

Hebben psychiatrische patiënten wezenlijk andere godsrepresentaties dan niet-patiënten?

HANNEKE SCHAAP-JONKER
Klinisch godsdienstpsycholoog

SAMENVATTING

Achtergrond: Hoewel empirisch onderzoek over het algemeen positieve verbanden laat zien tussen religie en spiritualiteit (R/S) en mentale gezondheid, zijn de relaties complex en gedifferentieerd voor verschillende subgroepen.

Doel: Vaststellen of en hoe representaties van God/ het goddelijke kwalitatief verschillen bij mensen met en zonder psychiatrische diagnose.

Methode: Met behulp van Item Respons Theorie (IRT) analyses is onderzocht welke verschillen in betekenis er zijn bij concrete gevoelens of percepties in relatie tot God. Met clusteranalyses is de samenhang tussen verschillende aspecten van godsrepresentaties bestudeerd en werden godsbeeldprofielen van psychiatrische patiënten en niet-patiënten vergeleken.

Resultaten: Op itemniveau verschilden bepaalde items in de betekenis die ze voor patiënten en niet-patiënten hadden. Daarnaast werd uitsluitend bij psychiatrische patiënten een negatief-autoritair type godsbeeld gevonden, naast de twee godsbeeldprofielen die ze gemeenschappelijk hadden met niet-patiënten.

Conclusies: Er zijn kwalitatieve verschillen in religie/ spiritualiteit tussen mensen met en zonder psychiatrische diagnose. Mentale gezondheid lijkt de interacties tussen verschillende aspecten van godsrepresentaties te modereren. De existentiële en/of religieuze problematiek van psychiatrische patiënten verdient aandacht van hulpverleners.

TREFWOORDEN religie, geestelijke gezondheid, godsrepresentatie, godsbeeld, psychiatrische stoornissen

INLEIDING

Zowel binnen de wetenschap als de klinische praktijk zijn relaties tussen religie en spiritualiteit (R/S) en mentale gezondheid de afgelopen jaren in toenemende mate in de belangstelling komen te staan. Zo is er meer aandacht voor de potentie van R/S om psychisch welbevinden te bevorderen of te schaden (Aten et al., 2012; Griffith, 2010; Koenig et al., 2012; Weber & Pargament, 2014). Hoewel empirisch onderzoek over

het algemeen positieve verbanden laat zien tussen R/S en mentale gezondheid, zijn de relaties complex en gedifferentieerd voor verschillende subgroepen. Deze relaties lijken gemodereerd te worden door aspecten van R/S, aspecten van mentale gezondheid en contextuele factoren (Granqvist, 2014), waarbij relationele aspecten van religie (zoals het geloof in een persoonlijke God) het meest consistent geassocieerd zijn met mentale gezondheid. Voor relationele aspecten van

mentale gezondheid (bijvoorbeeld aspecten van hechting) geldt hetzelfde. In mijn proefschrift (Schaap-Jonker, 2018) zijn representaties van God/ het goddelijke onderzocht in relatie tot mentale gezondheid, met als centrale vraag hoe en in hoeverre godsrepresentaties van mensen met een psychiatrische stoornis verschillen van de godsrepresentaties van mensen zonder psychiatrische diagnose. Op verzoek van de redactie geef ik in dit artikel een deel van dit proefschrift verkort weer.

GODSREPRESENTATIES

Godsrepresentaties (of godsbeelden) kunnen worden gedefinieerd als mentale representaties van de relatie met God of het goddelijke zoals waargenomen door het individu. Deze mentale representaties weerspiegelen de persoonlijke betekenis die God of het goddelijke

Zicht op iemands godsrepresentaties biedt inzicht in de betekenis van zijn of haar religieus gedrag en religieuze beleving

voor iemand heeft en laten zien wie God (of een hogere macht) voor iemand is – of deze persoon nu wel of niet in deze God/ het hogere gelooft, met God worstelt, twijfelt of anderszins. Godsrepresentaties kunnen gezien worden als kernaspect van R/S en hebben een groot verklarend vermogen: zicht op iemands godsrepresentaties biedt inzicht in de betekenis van zijn of haar religieus gedrag en religieuze beleving (Koenig et al., 2012 p. 308). In mijn proefschrift vormde een relationele metapsychologie het theoretisch kader.¹ Binnen dit perspectief wordt onderscheid gemaakt tussen een relationele en emotionele dimensie van godsrepresentaties (het godsbeeld in engere zin, dat niet alleen bewuste ervaringen en gevoelens in relatie tot God omvat, maar ook het impliciete en deels onbewuste begrip van God) en een conceptuele of cognitieve dimensie (het godsconcept, dat bestaat uit expliciete en bewuste overtuigingen over God die geleerd worden

binnen een proces van religieuze socialisatie (Davis et al., 2013; Hall & Fujikawa, 2013; cf. Rizzuto, 1979). Dit impliceert dat godsrepresentaties multidimensionele processen zijn waarin cognitieve en emotionele aspecten op een dynamische manier samenhangen (Davis et al., 2013; Hall & Fujikawa, 2013; Rizzuto, 1979). Anders gezegd: godsrepresentaties kunnen gezien worden als dynamische, context-sensitieve reconstructies in een connectionistisch geheugensysteem (Smith & Conrey, 2007), en afhankelijk van psychologische en contextuele factoren zijn afzonderlijke aspecten ervan dominant of latent (Rizzuto & Shafranske, 2013; Schaap-Jonker et al., 2007). Zo kunnen depressieve patiënten God meer als afwezig ervaren dan als helpende macht, en kunnen bij evangelische protestanten positieve gevoelens in relatie tot God sterker aanwezig zijn dan gevoelens van angst en boosheid.

GODSREPRESENTATIES EN MENTALE GEZONDHEID

Godsbeelden zijn bestudeerd in relatie tot een veelheid aan psychologische variabelen, zoals persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen (Greenway et al., 2003; Schaap-Jonker et al., 2002), zelfwaardering (Francis et al., 2001), depressie (Braam et al., 2014), autisme spectrum stoornis (Schaap-Jonker et al., 2013), seksueel misbruik (Kane et al., 1993), geluk en de beleving van pijn (Dezutter et al., 2010), alsook in de context van behandelinterventies (Cheston et al., 2003; Thomas, Moriarty, Davis & Anderson, 2011).² Over het algemeen blijkt psychopathologie samen te hangen met meer negatief gewaardeerde godsrepresentaties, wat steun biedt voor de zogenoemde *correspondentiehypothese*: het beeld van God correspondeert met het zelfbeeld en de manier waarop anderen ervaren worden (Braam et al., 2014; Greenway et al., 2003; Kirkpatrick, 2005; Schaap-Jonker et al., 2002; Schaap-Jonker et al., 2013;). Echter, er zijn ook mensen die lijden aan (ernstige) psychopathologie of persoonlijkheidsstoornissen en (daarnaast) een positief gekleurde spiritualiteit en/of positief gewaardeerde ervaringen in relatie tot God rapporteren (Bennett et al., 2013; Braam et al., 2014; Schaap-Jonker et al., 2013). Dit bevestigt de zogenoemde *compensatiehypothese*: God wordt juist als tegengesteld ervaren dan anderen, of de godsrepresentatie

fungeert als compensatie voor de zelfrepresentatie (Kirkpatrick, 2005).

DOEL VAN HET ARTIKEL

In dit artikel wordt niet zozeer onderzocht in hoeverre er kwantitatieve verschillen zijn in godsrepresentaties die gerelateerd zijn aan psychopathologie of mentale gezondheid (rapporteren psychiatrische patiënten bijvoorbeeld meer religieuze worstelingen en negatieve emoties in relatie tot God?), maar staat de vraag centraal of de godsrepresentaties van psychiatrisch patiënten wezenlijk anders zijn dan die van niet-patiënten. Zijn er kwalitatieve verschillen in de beleving van God/ het goddelijke van mensen met en zonder psychiatrische diagnose? Dit is op twee manieren onderzocht. In de eerste plaats is bestudeerd welke verschillen er zijn in de manier waarop patiënten en niet-patiënten rapporteren over concrete gevoelens of percepties in relatie tot God. In de tweede plaats is gekeken naar typen godsrepresentaties, waarbij de focus lag op de samenhang tussen verschillende aspecten van godsrepresentaties en de profielen binnen de psychiatrische groep vergeleken werden met de profielen van de mensen zonder psychiatrische diagnose. Om dit te kunnen onderzoeken, is de Vragenlijst Godsbeeld (VGB; Engels: *Questionnaire God Representations, QGR*) ontwikkeld en getest.

METHODE

VRAGENLIJST GODSBEELD (VGB)

De VGB is gebaseerd op Murken's *Skalen zur Gottesbeziehung* (Murken, 1998; Murken et al., 2011), die voor Nederland is ontwikkeld en onderzocht door Schaap-Jonker en collega's (2008) en inmiddels veel gebruikt wordt in Duitsland (Murken et al., 2011), België (Detzter et al., 2010), Nederland (naast bovengenoemde studies van Braam en collega's en Schaap-Jonker en collega's bijvoorbeeld Jongkind et al., 2019), het Verenigd Koninkrijk en Canada (Nguyen, 2014).

De lijst telt 33 items die verdeeld worden over twee dimensies. De dimensie 'gevoelens in relatie tot God/ het goddelijke' bestaat uit drie schalen, namelijk Positieve Gevoelens tegenover God (POS; 9 items), Angst tegenover God (ANG; 5 items) en Boosheid in relatie

tot God (BOO; 3 items). De tweede dimensie heeft betrekking op de wijze waarop het handelen van God of de werking van de goddelijke macht wordt waargenomen en kent drie schalen: Ondersteunend Handelen (OSH; 10 items), Heersend/ Straffend Handelen (HSH;

De vraag is: zijn er kwalitatieve verschillen in de beleving van God/ het goddelijke van mensen met en zonder psychiatrische diagnose?

4 items) en Passiviteit (PAS; 2 items). Passiviteit betekent dat God niet handelt. Antwoorden worden gescoord op een vijfpuntschaal, met 1 = helemaal niet van toepassing en 5 = helemaal van toepassing. Psychometrische eigenschappen zijn voldoende tot goed (Schaap-Jonker et al., 2008; Sharp et al., 2019) en normatieve data zijn beschikbaar voor psychiatrische patiënten en de algemene bevolking, en voor respondenten met een verschillende religieuze denominatie (Schaap-Jonker & Eurelings-Bontekoe, 2009). De VGB is het enige Nederlandstalige instrument voor het meten van positief en negatief gewaardeerde aspecten van religie met normeringsgegevens. Op basis van de resultaten van de IRT-analyses is een verkorte versie van de Vragenlijst Godsbeeld ontwikkeld, die gebruikt kan worden in (epidemiologische) survey studies (Schaap-Jonker et al., 2016). Er zijn aanwijzingen dat deze lijst bij psychiatrische patiënten niet alleen gevoelens en cognities meet die op een expliciet niveau aanwezig zijn, maar ook aspecten van de godsrepresentatie die op een impliciet niveau functioneren (Stulp et al., 2019).

ITEM RESPONS THEORIE ANALYSE: METHODE EN PROCEDURE

De Vragenlijst Godsbeeld (VGB) is onderzocht met Item Respons Theorie (IRT) analyses. Op deze manier kon onder meer vastgesteld worden of items over godsrepresentaties een kwalitatief andere betekenis hebben voor groepen die verschillen met betrekking tot geestelijke gezondheid.

KADER 1. TOELICHTING OP ITEM RESPONS THEORIE (IRT)

Item Respons Theorie (IRT) is op dit moment de dominante psychometrische theorie die gebruikt wordt voor de ontwikkeling en analyse van meetinstrumenten. Aan de basis ervan liggen statistische modellen die de relatie meten tussen de score van een persoon op een bepaald construct (de latente of onderliggende variabele), en de kans dat iemand een bepaalde antwoordcategorie kiest op elk item van dat construct. In tegenstelling tot de klassieke testtheorie en benaderingen die gebaseerd zijn op factoranalyse, geven IRT-modellen dus gedetailleerde informatie op item-niveau. Op deze manier kan meer inzicht verkregen worden in 1) het functioneren van afzonderlijke items, 2) de mate waarin een item gerelateerd is aan het onderliggende construct, en 3) het functioneren van individuele items binnen verschillende steekproeven. Met IRT-analyses kan een antwoord gevonden worden op vragen als: hoeveel psychometrische informatie levert een item? Wat is de informatiewaarde van een schaal? Hoe precies is de meting? In hoeverre worden binnen een steekproef alle antwoordcategorieën bij een item gebruikt? In hoeverre worden de antwoorden op een item beïnvloed door persoonskenmerken? Anders gezegd: hangt de manier waarop iemand een item beantwoordt samen met de steekproef waartoe diegene behoort?

In deze studie zijn 1.121 respondenten geïncludeerd. Zij namen deel aan een van de eerdergenoemde studies van Schaap-Jonker en collega's (Schaap-Jonker et al., 2007; 2008; Schaap-Jonker et al., 2013; *random sampling* binnen subgroepen van psychiatrische patiënten, en mensen die behoorden tot de algemene bevolking) of van Braam en collega's (Braam, Mooi, Schaap-Jonker, Van Tilburg, & Deeg, 2008; Braam, Schaap-Jonker, Mooi, Ritter, Beekman, & Deeg, 2008; community studie onder ouderen). Van hen waren 329 personen in behandeling in de ggz. Zij vormden de zogenoemde klinische (K) steekproef. 792 personen

behoorden tot de niet-klinische (NK) steekproef. Zij hadden geen psychiatrische diagnose en ontvingen geen behandeling of begeleiding binnen de ggz. Voor de kenmerken van beide steekproeven wordt verwezen naar het oorspronkelijke artikel (Schaap-Jonker et al., 2016).³ De meeste respondenten waren vrouw, van middelbare leeftijd, en behoorden tot een Protestantse denominatie. Gemiddeld genomen waren ze regelmatige kerkgangers voor wie religie een belangrijke rol speelde in hun leven. Alle respondenten vulden de VGB in (POS: $\alpha_{nk} = .94$, $\alpha_k = .94$; ANG: $\alpha_{nk} = .84$, $\alpha_k = .88$; BOO: $\alpha_{nk} = .70$, $\alpha_k = .75$; OSH: $\alpha_{nk} = .97$, $\alpha_k = .94$; HSH: $\alpha_{nk} = .84$, $\alpha_k = .78$; PAS: $\alpha_{nk} = .76$, $\alpha_k = .68$).

Om de IRT-analyses uit te voeren, maakten we gebruik van het programma IRTPRO 2.1 (Cai et al., 2011). Voor een beschrijving van alle analyses en hun resultaten verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel (Schaap-Jonker et al., 2016). In dit kader zijn met name de op IRT gebaseerde *Differential Functioning* (DF) analyses van belang, waarmee onderzocht wordt of items op dezelfde wijze functioneren in verschillende groepen (*measurement invariance*). Om DF op het spoor te komen, is een *Likelihood Ratio Test* (LRT; Thissen, Steinberg, & Wainer, 1988, 1993) uitgevoerd met een AOAA (all-others-as-anchors) benadering (Egberink et al., 2015). Hierbij zijn de ankeritems de invariante items. Zie voor een nadere toelichting het oorspronkelijke artikel. Omdat genoemde analyses uitgevoerd werden om te komen tot een verkorte versie van de VGB, zijn de twee VGB-schalen die minder dan vijf items omvatten in de DF analyses buiten beschouwing gelaten.

ITEM RESPONS THEORIE ANALYSE: RESULTATEN

Resultaten van de LRT-analyses met AOAA-benadering laten zien dat alle items van de schalen Angst en Heersend/ Straffend handelen niet-significante DF-items zijn ($p > .01$). Voor de schaal die Positieve Gevoelens meet geldt dit voor 7 van de 9 items. De items 'Als ik aan God denk, voel ik vertrouwen' en '... voel ik tevredenheid' hebben een verschillende betekenis voor de niet-klinische en klinische groep. Op de schaal Ondersteunend Handelen was er sprake van DF voor

de helft van de items. De items ‘God troost mij’, ‘geeft mij zekerheid’, ‘geeft mij kracht’, ‘laat mij groeien’ en ‘God is betrouwbaar’ functioneerden op een verschillende manier in de niet-klinische en klinische groep.

Er zijn dus verschillen tussen de twee groepen als het gaat om positieve gevoelens in relatie tot God en waarnemingen van Gods handelen als ondersteunend, wat niet alleen tot uiting komt in de hoogte van de schaalscores (Schaap-Jonker et al., 2008), maar ook in de manier waarop items samenhangen met de betreffende schaal. Deze verschillen kunnen geduid worden vanuit hun inhoud in relatie tot mentale gezondheid. Neem bijvoorbeeld het item ‘vertrouwen’: het is goed mogelijk dat psychiatrische patiënten dit item ervaren als het tegenovergestelde van wantrouwen, en wantrouwen is vaak diepgeworteld in hun psychische beleving, soms als gevolg van traumatische ervaringen in relaties met anderen. Niet-patiënten daarentegen kunnen vertrouwen meer als een afzonderlijke categorie ervaren, niet direct verbonden met het tegenovergestelde. Voor hen is het vaak minder moeilijk om anderen of God als ultieme Ander te vertrouwen dan voor psychiatrische patiënten. Voor het item ‘God troost mij’ kan iets vergelijkbaars gelden. Psychiatrische patiënten geven aan minder troost te ervaren in het religieuze domein dan niet-patiënten. Hun persoonlijke omstandigheden zijn vaak een worsteling, en regelmatig hopen ze op een ervaring van troost op een concrete manier, soms zelfs door een directe interventie van God. Voor niet-patiënten daarentegen is troost een minder urgente kwestie en minder van levensbelang. Troost heeft daardoor een abstracter karakter. In lijn hiermee kunnen de verschillen rond ‘God laat mij groeien’ geduid worden. Waar niet-patiënten kunnen denken aan zelfactualisatie (Maslow, 1943) of zelfrealisatie (Erikson, 1958), liggen deze thema’s voor psychiatrische patiënten vaak buiten blikveld en proberen zij in het leven van elke dag het hoofd boven water te houden en te *dealen* met hun stoornis. Vervolgonderzoek is nodig om deze interpretaties te toetsen.

TYPEN GODSREPRESENTATIES VANUIT EEN PERSOONSGERICHTE BENADERING

Alle studies die tot nog toe geciteerd zijn, werken vanuit een variabele-georiënteerde (en kwantitatieve)

benadering en onderzoeken afzonderlijke aspecten van godsrepresentaties in samenhang met andere variabelen. Hoe die verschillende aspecten geconfigureerd zijn en functioneren *binnen* individuen, blijft vrijwel altijd buiten beschouwing. Vanuit een multidimensioneel theoretisch perspectief op godsrepresentaties, zoals hierboven beschreven, is de vraag naar de onderlinge samenhang en het functioneren van verschillende aspecten van godsrepresentaties echter van groot belang, evenals de vraag naar de samenhang met mentale gezondheid. Daarom hebben we onderzocht hoe de verschillende aspecten van godsrepresentaties onderling samenhangen en functioneren bij individuen binnen

Psychiatrische patiënten geven aan minder troost te ervaren in het religieuze domein dan niet-patiënten

de klinische en niet-klinische groep en hoe verschillende typen godsrepresentaties geassocieerd waren met mentale gezondheid (Schaap-Jonker et al., 2017). Dit gebeurde vanuit een persoonsgeoriënteerde benadering, die verschillende subgroepen probeert te identificeren binnen een steekproef. Respondenten met vergelijkbare scorepatronen op de verschillende schalen van de VGB worden op zo’n manier geclusterd, dat de verschillen in scorepatroon binnen de subgroep minimaal zijn en tussen de subgroepen maximaal (Everitt et al., 2011).⁴

PROCEDURE

Data werden tussen 2010 en 2012 verzameld. Binnen twee ggz-instellingen ontvingen patiënten met een persoonlijkheids-, angst- of stemmingsstoornis een informatiebrief van hun hulpverlener. Dezelfde brief werd door de onderzoekers verspreid onder mensen uit de algemene bevolking die geen psychiatrische diagnose hadden. De brief bood informatie over het doel en de inhoud van het onderzoek en (voor patiënten) over het feit dat onderzoek en behandeling strikt gescheiden waren. Zie voor meer informatie over de

procedure het oorspronkelijke artikel (Schaap-Jonker et al., 2017).

Respondenten vulden de VGB in (zie toelichting hierboven. POS: $\alpha_k = 0.95$, $\alpha_{nk} = 0.94$; ANG: $\alpha_k = 0.88$, $\alpha_{nk} = 0.80$; BOO: $\alpha_k = 0.80$, $\alpha_{nk} = 0.61$; OSH: $\alpha_k = 0.95$, $\alpha_{nk} = 0.97$; HSH: $\alpha_k = 0.86$, $\alpha_{nk} = 0.90$; PAS: $\alpha_k = 0.72$, $\alpha_{nk} = 0.79$). Daarnaast werd de Nederlandse versie van de *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) afgenomen om meer inzicht te krijgen in hun gestemdheid gedurende de afgelopen twee weken (Watson et al., 1988). De schaal Positief Affect (PA, 10 items, $\alpha = 0.86$) geeft weer in hoeverre iemand zich enthousiast, actief, energiek en alert voelt. Negatief Affect (NA, 10 items, $\alpha = 0.90$) meet een algemene factor van subjectieve *distress*, waarbij hoog NA wijst op gevoelens van schuld, angst, vijandigheid, nervositeit, boosheid en walging. Een combinatie van hoge scores op NA en lage scores kenmerkt depressieve patiënten, terwijl een angststoornis geassocieerd is met hoog NA, maar geen duidelijke samenhang heeft met PA (Clark & Watson, 1991). De Nederlandse versie van de PANAS is een betrouwbare en valide maat voor het meten van gemoedstoestand. Normgroepen zijn beschikbaar voor niet-klinische en klinische groepen (Peeters et al., 1999).

CLUSTERANALYSES

Om verschillende typen godsrepresentaties te onderscheiden werd de VGB-data met behulp van clusteranalyses verdeeld in clusters van respondenten. Analyses werden voor de NK- en K groepen afzonderlijk uitgevoerd met gestandaardiseerde subschaalscores, omdat eerder gevonden was dat mentale gezondheid samenhang met verschillen in gemiddelden op de VGB-subschalen (Schaap-Jonker et al., 2008). Om te onderzoeken in hoeverre typen godsrepresentaties samenhangen met gemoedstoestand dan wel psychopathologie zoals gemeten met de PANAS werd een MANOVA uitgevoerd. Zie voor een methodische toelichting op deze analyses het oorspronkelijke artikel.

PARTICIPANTEN

Er waren 297 participanten in deze studie. De NK-groep bestond uit 161 deelnemers (zonder psychiatrische diagnose; 54,2%). 139 psychiatrische patiënten

(45,8%) vormden de K-groep (zowel opgenomen als ambulante patiënten). De belangrijkste hoofddiagnoses waren de volgende: persoonlijkheidsstoornis (PS) NAS (30; 22,1%), vermijdende PS (20; 14,7%), depressieve stoornis (16; 11,8%), angststoornis (10; 7,4%). Zie voor overige diagnoses en andere kenmerken van de twee steekproeven het oorspronkelijke artikel. De meeste respondenten waren vrouw, van middelbare leeftijd, hoogopgeleid, en behoorden tot een protestante denominatie. Over het algemeen waren zij regelmatige kerkgangers voor wie religie van groot belang was.

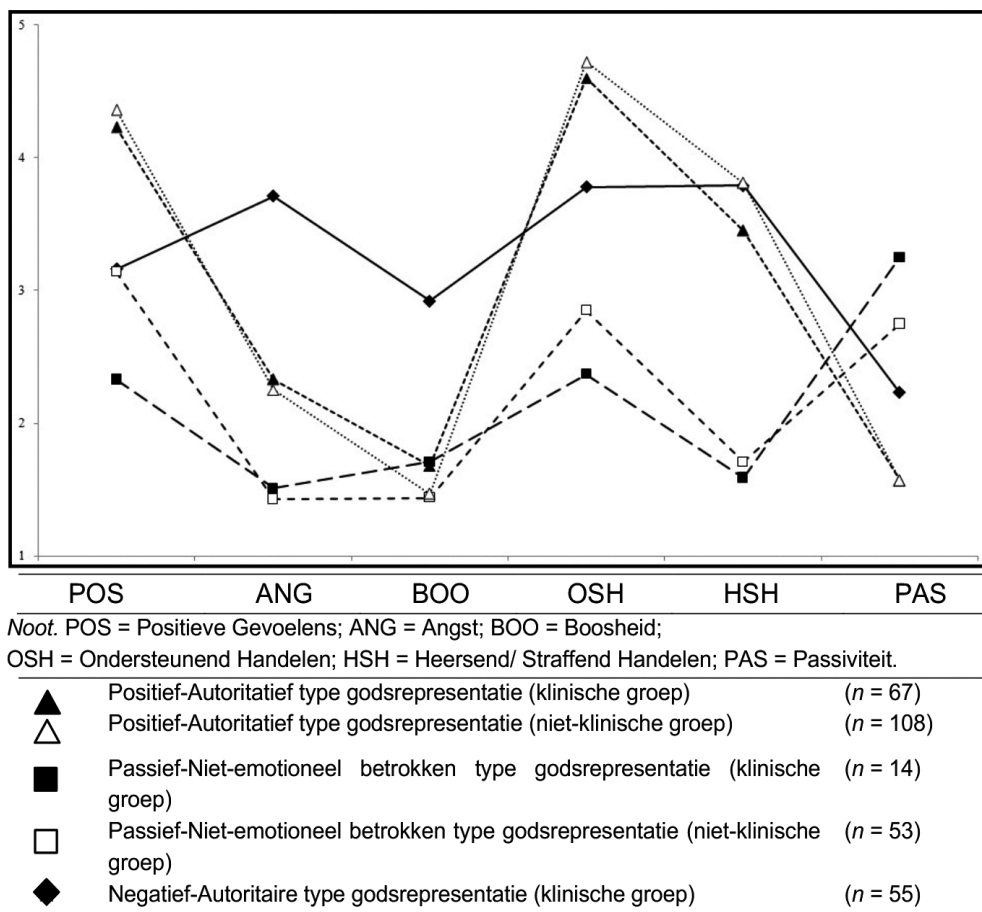
RESULTATEN

2 EN 3 TYPEN GODSREPRESENTATIES

De *k*-means cluster analyses resulteerden in drie clusters in de K-groep en twee clusters in de NK-groep. De subgroepen binnen de K-groep verschilden significant op alle VGB-schalen. Clusters in de NK-groep verschilden significant op alle VGB-schalen, behalve boosheid naar God ($F(1, 159) = 0.08$, $p = .779$). Gemiddelde scoreprofielen zijn voor alle clusters weergegeven in Figuur 1.

Binnen de K- en NK- groep werden twee typen godsrepresentaties gevonden met een vergelijkbaar profiel. In het eerste gemeenschappelijke type (in figuur 1 weergegeven met de zwarte en witte driehoeken) gingen hoge scores op Positieve Gevoelens en Ondersteunend Handelen samen met lage scores op negatieve emoties (Angst voor en Boosheid naar God) en negatieve percepties van Gods handelen (Passiviteit).

Waarnemingen van Gods handelen als heersend/ strafvend waren bij beide groepen in vergelijkbare mate onderdeel van dit profiel, dat we labelden als *positief-autoritatief*, parallel aan de opvoedingsstijl die autoritatief genoemd wordt wanneer ouders warme steun combineren met duidelijke regels en verwachtingen (in contrast met een autoritaire stijl, waarin veeleisendheid samengaat met een kille, rigide houding (Nelson, 2009, p. 247; cf. Baumrind, 1991; Gunnoe et al., 1999)). Het positief-autoritatieve profiel werd gevonden bij 58,9% ($n = 175$) van de deelnemers, meer bij niet-patiënten (67,1%; $n = 108$) dan bij patiënten (49,3%; $n = 67$).



Figuur 1. Godsbeeldprofielen op basis van gemiddelde itemscores per schaal.

Het tweede gemeenschappelijke type godsrepresentatie werd gekenmerkt door een relatief hoge score op Passiviteit en lage scores op de VGB-schalen die gevoelens in relatie tot God meten en de percepties van ondersteunend en heersend/ straffend handelen. In figuur 1 is dit zichtbaar met de lijnen met zwarte en witte vierkantjes. Dit profiel is *passief-niet-emotioneel betrokken* genoemd, (vergelijk de niet betrokken en permissieve opvoedingsstijl; Baumrind, 1991). Van de totale groep liet 22,6% ($n = 67$) dit profiel zien, 10,3% ($n = 14$) van de patiënten en 32,9% ($n = 53$) van de niet-patiënten. Uit vervolganalyses bleek dat met name de respondenten die aangaven niet religieus te zijn of die niet behoorden tot een monotheïstische religie ingedeeld werd bij dit type godsrepresentatie.

Alleen bij de psychiatrische patiënten werd nog

een derde type gevonden, met hoge scores op Angst en Boosheid in relatie tot God, een hoge score op Heersend/ Straffend Handelen en, vergeleken met het positief-autoritatieve type, lage scores op Positieve Gevoelens en Ondersteunend Handelen. In figuur 1 geeft de lijn met de ruitjes dit type weer, dat, parallel aan een autoritaire opvoedingsstijl, gelabeld is als *negatief-autoritair* ($n = 55$; 40,4% van de patiënten, 0 % van de niet-patiënten, en 18,5% van de totale groep). Opmerkelijk is dat de gemiddelde scores op de Heersend/Straffende schaal vergelijkbaar zijn met die van het positief-autoritatieve type.

TYPE GODSREPRESENTATIE EN STEMMING

Om meer inzicht te krijgen in de psychologische achtergrond van patiënten met de verschillende typen

godsrepresentaties, is een MANOVA uitgevoerd met Positief en Negatief Affect als afhankelijke variabele. Type godsrepresentaties vormde de *between-subject* factor (fixed factor, $N = 3$). Patiënten met verschillende typen godsrepresentaties verschilden significant in termen van stemming (Roy's Largest Root = .13, $F(2,133) = 8,46$, $p < ,001$, partial $\eta^2 = ,11$). Patiënten met een positief-autoritair type godsrepresentatie rapporteerden meer Positief Affect ($M = 31.79$, $SD = ,78$, 95% CI = [30.25, 33.33]) en minder Negatief Affect ($M = 26.90$, $SD = ,93$, 95% CI = [25.06, 28.73]) dan patiënten met een negatief-authoritair type ($MPA = 27.76$, $SD = ,86$, 95% CI = [26.06, 29.47]; $MNA = 31.66$, $SD = ,1.03$, 95% CI = [29.63, 33.68]). Laatstgenoemden zijn dus meer *distressed* en gedeprimeerd (Clark & Watson, 1991). Op basis van de normeringstabellen kan verondersteld worden dat de psychopathologie van patiënten met een positief-autoritair type godsrepresentatie vooral gekenmerkt wordt door angst (hoge NA, gemiddeld PA), terwijl patiënten met een negatief-authoritair type hoofdzakelijk lijden aan depressieve klachten (hoge tot zeer hoge NA, lage PA) (Peeters et al, 1999; Clark & Watson, 1991). Patiënten met het passief-niet-emotionele profiel verschilden niet van de patiënten met de beide andere profielen wat PA en NA betreft.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

De resultaten van de gerapporteerde studies wijzen op kwalitatieve verschillen tussen de godsrepresentaties van psychiatrische patiënten en niet-patiënten. Niet alleen werd uitsluitend bij patiënten een negatief-authoritair (derde) godsbeeldtype gevonden, op itemniveau waren er verschillen in de manier waarop items functioneerden voor patiënten en niet-patiënten en de betekenis die ze voor hen hadden. Laatstgenoemde bevinding verdient aandacht van wetenschappers en klinici: in de communicatie tussen patiënt en onderzoeker dan wel patiënt en hulpverlener over religie/spiritualiteit en de beleving daarvan kunnen verschillende betekenissen of interpretaties van gevoelens en cognities in het religieuze domein een rol spelen, wat kan leiden tot misverstanden of miscommunicatie. Vervolgonderzoek is nodig in hoeverre dit ook geldt

voor (andere) existentiële thema's of aspecten van zingeving.

De bevinding dat er uitsluitend in de groep van de psychiatrische patiënten een derde cluster werd gevonden bevestigt onze hypothese en suggereert dat mentale gezondheid de interacties tussen de verschillende aspecten van godsrepresentaties modereert (Granqvist, 2014). Psychiatrische patiënten lijken meer religieuze worstelingen en negatieve gevoelens in relatie tot God te ervaren (of te rapporteren). Dit komt overeen met resultaten van eerder onderzoek, waarbij psychiatrische patiënten God meer als strafvend, wreed en wraakzuchtig ervoeren dan niet-patiënten (Brokaw et al., 1994; Stålsett et al., 2010). Resultaten van ons onderzoek laten zien dat patiënten met dit type godsbeeld meer gestrest en gedeprimeerd zijn dan andere patiënten (Clark & Watson, 1991),

Psychiatrische patiënten lijken meer religieuze worstelingen en negatieve gevoelens in relatie tot God te ervaren

hoewel een causale duiding hier niet passend is vanwege het cross-sectionele design van de studie. Meer onderzoek is daarom nodig. Niet alleen zijn longitudinale studies van belang, mogelijke mediërende mechanismen of paden waarlangs typen godsrepresentaties mentale gezondheid kunnen bevorderen of belemmeren verdienen ook expliciete aandacht. Park en Slattery (2013, pp. 549-551) wijzen in dit verband onder meer op positief en negatief affect als mogelijke mediators. Ze benadrukken dat religies vaak positieve emoties bevorderen als liefde, dankbaarheid, troost en geborgenheid. Deze emoties zijn niet alleen relevant vanuit spiritueel opzicht, maar dragen ook bij aan mentale gezondheid en emotioneel welbevinden. Daar staat tegenover dat specifieke typen religie kunnen samengaan met negatief affect, bijvoorbeeld omdat ze de nadruk leggen op tekort en zondigheid, wat kan leiden tot gevoelens van schuld, schaamte en

angst, en het risico op depressie en angststoornissen kan vergroten.

Uit de resultaten van de clusteranalyses blijkt een meerwaarde van de studie naar godsbeeldprofielen. Psychiatrische patiënten met een positief-autoritatief en negatief-autoritair type godsrepresentatie rapporteren vergelijkbare gemiddelde scores op de subschaal Heersend/ straffend handelen. Echter, de betekenis van deze score wordt pas duidelijk in de context van de configuratie. Waarbij het positief-autoritaire type deze score vooral een steunende connotatie heeft, gezien de samenhang met andere schalen, is er bij het negatief-autoritaire type eerder een bedreigende en wraakzuchtige connotatie, aangezien er relatief veel angst en boosheid gerapporteerd wordt. Voor onderzoekers is dit een aansporing om scores altijd te duiden in hun context. Voor klinici geldt dit eveneens.

Vervolgonderzoek is nodig om de kwalitatieve verschillen in godsrepresentaties tussen patiënten en niet-patiënten te repliceren, en te exploreren in hoeverre de gevonden typen godsrepresentaties kenmerkend zijn voor psychiatrische patiënten in het algemeen, of juist voor specifieke groepen patiënten dan wel dimensies van psychopathologie (Kotov et al., 2011; Wright et al., 2013). In een recente studie onder depressieve patiënten resulteerde cluster-analyse in een positief-steinend en negatief type godsrepresentatie. Waar eerstgenoemd cluster in grote lijnen overeenkwam met het positief-autoritatieve cluster dat wij vonden, stond in het tweede type niet zozeer het autoritaire aspect centraal, maar het gevoel door God verlaten te zijn (hoge scores op Passiviteit, angst en boosheid) (Van Vliet et al., 2018). Deze twee verschillende negatief gewaardeerde typen godsbeelden corresponderen met het onderscheid dat Exline et al., (2015) maken tussen percepties van God als wreed of als afstandelijk.

STERKE PUNTEN EN BEPERKINGEN VAN HUIDIGE STUDIE

Sterk punt van de huidige studie is de combinatie van data van patiënten en niet-patiënten. Dit is een belangrijke bijdrage aan de bestaande literatuur over religie en mentale gezondheid, aangezien veel studies hiernaar uitgevoerd zijn binnen de algemene bevolking. Te vaak worden steekproeven met respondenten die vol-

doen aan de diagnostische criteria voor psychiatrische stoornissen buiten beschouwing gelaten (Park & Slatery, 2013 p. 541). Resultaten van ons onderzoek onderstrepen het belang hiervan. Ook de persoonsgeoriënteerde benadering is een sterk punt van het huidige onderzoek. Deze benadering is nog niet vaak toegepast binnen het vakgebied van de klinische godsdienstpsychologie, in tegenstelling tot andere psychologische en psychiatrische disciplines (zie voor een overzicht Schaap-Jonker et al., 2017). Hoewel afzonderlijke VGB-schalen van waarde zijn in het onderzoek naar godsrepresentaties en psychopathologie, lijken scoringpatronen of scoringsprofielen meer informatief te zijn. Resultaten van het onderzoek van Jongkind en collega's (2019) bevestigen dit. Overigens geldt ook voor IRT-analyses dat ze weinig worden toegepast bij vragenlijsten die religie en zingeving meten, maar wel degelijk van waarde zijn.

Beperking van de huidige studie is dat er uitsluitend gebruik gemaakt wordt van data die verkregen is door zelfrapportage, waarbij er geen informatie is over de *response rate* en kenmerken van mensen die niet wilden deelnemen. Het cross-sectionele design levert beschrijvende, correlatieve resultaten op (zie ook hierboven). Daarnaast zijn de instructies bij de Vragenlijst Godsbeeld zo geformuleerd, dat met name algemene godsrepresentaties gemeten worden die toegankelijk zijn op een bewust niveau. Vervolgstudies zouden zich kunnen richten op meer situatie- of contextspecifieke typen godsrepresentaties (Davis et al., 2016; Smith & Conrey, 2007). Daarin zou mentale gezondheid ook uitvoeriger geoperationaliseerd kunnen worden, niet alleen in termen van aanwezige psychiatrische symptomen, maar ook in termen van welbevinden en herstel (Van Gestel- Timmermans et al., 2010; Rudnick, 2013). Inmiddels lopen binnen het Kennisinstituut Christelijke GGZ diverse longitudinale studies waarin godsrepresentaties, psychopathologie en herstel op meerdere manieren gemeten worden.

Deelnemers aan de gerapporteerde studies waren over het algemeen religieuze Nederlanders die zich tot het protestantisme rekenen. Aangezien slechts 25 procent van de Nederlanders zichzelf beschouwt als christen en 14 procent zichzelf als theïstische gelovige ziet (Bernts & Berghuis, 2016), en het religieuze landschap

in Nederland zeer divers is, zijn onze steekproeven niet representatief voor de Nederlandse bevolking en niet zonder meer generaliseerbaar. Hoewel er goede redenen zijn om juist religieuze steekproeven te includeren (Schaap-Jonker, 2018 pp. 12, 13; Hvidt et al., 2017) is vervolgonderzoek onder andere groepen nodig.

KLINISCHE IMPLICATIES

De resultaten benadrukken het belang dat hulpverleners aandacht hebben voor de existentiële en/of religieuze problematiek van hun patiënten. Bij (een deel van de) mensen met een psychiatrische diagnose is immers vaker sprake van religieuze worstelingen en een negatief gewaardeerde religiositeit dan bij mensen zonder diagnose. Dit suggereert dat de draaglast voor genoemde patiënten relatief hoog is, wat invloed kan hebben op het beloop van herstel van de klachten of stoornis. Bij het exploreren van de religiositeit van de patiënt of dat waar hij/ zij in gelooft, verdient de representatie van God/ het goddelijke aandacht en is het waardevol om het godsbeeldprofiel met de patiënt te bespreken in relatie tot diens context, levensgeschiedenis en pathologie. Op die manier kan de patiënt inzicht verkrijgen in de psychologische processen en contextuele factoren die een rol spelen in diens religieuze/ spirituele beleving en in de wijze waarop de religieuze beleving van invloed is op (het omgaan met) psychische klachten. Hierdoor kan ruimte ontstaan voor therapeutische groei en herstel. Verandering van godsrepresentaties kan gefaciliteerd worden door impliciete interventies, waarbij godsrepresentaties indirect veranderen als gevolg van veranderingen in zelfrepresentaties, cognitieve schema's of hechtingspatronen, of door expliciete interventies, die zich richten op godsrepresentatie en religiositeit van de patiënt (Moriarty, 2007; Moriarty & Davis, 2012; Rizutto & Shafranske, 2013). Vanuit onder meer de cognitieve gedragstherapie en gehechtheidstheorie zijn religieuze interventies ontwikkeld (Moriarty & Davis, 2012; Thomas et al., 2011). Er zijn aanwijzingen dat de integratie van religie en spiritualiteit in de behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis het herstel bevordert en de tevredenheid over de behandeling vergroot (Griffith, 2010; Murray-Swank & Murray-Swank, 2013; Rosmarin et al., 2010; Weber & Pargament, 2014).

NOTEN

1. Godsrepresentaties zijn niet alleen onderzocht vanuit relationele psychologische perspectieven zoals de gehechtheidstheorie en objectrelatie theorie, maar ook vanuit sociale, cognitieve, evolutionaire en neuropsychologische benaderingen. Zie voor referenties Schaap-Jonker, 2018 (ch. 1).
2. Godsrepresentaties zijn verder onderzocht in relatie tot contextuele variabelen zoals religieuze denominatie. Religieuze cultuur of religieuze denominatie was in de dissertatie een belangrijke variabele, maar wordt in dit artikel buiten beschouwing gelaten.
3. De vrijwel volledige dissertatie is te raadplegen via de website van de auteur, via ResearchGate of via het Research Portal van de Vrije Universiteit. Dit geldt ook voor het hoofdstuk over de IRT-analyses.
4. In de afgelopen jaren is de persoonsgeoriënteerde benadering steeds vaker toegepast, bijvoorbeeld in het onderzoek naar psychopathologie vanuit een ontwikkelingsperspectief, in de psychiatrie, in het onderzoek naar persoonlijkheid en identiteit, naar de beleving van zin van het leven en religieus en spiritueel welbevinden. Zie voor referenties het oorspronkelijke artikel. Omdat de focus op het individu ligt in plaats van op de groep, op processen in plaats van op statische entiteiten (of lineaire modellen), en op informatiepatronen in plaats van op afzonderlijke variabelen, maakt deze benadering het gemakkelijker om de klinische relevantie van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek te begrijpen.

REFERENTIES

- Aten, J.D., O'Grady, K.A. & Worthington, E.L. (2012). *The Psychology of Religion and Spirituality for Clinicians: Using Research in Your Practice*. Routledge.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95.
- Bennett, K., Shepherd, J., & Janca, A. (2013). Personality disorders and spirituality. *Current Opinions in Psychiatry*, 26(1), 79-83.
- Bernts, T., & Berghuis, J. (2016). God in Nederland 1966-2015. Utrecht: Ten Have.
- Braam, A. W., Mooi, B., Schaap-Jonker, J., van Til-

- burg, W., & Deeg, D. J. H. (2008). God image and Five-Factor Model personality characteristics in later life: A study among inhabitants of Sassenheim in The Netherlands. *Mental Health, Religion & Culture*, 11, 547-559.
- Braam, A.W., Schaap-Jonker, H., Mooi, B., Ritter, D. de, Beekman, A.T.F., & Deeg, D.J.H. (2008). God image, religious coping, and mood in old age; results from a community-based pilot study in the Netherlands. <https://www.informaworld.com/smpp/content%257Econtent=a779528320%257Edb=all%257Ejumptype=rss>, 11, 221-237.
- 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.
- Cai, L., Thissen, D., & du Toit, S. (2011). *IRTPRO 2.1 for Windows* [computer software]. Scientific Software International.
- Cheston, S.E., Piedmont, R.L., Eanes, B., & Lavin, L.P. (2003). Changes in client's images of God over the course of outpatient therapy. *Counseling and Values* 47, 96-108.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Davis, E.B., Moriarty, G.L., & Mauch, J.C. (2013). God images and god concepts: Definitions, development, and dynamics. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5, 51-60.
- Davis, E.B., Cuthbert, A.D., Hays, L.W., Aten, J.D., Van Tongeren, D.R., Hook, J.N., . . . Boan, D. (2016). Using qualitative and mixed methods to study relational spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8, 92-98.
- Dezutter, J., Luyckx, K., Schaap-Jonker, H., Büssing, A., & Hutsebaut, D. (2010). God image and happiness in chronic pain patients: the mediating role of disease interpretation. *Pain Medicine*, 11, 765-773.
- Egberink, I. J. L., Meijer, R. R., & Tendeiro, J. N. (2015). Investigating measurement invariance in computer-based personality testing: The impact of using anchor items on effect size indices. *Educational and Psychological Measurement*, 75, 126-145.
- Erikson, E. H. (1958). *Young man Luther: A study in psychoanalysis and history*. Norton.
- Everitt, B.S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster Analysis: Fifth Edition*. New York: Wiley.
- Exline, J. J., Grubbs, J. B., & Homolka, S. J. (2015). Seeing God as cruel vs. distant: Links with divine struggles involving anger, doubt, and fear of God's disapproval. *International Journal for the Psychology of Religion*, 25, 29-41.
- Francis, L., Gibson, H., & Robbins, M. (2001). God images and self-worth among adolescents in Scotland. *Mental Health, Religion, and Culture*, 4, 103-108.
- Granqvist, P. (2014). Mental health and religion from an attachment viewpoint: Overview with implications for future research. *Mental Health, Religion, and Culture*, 17, 777-793.
- Granqvist, P., & Kirkpatrick, L.A. (2016). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.), pp. 856-878. Guilford.
- Greenway, A.P., Milne, L.C., & Clarke, V. (2003). Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God. *Mental Health, Religion & Culture*, 6, 45-58.
- Griffith, J.L. (2010). *Religion That Heals, Religion That Harms: A Guide for Clinical Practice*. Guilford Press.
- Gunnoe, M.L., Hetherington, E. M., & Reiss, D. (1999). Parental religiosity, parenting style, and adolescent social responsibility. *Journal of Early Adolescence*, 19, 199-225.
- Hall, T.W., & Fujikawa, A.M. (2013). God image and the sacred. In K.I. Pargament, J.J. Exline & J.W. Jones (eds.), *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality* (pp. 277-292). American Psychological Association.
- Hvidt, N.C., Hvidtjørn, D., Christensen, K., Nielsen, J. B., & Søndergaard, J. (2017). Faith Moves Mountains—Mountains Move Faith: Two Opposite Epidemiological Forces in Research on Religion and Health. *Journal of Religion and Health*, 56, 294-304.

- Jongkind, M., Brink, A. van den, Schaap-Jonker, H., Van der Velde, N., & Braam, A.W. (2018). Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicidal ideation in depressed, religiously affiliated patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(2), 505-519.
- Kane, D., Cheston, S.E., Greer, J. (1993). Perceptions of God by survivors of childhood sexual abuse: An exploratory study in an underresearched area. *Journal of Psychology and Theology*, *21*, 228-237.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). Attachment, evolution, and the psychology of religion. Guilford Press.
- Koenig, H.G., King, D.E., & Carson, V.B. (2012). *Handbook of Religion and Health: Second Edition*. Oxford University Press.
- Kotov, R., Ruggero, C.J., Krueger, R.F., Watson, D., Yuan, Q., & Zimmerman, M. (2011). New Dimensions in the Quantitative Classification of Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 1003-1011.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, *50*, 370-396.
- Moriarty, G. (2007). Time-limited dynamic psychotherapy and God image. In G. L. Moriarty & L. Hoffman (Eds.), *God image handbook for spiritual counseling and Psychotherapy: Research, Theory, and Practice* (pp. 79-104). Haworth Pastoral Press.
- Moriarty, G.L., & Davis, E.B. (2012). Client God images: Theory, research, and clinical practice. In K. O'Grady, E. Worthington, Jr., & J. Aten (Eds.) *The psychology of religion and spirituality for clinicians: Using research in your practice* (pp. 131-160). Routledge.
- Murken, S. (1998). *Gottesbeziehung und psychische Gesundheit: Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung* [Relationship to God and mental health: The development of a model and its empirical validation]. Waxmann.
- Murken, S., Möschl, K., Müller, C., & Appel, C. (2011). Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping [Development and validation of the scales concerning relationship with God and religious coping]. In A. Büssing & N. Kohls (Eds.), *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit* (pp. 75-91). Springer.
- Murray-Swank, A., & Murray-Swank, N.A. (2013). Spiritual and religious problems: integrating theory and clinical practice. In K.I. Pargament, J.J. Exline & J.W. Jones (eds.), *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality, Volume 2* (pp. 421-437). American Psychological Association.
- Nelson, J. M. (2009). *Psychology, Religion, and Spirituality*. Springer.
- Nguyen, T.T. (2014). Images of God, resilience, and the imaginary: A study among Vietnamese immigrants who have experienced loss. Ottawa, dissertation. https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/31199/1/Nguyen_ThanhTu_2014_Thesis.pdf
- 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* (pp. 540-559). Guilford Press.
- Peeters, F.P.M.L., Ponds, R.W.H.M., Boon-Vermeeren, M.T.G., Hoorweg, M, Kraan, H., & Meertens, L. (1999). *Handleiding bij de Nederlandse vertaling van de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*. [Manual for the Dutch translation of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)]. Universiteit Maastricht, Vakgroep Psychiatrie en Neuro-psychologie.
- 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
- Rizzuto, A.M. (1979). *The birth of the living God*. University of Chicago Press.
- Rizzuto, A.M., & Shafranske, E.P. (2013). Addressing religion and spirituality in treatment from a psychodynamic perspective. In K.I. Pargament, J.J. Exline, & J.W. Jones (Eds.), *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality Vol. 2* (pp. 125-146). American Psychological Association.
- Rudnick, A. (ed.) (2013). *Recovery of people with mental illness; philosophical and related perspectives*. Oxford University Press.
- Schaap-Jonker, H. (2018). *God representations and mental*

- health: measurement, multiplicity, and the meaning of religious culture.* Vrije Universiteit Amsterdam.
- Schaap-Jonker, H., & Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (2009). *Handleiding Vragenlijst Godsbeeld. Versie 2* [Questionnaire God Image: Manual. Second edition]. <https://www.hannekeschaap.nl>
- Schaap-Jonker, H., Egberink, I.J.L., Braam, A.W., & Corveleyn, J. (2016). An Item Response Theory Analysis of the Questionnaire God Representations. *International Journal for the Psychology of Religion*, 26, 152-166. <https://doi.org/10.1080/10508619.2014.1003520>
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E., Verhagen, P.J., & Zock, H. (2002). Image of God and personality pathology: an exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health, Religion & Culture*, 5, 55-71.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Zock, H., & Jonker, E. R. (2007). The personal and normative image of God: the role of religious culture and mental health. *Archive for the Psychology of Religion*, 29, 305-318.
- 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, 501-515.
- Schaap-Jonker, H., Sizoo, B., Schothorst-van Roekel, J., & Corveleyn, J. (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.
- Schaap-Jonker, H., Velde, N. van der, 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.
- 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>
- Smith, E.R., & Conrey, F.R. (2007) Mental representations are states, not things: Implications for implicit and explicit measure measurement. In B. Wittenbrink & N. Schwarz (Eds.). *Implicit measures of attitudes* (pp. 247-264). Guilford Press.
- Stålsett, G. Engedal, L.G., & Austad, A. (2010). The Persecuting God and the Crucified Self: The Case of Olav and the Transformation of His Pathological Self-Image. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6, 49-100.
- Stulp, H.P., Koelen, J.A., Glas, G., & Eurlings-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), 237-308.
- Thissen, D., Steinberg, L., & Wainer, H. (1988). Use of item response theory in the study of group differences in tracelines. In H. Wainer & H. I. Braun (Eds.), *Test validity* (pp.147-172). Erlbaum.
- Thissen, D., Steinberg, L., & Wainer, H. (1993). Detection of differential item functioning using the parameters of item response models. In P. W. Holland & H. Wainer (Eds.), *Differential item functioning* (pp. 67-113). Erlbaum.
- Thomas, M.J., Moriarty, G.L., Davis, E.B., & Anderson, E.L. (2011). The effects of a manualized group-psychotherapy intervention on client God images and attachment to God: a pilot study. *Journal of Psychology and Theology*, 39(1), 44-58.
- Van Gestel-Timmermans J., van den Bogaard J., Brouwers E. P. M., Herth K., & van Nieuwenhuizen Ch. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.
- Van Vliet, N.K., Schaap-Jonker, H., Jongkind, M., Van der Velde, N., & Van den Brink, A. (2018). De relatie tussen godsrepresentaties en suïcidaliteit bij christelijke patiënten met een depressieve stoornis. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60(8), 511-520.
- Watson, D., Clark, L.A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: the PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weber, S.R., & Pargament, K.I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 358-363.

Wright, A. G. C., Krueger, R. F., Hobbs, M. J., Markon, K. E., Eaton, N. R., & Slade, T. (2013). The Structure of Psychopathology: Toward an Expanded Quantitative Empirical Model. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 281-294.

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. Correspondentieadres: h.schaap@kicg.nl