

# De relatie tussen godsrepresentaties en suïcidaliteit bij christelijke patiënten met een depressieve stoornis

N.K. VAN VLIET, H. SCHAAP-JONKER, M. JONGKIND, N. VAN DER VELDE, A. VAN DEN BRINK, A.W. BRAAM

**ACHTERGROND** Depressie geeft een sterk verhoogd risico op suïcide. Religie wordt beschreven als een beschermende factor bij suïcide. Omdat bij depressie het gevoelsleven vervlakt is, is het belangrijk de affectieve dimensie van religie te onderzoeken. Deze komt tot uitdrukking in godsrepresentaties.

**DOEL** Beschrijven welke typen godsrepresentaties voorkomen bij christelijke patiënten met een depressieve stoornis en vaststellen of er een relatie is tussen typen godsrepresentaties en suïcidaliteit.

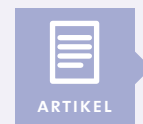
**METHODE** Bij klinische en poliklinische patiënten met een depressieve stoornis (n = 155) werden de Vragenlijst Godsbeeld en de Paykel Suicide Items afgenomen. Met een k-means-clusteranalyse werd onderzocht welke typen godsrepresentaties voorkwamen bij patiënten met een depressie. Met een lineaire regressieanalyse werd nagegaan of er een relatie was tussen de verschillende godsrepresentaties en suïcidaliteit.

**RESULTATEN** Bij de patiënten met een depressieve stoornis kwamen twee typen godsrepresentaties voor: een positieve godsrepresentatie (n = 82), met positieve gevoelens ten opzichte van God en waarbij God ondersteunend werd ervaren, en een negatieve godsrepresentatie (n = 73), met angst en boosheid ten opzichte van God en waarbij God passief werd ervaren. Patiënten met een negatieve godsrepresentatie scoorden significant hoger op suïcidaliteit. De ernst van een depressie was de grootste voorspeller voor suïcidaliteit, de godsrepresentaties waren daarnaast gerelateerd aan een toename van 4% op de verklaarde variantie.

**CONCLUSIE** Bij het onderzoek onder christelijke patiënten met een depressieve stoornis worden een positieve en een negatieve godsrepresentatie zichtbaar. Patiënten met een negatieve godsrepresentatie lijken vooral het gevoel te hebben door God verlaten te zijn. De suïcidaliteit is significant verhoogd bij deze patiënten met een negatieve godsrepresentatie, waarbij de toename van de proportie verklaarde variantie echter niet groot is.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)8, 511-520

**TREFWOORDEN** depressie, godsrepresentaties, religie, suïcidaliteit



Suïcidaliteit is een groot probleem in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Sinds 2007 is het aantal suïcides in Nederland sterk toegenomen van 8,3 per 100.000 inwoners in 2007 tot 11,0 per 100.000 inwoners in 2015 (CBS Statline, 2017 <http://statline.cbs.nl/statweb>). Bij een groot deel van de suïcides speelt een psychische aandoening een rol (CBS

Statline 2017), waarbij onder andere een depressieve stoornis een sterk verhoogd risico op suïcide geeft (Harris & Barraclough 1997; Brown 2000).

De literatuur bevat aanwijzingen dat religie een beschermende factor is voor suïcide. Koenig (2009, 2012a, 2012b) beschrijft in een systematische review 141 artikelen

waarvan er in 106 wordt gerapporteerd dat er bij een religieuze populatie minder suïcides voorkomen of dat er een meer afwijzende houding ten opzichte van suïcide is. Rasic e.a. (2011) constateren dat deelname aan religieuze activiteiten een afname van suïcidepogingen geeft over een periode van 10 jaar. Ook Lawrence e.a. (2016) beschrijft in een systematische review dat religieuze affiliatie het risico op suïcidepogingen verlaagt, hoewel veel van de deelnemende studies wel een relatie, maar geen causaal verband aantonen. Daarnaast benoemt ook de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012) religie als een beschermende factor voor suïcidaal gedrag. In deze richtlijn wordt echter niet beschreven welke aspecten van religie deze bescherming verklaren.

### Relatie religie en depressie

Omdat bij depressie het risico op suïcide sterk is verhoogd, is het voor het onderzoeken van een relatie tussen religie en suïcidaliteit van belang te weten wat de relatie tussen religie en depressie is. De invloed van religie op depressie is meermaals onderzocht. Braam (2012) concludeert in een overzicht dat religiositeit over het algemeen samenhangt met lagere niveaus van depressieve klachten. Ook lijkt het beloop van een depressie aanzienlijk beter te zijn voor personen voor wie religie een intrinsieke waarde heeft, dus voor wie religie een doel op zich is.

Depressie is een stemmingsstoornis en heeft een sterke invloed op het gevoelsleven. Daarom is het van belang de affectieve zijde van religie te onderzoeken. Deze affectieve dimensie van religie komt onder meer tot uitdrukking in de godsrepresentatie, een mentale representatie van de individuele relatie met God (of het goddelijke). Godsrepresentaties laten zien welke betekenis God voor een persoon heeft. Ze omvatten enerzijds gevoelens ten opzichte van God (onder andere angst, boosheid en positieve gevoelens zoals liefde, geborgenheid en vertrouwen), en anderzijds cognities over God, namelijk het ervaren van Gods handelen, waaronder ondersteunende, maar ook heersende/straffende ervaringen, of de ervaring dat God passief is en niets doet. De godsrepresentatie wordt gevormd in de context van de unieke persoonlijkheid, levenshistorie en sociale en religieuze cultuur van een persoon. Daarom geeft deze representatie inzicht in de inhoud van het geloof en de wijze waarop dit geloof gestalte krijgt in het (religieuze) leven. Godsrepresentaties laten dus zien wie de God is in wie iemand gelooft of juist niet gelooft, met wie men worstelt of aan wie men twijfelt (Hall & Fujikawa 2013; Schaap-Jonker 2014).

Deze affectieve kant van religie, die tot uitdrukking komt in de godsrepresentatie, is in Nederland door Braam e.a. (2014a,b) onderzocht in relatie tot depressie. Braam e.a.

### AUTEURS

**NIELS VAN VLIET**, arts in opleiding tot psychiater, Dimence, Deventer.

**HANNEKE SCHAAP-JONKER**, godsdienstpsycholoog, Kennisinstituut christelijke GGZ (Eleos/De Hoop GGZ), Amersfoort.

**MATTHIAS JONGKIND**, klinisch psycholoog, Eleos, Amersfoort.

**NATHAN VAN DER VELDE**, psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog, Eleos, Amersfoort.

**BART VAN DEN BRINK**, psychiater, Eleos, Amersfoort.

**ARJAN BRAAM**, psychiater crisisdienst Utrecht, opleider psychiatrie Altrecht, bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

### CORRESPONDENTIEADRES

Niels van Vliet, Kennisinstituut christelijke GGZ, Printerweg 21, 3821 AP Amersfoort.

Email: nielsvliet@live.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-1-2018.

beschrijven dat personen met een ongunstiger beloop van depressie minder positieve gevoelens rapporteerden in relatie tot God dan personen met een gunstiger beloop van de depressie. Deze positieve gevoelens waren echter wel aanwezig en kwamen nog even vaak voor als negatieve gevoelens. De negatieve gevoelens bij patiënten met een depressie gingen voornamelijk over onzekerheid in relatie tot God, het gevoel door God verlaten te zijn en boosheid of kritiek naar God. Dit kan samengevat worden als religieuze onvrede, wat ook vaak aangeduid wordt met *religious discontent* of *religious struggle* (Exline e.a. 2000). Vooral verlatenheid - het gevoel de relatie met God verloren te hebben - liet een sterke associatie zien met depressie. Dit gevoel van verlatenheid zou mee kunnen spelen in het ontstaan van een depressie of het beloop van de depressie kunnen beïnvloeden. Ook zou het kunnen leiden tot zelfevaluatie en existentiële leegte, wat weer tot wanhoop en demoralisatie kan leiden.

### Relatie religie, depressie en suïcide

Omdat de zojuist genoemde factoren sterk overeenkomen met stressfactoren voor suïcide (Van Hemert e.a. 2012), zouden deze symptomen kunnen leiden tot een versterkt risico op suïcide. Dit is echter tot op heden niet empirisch onderzocht. Naast negatieve aspecten van de godsrepresentatie, zoals verlatenheid en onvrede, zouden ook posi-

tieve aspecten van de godsrepresentatie verband kunnen houden met suicidaliteit, maar dan vooral met de beschermende werking van religie op suicidaliteit.

Uiteraard is de relatie tussen religie, depressie en suicidaliteit complex. Meerdere aspecten van religie kunnen een rol spelen in relatie tot suicidaliteit, zoals kerkgang en bidden, morele bezwaren en sociale steun (Lizardi e.a. 2008; Rasic e.a. 2011; Lawrence e.a. 2016). Hoewel het goed mogelijk is dat in bepaalde (sub)culturen het beschermende effect afwezig is of dat er zelfs sprake is van het tegendeel (vergelijk Dezutter 2014), zijn er voldoende aanwijzingen voor de beschermende werking van religie. De (beleefde) inhoud van wat iemand gelooft, zoals zichtbaar wordt in de godsrepresentatie, zou bepalend kunnen zijn voor deze beschermende werking. Een positief gekleurde godsrepresentatie, waarbij iemand steun en vertrouwen ontleent aan het geloof, verhoudt zich mogelijk gunstig tot suicidaliteit, terwijl iemand die God als passief ervaart en weinig steun ontvangt, zichzelf op de been moet houden. Ook wanneer God als straffend wordt ervaren en iemand boos op of bang voor God is, kan dat invloed hebben op depressiviteit en suïciderisico. Wanneer iemand gelooft dat God hem/haar naar de hel stuurt wanneer hij/zij zich suïcideert, kan dit een weerhoudende werking hebben (Linehan e.a. 1983).

### Huidig onderzoek

Doel van de huidige studie is te onderzoeken in hoeverre er een relatie is tussen godsrepresentaties en suicidaliteit bij patiënten met een depressie. Met een clusteranalyse onderzoeken wij welke verschillende typen godsrepresentaties er voorkomen bij christelijke patiënten met een depressie. Daarbij gaan we na wat de relatie is tussen deze verschillende typen godsrepresentaties en de mate van suicidaliteit. Dit gebeurt vanuit een persoonsgerichte benadering, waarbij personen met vergelijkbare scores op de afzonderlijke schalen van de godsrepresentatie geclusterd worden. Een cluster bevat dan een groep individuen die minimaal van elkaar verschillen; tussen de clusters zijn de verschillen maximaal.

Op deze manier kunnen subgroepen binnen een onderzoeksgroep geïdentificeerd worden. Deze clusters geven meer inzicht in het type godsrepresentatie van individuen dan de losse schalen en doen meer recht aan de totaliteit van een persoon. Hierdoor kan een completer beeld gevormd worden van iemands (religieuze) beleving, die immers meer is dan een verzameling losse variabelen (Von Eye e.a. 2006; Schaap-Jonker e.a. 2017).

Recent is vanuit een persoonsgerichte benadering een clusteranalyse uitgevoerd om de samenhang tussen verschillende typen godsrepresentaties en geestelijke gezondheid te onderzoeken. Daarbij werd een groep zonder psy-

chische klachten vergeleken met een groep psychiatrische patiënten (Schaap-Jonker e.a. 2017).

Bij de populatie zonder klachten werden twee godsrepresentatieclusters gevonden: één waarbij God als positief en steunend werd ervaren en één waarbij God passief werd ervaren en er weinig emoties ten opzichte van God werden gerapporteerd. Bij de psychiatrische patiënten werd naast deze twee typen ook een godsrepresentatiecluster zichtbaar waarbij God als heersend/straffend werd ervaren in combinatie met negatieve gevoelens ten opzichte van God. In dit onderzoek werd een patiëntengroep met een brede range aan psychische stoornissen onderzocht en werd niet specifiek onderzocht in hoeverre de gevonden godsrepresentaties kenmerkend zijn voor patiënten met een depressie. Ook is voor zover wij weten niet eerder onderzocht in hoeverre verschillende typen godsrepresentaties samenhangen met suicidaliteit.

Onderzoeksvragen van onze studie zijn daarom welke typen godsrepresentaties voorkomen bij christelijke patiënten met een depressie en wat de relatie is tussen deze typen godsrepresentaties en suicidaliteit. Omdat eerder onderzoek naar depressie en godsrepresentaties (Braam 2014 a,b) aangeeft dat patiënten met een depressie naast positieve ook negatieve gevoelens ten opzichte van God benoemen en de recente studie van Schaap-Jonker e.a. (2017) aangeeft dat een negatieve godsrepresentatie alleen bij psychiatrische patiënten werd gevonden, veronderstellen wij dat 1. bij patiënten met een depressie, naast een positieve godsrepresentatie, ook een negatieve variant voorkomt, waarbij 2. patiënten met een negatieve godsrepresentatie meer suicidaliteit rapporteren.

## METHODE

### Onderzoekspopulatie

De respondenten waren zowel klinische als poliklinische patiënten van Eleos, een landelijke ggz-instelling met christelijke identiteit. Eleos heeft een kliniek in Bosch en Duin. Inclusiecriteria waren wilsbekwaamheid, een minimumleeftijd van 18 jaar en een depressieve stoornis als hoofddiagnose. Patiënten binnen het zorgprogramma Depressie werden, als standaardonderdeel van het diagnostisch traject, benaderd met de vraag of de gegevens uit het diagnostisch onderzoek gebruikt mochten worden voor wetenschappelijk onderzoek. Na toestemming en informed consent namen 155 patiënten deel aan deze studie. Karakteristieken van de onderzoekspopulatie zijn weergegeven in **TABEL 1**. De meeste respondenten waren vrouw, van middelbare leeftijd, met een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau en behorend tot een protestants kerkgenootschap. Gemiddeld waren zij trouwe kerkgangers voor wie religie een grote betekenis had.

**TABEL 1** Karakteristieken onderzoekspopulatie

Variabelen	Onderzoekspopulatie (n = 155)			
	N	%	Gem.	SD
<b>Vrouw</b>				
<b>Leeftijd (spreiding: 18-76) in j</b>			41,1	13,9
≤ 25	27	17,4		
26-40	48	31,0		
41-55	53	34,2		
56-70	24	15,5		
> 70	3	1,9		
<b>Burgerlijke staat</b>				
Ongehuwd	50	32,3		
Gehuwd	88	56,8		
Gescheiden	9	5,8		
Samenwonend	1	0,6		
Weduwe/weduwnaar	7	4,5		
<b>Hoogst voltooide opleiding</b>				
Basis-, lager beroepsonderwijs	29	18,7		
Mavo, middelbaar beroepsonderwijs	74	47,7		
Havo, atheneum, gymnasium	17	11,0		
Hoger beroepsonderwijs, universiteit	35	22,6		
<b>Woonsituatie</b>				
Thuis bij ouders	14	9,0		
Alleenwonend	38	24,5		
Alleen met kind(eren)	3	1,9		
Met partner, zonder kind(eren)	26	16,8		
Met partner en kind(eren)	64	41,3		
Samen met anderen, geen partner	2	1,3		
Anders	8	5,2		
<b>Betaald werk (ja)</b>	82	52,9		
<b>Kerkelijke denominatie</b>				
Niet kerkelijk betrokken	7	4,5		
Protestants/gereformeerd				
– Totaal	139	89,7		
– Orthodox, bevindelijk*	50	32,3		
– Orthodox, niet-bevindelijk**	29	18,7		
– Niet-orthodox***	60	38,7		
Rooms-katholiek	2	1,3		
Anders	7	4,5		

**TABEL 1** Karakteristieken onderzoekspopulatie (vervolg)

Variabelen	Onderzoekspopulatie (n = 155)			
	N	%	Gem.	SD
<b>Frequentie kerkgang</b>				
Eens per week of meer	99	63,9		
2-3 keer per maand	17	11,0		
Maandelijks	8	5,2		
Enkele malen per jaar	15	9,7		
Eens per jaar of minder	16	10,3		
<b>Frequentie bidden</b>				
Meermalen per dag	91	58,7		
Dagelijks	26	16,8		
Enkele malen per week	18	11,6		
Eens per week	4	2,6		
Minder dan eens per week	11	7,1		
Nooit	5	3,2		
<b>Religieuze saillantie (spreiding: 4-20)</b>			15,9	4,2
<b>Depressieve stoornis</b>				
Met vitale kenmerken	95	61,3		
Met atypische kenmerken	37	23,9		
Niet anderszins omschreven	17	11,0		
Anders (post partum, bipolair II, dysthym)	6	3,9		
<b>Klinische behandeling (ja)</b>	92	59,4		

\*Orthodox, bevindelijk: (Oud) Gereformeerde Gemeente (in Nederland) en Hersteld Hervormde Kerk.

\*\*Orthodox, niet-bevindelijk: Christelijke Gereformeerde Kerken, Gereformeerde Kerken vrijgemaakt, Nederlands Gereformeerde Kerken.

\*\*\* Niet-orthodox: Protestantse Kerk in Nederland (incl. Gereformeerde Bond), Evangelische, Pinkster- of Baptistengemeente.

## Instrumenten

### SUÏCIDALITEIT

De mate van suïcidaliteit werd gemeten met de *Paykel Suicide Items* (Paykel e.a. 1974), een vragenlijst voor suïcidale gedachten en pogingen. Deze vragenlijst is meermaals gebruikt in wetenschappelijk onderzoek (o.a. De Groot e.a. 2007; Sterud e.a. 2008) en bevat 5 vragen, namelijk: Heeft u de afgelopen vier weken 1. het gevoel gehad dat het leven niets waard is? 2. wel eens gewenst dat u dood was? 3. aan zelfdoding gedacht, ook al zou u dat nooit echt doen? 4. het punt bereikt waarop u serieus aan zelfdoding dacht en plannen maakte over hoe u het zou doen? 5. Heeft u ooit in uw leven een poging tot zelfdoding gedaan? Deze vragen worden beantwoord met: nooit, zelden, soms, vaak of altijd. Alleen bij vraag 5 ontbreekt de antwoordoptie

‘altijd’. Voor de suïcidaliteit wordt de totaalscore van de 5 items genomen, waarbij per item ‘nooit’ wordt gescoord met 1 en ‘altijd’ met 5.

### GODSREPRESENTATIE

De godsrepresentatie werd gemeten met de *Vragenlijst Godsbeeld* (VGB; Schaap-Jonker e.a. 2008, 2016). Deze zelfbeoordelingslijst bevat items over de cognitieve en affectieve dimensies van godsrepresentaties. De affectieve dimensie bevat drie schalen, namelijk positieve gevoelens (POS, 9 items,  $\alpha = 0,95$ ), boosheid (BOO, 4 items,  $\alpha = 0,85$ ) en angst (ANG, 5 items,  $\alpha = 0,88$ ). De cognitieve dimensie bevat eveneens drie schalen, namelijk ondersteunend handelen van God (OSH, 10 items,  $\alpha = 0,95$ ), heersend/straffend handelen (HSH, 4 items,  $D = 0,67$ ) en passiviteit (PAS, 2 items,  $\alpha = 0,81$ ). De vragen worden beantwoord op een 5-puntslikert-

schaal, variërend van 'geheel niet van toepassing' tot 'geheel wel van toepassing'. Normatieve data van de vragenlijst zijn beschikbaar voor onder andere psychiatrische patiënten en voor verschillende religieuze denominaties (Schaap-Jonker e.a. 2008). In deze studie werd, evenals in de eerder genoemde studies van Braam e.a., gebruikgemaakt van de versie met 34 items, waarbij het item verlatenheid is toegevoegd aan de schaal boosheid.

### DEPRESSIE

De mate van depressie werd gemeten met de *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck e.a. 2002), een veelgebruikte psychometrische vragenlijst. Deze vragenlijst bevat 21 items die vele symptomen van depressie uitvragen, onder andere moedeloosheid, mislukking, het gevoel gestraft te worden, prikkelbaarheid, eetlust en moeheid. De items kunnen beantwoord worden met scores van 0 t/m 3, afhankelijk van de ernst van de verschillende symptomen. Normatieve data zijn beschikbaar (Kendall & Sheldrick 2000).

### Statistische analyse

Om te onderzoeken welke typen godsrepresentaties voorkomen in deze onderzoeksgroep werden *k-means*-clusteranalyses gedaan. Met clusteranalysetechnieken worden data betekenisvol samengevat in clusters van individuen die binnen een cluster maximale samenhang hebben, met een maximaal verschil tussen de clusters. Zo ontstaan er clusters van patiënten met zo veel mogelijk overeenkomsten met anderen in hetzelfde cluster en zo veel mogelijk verschillen met individuen in andere clusters. Omdat de uitkomst van de *k-means*-clusteranalyse gevoelig is voor de ordening van data, werden de beste startposities op-

zocht, namelijk met de kleinste kwadraatsommen binnen de clusters. Deze startposities werden gebruikt voor de *k-means-spss*-procedure, die werd herhaald voor  $k=2$  tot en met  $k=5$ . Met indexwaarden volgens Calinski-Harabasz werd het adequaatste cluster aantal bepaald.

De gemiddelden van de clusters werden vergeleken met normscores voor ggz-patiënten; deze waarden zijn opgenomen in de handleiding bij de *Vragenlijst Godsbeeld* (Schaap-Jonker & Eurelings-Bontekoe 2009). Deze normscores worden weergegeven in zogenaamde staninescores (*standard-ninescores*, waarden tussen 1 en 9), die weergeven in welk percentiel de score valt en waarmee aangegeven wordt of de score te interpreteren is als laag, gemiddeld of hoog.

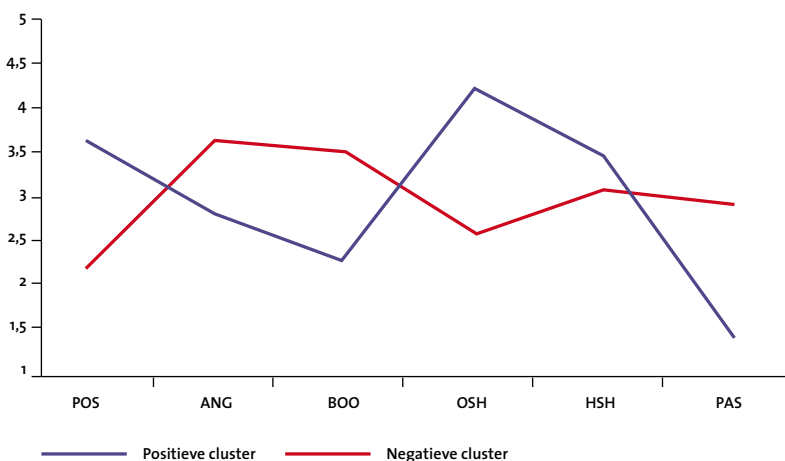
Met t-testen en  $\chi^2$ -toetsen werden de beide clusters getoetst op verschillen in de demografische en religieuze achtergrond.

Om te testen of de verschillende clusters van godsrepresentaties gerelateerd zijn aan suicidaliteit, werd een lineaire regressieanalyse gedaan. Hierbij werden in de eerste stap demografische gegevens (leeftijd en geslacht, getest op lineariteit) en de totaalscore van de BDI (zonder item 9, suicidaliteit) opgenomen en werden in de tweede stap de clusters toegevoegd. De BDI werd aan de regressieanalyse toegevoegd om te corrigeren voor de ernst van depressiviteit (Harris & Barraclough 1997; Brown e.a. 2000).

### RESULTATEN

De *k-means*-clusteranalyse leverde twee clusters op. De gemiddelde scores op de schalen van de *Vragenlijst Godsbeeld* zijn per cluster weergegeven in **FIGUUR 1**. Subgroepen van de patiënten verschilden significant op alle schalen

**FIGUUR 1** Grafische weergave van gemiddelde scores op godsrepresentatieschalen per cluster



POS = positieve gevoelens; ANG = angst; BOO = boosheid; OSH = ondersteunend handelen; HSH = heersend/straffend handelen; PAS = passiviteit

van de *Vragenlijst Godsbeeld*, met het kleinste verschil tussen beide clusters voor de schaal heersend/straffend handelen ( $F(1, 153) = 5,96; p < 0,05$ ).

In het eerste type godsrepresentatie (in **FIGUUR 1** aangegeven met de blauwe lijn) werden hoge scores op positieve gevoelens en op het ondersteunend handelen gecombineerd met een hoog-gemiddelde score op het heersend/straffend handelen van God en lage scores op negatieve gevoelens ten opzichte van God en passiviteit. Vanwege de hoge scores op positieve gevoelens en ondersteuning, werd dit cluster geduid als het positieve type, wat bij 52,9% ( $n = 82$ ) werd gevonden.

Het andere cluster (aangeduid met de rode lijn in **FIGUUR 1**) werd gekarakteriseerd door hoge scores op negatieve emoties (angst en boosheid ten opzichte van God) gecombineerd met een gemiddelde score op het heersend/straffend handelen van God en lage scores op positieve gevoelens ten opzichte van God. Vanwege de hoge scores op de negatieve emoties ten opzichte van God werd dit cluster gelabeld als het negatieve type. Dit profiel werd gevonden bij 47,1% ( $n = 73$ ) van de totale onderzoeksgroep.

Wanneer de beide clusters vergeleken werden, bleek dat de score op passiviteit bij het negatieve type duidelijk hoger lag dan bij het positieve cluster. Volgens de normeringsschaal van de *Vragenlijst Godsbeeld* bij ggz-patiënten (Schaap-Jonker & Eurelings-Bontekoe 2009) kwam passiviteit (met een ruwe totaalscore van 5,8) uit op een staninescore van 7, wat overeenkwam met  $> 77e$  en  $\leq 89e$  percentiel, ofwel hoog. Zodoende was de score op passiviteit bij het negatieve cluster relatief hoog en zou dit cluster ook een negatief-passief cluster genoemd kunnen worden. De score voor heersend/straffend handelen bij het negatieve cluster lag juist lager dan bij het positieve cluster en kwam uit op een staninescore van 4 ( $> 23e$  en  $\leq 40e$  percentiel, laag gemiddeld). Angst en boosheid kwamen in het negatieve cluster uit op staninescores van 6 respectievelijk 8, ofwel een hoog-gemiddelde respectievelijk hoge score voor ggz-patiënten. Hierbij werd het item verlatenheid niet meegenomen in de normeringsschaal. Bij het positieve cluster kwamen alle items uit op een staninescore van 5 voor ggz-patiënten ( $> 40e$  en  $\leq 60e$  percentiel, gemiddeld). Wanneer de demografische en religieuze achtergrond van beide clusters vergeleken werden met  $\chi^2$ -toetsen en t-testen, bleek dat patiënten met het negatieve cluster significant jonger waren ( $M: 37,3$  ( $SD: 12,7$ ) tegenover  $M: 44,6$  jaar ( $SD: 13,9$ );  $p < 0,01$ ), minder vaak baden (enkele malen per week tegenover dagelijks of vaker;  $p < 0,01$ ), lager scoorden op religieuze saillantie ( $M: 13,6$  ( $SD: 4,5$ ) tegenover  $M: 17,8$  ( $SD: 2,5$ );  $p < 0,01$ ) en vaker bij ouders of alleen woonden ( $p < 0,05$ ). Er waren geen significante verschillen in kerkelijke denominatie.

**TABEL 2** Uitkomsten regressieanalyse

	Bèta
<b>Stap 1</b>	
Leeftijd	-0,18*
Geslacht	-0,01
Totaalscore BDI (zonder item 9, suïcidaliteit)	0,47**
<b>Stap 2</b>	
Leeftijd	-0,13
Geslacht	-0,03
Totaalscore BDI (zonder item 9, suïcidaliteit)	0,40**
Godsrepresentaties	0,21**

In stap 1 werden demografische gegevens (leeftijd en geslacht, getest op lineariteit) en de totaalscore van de BDI (zonder item 9, suïcidaliteit) opgenomen. Adjusted  $R^2 = 0,28$  voor stap 1.

In stap 2 werden de clusters toegevoegd.  $R^2$  change = 0,04 voor stap 2 ( $p < 0,01$ ).

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Om te onderzoeken in hoeverre de beide typen godsrepresentaties samenhangen met suïcidaliteit voerden wij een lineaire regressieanalyse uit. De uitkomsten worden samengevat in **TABEL 2**, waarbij bèta een gestandaardiseerde waarde is tussen 0 en 1 of tussen 0 en -1. Patiënten met een negatieve godsrepresentatie bleken significant hoger te scoren op suïcidaliteit dan patiënten met een positieve godsrepresentatie ( $F(4, 154) = 20,61; p < 0,01$ ). Dit impliceerde dat patiënten met de positieve godsrepresentatie minder suïcidaliteit rapporteerden.

Ook bleek dat de totaalscore op de BDI de belangrijkste voorspeller was voor suïcidaliteit. Godsbeelden gaven daarnaast een significante toename van 4% op de verklaarde variantie.

## DISCUSSIE

Bij de onderzochte groep patiënten met een depressie worden twee typen godsrepresentaties zichtbaar: een positief type met hoge scores op positieve gevoelens en op ondersteunend handelen van God en een negatief type met sterk negatieve gevoelens ten opzichte van God en een relatief hoge score op passiviteit. Deze bevindingen bevestigen onze hypothese dat er bij patiënten met een depressie naast een positieve ook een negatieve godsrepresentatie voor zou komen. Dit komt overeen met eerdere bevindingen van Braam (2014a). Het aantal patiënten is nagenoeg gelijk verdeeld over de beide godsrepresentaties.

Het gevonden positieve godsrepresentatiecluster komt grotendeels overeen met de positief-autoritatieve godsrepresentatie die Schaap-Jonker e.a. (2017) beschrijven. Ook de negatieve godsrepresentatie heeft overeenkomsten met het door hen beschreven negatieve cluster, waarbij echter de score op ondersteunend handelen, maar ook op het heersend/straffend handelen van God bij de huidige negatieve godsrepresentatie aanzienlijk lager ligt en de score op passiviteit juist hoger is. De scores op angst en boosheid in het negatieve cluster van de huidige studie zijn ook relatief hoog, waarbij vooral de score op boosheid hoog is, wanneer deze vergeleken wordt met de normscores. In het negatieve cluster dat in de huidige studie gevonden is, lijkt de nadruk vooral op de passiviteit van God te liggen; patiënten ervaren duidelijk minder ondersteuning van God. Omdat de score op heersend/straffend handelen laag gemiddeld is, lijken de boosheid en angst meer samen te hangen met de passiviteit van God. Blijkbaar gaat het om patiënten die bang zijn voor en boos op een God die niet ingrijpt.

Wanneer dit vergeleken wordt met beschrijvingen van Braam (2014a,b), waarin hij aangeeft dat vooral het item verlatenheid een sterke relatie vertoont met depressie, ligt het voor de hand dat verlatenheid ook hier een grote rol speelt. De deelnemers uit het negatieve cluster lijken zich af te vragen waar God is in hun situatie, juist nu zij hem nodig hebben in hun depressie. Ze voelen zich verlaten door God, hebben de relatie met hem verloren en ervaren religieuze onvrede (vergelijk Exline e.a. 2000).

De lineaire-regressieanalyse laat zien dat er een verband is tussen de godsrepresentatieclusters en suïcidaliteit bij patiënten met een depressie. Patiënten met een negatieve godsrepresentatie rapporteren een significant verhoogde suïcidaliteit. Patiënten die wel in God geloven, maar angst en boosheid ten opzichte van God aangeven en hem als passief ervaren, scoren significant hoger op suïcidaliteit dan patiënten die veel ondersteuning van God ervaren en

voornamelijk positieve gevoelens ten opzichte van God hebben. Patiënten met een positieve godsrepresentatie scoren dus lager op suïcidaliteit.

De totaalscore op de BDI is de belangrijkste voorspeller voor de score van suïcidaliteit. Godsrepresentaties voegen daar significant iets aan toe, maar de toename van de proportie verklaarde variantie is echter gering. Mogelijk spelen ook andere factoren van religie een rol binnen de relatie met suïcidaliteit. Dit verdient nader onderzoek.

### Beperking

Een beperking van deze studie is dat er, gezien het cross-sectionele karakter, geen causaal verband is aan te geven. Er blijkt een significante relatie tussen godsrepresentaties en suïcidaliteit. Het is aannemelijk dat een negatief godsrepresentatiecluster ook het risico op suïcide verhoogt en dat een positieve representatie een beschermend effect heeft op suïcidaliteit, maar dat is op basis van deze studie niet met zekerheid te zeggen. Vervolgonderzoek op dit thema is dus noodzakelijk.

### CONCLUSIE

Dit artikel onderstreept dat het zeker van belang is aandacht te hebben voor religieuze aspecten bij het uitvragen van suïcidaliteit, waarbij ook het uitvragen van de godsrepresentatie van de patiënt van belang is. Daarbij is het van belang om, naast godsrepresentaties, meerdere aspecten van religie te betrekken bij het onderzoek naar de relatie tussen religie en suïcidaliteit. Dan zal duidelijker worden wat de rol is van godsrepresentaties ten opzichte van andere aspecten en of deze verschillende dimensies van religie elkaar versterken of wellicht ook mediëren. Er zal voor een longitudinaal karakter gekozen moeten worden om meer te kunnen zeggen over causaliteit tussen godsrepresentaties en suïcidaliteit. Dergelijk onderzoek is in uitvoering binnen het Kennisinstituut christelijke GGZ (KICG).

### LITERATUUR

- Braam AW. Depressieve stoornissen. In: Verhagen PJ, van Megen H, red. Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 221-8.
- Braam AW. Religie en depressie: de waarde van empirisch pionieren. *Psyche & Geloof* 2014a; 25: 117-26.
- Braam AW, Schaap-Jonker H, Horst MHL van der, Steunenbergh B, Beekman ATF, Tilburg W van, e.a. Twelve-year history of late-life depression and subsequent feelings to God. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014b; 22: 1272-81.
- Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 371-7.
- Dezutter J. Een gevecht met engelen: een kritische kijk op het verband tussen religie en geestelijke gezondheid. *Psyche & Geloof* 2014; 25: 88-96.
- Exline JJ, Yali AM, Sanderson WC. Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. *J Clin Psychol* 2000; 56: 1481-96.
- Groot M de, de Keijser J, Neeleman J, Kerkhof A, Nolen W, Burger H. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334: 994.



- Hall TW, Fujikawa AM. God image and the sacred. In: Pargament KI, Exline JJ, Jones JW, red. *APA Handbook of psychology, religion and spirituality*. Washington: APA; 2013. p. 277-92.
- Harris C, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: de Tijdstroom; 2012. [http://www.ggzrichtlijnen.nl/suïcidaal\\_gedrag](http://www.ggzrichtlijnen.nl/suïcidaal_gedrag).
- Kendall PC, Sheldrick RC. Normative data for normative comparisons. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 767-73.
- Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry* 2009; 54: 283-91.
- Koenig HG. Suicide. In: Koenig HG, King DE, Carson VB, red. *Handbook of religion and health*. Oxford: University Press; 2012a. p. 174-90.
- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012b: 1-33.
- Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res* 2016; 20: 1-21.
- Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *J Psychiatr Res* 2008; 42: 815-21.
- Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 276-86.
- Nelson JM, red. *Psychology, religion, and spirituality*. New York: Springer-Verlag; 2009.
- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974; 124: 460-9.
- Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 848-54.
- Schaap-Jonker H, Eurelings-Bontekoe EHM, Zock H, Jonker ER. Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image. *Ment Health Relig Cult* 2008; 11: 501-15.
- Schaap-Jonker J, Eurelings Bontekoe EHM. Handleiding Vragenlijst Godsbeeld. 2009. [http://www.hannekeschaap.nl/media/Handleiding\\_VGB\\_\(versie%202\).pdf](http://www.hannekeschaap.nl/media/Handleiding_VGB_(versie%202).pdf).
- Schaap-Jonker H. Godsrepresentaties 2.0: (neuro)psychologische mechanismen. *Psyche en Geloof* 2014; 25: 107-16.
- Schaap-Jonker H, Egberink IJL, Braam AW, Corveleyn JMT. An item response theory analysis of the Questionnaire God Representations. *Int J Psychol Relig* 2016; 26: 152-66.
- Schaap-Jonker H, van der Velde N, Eurelings-Bontekoe EHM, Corveleyn JMT. Types of God representation and mental health: a person-oriented approach. *Int J Psychol Relig* 2017; 27: 199-214.
- Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg O. Suicidal ideation and suicidal attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *J Occup Health* 2008; 50: 406-14.
- Von Eye A, Bogat GA, Rhodes JE. Variable-oriented and person-oriented perspectives of analysis: The example of alcohol consumption in adolescence. *J Adolesc* 2006; 29: 981-1004.

## SUMMARY

# The associations between God representations and suicidality among Christian patients with a major depressive disorder

N.K. VAN VLIET, H. SCHAAP-JONKER, M. JONGKIND, N. VAN DER VELDE, A. VAN DEN BRINK, A.W. BRAAM

- BACKGROUND** Depression strongly increases the risk of suicide. Religion is described as a protective factor against suicide. Considering the emotional blunting associated with depression, it is important to investigate the affective dimension of religion. This dimension is conveyed in God representations.
- AIM** To describe what types of God representation occur among Christian patients with major depressive disorder and to determine whether there is a relationship between types of God representation and suicide.
- METHOD** Clinical and outpatients with a major depressive disorder (n=155) completed the Questionnaire God Representations and the Paykel Suicide Items. A k-means cluster analysis is applied to examine which types of God representations occur among depressed patients. Whether there is a relationship between the different God representations and suicide is examined by applying a linear regression analysis.
- RESULTS** Depressed patients uphold two types of God representation: a positive type (n=82) with positive feelings towards God and where God was experienced as supportive, and a negative type (n=73) with anger and anxiety towards God and where God was experienced as passive. Patients with a negative type of God representation scored significantly higher on suicidality. The severity of depression was the main predictor of suicidality, but God representations were also related with a 4% increase in the explained variance.
- CONCLUSION** In Christian patients with major depressive disorder a negative and a positive God representation emerged. Patients with a negative God representation mainly seem to feel abandoned by God. The suicidality is significantly increased in patients with a negative God representation, however, the increase in the proportion of the explained variance is small.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)8, 511-520

**KEY WORDS** depression, God representation, religion, suicidality