

*Relatie van kerkelijke achtergrond met de
aard, ernst, complexiteit en beloop van de
klachten van cliënten bij een
gereformeerde geestelijke
gezondheidszorginstelling*

Onderzoeksrapport

Ten dele gepubliceerd

Willem-Paul Peters
*Onder supervisie van Dr. J.
Schaap-Jonker*

Samenvatting

Het huidige onderzoek is ingegaan op de relatie tussen kerkelijke achtergrond en de psychopathologie van cliënten die onder behandeling waren bij Eleos in de periode 2010-2015. Getoetst is of de kerkelijke achtergrond van cliënten verband houdt met de ernst, complexiteit, aard en behandeling van de klachten. Mensen zonder kerkelijke achtergrond bleken meer klachten te hebben aan het begin van de behandeling dan mensen met een kerkelijke achtergrond. Diverse verschillen zijn gevonden met betrekking tot de aard van de klachten; het grootste effect is gevonden bij de evangelische groep welke beduidend minder vaak de diagnose depressieve stoornis kreeg, vergeleken met de andere kerkgenootschappen. Tot slot was de groep zonder kerkelijke achtergrond minder lang in behandeling, maar is er geen verschil in afname van klachten gevonden tussen de kerkelijke groeperingen na vijf tot negen maanden. Geconcludeerd kan worden dat de rol van kerkelijke achtergrond klein lijkt, maar dat vervolgonderzoek nodig is om meer inzicht te krijgen in de rol die de kerkelijke achtergrond speelt bij de (behandeling van de) klachten van de cliënt.

Woord vooraf

Dit onderzoek is uitgevoerd voor het Kennisinstituut Christelijke GGZ (KICG), een initiatief wat uitgaat van de stichtingen *De Hoop* en *Eleos*. Het doel van het KICG is om onderzoek te doen naar de doelgroep en de werkwijzen van Eleos en De Hoop en om deze kennis te gebruiken voor innovatie en doorontwikkeling. De dataset in het huidige onderzoek bestaat volledig uit gegevens van cliënten die onder behandeling staan of hebben gestaan bij Eleos.

Eleos heeft als streven om kwalitatief goede zorg te leveren¹. Dit houdt in dat er voortdurend gekeken wordt naar verbetermogelijkheden voor de behandeling. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat er goed zicht is op de doelgroep. Een van de kenmerken van cliënten is hun kerkelijke achtergrond. Om zorg op maat te bieden en methodieken te ontwikkelen die passen bij de doelgroep is het nodig om te weten wat de relatie is tussen de kerkelijke achtergrond van de cliënt en zijn/haar klachten.

Het onderzoek en de rapportage hiervan heeft onder supervisie gestaan van Hanneke Schaap-Jonker, rector van het KICG. Verder hebben Jafeth Geurts (ICT medewerker) en John van der Meeuwen (applicatiebeheerder centrale ondersteunende diensten) meegeholpen aan het samenstellen van de dataset.

Amersfoort, juni 2016

Willem-Paul Peters

¹ Visiedocument 6: Morele richtlijnen

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	2
2. Woord vooraf	3
3. Inhoudsopgave	4
4. Inleiding	5
5. Theoretisch kader	5
6. Probleemstelling en begrippenlijst	7
7. Methode en analyses	8
8. Resultaten	12
9. Discussie	19
10. Beperkingen en suggesties voor vervolgonderzoek	20
11. Conclusie	20
12. Referenties	21
13. Bijlagen	24

Inleiding

Veel onderzoek is gedaan naar de relatie tussen religie en het psychisch welzijn, maar over de rol van de kerkelijke achtergrond in de klinische praktijk is nog weinig bekend. Toch heeft de kerkelijke achtergrond, welke een groot deel vormt van de religieuze cultuur (Verhagen, Braam, Chafekar-Stynenbosch, Spijker, Graaf, 2012), invloed heeft op de manier waarop mensen denken, voelen en gedragen (Servis, 2004; Wesselmann & Graziano, 2010). Om die reden is het logisch om te veronderstellen dat het soort kerk waar mensen toebehoren, invloed heeft op het psychisch welzijn van mensen. Zo kunnen bepaalde geloofsovertuigingen samengaan met geven van een religieuze betekenis aan de (psychische) klachten². Daarnaast kan de kerk waar mensen toe behoren voor een groot deel het sociale netwerk vormen, waarvan bekend is dat het een sterke invloed heeft op het psychisch welzijn (Kawachi & Berkman, 2001).

Eleos is een organisatie die zich onderscheidt door haar gereformeerde identiteit. De hulpverleners zijn overtuigd christen³. Het merendeel van de cliënten heeft eveneens een christelijke (gereformeerde) achtergrond. Ondanks de overeenkomsten is het juist zinvol om te ontdekken wat de verschillen zijn binnen deze groep. Dit onderzoek kan gezien worden als een eerste verkenning naar de relatie van kerkelijke achtergrond met de kenmerken en behandeling van psychische klachten.

Theoretisch kader

Kerkgenootschappen

In Nederland zijn er veel verschillende kerkstromingen. Deze zijn onder te verdelen in kerkgenootschappen. In het huidige onderzoek zal gekeken worden naar de belangrijkste en meest vertegenwoordigde kerkgenootschappen binnen de steekproef, namelijk de bevindelijk gereformeerde kerken, de orthodox gereformeerde kerken, de Protestantse Kerk in Nederland (PKN) en de evangelische kerken.

De kerkgenootschappen verschillen op theologisch en sociologisch gebied. Door hun kenmerken verschillen de bevindelijk gereformeerden nadrukkelijk van de andere stromingen (Eurelings-Bontekoe & Luyten, 2010). Het geloof in één juiste geloofsleer en de nadruk op het leiden van een heilig leven zorgt ervoor dat de groep in gedrag en leer conservatief te noemen is (Schaap-Jonker, Eurelings-Bontekoe, Luyten, 2012; Jonker, Eurelings-Bontekoe, Zock & Jonker, 2007). Omdat de orthodox gereformeerden in dezelfde calvinistische traditie staan, kennen ze meerdere overeenkomsten (Van de Donk, Jonkers, Kronjee & Plum, 2006) maar zijn ze (cultureel gezien) minder conservatief (Van de Donk, Jonkers, Kronjee & Plum, 2006). Uit een grootschalig bevolkingsonderzoek van eind 2007 tot midden 2009 bleek dat er demografische verschillen zijn tussen de verschillende kerkelijke achtergronden (Verhagen, Braam, Chafekar-Stynenbosch, Spijker & Graaf, 2012). Zo hadden de gereformeerden gemiddeld de meeste kinderen, het grootste aantal mensen met een laag huishoudinkomen en waren ze het minst hoog opgeleid.

Het karakter van de PKN verschilt sterk per gemeente (Verhagen, 2012), maar over het algemeen kan gesteld worden dat ze minder conservatief zijn dan de gereformeerden (Becker

² Visiedocument 5: Eleos en bevrijdingspastoraat

³ Visiedocument 3: Gereformeerde (psychiatrische) zorg

& de Hart, 2006). De evangelische kerken leggen in vergelijking met de andere kerkgenootschappen meer de nadruk op de verzoening en gaat er meer aandacht uit naar de gaven van de Heilige Geest zoals gebedsgenezing (Van de Donk, Jonkers, Kronjee & Plum, 2006).

Kerkelijke achtergrond en de ernst en aard van de klachten

Voor zover bekend is er geen direct onderzoek gedaan naar de relatie tussen kerkelijke achtergrond en de ernst van de psychopathologie. Een reden om te veronderstellen dat er wel verschillen zijn, is dat conservatieve christenen minder de noodzaak voor psychotherapeutische hulp inzien en minder vertrouwen hebben in de capaciteiten van de hulpverlener in vergelijking met minder conservatieve protestanten (Roberts, 1994). Een andere reden kan zijn dat de conservatieve protestanten in vergelijking met liberale protestanten de psychische klachten aanzien voor geestelijke klachten. Beide redenen kunnen leiden tot een lange wachttijd voor het zoeken van professionele hulp bij de meer conservatieve christenen en mogelijk melden ze zich pas aan wanneer de klachten (zeer) ernstig zijn.

Over de relatie van kerkelijke achtergrond met de aard van de klachten is eveneens nog weinig bekend. Eerder onderzoek toonde aan dat de orthodoxe protestanten (gereformeerden) niet verschilden van niet-gelovige mensen. De ‘gewone’ protestanten verschilden wel van de niet-gelovigen; Angststoornissen en enigerlei as-I-stoornissen kwamen significant minder voor bij de protestanten (Verhagen, Braam, Chafekar-Stynenbosch, Spijker & Graaf, 2012).

Vanuit de theorie zijn er verschillende argumenten te geven waarom kerkelijke achtergrond verband zou houden met de aard van de klachten. Zo kan beargumenteerd worden dat bij een deel van de conservatieve christen meer de nadruk ligt op het zondige karakter van de mens met een meer pessimistische levensvisie als gevolg (Braam, Beekman & van Tilburg, 2003). Aan de andere kant is er in de gereformeerde groep sprake van sterke sociale betrokkenheid, wat juist weer een beschermende factor voor een depressie kan zijn (Verhagen, Braam, Chafekar-Stynenbosch, Spijker & Graaf, 2012).

Kerkelijke achtergrond en de behandeling

De kerkelijke achtergrond van mensen houdt verband met de effectiviteit van de behandeling van psychopathologie (Thomas, Cunningham & Donnell, 2011). Op 7 van de 24 items op de *Brief Psychiatric Rating Scale* verschilde de mormoonse groep in vergelijking met niet-mormoonse kerkgenootschappen, waaronder katholieken en protestanten. Zo nam suïcidaliteit significant meer af onder de mormonen. Het onderzoek van Thomas, Cunningham & Donnell (2011) is echter gedaan bij een Amerikaanse steekproef er is geen duidelijke verklaring voor de verschillen. Een mogelijke manier waarop er verschillen zijn in de (effectiviteit van de) behandeling is dat de copingstijl, de manier waarop mensen met problemen en stress omgaan, verschilt tussen de verschillende kerkgenootschappen (Pargament, Kennell, Hathaway, Grevengoed, Newman en Jones, 1988). Dit zou invloed kunnen hebben op de mate waarin cliënten actief aan hun klachten werken tijdens de behandeling.

Geconcludeerd kan worden dat er nog onvoldoende onderzoek en kennis beschikbaar is over relatie tussen de kerkelijke achtergrond en de ernst, aard en behandeling van de klachten.

Daarnaast is het onderzoek vaak gedaan in Amerika waarbij dit niet vanzelfsprekend van toepassing is op de Nederlandse populatie omdat de kerkgenootschappen in de twee landen van elkaar verschillen. Dit onderzoek zal bijdragen aan de kennis die bestaat over de relatie tussen het christendom en het psychisch welzijn en meer duidelijkheid bieden of kerkelijke achtergrond een factor van invloed is in de klinische praktijk in Nederland.

Probleemstelling en begrippenlijst

Probleemstelling

Er is onvoldoende zicht op de manier waarop kerkelijke achtergrond samenhangt met de kenmerken en behandeling van de klachten, terwijl dit een belangrijk aspect vormt van de religieuze achtergrond van de cliënt en het van invloed is op de manier waarop mensen denken, doen en ervaren.

Vraagstelling

De hoofdvraag in dit onderzoek is: “Op welke manier houdt de kerkelijke achtergrond van cliënten bij een gereformeerde geestelijke gezondheidszorginstelling verband met de aard, ernst, complexiteit en beloop van hun klachten?”

Deelvragen

1a. Op welke manier hangt de kerkelijke achtergrond van cliënten samen met de ernst van de psychische problemen bij aanvang van de behandeling?

1b. Op welke manier hangt de kerkelijke achtergrond van cliënten samen met de complexiteit van de psychische problemen?

2. In hoeverre verschillen de kerkelijke groeperingen in de aard van de klachten?

3a. Op welke manier hangt de kerkelijke achtergrond samen met de duur van de behandeling?

3b. Op welke manier hangt de kerkelijke achtergrond samen met de effectiviteit van de behandeling?

Hypothese

Op basis van de theologische, sociologische en culture verschillen tussen de kerkelijke groeperingen is de algemene hypothese in dit onderzoek dat de groeperingen zullen verschillen op de aspecten van bovenstaande deelvragen. Het onderzoek wat gedaan is naar de rol van kerkelijke achtergrond is te beperkt om specifieke hypothesen te formuleren waarin de richting van het verband wordt aangegeven.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de rol die kerkelijke achtergrond speelt door te kijken of er een relatie is tussen het soort kerkgenootschap waar mensen toe behoren en de ernst, complexiteit en aard van de klachten. Daarnaast zal gekeken worden of

de kerkelijke groeperingen verschillen op de duur en effectiviteit van de behandeling. Deze kennis van de kerkelijke achtergrond kan gebruikt worden door hulpverleners om hun behandeling en aanpak beter af te stemmen op de behoeften van de cliënt.

Toelichting op centrale begrippen

Kerkelijke achtergrond

De kerkelijke achtergrond van cliënten is geoperationaliseerd door het kerkgenootschap waartoe mensen te horen in te delen in vijf groepen. Deze indeling is gemaakt op basis van de indeling Bijl, Boelhouwer, Pommer & Schyns (2009). Een uitzondering hierop is de Gereformeerde Bond binnen de PKN die vanwege haar behoudende karakter in dit onderzoek wordt gerekend tot de orthodox gereformeerde kerken.

De kerkgenootschappen zijn als volgt onderverdeeld;

1. De bevindelijk gereformeerden (bestaande uit Gereformeerde Gemeenten, Hersteld Hervormde Kerk, Gereformeerde Gemeenten in Nederland, Oud Gereformeerde Gemeenten in Nederland, Vrije Oud Gereformeerde Gemeenten, Gereformeerde Gemeenten (buiten verband)).
2. De orthodox gereformeerden (bestaande uit Christelijk Gereformeerde Kerken, Gereformeerde Kerken (vrijgemaakt), Nederlands Gereformeerde Kerken, Gereformeerde Kerken in Nederland (hersteld) en Voortgezette Gereformeerde Kerken in Nederland).
3. De evangelischen (bestaande uit diverse kerken en gemeenten zoals de baptisten, Pinkstergemeenten zevendedagsadventisten, Leger des Heils en de Bond van Vrije Evangelische Gemeenten gemeente).
4. De protestantse kerk in Nederland (PKN).
5. De mensen zonder kerkelijke achtergrond vormen een aparte groep.

Resultaten

Deelvraag 2 Aard van de klachten

De relatie tussen kerkelijke achtergrond en de aard van de klachten is getest met een multinomiale logistische regressieanalyse. Hiervoor zijn de gerapporteerde diagnoses eerst gerubriceerd in categorieën volgens de indeling die beschreven wordt in de DSM-IV TR (American psychiatric Association, 2000) welke vervolgens de afhankelijke variabele vormde. Het model voorspelde de data significant beter dan de intercept alleen ($\chi^2=384.47$, $p < .001$). Geslacht was significant gerelateerd aan de aard van de klachten ($\chi^2=167.24$, $p < .001$) wat ook gold voor leeftijd ($\chi^2=236.48$, $p < .001$). Kerkelijke achtergrond hield eveneens verband met de aard van de klachten ($\chi^2=78.72$, $p=0.002$). Zie figuur 1 voor een overzicht.

Uit de resultaten blijkt dat dat de diagnose depressieve stoornis, vergeleken met de bevindelijk gereformeerde groep, minder vaak voorkomt bij de evangelische groep ($b=-0.59$, Wald $\chi^2=17.42$, $p<.001$) en bij de PKN ($b=-.27$, Wald $\chi^2=5.21$, $p=.022$). Verder was de kans op een depressieve stoornis groter bij vrouwen ($b=0.23$, Wald $\chi^2=5.88$, $p=.015$) en naarmate men ouder was ($b=0.02$, Wald $\chi^2=28.09$, $p<.001$).

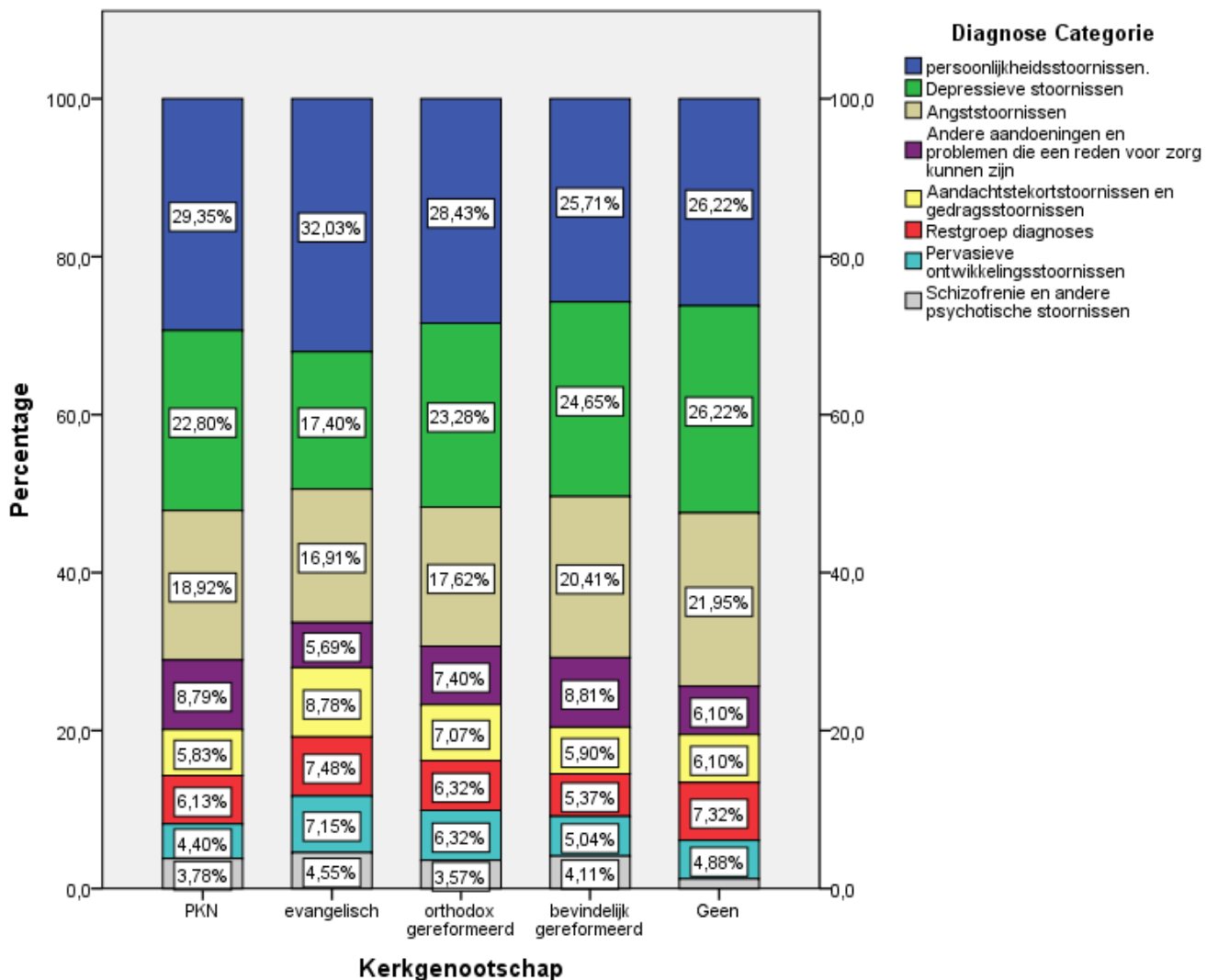
De kans op aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen was groter bij mannen ($b=-0.49$, Wald $\chi^2=12.62$, $p<.001$) en nam af naarmate men ouder was ($b=-0.3$, Wald $\chi^2=30.14$, $p<.001$).

De kans op pervasieve ontwikkelingsstoornissen was groter bij jongere mensen ($b=-0.03$, Wald $\chi^2=31.04$, $p<.001$) en wanneer men man was ($b=-1.34$, Wald $\chi^2=81.51$, $p<.001$). De kans op schizofrenie en andere psychotische stoornissen was groter voor mannen ($b=-0.64$, Wald $\chi^2=14.33$, $p<.001$) en naarmate men ouder was ($b=0.02$, Wald $\chi^2=6.22$, $p=.013$).

De kans op andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn was groter bij oudere mensen ($b=0.02$, Wald $\chi^2=28.41$, $p<.001$) en kleiner bij evangelischen ($b=0.02$, Wald $\chi^2=6.22$, $p=.013$) en orthodox gereformeerden ($b=-.34$, Wald $\chi^2=4.65$, $p=.031$) vergeleken met de bevindelijk gereformeerde groep.

De kans op angststoornissen was groter wanneer men jonger was ($b=-0.01$, Wald $\chi^2=8.56$, $p=.003$) en juist minder groot bij de evangelische groep ($b=-.38$, Wald $\chi^2=6.90$, $p=.009$).

Tot slot was de kans op een restgroep diagnose groter voor mannen ($b=-0.74$, Wald $\chi^2=28.42$, $p<.001$). Deze diagnose krijgt men vooral wanneer men geen stoornis of aandoening heeft op de DSM-IV as 1 of wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een seksuele stoornis.



Figuur 1. Frequentie van diagnose categorieën per kerkgenootschap (in percentages).

Referenties

- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M. E., van Rood, Y. R., Van der Wee, N. J., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., ... & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical psychology & psychotherapy, 18*(1), 1-12.
- Bijl, R., Boelhouwer, J., Pommer, E., & Schyns, P. (2009). *De sociale staat van Nederland 2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Braam, A. W., Beekman, A. T. F., & van Tilburg, W. (2003). Religiositeit en depressie bij ouderen: een overzicht van recent empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 45*(8), 495-506.
- Chien, J.L. (2015). *The Relationship of Perceived Stress, Religious Coping Styles, and Mental Health Symptoms in University Students* (Proefschrift). Florida Atlantic University Boca Raton, Florida.
- Eurelings-Bontekoe, E. H., & Luyten, P. (2010). The Relationship between an Orthodox Protestant Upbringing and Current Orthodox Protestant Adherence, DSM-IV Axis II B Cluster Personality Disorders and Structural Borderline Personality Organization. In P. J. Verhagen, H. M. Van Praag, J. J. López-Ibor, J. L. Cox and D. Moussaoui (Eds.), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries* (pp. 373-387). Chichester: Wiley
- Ganzevoort, R. R. (2006). Bevrijding als onderdrukking. Een gewelddadige kant van evangelische gemeenten? *Psyche en Geloof, 112*, 120.
- Jong, K. de, & Nugter, M.A. (2004). De Outcome Questionnaire: psychometrische kenmerken van de Nederlandse vertaling. *Nederlandsch Tijdschrift voor Psychologie, 59*, 76-79.
- Jong, K. de, & Spinhoven, P. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie en Gezondheid, 36*(1), 35-45.
- Jong, K. de, Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*(4), 288-301.
- Jonker, H. S., Eurelings-Bontekoe, E. H., Zock, H., & Jonker, E. R. (2007). The personal and

- normative image of God: the role of religious culture and mental health. *Archive for the Psychology of Religion*, 29(1), 305-318.
- Jonker, H. S., Eurelings-Bontekoe, E. H., Zock, H., & Jonker, E. (2008). Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental health, religion and culture*, 11(5), 501-515.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Kortrijk, H. E. (2013). *Use of routine outcome monitoring data for evaluating assertive community treatment* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lely, A. A. de, Broek, W. van den, Mulder, P., & Birkenhäger, T. (2009). Symptomen bij een depressie; bevindelijk gereformeerde versus niet-kerkelijke patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(9), 279-289.
- Maselko, J., & Kubzansky, L. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social science & medicine*, 62(11), 2848-2860.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Miller, L., & Kelley, B. S. (2005). Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*, 460-478.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the scientific study of religion*, 90-104.
- Park, C. L., & Slattery, J. M. (2013). Religion, spirituality, and mental health. In Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp.540-559). Guilford Publications.
- Roberts, C. T. (1994). *Current conservative religious attitudes toward seeking professional counseling*. (Proefschrift). Texas: University of North Texas.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, H. M., & Luyten, P. (2012). Godsbeeld, geloofsbeleving en religieuze orthodoxie: empirisch onderzoek in Nederland. In Megen, H.J.G.M. van, & Verhagen, P.J. (Eds.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit*. (pp. 353 - 364). Utrecht: De Tijdstroom.

- Servis, M.E. (2004). *Protestant Christians*. In A.M.Josophson & J.R. Peteet (red), *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice* (pp. 63-75). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Thomas, A., Cunningham, K., & Donnell, A. J. (2011). Differential efficacy of standard inpatient treatment between Mormon and non-Mormon patients. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(9), 935-943.
- Van de Donk, W. B. H. J., Jonkers, A. P., Kronjee, G. J., & Plum, R. J. J. (2006). *Geloven in het publiek domein: verkenningen van een dubbele transformatie-13* (p. 515). Amsterdam University Press.
- Verhagen, P., Braam, A., Chafekar-Stynenbosch, P., Spijker, J., Graaf, R. de (2012). Geloven gezond? Een controverse. In P. Verhagen (ed.), H.J.G.M. van Megen (ed.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 381-398). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhagen, P. (2012) De christelijke traditie(s). In P. Verhagen (ed.), H.J.G.M. van Megen (ed.), *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 90-118). Utrecht: De Tijdstroom.