

De relatie tussen spiritualiteit, welbevinden en psychopathologie: een vier weken follow-up studie in een steekproef onder volwassenen in Nederland en Vlaanderen

MATHIJS HUIJS
Vertrouwenspersoon-Coach

MARIANNE SIMONS
UD Levensloopsychologie

JENNIFER REIJNDERS
UD Levensloopsychologie

NELE JACOBS
Hoogleraar Levensloopsychologie

SAMENVATTING

De prospectieve associatie tussen spiritualiteit en respectievelijk welbevinden en psychopathologie is onderzocht binnen het raamwerk van het twee continua-model van mentale gezondheid. Op baseline vulden 874 personen de online vragenlijst in, 560 van hen deden dat ook op follow-up, 4 weken later. Multiple regressieanalyses toonden aan dat spiritualiteit op baseline, met name de intrapersonlijke factor, zingeving, een positieve voorspeller was voor welbevinden op follow-up. Geen significante prospectieve associatie tussen spiritualiteit en psychopathologie werd geobserveerd. De resultaten bevestigen het belang van zingeving als een belangrijk element voor de mentale gezondheid.

TREFWOORDEN welbevinden, spiritualiteit, psychopathologie, zingeving, prospectief onderzoek

Mentale gezondheid kan gezien worden als een twee-continua model bestaande uit psychopathologie en welbevinden (Westerhof & Keyes, 2010). Volgens dit model zijn psychopathologie en psychische gezondheid twee gerelateerde doch verschillende dimensies van mentale gezondheid. Mensen met psychische klachten kunnen tegelijkertijd een bepaalde mate van psychisch welbevinden ervaren en omgekeerd. De individuele mentale gezondheid kan dus in kaart gebracht worden op basis van twee criteria, namelijk de mate waarin iemand vrij is van psychopathologie alsook de mate waarin men welbevinden ervaart.

WELBEVINDEN

De aandacht voor het welbevinden zien we terug in de definitie van de World Health Organization (WHO): “Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community” (WHO, 2014, p. 1). De WHO formuleert welbevinden positief door te spreken over het realiseren van de eigen mogelijkheden, het kunnen hanteren van dagelijkse stress en het leveren van een bijdrage aan de maatschappij. Deze drie kenmerken

worden omschreven als psychologisch, emotioneel en sociaal welbevinden (Westerhof & Keyes, 2010).

Psychologisch welbevinden wordt gekenmerkt door het ontwikkelen van het eigen potentieel. Er zijn hierbij verschillende psychologische theorieën te benoemen zoals de piramide van Maslow, het begrip van self-actualisatie van Rogers, het proces van individuatie van Jung en het concept van volwassenheid van Allport. Deze theorieën hebben de gemeenschappelijke visie dat de mens ernaar streeft om zich volledig te

Ondanks toegenomen welvaart is het welbevinden afgenomen

ontwikkelen. Dit kan gerealiseerd worden door te streven naar persoonlijke groei. Het begrip persoonlijke groei is afgeleid van het concept van eudaimonia van Aristoteles. Eudaimonia is het realiseren van het eigen potentieel en dit wordt gezien als het hoogste doel in het leven.

Emotioneel welbevinden is een specifieke gezondheidsdimensie die de eigen beleving van positieve en negatieve affecten weergeeft. Het is een cluster van positieve of negatieve gevoelens over het leven (Keyes, 2002), in het bijzonder de aanwezigheid van positief affect en een algemene tevredenheid met het leven samen met de afwezigheid van negatief affect.

Sociaal welbevinden, tenslotte, verwijst naar het gevoel van sociale betrokkenheid, het deel uitmaken van een gemeenschap, van een maatschappij en het effectief functioneren daarin.

Een internationale groep van wetenschappers praktiserende op het gebied van psychologie, economie, opvoeding, gezondheid, stedelijk en civiele planning, bedrijfsleven en overheid (Helliwell et al., 2019) geven aan, dat ondanks toegenomen welvaart, het welbevinden afgenomen is. Zij pleiten daarom sterk om het welbevinden nadrukkelijk op de agenda te zetten van overheden en bedrijfsleven en om meer onderzoek op dit gebied te verrichten. Welbevinden leidt immers tot een betere fysieke en mentale gezondheid, alsook tot een langere levensduur. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in de Broaden and

Build theorie van Fredrickson (2001) waarbij positieve emoties zorgen voor een uitbreiding van het gedachten- en handelingsrepertoire en zo bijdragen aan een betere fysieke en mentale gezondheid.

SPIRITUALITEIT

Steeds meer wordt spiritualiteit in verband gebracht met de twee assen van mentale gezondheid. Volgens MacDonald (2000) wordt spiritualiteit gekenmerkt door vijf dimensies: cognitieve oriëntatie op spiritualiteit, een experimentele fenomenologische dimensie, existentieel welbevinden, paranormaal geloof en religiositeit.

Met cognitieve oriëntatie op spiritualiteit wordt verwezen naar het geloof, de overtuiging en houding ten opzichte van spiritualiteit en de rol van spiritualiteit in het dagelijks leven. Dit is niet direct een religieuze overtuiging of een geloofsuitdrukking, hoewel deze dimensie er sterk mee samenhangt.

De experimentele, fenomenologische dimensie betreft ervaringen die worden omschreven als spiritueel zoals een religieuze, mystieke, piek, transcendente of transpersoonlijke ervaring. Deze dimensie geeft een relatie weer met een bredere status van bewustzijn en ongewone ervaringen. De dimensie van existentieel welbevinden kan gezien worden als positieve existentialiteit: het leven zien als betekenisvol en doelmatig waarbij het 'zelf' in staat is om het hoofd te kunnen bieden aan de moeilijkheden en de beperkingen van het bestaan.

Paranormaal geloof betreft het geloof in het paranormale zoals psychologische natuur (psychokinese, voorkennis en buitenzintuigelijke waarneming en het geloof in hekserij en spiritisme). Met religiositeit wordt meer de intrinsieke houding ten opzichte van religiositeit bedoeld, hoewel er samenhang is met de praktische uitvoering en de cognitieve oriëntatie op spiritualiteit.

Vanuit deze vijf dimensies wordt spiritualiteit als volgt gedefinieerd, vrij vertaald 'als een natuurlijk aspect van het leven in relatie tot een ongewone ervaring en de gevolgen hiervan voor het geloof, de houding en het gedrag. De ervaring heeft gevolgen voor de staat van bewustzijn en de ervaring van het zelf, de persoonlijkheid en hoe men zichzelf, de ander en de werkelijkheid als een geheel ziet' (MacDonald et al., 2015, p. 5). Zo wordt spiritualiteit gezien als een universeel

menselijke eigenschap en een gevoel van verbondenheid. Daarom wordt spiritualiteit ook gedefinieerd als het streven naar een ervaring van een verbinding met jezelf, verbinding met anderen en de natuur, en verbinding met het transcendente (de Jager Meezenbroek et al., 2012).

Verbinding is ook het essentiële punt in de definitie van spiritualiteit bij Reed (1992) waarbij hij spiritualiteit in de gezondheidszorg omschrijft als de neiging om betekenis van een relatie te verkrijgen door een transcendente, overstijgende dimensie zodat de ander als individu niet geëvalueerd wordt. Door de spirituele dimensie wordt de patiënt als mens gezien en als mens behandeld. Verbinding heeft betrekking op verschillende aspecten. De verbinding met jezelf wat kan duiden op authenticiteit, innerlijke vrede, bewustzijn, zelfkennis en zoeken naar de betekenis van het leven. Daarnaast is er ook de verbinding met de ander en met de natuur waarbij aspecten van compassie, verzorgen, dankbaarheid en verwondering een rol kunnen spelen. Tot slot zitten er ook aspecten in met verbinding met het transcendente, iets hogers dan het menselijke niveau zoals een universele transcendente realiteit, hogere kracht of God, dat verbonden is met hoop, ontzag, heiligheid, aanbidding of transcendente ervaringen (de Jager Meezenbroek et al., 2012).

SPIRITUALITEIT, WELBEVINDEN EN PSYCHOPATHOLOGIE

Thauvoye et al. (2018) toonde aan dat spiritualiteit het welbevinden onder ouderen verhoogt. De dimensies van de verbindingen met anderen en met het transcendente zijn een positieve voorspeller voor welbevinden, terwijl de verbinding met de natuur geen invloed had op welbevinden. Ook toonde onderzoek (Bartlett et al., 2003) aan dat spiritualiteit positief geassocieerd is met de gezondheidsbeleving en welbevinden bij mensen met artritis. De verklaring wordt gezocht in een meer positieve houding veroorzaakt door een spirituele levenshouding. Spiritualiteit zou zorgen voor zowel een flexibelere houding als voor meer welbevinden. De onderzoekers concludeerden echter dat meer onderzoek nodig is naar de invloed van spiritualiteit op welbevinden. Een literatuurstudie naar de associatie tussen spiritualiteit en welbevinden bij kankerpatiënten

liet een positief verband zien bij 31 van 36 studies (Visser et al., 2010). De onderzoekers twijfelden echter aan de uitkomsten om een definitieve conclusie te trekken gezien de methodologische tekortkomingen in de opgenomen studies. De methodologische tekortkomingen worden veroorzaakt doordat vragen over spiritualiteit ook items bevatten die betrekking hadden op welbevinden.

Spirituele overtuigingen vormen belangrijke bronnen van troost, hoop en betekenis

Een studie van Michaelson et al. (2016) onder adolescenten laat zien dat aspecten van spiritualiteit zoals verbinding met jezelf, met anderen, de natuur en het transcendente sterk geassocieerd zijn met algemene gezondheid. Verbinding met jezelf blijkt daarbij de belangrijkste factor te zijn. Onderzoek onder cliënten bij de Californische gezondheidszorg toont aan dat 80% van hen spiritualiteit als een belangrijke factor voor hun mentale gezondheid ervaren (Yamada et al., 2020). Het integreren van spiritualiteit in de psychologische hulpverlening aan cliënten die hier affiniteit mee hebben lijkt het herstel te bevorderen. Dit komt ook naar voren uit een literatuurstudie van Koenig (2010). Cliënten met een spirituele houding herstelden 50% sneller van een depressie, en de tijdsduur van de therapie was 50% korter. Doodsangst was het laagst bij personen die nauwelijks of sterk spiritueel zijn. Middelen misbruik blijkt positief samen te hangen met een conservatieve houding ten aanzien van spiritualiteit. Koenig concludeert dan ook dat spiritualiteit zorgt voor een gezonde leefstijl en ervoor zorgt dat het leven betekenis en doel heeft, vooral tijdens een crisis. Spirituele overtuigingen en gedragingen kunnen dus bijdragen aan het omgaan met mentale ziekten. Ze vormen belangrijke bronnen van troost, hoop en betekenis. Dit sluit aan bij de bevindingen van een recente meta-analyse die een klein positief, maar significant effect laat zien van religie/spiritualiteit op welbevinden (Garssen et al., 2021).

Spiritualiteit kan echter in sommige gevallen ook bijdragen aan psychopathologie. Een systematische review van 152 prospectieve studies naar de relatie tussen religie/spiritualiteit en depressie toont aan dat bij de helft van de studies, religiositeit gepaard ging met een afname van depressieve gevoelens in de tijd. Echter, indien religiositeit een conflicterend of negatief karakter had, zoals bijvoorbeeld de vrees voor straffen van God of het gevoel verlaten te zijn door God, ging religiositeit gepaard met een toename van depressieve gevoelens (Braum & Koenig, 2019). Deze uiting van religie/spiritualiteit lijkt dus gepaard te gaan met een toename van depressieve klachten.

Kortom, de rol van spiritualiteit bij mentale gezondheid is nog niet geheel duidelijk. Enerzijds wordt spiritualiteit in verband gebracht met meer welbevinden en zorgt een spirituele houding voor een gezondere levenshouding en sneller herstel gedurende een crisis alsook voor minder psychopathologie, anderzijds wordt spiritualiteit (en dan met name negatieve religiositeit) geassocieerd met meer psychopathologie.

HYPOTHESEN

Dit prospectief onderzoek heeft als doel om meer inzicht te krijgen in spiritualiteit in relatie tot de twee dimensies van het twee-continuamodel van mentale gezondheid. Op basis van de hiervoor besproken theorieën en eerdere onderzoeksresultaten, zijn de volgende twee hypothesen geformuleerd. De eerste hypothese is dat spiritualiteit positief voorspellend is voor welbevinden, rekening houdend met demografische variatie, het welbevinden en psychische klachten op een eerder moment. De tweede hypothese is dat spiritualiteit samenhangt met minder psychische klachten, rekening houdend met demografische variatie, het welbevinden en psychische klachten op een eerder moment.

BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK

De onderzoekspopulatie bestond uit volwassenen (ouder dan 18 jaar) uit de algemene populatie van Nederland en België. De deelnemers zijn geworven bij industriële bedrijven, organisaties, onderwijs- en zorginstellingen en via de convenience en sneeuwbalmethodes. Zij vulden de vragenlijst op twee verschillende momenten in; eenmaal bij aanvang van het onderzoek

en eenmaal na 4 weken. De vragenlijst begon met enkele demografische gegevens om enerzijds een analyse te kunnen maken van de drop-outs en anderzijds de generaliseerbaarheid van de resultaten te kunnen beoordelen. De eerste keer vulden 874 deelnemers de vragenlijst in, de tweede keer 560. De gemiddelde leeftijd was bij de eerste groep 48.4 (SD 13.9) jaar, en bij de tweede groep 44 (SD 14.7) jaar. Er hebben meer vrouwen dan mannen aan het onderzoek deelgenomen, het percentage vrouwen was in de eerste groep 66.1% en in de tweede groep 65%.

INSTRUMENTEN

De vragenlijst begon met demografische gegevens zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke status (wel/geen relatie), betaalde baan (ja/nee) opleiding (laag/hog (HBO, bachelor, master of hoger)), tenminste 1 inwonend kind jonger dan 18 (ja/nee) en levensovertuiging (Rooms-Katholiek, Gereformeerd, Spiritueel (maar niet religieus), Protestants, Andere christelijke religie, gelooft niet in God).

Tijdens therapie zou zingeving aandacht moeten krijgen

Om welbevinden te meten is gebruik gemaakt van de Dutch Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), een zelfrapportage vragenlijst die bestaat uit 14 items. Hiervan hebben drie items betrekking op sociaal welbevinden, vijf items op emotioneel welbevinden en zes items op psychologisch welbevinden (Lamers et al., 2011). De deelnemer gaf aan hoe vaak hij of zij een bepaald gevoel had ervaren gedurende de afgelopen maand en kon daarbij kiezen uit een 6-puntslikertschaal van 'nooit' tot 'elke dag'. Een voorbeeldvraag is: 'in de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?'. Het onderzoek van Lamers en collega's (2011) liet een goede interne validiteit en een goede convergente validiteit zien, alsook een acceptabele test-hertest betrouwbaarheid. Voor dit onderzoek is de totaalscore op MHC-SF ($\alpha = .90$) gebruikt. Een hoge score, zijnde een som van de scores op de 14 items, is indicatief voor een hoog welbevinden.

Spiritualiteit werd in kaart gebracht met de Spirituele Attitude en Interesse Lijst (SAIL, de Jager Meezenbroek et al., 2012) bestaande uit 26 items. De lijst maakt geen onderscheid tussen religieuze en seculiere spiritualiteit en betreft ervaringen op gebied van spiritualiteit die niet samenhangen met de items op welbevinden volgens de MHC-SF. De items gaan over de drie vormen van verbinding; verbinding met jezelf, verbinding met de omgeving en verbinding met het transcendente. Deze drie vormen van verbinding zijn opgedeeld in zeven subschalen, namelijk, verbinding met jezelf in; zingeving, vertrouwen, aanvaarding, verbinding met de ander in; zorg om anderen en verbondenheid met de natuur en verbinding met het transcendente in; transcendent ervaringen en spirituele activiteiten. De deelnemer diende aan te geven in hoeverre de stelling op hem/haar van toepassing is en dat op een 6-puntsliker-schaal gaande van ‘helemaal niet’ tot ‘in zeer hoge mate’. Een voorbeelditem is “...Ik treed de wereld met vertrouwen tegemoet”. Voor dit onderzoek is de totaalscore op de 26 items gebruikt ($\alpha=.89$), alsook de totaalscore op de subschalen. Een hoge score duidt op een hoge spirituele houding.

Psychopathologie is gemeten door de 48 items tellende Symptom Questionnaire SQ-48 (Carlier et al., 2012). Deze vragenlijst brengt algemene psychische klachten zoals angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognitieve klachten in kaart op basis van een 5-puntlikert schaal (‘nooit’ tot ‘zeer vaak’). Een voorbeelditem is: ‘in de afgelopen week was ik bang of angstig’. In deze studie werd de totaalscore van de SQ-48 gebruikt waarbij, zoals volgens de vragenlijsthandleiding, de scores op de items die betrekking hebben op het werk of studie en optimisme en vitaliteit, zijn weggelaten ($\alpha=.94$). Een hoge score duidt op een hoge mate van psychische klachten.

STATISTISCHE ANALYSE

Om de hypothesen te onderzoeken zijn analyses uitgevoerd met het computerprogramma SPSS 25.0 voor Windows. Beschrijvende statistiek is uitgevoerd voor het bepalen van gemiddelde, standaarddeviatie, minimum en maximum van kernvariabelen (spiritualiteit, welbevinden en psychopathologie). Van de kernvariabelen werd de Zscore berekend waarna multiple re-

gressieanalyses werden uitgevoerd om de hypothesen te toetsen.

Om de eerste hypothese te toetsen werd een hiërarchische multiple regressieanalyse uitgevoerd met welbevinden op het tweede meetmoment als afhankelijke variabele en in een eerste stap de demografische variabelen als onafhankelijke variabelen. In een tweede stap werd spiritualiteit op het eerste meetmoment als onafhankelijke variabele toegevoegd, om vervolgens als stap drie te controleren voor psychopathologie op het eerste meetmoment (zijnde de andere dimensie van het twee continua model van mentale gezondheid) en in stap vier ook voor welbevinden op het eerste meetmoment.

Om de tweede hypothese te toetsen werd een hiërarchische multiple regressieanalyse uitgevoerd met psychopathologie op het tweede meetmoment als afhankelijke variabele en in een eerste stap de demografische variabelen als onafhankelijke variabelen. In een tweede stap werd spiritualiteit op het eerste meetmoment als onafhankelijke variabele toegevoegd, om vervolgens als stap drie te controleren voor welbevinden

Is spiritualiteit voorspellend voor welbevinden?

op het eerste meetmoment (zijnde de andere dimensie van het twee continua model van mentale gezondheid) en in stap vier ook voor psychische klachten op het eerste meetmoment. Er werd getoetst op een significantieniveau van $\alpha=.05$. Relevante resultaten werden verder geëxploreerd en verdiept.

RESULTATEN

De statistische analyse van de drop-outs, zijnde deelnemers die de vragenlijst enkel op het eerste meetmoment invulden, ten opzichte van de completers, zijnde deelnemers die de vragenlijst op beide meetmomenten invulden, is weergegeven in Tabel 1. Uit de t-toets blijkt dat de leeftijd van de drop-outs significant lager is dan bij de completers. In Tabel 1 worden ook de beschrijvende statistiek van de uiteindelijke steekproef ($n=560$) weergegeven. Van de deelnemers is 83% afkomstig uit Nederland, 16% uit België en 1% uit andere overige landen.

Tabel 1

Beschrijvende statistiek completers, drop-outs en de verschillen tussen beide groepen op baseline

	COMPLETERS (N=560)	DROP-OUTS (N=314)	COMPLETERS VS DROP-OUTS
LEEFTIJD M (SD)	48.4 (13.9)	44 (14.7)	T(872)=4.38*
Geslacht			
VROUWEN (%)	66.1	65	X2(1)=.11
MANNEN (%)	33.9	35	
Relatie			
NEE (%)	24.8	29.9	X2(1)=2.7
JA (%)	75.2	70.1	
Betaalde baan			
NEE (%)	20.2	19.7	X2(1)=.02
JA (%)	79.8	80.3	
Opleiding			
LAAG (%)	27.7	62.4	X2(1)=.16
HOOG (%)	72.3	73.6	
Kinderen			
NEE (%)	61.5	55.3	X2(1)=3.2
JA (%)	38.4	44.7	
SPIRITUALITEIT T1 M (SD)	102.2 (16.7)	101.9 (15.5)	T(863)=.29
WELBEVINDEN T1 M (SD)	44.1 (12)	43.8 (11.6)	T(865)=.4
PSYCHOPATHOLOGIE T1 M (SD)	24 (18)	24.1 (16.3)	T(791)=-.06
SPIRITUALITEIT T2 M (SD)**	99.7 (16.9)		
WELBEVINDEN T2 M (SD)**	44.8 (12.2)		
PSYCHOPATHOLOGIE T2 M (SD)**	23.1 (18.8)		

*p<.05; M=Gemiddelde; SD=standaarddeviatie; Opleiding: hoog= HBO, bachelor, master & postdoctoraal; kinderen: ja = tenminste 1 minderjarig inwonend kind ** gegevens enkel beschikbaar voor de completers

Tabel 2

Resultaten hiërarchische regressieanalyse met welbevinden (op follow-up) als uitkomstmaat en demografie in stap 1, spiritualiteit op baseline in stap 2, psychopathologie op baseline in stap 3 en welbevinden op baseline in stap 4

	STAP 1		STAP 2		STAP 3		STAP 4	
	β (SE)	β	β (SE)	β	β (SE)	β	β (SE)	β
	R ² =.02		R ² =.22** ΔR ₂ =.20**		R ² =.36** ΔR ₂ =.14**		R ² =.68** ΔR ₂ = .32**	
GESLACHT ¹	-.08 (.09)	-.04	.01 (.08)	.01	-.03 (.08)	-.01	.05(.05)	.02
LEEFTIJD	.01 (.00)	.08	-.00 (.00)	-.05	-.01 (.00)*	-.01	-.00 (.00)	-.04
RELATIE ²	.10 (.11)	.04	.03 (.09)	.01	.05 (.08)	.02	.01 (.06)	.00
BETAALDE BAAN ³	.21 (.11)	.08	.25(.10)*	.10	.18 (.10)	.00	.08 (.07)	.03
OPLEIDING ⁴	.08 (.10)	.04	-.09 (.09)	-.04	.00 (.08)	.00	.04 (.06)	.02
INWONEND KIND ⁵	-.08 (.10)	-.04	-.05 (.09)	-.03	-.09 (.08)	-.05	-.05 (.06)	-.02
SPIRITUALITEIT T1			.47 (.04)**	.48	.38 (.04)**	.39	.04 (.03)	.04
PSYCHOPATHOLOGIE T1					-.36 (.04)**	-.38	-.11 (.03)**	-.12
WELBEVINDEN T1							-.73 (.03)**	.74

1=VROUW; 2=MAN; 2 I=GEEN; 2=WEL; 3 I=GEEN; 2=WEL; 4 I=LAAG (TOT EN MET HOGER ALGEMEEN VOORTGEZET EN VOORBEREIDEND WETENSCHAPPELIJK ONDERWIJS); 2=HOOG (HBO, BACHELOR, MASTER & POSTDOCTORAAL); 5 I= GEEN INWONEND MINDERJARIG KIND; 2=TENMINSTE I INWONEND MINDERJARIG KIND

*p < .05, **p < .01; β (SE) REGRESSIECOËFFICIËNT MET STANDAARDDEVIAATIE, β=GESTAANDARDISEERDE REGRESSIECOËFFICIËNT

De resultaten in Tabel 2 laten in de tweede stap zien dat spiritualiteit op baseline een significante voorspeller is voor welbevinden als follow-up. Meer spiritualiteit gaat gepaard met meer welbevinden op follow-up. Ook indien we op stap drie psychopathologie op baseline toevoegen blijft spiritualiteit significant. Echter na het toevoegen van welbevinden op baseline in stap vier vervalt de significantie van spiritualiteit voor de voorspelling op welbevinden t2 (tweede meetmoment). Uit de gestandaardiseerde beta, $\beta = .74$, blijkt dat welbevinden op t1 (eerste meetmoment) bijna alle verklarende variantie naar zich toe trekt. Omdat in stap 3 van de analyse de associatie tussen spiritualiteit en welbevinden significant bleef, ook na correctie voor psychopathologie op baseline, is het zinvol om in te zoomen op spiritualiteit en te kijken naar de relatie van de zeven subschalen van spiritualiteit (zinggeving, vertrouwen, aanvaarding, zorg om anderen, verbondenheid met de natuur, transcendent ervaringen en spirituele activiteiten) en welbevinden (Tabel 3).

Tabel 3

Resultaten regressieanalyse met welbevinden als follow-up en demografie, psychopathologie, welbevinden als baseline en de baseline subschalen van spiritualiteit

	B (SE)	β
	R ² = .69	
GESLACHT ¹	.06 (.24)	.00
LEEFTIJD	-.00 (.00)	-.04
RELATIE ²	-.01 (.06)	-.00
BETAALDE BAAN ³	.02 (.07)	.01
OPLEIDING ⁴	.06 (.06)	.03
INWONEND KIND ⁵	-.05 (.06)	-.02
PSYCHOPATHOLOGIE TI	-.04 (.02)	-.04
WELBEVINDEN TI	.68 (.03)**	.69
ZINGEVING	.11(.05)*	.11
VERTROUWEN	.07 (.04)	.07
AANVAARDING	.02 (.03)	.02
ZORG OM ANDEREN	.01 (.03)	.01
VERBONDENHEID MET DE NATUUR	.01 (.03)	.01
TRANSCENDENTE ERVARINGEN	-.03 (.03)	-.03
SPIRITUELE ACTIVITEITEN	-.06 (.03)	-.06

1=vrouw; 2=man;²1=geen; 2=wel;³ 1=geen; 2=wel;⁴ 1=laag (tot en met hoger algemeen voortgezet en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs); 2=hoog (HBO, bachelor, master & postdoctoraal);⁵ 1= geen inwonend minderjarig kind; 2=tenminste 1 inwonend minderjarig kind

* $p < .05$, ** $p < .01$; β (SE) regressiecoëfficiënt met standaarddeviatie, β =gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt.

Uit Tabel 3 kan geconcludeerd worden dat zinggeving op baseline voorspellend is voor welbevinden op follow-up. Meer zinggeving gaat gepaard met meer welbevinden, ook als rekening gehouden wordt met psychopathologie en welbevinden op baseline.

In Tabel 4 zijn de resultaten van hiërarchische multiple regressieanalyse ter toetsing van de tweede hypothesen weergegeven. Spiritualiteit als baseline blijkt bij de tweede stap een significante negatieve voorspeller voor psychopathologie. Meer spiritualiteit gaat gepaard met minder psychopathologie. Deze significantie vervalt echter na correctie voor welbevinden op baseline (stap drie) en psychopathologie op baseline (stap vier). Spiritualiteit

is niet meer geassocieerd met psychopathologie, als er rekening wordt gehouden met welbevinden op baseline. Verdere verdiepende analyses naar associatie tussen de subschalen van spiritualiteit en psychopathologie zijn dan ook niet zinvol.

Tabel 4

Resultaten regressieanalyse met psychopathologie (op follow-up) als uitkomstmaat en demografie in stap 1, spiritualiteit op baseline in stap 2, welbevinden op baseline in stap 3 en psychopathologie op baseline in stap 4

	STAP 1		STAP 2		STAP 3		STAP 4	
	β (SE)	β	β (SE)	β	β (SE)	β	β (SE)	β
	R ² =.06**		R ² =.09** ΔR ₂ = .03**		R ² =.23** ΔR ₂ = .14**		R ² =.70** ΔR ₂ = .47**	
GESLACHT ¹	-.18 (.09)	-.08	-.21 (.09)	-1.0	-.23 (.09)**	-.11	-.04 (.06)	-.02
LEEFTIJD	-.02 (.00)**	-.24	-.00 (.00)**	-.18	-.01 (.00)**	-.18	-.01 (.00)**	-.08
RELATIE ²	.10 (.11)	.04	.10 (.11)	.00	.13 (.10)	.06	.03 (.06)	.01
BETAALDE BAAN ³	-.22 (.12)	-.09	-.23 (.12)	-.09	-.12 (.11)	-.05	-.01 (.07)	.00
OPLEIDING ⁴	-.02 (.10)	.09	.05 (.10)	.02	.03 (.10)	.01	.03 (.06)	.01
INWONEND KIND ⁵	-.16 (.10)	-.08	-.16 (.10)	-.08	-.19 (.09)*	-.10	-.12 (.06)*	-.06
SPIRITUALITEIT TI			-.20 (.00)**	-.2	.03 (.10)	.03	.03 (.03)	.03
WELBEVINDEN TI					-.45 (.05)**	-.44	-.09 (.03)**	-.09
PSYCHOPATHOLOGIE TI							.77 (.03)**	.78

1=VROUW; 2=MAN; ²1=GEEN; 2=WEL; ³1=GEEN; 2=WEL; ⁴1=LAAG (TOT EN MET HOGER ALGEMEEN VOORTGEZET EN VOORBEREIDEND WETENSCHAPPELIJK ONDERWIJS); 2=HOOG (HBO, BACHELOR, MASTER & POSTDOCTORAAL); ⁵1= GEEN INWONEND MINDERJARIG KIND; 2=TENMINSTE 1 INWONEND MINDERJARIG KIND
 **p < .05, *p < .01; β (SE) REGRESSIECOËFFICIËNT MET STANDAARDDEVIATIE, GESTANDAARDISEERDE REGRESSIECOËFFICIËNT

DISCUSSIE

Dit prospectief onderzoek is uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in spiritualiteit in relatie tot de dimensies van het twee-continuamodell van mentale gezondheid. De centrale vraag was of spiritualiteit voorspellend is voor welbevinden, respectievelijk psychopathologie, rekening houdend met demografische variatie, psychopathologie en welbevinden op baseline.

De bevindingen suggereren een positief verband tussen spiritualiteit en welbevinden. Meer spiritualiteit op baseline lijkt gepaard te gaan met meer welbevinden op follow-up, al verdwijnt dit verband indien rekening gehouden wordt met het aanvangsniveau van welbevinden. Verdiepende analyses gaven meer inzicht in de relatie tussen spiritualiteit en welbevinden. Zingeving bleek significant positief samen te hangen met welbevinden op follow-up, ook indien rekening gehouden wordt met het aanvangsniveau van

welbevinden. Zingeving houdt in dat men zich bewust is van de plaats in het leven, de dingen die men doet als betekenisvol ervaart en gelooft dat het leven betekenis en een doel heeft (de Jager Meezenbroek et al., 2012). Meerdere studies laten zien dat zingeving een belangrijk facet van spiritualiteit is, meer bepaald als onderdeel van de intrapersoonlijke factor van spiritualiteit, verbinding met jezelf (Lifshitz et al., 2019; Tomás et al., 2016). Volgens Lifshitz et al. (2019) wordt spiritualiteit gekenmerkt door vier vormen van verbinding; verbinding met jezelf, met de gemeenschap, met de omgeving en met het transcendente. Enkel de intrapersoonlijke spirituele dimensie, verbinding met jezelf gaf een betere subjectieve levenstevredenheid bij 306 Israëliërs van boven de vijftig. Eerder onderzoek van Tomás et al. (2016) naar spiritualiteit en levensstevredenheid bij ouderen in Valencia (Spanje) wees uit dat de intrapersoonlijke dimensie, verbinding met

jezelf, de meest significante bijdrage levert aan tevredenheid met het leven. De lagere waardering van de transcendente dimensie had een niet significante negatieve correlatie met welbevinden, echter wel een positieve significante correlatie met depressie. De huidige studie bevestigt de eerdere studies.

Zingeving maakt ook onderdeel uit van het existentieel welbevinden, een van de vijf dimensies van spiritualiteit bij MacDonald (2000). De dimensie van existentieel welbevinden wordt omschreven als positieve existentialiteit, het leven zien als betekenisvol en doelmatig en waarbij het 'zelf' in staat is om het hoofd te kunnen bieden aan de moeilijkheden en de beperkingen van het bestaan. Kenmerken zoals het leven als doelmatig en betekenisvol zien, komen terug.

Uit dit onderzoek blijkt dat zowel transcendente ervaringen als spirituele activiteiten niet significant geassocieerd zijn met welbevinden. Daarom wordt geconcludeerd dat de horizontale dimensie van spiritualiteit meer gecorreleerd is met welbevinden dan de verticale dimensie (de Jager Meezenbroek et al., 2012). De horizontale dimensie wordt dan omschreven als intrapersoonlijke spiritualiteit, verbinding met jezelf en de verticale als de transcendente dimensie. Eenzelfde beeld kwam naar voren tijdens een onderzoek bij Poolse verpleegkundigen (Deluga et al., 2020) naar de invloed van spiritualiteit waarbij ook de SAIL ingezet werd. Bovengenoemde studies, samen met onze resultaten, duiden erop dat verbinding met jezelf, de intrapersoonlijke factor van spiritualiteit een grotere invloed op welbevinden heeft dan de transcendente dimensie. Aanbevolen wordt om het verschil in verticale en horizontale dimensie van spiritualiteit verder te onderzoeken en hierbij instrumenten in te zetten die verschillende varianten van religieuze coping meten.

Het significante negatieve verband tussen spiritualiteit op baseline en psychopathologie op follow-up vervalt na correctie voor welbevinden en psychopathologie op baseline, waarmee de tweede hypothese verworpen wordt. Dit duidt erop dat spiritualiteit geen betekenisvolle voorspeller is voor psychische klachten. Eerdere studies deden echter anders vermoeden. Koenig (2009) concludeerde uit een onderzoek naar de relatie tussen spiritualiteit en mentale gezondheid dat spiritualiteit zorgt voor minder depressiviteit en een

sneller herstel bij depressiviteit. Een studie onder volwassenen uit de Verenigde Staten, China en India liet zien dat spiritualiteit een beschermde factor is tegen depressie (Portnoff et al., 2017). Echter, deze studies hielden geen rekening met het aanvangsniveau van mentale gezondheid zoals de huidige studie wel doet door psychopathologie op baseline in de regressieanalyse mee te nemen (Tabel 4).

PRAKTISCHE IMPLICATIES

Uit dit onderzoek blijkt dat spiritualiteit, en dan de factor zingeving in het bijzonder, positief geassocieerd is met welbevinden. Voor de praktijk betekent dit dat het vergroten van zingeving mogelijk welbevinden zou kunnen verbeteren. Het is daarom van belang om hier aandacht aan te schenken tijdens therapie of coaching (Koenig, 2010; Yamada et al., 2020). Hiervoor kunnen interventies, zoals de logotherapie van Viktor Frankl, de existentiële psychotherapie van Irvin Yalom of de narratieve therapie van White en Epston ingezet worden. Meer recente zingevingstherapievormen zijn bijvoorbeeld Meaning Therapy en Meaning-Centered Therapy.

Ook interventies uit de ouderenspsychologie, zoals reminiscentie en life review, richten zich op het versterken van zingeving door autobiografische reflectie. Verschillende meta-analyses naar de effectiviteit van zulke existentiële therapieën ondersteunen de effectiviteit van deze interventies.

KANTEKENINGEN BIJ HET ONDERZOEK

Dit onderzoek heeft een aantal sterke en minder sterke punten. De steekproef was groot, zowel op het eerste als tweede tijdstip. Ofschoon causaal onderzoek naar een oorzaak-en-gevolg-relatie tussen zingeving en welbevinden nodig is, laten de resultaten uit dit prospectieve onderzoek zien dat meer zingeving hogere niveaus van welbevinden voorspelt vier weken later. Dit is een betekenisvoller resultaat dan bevindingen uit cross-sectioneel onderzoek die enkel inzicht geven tussen verbanden/correlaties en variabelen gemeten op eenzelfde moment.

De beperkingen van dit onderzoek zitten onder andere in de samenstelling van de steekproef. Uit de demografische analyse van de onderzoekspopulatie (Tabel 1) blijkt dat er meer vrouwen (69%) dan het landelijk gemiddelde hebben deelgenomen. Een andere

beperking is de gemiddelde hogere opleiding van de onderzoekspopulatie hetgeen ook mogelijk een oorzaak zou kunnen zijn voor het gevonden positieve verband tussen spiritualiteit en welbevinden. Zo rapporteerden McClintock en collega's (2016) een significante correlatie tussen opleiding en spiritualiteit in een grootschalig onderzoek onder inwoners van China, India en Amerika. Bij het ontwikkelen van de SAIL vragenlijst vond ook de studie van de Jager Meezenbroek en collega's (2012) een positieve correlatie tussen opleiding en spiritualiteit. Kortom, door deze samenstelling van de steekproef wordt de generaliseerbaarheid naar de algemene bevolking beïnvloed.

Concluderend, deze studie toont het belang aan van spiritualiteit, en dan met name de intrapersoonlijke factor zingeving, als een positieve voorspeller voor het welbevinden. Er worden geen aanwijzingen gevonden voor een voorspellende waarde van spiritualiteit op de andere dimensie van de 2-continua-model, namelijk psychopathologie. Dit houdt in dat spiritualiteit geen voorspeller is voor psychische klachten. De resultaten impliceren dat aandacht voor het bewust ervaren van de zin van het leven belangrijk is voor de mentale gezondheid, met name voor het welbevinden.

Acknowledgement: De auteurs danken Veronique Tijhuis, Anne Lynn Bijl, Carla van Boven en Nienke Dijk voor hun hulp bij de dataverzameling.

REFERENTIES

- Bartlett, S. J., Piedmont, R., Bilderback, A., Matsumoto, A. K., & Bathon, J. M. (2003). Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, *49*(6), 778-783. <https://doi.org/10.1002/art.11456>
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *257*, 428-438. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>
- Carlier, I., Schulte-Van Maaren, Y., Wardenaar, K., Giltay, E., Van Noorden, M., Vergeer, P., & Zitman, F. (2012). Development and validation of the 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive, anxiety and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, *200*(2), 904-910. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.035>
- De Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *J Relig Health*, *51*(2), 336-354. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9376-1>
- Deluga, A., Dobrowolska, B., Jurek, K., Ślusarska, B., Nowicki, G., & Palese, A. (2020). Nurses' spiritual attitudes and involvement-Validation of the Polish version of the Spiritual Attitude and Involvement List. *PloS one*, *15*(9), e0239068-e0239068. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239068>
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, *31*(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/10508619.2020.1729570>
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2019). *World Happiness Report 2019.s* <https://worldhappiness.report/ed/2019/>
- Keyes, C., L., M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Koenig, H. G. (2010). Spirituality and mental health. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, *7*(2), 116-122. <https://doi.org/10.1002/aps.239>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, *67*(1), 99-110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lifshitz, R., Nimrod, G., & Bachner, Y. G. (2019). Spirituality and wellbeing in later life: a multidimensional approach. *Aging & Mental Health*, *23*(8), 984-991. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1460743>
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *J Pers*, *68*(1), 153-197. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.t01-1-00094>

- MacDonald, D. A., Friedman, H. L., Brewczynski, J., Holland, D., Salagame, K. K. K., Mohan, K. K., Gubrij, Z. O., & Cheong, H. W. (2015). Spirituality as a scientific construct: testing its universality across cultures and languages. *PloS one*, *10*(3), e0117701-e0117701. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117701>
- McClintock, C. H., Lau, E., & Miller, L. (2016). Phenotypic Dimensions of Spirituality: Implications for Mental Health in China, India, and the United States [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, *7*(1600). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01600>
- Michaelson, V., Brooks, F., Jirásek, I., Inchley, J., Whitehead, R., King, N., Walsh, S., Davison, C. M., Mazur, J., & Pickett, W. (2016). Developmental patterns of adolescent spiritual health in six countries. *SSM - Population Health*, *2*, 294-303. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.03.006>
- Portnoff, L., McClintock, C., Lau, E., Choi, S., & Miller, L. (2017). Spirituality cuts in half the relative risk for depression: Findings from the United States, China, and India. *Spirituality in Clinical Practice*, *4*(1), 22-31. <https://doi.org/10.1037/scp0000127> (Spirituality and Depression: Multiple Levels of Inquiry)
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, *15*(5), 349-357. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150505>
- Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A., & Dezutter, J. (2018). Spirituality and Well-Being in Old Age: Exploring the Dimensions of Spirituality in Relation to Late-Life Functioning. *J Relig Health*, *57*(6), 2167-2181. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0515-9>
- Tomás, J. M., Sancho, P., Galiana, L., & Oliver, A. (2016). A Double Test on the Importance of Spirituality, the “Forgotten Factor”, in Successful Aging. *Social Indicators Research*, *127*(3), 1377-1389. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1014-6>
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, *19*(6), 565-572. <https://doi.org/10.1002/pon.1626>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development*, *17*(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- WHO. (2014). *Mental health: a state of well-being* https://www.who.int/mental_health/who_urges_investment/en/#:~:text=Mental%20health%20is%20defined%20as,to%20her%20or%20his%20community
- Yamada, A.-M., Lukoff, D., Lim, C. S. F., & Mancuso, L. L. (2020). Integrating spirituality and mental health: Perspectives of adults receiving public mental health services in California. *Psychology of Religion and Spirituality*, *12*(3), 276-287. <https://doi.org/10.1037/rel0000260>

PERSONALIA

Mathijs Huijs is Vertrouwenspersoon–Coach, correspondentieadres: info@huijsconsult.nl

Jennifer Reijnders en Marianne Simons zijn beiden Universitair Docent Levensloopsychologie aan de Open Universiteit, faculteit Psychologie.

Correspondentieadressen: Jennifer.Reijnders@ou.nl en Marianne.Simons@ou.nl

Nele Jacobs is hoogleraar Levensloopsychologie aan de Open Universiteit, faculteit Psychologie.

Correspondentieadres: Nele.Jacobs@ou.nl