

De samenhang tussen religieuze copingstijlen en psychische klachten in een christelijke bevolkingsgroep

A.L. Oudijn-van Engelen, N. Jacobs, J. Lataster, J.C. van Nieuw Amerongen-Meeuse, H.J. Seesink, H. Schaap-Jonker

- Achtergrond** Religieuze copingstijlen laten zien hoe mensen omgaan met stressvolle gebeurtenissen vanuit hun religieuze achtergrond en geloofsrelatie met God.
- Doel** Inzicht krijgen in hoe het religieuze copingproces samenhangt met de mentale gezondheid en toetsen of het gebruik van de copingstijlen verschilt voor christenen die wel/niet ggz-cliënt zijn.
- Methode** De onderzoeksgroep bestond uit 655 Nederlandse personen met een christelijke levensbeschouwing. De leeftijd varieerde van 18 tot 79 jaar (M: 42,6; SD: 14,2), 60,9% was vrouw en 49,5% had minimaal een hbo-opleiding. Intra- en extramuraal ggz-cliënten waren betrokken. Het betrof een crosssectionele online-enquête, gecombineerd met een bestaand cliëntendatabestand.
- Resultaten** Een meer samenwerkende copingstijl ging gepaard met minder psychische klachten. Hoe meer de (passief-)afwachterende en zelfbesturende copingstijl werd gebruikt, hoe meer psychische klachten. Christelijke ggz-cliënten maakten significant minder gebruik van de samenwerkende en afwachterende religieuze copingstijl dan christelijke niet-ggz-cliënten.
- Conclusie** De samenwerkende religieuze copingstijl hangt samen met een betere mentale gezondheid. Ggz-cliënten hanteren deze stijl minder dan niet-ggz-cliënten. Bewustwording van religieuze copingstijlen bij en passende ondersteuning door ggz-professionals zijn geïndiceerd.

Religieuze copingstijlen laten zien hoe mensen omgaan met stressvolle gebeurtenissen vanuit hun religieuze achtergrond en geloofsrelatie met God. Wij onderzochten de relatie tussen deze copingstijlen en mentale gezondheid, toegespitst op christelijke groeperingen in Nederland.

Coping en religie

Coping geeft aan hoe men omgaat met problemen en wordt gedefinieerd als 'een cognitieve en gedragsmatige poging om de dreiging die tot stress leidt te beheersen, te reduceren of te leren verdragen' (Feldman 2019, p. 19). Religie heeft betrekking op het geloofssysteem en het uitvoeren van rituele praktijken en tradities. Dit gebeurt door te voelen, denken, handelen en te verbinden (Pargament 1997).

Onderzoek laat zien dat religie verschillende functies heeft bij het oplossen van problemen, zoals het zoeken naar zin en naar beheersing en controle (Pargament

e.a. 2000). Een hogere mate van religiositeit blijkt meer gerelateerd te zijn aan actieve dan aan passieve coping (Pargament 1997). Religieuze coping levert naast algemene coping (algemeen patroon van probleemoplossing) een eigen bijdrage aan de aanpassing aan een negatieve levensgebeurtenis (Pargament e.a. 2013). Stressvolle levensgebeurtenissen, met name grensvervalsingen zoals overlijden, lijken religieuze coping te versterken (Pargament e.a. 2013). Om het effect daarvan in kaart te brengen is het van belang om meer specifiek te bezien hoe men dan de persoonlijke relatie met God erbij betreft, ofwel welke religieuze probleemoplossende copingstijl iemand hanteert.

Religieuze copingstijlen

Wij onderscheiden in dit onderzoek drie religieuze copingstijlen. Deze verschillen in de mate waarin men de controle en verantwoordelijkheid bij problemen:

AUTEURS

Ria Oudijn-van Engelen, levensloopspsycholoog, Novicare.

Nele Jacobs, hoogleraar Levensloopsychologie, Open Universiteit.

Johan Lataster, universitair hoofddocent Levensloopsychologie, Open Universiteit.

Joke van Nieuw Amerongen-Meeuse, arts, Eleos en onderzoeker, Kennisinstituut christelijke ggz (Kicg).

Henk-Jan Seesink, gezondheidszorgpsycholoog, De Hoop GGz en onderzoeker, Kicg.

Hanneke Schaap-Jonker, rector Kicg, Hoevelaken, en bijzonder hoogleraar Klinische godsdienstpsychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Correspondentie

Ria Oudijn-van Engelen (info@kicg.nl).

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-10-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(2):80-86

- deelt met God en vanuit een vertrouwensrelatie (samenwerkende religieuze copingstijl);
- passief aan God overlaat (afwachtende religieuze copingstijl);
- actief op zich neemt in onafhankelijkheid van God (Pargament 1988) (zelfbesturende religieuze copingstijl; Alma 1998).

De samenwerkende en afwachtende stijl laten onderling een positieve samenhang zien. De samenwerkende stijl, de meest gebruikte stijl, hangt samen met intrinsieke religieuze betrokkenheid en een hoge mate van persoonlijke competentie en zelfvertrouwen (Pargament 1988). God heeft de controle, maar de nadruk ligt op de persoonlijke, intieme en interactieve (gebeds)relatie met Hem en op een gedeelde verantwoordelijkheid.

De afwachtende stijl hangt samen met extrinsieke religieuze betrokkenheid (Alma 1998) en meer passiviteit (Pargament e.a. 1988). Gods almacht staat tegenover de kleinheid van de mens. Er is een zwak positief verband tussen deze stijl en een dispositie tot angst. Bij de zelfbesturende stijl is men minder traditioneel en religieus betrokken (Alma 1998).

Elk van deze drie stijlen komt voort uit een algemeen religieus oriënteringssysteem. Dit systeem fungeert als een intern werkmodel en is ingebed in de persoonlijkheid. Gehechtheid aan God is een onderdeel van dit systeem (Pargament 2013). Conform de religieuze gehechtheidstheorie van Kirkpatrick (1992) zouden drie religieuze gehechtheidsstijlen ten grondslag kunnen liggen aan de drie copingstijlen. Religieuze gehechtheid is de ervaren relatie met God, die juist in stressvolle tijden lijkt te groeien en een bron van zingeving is (Davis 2019). Wellicht gaat een veilige religieuze gehechtheid samen met een samenwerkende stijl en een meer angstige/ambivalente of vermijdende religieuze gehechtheid met respectievelijk een afwachtende stijl of een zelfbesturende stijl (Pargament 1997).

Religieuze copingstijlen en psychische klachten

Onderzoek naar de relatie tussen het gebruik van religieuze coping(stijlen) en gezondheid laat verschillende uitkomsten zien (Pargament 1997; 2013; Alma 1998; Koenig 2012; Pieper & van Uden 2012; Pieper e.a. 2012). Een samenwerkende stijl hangt consistent samen met een betere mentale gezondheid en minder depressieve klachten (Pargament 1997). Bij een afwachtende stijl is deze samenhang niet eenduidig en hangt het mogelijk af van de mate waarin deze stijl een passief-afwachtende houding weerspiegelt, die God als streng en straffend ziet (Pargament e.a. 2000). Bij de zelfbesturende stijl ervaart men minder een relatie met God en is men meer religieus op zoek (Alma 1998). Het is waarschijnlijk dat bij de zelfbesturende stijl meer religieuze spanning en vervreemding van God ervaren wordt. De zelfbesturende stijl gaat gepaard met een slechtere mentale gezondheid (Pargament 1997).

Kortom, vanuit genoemde theorie van Kirkpatrick en het model van Koenig wordt verwacht dat:

- de samenwerkende copingstijl negatief samenhangt met psychische klachten;
- de afwachtende copingstijl positief samenhangt met psychische klachten;
- de zelfbesturende copingstijl positief samenhangt met psychische klachten.

Religieuze copingstijlen en psychiatrie

Het is relevant om te kijken of het gebruik van deze copingstijlen verschilt tussen personen met of zonder psychiatrische diagnose. Voor christelijke cliënten in de ggz zal het gebruik van de samenwerkende stijl lager en de afwachtende stijl hoger zijn, omdat het godsbeeld veelal negatiever gekleurd is. Zij ervaren God als meer bedreigend en voelen meer angst ten opzichte van Hem (Schaap-Jonker e.a. 2008). Ook zien zij zichzelf als minder competent. Dit hangt samen met de afwachtende stijl (Pargament 1988). Verder is de samenhang tussen vervreemding van God en depressie groot onder religieuze psychiatrische cliënten (Exline 2000), wat verband

zou kunnen houden met een hogere zelfbesturende stijl. Het veronderstelde verschil in gebruik van de religieuze copingstijlen tussen ggz-cliënten en niet-ggz-cliënten kan worden verklaard door het dynamische stress-kwetsbaarheidsmodel van psychische (on)gezondheid (Maas & Jansen 2000). Volgens dit model beziet men psychobiologische, sociale en fysieke kwetsbaarheid als onafhankelijke variabelen. Hierbij beïnvloedt onder meer coping de afhankelijke variabele psychische (on)gezondheid.

Wij verwachten dat, binnen onze onderzoeksgroep, cliënten in de ggz:

- minder gebruikmaken van de samenwerkende copingstijl;
- meer gebruikmaken van de afwachtende copingstijl;
- meer gebruikmaken van de zelfbesturende copingstijl dan niet-cliënten.

Samenvattend, in deze studie onderzoeken wij de relatie tussen religieuze copingstijlen en psychische klachten binnen een Nederlandse christelijke bevolkingsgroep. Daarnaast toetsen we of het gebruik van deze copingstijlen verschilt tussen christelijke ggz- en niet-ggz-cliënten.

METHODE

Onderzoekspopulatie

In dit crosssectioneel enquête-onderzoek vulden respondenten eenmalig een vragenlijst in, via www.kicg.nl. Deze stond sinds juni 2018 online. De eerste auteur wierf tussen april en juli 2020 gericht onder verschillende christelijke groeperingen. Om voldoende rooms-katholieken te kunnen includeren werd de vragenlijst op de website van het *Katholiek Nieuwsblad* geplaatst. Middels G*Power 3 was de benodigde steekproefgrootte berekend. Inclusief uitval was $n = 580$ beoogd.

De werving liep van april 2020 tot juli 2020.

Inclusiecriteria waren het ouder zijn dan 18 jaar en het aanhangen van een christelijke levensbeschouwing. Daarnaast maakten we gebruik van een geanonimiseerde dataset, bestaande uit gegevens van 220 cliënten van De Hoop GGz met een stoornis in middelengebruik. In totaal waren er gegevens van 713 respondenten. Ethische goedkeuring was verkregen van de CWO van Eleos.

Meetinstrumenten

Naast leeftijd, geslacht, opleiding, religiositeit en kerkelijke denominatie werd het wel of niet (respectievelijk 0 en 1) in behandeling zijn bij de ggz in de drie maanden voorafgaand aan deelname of ten tijde van deelname bevraagd. Zij die in behandeling bleken te zijn of (recent) te zijn geweest werden bij de groep cliënten ondergebracht.

Brief RCOPE'88

De religieuze copingstijlen werden gemeten met de *Verkorte Religieuze Copingstijlen Vragenlijst* (Brief RCOPE'88; Alma 1998), gevalideerd voor een Nederlandse populatie (Oudijn-van Engelen 2020). Elk van de stijlen bevat een item voor de zes fasen van probleemoplossing, zoals een oplossing kiezen en een oplossing implementeren.

- Een voorbeeld van een item van de samenwerkende stijl (SC) is: 'Mijn geloof helpt mij om met God keuzes te maken bij problemen'.
- Een voorbeelditem van de afwachtende stijl (AC) is: 'In plaats van zelf naar de goede oplossing van een probleem te zoeken, wacht ik liever Gods leiding af'.
- Een voorbeelditem van de zelfbesturende stijl (ZC) is: 'Ik los mijn problemen op zonder hulp van God'.

De items scoren op een vijfpuntslikertschaal, van 1 = nooit tot 5 = altijd (Alma 1998). De betrouwbaarheid van de subschalen is goed (SC: $\alpha = 0,90$; AC: $\alpha = 0,82$; ZC: $\alpha = 0,88$).

DASS-21-R

De *Verkorte Depressie, Angst en Stress-Schaal* (DASS-21-R) is een in Nederland gevalideerde vragenlijst (de Beurs e.a. 2001). De betrouwbaarheid in huidige studie was voor depressie: $\alpha = 0,93$; angst: $\alpha = 0,86$; stress: $\alpha = 0,91$.

Analyse

Na beschrijvende analyses voerden we hypothesetoetsende hiërarchische multi-pele-regressieanalyses uit met als significantieniveau $p < 0,05$. Scores werden gestandaardiseerd en er werd gecheckt op autocollineariteit (Durbin-Watson $1 > d > 3$) en op multicollineariteit (tolerantie $> 0,1$, of variantie-inflatiefactor (VIF) < 10). We onderzochten of leeftijd, geslacht, opleiding en religiositeit als covariaat meegenomen dienden te worden.

RESULTATEN

Beschrijvende statistieken en preanalyses

Van de 713 respondenten vielen 58 personen af (8,1%) omdat zij geen aanhanger waren van een christelijke levensbeschouwing. Er waren 203 missing data voor ggz-cliënt in het Kicg-bestand, omdat deze vraag in april 2020 werd toegevoegd aan de vragenlijst. Van de ggz-cliënten was 75% intramuraal bij De Hoop en 25% extramuraal in de ggz. Het gemiddelde voor SC was: $M: 3,80$ (SD: 0,80), voor AC: $M: 2,61$ (SD: 0,77) en voor ZC: $M: 2,36$ (SD: 0,83). Het gemiddelde voor psychische klachten was: $M: 0,76$ (SD: 0,65) (zie [tabel 1](#) en [2](#)).

De covariaten opleiding en religiositeit waren significant negatief geassocieerd met psychische klachten (zie [tabel 3](#)). De covariaten leeftijd, geslacht en religiositeit waren significant geassocieerd met SC en ZC, en leeftijd, opleiding en religiositeit met AC (zie [tabel 4](#)).

Tabel 1. Demografische kenmerken respondenten

Kenmerken	Totaal (% , M of n) (n = 655)	Niet-ggz-cliënten (n = 236)	Ggz-cliënten (n = 216)
Man/vrouw	39,1%	28%	61,6%
Leeftijd	42,6 (SD 14,2)	44,6 (SD 15,7)	39,8 (SD 10,8)
Bereik	18-79 jaar	18-79 jaar	18-67 jaar
Hoger opgeleid (hbo of wo)	49,5%	73,3%	17,6%
Burgerlijke staat	57,7%	72,9%	35,2%
Partner			
Religiositeit ^a	5,03 (SD 1,04)	5,36 (SD 0,81)	4,50 (SD 1,23)
Bereik 1,00-6,00			
Kerklidmaatschap			
RK Kerk	7,5% (n = 49)	9,3% (n = 22)	11,6% (n = 25)
PKN	12,4 (81)	15,3 (36)	9,7 (21)
Overig gereformeerd	15,0 (108)	16,5 (39)	9,7 (21)
Bevindelijk-gereformeerd	31,5 (206)	46,2 (109)	10,6 (23)
Evangelisch-baptistisch	28,2 (175)	11,4 (27)	45,4 (98)

^aFrequentie kerkgang, bidden en bijbelstudie.

Tabel 2. Bivariate correlaties RCOPE'88 met de DASS-21-R (n = 579) en wel/niet ggz-cliënt (n = 423)

Variabelen	Samenwerkende copingstijl	Afwachtende copingstijl	Zelfbesturende copingstijl
RCOPE'88			
Samenwerkende copingstijl	-	0,51**	-0,71**
Afwachtende copingstijl	-	-	-0,38**
Zelfbesturende copingstijl	-	-	-
Covariaten			
Leeftijd	0,08*	0,12**	-0,14**
Man/vrouw	0,18**	-0,03	-0,18**
Lager/hoger opgeleid	0,16**	-0,17**	-0,09*
Religiositeit	0,50**	0,22**	-0,46**
DASS-21-R totaal	-0,26**	0,07	0,26**
Depressie	-0,30**	0,06	0,29**
Angst	-0,15**	0,12**	0,15**
Stress	-0,26**	0,03	0,25**
Wel/niet ggz-cliënt	0,33**	0,09	-0,29**

RCOPE'88: Verkorte Religieuze Copingstijlen Vragenlijst; DASS-21-R: verkorte Depressie, Angst en Stress-Schaal.

*p < 0,05; **p < 0,01 (tweezijdig).

Tabel 3. Resultaten van de multiële-regressieanalyses met psychische klachten als afhankelijke variabelen

	Psychische klachten			
	Totaal ^a (SE)	Depressie β (SE)	Angst β (SE)	Stress β (SE)
Leeftijd	-	-	-	-0,10 (0,04)*
Lager/hoger opgeleid	-0,19 (0,04)**	-0,17 (0,04)**	-0,23 (0,04)**	-0,13 (0,04)**
Religiositeit	-0,16 (0,03)**	-0,13 (0,05)**	-0,10 (0,05)*	-0,21 (0,05)**
Samenwerkende coping	-0,17 (0,06)**	-0,22 (0,06)**	-0,11 (0,06)	-0,15 (0,06)*
Afwachtende coping	0,21 (0,05)**	0,23 (0,05)**	0,18 (0,05)**	0,17 (0,05)**
Zelfbesturende coping	0,13 (0,06)*	0,15 (0,05)**	0,08 (0,06)	0,09 (0,06)
R ²	0,19	0,21	0,14	0,17
Adj. R ²	0,19	0,20	0,13	0,16
R ² change	0,05	0,07	0,03	0,03
F change	11,35**	16,16**	6,00**	7,06*

n = 560; *p < 0,05; **p < 0,01; ^aTotaal = totaalschaal DASS-21-R; covariaten gecursiveerd.

Tabel 4. Resultaten van de multiële-regressieanalyses met copingstijlen als afhankelijke variabelen

	Religieuze copingstijlen		
	SC β (SE)	AC β (SE)	ZC β (SE)
<i>Leeftijd</i>	0,06 (0,04)	0,09 (0,05)*	-0,14 (,04)**
<i>Man/vrouw</i>	0,10 (0,05)*	-	-0,13 (0,05)**
<i>Lager/hoger opgeleid</i>	-	-0,28 (0,06)**	-
<i>Religiositeit</i>	0,44 (0,05)**	0,22 (0,05)**	-0,42 (0,05)**
Wel/niet ggz-cliënt	0,11 (0,05)*	0,13 (0,06)*	-0,06 (0,05)
R ²	0,28	0,12	0,254
Adj. R ²	0,27	0,11	0,247
R ² change	0,01	0,01	0,003
F change	4,88*	4,80*	1,51

N = 423; *p < 0,05; **p < 0,01; covariaten zijn gecursiveerd; SC: samenwerkende coping; AC: afwachtende coping; ZC: zelfbesturende coping.

Psychische klachten

SC correleerde matig negatief en significant met psychische klachten, en ZC correleerde matig positief en significant met psychische klachten (zie tabel 2).

Het regressiemodel verklaarde 19,4% van de variantie in psychische klachten. Meer SC en minder (passief-) AC en ZC ging gepaard met minder psychische klachten, specifiek depressieve klachten. Ook bleek dat meer AC gepaard ging met meer angst. Meer SC en minder AC ging gepaard met minder stress (zie tabel 3).

Psychiatrie

SC correleerde matig positief significant met het niet cliënt-ggz zijn, en ZC correleerde matig negatief significant met het niet-ggz-cliënt zijn (zie tabel 2).

De regressiemodellen verklaarden 28% van de variantie in SC, 11,7% van de variantie in AC en 25,4% van de variantie in ZC (zie tabel 4). Cliënten in de ggz maakten minder gebruik van SC en AC, maar niet significant meer gebruik van ZC dan niet-cliënten (zie figuur 1).

Om zicht te krijgen op het passief-afwachtende deel van AC voerden wij een post-hocanalyse uit, waarbij we corrigeerden voor de samenwerkende stijl. Hieruit bleek dat (passief-)AC niet significant minder gebruikt werd door cliënten.

DISCUSSIE

Wij onderzochten de relatie tussen religieuze copingstijlen en psychische klachten binnen een Nederlandse christelijke bevolkingsgroep. Ook onderzochten we of er een verschil was in het gebruik van deze stijlen tussen christelijke ggz- en niet-ggz-cliënten.

Religieuze copingstijlen en psychische klachten

De resultaten bevestigden eerdere studies (Pargament 1997) en lieten zien dat de samenwerkende copingstijl samengaat met minder psychische klachten, waaronder depressiviteit en stress. Deze stijl komt voort uit

een intieme, persoonlijke geloofsrelatie met God. Een afwachtende stijl daarentegen gaat gepaard met meer psychische klachten. Uit het huidige onderzoek blijkt dat een meer passief-afwachtende copingstijl, onafhankelijk van de mate van de samenwerkende stijl, de mentale gezondheid lijkt te belemmeren. Dit bevestigt Pargaments idee dat het gebruik van beide copingstijlen samen wijst op een geïntegreerde, volwassen stijl van religieuze coping. Voor de zelfbesturende stijl geldt een positieve relatie met psychische, namelijk depressieve, klachten. Dit bevestigt eerdere studies (Pargament 1997).

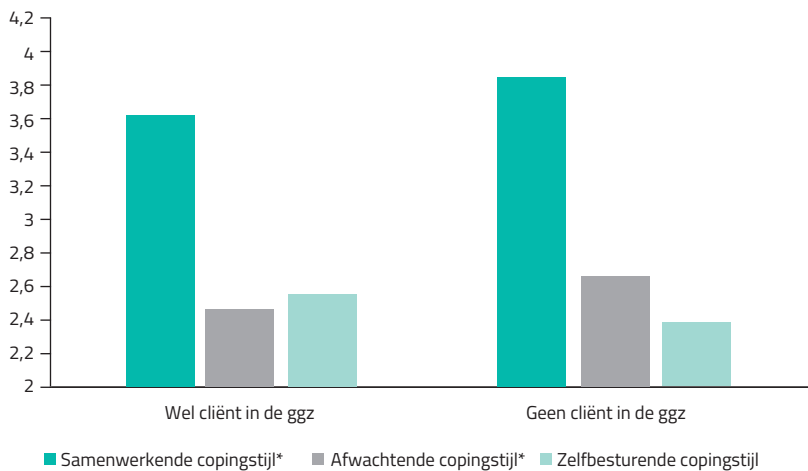
Religieuze copingstijlen en psychiatrie

Binnen de onderzochte christelijke groeperingen hantieren ggz-cliënten minder een samenwerkende en afwachtende stijl dan niet-ggz-cliënten. Er was geen verschil in het gebruik van de zelfbesturende stijl. Zij gaan dus anders om met tegenslag en maken minder gebruik van de stijlen waarbij God in beeld is. Zij zijn daar waarschijnlijk minder toe in staat, gezien hun psychische problematiek (Exline 2000). Dit is in lijn met eerder onderzoek.

Vergeleken met ouderen in een zorginstelling vinden opgenomen cliënten in de ggz dat hun religieuze achtergrond minder positieve invloed alsook meer negatieve invloed heeft op hun problemen (Pieper & van Uden 2012).

Ggz-cliënten ervaren meer negatieve gevoelens ten opzichte van God en het heersend en straffend handelen van God krijgt bij hen, in tegenstelling tot bij gezonde personen, een negatieve lading (Schaap-Jonker e.a. 2008). Uit post-hocanalyses blijkt dat de ambivalentie van de afwachtende stijl bij cliënten doorslaat naar de negatieve zijde.

Een voorzichtige (vanwege de crosssectionele data) verklaring is mogelijk de volgende: de verminderde samenwerkende coping beïnvloedt de psychische gezondheid negatief, de kwetsbaarheid wordt verhoogd en dit beïnvloedt weer ervaringen en gedrag bij probleemsituaties.

Figuur 1. Gebruik religieuze copingstijlen door cliënten en niet-clieënten in de ggz^a

N = 423; *significant verschil; ^aDe covariaten leeftijd, geslacht, religiositeit en opleiding werden meegenomen in de analyse.

Zo ontstaat een circulair verband (Thauvoye & Dezutter 2019), waarbij God als steunbron buiten zicht raakt. Een andere verklaring voor het verschil in gehanteerde religieuze copingstijlen zou de onderliggende religieuze gehechtheidsstijl kunnen zijn. Een vertrouwensvolle relatie tot God waarbij deze als ondersteunend en positief ervaren wordt, lijkt voor de onderzoeksgroep een buffer tegen psychische klachten. Bij christelijke cliënten lijkt deze buffer kleiner of afwezig te zijn. Andersom, een meer angstige/ambivalente of vermijdende religieuze gehechtheid, waarbij God ver(der) weg lijkt of afwezig, lijkt psychische klachten te vermeerderen (Braam 2008; Pieper 2012).

Beperkingen

Allereerst hebben we deels gebruikgemaakt van een gemakkelijk te bereiken steekproef. Hierbij kan sprake zijn van een zelfselectiebias waarbij respondenten de enquête vooral invulden vanwege affiniteit met het onderwerp. Niettemin hebben we dit proberen te voorkomen door actief en gestratificeerd (op vijf christelijke hoofdstromingen) te werven. Ook hebben we door het meenemen van covariaten gepoogd de generaliseerbaarheid te vergroten.

In de tweede plaats zou de coronacrisis van voorjaar 2020 deelname aan het onderzoek beïnvloed kunnen hebben. Echter, deze crisiservaring laat nog beter de toegevoegde waarde zien van religieuze copingstijlen. In de derde plaats is de verdeling over de kerkelijke stromingen voor wel- en niet-ggz-clieënten ongelijk. Wij kozen ervoor om religiositeit als covariaat in de analyses op te nemen. Deze variabele bleek significant negatief geassocieerd te zijn met psychische klachten. De mate van religiositeit kan in verband gebracht worden met het type kerklidmaatschap. Bij verdiepend onderzoek zou een gelijkere verdeling van type kerkmaatschappen in de wel/niet ggz-clieënten nagestreefd kunnen worden.

In de vierde plaats kan bij dit crosssectioneel vragenlijstonderzoek geen causaliteit aangetoond worden.

CONCLUSIE

Meer bewustwording inzake religieuze copingstijlen in de klinische praktijk is aangewezen. Dit past binnen het denken over herstelgeoriënteerde zorg, waarin ook de spirituele dimensie een plaats heeft (Huber e.a. 2016). De samenhang tussen religieuze coping en mentale gezondheid blijkt bij bepaalde stijlen negatief. Maar een positieve uitkomst blijkt, als men met stressvolle gebeurtenissen omgaat vanuit een vertrouwelijke geloofsrelatie met God.

✉ J. den Boer van De Hoop GGz te Dordrecht leverde ons het cliëntendatabestand.

LITERATUUR

- Alma H. Identiteit door verbondenheid. Een godsdienstpsychologisch onderzoek naar identificatie en christelijk geloof. Kampen: Kok; 1998.
- Braam AW, Schaap-Jonker H, Mooi B, e.a. God image and mood in old age: Results from a community-based pilot study in the Netherlands. *Mental Health, Religion & Culture* 2008; 11: 221-37.
- Davis EB, Kimball CN, Aten JD, e.a. Religious meaning making and attachment in a disaster context: A longitudinal qualitative study of flood survivors. *The Journal of Positive Psychology* 2019; 14: 659-71.
- Beurs E de, Van Dyck R, Marquenie LA, e.a. De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie* 2001; 34: 35-53.
- 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.
- Feldman RS. Ontwikkelingspsychologie II. Levensloop vanaf de jongvolwassenheid. Amsterdam: Pearson Benelux; 2019.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, e.a. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016; 6: e010091.

- Kirkpatrick LA. An attachment-theory approach psychology of religion. *The International Journal for the Psychology of Religion* 1992; 2: 3-28.
- Koenig H. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012; 2012.
- Maas IAM, Jansen J. Psychische (on)gezondheid. Determinanten en de effecten van preventieve interventies. Bilthoven: RIVM; 2000.
- Pargament KI, Kennel J, Hathaway W, e.a. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1988; 27: 90-104.
- Pargament KI. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press; 1997.
- Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *J Clin Psychol* 2000; 56: 519-43.
- Pargament KI, Falb MD, Ano GG, e.a. The religious dimension of coping. In: Paloutzian RF, Park CL, red. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford; 2013. pp. 560-79.
- Pieper J. Religieuze coping: ontwikkelingen, en onderzoek in Nederland. *Psyche & Geloof* 2012; 23: 139-49.
- Pieper J, de Vries-Schot MR, van Uden MHF. Religious and receptive coping importance for the well-being of christian outpatients and parishioners. *Archive for the Psychology of Religion* 2012; 34: 173-89.
- Pieper JZT, van Uden MHF. 'Whenever God shines his light on me.' Religious coping in clinical healthcare institutions. *Mental Health, Religion & Culture* 2012; 15: 403-16.
- Schaap-Jonker H, Eurelings-Bontekoe EHM, Zock H, e.a. Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture* 2008; 11: 501-15.
- Thauvoye E, Dezutter J. Religieuze twijfel en depressie bij residentiële ouderen. *Psyche & Geloof* 2019; 30: 3-8.
- Nieuw Amerongen van-Meeuse JC, Schaap-Jonker H, Hennipman-Herweijer C. Patients' needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands. *Issues in Mental Health Nursing* 2019; 40: 41-9.

SUMMARY

The association between religious coping styles and psychopathological symptomatology within a Christian population

A.L. Oudijn-van Engelen, N. Jacobs, J. Lataster, J.C. van Nieuw Amerongen-Meeuse, H.J. Seesink, H. Schaap-Jonker

Background Religious coping can be seen as a method which applies religious resources, including prayer, and trust and appeals to God, in order to deal with stressful situations.

Aim To gain insight into the associations between religious coping styles and mental health and to investigate whether the use of the coping styles differs between mental health care clients and non-mental health care clients with a Christian background.

Method The sample consisted of 655 Dutch participants with a Christian worldview, aged 18 to 79 years (M = 42.6, SD = 14.2). 60.9% were female and 49.5% higher educated. Intra- and extramural clients in mental health care were involved. A cross-sectional, online survey was used, combined with an available client database.

Results More use of the collaborative coping style was associated with less psychological complaints. More use of the (passive-)deferring and selfdirecting coping styles was associated with more psychological complaints. Christian mental health care clients used the collaborative and the deferring coping styles less often compared to Christian non-clients.

Conclusion The collaborative religious coping style is positively associated with mental health. Mental health care clients amongst them use this style less often compared to non-clients. Awareness of religious coping styles and appropriate support are indicated.