

# Religiositeit en depressie bij ouderen: een overzicht van recent empirisch onderzoek

A.W. BRAAM, A.T.F. BEEKMAN, W. VAN TILBURG

**ACHTERGROND** In de psychiatrische epidemiologie en gerontologie wordt met regelmaat gerapporteerd dat religiositeit beschermend zou werken tegen depressie.

**DOEL** Nagaan welke aspecten van religiositeit met depressiviteit samenhangen en welke verklarende mechanismen hiervoor zijn gevonden in empirisch onderzoek.

**METHODE** Met behulp van Medline is gezocht naar empirisch onderzoek uit de periode 1997-2002 met als trefwoorden religion/religious/religiosity/spirituality gecombineerd met aging/elderly/old/late-life en depressive/depression/mental-health.

**RESULTATEN** In cross-sectioneel onderzoek hangt kerkbezoek consistent samen met minder depressie. Negatieve met religie verbonden emoties (bijvoorbeeld religieuze boosheid) en negatieve religieuze coping-stijlen (zoals interpretatie in termen van straf) hangen samen met meer depressie. De mate waarin belang wordt gehecht aan geloof hangt tamelijk sterk samen met het herstel van depressie. Voor verklarende of mediërende factoren is nog weinig empirische ondersteuning.

**CONCLUSIE** Religiositeit herbergt soms risicofactoren, maar biedt op hogere leeftijd vaker een potentieel voor hoop of aanpassing. Voor het zorgcontact bij ouderen lijkt het daarom aan te bevelen om religiositeit te exploreren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 8, 495-505]

**TREFWOORDEN** depressie, empirisch, ouderen, religie, spiritualiteit

In de psychiatrische epidemiologie en gerontologie neemt de aandacht voor de rol van religie en spiritualiteit bij depressie bij ouderen gestaag toe. Ouderen in de Westerse wereld zijn niet alleen opgegroeid in een samenleving die doordrenkt was van christelijke tradities, maar ook biedt het inhoudelijke aanbod van religie veel aanknopingspunten voor vragen die bij veel ouderen leven, zoals over verlies, ziekte en dood. In deze bijdrage wordt aan de hand van vier vragen nagegaan wat de hoofdlijnen zijn in het meest recente empirische onderzoek over religie en depressie bij ouderen: (1) Hangen religiositeit en depressie samen?; (2) Heeft religie invloed op het beloop van depressie?; (3) Zijn er verklarende factoren voor

dergelijke relaties aan te wijzen?; (4) Zijn religiositeit en spiritualiteit coping-strategieën? Ten slotte komt de klinische relevantie van het beschikbare onderzoek aan de orde. Eerst wordt echter ingegaan op het begrip religie, omdat de betekenis hiervan allerminst eenduidig is.

## HET OPERATIONALISEREN VAN RELIGIE

Religie (religare = zich verbinden) draait om de relatie tussen het aardse bestaan en een hogere, transcendente werkelijkheid. Empirische onderzoeksmethoden zijn ongeschikt om hierover meer aan de weet te komen. Men kan echter wel de religiositeit bestuderen – hoe de mens met reli-

gie omgaat. In dit artikel worden vier dimensies van religiositeit onderscheiden. De *cognitieve* dimensie betreft de religieuze overtuiging – in het algemeen passend binnen de religieuze traditie waarin iemand is opgegroeid. De *gedragsmatige* dimensie duidt op het volgen van persoonlijke of gezamenlijke rituelen. De *affektieve* dimensie heeft betrekking op de gevoelsmatige en intuïtieve betekenis van het geloof; hieronder vallen ook de mystieke en spirituele kwaliteiten. De *motivationale* dimensie ten slotte omvat de relevantie van het geloof voor het persoonlijke leven. Dit concept met vier dimensies is analoog aan het vaak gehanteerde concept over religiositeit van de socioloog Glock (1962).

Sommige auteurs prefereren een duidelijk onderscheid tussen de termen spiritualiteit en religiositeit. Voor religiositeit wordt een zekere mate van betrokkenheid bij een gemeenschap met eigen tradities en geloofsopvattingen aanwezig geacht, terwijl deze gemeenschappelijkheid voor spiritualiteit minder vanzelfsprekend is. Daarnaast kent men spiritualiteit soms een plaats toe in de theorievorming over temperament en karakter als psychobiologische dimensie van de persoonlijkheid ('*self-transcendence*'; Cloninger e.a. 1993). Voor de huidige cohorten ouderen in de VS blijkt het onderscheid overigens weinig relevantie te hebben (Musick e.a. 2000).

De gehanteerde maten voor de cognitieve dimensie beperken zich doorgaans tot een indeling bij een bepaalde kerkelijke gezindte of traditie (denominatie), hoewel er ook schalen voor geloofsopvattingen bestaan. De gedragsmatige dimensie wordt vaak onderzocht door navraag van de frequentie van kerkbezoek. Verder wordt gedrag in privé-situaties nagegaan, zoals bidden, Bijbel lezen of programma's in de media volgen. Voor de affectieve dimensie zijn er na een periode van achterstand nu diverse maten, die twee groepen van gemoedstoestanden bestrijken: positief (verheugd, al dan niet verstillend; hiertoe wordt ook spiritualiteit gerekend) en negatief (angstig, boos, bedroefd, twijfel, verlatenheid, vervreemding van God). Voor spiritualiteit bestaan enkele schalen

(Paloutzian & Ellison 1982; Wyatt e.a. 1996), maar er is er nog geen die algemene voorkeur geniet. De motivationele dimensie wordt onderzocht met bijvoorbeeld schalen voor de intrinsieke religiositeit (Allport & Ross 1967) en het belang (*saliency*) van geloof en religie in het persoonlijke leven (Braam 2002; Hoge 1972; Felling e.a. 1986).

## METHODE

In de Amerikaanse literatuur verschijnen regelmatig literatuuroverzichten over depressie en religiositeit. De meest recente zijn die van Ellison & Levin (1998), Chatters (2000) en het overzicht in het handboek van Koenig e.a. (2001). Meestal wordt hierbij beklemtoond dat religie beschermend zou zijn tegen depressie. In de laatste jaren is er echter een scherpe toename te constateren van het aantal publicaties waarin naast het steunende element ook de complexiteit en maladaptieve elementen van religiositeit aan bod komen. Hierom is er in dit overzicht voor gekozen deze recente ontwikkelingen in beeld te brengen.

Voor dit literatuuroverzicht is met behulp van Medline uit de periode 1997-2002 literatuur verzameld met als trefwoorden *religion/religious/religiosity/spirituality* gecombineerd met *aging/elderly/old/late-life* en *depressive/depression/mental-health*. Alleen de empirische studies zijn geïnccludeerd. Er zijn geen exclusiecriteria zoals omvang of type van steekproef gebruikt, omdat ook diverse kleine studies op inhoudelijk gebied een wezenlijke bijdrage bleken te kunnen leveren.

## RESULTATEN

### *Hangen religiositeit en depressie samen?*

*Kerkelijke gezindte* De verschillen in het voorkomen van depressie tussen de grotere (*mainline*), gematigd conservatieve kerkelijke gezindtes zijn beperkt (Abbotts e.a. 2001; Braam 2002). Zowel in Amerikaans als in Nederlands bevolkingsonderzoek bestaan aanwijzingen dat depressie minder optreedt onder leden van meer

conservatieve kerkgenootschappen (Braam 2002; Kendler e.a. 1997). Onder Nederlandse ouderen is aangetoond dat de onkerkelijken meer depressieve klachten hebben dan de kerkelijken, wat nog wat sterker het geval is voor kerkverlaters (Braam 2002). Hogere depressieprevalenties zijn echter ook gevonden bij ouderen die lid zijn van strengorthodoxe kerkgenootschappen, zoals in een wat ouder onderzoek is beschreven voor leden van de pinkstergemeente in de VS (Meador e.a. 1992). Ook bij leden van zeer conservatieve reformatorische ('bevindelijke') genootschappen in Nederland bestaan aanwijzingen dat bij hen de depressieprevalentie hoger is, bijvoorbeeld bij ouderen in Genemuiden (Braam 2002). Het gaat daar om stromingen waarin de leerstellingen over ellende, dankbaarheid en verlossing centraal staan. Soms kan dit samengaan met het aanhangen van een andere leerstelling over de intrinsieke slechtheid van de mens. De aanhang voor een dergelijke pessimistische leerstelling is in deze steekproef niet onderzocht, zodat een eventuele samenhang met depressie evenmin bekend is voor de betreffende populatie.

Bij degenen met een joodse geloofsovertuiging, ten slotte, is in Amerikaans bevolkingsonderzoek (Kennedy 1998; Levav e.a. 1997 (niet-ouderen);) meer depressie gevonden.

*Religieus gedrag: kerkbezoek* In het leeuwendeel van de bevolkingsstudies in de VS ging kerkbezoek samen met een wat lagere mate van depressiviteit (Husaini e.a. 1999; Idler & Kasl 1997; Kennedy 1998; Koenig e.a. 1997; Mitchell & Weatherly 2000; Oman & Reed 1998; Strawbridge e.a. 1998; Schieman e.a. 2001). In enkele studies is geen significante samenhang gevonden (Hays e.a. 2001; Kelley-Moore & Ferraro 2001 (kleine steekproef); Nelson e.a. 2002 (terminale patiënten)). In Europa is de samenhang met minder depressiviteit eveneens gevonden, wat beschreven is bij steekproeven in Nederland, Finland, Ierland en Engeland (Liverpool) (Braam 2002; Hintikka e.a. 2000). In (kleinere) steekproeven in Londen en Berlijn bleken de samenhangen echter niet significant. De

samenhang tussen kerkbezoek en depressie is mogelijk wat sterker voor ouderen met lichamelijke problemen (Koenig e.a. 1998b; Musick e.a. 1998; Strawbridge e.a. 1997).

*Religieus gedrag in de persoonlijke sfeer* Het aantal studies over bidden en ander religieus gedrag is nog beperkt, al is er een bescheiden toename te signaleren. De resultaten lopen uiteen. In bevolkingsstudies is er een samenhang gevonden met meer (Ferraro & Kelley-Moore 2000), en met minder depressiviteit (Bienenfeld e.a. 1997; Husaini e.a. 1999 (nonnen); Fry 2000 (verpleeghuisbewoners)). Soms was er geen samenhang (Fry 2000; Koenig e.a. 1997; Koenig e.a. 1998b; Musick e.a. 1998 (thuiswonenden)). De aanwezigheid van de samenhang met bidden lijkt paradoxaal, maar is te verklaren met de situatie waarin iemand verkeert: in tijden van stress of tegenslag wordt veel gebeden (met hoop op betere tijden), en treden tegelijkertijd depressieve klachten op, wegens de moeilijke omstandigheden. Illustratief is in deze context het onderzoek van Ai e.a. (1998). In een retrospectief onderzoek werd een samenhang gevonden tussen bidden en méér depressieve klachten in de periode kort na een bypassoperatie, terwijl een jaar later deze samenhang andersom bleek.

*Het religieuze affect/spiritualiteit* In drie bevolkingsstudies van Noord-Amerikaanse bodem is gevonden dat positieve religieuze gevoelens samengingen met minder depressieve symptomen (Fry 2000; Klaas 1998; Schieman e.a. 2001), terwijl in een Australisch (Kirk e.a. 1999) en in een Nederlands onderzoek (Braam 2002) het tegendeel opging. Voor patiënten met maligne aandoeningen bleken hogere scores op een spiritualiteitschaal samen te gaan met lagere depressiescores (Fehring e.a. 1997; Nelson e.a. 2002); Wyatt e.a. 1999). Negatieve religieuze gevoelens hingen zonder uitzondering samen met méér depressieve symptomen, zowel in bevolkingsonderzoek (Exline e.a. 2000; Hays e.a., 2001; Krause e.a. 1999; Schieman e.a. 2001 (niet in het 80+ cohort)) als in

een steekproef van revalidatiepatiënten (Fitchett e.a. 1999).

*De religieuze motivatie* De resultaten van onderzoek waarin de motivationele dimensie was opgenomen, zijn bescheiden en lopen uiteen. In bevolkingsonderzoek is beschreven hoe religiositeit met minder depressiviteit samenhangt (Fehring e.a. 1997; Levin & Taylor 1998), maar in ander onderzoek is dit niet bevestigd (Koenig 1998; Koenig e.a. 1998b; Mitchell & Weatherly 2000). Samenhangen tussen de motivationele dimensie en het beloop van depressieve klachten lijken meer belangwekkend, zoals hierna wordt beschreven.

*Heeft religie invloed op het beloop van depressie?*

Longitudinaal onderzoek naar de samenhang tussen religie en depressie is betrekkelijk schaars, al zijn er inmiddels enkele studies beschikbaar voor de vier dimensies van religiositeit.

In het onderzoek van Schnittker (2001) is er geen samenhang tussen denominatie en ontwikkeling van depressiviteit gevonden. In het onderzoek van Miller e.a. (1997) hadden rooms-katholieke vrouwen vergeleken met protestantse vrouwen een lagere kans op depressie na 10 jaar.

Ookkerkbezoek lijkt geen verband te hebben met incidentie of remissie van depressie, vooral niet als gecontroleerd wordt voor lichamelijke gezondheid (Kennedy 1998; Koenig e.a. 1998a; Schnittker 2001). In het onderzoek van Musick e.a. (2000) onder baptisten in North Carolina bleek kerkbezoek samen te hangen met verbetering van depressieve klachten na 1 jaar follow-up in de steden, maar niet in plattelandgebieden.

In één onderzoek (Walsh e.a. 2002) is beschreven hoe hogere scores op een spiritualiteitschaal samenhangen met betere rouwverwerking, in de loop van 14 maanden.

In twee onderzoeken met meerdere herhalingsmetingen bleken belang van geloof en intrinsieke religiositeit samen te hangen met een

groter remissiepercentage (Braam 2002; Koenig e.a. 1998a). Ook Schnittker (2001) vond deze samenhang – tussen belang van geloof en depressiviteit – bij een follow-up van drie jaar. Bovendien stelde hij vast dat dit vooral gold voor degenen met scores voor het belang van geloof rondom het gemiddelde, maar niet voor degenen met zeer lage óf zeer hoge scores – bij hen ontwikkelde zich juist méér depressiviteit. Een dergelijk verband is als U-curve gekarakteriseerd.

*Zijn er verklarende factoren voor dergelijke relaties aan te wijzen?*

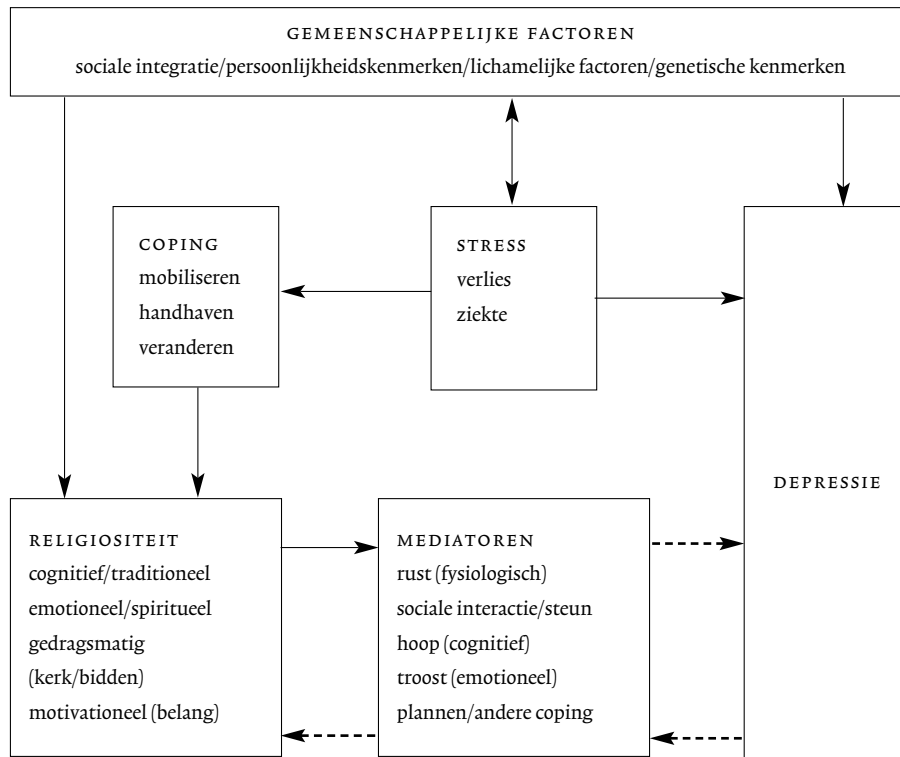
In de literatuur zijn veel verklarende factoren voor de relatie tussen religiositeit en depressie gesuggereerd (Chatters e.a. 2000; Ellison & Levin 1998; ), waarbij twee hoofdgroepen zijn te onderscheiden: gemeenschappelijke factoren en ‘mediatoren’. In figuur 1 staan deze weergegeven, waarbij religiositeit is ingepast in het stresskwetsbaarheidmodel van depressie.

De gemeenschappelijke factoren worden verondersteld religiositeit en depressie beide te beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld gaan om lichamelijke factoren, zoals gezondheid en leefgewoonten, sociale integratie, persoonlijkheidskenmerken en – hoewel nog weinig genoemd – genetische kenmerken.

De mediators worden door de religiositeit teweeggebracht en beïnvloeden het optreden van depressie. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan: fysiologische beïnvloeding van het stresssysteem, bijvoorbeeld door middel van rust of ontspanning; sociale interactie, zoals steun (of sociale pressie!); cognities, zoals hoop en optimisme (of negatieve cognities, zoals verwachting van straf); emoties, zoals gevoelens van troost (of het tegenovergestelde: religieuze angst). Het aanwenden van religieus geïnspireerd coping-gedrag wordt vaak als verklarende mechanisme aangeduid, maar is eerder een katalyserende factor voor de mediërende factoren.

In recent empirisch onderzoek zijn enkele van de genoemde verklarende mechanismen on-

FIGUUR 1 Plaatsbepaling van religiositeit in het stress-kwetsbaarheidmodel van depressie



derzocht: vaak is gecorrigeerd voor lichamelijke gezondheid, sociale integratie en sociale steun, en een enkele keer voor persoonlijkheidskenmerken.

**Lichamelijke factoren** Lichamelijke gezondheid verklaarde de samenhang tussen religiositeit en depressie in twee studies (Husaini e.a. 1999; Koenig 1998). In het onderzoek van Mitchell & Weatherly (2000) verklaarde gezondheid de samenhang gedeeltelijk, maar in vijf andere studies in het geheel niet (Ai e.a. 1998; Braam 2002; Ferraro & Kelley-Moore 2000; Fry 2000; Koenig e.a. 1997).

In follow-uponderzoek werd de samenhang tussen religiositeit en depressie vaak ten dele verklaard door lichamelijke gezondheid als kerkbezoek de maat voor religiositeit was (Koenig e.a. 1998a; Musick e.a. 1998; Schnittker 2001). Wanneer

religiositeitsmaten zoals het belang van geloof of frequentie van bidden werden gehanteerd, verklaarde gezondheid deze samenhang niet (Braam 2002; Koenig e.a. 1998a; Schnittker 2001). In onderzoeken over religiositeit en depressie worden leefgewoonten, zoals rookgedrag en alcoholgebruik, zelden betrokken. In het al wat oudere onderzoek van Idler (1987) bleken leefgewoonten geen verklarend effect te hebben.

**Sociale integratie en sociale steun** Samengestelde maten voor sociale integratie en emotionele en instrumentele steun verklaarden de samenhang tussen religiositeit en depressie niet (Ai e.a. 1998; Bienenfeld e.a. 1997; Braam 2002; Fry 2000; Hintikka e.a. 2000; Kendler e.a. 1999; Koenig e.a. 1997). Alleen Schnittker (2001) beschreef in zijn longitudinale onderzoek dat er wel een mediërend effect

van sociale integratie optrad op de samenhang tussen kerkbezoek en depressieve klachten na drie jaar. Het onderzoek van Chang e.a. (1998) bracht de sociale interactie nauwkeuriger in beeld. Daarbij bleek dat de kwaliteit van de relatie tussen verzorger en hulpbehoevende oudere de samenhang tussen religieuze coping en depressiviteit verklaarde.

**Persoonlijkheidskenmerken** In onderzoek zijn *mastery* (beheersingsoriëntatie) en zelfwaardering evenmin als verklaring voor de samenhang tussen religiositeit en depressie naar voren gekomen (Bienenfeld 1997; Braam, 2002; Schieman e.a. 2001; Schnittker 2001). Wat *mastery* vermag te betekenen voor die gelovigen, die juist een deel van de beheersing over het leven overdragen aan God, werd door Watson e.a. (1989) aan de orde gesteld: deze 'gelovige' vorm van lagere *mastery* bleek niet met een grotere kwetsbaarheid voor depressie samen te hangen. In een onderzoek onder psychiatrische patiënten (Murphy e.a. 2000) werd de samenhang tussen spiritualiteit en minder depressiviteit geheel verklaard door de mate van hopeloosheid. Terwijl religie en hoop toch veel met elkaar te maken lijken te hebben, is het onderzoek van Murphy en collega's in het empirisch onderzoek evenwel een witte raaf.

Een kleinschalig maar grondig onderzoek van Schaap-Jonker e.a. (2002) betrof de samenhang tussen DSM-IV-persoonlijkheidskenmerken, godsbeeld (steunend, afwezig of straffend; en negatieve of positieve gevoelens naar God) en depressie bij psychiatrische (niet-oudere) patiënten. Persoonlijkheidskenmerken van de clusters A en C bleken samen te hangen met respectievelijk het afwezige en het straffende godsbeeld. De verder gevonden samenhang tussen depressiviteit en negatieve gevoelens over God bleek bovendien statistisch verklaarbaar door de persoonlijkheidskenmerken. Ook in een onderzoek van Zwitserse bodem (Chukwu & Rauchfleisch 2002) waren het de godsbeelden van een afzijdige God (hogere scores voor neuroticisme) en van een straffende God (lagere scores voor wat betreft opti-

mistische levensinstelling) die met voor depressie kwetsbare persoonlijkheidskenmerken samenhangen, al werd depressie zelf niet gemeten.

*Genetische verklaringen: eerste contouren?* Inmiddels is er een drietal tweelingstudies verschenen over religiositeit en depressie (Kendler e.a. 1997 (volwassenen); Kirk e.a. 1999 (ouderen); Tsuang e.a. 2002 (volwassenen)). De conclusies van deze studies wijzen op een bescheiden, maar aantoonbare genetische bijdrage aan intrinsieke religiositeit en spiritualiteit, terwijl voor kerkbezoek en geloofsleer alleen een familiale component is af te leiden. Of deze genetische bijdrage ook de samenhang met depressiviteit voor zijn rekening neemt, is niet onderzocht. De grotere mate van depressiviteit in de gemeente Genemuiden (Braam 2002) zou, vanuit een genetische denkwijze, in verband kunnen staan met geografische selectie: vanwege de sterke sociale cohesie is de migratie laag.

*Zijn religiositeit en spiritualiteit coping-strategieën?*

Het is aannemelijk dat met name de boven genoemde mediërende mechanismen aangesproken worden door religieuze coping-stijlen. 'Religious coping' is het aanwenden van religiositeit om zich aan te passen aan veranderde en vaak stressvolle omstandigheden. Het kan gaan om problemen oplossen, maar ook om het verlichten van negatieve emotionele gevolgen van de stress (Koenig e.a. 1998b). Pargament (1997) definieert in zijn tekstboek *religious coping* als 'a search for significance, related to the sacred, in times of stress'. Hij zet helder theoretisch uiteen hoe religiositeit bij stress vaak een statische, betrouwbare factor is, maar soms dynamisch is en met de omstandigheden mee moet veranderen.

In epidemiologisch onderzoek wordt de term *religious coping* steeds meer gebezigd. Is dit echter altijd terecht? Voor het onderzoek van *religious coping* is het ten eerste wenselijk dat de uitgangssituatie bekend is en ten tweede dat de reactie op een stressor en het eventueel mobiliseren van coping-repertoire wordt vastgesteld. Ten

derde moeten uiteindelijk bij nameting de gevolgen hiervan geregistreerd worden. Dit vergt een geavanceerd onderzoeksdesign. Diverse studies benaderen dit design wel, of weten al redenerend het optreden van religious coping aannemelijk te maken. In ander onderzoek wordt een evaluatiemaat ingezet ('hielp religie bij ...'). Dit herbergt niet alleen een retrospectief element, maar ook het gevaar van sociaal-wenselijke antwoorden.

*Religious coping in empirisch onderzoek* Religious coping is onder meer onderzocht aan de hand van lange vragenlijsten met daarin items over de wisselwerking tussen religie en gezondheidsproblemen. 'Positive religious coping items' hingen enigszins samen met minder depressiviteit (Bush e.a. 1999; Koenig e.a. 1998b). Het ging dan vooral om de items: 'hulp van een pastor invoeren' en 'anderen bijstaan met zingevingsvragen'. 'Negative religious coping items', zoals 'God als straffend ervaren', of 'spirituele onvrede uiten', hingen vrij sterk samen met méér depressiviteit (Fitchett e.a. 1999; Koenig e.a. 1998b). Er zijn ook cross-sectionele onderzoeken waarbij geen samenhang gevonden is tussen coping-maten en depressie (Hays e.a. 2001; Koenig e.a. 1998), of waarbij minder depressie alleen werd gevonden bij degenen die in het middengebied scoorden van een index voor religious coping, wat opnieuw een U-vormig verband betreft (Abernethy e.a. 2002).

In ander onderzoek komen met behulp van interactiemodellen sporen van een aanpassingsproces in beeld. Zo vonden Strawbridge e.a. (1998) dat religiositeit – onder meer gemeten als kerkbezoek – tegen depressieve klachten beschermt bij gezondheidsproblemen, maar juist depressieve klachten uitlokt in geval van problemen in de familiesfeer. In het onderzoek van Tepper e.a. (2001) bij psychiatrische patiënten, hing religious coping samen met meer depressiviteit, maar de duur van de coping hing samen met minder depressiviteit. Ten slotte beschreef Schnittker (2001) een samenhang tussen bidden en minder depressieve klachten bij follow-up, die alleen

optrad bij degenen die meerdere stressvolle gebeurtenissen meemaakten.

## CONCLUSIE EN BESCHOUWING

Religiositeit bij ouderen herbergt een hele verzameling aan epidemiologische factoren, die soms bijdragen aan een grotere kwetsbaarheid voor depressie, maar vaker gunstig lijken bij te dragen aan aanpassingsprocessen. Op dit moment zijn vier hoofdconclusies vast te stellen: (1) In cross-sectioneel onderzoek hangt kerkbezoek consistent samen met minder depressie; (2) Negatieve religieuze emoties en negatieve religieuze coping-stijlen hangen samen met meer depressie; (3) de religieuze motivatie hangt tamelijk sterk samen met het herstel van depressie; (4) Verklarende factoren zoals sociale integratie, mastery en lichamelijke gezondheid vinden weinig ondersteuning. Waar meer specifieke aspecten zijn onderzocht (aard van de interactie, persoonlijkheidskenmerken) komt meer aan het licht. De ingewikkelde dynamiek van het copingproces over de tijd, met eerst meer, en later minder depressiviteit, blijkt enigszins te traceren, maar is nog onvoldoende in beeld gebracht.


*Klinische relevantie* Vrijwel alle auteurs uit dit literatuuronderzoek pleiten ervoor om religiositeit in het zorgcontact vaker aan de orde te stellen. Religie is echter een onderwerp dat zelden spontaan ter sprake komt. Alvorens de hulpverlener zich de tact en het geduld getroost om zich op dit terrein te begeven, zal hij of zij een doel voor ogen willen hebben. Uit het nu beschikbare onderzoek zijn in ieder geval drie doelstellingen te destilleren: *Gaat het om een risicogroep?* Onder Nederlandse ouderen betreft het dan kerkverlaters, en ook leden van zeer behoudende gereformeerde congregaties; *Zijn er maladaptieve copingstijlen werkzaam?* Hierbij valt te denken aan het opsporen van strafgedachtes, religieuze desillusies, verlatenheid en onvrede; *Is er sprake van een onbenut coping-repertoire?* Waar put de patiënt normaalgesproken hoop uit (Murphy e.a. 2000)? Voor

deze drie doelstellingen bestaat nu een zekere empirische basis, die exploratie van de religiositeit van de patiënt rechtvaardigt.

De exploratie van religiositeit kent enkele bijzonderheden. Zo is als openingsvraag aan te raden eerst te informeren naar het belang dat iemand in geloof stelt (Glas 2000), alvorens over kerkelijkheid te beginnen, omdat dit laatste meer normatief kan overkomen. Ook kunnen behandelaren rekenen op wedervragen (Tillman 1998) en tegenoverdrachtverschijnselen, zoals te veel enthousiasme of ergernis. Het is in dat kader nuttig om de eigen plaatsbepaling wat betreft religie en spiritualiteit te kennen.

Sloan e.a. (1999) waarschuwen in de Lancet krachtig tegen te sterke conclusies uit de beschikbare, niet al te consistente resultaten van een onderzoeksgebied in opkomst. Hoewel hun kritiek ging over studies over over lichamelijke gezondheid, en niet over depressie, is een dergelijk appèl welkom om de bestaande bevindingen genuanceerd tegemoet te treden. Toekomstige follow-upstudies behoeven een geraffineerd design om bijvoorbeeld het proces van religieuze coping in beeld te brengen. Verder vergen culturele en demografische veranderingen replicaties van het onderzoek, bijvoorbeeld onder aanhangers van niet-christelijke godsdiensten. Ook kan het waardevol zijn om onderzoek uit te voeren naar spiritualiteit, omdat dit fenomeen zich lijkt te onttrekken aan ontkerkelijking en ook in jongere cohorten gekoesterd wordt.

Voor de psychiatrische praktijk schuilt achter religie niet alleen een waardevol terrein voor verdieping van de diagnostiek, maar ook voor het kennismaken van een belevingswereld over bestaansvragen, strijd en hoop.

 De auteurs zijn mevrouw M. van ter Toolen, bibliotheccaresse van de Valeriuskliniek, bijzonder erkentelijk voor haar inspanningen bij het verzamelen van de literatuur.

## LITERATUUR

- Abbotts, J., Williams, R., & Ford, G. (2001). Morbidity and Irish Catholic descent in Britain. Relating health disadvantage to socioeconomic position. *Social Science and Medicine*, 52, 999-1005.
- Abernethy, A.D., Chang, H.T., Seidlitz, L., e.a. (2002). Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics*, 43, 456-463.
- Ai, A.L., Dunkle, R.E., Peterson, C., e.a. (1998). The role of private prayer in psychological recovery among midlife and aged patients following cardiac surgery. *The Gerontologist*, 38, 591-601.
- Allport, G.W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Bienenfeld, D., Koenig, H.G., Larson, D.B., e.a. (1997). Psychosocial predictors of mental health in a population of elderly women. Test of an explanatory model. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 43-53.
- Braam, A.W. (2002). *Religion and depression in later life; an empirical approach* (herziene druk). Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Bush, E.G., Rye, M.S., Brant, C.R., e.a. (1999). Religious coping with chronic pain. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24, 249-260.
- Chang, B.H., Noonan, A.E., & Tennstedt, S.L. (1998). The role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *The Gerontologist*, 38, 463-470.
- Chatters, L.M. (2000). Religion and health: public health research and practice. *Annual Reviews of Public Health*, 21, 335-367.
- Chukwu, A., & Rauchfleisch, U. (2002). Gottesvorstellungen älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35, 582-587.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Ellison, C.G., & Levin, J.S. (1998). The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700-720.
- Exline, J.J., Yali, A.M., & Sanderson, W.C. (2000). Guilt, discord, and alienation: the role of religious strain in depression and suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1481-1496.
- Fehring, R.J., Miller, J.F., & Shaw, C. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
- Felling, A.J.A., Peters, J., & Schreuder, O. (1986). *Geloven en leven: een nationaal onderzoek naar de inhoud van religieuze overtuigingen*. Zeist: Kerkebosch.
- Ferraro, K.F., & Kelley-Moore, J.A. (2000). Religious Consolation Among Men and Women: Do Health Problems Spur Seeking?



- Journal for the Scientific Study of Religion* 39, 220-234.
- Fitchett, G., Rybarczyk, B.D., & DeMarco, G.A. (1999). The role of religion in medical rehabilitation outcomes: a longitudinal study. *Rehabilitation Psychology*, 44, 333-353.
- Fry, P.S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological well-being in community-residing and institutional care elders. *Aging & Mental Health*, 4, 375-387.
- Glas, G. (2000). De religieuze anamnese. *Psyche en Geloof*, 11, 71-85.
- Glock, C.Y. (1962). On the study of religious commitment. *Religious Education, Research Supplement* 57, 98-110.
- Hays, J.C., Meador, K.G., Branch, P.S., e.a. (2001). The Spiritual History Scale in four dimensions (SHS-4): validity and reliability. *The Gerontologist*, 41, 239-249.
- Hintikka, J., Koskela, K., Kontula, O., e.a. (2000). Gender differences in associations between religious attendance and mental health in Finland. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 772-776.
- Hoge, D.R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 11, 369-376.
- Husaini, B.A., Blasi, A.J., & Miller, O. (1999). Does public and private religiosity have a moderating effect on depression? A bi-racial study of elders in the American South. *International Journal of Aging and Human Development*, 48, 63-72.
- Idler, E.L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- Idler, E.L., & Kasl, S.V. (1997). Religion among disabled and nondisabled persons I: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52, S294-305.
- Kelley-Moore, J.A., & Ferraro, K.F. (2001). Functional limitations and religious service attendance in later life: barrier and/or benefit mechanism? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56, S365-S373.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse; a multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 322-329.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (1999). Clarifying the relationship between religiosity and psychiatric illness: the impact of covariates and the specificity of buffering effects. *Twin Research*, 2, 137-144.
- Kennedy, G.J. (1998). Religion and depression; the Norwood Aging Study. In H.G. Koenig (Red.), *Handbook of religion and mental health* (pp. 129-145). San Diego (CA): Academic Press.
- Kirk, K.M., Eaves, L.J., & Martin, N.G. (1999). Self-transcendence as a measure of spirituality in a sample of older Australian twins. *Twin Research*, 2, 81-87.
- Klaas, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4, 452-462.
- Koenig, H.G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213-224.
- Koenig, H.G., George, L.K., & Peterson, B.L. (1998a). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542.
- Koenig, H.G., Hays, J.C., George, L.K., e.a. (1997). Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 131-144.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health* (pp. 118-135). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G., Pargament, K.I., & Nielsen, J. (1998b). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 513-521.
- Krause, N., Ingersoll-Dayton, B., Ellison, C.G., e.a. (1999). Aging, religious doubt, and psychological well-being. *The Gerontologist*, 39, 525-533.
- Levav, I., Kohn, R., Golding, J.M., e.a. (1997). Vulnerability of Jews to affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154, 941-947.
- Levin, J.S., & Taylor, R.J. (1998). Panel analyses of religious involvement and well-being in African Americans: contemporaneous vs. longitudinal effects. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 695-709.
- Meador, K.G., Koenig, H.G., Hughes, D.C., e.a. (1992). Religious affiliation and major depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 1204-1208.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P., e.a. (1997). Religiosity and depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1416-1425.
- Mitchell, J., & Weatherly, D. (2000). Beyond church attendance: Religiosity and mental health among rural older adults. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 15, 37-54.
- Murphy, P.E., Ciarrocchi, J.W., Piedmont, R.L., e.a. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1102-1106.

- Musick, M.A., Blazer, D.G., & Hays, J.C. (2000). Religious activity, alcohol use, and depression in a sample of elderly baptists. *Research on Aging*, 22, 91-116.
- Musick, M.A., Koenig, H.G., Hays, J.C., e.a. (1998). Religious activity and depression among community-dwelling elderly persons with cancer: the moderating effect of race. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53, S218-S227.
- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., e.a. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43, 213-220.
- Oman, D., & Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88, 1469-1475.
- Paloutzian, R.F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life. In A. Peplau & D. Porlman (Red.), *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-237). New York: Wiley InterScience.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E., Verhagen, P.J., e.a. (2002). Image of God and personality pathology: an exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health, Religion and Culture*, 5, 55-71.
- Schieman, S. van, Gundy, K., & Taylor, J. (2001). Status, role, and resource explanations for age patterns in psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 80-96.
- Schnittker, J. (2001). When is Faith Enough? The Effects of Religious Involvement on Depression. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40, 393-411.
- Sloan, R.P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *The Lancet*, 353, 664-667.
- Strawbridge, W.J., Shema, S.J., Cohen, R.D., e.a. (1998). Religiosity buffers effects of some stressors on depression but exacerbates others. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53, S118-S126.
- Tepper, L., Rogers, S.A., Coleman, E.M., e.a. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 660-665.
- Tillman, J.G. (1998). Psychodynamic psychotherapy, religious beliefs, and self-disclosure. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 273-286.
- Tsuang, M.T., Williams, W.M., Simpson, J.C., e.a. (2002). Pilot study of spirituality and mental health in twins. *American Journal of Psychiatry*, 159, 486-488.
- Walsh, K., King, M., Jones, L., e.a. (2002). Spiritual beliefs may affect outcome of bereavement: prospective study. *British Medical Journal*, 324, 1551.
- Watson, P.J., Morris, R.J., & Hood, R.W. (1989). Sin and self-functioning, part 4: depression, assertiveness, and religious commitments. *Journal of Psychology and Theology*, 17, 44-58.
- Wyatt, G.K., Friedman, L.L., Given, C.W., e.a. (1999). Complementary therapy use among older cancer patients. *Cancer Practice*, 7, 136-144.

## AUTEURS

A.W. BRAAM is onderzoeker bij de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), van het instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en daarnaast werkzaam als psychiater bij Altrecht, divisie Stad Utrecht, locatie Tolsteegsingel. Ten tijde van het schrijven van dit artikel was hij psychiater in opleiding bij de GGZ Buitenamstel.

A.T.F. BEEKMAN is psychiater en A-opleider bij de GGZ Buitenamstel en hoogleraar psychiatrische epidemiologie bij de Vakgroep Psychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. W. VAN TILBURG is psychiater en als hoogleraar klinische psychiatrie verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en is eerste geneeskundige bij GGZ Buitenamstel te Amsterdam. Correspondentieadres: dr. A.W. Braam, EMGO instituut/Longitudinal Aging Study Amsterdam, Vrije Universiteit, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. Tel.: (020) 4446770, fax: (020) 4446775. E-mail: a.braam.emgo@med.vu.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-4-2003.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

## SUMMARY

Religiosity and depression in later life: a review of recent epidemiological research – A.W. Braam, A.T.F. Beekman, W. van Tilburg –

**BACKGROUND** In psychiatric epidemiology and gerontology it is frequently reported that religious beliefs and the practice of religion protect the elderly from depression.

**AIM** To investigate whether certain aspects of religious belief and practice of religiosity are associated with depression and whether explanatory factors such as coping mechanisms can be identified.

**METHOD** A Medline literature search was performed for the period 1997–2002, using as key words religion/religious/religiosity/spirituality, in combination with aging/elderly/old/late-life and depressive/depression/mental-health.

**RESULTS** In cross-sectional studies church-attendance is consistently associated with lower levels of depression. On the other hand, religiosity in the form of negative religious emotions (e.g. anger) and negative religious coping strategies (e.g. expectation of punishment) is associated with higher levels of depression. Persons to whom religion is important in everyday life are more likely to recover from depression. So far, there is little empirical support for explanatory or mediating factors.

**CONCLUSION** Religiosity can incorporate risk-factors, but more often than not belief in it generates a potential for hope or a propensity for adaptation in later life.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 8, 495-505]

**KEY WORDS** depression, elderly, empirical, religion, spirituality