

Religiositeit en depressieve symptomen bij ouderen

Een studie bij ouderen in de bevolking van Sassenheim

door A.W. Braam, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg en

W. van Tilburg

Gepubliceerd in 1994, no. 7

Samenvatting

Bij 172 inwoners van 55-89 jaar van Sassenheim is onderzocht of er aanwijzingen bestaan dat religiositeit depressieve symptomen bevordert, tegengaat of alleen onder bepaalde omstandigheden beïnvloedt. Religiositeit wordt daarbij geoperationaliseerd als saillantie van het geloof: het belang dat iemand aan religie hecht voor het persoonlijke leven.

Na controle voor de variabelen: sekse, burgerlijke staat, inkomen, leeftijd en chronische ziekte treedt een negatieve samenhang tussen saillantie en depressieve symptomen aan het licht. Ouderen met en zonder chronische ziekten zijn ook apart van elkaar onderzocht. Er blijkt specifiek voor ouderen met een chronische ziekte dat saillantie samengaat met minder depressieve symptomen. Geconcludeerd wordt dat bij ouderen saillantie als buffer kan functioneren tegen depressieve symptomen ten tijde van chronische ziekte.

Inleiding

Religiositeit: risicofactor of copingstrategie? - Hoewel religiositeit slechts een bescheiden plaats in psychiatrisch epidemiologisch onderzoek inneemt (Larson 1992), is in het ouderenonderzoek een groeiende belangstelling waar te nemen (Utsch 1992).

Sommige auteurs veronderstellen dat religiositeit een risicofactor is voor het ontstaan van depressies (Schilder 1987; Oostervink 1987). De geloofsinhoud kan paradoxale eisen opleggen, zoals bij streng protestantisme kan voorkomen: enerzijds wordt een maximale inzet verlangd om aan geboden en verboden te voldoen, anderzijds domineert een besef van 'fundamentele slechtheid en machteloosheid', die volgens de Heidelbergse Catechismus eigen aan de mens zijn. Schilder heeft beschreven hoe deze 'gereformeerde paradox' aan kan sluiten bij cognitieve en leertheoretische modellen over het ontstaan van depressie. Volgens Beck (1967) wordt depressiviteit namelijk bepaald door negatieve inschattingen naar de eigen persoon, de omgeving en de toekomst. Ook de learned-helplessness theorie van Seligman (1975) stelt dat een individu zich hulpeloos leert voelen wanneer situaties zich als oncontroleerbaar opdringen. De drie 'stukken' van de Heidelbergse Catechismus, ellende, verlossing en dankbaarheid, zijn in deze theorieën in te passen. *Ellende* moet van kindsaf intern worden geattribueerd: de mens blijft schuldig en aansprakelijk. *Verlossing* moet echter extern worden geattribueerd: de mens is hulpeloos in dit opzicht. *Dankbaarheid* wordt getoond als men volgens de volmaaktheidsnorm (de tien geboden) leeft. Perfectionistische assumpties liggen in het verlengde hiervan en kunnen aan de kwetsbaarheid voor depressie bijdragen.

Onderzoek naar het negatief effect van religiositeit op psychische problemen is onder meer verricht door Kruyt (1960). Deze beschreef hogere zelfmoordcijfers bij de zeer bevindelijke groepen. Overigens geldt dit niet voor protestanten in het algemeen. Van Scheyen (1981) vond dat patiënten

met de diagnose psychogene psychose significant vaker leden van de Gereformeerde Gemeente waren dan patiënten in een controlegroep. De resultaten van zijn studie zijn echter op grond van methodologische bezwaren in twijfel getrokken (Folmer 1991).

Een andere mogelijkheid is dat religiositeit tegen psychische problemen beschermt. Dit kan op twee manieren. Ten eerste kan een individu vanuit het geloof een bevestiging van het gevoel van eigenwaarde krijgen. De gedachte hierachter is dat de religie een waarborg vormt voor de identiteit van de mens, zowel door vergeving van misstappen als door de ervaring van troost in tijden van materiële, geestelijke en lichamelijke nood. De Amerikaanse gerontoloog Krause (1992) toonde in dit verband aan dat het gevoel van eigenwaarde een mediërende rol heeft wanneer de beschermende werking van religiositeit tegen psychische problemen wordt onderzocht. Ten tweede kan religiositeit de mate van sociale integratie versterken: het participeren in een kerkelijke gemeenschap zorgt voor sociale steun. De socioloog Durkheim (1897) wees reeds op het belang van sociale integratie voor het welzijn van het individu, een theorie die hij staaftte met onderzoek van suïcidestatistieken. Er bleken lagere cijfers te gelden voor kerkelijke gemeenschappen waarin een grotere mate van sociale integratie en controle van kracht waren. Verdonk (1984) onderzocht de relatie tussen kerkgenootschap en de frequentie van Rotterdamse aanvragen voor opname in een psychiatrische inrichting in de periode 1960-1966. Als uitgangspunt gold de mate van integratie, die bij gereformeerden het sterkst wordt geacht. Hij constateerde dat bij gereformeerden minder opnames voorkwamen dan bij rooms-katholieken, Nederlands hervormden en buitenkerkelijken.

Tot dusver is gesproken over het mogelijke beschermende effect van religiositeit in algemene zin. Het effect kan ook specifiekier zijn en alleen maar optreden onder omstandigheden waar religiositeit steun kan bieden. Deze gedachtengang sluit aan bij de zogenaamde stress-buffer theorie (Cassel 1976). Een variabele wordt beschouwd als stress-buffer, wanneer deze alleen in aanwezigheid van een stressor een beschermend effect heeft op de afhankelijke variabele (Cohen en Wills 1985). Een voorbeeld van een stressor is lichamelijke achteruitgang, zoals bij een chronische ziekte. Uit literatuuronderzoek blijkt dat veranderd lichamelijk functioneren bij ouderen de belangrijkste determinant voor depressie is (Beekman e.a. 1993). Religiositeit zou als stress-buffer kunnen optreden en de gevolgen van de lichamelijke ziekte op de stemming mitigeren. Koenig (1988, 1992) toonde aan dat religiositeit voor ouderen met lichamelijke problemen inderdaad een belangrijke copingstrategie vormt.

Samengevat: de invloed van religiositeit op de stemming zou zowel negatief, positief of conditioneel-positief kunnen zijn. Mogelijk komen deze tegenstrijdige zienswijzen niet alleen voort uit verschillen in ideologisch uitgangspunt. Het negatieve effect wordt vooral verondersteld voor een zeer specifieke streng-protestantse populatie. Het stress-bufferingeffect geldt wellicht vooral voor oudere populaties. Bovendien is het de vraag of er wel gesproken kan worden van religiositeit in het algemeen. Dit zal in het volgende worden uitgewerkt.

Conceptualisering van het begrip religiositeit - Meerdere auteurs hebben aangegeven dat religiositeit diverse dimensies kent, die op verschillende manieren met het psychisch functioneren samenhangen (Bergin 1983; Levin 1992). Voor de gedragswetenschappen gelden een objectieve en een subjectieve ingang voor het begrip religiositeit. Onder *extrinsieke* religiositeit verstaat men op religie gericht gedrag, waarvan zowel kerkgang als persoonlijk gebed voorbeelden zijn. *Intrinsieke* religiositeit kan enerzijds beoordeeld worden naar inhoudelijke kenmerken, zoals geloofsinhoud en geloofsbeleving. Anderzijds kan gekeken worden of een individu het geloof ook werkelijk in het persoonlijke leven laat meetellen: dit wordt subjectieve belangrijkheid of saillantie van het geloof genoemd (religious salience, Hoge 1985). Saillantie lijkt een voorwaarde of iemand zich in tijden van nood op het geloof kan verlaten, dus of religiositeit werkzaam kan zijn als copingstrategie.

In het ouderenonderzoek is gebleken dat de frequentie van kerkbezoek terugloopt met het optreden van lichamelijke gebreken (Blazer 1976). Hierom is kerkgang waarschijnlijk geen adequate maat voor het nagaan van religiositeit onder ouderen. Om de *geloofsinhoud* te peilen, is een nauwkeurig concept nodig van de diverse theologische thema's die hieraan ten grondslag liggen. De kerkelijke gezindte biedt slechts een ruwe indicatie voor het karakter van de geloofsinhoud. Er is dus een andere indicator gewenst. Saillantie van het geloof is een meer eenduidige dimensie van religiositeit en lijkt daardoor geschikt voor de huidige, oriënterende studie.

De socioloog Felling heeft het begrip saillantie in Nederland geïntroduceerd in een studie naar de invloed van religieuze overtuigingen op sociaal-politieke opvattingen (Felling c.s. 1986). Ongeveer 25% van de Nederlanders vindt het geloof belangrijker dan de meeste andere dingen in het leven. Saillantie blijkt een voorwaarde te zijn voor de gevonden causale relatie tussen levensbeschouwelijke denkbeelden en sociaal-politieke opvattingen.

In deze studie wordt nader ingegaan op de volgende vraagstellingen:

1. *Is er bij ouderen een positieve of negatieve samenhang tussen saillantie van het geloof en depressieve symptomen?*

2. *Is een samenhang tussen saillantie en depressieve symptomen sterker bij ouderen met chronische ziekte dan bij ouderen zonder chronische ziekte?*

Methoden

Populatie en steekproef - Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een multidisciplinaire studie naar het zelfstandig functioneren van ouderen in Nederland. Het betreft hier gegevens uit een voorbereidend project dat is uitgevoerd in Sassenheim (Zuid-Holland). Aan 394 mensen van 55 tot 89 jaar is medewerking gevraagd. Namen en adressen van de respondenten zijn verkregen door middel van een aselechte steekproef uit de bevolkingsregisters van Sassenheim. De steekproef is gestratificeerd naar leeftijd en geslacht. 106 (27%) personen weigerden deelname en 45 (11%) bleken daartoe niet in staat ten gevolge van onder meer overlijden, zware handicaps, verblijf in een ziekenhuis of onbereikbaarheid. Van oktober 1991 tot april 1992 is bij 243 personen (62%) een interview afgenomen en een schriftelijke vragenlijst achtergelaten. Niet van alle respondenten zijn de gegevens volledig. Er resteren 224 personen (92% van de interviews) waarbij tijdens het interview een volledige vragenlijst voor depressieve symptomen is afgenomen. Van 172 respondenten (71% van de interviews) is door middel van een ingevulde vragenlijst de saillantie bekend.

Meetinstrumenten - *Depressieve symptomen* zijn gemeten met de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff 1977). De CES-D is een zelf-Invul vragenlijst die internationaal veel is toegepast voor het meten van depressieve symptomen (Beekman e.a. 1993). De schaal, die uit 20 items bestaat, is ontwikkeld voor bevolkingsonderzoek en blijkt ook bij Nederlandse ouderen over goede psychometrische eigenschappen te beschikken (Beekman e.a. 1993b). In tegenstelling tot een aantal andere vragenlijsten is de overlap met symptomen van lichamelijke ziekte beperkt (Berkman 1986), waardoor de schaal bruikbaar is voor de vraagstelling van deze studie. In de oorspronkelijke schaal wordt gevraagd naar de frequentie waarin men het betreffende symptoom gedurende de afgelopen week heeft gehad. In deze studie werd het antwoordformaat vereenvoudigd tot ja/nee, resulterend in een score die kan variëren van 0 tot 20.

Saillantie van het geloof is onderzocht door de belangrijkste levensgebieden na te gaan. De respondent wordt gevraagd om uit een lijst met de volgende denkbare levensgebieden de drie belangrijkste te omcirkelen:

1. een goed inkomen;
2. een leuk gezin;
3. een goede gezondheid;
4. een zinvolle tijdsbesteding;
5. een goed huwelijksleven;
6. een sterk geloof;
7. veel vrienden en kennissen;
8. een goede huisvesting.

Als de respondent 'een sterk geloof' een belangrijk levensgebied vindt, wordt gesteld dat religie 'saillant' is. De waarde van een sterk geloof wordt afgewogen tegen die van andere levensgebieden, waardoor de definitie van Hoge concreet gevolgd wordt. Ook de operationalisatie door Felling vertoont hiermee overeenkomst.

Door middel van vragen tijdens het interview is nagegaan of de respondent bepaalde veel voorkomende *chronische ziekten* heeft. Deze zijn als volgt gerubriceerd: CARA, status na cerebro-vasculair accident, hart- en vaatziekten, reumatoïde arthritis, diabetes mellitus en maligniteiten. Tevens zijn gegevens verkregen over *kerkelijke gezindte* en *demografische (controle)variabelen*, te weten: sekse, leeftijd, burgerlijke staat (alleenstaand of gehuwd), opleiding en inkomen per huishouden.

Statistische analyses - De samenhang van saillantie met depressieve symptomen is, net als de samenhang van controlevariabelen met depressieve symptomen, onderzocht met bivariate variantieanalyse-technieken (ANOVA, waarbij voor significante effecten is getoetst met F-toetsen). Waar mogelijk, is getoetst voor lineaire verbanden. Aangezien de CES- D niet normaal is verdeeld, zijn de resultaten van parametrische toetsing vergeleken met die van non-parametrische toetsing (Kruskal-Wallis). De verschillen blijken dermate klein dat met weergegeven van de meer aanschouwelijke resultaten van parametrische toetsing is volstaan. De diverse samenhangen van saillantie met de controlevariabelen zijn geanalyseerd door middel van chi-kwadraattoetsen (kruistabellen). Ten slotte is de samenhang van saillantie met depressieve symptomen onderzocht met multi-pele regressieanalyse, waarbij is gecontroleerd voor variabelen die deze samenhang kunnen vertekenen.

Beschrijving van de steekproef - In de laatste kolom van tabel 1 zijn de frequenties van de onderzochte variabelen weergegeven (N = 172). Van een deel (N = 52) van de totale populatie (N = 224) is de saillantie niet bekend. Om de aard van deze onvolledigheid na te gaan zijn de groepen vergeleken waarvan saillantie wel (N = 172), respectievelijk niet (N = 52) bekend is. Uitvallers zijn vaker: vrouwen (p = .030), 75- plussers (p = .000), alleenstaanden (p = .000), lager opgeleiden (p = .025) en ouderen met de laagste inkomens (p = .000). Verder hebben uitvallers gemiddeld meer depressieve symptomen (p = .000). Wat betreft chronische ziekte en kerkelijke gezindte verschillen de groepen overigens niet. Over het effect van deze selectie kan het volgende worden opgemerkt. Ten

eerste wordt in het algemeen aangenomen dat voor het opsporen van verbanden (in tegenstelling tot het vaststellen van frequenties) de steekproef niet per se a-selectief hoeft te zijn. Ten tweede mag er verwacht worden dat de effecten waar in de huidige studie naar wordt gezocht het sterkst zijn onder ouderen met depressieve symptomen. Dit zou kunnen leiden tot een onderschatting (Berk 1993). Met betrekking tot de selectie kunnen overigens voor depressieve *syndromen* geen uitspraken worden gedaan.

Resultaten

De eerste onderzoeksvraag - In tabel 1 worden de gemiddelde CES-D scores en de percentages voor saillantie gepresenteerd voor de diverse variabelen. Er is geen bivariate samenhang aan te tonen tussen saillantie en depressieve symptomen ($p = .223$). De eerste onderzoeksvraag lijkt dus noch in positieve, noch in negatieve zin te beantwoorden. Uiteraard moeten echter controles worden bekeken.

Tabel 1: Gemiddelde CES-D scores, gerelateerd aan saillantie en beide gerelateerd aan demografische variabelen en aantal chronische ziekten (N = 172); tevens frequenties van deze variabelen.

Variabele/categorie	gemiddelde CES-D scores; p (anova/lineair)	percentage met saillantie	frequenties
saillantie:			
geen	2.0		53
wel	1.6		119
kerk. gezindte:			
geen	2.0	0	28
RK	1.8	25	80
protestants	2.1	45	56
		**	
sekse:			
man	1.4	25	92
vrouw	2.5	38	80
	**	+	
leeftijd:			
55-64	1.6	22	72
65-74	2.1	31	52
75+	2.1	44	48
	A)	*	
opleiding:			
lager	2.1	35	77
middel	1.7	23	62
hoger	1.0	26	19
	+ (lineair)		
burgerlijke staat:			
alleenstaand	2.8	47	114
gehuwd	1.4	23	58
	**	**	
inkomen huish. (hfl/mnd):			
< 1430	2.8	50	44
1430-2750	1.5	28	65
> 2750	1.6	21	63
	* (lineair)	**	
aantal chron. ziekten:			
0	1.7	23	82
1	1.7	46	61
≥ 2	2.9	21	29
	* (lineair)	**	
gehele populatie:			
	1.9		

+ : $.100 \geq p > .050$ * : $.050 p \geq 0.10$ ** : $p \leq 0.10$

A): wel significant lineaire samenhang voor $N = 224$

De variabelen sekse, burgerlijke staat en inkomen hangen significant samen met depressieve symptomen. De variabele leeftijd hangt in de totale onderzoekspopulatie (N = 224) eveneens samen met depressieve symptomen. Dit is echter niet aan te tonen in de te onderzoeken populatie (N = 172), waarin de oudste leeftijdscategorie minder is gerepresenteerd. Tevens blijkt een samenhang tussen chronische ziekte en depressieve symptomen, hetgeen in overeenstemming is met wat in de inleiding is besproken. Aangezien de vijf genoemde variabelen ook met saillantie samenhangen, kunnen deze de samenhang van saillantie met depressieve symptomen vertekenen.

Om voor deze variabelen te controleren, is een regressie-analyse uitgevoerd, waarvan de resultaten in het eerste deel van tabel 2 zijn weergegeven. Hieruit blijkt een negatieve samenhang van saillantie met depressieve symptomen. De eerste onderzoeksvraag kan dus onder controles *wel* beantwoord worden: ouderen die een sterk geloof belangrijk vinden hebben minder depressieve symptomen.

De tweede onderzoeksvraag - De tweede onderzoeksvraag luidde in hoeverre er in tijden van chronische ziekte sprake is van een samenhang tussen saillantie en depressieve symptomen. Bij bivariate analyses blijkt deze samenhang bij ouderen *met* een chronische ziekte inderdaad te bestaan: saillantie gaat samen met het minder optreden van depressieve symptomen (figuur 1).

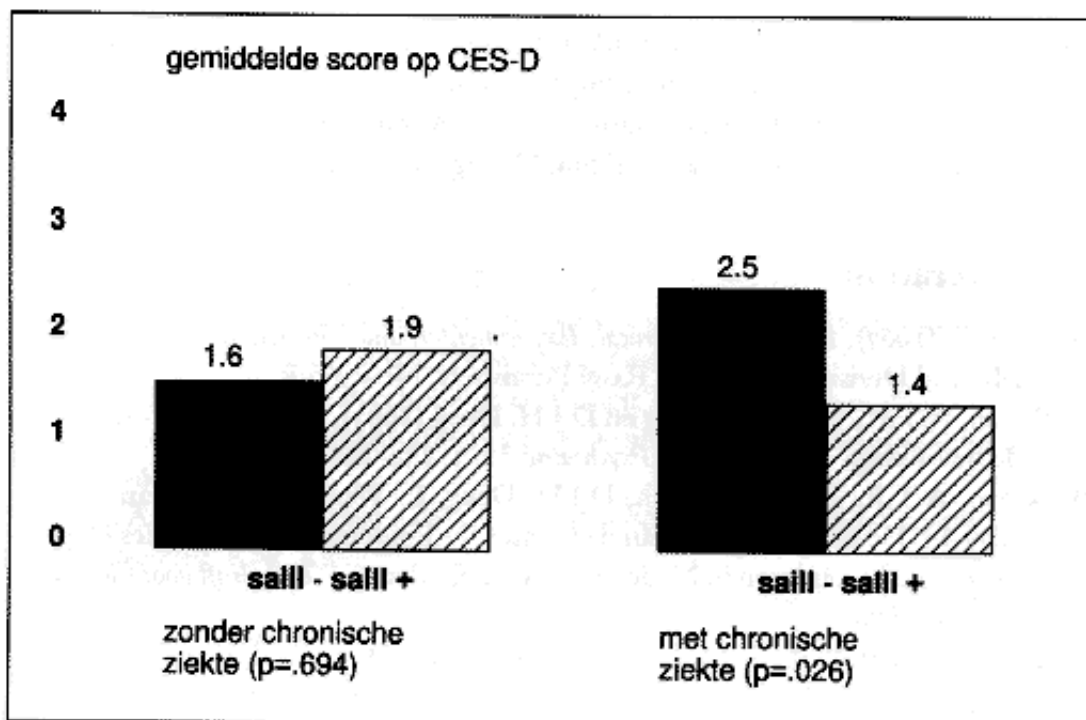
Wederom is voor de variabelen sekse, burgerlijke staat, leeftijd en inkomen gecontroleerd in een multiële regressieanalyse. De resultaten hiervan zijn weergegeven in het tweede deel van tabel 2. Voor ouderen zonder chronische ziekte is er geen samenhang tussen saillantie en depressieve symptomen aan te tonen. Voor ouderen met een chronische ziekte blijkt saillantie 6.6% toe te voegen aan de verklaarde variantie van depressieve symptomen. Het resultaat blijft dus onaangetast: er bestaat een specifiek, conditioneel verband tussen saillantie en depressieve symptomen, dat aan de dag treedt ten tijde van chronische ziekte.

Tabel 2: Resultaten van multiële regressieanalyse voor saillantie en depressieve symptomen, voor de gehele populatie, en afzonderlijk voor respondenten zonder (N = 82) en met (N = 90) chronische ziekte.

categorie	variabele	beta	p	R ² (verklaarde variantie)
gehele populatie (N = 172)	chronische ziekte	.146	.051 +	
	inkomen	-.084	.305	
	sekse	.171	.032 *	
	leeftijd	-.015	.857	
	burgerlijke staat	-.199	.028 *	.112 (controle-variabelen)
	saillantie	-.180	.018 *	.141 (met saillantie) .030 (verschil)
geen chronische ziekte (N = 82)	inkomen	-.002	.983	
	sekse	.356	.001 **	
	leeftijd	-.189	.076 +	
	burgerlijke staat	-.284	.017 *	.243 (controle)
	saillantie	-.057	.620	.246 (met saillantie) .003 (verschil)
wel chronische ziekte (N = 90)	inkomen	-.096	.406	
	sekse	.049	.678	
	leeftijd	.171	.160	
	burgerlijke staat	-.097	.480	.067 (controle)
	saillantie	-.266	.013 *	.134 (met saillantie) .066 (verschil)

Conclusies

Uit deze studie blijkt dat ouderen die een sterk geloof belangrijk vinden minder depressieve symptomen hebben. Deze samenhang treedt aan het licht wanneer gecontroleerd wordt voor burgerlijke staat, sekse, inkomen, leeftijd en chronische ziekte. Ten tweede is aangetoond dat deze samenhang specifiek opgaat voor die ouderen, die een chronische ziekte hebben. Deze bevinding steunt het stress-buffer model, waarbij saillantie een beschermende factor is voor het optreden van depressieve symptomen bij chronisch zieke ouderen. Bij de gehanteerde conceptualisering van religiositeit zijn de resultaten niet in overeenstemming met theorieën die een negatieve invloed van religiositeit op de stemming aanhangen.



Figuur 1: Gemiddelde score op de CES-D bij ouderen met en zonder saillantie (saill + / -) bij af- of aanwezigheid van chronische ziekte.

Beperkingen van deze studie zijn de beperkte omvang van de onderzochte groep en de reeds besproken selectieve uitval. De beschreven verschillen wat betreft vóórkomen van depressieve symptomen zijn betrekkelijk klein, zodat de klinische relevantie daarvan niet makkelijk is aan te geven. De significantie van deze verschillen maakt echter wel duidelijk dat het zinvol is deze studie voort te zetten in een grootschaliger, bij voorkeur longitudinaal, onderzoek.

Deze studie toont aan dat religiositeit een factor kan zijn in het verklaren van depressieve symptomen. Dit geeft aan dat religiositeit in het epidemiologisch onderzoek tot zover ten onrechte onderbelicht is gebleven. Verklaringen voor de werking van religiositeit kunnen worden gezocht in psychologische factoren, zoals gevoel van eigenwaarde, hopeloosheid en cognities over zinvolheid van het bestaan. Anderzijds kunnen sociologische factoren worden genoemd, zoals de mate van sociale integratie en ontvangen sociale steun. Ook voor de medische praktijk verdient de factor religiositeit overdenking. Veel patiënten zullen door hun ziekte gesteld worden voor vragen van existentiële aard. Naarmate zij hieronder meer gebukt gaan, kan het nut hebben als behandelaars zich rekenschap geven van mechanismen waarin religiositeit een rol speelt.

De in dit artikel besproken data zijn afkomstig uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Deze studie wordt uitgevoerd door de vakgroepen Psychiatrie en Sociale Gerontologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. De studie wordt gefinancierd door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Literatuur

Beck, A.T. (1967), *Depression; Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*

. Hoeber Medical Division, Harper & Row Publishers, New York.

Beekman, A.T.F., W. van Tilburg en D.J.H. Deeg (1993), Depressie bij ouderen in de bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35, 3, 154-168.

Beekman, A.T.F., J. van Limbeek, D.J.H. Deeg, L. Wouters en W. van Tilburg (1993b), De bruikbaarheid van de Center for Epidemiological Studies Depression Scale bij ouderen in Nederland. Aangeboden aan *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*.

Bergin, A.E. (1983), Religiosity and Mental Health: A Critical Reevaluation and Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* vol. 14, 2, 170-184.

Berk, R.A. (1983), An introduction to sample selection bias in sociological data. *American Sociological Review* 48, 386-398.

Berkman, L.F., C.S. Berkman e.a. (1986), Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology* 124, 372-388.

Blazer, D., en E. Palmore (1976), Religion and Aging in a Longitudinal Panel. *The Gerontologist*, vol. 16, no. 1, pt. 1, 82-85.

Cassel, J. (1976), The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 104, 107-123.

Deeg, D.J.H., en J.H. Smit (1993), *Zelfstandigheid van ouderen in Sassenheim; verslag van een proefonderzoek van de Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Durkheim, E. (1897), *La Suicide*. Presses Universitaires de France, Parijs 1897/1960.

Felling, A.J.A., J. Peters en O. Schreuder (1986), *Geloven en leven: een nationaal onderzoek naar de inhoud van religieuze overtuigingen*. Kerkebosch, Zeist.

Folmer, P.T. (1991), Nederlands onderzoek naar de relatie tussen religie en psychiatrische aandoeningen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 2, 111-123.

Hoge, D.R., en E. de Zulueta (1985), Salience as a Condition for Various Social Consequences of Religious Commitment. *Journal for the Scientific Study of Religion* 24, 1, 21-38.

Koenig, H.G., D.O. Moberg en J.N. Kvale (1988), Religious Activities and Attitudes in a Geriatric Assessment Clinic. *Journal of the American Geriatric Society* 36, 362-374.

Koenig, H.G., H.J. Cohen, D.G. Blazer, C. Pieper, K.G. Meador, F. Shelp, V. Goli en B. DiPasquale (1992), Religious Coping and Depression Among Elderly, Hospitalized Medically Ill Men. *American Journal of Psychiatry* 149, 12, 1693- 1700.

Krause, N. (1992), Stress, Religiosity and Psychological Well-Being Among Older Blacks. *Journal of Aging and Health*, vol. 4, no. 3, 412-439.

Kruyt, C.S. (1960), *Zelfmoord. Statistische sociologische verkenningen*. Van Gorcum, Assen.

Levin, J.S., en S.S. Tobin (1992), Religion and psychological well-being. In: M.E. Kimble, S.H. McFadden, J.W. Ellor en J.J. Seeber (red.), *Religion and Aging: A Handbook*. Fortress Press, Minneapolis, MN.

Oostervink, F. (1987), *Godsdienst en geestelijke gezondheid: geloof als bron van levensongeluk*. Psychiatrisch colloquium in kader van A-opleiding psychiatrie. Psycho- medisch streekcentrum Maastricht.

Radloff, L.S. (1977), The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1977, 1, 385-401.

Seligman, M.E.P. (1976), *Helplessness; on Depression, Development and Death*. Freeman & Company, San Francisco, New York, Oxford.

Scheyen, J.D. van (1981), Psychogenie en Religie, Diagnostische opmerkingen over psychogene en/of schizo-affectieve psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 10, 590-610.

Schilder, A. (1987), *Hulpeloos maar schuldig: het verband tussen een gereformeerde paradox en depressie*. Kok, Kampen.

Utsch, M. (1992), Religiosität im Alter: Forschungsschwerpunkte und methodische Probleme. *Zeitschrift für Gerontologie* 25, 25-31.

Verdonk, A. (1984), Kerkgenootschap en Rotterdamse aanvragen voor opname in een psychiatrische inrichting in de periode 1960-1966. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 1, 58-68.

Summary: Religiosity and depressive symptoms among elderly persons; a study among elder inhabitants of Sassenheim

In this survey among 172 elder inhabitants (55-89) of Sassenheim, a semirural town in the Netherlands, the association between religiosity and depressive symptoms is examined. Religiosity is operationalized as religious salience: the importance of religion in one's personal life (Hoge 1985).

Both religious salience and depressive symptoms are significantly correlated with gender, marital status, income, age and chronic diseases. A negative association between religious salience and depressive symptoms appears when the mentioned factors are controlled for. Next, elderly with and without chronic diseases are considered separately. A negative association of religious salience with depressive symptoms is present only among those elderly with chronic diseases. This is an indication that religious salience has a buffering effect on the depressive effects of chronic diseases.

De auteurs zijn respectievelijk co-assistent aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Utrecht; psychiater en onderzoeker bij LASA, vakgroep psychiatrie van de Vrije Universiteit; statistica-gerontologe en projectleider bij LASA, vakgroep psychiatrie van de Vrije Universiteit; en hoogleraar - A-opleider aan de vakgroep psychiatrie van de Vrije Universiteit.

Correspondentieadres: A.W. Braam/A.T.F. Beekman, p.a. LASA, Prins Hendriklaan 27-29, 1075 AZ Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 1-4-1994.