

Religieuze coping in de ggz bespreekbaar maken met een kwadrant

HENK-JAN SEESINK
GZ-psycholoog en onderzoeker

JEANETTE VAN SCHAİK
basispsycholoog ggz

CIS VRIJMOETH
docent en onderzoeker

HANNEKE SCHAAP-JONKER
godsdienstpsycholoog en theoloog

SAMENVATTING

In de (christelijke) ggz is het niet gebruikelijk om naast algemene coping ook religieuze coping te betrekken in de diagnostiek en de behandeling. Een religieuzecopingkwadrant als tool biedt de mogelijkheid daar verandering in aan te brengen. Dit kwadrant vat de schalen van de RCOPE'88, receptiviteit en overgave aan God samen, zodat cliënt en hulpverlener woorden kunnen geven aan de religieuze beleving van God in tijden van crisis. In een eerste studie met 30 ggz-cliënten is gekeken naar het kwadrantprofiel van cliënten die het christelijke geloof wel of niet willen betrekken in hun behandeling. Met data uit een tweede studie met 1031 deelnemers binnen en buiten de ggz wordt het religieuzecopingkwadrant bekeken in relatie tot intrinsieke religiositeit, kerkachtergrond en of deelnemers wel of geen behandeling ontvingen binnen de ggz, waaruit normgroepen berekend zijn. De studies ondersteunen de bruikbaarheid van het (vrij beschikbare) religieuzecopingkwadrant bij diagnostiek en wetenschappelijk vervolgonderzoek.

TREFWOORDEN religie, spiritualiteit, religieuze coping, diagnostiek, christendom

INLEIDING

‘Ik had eigenlijk verwacht dat wij zouden beginnen met gebed’, klonk het na een paar minuten in de behandelkamer. Het gaat om een opvallende uitspraak van een christelijke cliënt in behandeling bij De Hoop ggz tijdens de eerste sessie. De cliënt ervaart, passend binnen het relationeel holistische model van de instelling (Scholte & Seesink, 2018), de behoefte om zijn geloofsbeleving te betrekken in therapie. Tegelijkertijd heeft deze uitspraak ook invloed op de therapeutische relatie. Er kan twijfel bij de cliënt ontstaan of de therapeut wel genoeg ruimte zal geven voor zijn geloofsbeleving tijdens de behandeling.

De uitspraak werpt de vraag op in hoeverre ruimte

voor de geloofsbeleving belangrijk is binnen de ggz. Meta-analyses met 7181 psychiatrische cliënten (Caprari et al., 2018) en 3700 cliënten met een stoornis in middelengebruik (Hai et al., 2019) maken duidelijk dat het betrekken van religie en spiritualiteit in vergelijking met een niet-religieuze en spirituele benadering de behandeluitkomst verder kan verbeteren. Volgens de GGZ Standaarden (2020) zijn religieuze overtuigingen van belang tijdens behandeling, omdat deze het wereldbeeld, het psychosociaal functioneren en de stresshantering kunnen beïnvloeden. Tegelijkertijd hebben therapeuten moeite om religieuze en spirituele aspecten te betrekken binnen behandelingen (Harris et al., 2019; Hathaway et al., 2004; Ruff & Elliott, 2016) terwijl bijvoorbeeld religieuze activiteiten behulpzaam

kunnen zijn om het herstel te ondersteunen. Zo kan bidden de trek naar alcohol verminderen bij mensen met een stoornis in alcoholgebruik (Lambert et al., 2010) en kan het lezen van de Bijbel helpen met stress om te gaan (Krause et al., 2018).

Religieuze overtuigingen beïnvloeden het wereldbeeld, het psychosociaal functioneren en de stresshantering

Naast religieuze activiteiten laat het onderzoek naar religieuze coping zien dat de ervaring van God tijdens de omgang met stressvolle gebeurtenissen geassocieerd is met psychopathologie (Oudijn-van Engelen et al., 2022; Weber & Pargament, 2014). De laatste jaren heeft dit onderzoek voornamelijk een vlucht genomen met een binaire benadering van positieve en negatieve religieuze coping, waarbij de ervaren steun of belemmering door God, het kwaad of de geloofsgemeenschap in de stresshantering gemeten wordt (Pargament et al., 1998). Echter, een gevarieerder onderscheid met meerdere schalen, dat al meer dan 30 jaar geleden geïntroduceerd werd bij het onderzoek in religieuze coping (Alma et al., 2003; Pargament et al., 1988), biedt een gedetailleerder beeld van de rol die cliënten aan God en zichzelf geven in de stresshantering. Zo beschrijft een samenwerkende religieuze coping (1) de ervaring van cliënten om via een gedeelde verantwoordelijkheid, toegerust en ondersteund door God, een probleem het hoofd te bieden. Daartegenover staat de zelfdirectieve religieuzecopingstijl (2), waarbij cliënten de oplossing met eigen vaardigheden als geheel de eigen verantwoordelijkheid zien en God een passieve rol toekennen. Omgekeerd geven cliënten met een afwachtende religieuze coping (3) zichzelf een passieve rol in stressvolle situaties, waarbij verwacht wordt dat God actief het antwoord kenbaar maakt om opgevolgd te worden. Later werd overgave aan God als religieuzecopingstijl (4) voorgesteld door Wong-McDonald en Gorsuch (2000). Deze houdt in dat mensen een

sterke intrinsieke motivatie en bereidheid hebben om God te volgen ongeacht de mogelijkheid dat hierdoor frustraties en belemmeringen kunnen toenemen. Er is sprake van bewustwording van de eigen beperkingen en de realiteit van Gods aanwezigheid. Als laatste werd in Nederland de receptieve schaal (5) ontwikkeld om het begrijpen van de zin en het doel van stresssituaties door individuen als religieuze coping te beschrijven zonder expliciet te verwijzen naar een persoonlijke actieve God (Van Uden et al., 2005). In plaats van een bewuste focus op probleemhantering en hulpbronnen legt receptiviteit meer nadruk op openheid en vertrouwen dat het uiteindelijk opgelost zal worden (Zondag & Van Uden, 2010).

Ondanks groeiende inzichten van de relevantie van religieuze coping voor de ggz (bijvoorbeeld Pargament & Exline, 2022; Weber & Pargament, 2014) constateren wij, werkzaam bij verschillende ggz instellingen, dat het nog niet gebruikelijk is om religieuze coping te betrekken in de diagnostiek. Een belangrijke reden kan zijn dat tot op heden normgroepen voor de verschillende schalen ontbreken. Een andere reden kan zijn dat religieuze copingschalen over coping in het algemeen gaan en niet over coping in een specifieke situatie/context (bijv. psychopathologie). Er zijn - voor zover ons bekend - nog weinig beschrijvingen van concrete toepassingen gekoppeld aan religieuze coping schalen. In de literatuur blijft het onduidelijk hoe de vragenlijsten van betekenis en relevantie kunnen zijn in een concrete klinische situatie. Het hier beschreven artikel heeft tot doelstelling een start te maken om deze hiaten te vullen, zodat religieuze coping effectiever betrokken kan worden in de behandelkamer.

Zondag en Van Uden (2010) bieden hiervoor het vertrekpunt door de religieuze coping aan de hand van een kwadrant te classificeren. Een kwadrant geeft een overzichtelijke zelfbeschrijving op de dimensies van overgave en de ervaren verantwoordelijkheid van God en de persoon om te handelen in stresssituaties (zie figuur 1). De horizontale as beschrijft hierbij de neiging van de persoon om geen (passief) of een sterke (actief) eigen rol te ervaren. De verticale as beschrijft een expliciete (actief) of onopvallende (passief) rol die de persoon geeft aan God in de stresshantering. Zo vertoont de persoon met een actievare coping een

hogere score op zelfdirectief en samenwerken, maar is de persoon passiever bij afwachting of receptieve religieuze coping. Daarentegen geeft de persoon God een actieve rol in de coping gerelateerd aan afwachten en samenwerken, maar een passieve rol bij de schalen zelfdirectief of receptiviteit (Van Uden et al., 2014). Het idee is ontstaan dat het bespreken van dit kwadrant gebruikt kan worden als diagnostisch instrument en religieuze interventie in de behandelkamer (Seesink, 2018a; Seesink, 2018b). Hierbij is het niet onze bedoeling om personen in één gebied van het kwadrant te zetten. Eerder onderzoek toonde juist aan dat de schalen in de gebieden van het kwadrant correleren (bijvoorbeeld Wong-McDonald & Gorsuch, 2000). Veel meer is het de bedoeling om de vier gebieden

Het is nog niet gebruikelijk om religieuze coping te betrekken in de diagnostiek

overzichtelijk te maken en opvallende schaalcombinaties te bespreken. Wij verwachten dat het cliënten helpt om de soms impliciete coping bewust te betrekken in de therapie door het te koppelen aan gedragingen. Bijvoorbeeld tijdens een bespreking van een door cliënt gewenste religieuze stresshantering met rituelen en religieuze overtuigingen. Via www.hjseesink.com kan een uitwerkhulp van het kwadrant (inclusief de vragenlijst, normering en grafieken) en handleiding gratis gedownload worden.

Het artikel heeft de volgende overkoepelende vraagstelling: In hoeverre kan een kwadrant, waarin verschillende religieuze copingschalen in samenhang besproken worden, van diagnostische meerwaarde zijn in de ggz? In lijn met de uitspraak van de christelijke cliënt waarmee dit artikel opende, wordt in een eerste studie gekeken naar het kwadrantprofiel van cliënten die het christelijk geloof (zoals gebed) wel of niet expliciet willen betrekken gedurende de behandeling. Vervolgens wordt in een tweede studie onderzocht in hoeverre individuen kunnen verschillen op het religi-

euzecopingkwadrant in relatie tot intrinsieke religiositeit, kerkachtergrond en het wel of niet zijn van ggz-cliënt. De verwachting is dat relevante normgroepen voor diagnostiek naar voren komen.

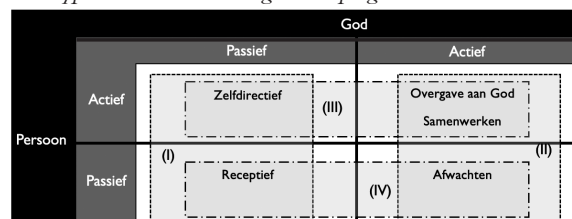
HET AFNEMEN EN INTERPRETEREN VAN HET RELIGIEUZECOPINGKWADRANT

In het kader van diagnostiek kunnen de schalen van het religieuzecopingkwadrant afgenomen worden om cliënten te helpen hun geloof bij stress te verwoorden. Daarnaast helpt het kwadrantprofiel de therapeut om een inschatting te maken of het betrekken van het christelijke geloof gewenst is. Als *Routine Outcome Monitoring* kan het kwadrant ook procesmatig gebruikt worden om te onderzoeken of specifieke vormen van religieuze coping onbelangrijker of relevanter worden in de behandeling.

Als gevolg van een uitgebreide onderzoekslijn binnen de Hoop ggz heeft de eerste auteur het kwadrantprofiel van meer dan 250 cliënten besproken. Gedurende de terugkoppeling ontstonden verschillende klinische observaties, waarvan twee observaties getoetst werden in de eerste hier beschreven studie. Het leek erop dat hoge scores op de schalen die God een voornamelijk passieve rol geven wijzen op een lage behoefte bij cliënten om God expliciet te noemen in de behandelkamer (I in figuur 1). Als de actieve schalen in relatie tot Gods rol op de voorgrond staan leek het expliciet betrekken van de geloofsbeleving bij de behandeldoelen gewenst te zijn en de therapeutische relatie te versterken, doordat de behandeling meer aansluit bij het zingevingskader van cliënten (II in figuur 1). Een

Figuur 1

De hypothesen van het religieuzecopingkwadrant



Klinische overwegingen: (I) Geen of weinig behoefte om religieuze interventies/onderwerpen expliciet te betrekken; (II) Veel behoefte om religieuze interventies/onderwerpen expliciet te betrekken; (III) Aanvullende diagnostiek omtrent religieus/spiritueel probleem wordt aanbevolen; (IV) Sterke vermijding die psychische klachten in stand kan houden.

hoge score op zowel zelfdirectief als ook overgave aan God en samenwerken leek te wijzen op een conflict in de geloofsbeleving. Een mogelijke overweging kan dan zijn om aan de hand van de spirituele module van het *Cultural Formulation Interview* de aanwezigheid van een religieus of spiritueel probleem (DSM-5 V-code 62.89) te toetsen (III in figuur 1). In zeldzame gevallen, als cliënten zichzelf een overwegend passieve rol toeschrijven, gekenmerkt door receptiviteit en afwachten, leek het alsof er sprake was van vermijding die de psychische klachten in stand houdt of versterkt (IV in figuur 1). Deze observaties bieden concrete klinische situaties die van belang kunnen zijn in de ggz.

STUDIE I: EEN RELIGIEUZECOPINGKWADRANT EN HET CHRISTELIJKE GELOOF IN DE BEHANDELKAMER

Naar aanleiding van de twee eerste klinische observaties wordt in de eerste studie getoetst of de wens van het expliciet betrekken van geloof daadwerkelijk samenhangt met de gecombineerde religieuze schalen die God een passieve of actieve rol in het kwadrant geven. De hypothese was dat de groep die het christelijke geloof wil betrekken een actievere rol van God verwacht in de probleemoplossing gekenmerkt door meer samenwerken, afwachten en overgave aan God (II in figuur 1). Daarentegen was de verwachting dat cliënten die geen of nauwelijks waarde hechten aan het expliciet betrekken van het christelijke geloof hoger scores op schalen zelfdirectief en receptiviteit, die God een passieve rol geven in de probleemoplossing (I in figuur 1).

METHODE

Onderzoekspopulatie

In het kader van diagnostiek hadden 30 cliënten binnen De Hoop ggz, overwegend mannen (87%) toestemming gegeven om hun gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. De leeftijd varieerde van 21 tot 63 jaar ($M = 42.6$; $SD = 10.2$). 30% van de proefpersonen gaven aan geen religieuze achtergrond te hebben, terwijl 70% van hen zich verbonden voelden met het christelijke geloof. Doordat 20%

van de proefpersonen zonder religieuze achtergrond rapporteerde wel ruimte voor het christelijke geloof te wensen, werd ook deze groep meegenomen in de analyse. Bij 33% van de hele steekproef was er sprake van een stoornis in alcoholgebruik als primaire diagnose, gevolgd door 20% cocaïnegebruik, 13% cannabisgebruik en 7% andere middelen. Bij 27% stond een andere DSM-5 classificatie op de voorgrond en was er geen sprake van verslaving.

Meetinstrumenten

Voor de diagnostiekdoelstellingen werden diverse instrumenten afgenomen gerelateerd aan persoonlijkheidsonderzoek en DSM-5 classificaties, maar voor

Aan cliënten werd gevraagd of ze hun christelijk geloof willen betrekken in de behandeling met 'Ja' of 'Nee' als antwoordmogelijkheden

deze studie zijn enkel de al beschreven schalen van religieuze coping samengevat in de 38 items van het religieuzecopingkwadrant van belang. Deze omvat de RCOPE van Pargament en collega's (1988) met de schalen samenwerken, afwachten, zelfdirectief, alsook de receptieve copingschaal (Alma et al., 2003) en overgave aan God (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000). Bij de schalen rapporteerden cliënten op een 5-punten schaal (1 = nooit; 2 = zelden; 3 = soms; 4 = vaak; 5 = altijd) in hoeverre een stelling van toepassing was. De schalen receptiviteit ($\alpha = .921$) samenwerken ($\alpha = .972$), afwachten ($\alpha = .898$) zelfdirectief ($\alpha = .931$) en overgave aan God ($\alpha = .976$) hadden een goede tot uitstekende betrouwbaarheid.

Daarnaast werd aan cliënten gevraagd of ze ook hun christelijk geloof actief als onderwerp en door gebed willen betrekken in de behandeling met 'Ja' of 'Nee' als antwoordmogelijkheden.

Analyse

In een eerste analyse wordt de descriptieve statistiek van de verschillende religieuze copingschalen van het kwadrant in kaart gebracht. Om de hypothese te toetsen werden twee variabelen 'Passieve rol God' (I in figuur 1) en 'Actieve rol God' (II in figuur 1) gemaakt door de som van de totaalscores van schalen omtrent een passieve rol van God (zelfdirectief en receptiviteit) en actieve rol van God (samenwerken, afwachten en overgave aan God) te delen door het aantal items van de desbetreffende schalen. Er werd gebruik gemaakt van twee *t*-toetsen met twee onafhankelijke steekproeven (namelijk de groep die wel en geen christelijk geloof wilde betrekken), om het verschil op de variabelen Passieve rol God en Actieve rol God te toetsen. Als effectgrootte wordt Cohens *d* gehanteerd, waarbij 0.20 als klein, 0.50 als medium en 0.80 als groot geïndiceerd wordt (Cohen, 1992).

RESULTATEN

Onder de deelnemers wil 53% van de cliënten het christelijke geloof actief als onderwerp en door gebed betrekken gedurende de behandeling. Daarentegen wil 47% van de cliënten dit niet. Bij de gemiddelden valt op dat proefpersonen die het geloof actief willen betrekken in de behandeling hogere scores op de schalen afwachten, samenwerken, receptiviteit en overgave aan God en lagere scores op de schaal zelfdirectief in vergelijking tot proefpersonen die het geloof niet willen betrekken (zie tabel 1). Twee *t*-toetsen met twee onafhankelijke steekproeven

werden uitgevoerd om het verschil te toetsen op Passieve rol God (I in figuur 1) en Actieve rol God (II in figuur 1) met het wel (groep 'Ja') of niet (groep 'Nee') betrekken van het christelijke geloof in de behandeling. Er was een significant verschil in scores voor de schalen Actieve rol God voor cliënten die wel of niet het christelijke geloof willen betrekken ($t(28) = 5.00, p < .001$), maar niet voor Passieve rol God tussen groep 'Ja' en groep 'Nee' (zie tabel 1). De effectgrootte van de schaalcombinatie Actieve rol God (gemiddeld verschil = 1.31, 95% CI: .77 tot 1.84) was zeer groot ($d = 1.81$). Post hoc werd ook getoetst of de groepen samenhang vertonen met de zelfdirectieve religieuze coping zonder de schaal receptiviteit. Hier is sprake van een significante samenhang ($t(28) = -5.50, p < .001$). De effectgrootte van de zelfdirectieve schaal (gemiddeld verschil = -8.38, 95% CI: -11.79 tot -4.98) was zeer groot ($d = 1.83$).

DISCUSSIE

Cliënten die een wens hadden om het christelijke geloof te betrekken in de behandeling vertoonden meer religieuze coping die God een actieve rol gaf in de stresshantering (II in figuur 1) dan cliënten die deze wens niet hadden. De klinische observatie en hypothese worden hiermee bevestigd. Het is een eerste aanwijzing dat het gebruik van het kwadrantprofiel gebruikt kan worden om een inschatting te maken of gebed, zoals de cliënt in de inleiding aangaf, gewenst zou zijn. Tegelijkertijd moet de klinische observatie

Tabel 1

Gemiddelden en standaarddeviatie religieuze coping per groep

	TOTALE GROEP		GROEP 'JA'		GROEP 'NEE'		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ACTIEVE ROL GOD	2.72	.97	3.33	.62	2.02	.81	<.001
OVERGAVE AAN GOD	2.88	1.16	3.63	.19	2.02	.25	<.001
SAMENWERKEN	2.89	1.14	3.48	.21	2.22	.28	.001
AFWACHTEN	2.24	.83	2.58	.13	1.85	.25	.012
PASSIEVE ROL GOD	3.14	.48	3.10	.35	3.18	.60	.65
RECEPTIEF	3.17	.87	3.59	.11	2.69	.26	.003
ZELFDIRECTIEF	3.10	1.03	2.45	.16	3.85	.24	<.001

Gemiddelden per item schalen bij de groep 'Ja' ($N = 16$) die geloof actief wil betrekken en groep 'Nee' ($N = 16$) die geloof niet actief wil betrekken. *M* = het totale gemiddelde van de schaal (of schalen) gedeeld door het aantal items. De *p*-waarde is berekend op basis van *t*-toetsen met twee onafhankelijke steekproeven met de groepen 'Ja' of 'Nee'.

en hypothese omtrent de Passieve rol God (I in figuur 1) verworpen worden. De gemiddelden maken duidelijk dat wel zelfdirectieve religieuze coping, maar niet receptiviteit, hoger scoort bij de groep die geen wens had om het christelijke geloof te betrekken. De stellingen van de receptieve religieuze coping verwijzen niet naar een expliciete actieve God, maar sluiten een mogelijke verwachting van actie door God ook niet uit. Dit verklaart de resultaten en is een aanwijzing dat de plaatsing van receptieve coping minder passend

Zelfdirectieve religieuze coping vertoont een negatieve samenhang met de wens om het christelijke geloof te betrekken in de therapiekamer

is in het kwadrant bij ‘God passief’. De post-hoc-analyse met de zelfdirectieve schaal bevestigt dat in plaats van de schaalcombinatie Passieve rol God enkel zelfdirectieve religieuze coping een negatieve samenhang vertoont met de wens om het christelijke geloof te betrekken in de therapiekamer.

Aangezien het hier om een kleine steekproef gaat is het belangrijk om de resultaten te repliceren met grotere groepen. Echter, ondanks de gepaste voorzichtigheid is er door de sterke effectgrootte bij de schaalcombinatie Actieve rol God en de zelfdirectieve schaal een aanwijzing voor de bruikbaarheid van het kwadrantprofiel als diagnostisch instrument om te bepalen of cliënten het christelijke geloof willen betrekken in de behandeling. Een beperking van dit onderzoek was de beknopte diagnostische vraag omtrent het expliciet betrekken van het christelijke geloof door gebed en als onderwerp in de therapie. Het is wetenschappelijk minder valide en het zal in de behandelpraktijk voor cliënten en hulpverleners niet altijd duidelijk zijn of ze het dan over hetzelfde hebben. Bijvoorbeeld kan het zelfstandige bidden van een contemplatief gebed door cliënten passend zijn om een religieus en spiritu-

eel probleem volgens DSM-5 te behandelen (Seesink et al., 2022a), maar kunnen cliënten ook andere vormen van gebed voor ogen hebben die als onwenselijk worden ervaren door de hulpverlener. Het is dan geïndiceerd dat de hulpverlener de verwachtingen van de cliënt en de eigen grenzen bespreekt. Het eenvoudig vragen (bijvoorbeeld: vindt u het gewenst dat geloof actief in uw behandeling wordt betrokken?) is natuurlijk efficiënter dan het afnemen van de schalen in het kwadrant. Echter, het doel van het kwadrant is breder. Namelijk om naast een beschrijving van de religieuze coping door de schaalcombinaties ook een reeks aan diagnostisch relevante observaties te toetsen, waarvan de wens om het geloof actief te betrekken er één is. De hier beschreven studie vormt dus een eerste stap.

STUDIE 2: RELEVANTE NORMGROEPEN VOOR HET RELIGIEUZECOPINGKWADRANT

In de tweede studie staat de onderzoeksvraag centraal welke normgroepen relevant zijn voor het gebruik van het religieuzecopingkwadrant. Er werden normgroepen onderzocht gerelateerd aan (1) ggz-cliënten versus niet-ggz-cliënten, (2) een hoge versus lage intrinsieke religiositeit en (3) verschillende kerkelijke achtergronden. Naast normen voor de ggz kunnen normen op basis van hoge of lage intrinsieke religiositeit en verschillende kerkachtergronden relevant zijn voor pastoraal werkers en coaches buiten de ggz. Intrinsieke religiositeit heeft betrekking op de mate van persoonlijke religieuze toewijding of motivatie. Religie wordt bij een hoge intrinsieke religiositeit niet gezien als een middel tot een ander doel (financieel succes, sociale status, sociale activiteiten, comfort), maar wordt nagestreefd als een op zichzelf staand doel (Koenig & Büsing, 2010). Net als het verschil op kerkachtergrond (met verschillende accenten op rituelen en geloofsbeleving) zou een hogere intrinsieke religiositeit kunnen leiden tot een ander kwadrantprofiel.

Doordat het hanteren van een actieve coping stijl (bijv. Sanderman & Ormel, 1992) en het betrekken van God (Weber & Pargament, 2014) geassocieerd wordt met minder psychopathologie, wordt verwacht dat met name de schalen behorend tot ‘God actief’ en ‘Persoon

actief (samenwerken en overgave aan God) meer gerapporteerd worden door niet-ggz-cliënten vergeleken met ggz-cliënten. Voor de resterende schalen zijn er geen specifieke verwachtingen. Daarnaast beschrijft de literatuur dat de schalen gerelateerd aan 'God actief' (samenwerken, overgave aan God, afwachtend) een positieve samenhang vertonen met intrinsieke religiositeit, maar niet met de zelfdirectieve schaal (Schaeffer & Gorsuch, 1991; Wong-McDonald & Gorsuch, 2004). Hierdoor verwachten we dat de groep met een hoge intrinsieke religiositeit hoger scoort op de schalen in het kwadrant, met uitzondering van de zelfdirectieve schaal, in vergelijking tot de groep met een lage intrinsieke religiositeit. Wat de kerkelijke achtergrond betreft is de hypothese dat individuen zonder kerkachtergrond hoger zullen scoren op de zelfdirectieve schaal, maar lager op resterende schalen.

Daarnaast was in de tweede studie de hypothese dat er sprake is van een vier-componenten structuur gelijk aan het kwadrant. Met betrekking tot de correlaties tussen de schalen hadden we de hypothese dat in lijn met de vierdeling de schalen samenwerken en overgave aan God de sterkste effectgrootte vertonen, maar dat alle kwadrantschalen met elkaar samenhang vertonen (zie bijvoorbeeld Wong-McDonald & Gorsuch, 2000).

METHODE

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie was afkomstig van drie studies afgenomen bij De Hoop ggz (1. $n = 130$; 2. $n = 77$; 3. $n = 256$) en een dataset gebruikt door Oudijn-van Engelen en collega's (2022) afkomstig van het Kennisinstituut christelijke ggz (KICG; 4. $n = 586$). In de eerste studie werden deelnemers geworven onder de bezoekers van een open dag van De Hoop ggz. Via intranet van De Hoop ggz werden collega's benaderd voor de tweede studie. Collega's werden ook verzocht om de eigen kenniskring en de eigen ambulante cliënten te vertellen over de mogelijkheid tot deelname. In de derde studie werden ggz-cliënten benaderd rond de achtste week tijdens de opname voor een kliniek gericht op stoornissen in middelengebruik. Voor de werving van het onderzoek van het KICG wordt verwezen naar desbetreffende studie (Oudijn et al., 2022). Ethische goedkeuring was verkregen van de ethische toetsingscommissie van de UvA voor de studies van De Hoop en van het CWO van Eleos voor de studie van het KICG. 18 deelnemers zijn niet meegenomen in de analyse, omdat de schalen misten of omdat deelnemers exact dezelfde antwoorden gaven als de deelnemer voor hen in het databestand. Hierdoor bleven 1031

Tabel 2

Demografische kenmerken van de deelnemers in studie 2

KENMERKEN	TOTAAL (% OF M) ($N = 1031$)	NIET-GGZ-CLIËNTEN ($N = 502$)	GGZ-CLIËNTEN ($N = 327$)
MAN/VROUW	43.5% / 56.5%	35.1% / 64.9%	64.8% / 35.2%
LEEFTIJD	$M = 42.7$ ($SD = 14.1$)	$M = 44.1$ ($SD = 15.1$)	$M = 40.0$ ($SD = 11.1$)
OPLEIDING (HAVO OF HOGER)	61.6%	79.5%	37.9%
KERKLIDMAATSCHAP			
ROOMS-KATHOLIEKE KERK	6.0%	5.2%	10.1%
PROTESTANTSE KERK NEDERLAND ^A	13.6%	18.1%	7.6%
BEVINDELIJK-GEREFORMEERD	23.4%	27.5%	8.8%
GEREFORMEERDE BOND PKN	5.6%	7.8%	2.5%
OVERIG GEREFORMEERD	8.5%	8.4%	5.4%
EVANGELISCH/BAPTISTISCH	28.9%	26.7%	34.4%
ANDERS	5.2%	4.6%	6.0%
GEEN	8.7%	1.6%	25.2%

Tabel 3*Resultaten van de PCA en de kwadrantschalen*

Item		Component lading			
		1	2	3	4
Component 1: Overgave aan God (O) religieuze coping en Samenwerken (S)					
8. O	Ook al begrijp ik Gods bedoeling voor een probleem niet geheel, toch zal ik Gods wil doen zoals Hij mij dat opdraagt.	.81	.30	.19	.16
5. O	Ik wil ongeacht de gevolgen Gods wijsheid voor het omgaan met moeilijkheden navolgen.	.79	.27	.18	.13
4. O	Ondanks dat sommige oplossingen voor problemen aantrekkelijk lijken, zal ik ze opgeven als God me duidelijk maakt dat te doen.	.79	.28	.18	.07
3. O	Als mijn oplossingen voor problemen in conflict zijn met Gods wil, zal ik me onderwerpen aan Gods weg.	.78	.31	.13	.15
6. O	In het omgaan met een probleem of moeilijke situatie zal ik Gods weg kiezen ook als dit zelfopoffering van mij vraagt.	.78	.32	.19	.13
7. O	Al zou ik geen resultaat van mijn inspanningen zien, toch zal ik doorgaan om Gods plan uit te voeren zolang als God dit van mij vraagt.	.76	.31	.21	.17
2. O	Wanneer mijn manier van kijken naar een moeilijke situatie niet overeenkomt met Gods Woord, stel ik Gods waarheid boven mijn eigen mening of gevoel.	.73	.33	.18	.17
12. O	Als ik heel onrustig ben, word ik weer hoopvol wanneer ik handel volgens Gods bedoeling.	.65	.28	.28	.28
11. O	Ik zoek mijn kracht in God, ook als dit betekent dat ik het moet opgeven om sterk te zijn in mezelf.	.65	.38	.19	.25
10. O	Ik zoek betekenis in mijn moeilijkheden door me over te geven aan Gods leiding.	.62	.38	.28	.26
9. O	Als ik denk aan de moeilijkheden die ik heb gehad, ben ik dankbaar dat God deze gebruikt in Zijn plan.	.61	.29	.29	.27
1. O	Wanneer ik voor het eerst probeer grip te krijgen op een bepaald probleem, plaats ik Gods wil boven die van mezelf.	.59	.40	.16	.28
5. S	Bij het uitvoeren van plannen heeft God een belangrijke rol.	.58	.52	.21	.19
6. S	Als zich een moeilijke situatie voordoet, leg ik deze in gebed voor aan God om samen met Hem na te denken over mogelijke oplossingen.	.56	.55	.21	.15
3. S	Mijn geloof helpt mij om met God keuzes te maken bij problemen.	.56	.50	.25	.20
2. S	Na een probleem te hebben opgelost, probeer ik dat samen met God een plek te geven in mijn leven.	.48	.47	.24	.21
Component 2: Zelfdirectieve (Z) religieuze coping en Samenwerken (S)					
4. Z	Als ik met problemen geconfronteerd word, dan probeer ik zelf met die gevoelens in het reine te komen, zonder Gods hulp.	-.29	-.76	-.13	-.10
5. Z	Als ik besluit hoe een probleem op te lossen, maak ik een keuze zonder daar God bij te betrekken.	-.36	-.75	-.19	-.03
3. Z	Als ik nadenk over een probleem, probeer ik mogelijke oplossingen te vinden zonder Gods hulp.	-.27	-.74	-.15	-.17
2. Z	Ik los mijn problemen op zonder hulp van God.	-.39	-.73	-.16	-.12
1. Z	Wanneer ik moeilijkheden heb, bepaal ik zelf wat de betekenis en bedoeling ervan is, zonder hulp van God.	-.36	-.70	-.10	-.05
5. Z	Als ik door een moeilijke periode ben heengegaan, probeer ik er zelf een plaats aan te geven in mijn leven. Ik ga er niet vanuit dat God daar wel voor zal zorgen.	-.26	-.59	-.15	-.21
4. S	Als ik een probleem heb, praat ik er in gebed met God over om samen te bepalen wat de betekenis en bedoeling ervan is.	.45	.59	.22	.15
1. S	Wanneer ik mij gespannen of bezorgd voel over een probleem, zoek ik in gebed samen met God naar een manier om mijn zorgen te verminderen.	.49	.58	.21	.13
Component 3: Receptieve (R) religieuze coping					
5. R	Als ik mij afvraag hoe een probleem op te lossen, vertrouw ik erop dat mij na verloop van tijd een oplossing gegeven wordt.	.16	.19	.75	.18
6. R	In moeilijke tijden geloof ik erin dat zich uiteindelijk een uitweg aandient.	.23	.11	.73	.06
4. R	Als ik problemen heb, geloof ik erin dat mij een oplossing aangereikt zal worden.	.18	.22	.72	.15
7. R	Bij het oplossen van mijn problemen, overkomt het me dat dingen vanzelf op hun plaats vallen.	.11	.05	.63	.16
3. R	Wanneer ik problemen heb, vertrouw ik er op dat de betekenis en bedoeling er van me uiteindelijk geopenbaard zullen worden.	.12	.22	.63	.22
2. R	Na een moeilijke periode wordt de diepere zin van mijn problemen mij onthuld.	.06	.10	.57	.24
1. R	Wanneer ik mij zorgen maak over een situatie, ontleen ik rust aan eerdere ervaringen waar mij een uitweg werd aangereikt.	.22	.19	.56	-.06
8. R	Als zich een moeilijke kwestie voordoet, stel ik me open voor oplossingen die zich aandienen.	.25	-.02	.47	-.24
Component 4: Afwachtende (A) religieuze coping					
1. A	Ik denk niet na over mogelijke oplossingen van mijn problemen, omdat God ze mij wel geeft.	.02	-.04	.12	.77
4. A	In plaats van zelf naar de goede oplossing van een probleem te zoeken, wacht ik liever Gods leiding af.	.27	.27	.09	.68
3. A	Wanneer een situatie mij bezorgd maakt, wacht ik tot God die gevoelens van me wegneemt.	.20	.24	.06	.68
2. A	Bij het oplossen van mijn problemen wacht ik Gods leiding af in de wetenschap dat Hij op een of andere manier voor een oplossing zal zorgen.	.34	.34	.22	.59
5. A	Ik denk niet veel na over problemen die ik gehad heb; God geeft er voor mij een plaats aan in mijn leven.	.28	.01	.19	.59
6. A	Als zich een moeilijke situatie voordoet, laat ik het aan God over om te bepalen wat de bedoeling ervan is voor mij.	.44	.34	.20	.48

N = 1031. Er werd gebruik gemaakt van de Principale Componenten Analyse (PCA) met Varimax rotatie. Component ladingen boven .40 zijn dikgedrukt. De Overgave aan God schaal items zijn een vertaling van Wong-McDonald en Gorsuch (2000), de Receptieve schaal items zijn afkomstig van Zondag & Van Uden (2010), de samenwerkende, zelfdirectieve en afwachtende religieuze coping zijn afkomstig van Alma (1998).

deelnemers binnen en buiten de ggz over, die toestemming hadden gegeven om hun gegevens te gebruiken voor onderzoek.

In tabel 2 worden de demografische kenmerken van de totale groep, niet-ggz-cliënten en ggz-cliënten getoond. Door de studieopzet was bij 327 (31.7%) deelnemers bekend dat ze bij een ggz instelling in behandeling waren, bij 502 (48.2%) deelnemers was bekend dat ze niet in behandeling zijn en bij 202 (19.6%) deelnemers was het ondergaan van behandeling onbekend. In de groep van ggz-cliënten waren in vergelijking tot de andere groepen meer mannen aanwezig, was er sprake van een lager opleidingsniveau en waren minder mensen lid van een kerk.

Meetinstrumenten

Naast de demografische gegevens (kerkachtergrond, leeftijd, geslacht, opleiding en ggz-behandeling) werden, zoals in studie 1, de kwadrantschalen (samenwerken, zelfdirectief, afwachten, overgave aan God en receptiviteit) afgenomen. Tot slot werd de *Duke University Religion Index* (DUREL; Koenig & Büsing, 2010) gebruikt om met drie items ($M = 12.2$; $SD = 3.0$; range = 0–15) de intrinsieke religiositeit vast te stellen. Deelnemers met een totaalscore van 12 of lager (43.1 cumulatief %) vormden de groep met een lage intrinsieke religiositeit ($N = 389$) en deelnemers met een totaalscore van 13 of hoger vormden de groep met een hoge intrinsieke religiositeit ($N = 513$).

Analyse

Beginnend werd een principale-componentenanalyse (PCA) uitgevoerd om de componentenstructuur van

het vierdelige kwadrant te bepalen. Daarnaast werd cronbach's alpha berekend om de interne consistentie van de gebruikte schalen te bepalen. Bovendien hebben we een éénweg Pearson Correlatie uitgevoerd om de samenhang tussen de schalen van het kwadrant te bepalen. In plaats van één MANOVA werden vijftien éénwegvariantieanalyses gebruikt om de relatie tussen de schalen van het kwadrant en wel/niet ggz-cliënt, intrinsieke religiositeit, en kerkstroming te toetsen. Hierdoor werd voorkomen dat deelnemers met ontbrekende informatie op één variabele buiten de analyse vielen, terwijl er wel relevante informatie was op andere variabelen. Om te compenseren voor de verhoogde kans op de type I fout door een multiple toetsing werd de Holm-Bonferroni methode gebruikt. Tot slot werden de normscores bepaald op grond van de percentielscores. Deze percentielscores werden verdeeld in negen klassen en resulteerden in staninescores (*standard nine scores*) en werden als supplementair materiaal bij de handleiding van het religieuzecopingkwadrant toegevoegd.

RESULTATEN

Componentenstructuur en interne consistentie

De componentenstructuur van de gebruikte schalen is vastgesteld met een principale componentenanalyse (PCA) en weergegeven in tabel 3. De PCA is uitgevoerd met de 38 items van het religieuzecopingkwadrant (met varimaxrotatie, eigenwaarde > 1, componentenladingen > 0.40). De Kaiser-Meyer-Olkin test laat zien dat het een adequate steekproef is om een PCA uit te voeren, $KMO = .977$ (Field, 2013, p. 685). De toets van Bartlett is significant, wat een voldoende hoge correlatie tussen de variabelen laat zien voor een

Tabel 4

Correlaties binnen het kwadrantprofiel

KWADRANT	SCHAAL	1	2	3	4	5
God actief & Persoon actief	1. Overgave aan God	-				
	2. Samenwerken	.83***	-			
God passief & Persoon actief	3. Zelfdirectief	-.75***	-.78***	-		
God actief & Persoon passief	4. Afwachten	.64***	.60***	-.53***	-	
God passief & Persoon passief	5. Receptief	.55***	.53***	-.46***	.45***	-

De verschillende schalen binnen het kwadrant met een éénweg Pearson Correlatie. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tabel 5

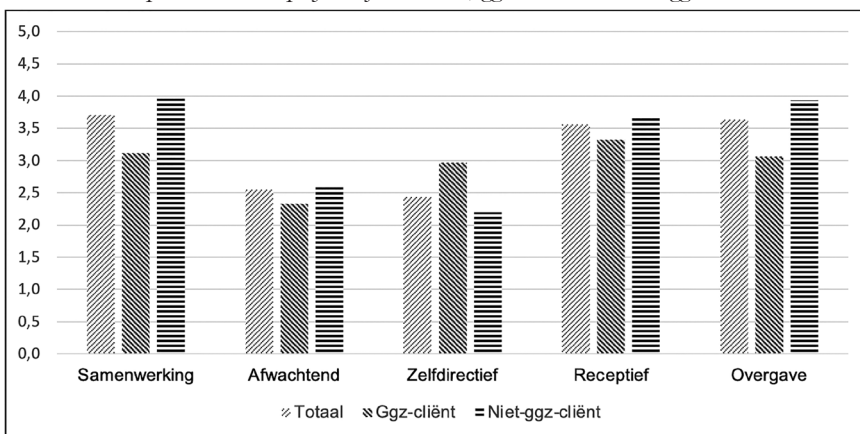
Gemiddelden en standaarddeviatie religieuze coping per normgroep

Groepen	M	Overgave		Samenwerken		Afwachten		Receptiviteit		Zelfdirectief	
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
	Totaal (N = 1031)	3.64	.97	3.70	.96	2.55	.82	3.56	.62	2.43	.94
Ggz	Ggz cliënt (n = 327)	3.06	1.15	3.11	1.14	2.33	.89	3.32	.63	2.97	1.03
	Niet-ggz cliënt (n = 502)	3.93	.73	3.96	.73	2.63	.74	3.68	.56	2.20	.78
Religieuze motivatie	Lage intrinsieke religiositeit (n = 389)	2.90	1.02	2.99	1.02	2.18	.77	3.23	.62	3.11	.93
	Hoge intrinsieke religiositeit (n = 513)	4.11	.57	4.19	.56	2.80	.76	3.74	.50	2.00	.63
Kerkachtergrond	Rooms Katholieke Kerk (n = 61)	3.03	1.14	3.33	1.13	2.30	.88	3.42	.69	2.85	1.09
	Protestantse Kerk Nederland (PKN; n = 138)	3.63	.79	3.81	.71	2.53	.73	3.63	.59	2.34	.80
	PKN Gereformeerde Bond (n = 57)	3.78	.73	3.90	.70	2.46	.64	3.41	.63	2.21	.78
	Bevindelijk Gereformeerd (n = 237)	3.93	.64	3.85	.66	2.68	.69	3.51	.52	2.26	.73
	Gereformeerd (n = 86)	3.67	.70	3.89	.76	2.42	.60	3.48	.61	2.28	.74
	Evangelisch, Pinkster of Baptisten (n = 293)	3.97	.71	3.94	.78	2.77	.81	3.72	.59	2.21	.81
	Anders (n = 53)	3.79	.99	3.92	1.04	2.75	.96	3.87	.60	2.28	.94
	Niet-christelijk (n = 89)	2.13	1.22	2.10	1.14	1.72	.82	3.16	.68	3.82	.99

Gemiddelde scores op het kwadrantprofiel gerelateerd aan het totaal, ggz-cliënten, niet-ggz-cliënten, lage en hoge intrinsieke religiositeit en op basis van verschillende kerkachtergronden. M = het totale gemiddelde van de schaal gedeeld door het aantal items.

Figuur 2

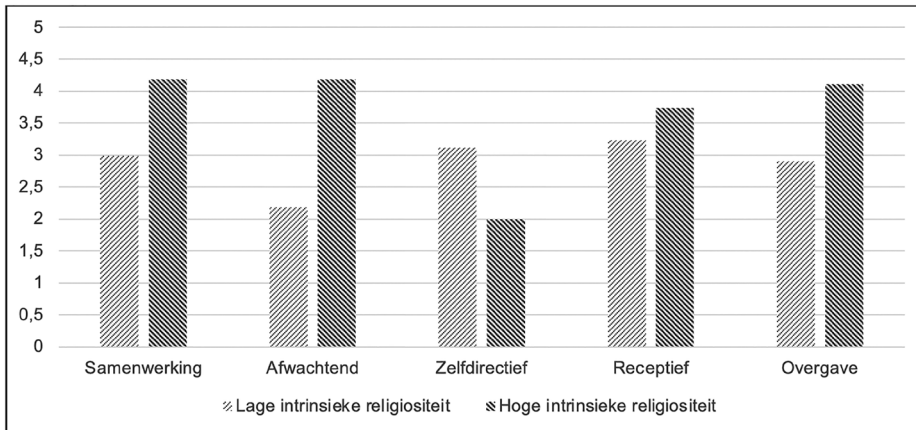
Gemiddelden op het kwadrantprofiel bij het totaal, ggz-cliënten en niet-ggz-cliënten



Bij gemiddelden gaat het om het totale gemiddelde van de schaal gedeeld door het aantal items.

Figuur 3

Gemiddelden op het kwadrantprofiel bij deelnemers met een lage en hoge religiositeit



Bij gemiddelden gaat het om het totale gemiddelde van de schaal gedeeld door het aantal items.

PCA. Vier componenten hebben eigenwaarden boven Kaisers criterium van 1 en verklaren gezamenlijk 62.23 % van de variantie. De receptieve schaal is duidelijk te onderscheiden ($\alpha = .833$), net zoals de schaal afwachten ($\alpha = .832$). Overgave aan God en samenwerken overlappen in een component ($\alpha = .969$). Twee items van samenwerken vormen ook een component met zelfdirectief, waarbij zelfdirectief een negatieve lading heeft en samenwerken een positieve lading ($\alpha = .515$). De schalen samenwerking ($\alpha = .928$), zelfdirectief ($\alpha = .904$) en overgave aan God ($\alpha = .961$) hebben een uitstekende betrouwbaarheid.

Correlaties binnen het kwadrantprofiel

De eenweg Pearson correlatie laat zien dat de schalen samenwerken, afwachten, overgave aan God en receptiviteit een medium ($.30 > r < .50$; Cohen, 1992) tot grote ($r > .50$) positieve samenhang met elkaar vertonen (zie tabel 4). De zelfdirectieve schaal vertoont een medium tot grote negatieve samenhang met alle andere schalen in het kwadrant. De schalen van overgave aan God en samenwerken die in de dezelfde hoek van het kwadrant zitten (God actief/Persoon actief) vertonen de samenhang met de grootste effectgrootte ($r = .83$; $p < .001$).

Het kwadrantprofiel bij verschillende groepen

De descriptieve statistiek maakt duidelijk dat ggz-cliënten op de schalen van het religieuzecopingkwadrant over

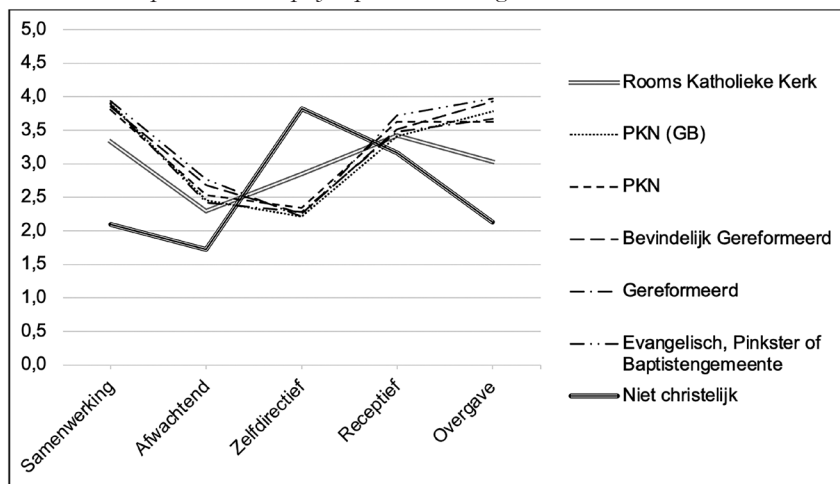
het algemeen lager hebben gescoord, met uitzondering van de zelfdirectieve schaal (zie tabel 5 en figuur 2).

De eenwegvariantieanalyses geven aan dat de gevonden verschillen tussen ggz-cliënten en niet-ggz-cliënten op alle schalen significant zijn; namelijk op samenwerken ($F(1, 499.40) = 138.86$, $p < 0.001$), afwachten ($F(1, 602.21) = 26.54$, $p < 0.001$), zelfdirectief ($F(1, 562.16) = 130.24$, $p < 0.001$), overgave aan God ($F(1, 496.53) = 148.47$, $p < 0.001$) en receptiviteit ($F(1, 638.42) = 71.99$, $p < 0.001$).

Net als bij ggz-cliënten scoorde de groep met weinig intrinsieke religiositeit lager op de kwadrantschalen in vergelijking tot de groep met een hoge intrinsieke religiositeit, met uitzondering van de zelfdirectieve schaal (zie tabel 5 en figuur 3).

De eenwegvariantieanalyses tonen aan dat deelnemers met een hoge intrinsieke religiositeit significant verschillen van deelnemers met een lage intrinsieke religiositeit op de kwadrantschalen. Dat geldt voor de schalen samenwerken ($F(1, 561.35) = 436.69$, $p < 0.001$), afwachten ($F(1, 826.02) = 138.88$, $p < 0.001$), zelfdirectief ($F(1, 641.92) = 407.31$, $p < 0.001$), overgave aan God ($F(1, 571.64) = 439.27$, $p < 0.001$) en receptiviteit ($F(1, 728.15) = 174.15$, $p < 0.001$).

De descriptieve statistiek maakt duidelijk dat de niet-christelijke groep, net als ggz-cliënten en laag intrinsiek religieuze deelnemers, hoger scoorde dan de religieuze

Figuur 4*Gemiddelden op het kwadrantprofiel per kerkstroming*

Bij gemiddelden gaat het om het totale gemiddelde van de schaal gedeeld door het aantal items.

deelnemers op de zelfdirectieve schaal, maar lager op alle andere schalen (zie tabel 5 en figuur 4). De groep die zich verbonden voelt aan de Rooms-Katholieke Kerk vertoonde een minder uitgesproken profiel, tussen de protestante groepen en de niet-christelijke groep in.

De eenwegvariantieanalyses laten zien dat de verschillende kerkstromingen significant verschillen op de schalen samenwerken ($F(7, 448.61) = 47.66, p < .001$), afwachten ($F(7, 516.35) = 20.41, p < .001$), zelfdirectief ($F(7, 512.22) = 39.18, p < .001$), overgave aan God ($F(7, 441.90) = 49.11, p < .001$), en receptiviteit ($F(7, 569.68) = 11.56, p < .001$). Dit toont aan dat de kwadrant schalen kunnen verschillen bij een andere kerkelijke achtergrond.

Volgens de Holm-Bonferroni methode zijn de p-waarden van < 0.001 voldoende gecorrigeerd voor de kans op een type 1 fout bij vijftien statistische toetsen. Hier ligt de grens bij 0.003 en 0.025 afhankelijk van de rangschikking van de individuele toets.

DISCUSSIE

De tweede studie onderzocht de componentenstructuur van het vierdelige kwadrant, de interne consistentie en samenhang van de schalen en het verschil van het kwadrantprofiel in verschillende groepen, die in de

handleiding ook als normgroepen worden aangeboden.

De PCA bevestigde de verwachte vierdelige componentenstructuur van het religieuzecopingkwadrant. In tegenstelling tot eerder onderzoek (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000) vormden de items van overgave aan God, samenwerken en zelfdirectief niet drie maar twee componenten. Terwijl het passend was bij het kwadrant met de gecombineerde schalen overgave aan God en samenwerken, vormden twee items van samenwerken een uitzondering. De twee items toonden ondanks component ladingen op de eerste

Alle schalen vertonen een goede tot uitstekende interne consistentie

component, alsnog hogere ladingen op de tweede component van de zelfdirectieve schaal. We interpreterten dit met een totaal van 38 items als een beperkte afwijking en zien voldoende aanwijzingen voor de verwachte componentenstructuur van het kwadrant. Verder vertonen de gekoppelde schalen overgave aan God en samenwerking in lijn met de verwachting sa-

menhang met de grootste effectgrootte. Alle schalen vertonen een goede tot uitstekende interne consistentie. Om de bruikbaarheid in de ggz te vergroten zou gekeken kunnen worden of de schalen met minder vragen gecombineerd kunnen worden. Tot op heden zijn de schalen niet eerder gezamenlijk in de ggz onderzocht, waardoor hierin geen onderbouwde keuze gemaakt kan worden. Hierdoor worden beide schalen in het religieuzecopingkwadrant alsnog apart meegenomen.

De geformuleerde hypothesen omtrent het verschil van het religieuzecopingkwadrant in verschillende groepen worden ondanks een Holm-Bonferronicorrectie bevestigd. Hierdoor is het wenselijk deze groepen bij het vaststellen van de normen mee te nemen. Cliënten in de ggz verschillen in vergelijking tot niet-ggz-cliënten op het kwadrantprofiel. Zo scoren cliënten hoger op de zelfdirectieve schaal en lager op de andere schalen. Het is overeenstemming met eerdere bevindingen dat zelfdirectieve religieuze coping geassocieerd is met negatief affect (Frederick et al. 2016) en psychologische problemen (Ross et al., 2009). Tegelijkertijd scoren niet-ggz-cliënten hoger op samenwerken, dat geassocieerd is met positief affect (Frederick et al. 2016) en psychische gezondheid (Ross et al. 2009), en overgave aan God, dat geassocieerd is met minder angstklachten (Clements et al., 2012). Bovendien lijkt overgave aan God bij ggz-cliënten in de verslavingszorg samen te hangen met minder trek in het middel (Seesink et al., 2022b).

Verder verschillen de schalen ook in groepen met een hoge of lage intrinsieke religiositeit. In lijn met eerder onderzoek scoort de zelfdirectieve schaal, in tegenstelling tot de schalen overgave aan God en samenwerken minder hoog bij een hogere intrinsieke religieuze motivatie (Pérez & Smith, 2015; Wong-McDonald & Gorsuch, 2000).

Tot slot bevestigt de tweede studie dat kerkachtergronden verschillen op het kwadrantprofiel. Naast een niet-christelijke kerkachtergrond, vertoont ook een Rooms-Katholieke achtergrond een lager gemiddelde op de schalen samenwerken en overgave aan God, maar een hoger gemiddelde op de zelfdirectieve schaal. Tegelijkertijd is hier sprake van een beperking van de tweede studie, omdat het aantal

deelnemers in de groepen van de kerkachtergronden relatief veel verschilden. Deelnemers afkomstig van de Gereformeerde Bond binnen de PKN en de Rooms-Katholieke Kerk waren net als niet-christelijke deelnemers maar beperkt vertegenwoordigd in de steekproef. Voorzichtigheid is daarom geboden in het generaliseren van de gegevens bij een doelgroep buiten de protestants christelijke geloofsstromingen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op grotere groepen om te verifiëren of de resultaten te repliceren zijn.

ALGEMENE DISCUSSIE

Met de vijf religieuze coping schalen geeft het kwadrant de therapeut een beeld op welke manier de cliënt de probleemoplossing begrijpt als dynamiek van (eigen) verantwoordelijkheid en overgave in relatie tot God.

Beide studies leveren aanwijzingen dat het kwadrant diagnostisch van meerwaarde kan zijn

Beide beschreven studies leveren aanwijzingen dat het kwadrant diagnostisch van meerwaarde kan zijn. In de eerste studie wordt bevestigd dat cliënten behoefte hebben aan het expliciet betrekken van het christelijke geloof als kwadrantschalen op de voorgrond staan die God een actieve rol toeschrijven (II. in figuur 1). In de tweede studie wordt de vierdelige componentenstructuur van het copingkwadrant en de relevantie van verschillende normgroepen bevestigd.

Het religieuzecopingkwadrant biedt de hulpverlener een tool om religieuze coping te betrekken in de ggz. Door de van origine Nederlandse receptieve schaal te includeren doet het kwadrant meer recht aan de verscheidende geloofsbeleving in Nederland. Echter, de plaatsing van receptieve schaal in het kwadrant vergt meer vervolgonderzoek omdat het volgens de eerste studie een actieve rol voor God niet lijkt uit te

sluiten. Deze conclusie onderstreept het doel om via het kwadrant de schalen gecombineerd te beschouwen. Als de receptieve schaal net als de schalen overgave aan God en samenwerken hoger scoren kan het alsnog wijzen op een actieve rol die toebedeeld wordt aan God. Tegelijkertijd kan deze combinatie een aanwijzing zijn op meer vertrouwen in de oplossing van een stress-situatie. Empirisch onderzoek omtrent religieuze coping steunt voornamelijk op overwegend Amerikaanse context, waardoor de twee gepresenteerde studies een begin maken om religieuze coping verantwoord te betrekken in de Nederlandse ggz. Toch zijn er nog veel kennishiaten. Zo is het wenselijk de beschreven klinische observaties te toetsen en resultaten te repliceren. Mogelijk spelen nog andere klinische observaties bij hulpverleners een rol die de diagnostische relevantie kan vergroten. Zo rapporteren cliënten met een stoornis in middelengebruik meer trek bij een gecombineerde hogere score op zelfdirectief en overgave aan God vergeleken met cliënten die geen conflicterende schaalcombinatie hebben (Seesink, et al. 2022b).

Er is discussie over de plek van het betrekken van het christelijke geloof zoals met religieuze coping in de ggz, omdat het expliciet betrekken van religie en spiritualiteit de complexiteit van behandeltrajecten vergroot (Loonstra, 2021; Scholte, 2020; Verhagen, 2020). Tegelijkertijd zijn er cliënten die waarde hechten aan het betrekken van religie in de therapiekamer (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2019), waardoor het onwenselijk is om religieuze interventies te vermijden. Een relevante oorzaak voor het vermijden van religieuze interventies in de ggz vormt een lager percentage van religieuze betrokkenheid onder therapeuten in vergelijking tot cliënten, ook wel beschreven als een *religiosity gap*, waardoor kansen om religie in de behandeling te betrekken wordt nagelaten (Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al., 2018). Het religieuzecopingkwadrant kan de hulpverlener helpen om de *religiosity gap* voor cliënten te verminderen en religie te integreren in het behandeltraject.

REFERENTIES

Alma, H. (1998). *Identiteit door verbondenheid. Een gods-*

dienstpsychologisch onderzoek naar identificatie en christelijke geloof. Kok.

- Alma, H. A., Pieper, J. Z. T. & Uden, M. H. F. van (2003). When I find myself in times of trouble: Pargament's religious coping scales in the Netherlands. *Archive for the Psychology of Religion*, 24(1), 64-74. <https://doi.org/10.1163/157361203X00228>
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S. E., & Worthington, E. L. (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>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics: And sex and drugs and rock 'n roll* (4th ed.). Sage.
- Frederick, T., Purrington, S., & Dunbar, S. (2016). Differentiation of self, religious coping, and subjective well-being. *Mental Health, Religion & Culture*, 19(6), 553-564. <https://doi.org/10.1080/13674676.2016.1216530>
- GGZ standaarden (2020, 10 december). Generieke module: Diversiteit. Geraadpleegd op 29 december 2022, van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_40f4522c-83c8-447c-84c7-1f06a5635aea_diversiteit_authorized-at_27-09-2018.pdf
- Hai, A. H., Franklin, C., Park, S., DiNitto, D. M., & Aurelio, N. (2019). The efficacy of spiritual/religious interventions for substance use problems: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 134-148. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.045>
- Harris, K. P., Rock, A. J., & Clark, G. I. (2019). Religious or spiritual problem? The clinical relevance of identifying and measuring spiritual emergency. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 51(1), 89-118.
- Hathaway, W. L., Scott, S. Y., & Garver, S. A. (2004). Assessing religious/spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 97. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.35.1.97>

- org/10.1037/0735-7028.35.1.97
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78–85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Krause, N., Pargament, K. I., & Ironson, G. (2018). In the shadow of death: Religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(4), 696–703. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw039>
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., Marks, L.D., & Stillman, T. F. (2010). Invocations and intoxication: Does prayer decrease alcohol consumption? *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(2), 209–219. <https://doi.org/10.1037/a0018746>
- Sanderman, R., & Ormel, J. (1992). De Utrechtse Coping Lijst (UCL): Validiteit en betrouwbaarheid. *Gedrag & Gezondheid*, 20(1), 32–37.
- Loonstra, B. (2021). Het geloof van de therapeut in de spreekkamer naar aanleiding van het meningsverschil tussen Wubbo Scholte en Piet Verhagen in *Psyche & Geloof*, 2020–4. *Psyche & Geloof*, 32(1), 65–67.
- Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, 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 and Culture*, 21(7), 737–752. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1553029>
- Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C. van, Schaap-Jonker, H., Hennipman-Herweijer, C., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2019). Patients’ Needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands. *Issues in mental health nursing*, 40(1), 41–49. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1475522>
- Oudijn-van Engelen, A.L., Jacobs, N., Lataster, J., van Nieuw Amerongen-Meuse, J.C., Seesink, H.J., Schaap-Jonker, H. (2022). De samenhang tussen religieuze copingstijlen en psychische klachten in een christelijke bevolkingsgroep. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 64(2), 80–86.
- Pargament, K. I., & Exline, J. J. (2021). *Working with spiritual struggles in Psychotherapy: From research to practice*. The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90–104. <https://doi.org/10.2307/1387404>
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Pérez, J. E., & Rex Smith, A. (2015). Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 183–193. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9593-2>
- Ross, K., Handal, P. J., Clark, E. M., & Wal, J. S. V. (2009). The relationship between religion and religious coping: Religious coping as a moderator between religion and adjustment. *Journal of Religion and Health*, 48(4), 454–467. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9199-5>
- Ruff, J. L., & Elliott, C. H. (2016). An exploration of psychologists’ possible bias in response to Evangelical Christian patients: Preliminary findings. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(2), 115–126. <https://doi.org/10.1037/scp0000102>
- Schaap-Jonker, H. (2020). Hebben psychiatrische patiënten wezenlijk andere godsrepresentaties dan niet-patiënten? *Psyche & Geloof*, 32(1), 19–32.
- Schaefer, C. A., & Gorsuch, R. L. (1991). Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(4), 448–461. <https://doi.org/10.2307/1387279>
- Scholte, W. (2020). Spiritueel leven, relationeel functioneren en christelijke ggz. *Psyche & Geloof*, 31(4), 193–197.
- Scholte, W., & Seesink, H. J. (2018). Christian psychology and addiction: God’s divine intervention in the lives of the powerless. *Psyche & Geloof*, 29(3), 196–204.
- Seesink, H. J. (2018a). Knockin’ on heaven’s door en Losing my religion? *Psyche & Geloof*, 29(2), 152–153.
- Seesink, H. J. (2018b, 27 september). *Toch met God in*

- de ggz [Lezing]. Symposium: Geloof en zingeving in de verslavingszorg, Dordrecht, Nederland.
- Seesink, H.J., Klokkenburg, P., Schaap-Jonker, H., Ostafin, B. D., & Wiers, R. W. (2022a). Without your therapist: Contemplative prayer during treatment as a religious exposure intervention to reduce religious struggle and anxious God representation. *Clinical Case Studies*. <https://doi.org/10.1177/15346501221082231>
- Seesink, H. J., Vrijmoeth, C., Schaap-Jonker, H., Ostafin, B., & Wiers, R. (2022b June 2-4). My way, God's way or both? Religious coping and addiction [Posterpresentatie]. European Conference on Religion, Spirituality and Health, Amsterdam, Nederland. Geraadpleegd op 29 december 2022, van https://ecrsh.eu/application/files/5116/5398/5326/ECRSH22_Poster_Seesink_HJ.pdf
- Uden, R. van, Pieper, J., & Alma, H. (2005). Bridge over troubled water: Resultaten van onderzoek naar receptiviteit. *Gedrag en Gezondheid*, 33(3), 117-124.
- Uden, M. van, Pieper, J. & Zondag, H. (2014). *Knock-in' on heaven's door: Religious and receptive coping in mental health*. Shaker verlag.
- Verhagen, P. (2020) Zou het soms de heilige Geest zijn? *Psyche & Geloof*, 31(4), 235-240.
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, 27(5), 358-363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R. L. (2000). Surrender to God: An additional coping style? *Journal of Psychology and Theology*, 28(2), 149-161. <https://doi.org/10.1177/009164710002800207>
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R. L. (2004). A multivariate theory of God concept, religious motivation, locus of control, coping, and spiritual well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 32(4), 318-334. <https://doi.org/10.1177/009164710403200404>
- Wilt, J. A., Exline, J. J., & Pargament, K. I. (2022). Coping with religious and spiritual struggles: Religious and secular techniques. *Spirituality in Clinical Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/scp0000289>

PERSONALIA

Henk-Jan Seesink, MSc is werkzaam bij De Hoop ggz als GZ-psycholoog. Daarnaast verricht hij wetenschappelijk onderzoek naar de overgave aan God in het kader van een promotietraject bij de Universiteit van Amsterdam en het Kennisinstituut christelijke ggz. Correspondentieadres: seesinkh@yahoo.com.

Jeanette van Schaik, MSc is afgestudeerd aan de Radboud Universiteit en nu werkzaam als basispsycholoog bij De Hoop ggz.

Dr. Cis Vrijmoeth is docent aan de Vrije Universiteit Amsterdam en onderzoeker bij het Kennisinstituut christelijke ggz.

Dr. Hanneke 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.