

UNIVERSITY OF TWENTE.

Bachelor Thesis

**Subjective Religiosity and God Image as
Predictors of Mental Health**

Tülin Filiz

s1044125

June 2015

University of Twente

Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences

Department of Psychology

Supervision:

1st Supervisor: Dr. Elian de Kleine

2nd Supervisor: Marion Spijkerman, M.Sc.

Abstract

The aim of the present study was to examine if the relationship between *subjective religiosity* and *god image* has the power to predict mental health outcomes through religious and non-religious individuals. Especially with regard to non-religious individuals, the god image seems to have predictive value with regard to pathology. In order to measure *subjective religiosity*, *god image* and mental health, the *God Image Questionnaire* and the *Brief Symptom Inventory* have been administered to a clinical sample (N=337) and to a non-clinical sample (N=150), aged between 18 and 65 years. Statistical analyses revealed that an interaction effect between *subjective religiosity* and *god image* predicts pathology, and especially non-religious people with a strong developed *god image* seem to be pathological. Thus, an inconsistency between *subjective religiosity* and *god image* seems to contribute to pathology.

Het doel van deze studie was te onderzoeken of de relatie tussen *levensovertuiging* en *godsbeeld* voorspellende waarde heeft voor geestelijke gezondheid bij religieuze en niet-religieuze respondenten. Vooral bij niet-religieuze respondenten blijkt het *godsbeeld* voorspellende waarde te hebben met betrekking tot pathologie. Om de *levensovertuiging*, het *godsbeeld* en geestelijke gezondheid te meten zijn de *Vragenlijst Godsbeeld* en de *Brief Symptom Inventory* bij een klinische populatie (N=337) en bij een niet-klinische populatie (N=150) tussen de 18 en 65 jaar afgenoem. Uit statische analyses bleek dat een interactie-effect tussen *levensovertuiging* en *godsbeeld* voorspellende waarde heeft voor pathologie. Vooral niet-religieuze respondenten met een sterk ontwikkeld *godsbeeld* blijken pathologisch te zijn. Een dissonantie tussen *levensovertuiging* en *godsbeeld* blijkt een bijdrage te leveren aan pathologie.

Key Words: Subjective Religiosity; God Image; Mental Health; Pathology

Table of Contents

Introduction.....	4
Methods.....	8
Design	8
Participants.....	8
Materials	9
Procedure.....	11
Ethical Considerations	12
Analysis.....	12
Results.....	13
Discussion.....	16
Limitations	17
Implications for therapeutic purpose.....	18
Conclusion.....	19
References.....	19
Appendix A	22
Appendix B.....	34
Appendix C.....	36
Appendix D.....	43
Appendix E.....	45
Appendix F.....	48
Appendix G.....	49

Introduction

Religion and its impact on mental health have already been studied in a variety of theoretical contexts. Most of the findings are still contradictory; displaying that religion can be seen as a subjective and multidimensional construct (Khalaif, Hebborn, Dal, Naja, 2014). The existing definitions of religion imply that this construct seems to have an impact on the lifestyle and the mindset of an individual through the establishment of several rules of conduct (<http://dictionary.reference.com/browse/religion>, 23 march 2015). Vande Kemp (1999) stated that religion plays a key role when it comes to building a coherent model of the reality, providing control over the self and the environment and holding on to something that gives hope. Thus, religion seems to be an important domain with regard to the experience of a sense of meaning in life. The extent to which people are religious can be split into their subjective religiosity and the god image they have built.

Subjective religiosity can be interpreted as the belief in a higher force and the affiliation towards a religious community, which implies applying several religious coping strategies and getting support from a social religious community (Dew, Daniel, Goldston, McCall, Kuchibhatla, Schleifer, Triplett, Koenig (2010); Kay, Gaucher, McGregor, Nash (2010)). It can also be regarded as an attitude towards life that contributes to the perception of a subjective reality, which can have a great impact on a person's well being. The construct that seems to be most influential within the concept of *subjective religiosity* is the affective dimension of religion, also referred to as the *god image* (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Zock and Jonker (2008)). The *god image* contains the perception of a relationship towards a higher force, which seems to have an impact on a person's well being. Therefore, it is likely to be connected with mental health in the broadest sense. A lot of research has already been conducted on the relationship between religion and mental health, and the findings provide evidence for an interconnection of the constructs of *subjective religiosity* and the *god image* (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Zock, Jonker, 2008). Still, one question remains unanswered: what does the connection between

subjective religiosity, the *god image* and mental health look like and how does it influence a person's well being?

In order to examine how religion and mental health are connected and which domains of a religion have an impact on mental health, several researchers tried to split up the meaning behind the concept of religion into its different domains. It became evident that religion can be split into three core essentials: cognition, affect and ethics (Vande Kemp, 1999). From a historical viewpoint, according to the phenomenological psychologist MacLeod (1975), these three core essentials of religion can be defined by using the Kantian/Freudian tripartite model.

The first core essential of religion is “(1) a belief in an order of reality that transcends the material, which may or may not be personified as a deity [theology/cognition]” (Vande Kemp, 1999). The Argentinian psychoanalyst Ana-Maria Rizzuto (1979) stated that believing in a higher force or having an internal “god concept” has a predominant rational/cognitive quality. Thus, this god concept represents the *subjective religiosity* of an individual, or the self-rated importance of religion and religious saliency. The god concept can be regarded as faith in a higher force, the conviction that a god exists and that this god observes the actions of an individual.

The second core essential is “(2) a feeling of reverence (self-abasement or possibly only fear) with respect to the transcendent order [ritual/affection]” (Vande Kemp, 1999). Hence, the second core essential can be interpreted as the perception of a god who is punishing, vengeful, or simply indifferent towards mankind (Agorastos, Demiralay, Huber, 2014). A religious person may perceive god as responsible for the things that happen in life, and god’s behavior may take either a positive or a negative direction. That means that it includes very private emotions an individual can perceive towards a higher force (Braam, Mooi, Schaap-Jonker, van Tilburg, Deeg, 2008). The *god image* seems to be the one of the most striking religious domains with regard to well being, and is therefore also likely to be connected with mental health (Braam, Mooi, Schaap-Jonker, van Tilburg, Deeg, 2008; Agorastos, Demiralay, Huber, 2014; Khalaf, Hebborn, Dal, Naja, 2014).

The third core essential is “(3) the acceptance of certain obligations upon personal conduct, which may be merely constraints [ethics/conation]” (Vande Kemp, 1999). This implies that there are several norms and rules set by religion with regard to how mankind should or should not behave. This third core essential goes beyond the individual and focuses especially on agreed-upon rules within an individuals’ social-religious group. These rules can be referred to as moral norms or ethical principles an individual is obliged to follow in order to live a meaningful life. Furthermore, many religious communities operate religious coping strategies, such as praying or attending religious conventions, which can also be assumed to be an important factor within the development of a *god image*. These coping strategies seem to be equivalent to psychological strategies that aim to prevent an individual from losing the sense of meaning in life (Stroope, Draper, Whitehead, 2013). Based on this historical tripartite-model definition of religion, one may assume that *subjective religiosity* and *god image* seem to be connected to mental health through the private belief of an individual towards a higher force and through the affiliation towards a religious community.

Several instruments have been developed in order to measure the affective dimension of religion, and the instrument used in the present study is the *Questionnaire God Image* (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, 2008). This questionnaire, which consists of the two theory-based dimensions “feelings towards god” and “perceptions of god’s actions”, measures the *subjective religiosity* of a person and the character of the mental representation of a god, the *god image*. The dimension “feelings towards god” implies the emotional relationship someone has with god, and the dimension “perceptions of god’s actions” implies how the things that happen within someone’s subjective reality are perceived.

Research on the connection between *subjective religiosity*, the *god image* and mental health indicated that a positive *god image* is mostly associated with the development of self-esteem, an accompanying sense of meaning and purpose in life and less psychiatric symptoms (Stroope, Draper, Whitehead, 2013). This holds also true for *subjective religiosity*, which has been validated as an important predictor of improved mental health (Khalaf, Hebborn, Dal, Naja, 2014). Contrarily, there are also

studies indicating that *subjective religiosity* can be associated with personal distress, which has a negative impact on a person's well being (Leondari, Gialamas, 2009). This can also be found with regard to the *god image*, as research indicates that a negative *god image* is more often associated with pathology. As an example, people diagnosed with a borderline personality disorder, paranoid ideation, feelings of guilt and other psychiatric symptoms seem to have a god image with a negative character (Bonab, Akbar, Koohsar, 2011; Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Zock, Jonker, 2008). These findings display that the relationship between *subjective religiosity* and *god image* still seems to be unclear, despite the fact that there have been several attempts to clarify the relationship between religion and mental health.

One important factor that seems to be involved in the connection between *subjective religiosity*, *god image* and mental health is the common psychological trait "perceived stress". Throughout research, this factor is reported as being an important determinant of mental health and pathology (Khalaf, Hebborn, Dal, Naja 2014). "Perceived stress" seems to be affected by religious coping strategies, which in turn seem to function as regulatory mechanisms within the relationship between religion and mental health (Khalaf, Hebborn, Dal, Naja 2014). Again, a differentiation can be made between positive and negative religious coping strategies. Just as positive religious coping strategies can help regulating perceived stress, negative religious coping strategies, which are defined throughout the literature as questioning and doubting one's faith, god, and religious relationships, can contribute to pathology (Dew et al., 2010).

In summary, *subjective religiosity* and the *god image* of clinical and non-clinical participants will be compared through this paper, as there is evidence that there must be significant differences between *subjective religiosity* and *god image* of people with pathological symptoms and *subjective religiosity* and *god image* of people without pathological symptoms. Throughout the recent literature, research on the connection between *subjective religiosity* and the *god image* with regard to mental health has mostly been conducted only within clinical respondents, and comparisons in this context between clinical and non-clinical respondents are scarce. Therefore, this study also takes non-clinical respondents into account.

Based on this explanatory framework with regard to *subjective religiosity* and *god image*, the hypotheses that will be examined through this study are

H1: *Pathological symptoms* (within non-clinical respondents) can be predicted by *subjective religiosity* and *god image*

H2: *Pathological diagnosis* (within clinical and non-clinical respondents) can be predicted by *subjective religiosity* and *god image*

Methods

Design

The present study was part of a longitudinal study conducted by Hanneke Schaap-Jonker, where participants had to fill in the God Image Questionnaire three times within six month. Participants within the non-clinical group were additionally asked to fill in the Brief Symptom Inventory (BSI), an instrument used to measure psychological symptoms (Axis 1 pathology, DSM IV) quickly. The aim of this longitudinal study was to get an insight into how the multidimensional construct of religion affects pathological symptoms, especially symptoms of anxiety or depression.

The present study was a descriptive study with cross-sectional design. It focused on gaining insight into the differences of *subjective religiosity* and the *god image* between clinical and non-clinical respondents.

Participants

The sample that is used for analysis within this study consisted of two populations. The first group (clinical) consisted of ambulant clients with a classification on Axis 1 or Axis 2 of the DSM-IV, predominantly Anxiety disorders and Depressive disorders (Axis 1 pathology). Clients with addiction problems, psychotic disorders or disorders within the autism spectrum and clients with physical or personality problems (as primary diagnosis) were excluded. People in this group were aged between 19 and 64 years ($M=37.11$, $SD=11.99$). There were 137 (41,4%) people in this group that stated to be religious and 194 (59,6%) people who stated not to belong to a religious or church-related community.

The second group (non-clinical) consisted of people that were collected through convenience sampling. Participants within this group consisted of people from the social environment of the research team and employees of the University of Twente, who were asked to participate individually through face-to-face conversation. Inclusion criteria were being aged between 18 and 65 years and exclusion criteria were not being diagnosed with Axis 1 or Axis 2 pathology according to the DSM IV. The age within this group was ranged between 18 and 65 years ($M=34.30$, $SD=13.62$), with 60 (41,1%) male and 86 (58,9%) female participants. Within this group, 81 (55,5%) stated to be religious and 65 (44,5) stated not to belong to a religious or church-related community. Table 1 shows the demographic data of the sample.

Table 1.

Demographics.

		Clinical		Non-Clinical	
		n	%	n	%
Gender	Male	157	46.20	60	41.10
	Female	180	52.90	86	58.90
Subjective Religiosity	Religious	137	41.39	81	55.50
	Not religious	194	58.61	65	44.50
Total		337	69.20	146	30.80

Materials

Within this paper, two questionnaires were used. The first questionnaire is the “Questionnaire God Image” (QGI, Dutch version) (Appendix A) and the second questionnaire is the “Brief Symptom Inventory” (BSI, Dutch version) (Appendix B). The questionnaires consist of self-report measures of religious belief, god image and symptoms of Axis-1 pathology.

The *Questionnaire God Image* consists of 65 items, which were measured within five scales. Participants were asked to answer to what extent their subjective perception fits the items on a 5 point Likert scale (1= not at all, 5= very much). Additionally, participants were asked if they belong to a religious or spiritual community and which community this is (Christian, Jewish, Islam, or other

ecclesiastical communities). The subscales that were measured through this study with this questionnaire were religious saliency, god image cognitions, god image affective, social support, positivity and negativity. The internal consistency measurements of the subscales in this sample are well above a threshold of .60 (Verhoeven, 2007) (religious saliency (Cronbach's α = .94), god image cognitions (Cronbach's α = .94), god image affective (Cronbach's α = .95), social support (Cronbach's α = .93), positivity (Cronbach's α = .95) and negativity (Cronbach's α = .90)). The minimum score of this questionnaire was 52 and the maximum score was 227. As this questionnaire consisted of several new items that have been added on purpose of this study, the psychometric quality has not yet been established. Norm tables for clinical and non-clinical populations have been calculated (Appendix C).

Pathology is measured through the BSI (Brief Symptom Inventory, reviewed Dutch edition), which is a self-report scale that consists of 53 items. It has been used in order to evaluate psychological distress and symptoms of psychiatric disorders. Participants were asked to rate how much they have been bothered by several symptoms within the last seven days, ranged on a 5 point Likert scale (0 = not at all; 4 = extremely). The BSI consists of nine subscales, which are designed to assess individual symptoms. The internal consistency measurements of the subscales of the BSI in this sample were also above the threshold of .60 (Verhoeven, 2007). These subscales are somatization (SOM, seven items, Cronbach's α = .74), cognitive (COG, six items, Cronbach's α = .83), interpersonal sensitivity (IS, four items, Cronbach's α = .95), depression (DEP, six items, Cronbach's α = .89), anxiety (ANX, six items, Cronbach's α = .86), hostility (HOS, five items, Cronbach's α = .77), phobic anxiety (PHB, five items, Cronbach's α = .82), paranoid ideation (PAR, five items, Cronbach's α = .81), and psychoticism (PSY, five items, Cronbach's α = .83). The minimum score of this questionnaire was 0 and the maximum score was 122. Derogatis and Melisaratos (1983) evaluated that psychometric quality of the BSI as an acceptable short alternative to the SCL-90-R. Additionally, the internal consistency seems to be satisfactory for all subscale scores of the BSI regardless of ethnic group membership (Wiesner, Chen, Windle, Elliot, Grunbaum, Kanouse, Schuster, 2010).

The scores on the BSI can be interpreted through norm tables that have been calculated for clinical and non-clinical respondents (Appendix D).

Procedure

The sample consists of respondents that were recruited from the general public and from people that participate at a therapy in the Netherlands.

Participants within the clinical group were asked to participate through the Quest manager ROM (Routine Outcome Monitoring). This is an online-software that has been developed in order to measure improvements of mental health of people who stay at a psychiatric clinic. Within the Quest manager, the *Questionnaire God Image* (Schaap-Jonker Eurelings-Bontekoe, Zock, Jonker, 2008) and the *Brief Symptom Index* (BSI, Beurs & Zitman, 2006) have been administered to the participants. The completion of these questionnaires took approximately twenty minutes. The participant received on-screen information about the conducted study. Within the Quest manager, participants have been informed that participation is not obligatory, about their right to quit participation on each occasion, and that personal research results will not be sent to the therapist. Further information participants received was that the conducted study is independent from their therapy and an offer for the opportunity to get aftercare through the psychological care office or through their therapist. The psychopathological diagnoses have been placed at the disposal by the responsible therapist.

Participants within the non-clinical group were collected from three different age groups. The first group is aged between 18 and 29, the second group between 30 and 41 and the third group between 41-65 years. The respondents from the general public received an information letter by mail about the conducted study (Appendix E) and an Informed Consent form (Appendix F) to participate in this study, which the participant has to send back to the research team. The information letter gives the participants insight into the aim of the conducted study and the methods that are used. In addition, ethical aspects are communicated through this letter. If a participant confirms that he wants to participate in this study, s/he receives a paper-and-pencil battery by mail including the *Questionnaire God Image* (Schaap-Jonker Eurelings-Bontekoe, Zock, Jonker, 2008), the *Brief Symptom Inventory* (BSI, Derogatis, 2006)

and a prepaid envelope in order to sent the questionnaires back to the research team. The questionnaires are in Dutch and participants are either native speakers or fluent in Dutch.

Ethical Considerations

Regulation statement

The study was conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki (version October 2008) and in accordance with the Medical Research Involving Human Subjects Act (WMO). Ethical approval was given from the METC (Medical Ethical Testing Commission, Educational establishment Christian mental health service (Eleos/De Hoop GGZ)).

Analysis

Statistical analyses within this research were conducted with SPSS 21.0 (SPSS Inc.).

The symptoms of the clinical group were being displayed through the diagnoses provided by the responsible therapists. Indications for Symptoms within the non-clinical group have been measured through the BSI.

Further, we split the sample into “non-religious” and “religious” participants as a representation of *subjective religiosity*. Therefore, we concluded that participants who stated that they belong to the Christian, Roman Catholic, Protestant, Orthodox-reformed, Islamic, Jewish or Baptist community to be religious. We concluded participants that stated to belong to other groups than the ones listed previously to belong to the non-religious group. The non-religious group includes people that responded with “none”, “humanistic community”, “new age or other related communities” and “other”. In order to get an overview of the relationship between the god image sub scales and the BSI, we conducted a correlation analysis between the sub scales of the God image questionnaire and the BSI.

The first hypothesis H1: *Pathological symptoms* (within non-clinical respondents) can be predicted by *subjective religiosity* and *god image* was tested through the use of an ANCOVA. The ANCOVA is a univariate ANOVA between *subjective religiosity* as independent, pathology as dependent and *god image* as covariate.

In order to test the second hypothesis H2: *Pathological diagnosis* (within clinical and non-clinical respondents) can be predicted by *subjective religiosity* and *god image*, a binary logistic regression has been conducted. Group membership (clinical/control) has been used as the dependent variable, *subjective religiosity* as independent variable/factor, and *god image* total as covariate.

Results

Correlations between the sub scales of the God Image Questionnaire and the scores on the Brief Symptom Inventory are reported in Table 2. As shown there, the Brief Symptom Inventory correlates positive with the sub scales of the God Image Questionnaire (see Appendix G for the complete correlation matrix). *God image (total)* shows a high positive correlation with the scores of the BSI, and especially the two sub scales *god image positivity* and *supportive actions* that represent the concept of a *positive god image* had a high positive correlation with the scores of the BSI. There is also a positive correlation between the BSI and the sub scales of the God Image Questionnaire that represent a *negative god image*, with a high correlation between the sub scale *guidance* and the BSI and also a high correlation between the sub scale *anger* and the BSI (see correlation Matrix Appendix G).

Table 2

Correlation matrix

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. BSI (total)	1.00	.22*	.03	.12	.22*	.29**	.18*	.27**
2. god image (total)		1.00	.85**	.93**	.96**	.35**	.92**	.96**
3. saliency			1.00	.82**	.81**	.10	.78**	.74**
Positive god image	4. god image positivity			1.00	.92**	.24**	.80**	.88**
	5. supportive actions				1.00	.50**	.79**	.89**
Negative god image	6. god image negativity					1.00	.12	.38**
	7. guidance						1.00	.85**
	8. anger							1.00

Note. * p < .05, ** p < .01, ***p < .001

The ANCOVA analysis revealed that the variable *subjective religiosity* has no statistically significant main effect on the scores of the BSI, whereas the variable *god image* did have a statistically significant main effect (Table 3). *God image* seems to have a positive predictive value with regard to the scores of the BSI (Beta 95% CI = [0.01; 0.28]). Further, a statistically significant interaction effect between *subjective religiosity* and *god image* on BSI has also been found. Parameter estimates indicate that the association of *god image* and BSI is higher for non-religious than for religious people (Beta 95% CI = [0.01; 0.54]).

Table 3

Mental health explained through an ANCOVA with *god image* and *subjective religiosity*.

	F	df1; df2	p	Partial η^2
Subjective religiosity	0.95	1; 128	0.33	.01
God image	17.65	1; 128	0.00	.12
Subjective religiosity * god image	4.20	1; 128	0.04	.03

To further illustrate the nature of this interaction effect, we displayed the direction of this interaction between *subjective religiosity* and *god image* in figure 2, showing that high scores on the *god image* are associated with high scores on the BSI. Especially for the non-religious group, the *god image* seemed to have a strong effect on symptoms of pathology.

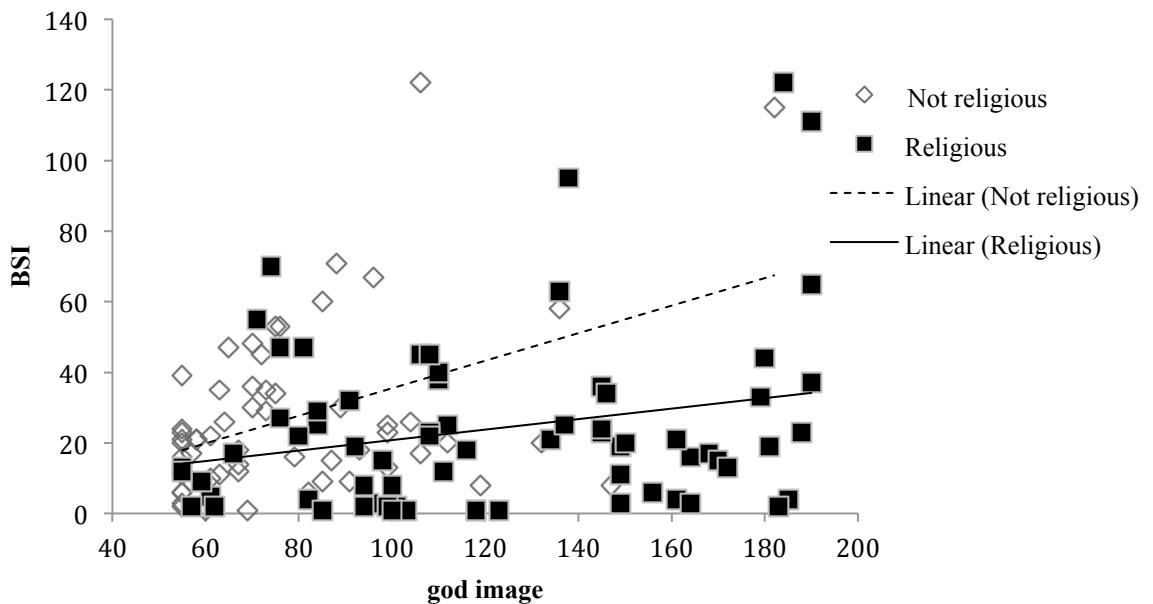


Figure 2. The relationship between *subjective religiosity*, *god image* and BSI scores.

Block 1 of the binary logistic regression analysis, and therefore the addition of the independents to the model, was statistically significant ($\chi^2_{(3)}=88.61$; $p < .05$), granting further analysis. Table 4 shows the beta coefficients showing how group membership is predicted by *god image*, *subjective religiosity* and the interaction of these two variables. The coefficient of *subjective religiosity* was statistically significant, displaying that *subjective religiosity* is associated with a lower chance of being a member of the clinical group. The coefficient of *god image* was statistically significant, displaying that high scores on *god image* can be associated with a higher chance of being a member of the clinical group. The interaction effect of *god image* and *subjective religiosity* was also statistically significant.

Table 4

Beta coefficients predicting group membership (clinical/control) by *god image*, *subjective religiosity*, interaction of these two variables.

	B	SE _B	Exp _B	Wald ₍₁₎	p
Subjective religiosity	-3.45	.57	0.03	37.08	.00
God image	-0.02	.00	0.98	22.53	.00
Subjective religiosity*God image	0.04	.01	1.04	56.52	.00

Two binary logistic regressions revealed the direction of the interaction effect between the variables *god image* and *subjective religiosity*. Religious persons with high scores on god image do have a lower chance of being a member of the clinical group, whereas non-religious persons with high scores on god image are associated with a higher chance of being a member of the clinical group (Table 5).

Table 5
Predicting group membership (clinical/control) by *god image* within the two subgroups of *subjective religiosity*.

	B	SE _B	Exp _B	Wald ₍₁₎	p
Religious	-.02	0.00	0.98	22.53	.00
Not religious	.03	0.00	1.03	34.69	.00

Discussion

This study aimed to identify the connection between *subjective religiosity*, the *god image* and mental health and how these concepts are related to each other. The findings through this study indicated that an inconsistency between *subjective religiosity* and *god image* seems to have predictive power with regard to pathology. A stronger developed *god image* seems to be associated with more pathological symptoms, while this association is stronger for non-religious people. That means that persons with a stronger developed *god image* who stated that they belong to no religious community, the humanistic community, new age, and other religious communities not listed in the questionnaire, do suffer more from pathological symptoms than persons who belong to either of the monotheistic religions. These findings have not been supported through current research yet, as there has been little research with regard to the connection between *subjective religiosity* and the *god image* within non-religious people. Thus, a possible explanation for these findings is

that there might be other factors than *subjective religiosity* that could give an explanation for the positive association between non-religiosity, a high *god image* and pathology. These factors may imply attachment styles, personality traits, temperament and self-image (Braam, Mooi, Schaap-Jonker, Tilburg, Deeg, 2015). Another possible explanation may be found through the examination of the coping strategies that non-religious people operate. Research indicates that negative religious coping strategies may contribute to pathology through the development of insecurity about one's religious affiliation (Dew et al., 2010).

Further, the findings display that *subjective religiosity* seems to be associated with less chance of having a pathological diagnosis, while a stronger developed *god image* is associated with a higher chance thereof. However, a stronger developed *god image* within non-religious people predicts higher chances of having a pathological diagnosis, while the opposite is true for religious people, where high levels of *god image* are negatively associated with the chances of having a pathological diagnosis. These results are in accordance with current findings about *subjective religiosity* (Khalaf, Hebborn, Dal, Naja, 2014; Nurasikin et. al, 2012; Leondari, Gialamas, 2009), which is associated with better mental health and less pathological symptoms. Additionally, research indicates that high religious commitment has been related to a lower distress level (Nurasikin, Khatijah, Aini, Ramli, Aida, Zainal, Ng, 2012), which may be seen as protective factor for pathology. The results are also in accordance with findings on the *god image* of people with cluster-A or cluster-C traits according to the DSM-IV, which is characterized as a distant, unreliable, dominant and punishing god that controls the individual and has invariable ideas about good and bad (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Verhagen, Zock, 2002). Research on self-object-relationships pointed out that a *god image* can be associated with the internal representation of the self, which implies that an acceptant attitude towards the self can be associated with the image of an accepting god (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Verhagen, Zock, 2002). Conversely, a negative self-image may contribute to a negative image of god, which could be a possible explanation for the strongly developed *god image* within non-religious participants.

Limitations

The present study revealed interesting findings with regard to the relationship between *subjective religiosity* and *god image*, but there are still some questions that remain unanswered. It is still unclear which domains of the *god image* contribute to pathology, and the use of a larger sample could possibly display what the *god image* of non-religious people with pathological symptoms could look like.

Future research on the specific domains of a *god image* could possibly reveal the underlying mechanisms within the relationship between *subjective religiosity* and *god image* that have an impact on mental health.

Additionally, research indicates that the association between pathological symptoms and a negative *god image* seems to be mediated by the presence of personality pathology (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Verhagen, Zock, 2002). Thus, future research about pathology and the *god image* should also take the analysis of personality factors into account.

Implications for therapeutic purposes

In this study, the perspective has been chosen that the relationship between *subjective religiosity* and *god image* can be seen as a predictor for mental health or pathological symptoms. This revealed that there might possibly be some kind of dissonance within non-religious people with regard to their relationship towards a higher force.

Another perspective on the association between pathology and the *god image* could possibly reveal further insight into the relationship between these two factors, for example with pathology as the basis and the development of a *god image* during the time an individual suffers from pathological symptoms as coping strategy. Research indicates that people who survived a life-threatening illness developed faith and connection towards a higher force during their time of suffering (Young, Nadarajah, Skeath, 2015). Therefore, analyses that focus on spiritual or religious development within clinical participants throughout a specific time period may reveal further insight into the mechanisms that operate through the development of a *god image*.

Conclusion

The present study focused on the relationship between subjective religiosity and the *god image* with regard to mental health, and the findings display that an inconsistency

between *subjective religiosity* (the affiliation towards a religious community) and the *god image* seems to contribute to pathology. The findings within this study raise several new questions, such as how such an inconsistency between *subjective religiosity* and *god image* may evolve and which solutions one may think of in order to correct this inconsistency within a belief. Due to the assumption that religion may be regarded as a multidimensional construct, the necessity of a multidimensional approach with regard to this topic seems to be given.

References

- Agorastos, A., Demiralay, C., Huber, C.G. (2014). Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychology Research and Behavior Management*. 7, 93-101
- Bonab, B.G., Akbar, A., Koohsar, H. (2010). Relation between image of God with paranoid ideation in college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5, 966-969
- Bonab, B.G., Akbar, A., Koohsar, H. (2011). Relation between quality of image of God and paranoid ideation in parents of exceptional children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 29, 232 – 236
- Bonab, B.G., Akbar, A., Koohsar, H. (2011). Relation between quality of image of God with hostility and interpersonal sensitivity in parents of exceptional children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 29, 242-246
- Braam, A.W., Mooi, B., Schaap-Jonker, J., van Tilburg, W., Deeg, D.J.H. (2007). God image and Five-Factor Model personality characteristics in later life: A study among inhabitants of Sassenheim in The Netherlands. *Mental Health, Religion and Culture*, 11 (6), 547-559
- Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dew, R.E., Daniel, S.S., Goldston, D.B., McCall, W.V., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., Tripett, M.F., Koenig, H.G. (2010). A prospective study of religion/spirituality

- and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, 120, 149-157.
- Hildebrand, D. K. (1986). Statistical thinking for behavioral scientists, Boston: Duxbury.
- Kay, A.C., Gaucher, D., McGregor, I., Nash, K. (2010). Religious Belief as Compensatory Control. *Personality and Social Psychology Review*, 14 (1), 37-48.
- Khalaf, D.R., Hebborn, L.F., Dal, S.J., Naja, W.J. (2014). A Critical Comprehensive Review of Religiosity and Anxiety Disorders in Adults. *Journal of Religion and Health*. DOI 10.1007/s10943-014-9981-5
- Kirkpatrick, L.A. (1999). Toward an Evolutionary Psychology of Religion and Personality. *Journal of Personality*. 67 (6)
- Leondari, A., Gialamas, V. (2009). Religiosity and psychological well-being. *International Journal of Psychology*, 44 (4), 241-248.
- Nurasikin, M. S., Khatijah, L. A., Aini, A., Ramli, M., Aida, S. A., Zainal, N. Z., Ng, C. G.. Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (4), 332-338.
- Rizzuto, Ana-Maria. (1979). The birth of the living God: a psychoanalytic study. Chicago : University of Chicago Press
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Zock, H., Jonker, E. (2008). Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture*. 11 (5), 501-512
- 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 (1).
- Stroope, S., Draper, S., Whitehead, A.L. (2012). Images of a Loving God and Sense of Meaning in Life. *Social Indicators Research*, 111, 25-44.
- Verhoeven, N. (2007) Wat is onderzoek. Boom onderwijs.
- Vande Kemp, H. (1999). Commentary on the Special Issue: Religion in the Psychology of Personality. *Journal of Personality*. 67 (6).
- Wiesner, M., Chen, V., Windle, M., Elliott, M.N., Grunbaum, J.A., Kanouse, D.E., Schuster, M.A. (2010). Factor structure and psychometric properties of the Brief

Symptom Inventory-18 in women: a MACS approach to testing for invariance across racial/ethnic groups. *Journal of consulting and clinical psychology*, 22(4), 912-922.

Young, W.C., Nadarajah, S.R., Skeath, P.R. (2015). Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. *Palliative and Supportive Care*, 13, 653-660.

Appendix

Appendix A. Questionnaire God Image



Onderzoek Religie en levensovertuiging bij angst- en stemmingsklachten

Fijn dat u meedoet aan dit onderzoek! Deze vragenlijst gaat over religie en levensovertuiging.

We willen u vragen om de lijst helemaal in te vullen. Voor ons is het belangrijk om de mening te horen van mensen die veel met geloof hebben én mensen die er maar weinig mee hebben – en iedereen daartussen.

Het is niet nodig om alle vragen in één keer te beantwoorden. U mag ook steeds een klein gedeelte van de lijst invullen, tot alle vragen beantwoord zijn.

In de envelop zitten nog twee lijsten. Eén gaat over wie u zelf bent, de ander over hoe u zich voelt. Wilt u ook deze twee lijsten helemaal invullen? Als u klaar bent, kunt u alles in de envelop doen en de envelop terugsturen naar de onderzoeker. Een postzegel is niet nodig.

We zouden het fijn vinden als u iemand uit uw omgeving wilt vragen om ook aan dit onderzoek mee te doen ('sneeuwbaleffect'). Daarom vindt u een extra informatiebrief en deelnameformulier in deze envelop. Bij voorkeur heeft de andere deelnemer een leeftijdsverschil met u van +/- 20 jaar, maar dat is niet verplicht.

Bij vragen kunt u altijd contact opnemen met de onderzoekers Doke Lucassen (d.lucassen@dimence.nl) of Hanneke Schaap-Jonker (h.schaap@dimence.nl).

Op de volgende bladzijde wordt uitleg gegeven over het invullen van de vragenlijst.

(Als u toch niet kunt meedoen met het onderzoek, wilt u dan de niet-ingevulde vragenlijsten terugsturen?)

© 2012 J. Schaap-Jonker/ Kenniscentrum Religie en Levensbeschouwing, Dimence

De meeste vragen in deze vragenlijst zijn meerkeuzevragen. Per regel kruist u één vakje aan. Hoe hoger het cijfer boven het vakje, des te beter past het antwoord bij u.

- | |
|--|
| 1 = HELEMAAL NIET van toepassing |
| 2 = GROTENDEELS NIET van toepassing |
| 3 = DEELS WEL/ DEELS NIET van toepassing |
| 4 = GROTENDEELS van toepassing |
| 5 = HELEMAAL van toepassing |

Dit is een voorbeeld:

1 2 3 4 5

Ik ervaar dankbaarheid in relatie tot God .

Als u dat niet zo ervaart, is deze uitspraak niet van toepassing op u. U kruist dan een 2 aan, of, als u echt helemaal nooit dankbaarheid ervaart naar God toe, een 1.

Bent u God wel dankbaar, dan klikt u een 4 aan, of een 5 als u heel veel dankbaarheid naar God toe ervaart. U gebruikt een 3 als de uitspraak voor een deel wel, maar voor een deel ook niet op u van toepassing is.

Bij alle vragen gaat het om wat u zelf vindt. Er zijn geen foute antwoorden!

Belangrijk: sla geen vragen over!

*Hoe belangrijk is uw
levensovertuiging of geloof voor u?
Daarover gaan de eerste vragen.*

1 = HELEMAAL NIET van toepassing
2 = GROTENDEELS NIET van toepassing
3 = DEELS WEL/ DEELS NIET van toepassing
4 = GROTENDEELS van toepassing
5 = HELEMAAL van toepassing

- | | |
|---|--|
| 1. Ik zie mijzelf als gelovig. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Mijn levensovertuiging of geloof is belangrijk voor mij. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Als ik belangrijke beslissingen moet nemen, speelt mijn levensovertuiging of geloof een grote rol. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Zonder mijn levensovertuiging of geloof zou ik niet kunnen leven. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

De volgende uitspraken gaan over God of het goddelijke. Geeft u aan in hoeverre deze uitspraken van toepassing zijn op wie God voor u is door bij iedere uitspraak één vakje aan te kruisen.

1 = HELEMAAL NIET van toepassing
2 = GROTENDEELS NIET van toepassing
3 = DEELS WEL/ DEELS NIET van toepassing
4 = GROTENDEELS van toepassing
5 = HELEMAAL van toepassing

Als dat beter bij u past, mag u bij de volgende vragen in plaats van God ook 'het goddelijke', 'het hogere' of uw eigen woord voor God lezen.

- | | |
|---|--|
| 5. God/ het goddelijke/ het hogere/ Allah... geeft mij troost | 1 2 3 4 5 |
| oefent macht uit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| bestraft | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| geeft mij kracht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| laat alles op z'n beloop | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| heerst | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| leidt mij | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| laat de mens aan zichzelf over | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| verrast mij | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| is raadselachtig | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| inspireert mij | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| heeft alles te maken met die kant van het bestaan die ik niet begrijp | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

*Als u aan God of het goddelijke denkt, hebt u misschien bepaalde gevoelens.
Hieronder vindt u enkele gevoelens die mensen bij God of het goddelijke kunnen hebben.
Zou u bij ieder gevoel willen noteren in hoeverre u dit gevoel ook hebt,
ook als u misschien zou willen dat uw gevoelens naar God toe anders waren.
Doet u dit door achter elk gevoel één kruisje te zetten.*

*Als dat beter bij u past, mag u bij
de volgende vragen in plaats van
God ook 'het goddelijke', 'het
hogere' of uw eigen woord voor God
lezen.*

1 = HELEMAAL NIET van toepassing
2 = GROTENDEELS NIET van toepassing
3 = DEELS WEL/ DEELS NIET van toepassing
4 = GROTENDEELS van toepassing
5 = HELEMAAL van toepassing

6. Als ik aan God denk, voel ik...

	1	2	3	4	5
dankbaarheid	<input type="checkbox"/>				
nabijheid	<input type="checkbox"/>				
vertrouwen	<input type="checkbox"/>				
angst om afgewezen te worden	<input type="checkbox"/>				
respect	<input type="checkbox"/>				
teleurstelling	<input type="checkbox"/>				
geborgenheid	<input type="checkbox"/>				
liefde	<input type="checkbox"/>				
angst om niet goed genoeg te zijn	<input type="checkbox"/>				
verbondenheid	<input type="checkbox"/>				
twijfel	<input type="checkbox"/>				
boosheid	<input type="checkbox"/>				
onzekerheid	<input type="checkbox"/>				
schuld	<input type="checkbox"/>				
angst om gestraft te worden	<input type="checkbox"/>				
ontvredenheid	<input type="checkbox"/>				
verlatenheid	<input type="checkbox"/>				
hoop	<input type="checkbox"/>				
verbijstering	<input type="checkbox"/>				
ontzag	<input type="checkbox"/>				
verwondering	<input type="checkbox"/>				

Geeft u aan in hoeverre de volgende uitspraken op u van toepassing zijn.

7. Mijn levensovertuiging of geloof...

	1	2	3	4	5
geeft mij richtlijnen hoe ik moet leven	<input type="checkbox"/>				
helpt me om goed en kwaad te onderscheiden	<input type="checkbox"/>				

8. Door mijn levensovertuiging of geloof

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| kan ik mezelf de dingen die ik fout doe vergeven | <input type="checkbox"/> |
| kan ik anderen vergeven | <input type="checkbox"/> |
| Ik denk dat alles wat gebeurt een doel heeft | <input type="checkbox"/> |
| Ik geloof in een leven na de dood | <input type="checkbox"/> |

9. Mijn levensovertuiging of geloof helpt mij, omdat

1 = HELEMAAL NIET van toepassing
2 = GROTENDEELS NIET van toepassing
3 = DEELS WEL/ DEELS NIET van toepassing
4 = GROTENDEELS van toepassing
5 = HELEMAAL van toepassing

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ik een pastor kan bezoeken | <input type="checkbox"/> |
| medegelovigen mij steunen | <input type="checkbox"/> |
| ik daardoor de zin van dingen zie. | <input type="checkbox"/> |
| ik door bidden en/of mediteren met mijn problemen kan | <input type="checkbox"/> |
| ik niet alleen ben door mijn relatie met God | <input type="checkbox"/> |
| ik daardoor betekenis kan geven aan mijn problemen | <input type="checkbox"/> |
| ik me kan vasthouden aan rituelen (zoals bijvoorbeeld bidden) | <input type="checkbox"/> |
| het me geborgenheid geeft | <input type="checkbox"/> |

10. Levensovertuiging of geloof is een negatieve factor in mijn leven, omdat...

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nederigheid, dienstbaarheid en zelfopoffering benadrukt | <input type="checkbox"/> |
| schuld en schuldgevoelens benadrukt worden | <input type="checkbox"/> |
| schaamte en gevoelens van schaamte benadrukt worden. | <input type="checkbox"/> |
| het mij angstig maakt | <input type="checkbox"/> |
| ik daardoor een negatieve kijk op het leven en op de toekomst heb | <input type="checkbox"/> |
| mijn autonomie wordt aangetast. | <input type="checkbox"/> |
| ik mijn geloof ben kwijtgeraakt | <input type="checkbox"/> |

11. Bent u godsdienstig opgevoed? ja nee

12. Naar de kerk, moskee of een levensbeschouwelijke bijeenkomst ga ik... (1 vakje aankruisen)

- eens per week of vaker
- twee tot drie keer per maand
- maandelijks
- enkele malen per jaar
- eens per jaar of minder

13. Ik bid (of mediteer) ... (1 vakje aankruisen)
- meermalen per dag
 - dagelijks
 - enkele malen per week
 - eens per week
 - minder dan eens per week
 - nooit
14. Tot welke godsdienstige (kerkelijke) of levensbeschouwelijke stroming behoort u (of voelt u zich sterk bij betrokken)? Wilt u de best passende aankruisen?
- Geen
 - Christendom
 - Rooms Katholieke Kerk
 - Protestantse Kerk in Nederland (PKN)
 - Kerk met 'gereformeerd' in de naam
 - Evangelische, Pinkster- of Baptistengemeente
 - Islam
 - Jodendom
 - Humanistisch Verbond
 - New Age of verwante stroming
 - Anders, nl.

Wilt u ook de laatste vragen over uzelf nog invullen?

15. Ik ben man vrouw
16. Mijn leeftijd is jaar
17. Ik heb geen partner wel een partner geen partner meer
18. De hoogste opleiding die ik heb afgerond of waar ik op dit moment mee bezig ben, is... (1 vakje aankruisen)
- basisschool/ lagere school, VGLO
 - lager beroepsonderwijs (bijv. LTS, LEAO, huishoudschool, VMBO - basis- of kaderberoepsgerichte leerweg)
 - MAVO/ (M)ULO/ VMBO - gemengde of theoretische leerweg
 - middelbaar beroepsonderwijs (bijv. MTS/ MEAO)
 - HAVO, VWO, Lyceum, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS
 - hoger beroepsonderwijs (bijv. PABO, HTS)
 - wetenschappelijk onderwijs

Dit is het einde van deze vragenlijst.
Controleer of u alle vragen hebt ingevuld.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Clinical Version of the *God Image Questionnaire*

Onderzoek

Religie en levensovertuiging bij angst- en stemmingsstoornissen

Vragenlijst

versie 01072010

De volgende vragen gaan over religie, geloof en levensovertuiging. Onderzocht wordt onder meer wat religie/ geloof / levensbeschouwing voor u betekent.

I.

Hoe belangrijk is het geloof voor u? Daarover gaan de eerste vragen.

Als dat beter bij u past, mag u in plaats van *geloof* ook *levensovertuiging* of *levensfilosofie* lezen.

- | |
|--|
| 1 = helemaal niet van toepassing |
| 2 = grotendeels niet van toepassing |
| 3 = deels wel/ deels niet van toepassing |
| 4 = grotendeels van toepassing |

	1	2	3	4	5
Ik zie mijzelf als gelovig.	<input type="checkbox"/>				
Mijn geloof is belangrijk voor mij.	<input type="checkbox"/>				
Mijn geloof speelt een grote rol als ik belangrijke beslissingen moet nemen.	<input type="checkbox"/>				
Zonder mijn geloof zou ik niet kunnen leven.	<input type="checkbox"/>				

II.

Mensen gebruiken verschillende woorden om het goddelijke of hogere aan te duiden. Zij spreken bijvoorbeeld over God, Allah, een hogere macht, iets,

De volgende uitspraken gaan over God/ het hogere/ Allah/

Geeft u aan in hoeverre deze uitspraken van toepassing zijn op wie of wat God voor

- | |
|--|
| 1 = helemaal niet van toepassing |
| 2 = grotendeels niet van toepassing |
| 3 = deels wel/ deels niet van toepassing |
| 4 = grotendeels van toepassing |

u is door bij iedere uitspraak één hokje aan te kruisen. Indien nodig mag u in plaats van ‘God’ uw eigen woord lezen bij de volgende vragen.

God / het hogere/ Allah ...	1	2	3	4	5
geeft mij troost	<input type="checkbox"/>				
oefent macht uit	<input type="checkbox"/>				
bestraft	<input type="checkbox"/>				
geeft mij kracht	<input type="checkbox"/>				
laat alles op z'n beloop	<input type="checkbox"/>				
respect					
heerst	<input type="checkbox"/>				
leidt mij	<input type="checkbox"/>				
laat de mens aan zichzelf over	<input type="checkbox"/>				
verraadt mij	<input type="checkbox"/>				
is raadselachtig	<input type="checkbox"/>				
inspireert mij	<input type="checkbox"/>				
heeft alles te maken met die kant van het bestaan	<input type="checkbox"/>				
die ik niet begrijp					

Als u aan God/ het hogere/ Allah/ ... denkt, komen er bij u wellicht bepaalde gevoelens boven. Hieronder vindt u enkele gevoelens afgedrukt die mensen bij God kunnen hebben. Zou u bij ieder gevoel willen aangeven in hoeverre dit op ú van toepassing is, ook als u misschien zou willen dat uw gevoelens naar God toe anders waren.

Als ik aan God (het hogere/ Allah/) denk, ervaar ik...	1	2	3	4	5
Dankbaarheid	<input type="checkbox"/>				
Nabijheid					
vertrouwen	<input type="checkbox"/>				
angst om afgewezen te worden	<input type="checkbox"/>				
teleurstellingB	<input type="checkbox"/>				
geborgenheidP	<input type="checkbox"/>				

Liefde	<input type="checkbox"/>				
angst om niet goed genoeg te zijn	<input type="checkbox"/>				
Boosheid	<input type="checkbox"/>				
Schuld	<input type="checkbox"/>				
onzekerheid	<input type="checkbox"/>				
angst om gestraft te worden	<input type="checkbox"/>				
ontevredenheid	<input type="checkbox"/>				
verlatenheid	<input type="checkbox"/>				
Hoop	<input type="checkbox"/>				
verwondering	<input type="checkbox"/>				
verbijstering	<input type="checkbox"/>				
Ontzag	<input type="checkbox"/>				

III.

Geeft u aan in hoeverre de volgende uitspraken op u van toepassing zijn.

Mijn geloof of levensovertuiging	1	2	3	4	5
geeft mij richtlijnen hoe ik moet leven	<input type="checkbox"/>				
helpt me om goed en kwaad te onderscheiden	<input type="checkbox"/>				
Door mijn geloof of levensovertuiging					
kan ik mezelf de dingen die ik fout doe vergeven	<input type="checkbox"/>				
kan ik anderen vergeven	<input type="checkbox"/>				
Ik denk dat alles wat gebeurt een doel heeft	<input type="checkbox"/>				
Ik geloof in een leven na de dood	<input type="checkbox"/>				

Mijn geloof of levensovertuiging helpt mij, omdat					
ik een pastor/ imam/ raadsman/... kan bezoeken	<input type="checkbox"/>				
medegelovigen mij steunen	<input type="checkbox"/>				
ik daardoor de zin van dingen zie.	<input type="checkbox"/>				
ik door bidden en/of mediteren met mijn problemen kan omgaan	<input type="checkbox"/>				
ik niet alleen ben door mijn relatie met God/ Allah/ het goddelijke	<input type="checkbox"/>				
ik daardoor betekenis kan geven aan mijn problemen	<input type="checkbox"/>				
ik me kan vasthouden aan rituelen (zoals bijvoorbeeld bidden)	<input type="checkbox"/>				
het me geborgenheid geeft	<input type="checkbox"/>				

Geloof of levensovertuiging is een negatieve factor in mijn leven, omdat...
nederigheid, dienstbaarheid en zelfopoffering benadrukt worden.
schuld en schuldgevoelens benadrukt worden.
schaamte en gevoelens van schaamte benadrukt worden.
het mij angstig maakt.
ik daardoor een negatieve kijk op het leven en op de toekomst heb.
mijn autonomie wordt aangetast.
ik mijn geloof ben kwijtgeraakt

Bent u godsdienstig opgevoed? ja nee

Tot welke godsdienstige (kerkelijke) of levensbeschouwelijke stroming behoort u? Wilt u de best passende aankruisen?

- Christendom
 - Rooms Katholieke Kerk
 - Protestantse Kerk in Nederland (PKN)
 - Kerkgenootschap met 'gereformeerd' in de naam
 - Evangelische, Pinkster-, of Baptistengemeente
 - Ander christelijk kerkgenootschap, namelijk [redacted]
- Islam
- Jodendom
- Humanistisch Verbond
- New Age of verwante stroming
- Andere levensovertuiging, namelijk

Hoe vaak gaat u naar een kerkdienst, samenkomst in de moskee of een andere levensbeschouwelijke bijeenkomst?

- eens per week of vaker
- twee tot drie keer per maand
- maandelijks
- enkele malen per jaar
- eens per jaar of minder

Hoe vaak bidt of mediteert u?

- meermalen per dag
- dagelijks
- enkele malen per week
- eens per week
- twee tot drie keer per maand
- maandelijks of minder
- nooit

	nooit				heel vaak
1. Spreekt u of hebt u met uw behandelaar gesproken over onderwerpen die te maken hebben met uw geloof of levensbeschouwing?	<input type="checkbox"/>				

	minder				meer
2. Zou u meer of minder met uw behandelaar willen praten over uw geloof of levensbeschouwing?	<input type="checkbox"/>				

	nooit				heel vaak
3. Hebt u contact of contact gehad met iemand anders dan uw behandelaar om te praten over uw problemen en uw geloof of levensbeschouwing?	<input type="checkbox"/>				

Zo ja, met wie?

- vriend of familielid
- lotgenoot
- andere zorgverlener (bijvoorbeeld maatschappelijk werker)
- religieuze of levensbeschouwelijke ‘expert’ (bijvoorbeeld pastor, imam, raadsman, geestelijk verzorger)

	minder				meer
4. Zou u meer of minder met iemand anders dan uw behandelaar willen praten over uw problemen en uw geloof of levensbeschouwing?	<input type="checkbox"/>				
5.					

Zo ja, met wie?

- vriend of familielid
- lotgenoot
- andere zorgverlener (bijvoorbeeld maatschappelijk werker)
- religieuze of levensbeschouwelijke ‘expert’ (bijvoorbeeld pastor, imam, raadsman, geestelijk verzorger)

Appendix B. Brief Symptom Inventory

Hoeveel last had u van:

1	Zenuwachtigheid of beverigheid	0	1	2	3	4
2	Duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren	0	1	2	3	4
3	Het idee dat een ander je gedachten kan beïnvloeden	0	1	2	3	4
4	Het gevoel dat de meeste van je problemen aan anderen te wijten zijn	0	1	2	3	4
5	Moeite iets te onthouden	0	1	2	3	4
6	Je snel aan iets ergeren	0	1	2	3	4
7	Pijn op de borst of het hart	0	1	2	3	4
8	Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	0	1	2	3	4
9	Gedachten aan zelfmoord	0	1	2	3	4
10	Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	0	1	2	3	4
11	Weinig eetlust	0	1	2	3	4
12	Zomaar plotseling bang worden	0	1	2	3	4
13	Woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen	0	1	2	3	4
14	Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent	0	1	2	3	4
15	Je geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	0	1	2	3	4
16	Je eenzaam voelen	0	1	2	3	4
17	Je somber voelen	0	1	2	3	4
18	Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	0	1	2	3	4
19	Bang zijn	0	1	2	3	4
20	Gauw gekwetst of geraakt zijn	0	1	2	3	4
21	Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en je niet mogen	0	1	2	3	4
22	Je tegenover anderen de mindere voelen	0	1	2	3	4
23	Misselijkheid of dat je maag van streek was	0	1	2	3	4
24	Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug	0	1	2	3	4
25	Moeite met in slaap vallen	0	1	2	3	4
26	Steeds maar alles wat je doet moeten controleren	0	1	2	3	4
27	Moeite met beslissingen nemen	0	1	2	3	4
28	Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	0	1	2	3	4
29	Benauwdheid, moeite met ademhalen	0	1	2	3	4

30	Opvliegers of koude rillingen	0	1	2	3	4
31	Bepaalde dingen, plaatsen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt	0	1	2	3	4
32	Helemaal van je apropos zijn (de draad van je gedachten kwijt raken)	0	1	2	3	4
33	Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	0	1	2	3	4
34	Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden	0	1	2	3	4
35	Je hopeloos voelen over de toekomst	0	1	2	3	4
36	Concentratie problemen	0	1	2	3	4
37	Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam	0	1	2	3	4
38	Je gespannen en opgefokt voelen	0	1	2	3	4
39	Gedachten aan sterven of aan de dood	0	1	2	3	4
40	De aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	0	1	2	3	4
41	De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	0	1	2	3	4
42	Je erg verlegen voelen in gezelschap	0	1	2	3	4
43	Je niet op je gemak voelen in menigten	0	1	2	3	4
44	Je met niemand nauw verbonden voelen	0	1	2	3	4
45	Aanvallen van angst of paniek	0	1	2	3	4
46	Snel ruzie krijgen	0	1	2	3	4
47	Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent	0	1	2	3	4
48	Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen	0	1	2	3	4
49	Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten	0	1	2	3	4
50	Het gevoel dat je niets waard bent	0	1	2	3	4
51	Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast	0	1	2	3	4
52	Je schuldig voelen	0	1	2	3	4
53	De gedachte dat je psychisch wat mankeert	0	1	2	3	4

Heeft u geen vragen overgeslagen?

Hartelijk dank voor uw medewerking

Appendix C. Norm table for the Questionnaire God Image

Table 2

Descriptive statistics for the non-clinical and clinical sample (QGR)

Item	Nonclinical sample (<i>n</i> = 792)			Clinical sample (<i>n</i> = 329)		
	λ_2^a / α^b	<i>M</i>	<i>r_{it}</i>	λ_2^a / α^b	<i>M</i>	<i>r_{it}</i>
POS1		4.00	.83		3.78	.79
POS2		3.59	.79		3.40	.80
POS3		3.97	.83		3.71	.75
POS4		4.03	.65		4.00	.57
POS5		3.53	.71		3.25	.77
POS6		3.90	.86		3.58	.84
POS7		4.04	.83		3.81	.81
POS8		3.76	.76		3.54	.74
POS9		3.64	.80		3.51	.76
	.94/.94			.94/.94		
ANX1		1.70	.66		2.53	.76
ANX2		2.00	.71		2.89	.74
ANX3		1.77	.73		2.57	.79
ANX4		2.54	.56		3.06	.62
ANX5		2.14	.62		2.93	.69
	.84/.84			.89/.88		
ANG1		1.80	.53		2.54	.62
ANG2		1.41	.55		1.96	.58
ANG3		1.50	.49		2.06	.55
	.70/.70			.75/.75		
SUP1		4.05	.87		3.97	.81
SUP2		4.10	.86		4.09	.83
SUP3		4.23	.83		4.38	.75
SUP4		3.92	.83		3.97	.75
SUP5		4.39	.84		4.37	.68
SUP6		3.79	.81		3.82	.74
SUP7		4.01	.87		4.09	.83
SUP8		3.93	.87		3.95	.83
SUP9		3.86	.85		3.70	.79
SUP10		4.17	.82		4.18	.68
	.97/.97			.94/.94		
RULP1		2.74	.72		3.25	.64
RULP2		3.56	.72		3.90	.59
RULP3		3.40	.70		3.62	.61
RULP4		2.23	.56		2.77	.52
	.84/.84			.78/.78		
PAS1		1.74	.62		1.79	.52

PAS2		1.90	.62		2.00	.52
		.76/.76			.68/.68	

Note. M = mean item score; r_{it} = item-test correlation; POS = Positive feelings towards God; ANX = Anxiety towards God; ANG = Anger towards God; SUP = Supportive actions; RULP = Ruling and/or punishing actions; PAS = Passivity. ^a = Guttman's lambda-2. ^b = coefficient alpha.

Table 3. Estimated item parameters for the non-clinical and clinical samples

Item	Non-clinical sample					Clinical sample				
	\hat{a}	\hat{b}_1	\hat{b}_2	\hat{b}_3	\hat{b}_4	\hat{a}	\hat{b}_1	\hat{b}_2	\hat{b}_3	\hat{b}_4
POS1	3.54 (0.22)	-1.89 (0.10)	-1.39 (0.07)	-0.65 (0.05)	0.27 (0.05)	3.23 (0.31)	-2.08 (0.14)	-1.44 (0.10)	-0.61 (0.07)	0.27 (0.08)
POS2	3.27 (0.19)	-1.80 (0.09)	-1.07 (0.06)	-0.19 (0.05)	0.78 (0.06)	3.50 (0.33)	-1.80 (0.12)	-1.05 (0.08)	-0.20 (0.07)	0.66 (0.10)
POS3	3.59 (0.22)	-2.10 (0.10)	-1.41 (0.07)	-0.63 (0.05)	0.39 (0.05)	3.01 (0.28)	-2.35 (0.17)	-1.39 (0.10)	-0.43 (0.07)	0.31 (0.09)
POS4	1.81 (0.12)	-2.33 (0.14)	-1.83 (0.11)	-0.91 (0.07)	0.26 (0.06)	1.69 (0.18)	-2.61 (0.24)	-1.96 (0.17)	-1.01 (0.10)	0.03 (0.10)
POS5	2.29 (0.14)	-1.82 (0.10)	-1.18 (0.07)	-0.18 (0.05)	0.96 (0.07)	3.02 (0.28)	-1.92 (0.13)	-0.97 (0.08)	0.00 (0.08)	0.90 (0.11)
POS6	4.82 (0.33)	-1.74 (0.09)	-1.23 (0.06)	-0.52 (0.04)	0.36 (0.05)	4.52 (0.46)	-1.83 (0.12)	-1.16 (0.08)	-0.36 (0.06)	0.41 (0.08)
POS7	3.98 (0.26)	-1.87 (0.09)	-1.26 (0.07)	-0.61 (0.05)	0.14 (0.05)	3.80 (0.39)	-2.06 (0.14)	-1.31 (0.09)	-0.62 (0.06)	0.19 (0.08)
POS8	2.71 (0.16)	-1.92 (0.10)	-1.32 (0.07)	-0.41 (0.05)	0.67 (0.06)	2.84 (0.26)	-2.09 (0.15)	-1.21 (0.09)	-0.34 (0.07)	0.56 (0.10)
POS9	3.23 (0.19)	-1.65 (0.09)	-1.14 (0.07)	-0.30 (0.05)	0.73 (0.06)	2.94 (0.27)	-1.99 (0.14)	-1.20 (0.09)	-0.29 (0.07)	0.61 (0.10)
ANX1	2.86 (0.22)	0.27 (0.05)	0.98 (0.06)	1.78 (0.09)	2.43 (0.15)	3.15 (0.38)	0.37 (0.09)	0.85 (0.08)	1.53 (0.09)	2.38 (0.12)
ANX2	3.16 (0.23)	-0.13 (0.05)	0.64 (0.05)	1.40 (0.07)	2.13 (0.12)	2.86 (0.31)	-0.05 (0.11)	0.58 (0.09)	1.27 (0.09)	2.15 (0.11)
ANX3	3.75 (0.34)	0.14 (0.05)	0.86 (0.05)	1.61 (0.08)	2.26 (0.13)	3.05 (0.37)	0.26 (0.10)	0.90 (0.08)	1.61 (0.09)	2.34 (0.12)
ANX4	1.66 (0.12)	-0.70 (0.07)	0.04 (0.06)	1.08 (0.08)	2.05 (0.13)	1.62 (0.17)	-0.73 (0.17)	0.24 (0.12)	1.38 (0.11)	2.44 (0.16)
ANX5	2.07 (0.14)	-0.41 (0.06)	0.53 (0.06)	1.56 (0.09)	2.54 (0.16)	2.02 (0.21)	-0.57 (0.15)	0.38 (0.10)	1.53 (0.10)	2.56 (0.15)
SUP1	4.31	-1.74	-1.31	-0.71	0.13	3.91	-1.82	-1.15	-0.52	0.12

	(0.28)	(0.09)	(0.07)	(0.05)	(0.05)	(0.38)	(0.14)	(0.08)	(0.06)	(0.06)
SUP2	4.21	-1.84	-1.48	-0.78	0.15	4.65	-1.77	-1.25	-0.60	0.03
	(0.27)	(0.09)	(0.08)	(0.05)	(0.05)	(0.48)	(0.13)	(0.09)	(0.06)	(0.06)
SUP3	3.57	-1.55	-1.34	-0.91	-0.27	3.52	-1.88	-1.53	-0.91	-0.38
	(0.25)	(0.08)	(0.07)	(0.06)	(0.05)	(0.38)	(0.15)	(0.11)	(0.07)	(0.06)
SUP4	3.21	-1.59	-1.29	-0.57	0.28	3.11	-1.82	-1.24	-0.52	0.08
	(0.20)	(0.09)	(0.07)	(0.05)	(0.05)	(0.30)	(0.15)	(0.10)	(0.06)	(0.06)
SUP5	4.10	-1.76	-1.48	-1.04	-0.42	2.75	-2.10	-1.61	-1.01	-0.41
	(0.29)	(0.09)	(0.08)	(0.06)	(0.05)	(0.30)	(0.18)	(0.13)	(0.09)	(0.06)
SUP6	3.47	-1.31	-0.89	-0.43	0.13	3.15	-1.45	-0.99	-0.42	0.10
	(0.22)	(0.07)	(0.06)	(0.05)	(0.05)	(0.31)	(0.11)	(0.08)	(0.06)	(0.06)
SUP7	4.66	-1.66	-1.26	-0.61	0.12	4.66	-1.61	-1.24	-0.57	-0.06
	(0.30)	(0.08)	(0.07)	(0.05)	(0.05)	(0.49)	(0.12)	(0.09)	(0.06)	(0.05)
SUP8	5.01	-1.54	-1.11	-0.51	0.14	4.83	-1.61	-1.16	-0.43	0.11
	(0.33)	(0.08)	(0.06)	(0.05)	(0.05)	(0.49)	(0.12)	(0.08)	(0.05)	(0.06)
SUP9	4.33	-1.55	-1.09	-0.45	0.27	3.83	-1.57	-0.90	-0.25	0.31
	(0.27)	(0.08)	(0.06)	(0.05)	(0.05)	(0.36)	(0.12)	(0.07)	(0.06)	(0.07)
SUP1	3.11	-1.73	-1.41	-0.82	-0.14	2.59	-2.08	-1.46	-0.76	-0.13
	(0.20)	(0.09)	(0.08)	(0.06)	(0.05)	(0.26)	(0.18)	(0.12)	(0.08)	(0.07)
RULP	2.70	-0.78	-0.17	0.69	1.17	2.62	-0.96	-0.25	0.54	1.08
	(0.20)	(0.05)	(0.04)	(0.05)	(0.07)	(0.39)	(0.13)	(0.09)	(0.08)	(0.10)
RULP	3.48	-1.11	-0.72	-0.17	0.31	2.52	-0.99	-0.63	-0.16	0.32
	(0.29)	(0.06)	(0.05)	(0.04)	(0.04)	(0.34)	(0.14)	(0.11)	(0.09)	(0.08)
RULP	3.07	-1.13	-0.69	-0.03	0.54	2.53	-1.02	-0.62	0.17	0.70
	(0.23)	(0.06)	(0.05)	(0.04)	(0.05)	(0.34)	(0.14)	(0.11)	(0.08)	(0.08)
RULP	1.83	0.07	0.36	1.04	1.41	1.89	-0.22	0.14	0.89	1.27
	(0.15)	(0.05)	(0.06)	(0.08)	(0.10)	(0.25)	(0.10)	(0.09)	(0.10)	(0.12)

Note. POS = Positive feelings towards God; ANX = Anxiety towards God; SUP = Supportive actions; RULP = Ruling and/or punishing actions; standard errors are between brackets.

Table 5

Descriptive statistics for the non-clinical and clinical samples (S-QGI)

Item	Nonclinical sample		Clinical sample	
	λ_2^a / α^b	(<i>n</i> = 792)	λ_2^a / α^b	(<i>n</i> = 329)
		<i>r_{it}</i>		<i>r_{it}</i>
POS1		.82		.76
POS2		.78		.80
POS6		.86		.83
POS7		.82		.80
POS9		.78		.75
		.93/.93		.92/.92
ANX1		.69		.76
ANX2		.71		.77
ANX3		.71		.73
		.84/.84		.87/.87
ANG1		.53		.62
ANG2		.55		.58
ANG3		.49		.55
		.70/.70		.75/.75
SUP3		.81		.74
SUP6		.80		.71
SUP7		.86		.83
SUP8		.84		.79
SUP10		.78		.62
		.93/.93		.89/.89
RULP1		.66		.57
RULP2		.74		.60
RULP3		.76		.64
		.85/.85		.77/.77
PAS1		.62		.52
PAS2		.62		.52
		.76/.76		.68/.68

Note. *M* = mean item score; *r_{it}* = item-test correlation; POS = Positive feelings towards God; ANX = Anxiety towards God; ANG = Anger towards God; SUP = Supportive actions; RULP = Ruling and/or punishing actions; PAS = Passivity. ^a = Guttman's lambda-2. ^b = coefficient alpha.

Table 6

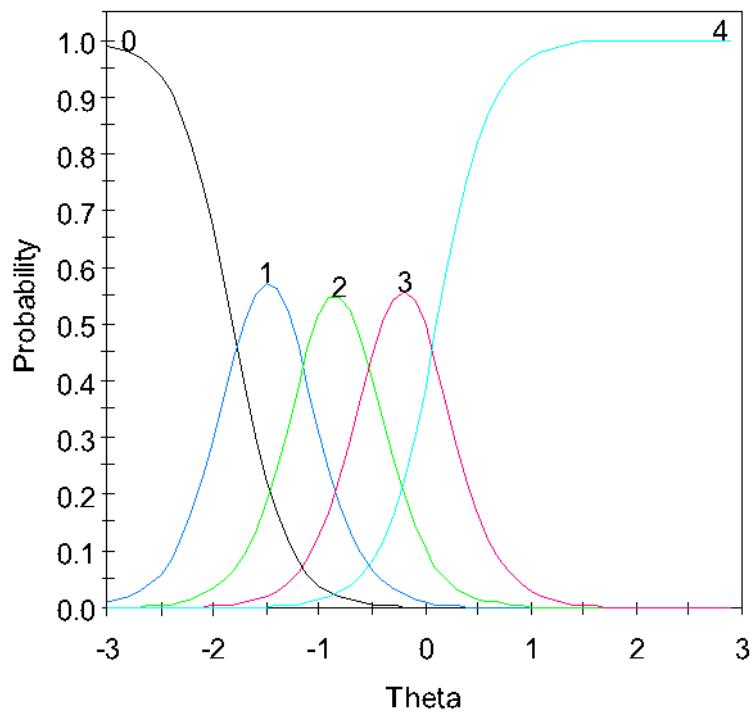
Pearson correlations between Positive and Negative Affect and four QGR and S-QGR

scales

	Nonclinical group (n = 326)		Clinical group (n = 145)	
	PA	NA	PA	NA
POS	.17**	-.12*	.29**	-.15
S-POS	.13*	-.12	.27**	-.13
ANX	-.19*	.29**	-.22**	.43**
S-ANX	-.15**	.30**	-.21*	.39**
SUP	.05	-.04	.28**	-.13
S-SUP	.01	-.06	.28**	-.16
RULP	.00	.17*	.07	.08
S-RULP	-.04	.13*	.10	.00

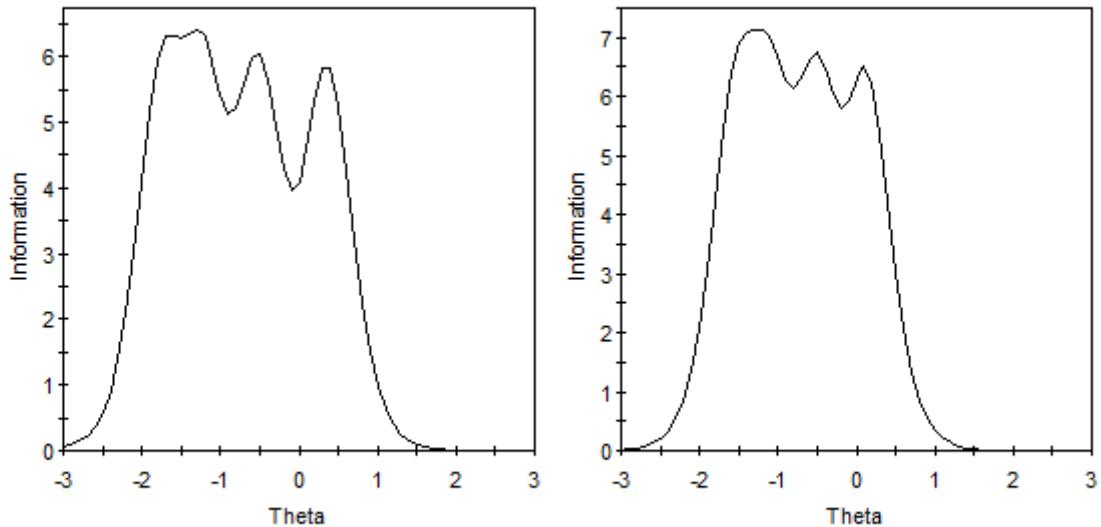
Note. Pearson correlations (two-tailed): ** = p<.001; * = p<0.05. POS = Positive feelings towards God; ANX = Anxiety towards God; ANG = Anger towards God; SUP = Supportive actions; RULP = Ruling and/or punishing actions; PAS = Passivity

Figure 1. Category response functions and item information functions for item 1 (left panel; $\hat{a} = 3.91$; $\hat{b}_1 = -1.82$; $\hat{b}_2 = -1.15$; $\hat{b}_3 = -0.52$; $\hat{b}_4 = 0.12$) of the SUP scale for the clinical sample



Note. Dashed line is the item information function.

Figure 3. Item information functions for item 6 of the POS scale (left panel) and item 8 of the SUP scale (right panel) in the nonclinical sample.



Appendix D. Norm tables for the Brief Symptom inventory

Bijlage 2 Normtabel Steekproef Algemene Bevolking – Normalen (N=200)

Schaal:	SOM	COG	INT	DEP	ANG	HOS
7 Zeer hoog	>= 1,29	>= 1,83	>= 2,00	>= 1,67	>= 1,33	>= 1,20
6 Hoog	0,57 – 1,28	1,00 – 1,82	1,00 – 1,99	0,67 – 1,66	0,67 – 1,32	0,60 – 1,19
5 Boven gemiddeld	0,29 – 0,56	0,67 – 0,99	0,50 – 0,99	0,33 – 0,66	0,33 – 0,66	0,40 – 0,59
4 Gemiddeld	0,14 – 0,28	0,33 – 0,66	0,25 – 0,49	0,17 – 0,32	0,17 – 0,32	0,20 – 0,39
3 Beneden gemiddeld	< 0,13	< 0,32	< 0,24	< 0,16	< 0,16	< 0,19
2 Laag						
1 Zeer laag						
Gemiddelde score	0,31	0,60	0,57	0,39	0,39	0,38
Standaarddeviatie	0,45	0,60	0,65	0,54	0,45	0,43
Standaardmeetfout	0,24	0,25	0,27	0,22	0,20	0,18

Schaal:	FOB	PAR	PSY	TOT	AAS	EAS
7 Zeer hoog	>= 1,00	>= 2,00	>= 1,40	>= 1,38	>= 40	>= 2,00
6 Hoog	0,60 – 0,99	0,80 – 1,99	0,60 – 1,39	0,68 – 1,37	27 – 39	1,45 – 1,99
5 Boven gemiddeld	0,20 – 0,59	0,40 – 0,79	0,20 – 0,59	0,36 – 0,67	16 – 26	1,21 – 1,44
4 Gemiddeld		0,20 – 0,39		0,21 – 0,35	9 – 15	1,05 – 1,20
3 Beneden gemiddeld	< 0,19	< 0,19	< 0,19	0,11 – 0,20	5 – 9	< 1,04
2 Laag				< 0,10	< 4	
1 Zeer laag						
Gemiddelde score	0,28	0,50	0,33	0,42	15,91	1,25
Standaarddeviatie	0,40	0,58	0,47	0,40	11,85	0,34
Standaardmeetfout	0,13	0,21	0,25	0,13	5,03	0,15

9. Bijlagen

Bijlage 1 Normtabel (Poliklinische) Patiënten (N=245)

	SOM	COG	INT	DEP	ANG	HOS
7 Zeer hoog	> = 2,81	> = 3,33	> = 3,75	> = 3,33	> = 3,28	> = 2,80
6 Hoog	1,57 – 2,80	2,33 – 3,32	2,50 – 3,74	2,50 – 3,32	2,17 – 3,27	1,40 – 2,79
5 Boven gemiddeld	1,00 – 1,56	1,67 – 2,32	1,50 – 2,49	1,83 – 2,49	1,50 – 2,16	0,80 – 1,39
4 Gemiddeld	0,57 – 0,99	1,17 – 1,66	1,00 – 1,49	1,17 – 1,82	1,07 – 1,49	0,40 – 0,79
3 Beneden gemiddeld	0,14 – 0,56	0,67 – 1,16	0,30 – 0,99	0,50 – 1,16	0,50 – 1,06	0,20 – 0,39
2 Laag	0,10 – 0,14	0,17 – 0,66	< 0,30	< 0,50	< 0,50	< 0,20
1 Zeer laag	< 0,10	< 0,17				
Gemiddelde score	0,93	1,53	1,45	1,58	1,40	0,89
Standaarddeviatie	0,85	0,96	1,09	1,05	0,96	0,86
Standaardmeetfout	0,46	0,41	0,45	0,42	0,43	0,36
Reliable Change (Δ)*	1,27	1,13	1,25	1,16	1,19	1,01
Cut Off-waarde *	0,52	0,96	0,90	0,79	0,71	0,55

	FOB	PAR	PSY	TOT	AAS	EAS
7 Zeer hoog	> = 3,00	> = 2,80	> = 2,40	> = 2,42	> = 48	> = 3,05
6 Hoog	1,76 – 2,99	1,80 – 2,79	1,60 – 2,39	1,77 – 2,41	42 – 47	2,46 – 3,04
5 Boven gemiddeld	1,00 – 1,75	1,00 – 1,79	1,20 – 1,59	1,34 – 1,76	36 – 41	2,05 – 2,45
4 Gemiddeld	0,60 – 0,99	0,60 – 0,99	0,68 – 1,19	0,98 – 1,33	30 – 35	1,73 – 2,04
3 Beneden gemiddeld	0,20 – 0,59	0,20 – 0,59	0,20 – 0,67	0,51 – 0,97	19 – 29	1,32 – 1,72
2 Laag	< 0,20	< 0,20	< 0,20	0,19 – 0,50	7 – 18	1,00 – 1,31
1 Zeer laag				< 0,19	< 7	< 0,99
Gemiddelde score	1,00	1,02	1,02	1,21	30,62	1,93
Standaarddeviatie	0,95	0,89	0,79	0,71	12,21	0,62
Standaardmeetfout	0,32	0,32	0,42	0,22	4,40	0,28
Reliable Change (Δ)*	0,87	0,89	1,16	0,62 ¹	16,92	0,67
Cut Off-waarde *	0,49	0,71	0,59	0,70	23,15	1,49

* Voor uitleg van de RC en CO indices: zie paragraaf 4.8.

¹ Let op: 0,62 (in plaats van 0,69).

Deze correctie dient ook te worden doorgevoerd op p. 30, in Tabel 16 (p. 31) en op de achterzijde van het formulier.

Appendix E. Information letter

*Kenniscentrum Religie en Levensbeschouwing
in relatie tot Geestelijke Gezondheidszorg*

Onderzoek

Religie en levensovertuiging bij angst- en stemmingsklachten

Deze brief geeft informatie over een wetenschappelijk onderzoek naar religie en levensovertuiging in relatie tot angst- en stemmingsklachten. Wij vragen u vriendelijk om hieraan mee te doen.

Inleiding

Op dit moment wordt vanuit het *Kenniscentrum Religie en levensbeschouwing in relatie tot geestelijke gezondheidszorg*, dat onderdeel is van Dimence, onderzoek gedaan naar de relatie tussen angst- en stemmingsklachten enerzijds en religie en levensovertuiging anderzijds. De vraag is wat religie of levensovertuiging betekent voor mensen die te maken hebben met angst of depressie, juist in relatie tot hun klachten en/of behandelingsresultaat. Hierover is nog maar weinig bekend. Wanneer we hierover meer weten, kunnen professionals zoals hulpverleners en geestelijk verzorgers er op de juiste manier mee omgaan. Voor een goede duiding van de resultaten is een controlegroep nodig van mensen uit de algemene bevolking die niet in behandeling zijn bij een hulpverlener en geen psychiatrische diagnose hebben. Dit laatste is de reden dat u benaderd wordt.

Wij vragen u vriendelijk om aan het onderzoek mee te doen, ongeacht of u zichzelf als gelovig beschouwt. Voor ons is het van belang om de mening en ervaring te horen van mensen die veel met geloof hebben én mensen die er maar weinig mee hebben – en iedereen daartussen.

Wat houdt het onderzoek in?

U vult een vragenlijst in met vragen over uw eigen persoon en stemming en over uw levensovertuiging. De meeste vragen zijn meerkeuzevragen. Voorbeelden van vragen zijn: ‘Mijn geloof of levensovertuiging is belangrijk voor mij’ ‘Hoe vaak gaat u naar een kerkdienst, samenkomst in de moskee of andere levensbeschouwelijke bijeenkomst?’

Voor het invullen van de vragenlijst hebt u ongeveer een half uur nodig. U hoeft dit niet in één keer te doen, maar kunt het verdelen over meerdere momenten die uzelf goed uitkomen.

De vragenlijsten worden driemaal afgenoem: op dit moment, na drie maanden en na zes maanden.

Hoe doet u mee en waarom is dat belangrijk?

Bij deze brief vindt u een formulier waarop u kunt aangeven dat u wilt meedoen aan het onderzoek. Als u wilt deelnemen aan het onderzoek, kunt u dit formulier invullen en opsturen naar de onderzoeker. U bent benaderd door studenten van de Universiteit Twente, die een bijdrage leveren aan het onderzoek. Aan hen kunt u dit deelnameformulier ook meegeven. Na het invullen van het deelnameformulier ontvangt u de vragenlijst. Uiteraard hopen wij dat u wilt meewerken! In Nederland is relatief weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen geloof en psychisch functioneren. Door mee te doen levert u een bijdrage aan betere zorg, opleiding en onderzoek. Toekomstige cliënten kunnen hier baat bij hebben. Voor uzelf kan het als voordeel hebben dat u meer duidelijkheid krijgt over uw houding ten opzichte van uw levensovertuiging. In eerder onderzoek hebben mensen aangegeven dit op prijs te stellen. Er zijn geen nadelen bekend van deelname aan het onderzoek.

Wat u vooraf moet weten

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Uw gegevens worden anoniem verwerkt. Uw privacy is dus gewaarborgd. De resultaten van het onderzoek worden bekend gemaakt via de website van het *Kenniscentrum Religie en Levensbeschouwing*, <http://religieggz.dimence.nl>. Dit onderzoek is goedgekeurd door de METc VUmc, een medisch-ethische toetsingscommissie voor onderzoek in de gezondheidszorg.

Gegevens onderzoeker

De junior-onderzoeker van het *Kenniscentrum Religie en Levensbeschouwing*, Roanne Glas, is bereikbaar voor vragen over het onderzoek. Zij is te bereiken via r.glas@dimencegroep.nl (Wilt u telefonisch contact? Stuurt u dan een e-mail met uw telefoonnummer, dan wordt u teruggebeld).

Dank voor uw aandacht!

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. G. Glas

Hoofd *Kenniscentrum Religie en Levensbeschouwing in relatie tot Geestelijke Gezondheidszorg*

Dimence Groep, Postbus 473, 8000 AL Zwolle

Appendix F. Informed Consent form

Toestemmingsformulier onderzoek Religie en levensovertuiging bij angst- en stemmingsklachten

- Ja, ik doe mee met het onderzoek *Geloof en levensovertuiging bij angst- en stemmingsklachten*. Ik weet dat
- mijn deelname anoniem is en dat mijn gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden
 - ik het recht heb om de onderzoeksgegevens in te zien
 - ik mijn deelname aan het onderzoek op elk moment kan beëindigen

Naam:

Geboortedatum:

Adres:
.....
.....

Datum:

Handtekening:

- Ja, ik wil de vergoeding van 10 euro ontvangen na afloop van dit onderzoek. De voorwaarde voor de vergoeding is dat er drie ingevulde lijsten geretourneerd worden. Eventuele adreswijzigingen kunt aan doorgeven via r.glas@dimencegroep.nl.

IBAN:

Tnv.:

Dit formulier kunt u meegeven aan één van de onderzoekers of opsturen naar:

Kenniscentrum Religie en Levensbeschouwing GGZ Dimence
t.a.v. Prof. Dr. G. Glas
Antwoordnummer 2224
8000 VB Zwolle

Een postzegel is niet nodig.