

Nederlands onderzoek naar een relatie tussen religie en psychiatrische aandoeningen

door P.T. Folmer

Samenvatting

In dit artikel worden twee Nederlandse studies betreffende de relatie religie en psychiatrische ziekte met elkaar vergeleken. In de eerste studie wordt een verband gelegd tussen vitale depressie respectievelijk psychogene psychose en het lidmaatschap van het kerkgenootschap de 'Gereformeerde Gemeenten'. Dit lidmaatschap wordt door de auteur in zijn conclusie als een 'risicofactor voor de geestelijke gezondheid' bestempeld. Het hier gehanteerde 'case-control'-onderzoeksschema heeft echter een aantal knelpunten, die de onderzoeker onopgelost laat.

In het tweede onderzoek zijn deze knelpunten ondervangen. Daar wordt een relatie tussen kerkgenootschap en het (relatieve) aantal opnameaanvragen gelegd. Deze relatie betreft niet de inhoudelijke levensovertuiging als zodanig, maar een sociologisch kenmerk van de betreffende groeperingen, de 'socioculturele integratie'.

De conclusie van de auteur is dat

- voor dit doel prevalentieonderzoek de voorkeur heeft boven case-control-onderzoek;
- zo er al een correlatie blijkt, kunnen ook andere (b.v. sociologische of biologische) kenmerken daar verantwoordelijk voor zijn.

Inleiding

In de psychiatrische vakliteratuur is er in het afgelopen decennium meer aandacht gekomen voor het religieuze of existentiële aspect van het menselijk bestaan. Dat is opmerkelijk, als we letten op de steeds verder doorwerkende secularisatie in onze samenleving. Wordt men toch geconfronteerd met het feit dat er aan het mens-zijn onlosmakelijk een existentieel aspect verbonden is? In de praktijk ontkomt men er in ieder geval niet aan. Elke medicus wordt daarmee geconfronteerd. Een kinderarts, die een gesprek heeft met ouders die een kind verloren hebben, dient een open oog te hebben voor de levensovertuiging van deze mensen. Deze is immers van grote betekenis voor de reactie op een dergelijk verlies. Mensen die 'nergens in geloven',

vormen daarop geen uitzondering. Hun werkelijkheidsbeschouwing is hun 'geloof'. Het religieuze of existentiële aspect van het mens-zijn betreft niet zozeer de psychische deelfuncties, waarnaar wij gewend zijn te kijken bij het psychiatrisch onderzoek. Het ligt op een hoger niveau, de gehele bestaanssituatie en de waardering daarvan is aan de orde. In principe is die bij iedereen aanwezig, hoewel het bij de één meer op de voorgrond treedt dan bij de ander. Er zijn immers bepaalde thema's, waar iedereen mee te maken krijgt, zoals dood, zin van het leven, schuld, goed en kwaad. Het religieuze aspect van het mens-zijn is ten nauwste betrokken op de wijze waarop men daarmee omgaat. Het lijkt dan ook niet goed denkbaar dat het geen enkele rol zou spelen bij psychiatrische stoornissen, welke rol dat dan ook zij.

Er is slechts weinig wetenschappelijk onderzoek voorhanden over een mogelijke relatie tussen religie en psychiatrische aandoeningen. We kunnen ons afvragen – en ongetwijfeld heeft die vraag daar alles mee te maken – in hoeverre het mogelijk is om deze relatie op een objectieve, wetenschappelijke wijze te onderzoeken. Evenwel, er leven omtrent deze relatie diverse meer of minder uitgesproken opvattingen. Twee tegenovergestelde meningen wil ik hier naar voren halen. Heel bekend is de visie van Freud, die religie beschouwde als een 'collectieve dwangneurose'. Rümke huldigde een ander standpunt in zijn boekje 'karakter en aanleg in verband met ongelooft'. Hij beschrijft een aantal vormen (stadia) van religiositeit. Deze opeenvolgende fasen brengt hij in verband met een steeds groter vermogen tot psychische integratie. Er zijn meer beroemde psychiaters te noemen die zich uitgesproken hebben over het fenomeen religie. Een bekend voorbeeld is C.G. Jung. Opgemerkt zij dat bij de meeste auteurs religie geduid wordt als een uitsluitend psychologisch (te verklaren) verschijnsel. Dat is bij voorbeeld zowel het standpunt van Freud als dat van Rümke. Er is echter ook een andere opvatting mogelijk – en dat is die van de auteur – namelijk dat existentiële vragen, zingevingsvragen tot een ander terrein behoren dan dat van het psychisch functioneren van mensen, waarbij wel van een onderlinge wisselwerking sprake kan zijn. Met onderzoek naar deze eventuele relatie komt men op een gevoelig terrein. Vooringenomen standpunten kunnen een belemmering vormen voor objectief onderzoek. Eventueel onderzoek naar deze wisselwerking dient daarom met grote zorgvuldigheid te worden uitgevoerd. Temeer daar dit onderzoek als zodanig al problematisch genoeg is. Want: hoe meet men psychiatrische pathologie? Hoe meet men religieuze levensovertuiging? Wil men slechts een statistische correlatie aantonen of ook komen tot een vaststellen van causaliteit en tot enig inzicht in de psychodynamiek van de relatie tussen één en ander? In zijn betrekkelijk recent uitgesproken inaugurele rede merkte F.C. Verhulst (1987) op, dat de psychiatrie zich thans beweegt in een richting waar een positivistische, op feiten gebaseerde, weten-

schappelijke grondhouding centraal staat. Dat is merkbaar aan de inhoud van de belangrijkste tijdschriften 'waarin beschouwende, zogenaamde arm-chair-studies hebben plaatsgemaakt voor studies gebaseerd op systematisch verzameld feitenmateriaal, waarin de interpretaties van de bevindingen de feiten niet overschrijden'. Verhulst sprak in dit verband over een achterstand in de meest basale voorwaarden voor het doen van research. Dit artikel is een kritische bespreking van twee soorten studies waarin de relatie tussen psychiatrie en religie aan de orde is. In deze studies is getracht 'systematisch verzameld feitenmateriaal' op tafel te leggen. Daarbij is voor ons de vraag van belang of de interpretaties de feiten niet overschrijden. Ons doel is onder andere ervan te leren welke fouten men moet vermijden. Men loopt immers het gevaar de bevolkingsgroep die het betreft, nodeloos te kwetsen.

1. Middelburgs onderzoek

In dit tijdschrift verschenen twee studies van Van Scheyen, respectievelijk in 1975 en in 1981. De titels zijn: 'Bezwaard gemoed in de regio' en 'Psychogenie en religie'. In deze artikelen gaat het om een relatie die er zou bestaan tussen enerzijds de ziektebeelden endogene depressie, respectievelijk psychogene psychose en een bevindelijk gereformeerde of 'nader-reformatorische' levensovertuiging anderzijds.

Ophouw – Beide studies kan men opgebouwd zien uit twee delen, een beschouwend 'arm-chair-study'-gedeelte en een gedeelte waarin Van Scheyen het eerste gedeelte statistisch onderbouwt. De hoofdlijn van zijn betoog is in beide studies hetzelfde. Eerst komt het betreffende ziektebeeld aan de orde. Vervolgens wordt voor beide stoornissen een premorbide geaardheid geschetst, zoals bij voorbeeld de predepressieve karakterstructuur, met als meest opvallende kenmerken de prestatiedrang en de faalangst.

De derde stap in zijn betoog is de relatie tussen deze geaardheid en een bevindelijk gereformeerd (behoudend calvinistisch) geloofsklimaat; die ligt in de overeenkomst die er zou bestaan tussen één en ander. Om tot die overeenkomst te komen, beschrijft Van Scheyen dit geloofsklimaat. In zijn eerste studie doet hij dat vanuit de invalshoek van de historie, in zijn tweede studie laat hij enkele godsdienst-sociologen aan het woord.

Hij schrijft aan het beschreven geloofsklimaat kenmerken toe als ontwaarding van het menselijke bestaan en faalangst. Deze negatieve aspecten veroorzaken samen met een scala aan positieve eigenschappen een innerlijke spanning in deze levenshouding. Deze innerlijke spanning valt ongeveer samen met die van de depressieve karakterstructuur. Daar ligt dus de koppeling (Van Scheyen 1975).

Mijn belangrijkste bezwaar tegen deze beschouwende gedeelten is dat het beeld dat de auteur van dit religieus klimaat schetst en dat als basis voor de gelegde relatie dient, een karikatuur is. Ook in de historische weergave zijn diverse tendentieuze onjuistheden geslopen. Een afdoende bespreking van deze zaken zou een afzonderlijk artikel vergen. In verband met ruimtegebrek ga ik er hier niet verder op in. Ik heb er slechts wat van aangestipt, om daarmee de lezer iets te laten voelen van de geladenheid van het onderwerp.

Voordat er nu cijfers gepresenteerd worden, formuleert Van Scheyen hier reeds zijn voornaamste *conclusie*. Deze luidt:

‘dat de in dit kader geschetste aspecten van de Nader-reformatische levenshouding als risico-factoren voor de geestelijke gezondheid moeten worden beschouwd.’

Cijfermateriaal – Ten slotte komt het cijfermateriaal en de bespreking daarvan aan de beurt. In dit artikel gaat het in eerste plaats om deze statistische onderbouwing. De voornaamste onderbouwing bestaat uit een onderzoek door Van Scheyen zelf. Ik citeer: ‘Nagegaan werd de verdeling in de kerkelijke oriëntatie bij een groep van 54 patiënten met endogeen vitale depressies van zodanige ernst dat klinische behandeling nodig was, patiënten opgenomen in 1972 en in het eerste half jaar van 1973. Vervolgens werd deze verdeling vergeleken met een steekproef, te weten 80 patiënten die op een willekeurige dag in september 1973 waren opgenomen op de interne en chirurgische afdeling van het gasthuis te Middelburg en een steekproef genomen een dag ruim twee jaar later (66 patiënten)’. Tot zover Van Scheyen. Acht van de 54 patiënten (15%) bleek aangesloten te zijn bij de Gereformeerde Gemeenten. Dit was significant hoger ($p < 0,05\%$) dan het percentage bij de somatische patiënten (9 van de 146).

Het statistisch onderzoek in Van Scheyens tweede studie komt hiermee overeen. Van 1971 tot en met 1977 werden op de PAAZ van het Gasthuis te Middelburg 28 patiënten behandeld onder de diagnose psychogene psychose. Daarvan waren er 12 (42%) van de Gereformeerde Gemeenten. ‘Als controlegroep werden 50 eveneens opgenomen psychiatrische patiënten “at random” gekozen uit een groep van 150 in de jaren 1977, 1978 en 1979 uit dezelfde regio opgenomen patiënten. Over deze 150 patiënten waren extra gegevens beschikbaar. Deze patiënten waren namelijk in staat geweest binnen 5 dagen na opname een door een klinisch psycholoog gebruikt “intake-protocol” in te vullen. Manifest psychotisch gestoorde patiënten alsmede bij voorbeeld demente bejaarden vielen hier dus buiten.’ Wat betreft leeftijdsverdeling kwamen de te vergelijken groepen overeen. In de controlegroep was het aantal patiënten van de Gereformeerde Gemeenten significant minder, namelijk twee (4%, $p < 0,01\%$).

2. Rotterdams onderzoek

Het tweede onderzoek dat ik hier aan de orde wil stellen, is dat van A. Verdonk: 'Kerkgenootschap en Rotterdamse aanvragen voor opname in een psychiatrische inrichting in de periode 1960-1966' (Verdonk 1984).

Ophbouw – Dit onderzoek borduurt voort op het bekende werk van Durkheim, *La Suicide* (1960). In de gedachtengang van Durkheim is het niet de leer van de kerkgenootschappen die de mensen beschermt tegen zelfvernietiging, maar de integratie van de leden in het genootschap. Eén van de elementen van deze integratie, namelijk de socioculturele integratie kwam uitvoerig aan de orde in een in 1966 verricht steekproefonderzoek naar de opvattingen omtrent godsdienst en kerk (De Geïllustreerde Pers 1967).

Verdonk bespreekt dit onderzoek waarin onder andere verschillende vragen gesteld werden over de betekenis en inhoud van het geloof. Uit de tabellen bleek dat de Gereformeerden (van de 'Gereformeerde Kerken') de meeste onderlinge overeenstemming vertoonden in hun antwoorden. Daarna de Rooms-Katholieken en dan de Nederlands-Hervormden. De godsdienstsocioloog Dekker gaf daarbij als commentaar dat de Gereformeerden de meest homogene en de Hervormden de minst homogene groepering vormen. Verdonk gebruikt dit onderzoek als verdere basis voor zijn studie. Zijn *onderzoekshypothese* is nu dat het aantal psychiatrische opnamen gecorreleerd is met de mate van integratie van het betreffende kerkgenootschap.

Vervolgens toetst Verdonk de juistheid van deze hypothese met behulp van cijfers ontleend aan de volkstelling van 1960 en aan een onderzoek uit 1979 waarin 15.098 aanvragen voor psychiatrische opname bekeken werden, zoals zij centraal voor de regio Rotterdam werden geregistreerd over de periode van 1960-1966. Op basis van zijn onderzoek formuleert Verdonk zijn conclusies.

Cijfermateriaal – De onderzoekspopulatie van opnameaanvragen wordt op het kenmerk kerkgenootschap vergeleken met de Rotterdamse bevolking als geheel. Dit resulteert in de volgende tabel: (Alleen de cijfers van de mannen neem ik over; die van de vrouwen komen ermee overeen.)

Kerkverband	opnameaanvragen (%)		bevolking (%)
N.H.	34,9	>	31,0
R.K.	21,9		21,1
Ger.	6,4	<	8,8
Overig	6,5	>	3,6
Zonder	30,3	<	35,6

Conclusie – De conclusie luidt dat de onderzoekshypothese door dit onderzoek gesteund wordt. De Gereformeerden hadden minder aanvragen dan men op grond van hun bevolkingspercentage zou verwachten, enz. Wanneer men specificeert naar de leeftijd, dan bleken de verhoudingen ook om te kunnen keren. Voor de categorie ‘Zonder’ ligt het percentage aanvragen voor mensen ouder dan 66 jaar boven het bevolkingspercentage en voor de Hervormden andersom. Verder merkt Verdonk op dat de categorie ‘Overig’ zeer heterogeen is en dat hij daarom hierover geen uitspraken doet.

3. Bespreking

Van Scheyen gebruikt het zogenaamde ‘case-control’-onderzoeksstrategieën. Een citaat uit ‘Clinical Epidemiology – the essentials’ (R.H. Fletcher, S.W. Fletcher en E.H. Wagner 1982): ‘in essence, a case control study is a backward look at two or more groups of patients, a group with the outcome of interest and one or more groups without the outcome of interest’ (a.w., p. 172). Hierbij vergelijkt men de frequentie van een bepaald kenmerk bij de ‘cases’ met die bij de ‘controls’.

Dit is één van de vier belangrijkste strategieën voor het verrichten van (klinisch-)epidemiologisch onderzoek. Het is de goedkoopste, de minst tijdrovende maar ook de minst betrouwbare methode van de vier. Case-control-studies staan erom bekend dat zij een belangrijke bijdrage geleverd hebben aan diverse controversen in de geneeskunde (Fletcher e.a. 1982, p. 138). De andere drie methoden zijn:

- transversaal onderzoek (prevalentieonderzoek) en de twee hoofdvormen van longitudinaal onderzoek, namelijk:
- experimenteel onderzoek (clinical trial),
- observationeel longitudinaal onderzoek (cohortonderzoek ofwel follow-up-study).

Elk onderzoekstype heeft zijn beperkingen en knelpunten. Ook Verdonk vergelijkt een groep ‘cases’, gevormd door een verzameling opnameaanvragen, met een controlegroep. De controlegroep wordt gevormd door de Rotterdamse bevolking als geheel. Evenals Van Scheyen gaat hij in beide groepen het kerkgenootschap na. Alleen hebben bij hem beide groepen betrekking op dezelfde populatie, namelijk de Rotterdamse bevolking. Men zou daarom kunnen spreken van een vorm van prevalentieonderzoek. Prevalentieonderzoek is altijd een onderzoek van één (grote) populatie. Het geeft van die populatie een kwantitatieve beschrijving van de momentane situatie; een dwarsdoorsnede op een bepaald moment in de tijd. Strikt genomen moet bij prevalentieonderzoek van elk lid van de populatie vastgesteld worden of hij of zij een ‘case’ danwel een ‘non-case’ is. Bij Verdonk gaat het om centraal geregistreerde opnameaanvragen uit die regio.

Het lijkt dan overbodig nog eens heel de bevolking te screenen. We mogen dan immers aannemen dat alle (klinische) patiënten, althans bij benadering, uit het betreffende gebied op deze wijze samen genomen zijn. Dan mogen we ook aannemen dat er in die patiëntengroep niet een bepaalde vorm van selectie heeft plaatsgevonden ten opzichte van de verhoudingen onder de bevolking, in dit geval betreffende het kerkgenootschap. Het andere kenmerk, waar Verdonk op let, is dus het kerkgenootschap. Hiervoor ligt het vrij eenvoudig; de betreffende percentages zijn bevolkingspercentages.

Door de aard van de gegevens waarover Verdonk kon beschikken, kwam hij als van zelf tot deze onderzoeksofzet. We zullen bij de nu volgende bespreking van het onderzoek van Van Scheyen zien hoe Verdonk daarmee juist die problemen heeft ondervangen, die bij Van Scheyen dé knelpunten vormen. Ik loop deze knelpunten één voor één langs en verwijs daarbij telkens naar het betreffende aspect in de studie van Verdonk.

1. *Diagnostiek* – Een eerste zwakke plek van het case-control-onderzoek in het algemeen is het volgende: 'A distinguishing feature of the case control design, which contributes to its fallibility is, that cases possess the outcome of interest at the time that the clinical findings or causal factors are measured' (a.w., p. 171). Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat de herinnering van eventuele ziekteoorzaken sterk beïnvloed wordt door de aanwezigheid van de betreffende ziekte, aldus Fletcher e.a. (a.w., p. 181). Van Scheyen kon de vermoedelijke risicofactor eenduidig vaststellen: het behoren tot de Gereformeerde Gemeenten. 'Measurement bias' zou dus uitgesloten zijn. Echter, hier is de omgekeerde vorm daarvan aan de orde, namelijk in de *diagnostiek*, zoals dat bij het cohortonderzoek aan de orde is: een arts die weet dat zijn patiënt tot een bepaalde vermoedelijke risicogroep behoort, zal meer alert zijn op het betreffende risico (de aandoening). In verband daarmee is het mijn inziens een ernstig tekort dat Van Scheyen voor de vitale depressie geen eenduidige diagnostische criteria beschrijft. Zonder duidelijke criteria is een onwillekeurig herkenning-mechanisme, 'daar heb je er weer een', heel goed voorstelbaar. Aan acht ervaren longspecialisten werden ooit twintig patiënten met chronische dyspnoe voorgesteld. Het aantal dat van hen de diagnose emfyseem kreeg, varieerde per longarts van 0 tot 18 (Fletcher e.a. 1964). Het lijkt onwaarschijnlijk dat de diagnose vitale depressie eenvoudiger te stellen is dan de diagnose longemfyseem.

Van Praag besprak in 1982 in dit tijdschrift de op dat moment recent geïntroduceerde DSM-III. Daarbij merkte hij op: 'De classificatie van depressies is een wanordelijk terrein'. In dit licht is een relatief grote zgn. 'inter-observer'-variatie niet onwaarschijnlijk en ook geen schande. Om deze redenen waren meer garanties in dit onderzoek betreffen-

de de diagnostiek op hun plaats geweest. In de Amerikaanse 'Amish study' (Egeland e.a. 1983) besteedde men juist hier veel aandacht aan.

Deze studie verscheen in vijf afleveringen in de 'American Journal of Psychiatry' in de jaren 1983-1984. Van dit onderzoek is het op het eerste gezicht al duidelijk dat het een prevalentieonderzoek is ('period prevalence'). Over de vergelijkbaarheid van een risico- of patiëntengroep met een controlegroep hoefde men zich dus geen zorgen te maken. Maar wel over de diagnostiek. De delen II en III zijn geheel gewijd aan de betrouwbaarheid van de diagnostiek. Deze studie had in de eerste plaats als doel het onderzoek van psychiatrische aandoeningen op zich, hun epidemiologie en hun genetische etiologie, en niet zozeer de relatie tussen levensbeschouwing en psychische problematiek. Voor ons is deze studie evenwel interessant als een voorbeeld van zeer zorgvuldig opgezet prevalentieonderzoek. De doelstellingen, met name die op het gebied van de genetica, vereisten deze behoedzaamheid. Mijns inziens geldt dat evenzeer voor een zo gevoelig terrein als het religieuze opvoedingsmilieu.

Bij Verdonk speelt het hier besproken probleem niet. De binnenkomst van een opnameaanvraag is een eenduidige zaak. Van de studie van Van Scheyen uit 1981 kan het volgende gezegd worden: Van Scheyen gebruikt hier wel diagnostische criteria. Toch moeten de vraagtekens achter de diagnostiek die aan dit onderzoek voorafging, veel groter zijn. Van Scheyen schrijft namelijk: 'Gezien het soms recidiverende verloop en de positieve familiale psychiatrische aanknopingspunten deed zich bij nader inzien de vraag voor of bij een aantal van deze patiënten niet beter van een schizoaffectieve psychose kon worden gesproken'. Dit lijkt vooral voor de patiënten van de Gereformeerde Gemeenten van belang. Uit een tabel die Van Scheyen erbij geeft, blijkt dat bij 6 van de 12 Gereformeerde Gemeenten-patiënten de familieanamnese positief was. Bij de anderen was dat slechts bij 3 van de 16 het geval. Dit is een aanwijzing dat bij deze relatief hoge graad van bloedverwantschap in deze bevolkingsgroep extra rekening gehouden moet worden met aanlegfactoren.

2. *Patiënten- tegenover controlegroep* – Het grootste struikelblok van het case-control-onderzoek is de vergelijkbaarheid van patiënten- en controlegroep. Het is namelijk niet een populatieonderzoek zoals een prevalentieonderzoek dat is. De onderzoeker stelt zelf op één of andere wijze de te vergelijken groepen samen, zowel de patiënten- als de controlegroep. Hierin hebben we te maken met een duidelijk manipulatief element. Gewoonlijk neemt men in één of enkele klinieken de betreffende patiënten van dat moment of van een beperkte periode samen. Daarna moet een controlegroep gevonden worden. Deze groep moet zo veel mogelijk vergelijkbaar zijn, uitgezonderd alleen het lijden aan de betreffende ziekte. Het gaat er immers om dat de

kans dat men het risicokenmerk heeft, niet bij voorbaat mag verschillen door andere oorzaken. Met andere woorden: heeft er een zekere selectie plaatsgevonden, waardoor bij voorbaat de kans op het verdachte kenmerk in beide groepen verschillend is?

Hoe stelde Van Scheyen zijn *controlegroepen* samen? In zijn eerste onderzoek werd deze gevormd door een steekproef van 146 patiënten van een tweetal somatische afdelingen van hetzelfde ziekenhuis. Hierbij tekende Van Scheyen zelf aan: 'Er zijn op dit moment geen landelijke of regionale getallen beschikbaar die als vergelijkingsmateriaal kunnen dienen, zodat tot deze vergelijkingsgroep moest worden besloten'. Kennelijk was ook voor Van Scheyen een bevolkingspercentage voor dit onderzoek de eerste keus. Van zijn controlegroep behoorden 9 mensen (5,8%) tot de Gereformeerde Gemeente. Heeft hier selectie plaatsgevonden? Dat is niet onwaarschijnlijk. Dit percentage is namelijk veel lager dan het percentage onder de bevolking. Het percentage leden van de Gereformeerde Gemeenten te Middelburg bedroeg op 1 januari 1973 9,5% (Elshout 1975). Voor de omliggende plattelandsdorpen is het wellicht eerder hoger dan lager. Men zou dus uit de cijfers van Van Scheyen evengoed kunnen concluderen dat de leden van de Gereformeerde Gemeenten een uitzonderlijk goede lichamelijke conditie genieten. Dit lijkt onwaarschijnlijk, ware het niet dat er inderdaad aanwijzingen bestaan in deze richting (Maas 1988, p. 54).

Onder de *patiëntengroep* was het percentage 15%. Een kritische beschouwing met behulp van enige kennis van de plaatselijke omstandigheden kan duidelijk maken dat op verschillende manieren positieve selectie kan hebben plaatsgevonden. Zo bevinden er zich op Walcheren twee mogelijkheden voor psychiatrische opname, namelijk de PAAZ te Vlissingen en die te Middelburg. In zijn onderzoek heeft Van Scheyen opnameselectie tussen deze twee ziekenhuisvoorzieningen (voor leden van de Gereformeerde Gemeenten ten gunste van Middelburg) als potentiële foutenbron niet uitgesloten. Het is zeer wel denkbaar dat Van Scheyen uit de kringen van de Gereformeerde Gemeenten patiënten trok zelfs van buiten de regio Walcheren en van buiten de provincie Zeeland. In het betreffende kerkgenootschap wordt enige bekendheid van de behandelende zenuwarts met de eigen levensbeschouwelijke achtergrond op hoge prijs gesteld. Zo zijn er nog andere, meer of minder waarschijnlijke mogelijkheden te bedenken van opnameselectie. Duidelijk mag zijn dat niet zonder meer aangenomen kan worden, dat de patiëntengroep met de controlegroep vergelijkbaar is. En dat is de hoofdvoorwaarde voor case-control-onderzoek.

Hoe staat het met deze knelpunten bij Verdonks onderzoek? Bij Verdonk kan men er zeker van zijn dat beide groepen vergelijkbaar zijn omdat zij, zoals reeds opgemerkt, betrekking hebben op één po-

pulatie, de Rotterdamse bevolking. Dat is het sterkste punt van prevalentieonderzoek in het algemeen.

Op welke wijze zou wel voldaan zijn aan de genoemde voorwaarde voor case-control-onderzoek?

Ten aanzien van de patiëntengroepen bij Van Scheyen is het een bezwaar dat daarin opnameselectie een rol gespeeld kan hebben. Mijn voorstel zou zijn niet alleen de voorhanden zijnde patiënten op een bepaalde PAAZ te nemen. Toegepast op deze regio: het onderzoek zou zowel de PAAZ te Middelburg als die te Vlissingen moeten omvatten. Ook zouden Van Scheyens patiënten van buiten de regio Walcheren van het onderzoek moeten worden buitengesloten. Bovendien is het wenselijk ook de poliklinisch begeleide patiënten erin op te nemen. Dit in verband met een mogelijke selectie tussen kliniek en poli. In genoemde kringen kan men nogal eens een zeker wantrouwen jegens de psychiatrie ontmoeten. Het is dan denkbaar dat men zich zo lang mogelijk tegen opname verzet.

De opnameaanvragen bij Verdonk hebben niet betrekking op een ziekenhuis, maar op alle plaatselijke klinieken. Bovendien gaat het bij Verdonk om aanvragen van bewoners van Rotterdam en niet van elders.

Ten aanzien van de controlegroepen van Van Scheyen was het mijn bezwaar dat hij niet het percentage onder de plaatselijke bevolking gebruikte. Verdonk doet dit juist wel. Het lijkt in het algemeen de beste oplossing om als vergelijkingsmateriaal het betreffende percentage onder de plaatselijke bevolking te nemen.

Door de voorgestelde veranderingen zou echter het case-control-onderzoek van Van Scheyen grote gelijkenis gaan vertonen met het besproken onderzoek van Verdonk, met prevalentieonderzoek.

3. *Het formuleren van conclusies* – De stap van cijfermateriaal naar conclusies is altijd een hachelijk moment. Van Scheyen stelde halverwege het eerste artikel: 'dat de in dit kader geschetste aspecten van de Nader-reformatorische levenshouding als risicofactoren voor de geestelijke gezondheid moeten worden beschouwd'. Aangenomen dat de cijfers valide zijn, is alleen een gevolgtrekking voor de twee betreffende ziektebeelden gerechtvaardigd. Echter, hier specificeert Van Scheyen niet naar een bepaalde ziekte. Als de genoemde levensovertuiging een risicofactor zou zijn voor de psychische gezondheid in het algemeen, dan zou dat betekenen dat deze mensen statistisch meer kans hebben om psychisch te ontsporen, in welke vorm dan ook. Dan zou aangetoond moeten zijn dat over de volle breedte van de psychiatrie het percentage beduidend hoger is dan verwacht mag worden op grond van het bevolkingspercentage. Wat is nu het geval?

In zijn tweede studie heeft Van Scheyen een zo samengestelde controlegroep gebruikt. 'Vijftig eveneens opgenomen psychiatrische

patiënten "at random" gekozen uit een groep van 150 in de jaren '77, '78 en '79 uit dezelfde regio opgenomen patiënten.' In deze controlegroep was het aantal leden van de Gereformeerde Gemeenten twee (4%). Op basis van deze getallen zou de conclusie dus moeten zijn dat het genoemde godsdienstig milieu eerder een positief dan een negatief effect heeft op de psychische gezondheid in het algemeen! We vinden hier in ieder geval een aanwijzing dat het hoge percentage bij de ene ziekte wegvalt tegen een laag percentage bij andere psychiatrische ziekten. Tegenover een bepaalde kwetsbaarheid zou dan bij hen een bijzondere weerbaarheid moeten bestaan ten aanzien van andere psychiatrische aandoeningen.

Verdonk is zich in zijn conclusies zeer bewust van de beperktheid en de relatieve betekenis van zijn onderzoek. Zijn slotsom luidt: 'het belang ligt mijn inziens in de steun voor het nut van onderzoek naar de relatie tussen integratie als kenmerk van sociale eenheden (categorieën, buurten, klassen) en psychische stoornis'.

Conclusies en aanbevelingen

Tot slot enkele opmerkingen over de materie van dit artikel, ten eerste van methodologische, ten tweede van inhoudelijke aard.

Ad 1: Van Scheyen heeft het onderzoeksschema van de case-control-studie gehanteerd op een wijze die gebruikelijk is. Hij heeft zich alleen onvoldoende rekenschap gegeven van de zwakke punten van dit onderzoeksschema. In zijn geval was het waarschijnlijk ondoenlijk om onderling vergelijkbare controle- en patiëntengroepen te vormen. Dit, vanwege de plaatselijke omstandigheden die ik in mijn artikel genoemd heb. Van Scheyens keuze voor het 'case-control'-onderzoeksschema is voor zulk een gevoelige kwestie bijzonder ongelukkig. Voor omstreken en gevoelige zaken lijkt het veiliger om bij voorbaat te kiezen voor een prevalentieonderzoek. Het onderzoek van Verdonk en de 'Amish Study' zijn daar voorbeelden van. Wanneer men meer geïnteresseerd is in risicofactoren voor het oplopen (incidentie) van een aandoening dan in risicofactoren voor het hebben (prevalentie) van een aandoening, gaat de voorkeur uit naar een vorm van incidentieonderzoek.

Ook Van Scheyen bekeek een periode van een aantal jaren. Waarom zou men zich niet beperken tot die patiënten die in dat tijdsbestek een ziekte voor het eerst kregen? Feitelijk belandt men dan bij het cohortonderzoekstype.

Bij elke methode is het een eerste vereiste dat de kenmerken waar men naar kijkt, eenduidig vast te stellen zijn. Diagnostiek moet worden verricht aan de hand van eenduidige en welomschreven criteria.

In verband met 'inter-observer'-variatie is het wenselijk om de betreffende diagnose door meerdere, van elkaar onafhankelijke psychia-

ters te laten stellen. Eenvoudiger lijkt het om bij voorbeeld opnameaanvragen in een bepaalde regio te bestuderen. Dan omzeilt men het probleem van de diagnostiek. Ook suïcidecijfers lijken een eenduidig en dus goed alternatief. Het is echter goed mogelijk dat hierbij nogal eens andere doodsoorzaken worden opgegeven en dat dit in verband kan staan met het levensbeschouwelijk achtergrondmilieu.

Welke cijfers men ook met een bepaald onderzoek verkrijgt, altijd behoren de conclusies zorgvuldig geformuleerd te worden.

Verder: risicofactoren zijn nog geen causale factoren, correlatie is nog geen causaliteit. Voor het aantonen van causaliteit is zelfs cohort-onderzoek niet toereikend. Experimenteel onderzoek blijft dan nodig. Een bepaalde bevolkingsgroep pleegt nu eenmaal meerdere eigen kenmerken te hebben. Als men voor een groepering bij voorbeeld een hoog suïcidecijfer vindt, kan men niet willekeurig één van deze kenmerken, bij voorbeeld de godsdienst, eruit lichten om het euvel aan dat kenmerk toe te schrijven ('confounding bias'). Experimentele wijzigingen op dat ene kenmerk zijn niet uitvoerbaar, zelfs niet in een totalitaire maatschappij. Het aantonen van een causale relatie tussen levensovertuiging en psychiatrische ziekte is daarmee een praktische onmogelijkheid. Dat betekent nog niet dat een samenhang uitgesloten is. Een eventuele correlatie zou in principe aangetoond kunnen worden. Naar mijn mening is daarvoor een prevalentieonderzoek een minimale vereiste. Een cohortonderzoek zou de eerste keus moeten zijn. Het gebruik van de case-control-methode op dit terrein moet discutabel geacht worden. Als een correlatie aan het licht zou komen, moet bedacht worden dat er op zeer verschillende niveaus een verband kan bestaan. Hierop kom ik terug onder 'ad 2'. Tot zover enkele opmerkingen van methodologische aard.

Ad 2: Inhoudelijk kan het volgende gesteld worden. Er zijn geen aanwijzingen dat het behoren tot de bevindelijk gereformeerde bevolkingsgroep een risicofactor is voor de geestelijke gezondheid. De cijfers uit het onderzoek van Van Scheyen zijn als zodanig veeleer een aanwijzing van het tegendeel. Wel duiden deze cijfers op een correlatie met twee specifieke psychiatrische ziektebeelden. Daarvoor zou deze bevolkingsgroep dan een specifieke gevoeligheid bezitten, terwijl daar een weerbaarheid ten aanzien van andere aandoeningen tegenover zou staan. Verder onderzoek zou hierover meer duidelijkheid moeten geven. Immers, zoals uiteen gezet, het onderzoek van Van Scheyen is waarschijnlijk een te wankel basis voor welke uitspraak dan ook. Bovendien is het van belang te letten op de verscheidenheid aan eigenschappen die een bevolkingsgroep kenmerkt. Van Scheyen richtte zijn aandacht op het godsdienstig klimaat als zodanig. Daarmee maakte hij een keuze. Andere kenmerken, onder andere aanlegfactoren of sociologische kenmerken (Verdonk), kunnen evenzeer voor een eventuele correlatie verantwoordelijk zijn. Men kan nog een stap verder

gaan: een bepaalde groepering zal niet alleen meerdere eigen kenmerken bezitten, soms zijn er ook de repercussies vanuit de samenleving jegens mensen met een bepaalde principiële levensovertuiging. Ondanks deze methodologische problemen blijft het opsporen van een correlatie tussen (a)religieus (opvoedings)milieu en psychische problematiek een boeiend onderzoeksterrein.

Literatuur

- Egeland, J.A., A.M. Hostetter e.a. (1983), Amish Study I-III. *American Journal of Psychiatry* 140, 1, 56-71.
- Elshout sr., A. (1975), Balans van het Calvinisme in Zeeland. *Zeeuws Tijdschrift* 25, 3, 78-81 en 157-163.
- Fletcher, C.M. (1964), The problem of observer variation in medical diagnosis with special reference to chest diseases. *Methods of Information in Medicine* 1964, 3, 98-103.
- Fletcher, R.H., S.W. Fletcher, E.H. Wagner (1982), *Clinical Epidemiology, the essentials*. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Kidd, K.K., I.A. Egeland e.a. (1984), Amish Study IV-V. *American Journal of Psychiatry* 141, 9, 1042-1054.
- Maas, P.F. (1988), *Parlement en Polio*. Oratie. Staats Drukkerij Uitgeverij, Den Haag.
- Praag, H.M. van (1982), Controversen en misverstanden in de depressiediagnostiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24, 470-486.
- Rümke, Chr.L. (1988), Enkele grondbegrippen uit de statistiek I-VI. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 132, 1384-1385, 1422-1424, 1472-1475, 1523-1524, 1575-1577, 1603-1606.
- Scheyen, J.D. van (1975), Bezwaard gemoed in de regio. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 17, 776-788.
- Scheyen, J.D. van (1981), Psychogenie en religie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 590-609.
- Verdonk, A. (1984), Kerkgenootschap en Rotterdamse aanvragen voor opname in een psychiatrische inrichting in de periode 1960-1966. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 58-68.
- Verhulst, F.C. (1987), *De toekomst van het kind*. Oratie. Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Yalom, I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*. Basic Books, New York.

Summary: Research into a relation between religion and psychiatric disorder

In this article two Dutch studies into the relation between religion and psychiatric disorder are compared. In the first study the relation is explored between the church communion of the 'Gereformeerde Gemeenten' and major depressive disorder resp. reactive psychosis. Aiming this communion the author speaks in his conclusion of 'a risk factor for mental health'. The method of research used by the author, the case control study, has a lot of bottlenecks, which he leaves unsolved. In the other study the bottlenecks mentioned above are obviated. Here a relation is assessed between churchmembership and the (proportional) amount of requests for

psychiatric hospitalisation. This relation does not immediately refer to the view of life in itself but to a sociological characteristic of the regarding religious group, the 'sociocultural integration'.

The conclusion is that

- for this purpose, a prevalence study is to be preferred above a case control study.
- If a correlation is proved reliably, other characteristics (i.e. sociological or biological) can be responsible too.

P.T. Folmer is werkzaam als AGNIO Interne Geneeskunde en Psychogeriatric in het ziekenhuis Hoge Beuken, Antwerpen. Adres: Kasteelstraat 18, 4421 EJ Kapelle.

Prof. dr. W. van Tilburg en dr. ir. P.D. Bezemer, biostatisticus, gaven waardevol commentaar op mijn artikel, waarvoor mijn hartelijke dank.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 22-8-1990.