

Symptomen bij een depressie; bevindelijk gereformeerde versus niet-kerkelijke patiënten

A.A. DE LELY, W.W. VAN DEN BROEK, P.G.H. MULDER,
T.K. BIRKENHÄGER

ACHTERGROND Cultuur kan een belangrijke invloed hebben op de manier waarop een depressie beleefd, geuit of gepresenteerd wordt. Bevindelijk gereformeerden vormen een orthodox-protestantse culturele minderheid in Nederland. Mogelijk presenteert deze groepering zich met andere symptomen tijdens een depressie dan niet-kerkelijke patiënten.

DOEL Nagaan of bevindelijk gereformeerde patiënten met een depressie andere symptomen hebben dan niet-kerkelijke patiënten.

METHODE Aan 70 autochtone volwassenen met een depressie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg werd gevraagd een depressie-zelfscorelijst (Beck Depression Inventory II, BDI-II) in te vullen. Totaalscore en scores op symptoomclusters bij bevindelijk gereformeerden en niet-kerkelijken werden met elkaar vergeleken.

RESULTATEN Bevindelijk gereformeerden hadden vergeleken met niet-kerkelijken op de BDI-II een lagere totaalscore en in het bijzonder een lagere score op de symptoomclusters suïcidaliteit en beperking in functioneren.

CONCLUSIE Bevindelijk gereformeerden verschillen van niet-kerkelijken in de wijze hoe zij zich presenteren op een depressie-zelfscorelijst tijdens een depressie. Omdat bevindelijk gereformeerden mogelijk dissimuleren en langer doorgaan, lopen ze een verhoogde kans op onderdiagnostiek en -behandeling. Dit onderzoek illustreert dat inzicht in de religieuze achtergrond van (autochtone) patiënten van belang kan zijn voor goede psychiatrische diagnostiek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 279-289]

TREFWOORDEN bevindelijk gereformeerden, depressieve stoornis, religie, symptomen

Cultuur kan een belangrijke invloed hebben op de manier waarop een depressie beleefd, geuit of gepresenteerd wordt (American Psychiatric Association 1994; Borra 2002). Mogelijk dient ook bij autochtone culturele minderheden rekening gehouden te worden met deze invloed. Een specifiek Nederlands voorbeeld van een dergelijke minderheid vormen de bevindelijk gereformeerden, een orthodox-protestantse groepering die ook wel bekend staat als de 'zwartekousenkerk' (Dekker & Peters 1989; Janse 1985; Van der Meiden 1976).

Bevindelijk gereformeerden

Nederland telt naar schatting 300.000 bevindelijk gereformeerden, die bijna zonder uitzondering wonen in de zogenaamde 'Bijbelgordel': een schuine strook over Nederland die loopt van Zeeland tot in Overijssel. De groep valt ongeveer samen met de achterban van de Staatkundig Gereformeerde Partij (SGP).

Overeenkomstig de protestantse traditie zien bevindelijk gereformeerden als kern van het evan-

gelie de behoudenis door het geloof in Jezus Christus. Kenmerkend voor hen is de nadruk die zij leggen op de noodzaak van een bekering tot God en de daarbij horende persoonlijke geloofsbeleving ofwel 'bevinding' (Borst 2006; Hijwee 2004; Van Lieburg 1993). Men maakt in de kerkelijke gemeente onderscheid tussen 'bekeerden' en '(nog) niet-bekeerden'. Bekering ziet men als een bovennatuurlijk ingrijpen van God. De mens zelf wordt daartoe als onmachtig en zelfs onwillig gezien.

In de prediking is er veel aandacht voor kennis van eigen zonde en nietigheid en daartegenover de heiligheid en de rechtvaardigheid van God. De leer van de uitverkiezing (het eeuwige besluit van God wie zalig zal worden en wie niet) neemt daarbij een belangrijke plaats in.

Bevindelijk gereformeerden zijn strikt in leer en leven. Naast de Bijbel hebben belijdenisgeschriften uit de 16de en 17de eeuw en theologische geschriften uit de 17de en 18de eeuw ('oudvaders') hierin veel gezegd.

Relaties en vriendschappen ontstaan voornamelijk binnen de eigen groep. Bevindelijk gereformeerden hebben veel eigen scholen en (zorg) instellingen (Stoffels 1993). Zij onderscheiden zich van niet-kerkelijken (de 'wereld') in levensstijl, gewoonten, idealen, waarden, regels, betekenisgeving en soms zelfs in taal (Dekker & Peters 1989; Janse 1985; Van de Ketterij 1972; Stoffels 1995). Men zou daarom kunnen spreken van een bevindelijk gereformeerde 'subcultuur' en van 'transculturele psychiatrie' bij bevindelijk gereformeerden (Peters-Korteweg 2002).

Eerder onderzoek

Saenger (1968) vergeleek in de jaren zestig opgenomen psychiatrische patiënten in Nederland en de vs. Nederlandse patiënten met een depressie toonden meer apathie, schuldgevoelens en psychomotorische remming, terwijl Amerikaanse patiënten met deze aandoening meer agitatie en suïcidale ideatie lieten zien. In die tijd was een relatief groot deel van de Nederlanders nog met

behoudend calvinistische opvattingen opgegroeid en mogelijk hangen genoemde verschillen daarmee samen (Braam e.a. 2000b).

Van Scheyen (1981) beschreef opvallend angstige, religieuze ervaringen bij bevindelijk gereformeerde patiënten tijdens psychotische episoden (waarschijnlijk in het kader van een psychotische depressie).

Braam e.a. (2000b) onderzochten in een epidemiologische studie onder ouderen of calvinisten, rooms-katholieken en niet-kerkelijken in Nederland verschillen in symptomen op een depressie-zelfscorelijst. Daarnaast onderwierpen zij een kleine groep aan een gestructureerd interview. In dit onderzoek scoorden calvinisten met een depressie in vergelijking met niet-kerkelijken met deze aandoening relatief laag op affectieve symptomen en hoog op vegetatieve en cognitieve symptomen. Braam e.a. definieerden calvinisten als leden van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland of de kleine behoudende calvinistische kerkverbanden. Dit betreft een veel bredere groep dan de bevindelijk gereformeerden.

In een andere epidemiologische studie vonden Braam e.a. (2000a) geen verschil in de soort depressieve symptomen tussen een steekproef van ouderen in het voor een groot deel bevindelijk gereformeerde Genemuiden versus het overwegend seculiere Amsterdam.

Vraagstelling en hypothese

Vooraf naar aanleiding van genoemd onderzoek van Braam e.a. vroegen wij ons af of bevindelijk gereformeerde volwassenen met een depressie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, andere symptomen hebben dan niet-kerkelijke patiënten met een depressie.

Onze hypothese was dat bevindelijk gereformeerden tijdens een depressie relatief weinig klachten zullen uiten betreffende de kernsymptomen gedaalde stemming en anhedonie. Sombereheid en niet kunnen genieten hebben een relatief positieve connotatie bij deze groep en worden

daarom mogelijk minder beleefd als klacht. Vanuit het perspectief van bevindelijk gereformeerden hoort droefheid immers bij een noodzakelijk zondebesef tegenover God en is het leven 'een reis naar de eeuwigheid', waarbij genieten in deze wereld niet voorop dient te staan.

Daarentegen verwachtten wij dat bevindelijk gereformeerden somatische en cognitieve depressie-equivalenten even sterk of zelfs sterker zullen uiten vergeleken met niet-kerkelijken. Het minder uiten van affectieve klachten tijdens een depressie zou tot meer somatisatie kunnen leiden en het zoeken van medische hulp bij somatische klachten is bij hen mogelijk meer geaccepteerd. Cognities aangaande schuld en tekortschieten worden door bevindelijk gereformeerden mogelijk relatief gemakkelijk naar voren gebracht, omdat zij vanuit hun theologisch perspectief gewend zijn het positieve aan een ander en het negatieve aan zichzelf toe te schrijven.

Ook verwachtten wij dat bevindelijk gereformeerden zich minder suïcidaal zullen uiten. Suïcide is volgens hen immers strijdig met het zesde gebod ('gij zult niet doden'). Bovendien vervallen zij mogelijk minder snel tot hopeloosheid en demoralisatie door ervaren steun van het relatief uitgebreide sociale netwerk, de kerkelijke gemeenschap en ook vanuit hun geloofsopvattingen.

Ten slotte was onze hypothese dat depressieve bevindelijk gereformeerden relatief lang blijven functioneren. Dit vanuit een groot verantwoordelijkheidsbesef, waarbij zij werken als een opdracht zien en mogelijk ook vanuit het motto: 'niet klagen, maar dragen en bidden om kracht'.

Samenvattend: wij verwachtten dus dat bevindelijk gereformeerde patiënten vergeleken met niet-kerkelijke patiënten met een depressieve stoornis, relatief weinig klachten naar voren zullen brengen wat betreft affectieve en conatieve depressie-equivalenten, maar even veel of zelfs meer klachten zullen uiten wat betreft somatische en cognitieve depressie-equivalenten.

PATIËNTEN EN METHODE

Patiënten

Deelnemende instellingen waren de afdeling Ambulante Volwassenenzorg van de stichting gereformeerde geestelijke gezondheidszorg Eleos (locatie Dordrecht, Amersfoort en Zwolle), de polikliniek van de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam, de afdeling Sociale Psychiatrie van Riagg Rijnmond (locatie Rotterdam en Vlaardingen) en GGZ Europoort, locatie Carnissensingel te Rotterdam.

Patiënten van 18-65 jaar die op het moment van onderzoek voldeden aan de DSM-IV-criteria voor een (unipolaire) depressieve stoornis, een depressieve stoornis niet anderszins omschreven of een dysthyme stoornis werden geïncludeerd. De diagnose diende door een psychiater bevestigd te zijn. Inclusie kon tijdens intake of behandeling plaatsvinden.

Exclusiecriteria waren de aanwezigheid van een bipolaire stoornis, een schizoaffectieve stoornis of schizofrenie. Bevindelijk gereformeerden zijn vrijwel zonder uitzondering autochtoon. Om een goede vergelijking tussen beide groepen mogelijk te maken, werden patiënten met een andere culturele herkomst dan Nederland geëxcludeerd.

Patiënten werden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek en geïncludeerd als zij toestemming gaven voor deelname.

Instrumenten

Depressieve klachten werden gemeten met de Beck Depression Inventory II (BDI-II), een depressie-zelfscorelijst (Beck 2002). De BDI-II bestaat uit 21 items, waarbij per item gescoord kan worden van 0-3, afhankelijk van de ernst. Een totaalscore op de BDI-II ≥ 28 komt in de algemene populatie overeen met een ernstige depressie. In tabel 1 is weergegeven welke symptoomclusters werden onderscheiden. Item 3 is niet meegenomen in de analyse van de symptoomclusters, omdat het

woord 'mislukking' minder geaccepteerd is in het idioom van bevindelijk gereformeerden.

De ernst van de depressie werd gemeten met behulp van de *Clinical Global Impression* (CGI)-schaal, een veel gebruikte ernstschaal in depressieonderzoek waarop gescoord kan worden van 1 tot 7 (Guy 1976). De schaal werd door de hulpverlener van de patiënt ingevuld.

Om het belang dat de patiënten hechten aan het geloof te meten, werd hen gevraagd om van acht levensgebieden aan te geven welke drie voor hen het belangrijkste zijn (Braam e.a. 1994). Geloof werd geacht voor de patiënt van belang (saillant) te zijn als een van de drie geselecteerde levensgebieden het geloof betrof.

Patiënten die aangaven niet aangesloten te zijn bij een religieuze groepering werden geclassificeerd als niet-kerkelijk. Patiënten die aangaven te behoren tot de (Oud) Gereformeerde Gemeen-

ten (in Nederland), de rechterflank van de Christelijk Gereformeerde Kerken, de Hersteld Hervormde Kerk of de Gereformeerde Bond binnen de Protestantse Kerk in Nederland werden geclassificeerd als bevindelijk gereformeerd. Patiënten die aangaven te behoren tot een andere geloofsgemeenschap werden niet geïncludeerd. Er werd ook naar het kerkgenootschap van de ouders gevraagd, omdat dit mede van invloed kan zijn op de symptomformatie bij een depressie (Braam e.a. 2000b).

Statistiek

Bij univariate analyse van klinische en socio-demografische kenmerken werd de exacte toets van Fisher gebruikt in geval van discrete variabelen en de mann-whitneytoets in geval van continue variabelen.

Om de samenhang tussen kerkelijke deno-

TABEL 1 Symptoomclusters die werden onderscheiden in de Beck Depression Inventory (BDI-II)		
Symptoomclusters	Itemnummer	Omschrijving van het item
<i>Affectieve depressie-equivalenten</i>		
Gedaalde stemming	1	Verdrietig voelen
	2	Hopeloosheid
	10	Huilen
	11	Prikkelbaarheid
Anhedonie	4	Niet kunnen genieten
	12	Verminderde belangstelling voor anderen
<i>Cognitieve depressie-equivalenten</i>		
	3	Gevoel een mislukking te zijn*
	5	Schuldgevoelens
	6	Gevoel gestraft te worden
	7	Teleurgesteld zijn in zichzelf
	8	Gevoel slecht te zijn
	14	Gevoel er onaantrekkelijk uit te zien
	20	Zorgen over lichamelijke gezondheid
<i>Somatische depressie-equivalenten</i>		
	13	Besluiteloosheid
	16	Slapeloosheid
	17	Vermoeidheid
	18	Verminderde eetlust
	19	Afvallen in gewicht
	21	Verminderde seksuele belangstelling
<i>Conatieve depressie-equivalenten</i>		
Suïcidaliteit	9	Suïcidaliteit
Beperking in dagelijks functioneren	15	Beperking in dagelijks functioneren

*Dit item werd niet meegenomen in de analyse van de symptoomclusters.

minatie en depressieve symptomen te onderzoeken, werden de zes symptoomclusterscores gezamenlijk geanalyseerd met variantieanalyse met een gemengd model (ANOVA). Als verklarende variabelen werden in het model opgenomen: symptoomcluster, kerkelijke denominatie, de interactie tussen deze beide en de hoogste gevolgde opleiding. De genoemde interactie tussen symptoomcluster en kerkelijke denominatie maakte het mogelijk dat verschillen in clusterscores tussen bevindelijk gereformeerden en niet-kerkelijken varieerden over de clusters. De residuele varianties en covarianties van de symptoomclusterscores werden volledig vrij gelaten. De covariabele 'hoogste gevolgde opleiding' werd in het model opgenomen als numerieke trendvaria-

bele, gecentreerd rondom zijn gemiddelde, zodat de resultaten gecorrigeerd werden naar een gemiddeld opleidingsniveau.

Eerst werd het totale effect van kerkelijke denominatie getoetst via de gezamenlijke bijdrage aan het model van kerkelijke denominatie en de interactie tussen kerkelijke denominatie en symptoomcluster met een F-toets. Vervolgens werden na het specificeren van de relevante contrasten in de gemengd-model-ANOVA, de verschillen tussen bevindelijk gereformeerden en niet-kerkelijken per symptoomcluster getoetst met t-toetsen. De depressietotaalscore op de BDI werd apart geanalyseerd met covariantieanalyse (ANCOVA), met opleiding als covariabele. Naast de analyse van de totale onderzoekspopulatie, werden mannen en

TABEL 2 Sociodemografische en klinische kenmerken van patiënten die deelnamen aan een onderzoek naar verschillen in depressie bij bevindelijk gereformeerden en niet-kerkelijken

	Bevindelijk gereformeerden (n = 37)	Niet-kerkelijken (n = 33)	p
Aantal vrouwen (%)	27 (73)	25 (76)	1,00*
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	38,0 (14,4)	38,1 (10,7)	0,65**
Hoogste gevolgde opleiding***			0,08**
basisschool	3	3	
lbo/mavo	10	15	
mbo/havo	14	9	
hbo/vwo	8	2	
wetenschappelijk onderwijs	2	2	
Diagnose, frequenties (%)			0,67*
depressieve stoornis in engere zin, eenmalige episode	19 (51)	15 (45)	
depressieve stoornis in engere zin, recidiverend	9 (24)	12 (36)	
depressieve stoornis NAO of dysthyme stoornis	9 (24)	6 (18)	
Globale inschatting van de ernst**** (SD)	4,23 (0,73)	4,41 (0,61)	0,43**
Gemiddelde duur van de episode in maanden (SD)	19,1 (23,3)	20,7 (32,1)	0,50**
Medicatiegebruik, frequenties			0,82*
geen	9	8	
antidepressiva	18	17	
benzodiazepinen	1	1	
antipsychotica	1	0	
antidepressiva + benzodiazepinen	7	5	
antidepressiva + antipsychotica	0	2	
onbekend	1	0	

*Exacte toets van Fisher.

**Mann-whitneytoets.

***Voor statistische analyse werd opleiding als volgt gescoord: basisschool = 0, lbo of mavo = 1, mbo of havo = 2, hbo of vwo = 3, wetenschappelijk onderwijs = 4. Bij de niet-kerkelijken was bij 2 patiënten de opleiding niet bekend.

****Op de Clinical Global Impression (CGI)-schaal (Guy 1976).

vrouwen ook afzonderlijk geanalyseerd. Significantie werd gedefinieerd als $p < 0,05$. Alle analyses werden verricht met het *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versie 13.0).

RESULTATEN

Er werden 37 bevindelijk gereformeerde en 33 niet-kerkelijke patiënten geïncludeerd. Voor 85% van de bevindelijk gereformeerden was het geloof saillant. De bevindelijk gereformeerden in dit onderzoek waren allen in behandeling bij Eleos en alle niet-kerkelijken werden behandeld bij de andere deelnemende instellingen. Op één na hadden de bevindelijk gereformeerden allen bevindelijk gereformeerde ouders. Bij 18 van de 33 niet-kerkelijke patiënten waren beide ouders niet-kerkelijk, bij 4 was minstens 1 ouder rooms-katholiek, bij 8 was minstens 1 ouder protestants en bij 3 was de kerkelijke achtergrond van beide ouders onbekend.

In tabel 2 zijn sociodemografische en klinische kenmerken weergegeven. Er waren tussen beide groepen geen significante verschillen wat betreft leeftijd, geslacht, diagnose, ernst en duur van de huidige depressieve episode. De bevindelijk

gereformeerden waren gemiddeld iets hoger opgeleid dan de niet-kerkelijken (niet significant). Bij analyse werd daarom voor deze variabele gecorrigeerd.

Het effect van hoogste gevolgde opleiding op de symptoomclusters was statistisch significant positief ($p = 0,048$; $t[65] = 2,018$). Het overall effect van kerkelijke denominatie op de clusterscores was significant ($p < 0,0005$; $F[6,66] = 5,53$). In tabel 3 zijn de gemiddelde scores per symptoomcluster en de gemiddelde depressietotaalscore op de BDI-II bij bevindelijk gereformeerden versus niet-kerkelijken weergegeven. De BDI-II-totaalscore was bij de bevindelijk gereformeerden significant lager dan bij de niet-kerkelijken. Ook op alle afzonderlijke symptoomclusters scoorden bevindelijk gereformeerden lager dan niet-kerkelijken. Het verschil was het grootst bij de conatieve depressie-equivalenten (suïcidaliteit en beperkingen in dagelijks functioneren) en was minder groot bij de affectieve depressie-equivalenten (gedaalde stemming en anhedonie). De verschillen waren het kleinst en niet significant bij de cognitieve en de somatische depressie-equivalenten (zie tabel 3).

Op alle afzonderlijke BDI-II-items scoorden bevindelijk gereformeerden lager dan de niet-ker-

TABEL 3 Gemiddelde scores van symptoomclusters en gemiddelde depressietotaalscore op de BDI-II bij bevindelijk gereformeerden versus niet-kerkelijken

	Bevindelijk gereformeerden	Niet-kerkelijken	Standaarddeviatie*	t-toetswaarde	p**	Ratio score niet-kerkelijken/bevindelijk gereformeerden
Gedaalde stemming	4,20	5,73	2,64	2,38	0,020	1,36
Anhedonie	2,02	2,88	1,33	2,64	0,010	1,43
Somatische depressie-equivalenten	6,39	7,70	3,29	1,63	0,107	1,21
Cognitieve depressie-equivalenten	4,67	6,15	3,47	1,75	0,085	1,32
Suïcidaliteit	0,42	0,96	0,66	3,35	0,001	2,29
Beperking in functioneren	1,32	2,04	0,69	4,22	< 0,0005	1,55
Depressietotaalscore	20,1***	26,5***	9,44	2,76	0,008	1,32

*Standaarddeviatie binnen groep na correctie voor opleiding.

**Symptoomclusters werden gezamenlijk geanalyseerd met variantieanalyse met een gemengd model en depressietotaalscore met covariantieanalyse.

Er werd gecorrigeerd voor opleidingsniveau; het aantal vrijheidsgraden van de t-toets varieerde tussen 65 en 67.

***Vijf van de 37 bevindelijk gereformeerden en 15 van de 33 niet-kerkelijken hadden een BDI-totaalscore ≥ 28 (afkapwaarde voor ernstige depressie in algemene populatie).

kelijken, met uitzondering van item 19 (gewichtsverlies).

Afzonderlijke analyse bij vrouwen en mannen liet hetzelfde patroon zien als bij de totale populatie, met dien verstande dat bij vrouwen de verschillen een hoger significantieniveau hadden (door kleinere standaarddeviaties) en dat bij de mannen de verschillen niet significant waren (door kleine aantallen).

DISCUSSIE

Ons onderzoek was gericht op de vraag of bevindelijk gereformeerden een depressie anders beleven en uiten dan niet-kerkelijken. Het eerste wat opvalt, is dat bevindelijk gereformeerden met een depressie in dit onderzoek op bijna alle items van een depressie-zelfscorelijst lager scoren dan niet-kerkelijke patiënten met een depressie, resulterend in een significant lagere depressietotaalscore. Daarnaast zijn er specifieke verschillen te onderscheiden per symptoomcluster. Vergeleken met niet-kerkelijken geven bevindelijk gereformeerden vooral minder suïcidale gedachten en minder beperkingen in functioneren aan. Ook klagen zij relatief weinig over somberheid en anhedonie, maar dit verschil is kleiner dan bij voornoemde conatieve depressie-equivalenten. De verschillen zijn het kleinst en niet significant bij de cognitieve en somatische depressie-equivalenten. Deze laatste verschillen zijn even klein of zelfs kleiner dan het gemiddelde verschil in depressie-totaalscore.

Lage depressietotaalscore

Een verklaring voor het algeheel laag scoren op een depressie-zelfscorelijst, kan zijn dat bevindelijk gereformeerden bij moeilijke omstandigheden minder klagen en meer (ver)dragen dan niet-kerkelijken. Zij zien klagen als een vorm van opstand en wantrouwen tegenover Gods leiding. Deze 'voorzienigheid Gods' houdt volgens de Heidelbergse Catechismus onder meer in dat 'gezondheid en krankheid, niet bij geval, maar van Zijn

Vaderlijke hand ons toekomen' (Olevianus & Ursinus 1563). Behalve dat dit geloof in de voorzienigheid bij bevindelijk gereformeerden mogelijk tot een relatief laag klachtenniveau leidt (als gevolg van vertrouwen en berusting in Gods vaderlijke leiding), bestaat hierdoor mogelijk ook een relatief sterke neiging tot sociaal aangepast uiten van klachten (omdat men niet mag of wil klagen).

In recent onderzoek van Eurelings-Bontekoe en Luyten (2009) kwam opvoeding in een orthodox protestants milieu als voorspeller van lage scores op zelfrapportage van cluster B-persoonlijkheidskenmerken naar voren, ook bij patiënten met een low levelborderlinepersoonlijkheidsorganisatie. Zij suggereert dat een orthodox protestantse opvoeding de manifestatie van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis modereert. Wellicht modereert in analogie hiermee een bevindelijk gereformeerde opvoeding de manifestatie van depressieve symptomen. Bij een dergelijke opvoeding staan waarden als 'verdragen' en 'zich aanpassen' waarschijnlijk hoog in het vaandel.

Symptoomclusters

De bevinding dat bevindelijk gereformeerden relatief laag op suïcidaliteit scoren, komt overeen met onze hypothese. Het ligt ook in de lijn van het gegeven dat in zowel de eerste als tweede helft van de vorige eeuw het suïcidegetal in Nederland onder (orthodox) gereformeerden aanzienlijk lager was dan bij de algemene bevolking (Kruyt 1960; Kerkhof & Kunst 1994). Ook past het bij de integratiehypothese van Durkheim; deze luidt dat naarmate mensen hechter zijn geïntegreerd in een intermediaire groepering (zoals een kerk), hun kans op zelfdoding kleiner is (Van Tubergen e.a. 2001). Wij gaan er daarbij vanuit dat de bevindelijk gereformeerden hecht zijn geïntegreerd in hun gemeenschap, wat onder andere blijkt uit het feit dat zij zelden buiten de groep huwen. Een en ander betekent uiteraard niet dat bevindelijk gereformeerden minder risico lopen op suïcide op het moment dat ze zich suïcidaal uiten. Wellicht lopen zij dan juist hoger risico, omdat deze groep

er minder gemakkelijk toe zal komen suïcide te overwegen en dit te uiten.

Ook het feit dat bevindelijk gereformeerden relatief weinig beperkingen aangaven in het uitoefenen van hun dagelijkse taken stemt overeen met onze hypothese. Dekker en Peters (1989) vonden onder (bevindelijk) gereformeerden een sterk, traditioneel arbeidsethos en een ascetische levenshouding, vergeleken met de algemene Nederlandse populatie. Ter verklaring refereren zij daarbij aan de klassieke studie van Max Weber over de 'protestantse ethiek', die onder andere inhoudt dat protestanten hard werken beleven als een uitdrukkelijk gebod van God: het beroep als roeping. Mogelijk is dit terug te voeren op het feit dat Calvin in zijn theologie de mens in sterke mate plaatst in een luisterhouding, in gehoorzaamheid aan God (Van Eck 1992).

In tegenstelling tot onze hypothese lieten bevindelijk gereformeerden een relatief lage score zien op cognitieve en somatische depressie-equivalenten. Mogelijk hangt dit voor een deel samen met het feit dat in dit onderzoek bevindelijk gereformeerden algeheel laag scoren op een depressie-zelfscorelijst. Als we corrigeren voor het verschil in depressietotaalscore (dus met een factor 1,32), valt het specifieke verschil voor de cognitieve depressie-equivalenten geheel weg en zijn de somatische depressie-equivalenten zelfs licht verhoogd. Na deze correctie zouden de bevindingen dus beter overeenkomen met onze hypothese.

Wij concluderen dat de specifieke invloed van de religieuze achtergrond op het scoren op de affectieve, cognitieve en somatische symptoomclusters gering is in dit onderzoek. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat levensproblemen door bevindelijk gereformeerden steeds minder worden gedefinieerd in (somatisch) medische of religieuze termen en het toenemend legitiem is ze te omschrijven als psychische problemen (Vellenga 1993). Met andere woorden: vroeger beleefden en verwoordden bevindelijk gereformeerden een depressie overwegend als een religieus of lichamenteel probleem; tegenwoordig herkent men in deze groep een depressie steeds meer als een daarvan te

onderscheiden psychiatrische aandoening. Hierdoor verschilt de presentatie van een depressie in deze groep ten opzichte van de algemene bevolking wellicht minder dan een aantal decennia geleden. Dat Braam e.a. (2000b) bij oudere depressieve Calvinisten nog wel duidelijk een relatief lage score op affectieve depressie-equivalenten en een relatief hoge score op cognitieve en somatische depressie-equivalenten vinden, past daarbij.

Beperkingen

De wellicht belangrijkste beperking van ons onderzoek is dat wij geen gebruik hebben gemaakt van een gestructureerd diagnostisch interview. Dit maakt diagnostiek en vergelijkbaarheid tussen beide groepen minder betrouwbaar, temeer daar de vergeleken groepen in verschillende instellingen gediagnosticeerd zijn. Daar staat tegenover dat de sociodemografische en klinische kenmerken van beide groepen opvallend sterke overeenkomsten vertonen, ook wat betreft de wat objectievere maten zoals medicatiegebruik en episodeduur. Bovendien komen de psychiaters van de instellingen waar de meeste patiënten zijn geïncludeerd (Eleos Dordrecht, Erasmus MC, Riagg Rijnmond) bijna allen uit de 'school' van het Erasmus MC, wat overeenstemming in diagnostiek zou kunnen hebben bevorderd.

Een andere beperking is de geringe omvang van de onderzoekspopulatie. Terughoudendheid met generalisatie van de uitkomsten van dit onderzoek is daarom geboden.

Implicaties

Het feit dat bevindelijk gereformeerden op bijna alle items van de BDI lager scoorden, heeft wellicht implicaties voor de interpretatie van depressie-zelfscorelijsten bij deze groep. Mogelijk wijken referentiewaarden voor deze specifieke groep af ten opzichte van de algemene bevolking.

Bestaat er zoiets als een (bevindelijk) gereformeerde depressie? Mogelijk wel. Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat er verschillen zijn in

ernst tussen de twee groepen in dit onderzoek. De lagere BDI-totaalscore en de lagere score op vooral de conatieve depressie-equivalenten zijn een aanwijzing dat bevindelijk gereformeerden in hun klachtenpresentatie neigen tot dissimuleren en langer doorgaan met hun gebruikelijke patroon van leven en werken. Het klinische belang van deze bevinding is dat depressieve bevindelijk gereformeerden meer risico lopen op onderdiagnostiek en daardoor onderbehandeling. De mogelijke neiging van deze groep om de geestelijke gezondheidszorg te mijden (iets wat in dit onderzoek wellicht weerspiegeld wordt door hun relatief hoge opleidingsniveau) versterkt dit risico (Braam e.a. 2000a).

Dit onderzoek illustreert dat inzicht in de religieuze achtergrond van (autochtone) patiënten van belang kan zijn voor goede psychiatrische diagnostiek.



Prof. dr. F.A. van Lieburg, historicus, gaf kritisch commentaar op het manuscript. Drs. S.J.M. Scholten, hoofd Afdeling Sociale Psychiatrie, Riagg Rijnmond Noord-West locatie Vlaardingen, mw. drs. H.G. Hoegee-Visser, psychiater, Riagg Rijnmond Noord-West en drs. T.M. van den Boogaard, psychiater, GGZ Europoort hebben bijgedragen aan de uitvoering van het onderzoek.

LITERATUUR

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (4de druk) (pp. 324-325). Washington: American Psychiatric Press.

Beck, A.T., Steer, R., & Brown, G.K. (2002). Beck Depression Inventory-II-NL. Handleiding. In A.J.W. van der Does (vert. en bew.), *De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory* (2de druk). Lisse: Swets Test Publishers.

Borra, R. (2002). Transculturele diagnostiek. In R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlf (red.), *Cultuur, classificatie en diagnose* (pp. 21-40). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Borst, H. (2006). *Temptatio et gaudium. Aanvechting en vreugde. Een onderzoek naar de bevindelijk-gereformeerde spiritualiteit onder studenten SPH*. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn Motief.

Braam, A.W., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., e.a. (1994). Religiositeit en depressieve symptomen bij ouderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 509-519.

Braam, A.W., Beekman, A.T.F., Knipscheer, C.P.M., e.a. (1998). Religious denomination and depression among older Dutch citizens: patterns and models. *Journal of Aging and Health*, 10, 483-503.

Braam, A.W., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., e.a. (2000a). Gereformeerde depressie of depressies bij gereformeerden? Gegevens uit ouderenonderzoek. *Psyche en geloof*, 11, 114-129.

Braam, A.W., Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., e.a. (2000b). Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 458-466.

Dekker, G., & Peters, J. (1989). *Gereformeerden in meervoud*. Kampen: Kok.

Eck, J. van (1992). *God, mens, medemens. Humanitas in de theologie van Calvin*. Franeker: Van Wijnen.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Luyten, P. (2009). Influence of an orthodox Christian religious upbringing and current religious orthodoxy on DSM-IV axis II cluster B personality disorders and structural borderline personality pathology. In P.J. Verhagen, H.M. van Praag, J.J. Lopez-Ibor, J. Cox & D. Moussaoui (Red.), *Psychiatry and religion: beyond boundaries*. New York: Wiley Blackwell (ter perse).

Guy, W. (1976). *ECDEU, Assessment manual for psychopharmacology*. (pp. 217-222). Rockville: US department of Health, Education and Welfare.

Hijwee, N. (2004). *Bekering in bevindelijk gereformeerde kring*. Kampen: Kok.

Janse, C.S.L. (1985). *Bewaar het pand. De spanning tussen assimilatie en persistentie bij de emancipatie van de bevindelijk gereformeerden*. Houten: Den Hertog.

Kerkhof, A., & Kunst, A. (1994). A European perspective on suicidal behavior. In R. Jenkins e.a. (red.), *The prevention of suicide* (pp. 22-33). London: Her Majesty's Stationary Office.

Ketterij, C. van de (1972). *De Weg in Woorden. Een systematische beschrijving van piëtistisch woordgebruik na 1900*. Assen: Van Gorcum.

Kruyt, C.S. (1960). *Zelfmoord, statistisch-sociologische verkenningen*. Assen: Van Gorcum.

Lieburg, F.A. van (1993). Bevindelijke bekering: recente geschiedenis. In H.C. Stoffels (red.), *Religieuze bewegingen in Nederland 26; Bevindelijk gereformeerden* (pp. 61-78). Amsterdam: VU-uitgeverij.

Meiden, A. van der (1976). *Welzalg is het volk. Een bijgewerkt en aangevuld portret van de zwarte-kousenkerken*. Baarn: Ambo.

Olevianus, C., & Ursinus, Z. (1563). *Heidelbergse Catechismus* (vertaling Petrus Datheen). *Bijbel Psalmen* (pp. 1-20). Leerdam: Gereformeerde Bijbelstichting.

Pieters-Korteweg, E.S. (2002). 'Hebt gij ook eene roeping gehad?' Een

- autochtone jongen met een kortdurende psychose. In R. Borra, R. van Dijk & H. Rohlf (red.), *Cultuur, classificatie en diagnose* (pp. 95-104). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Saenger, G. (1968). Psychiatric outpatients in America and the Netherlands: a transcultural comparison. *Social Psychiatry*, 3, 149-164.
- Scheyen, J.D. van (1981). Psychogenie en religie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 590-609.
- Stoffels, H.C. (1993). Wegwijzer in bevindelijk gereformeerd Nederland. In H.C. Stoffels (Red.), *Religieuze bewegingen in Nederland* 26; *Bevindelijk gereformeerden* (pp. 115-158). Amsterdam: VU-uitgeverij.
- Stoffels, H.C. (1995). Als een briesende leeuw. *Orthodox-protestanten in de slag met de tijdgeest*. Kampen: Kok.
- Tubergen, F. van, Grotenhuis, M. te, & Ultee, W. (2001). De invloed van religie en godsdienstige samenstelling van gemeenten op de kans op zelfmoord in Nederland. *Mens & Maatschappij*, 76, 325-354.
- Vellenga, S.J. (1993). Bevindelijk gereformeerden, ziekte en geestelijke gezondheid (szorg): een sociologische analyse. In H.C. Stoffels (red.), *Religieuze bewegingen in Nederland*, 26; *Bevindelijk gereformeerden* (pp. 87-96). Amsterdam: VU-uitgeverij.

AUTEURS

A.A. DE LELY is als psychiater werkzaam bij Eleos Gereformeerde GGZ, Ambulante Zorg te Dordrecht.

W.W. VAN DEN BROEK is als psychiater werkzaam op de Afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam.

P.G.H. MULDER is als statisticus werkzaam bij de Afdeling Biostatistiek en Epidemiologie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

T.K. BIRKENHÄGER is als psychiater werkzaam op de Afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC te Rotterdam.

Correspondentieadres: drs. A.A. de Lely, Eleos gereformeerde GGZ, Ambulante Zorg, Afdeling Volwassenenzorg, Postbus 490, 3300 AL Dordrecht.

E-mail: ariejan.deley@eleos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-10-2008.

SUMMARY

Symptoms of depression in strict Calvinist patients and in patients without religious affiliations: a comparison – A.A. de Lely, W.W. van den Broek, P.G.H. Mulder, T.K. Birkenhäger –

BACKGROUND Culture can have a considerable influence on the way in which a depression is experienced, expressed or presented. Strict Calvinists or reformed pietists form an orthodox protestant cultural minority in the Netherlands. This orthodox wing of the Dutch Reformed Churches places a strong emphasis on personal religious experience of God's work of conversion. It is possible that symptoms of depression in this group differ somewhat from such symptoms in non-affiliated depressed patients.

AIM To determine whether depressive symptoms in strict Calvinistic patients differ from those in non-affiliated patients.

METHOD Seventy depressed adult Dutch nationals receiving treatment as outpatients under the mental health service were asked to fill in a depression self-scoring list (Beck Depression Inventory II (BDI-II)). A comparison was made between the total scores and scores of symptom clusters of strict Calvinists and the corresponding scores of non-affiliated patients.

RESULTS The strict Calvinists had a lower total score than the non-affiliated patients on the BDI-II and their scores were particularly lower for the symptom clusters suicidality and restrictions in functioning.

CONCLUSION Strict Calvinists differed from the non-affiliated patients in the way in which they presented on a depression self scoring list during depression. Perhaps strict Calvinists have less chance of being diagnosed and treated at an early stage because they conceal their depression and struggle on for a longer time. The study shows that insight into the religious background of Dutch national patients can be important for accurate psychiatric diagnostics.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 279-289]

KEY WORDS depressive disorder, religion, symptoms, strict Calvinists