *Archive for the Psychology of Religion*, 40(6), 1-21. <https://doi.org/10.1163/15736121-12341353>
- Vieten, C., & Scammell, S. (2015). *Spiritual and religious competencies in clinical practice: Guidelines for psychotherapists and mental health professionals*. New Harbinger Publications.
- Visser, D., & Beldman, G. (2018). De behandeling van religieuze dwang. *GZ-psychologie*, 4, 25-29.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena—A Study of the First Not-Me Possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34(2), 89-97.

PERSONALIA

Gerda Mosterd-Pol MSc is psycholoog in opleiding tot psychotherapeut bij Eleos. Het correspondentieadres is: gerda.mosterd@eleos.nl

Drs. Matthias Jongkind is klinisch psycholoog a.i., trainer en supervisor vanuit eigen praktijk en docent aan de Universiteit Utrecht.

Nathan van der Velde MSc is werkzaam als GZ-psycholoog en onderzoeker bij Eleos.

Prof. dr. Hanneke Schaap-Jonker is rector van het Kennisinstituut Christelijke GGZ (Kicg) en bijzonder hoogleraar klinische godsdienstpsychologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.