

Literatuuronderzoek

Depressie, optimisme en hoop bij ouderen

Auteur: Jessica de Bloom, s0037788

1.Begeleider: Prof.Dr. J.J. Baneke

2.Begeleider: Dr. R. Meijer

Instelling: Universiteit Twente,

Enschede

Versie: 1

Inhoudsopgave

1. Het ouder worden	1 - 3
2. Optimisme	3 - 5
2.1 Optimisme bij oudere mensen	5 - 6
3. Hoop	6 - 9
3.1 Hoop bij oudere mensen	9 - 10
4. Depressie	10 - 16
4.1 Depressie bij oudere mensen	16 - 18
5. De relatie tussen hoop en depressie	18 - 19
6. De relatie tussen optimisme en depressie	19 - 20
7. De relatie tussen optimisme en hoop	20
Referenties	21- 25

1. Het ouder worden

Een aantal jaren geleden was het thema oud worden nog niet van belang. Vele wetenschappers zoals Freud en Piaget hielden zich wel met de ontwikkeling van kinderen bezig en met verschillende fasen die zij doorlopen, maar ze gingen ervan uit dat de ontwikkeling van een mens daarna in principe afgelopen is en niet meer veel verandert.

Vooraf door het werk van Erik Erikson, een Neo-Freudianer kwam hier verandering in. Erikson heeft een psychosociale theorie ontwikkeld waarin gesteld wordt dat mensen van geboorte tot dood geconfronteerd worden met acht psychosociale crises. Elke crisis heeft twee mogelijke uitkomsten. De ene uitkomst betekent dat het probleem succesvol opgelost wordt. Als de crises niet in deze positieve richting overwonnen wordt, kan dit tot psychosociale problemen leiden. De crisis die mensen boven de 60 aan moeten kunnen heet *integriteit versus teleurstelling*. In deze fase van hun leven moeten mensen proberen betekenis in hun leven te vinden en terug te kijken op hun leven met een gevoel van tevredenheid. Mensen die integriteit bereiken, zullen niet snel geneigd zijn om te denken dat ze veel dingen die in hun leven gebeurt zijn zouden willen veranderen. Als een persoon niet in staat is dit gevoel te bereiken zal hij zich steeds met de onrechtvaardigheden bemoeien die hij in zijn leven is tegengekomen en zich ergeren aan mogelijkheden die hij niet waar heeft gemaakt. Hij zal niet tot rust komen. Gelukkig gebeurt dat niet vaak (Sigelman & Rider, 2003).

Blijkbaar heeft het thema binnen de wetenschap dus aan populariteit gewonnen. Maar ook in de maatschappij wordt het onderwerp steeds belangrijker. Van overheid, zorg en gezelschap wordt inmiddels waargenomen dat ouderen een speciale bevolkingsgroep voorstellen met bijzondere sterktes maar ook problemen en speciale behoeften die verschillen van die van andere leeftijdsgroepen. Vaak is er sprake van een vergrijzing van het gezelschap. Dit betekent dat het procentuele aantal oudere mensen in de bevolking toeneemt. Over het algemeen leven mensen langer dan een paar honderd jaar geleden, namelijk gemiddeld 76 jaar. Twee derde van alle mensen wordt ouder dan 65 jaar en het snelst groeiende segment in de populatie is de leeftijdsgroep boven 85 jaar. De samenstelling van de maatschappij verandert dus (Williamson).

Maar wat betekent ouder worden nu precies? Er bestaan verschillende theorieën daarover waarom mensen verouderen. Een theorie stelt dat er op gegeven moment bepaalde genen in werking treden zoals dat bijvoorbeeld ook in de puberteit gebeurt, welke voor het ouder worden verantwoordelijk zijn.

Een ander idee is dat zich het DNA in de cellen van de mens maar een beperkt aantal keren kan delen. Daarna is de massa verbruikt en de cellen zijn dus ook niet meer in staat zich te delen en sterven.

Een derde theorie gaat ervan uit dat het lichaam bloot staat aan schadelijke effecten welke het oud worden veroorzaken. Bijzonder bepaalde schadelijke proteïnen kunnen hier een rol spelen. Er bestaan aanwijzingen voor de juistheid van elke theorie maar welke nu uiteindelijk waar blijkt is nog niet zeker.

Wat wel vaststaat is dat mensen ouder worden en dat bepaalde verouderings-processen plaatsvinden. De lichamelijke spankracht neemt af en het uiterlijk verandert. Er bleek ook dat de hersenen in grootte, volume en gewicht afneemt. Dit kan door een verlies van neuronen tot stand komen maar recent onderzoek wijst uit dat de neuronen niet verloren gaan maar alleen maar kleiner worden. Verder neemt de hoeveelheid myelin in de hersenen af. Dit is een stof wat voor de snelle transmissie van neuronentransmissie verantwoordelijk is. Ook de dichtheid van de N-methyl-D-aspartate receptoren neemt af. Deze receptor is voor de transmissie van de neurotransmitter glutamate verantwoordelijk. Deze neurotransmitter wederom is betrokken bij het leren en heeft invloed op het functioneren van het geheugen (Bloom, Nelson & Lazerson, 2001). Deze processen kunnen allemaal tot een vertraging van cognitieve processen zorgen.

Deze vertraging is echter niet noodzakelijk gevolg van het ouder worden. Er geldt het principe van *use it or lose it*. Als een cognitieve functie niet gebruikt wordt gaat ze verloren. Maar als ouderen in een cognitief stimulerende omgeving leven, blijven hun cognitieve

functies vaak ook lang intact. Het vermogen om te kunnen leren blijft bijna tot in de leeftijd van 80 jaren op hetzelfde niveau als vroeger. De feitenkennis die mensen van hogere leeftijd opgedaan hebben blijft eveneens intact. Deze kennis is natuurlijk vaak groter dan die van jongere mensen. Alleen het vermogen om nieuwe problemen op te lossen daalt met de leeftijd.

Eventueel heeft de cognitieve teruggang ook te maken met de sensorische problemen die de meeste mensen boven 60 jaar ervaren. Vele mensen hebben dan problemen met het horen of zien en dat kan de hoeveelheid en snelheid van de binnenkomende informatie beïnvloeden. Verder lijden ouderen vaker aan chronische ziektes en hebben veelal te maken met het een of ander handicap. Dit heeft natuurlijk gevolgen voor hen functioneren. Toch blijft de plasticiteit van de hersenen tot hoge leeftijd behouden en is het in staat bepaalde processen te reorganiseren. Soms zijn hiervoor een paar trukjes nodig zoals een memo aan de koelkast voor belangrijke informatie of een wagentje waarin men de zware boodschappentas die men niet meer kan dragen naar huis kan brengen.

De meeste mensen kunnen hun leven dus ook met verschijnselen van ouderdom zoals lichte geheugenproblemen en sensorische problemen en handicaps aan.

Het zou ook mogelijk kunnen zijn dat mensen boven 60 jaar niet daadwerkelijk cognitief slechter functioneren maar dat ze van vooroordelen beïnvloed worden. Vooral in Westerse landen is ouderdom gestigmatiseerd met vooroordelen over vertraging en minder goed functioneren in alle gebieden van het leven. Vergelijkend onderzoek in verschillende landen wijst uit dat ouderen beter functioneren in landen met minder vooroordelen. In aziatische landen wordt ouderdom bijvoorbeeld veel meer geassocieerd met wijsheid. Vooroordelen kunnen dus werken als self-fulfilling prophecies. Dit werd ook experimenteel bewezen. Wetenschappers lieten twee groepen ouderen films zien. De ene groep werd op deze manier geconditioneerd met negatieve gedachten over ouderdom. Bij de andere groep werd een positief beeld tot stand gebracht. Deze groep presteerde later significant beter op geheugentests dan de andere groep (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 1999).

Onderzoek wijst ook uit dat mensen boven de 60 op sociaal gebied goed functioneren. De meesten hebben een intact sociaal netwerk en nauwe banden met de familie. Vaak zijn ze ook tevredener met sociale relaties (Carstensen, 1992). Eenzaamheid komt niet vaak voor.

Longitudinaal onderzoek naar tevredenheid van mensen heeft aangetoond dat mensen die 1973 het meest gelukkig waren ook tien jaar later de gelukkigste mensen waren ondanks veranderingen in familie, woonplaats of werk. De beste voorspellers van tevredenheid waren in deze studie gezondheid en religiositeit. Er bleek ook dat armoede en controleverlies tot een slechtere gezondheid leiden (Myers, 2000).

Soms wordt ervan uitgegaan dat de grondstemming van ouderen stabiel is dan op jonge leeftijd en dat emoties iets minder heftig zijn (Verkaaik, 1994). Misschien heeft dit feit ook ermee te maken dat ouderen hun emoties iets beter onder controle hebben en minder vaak negatieve emoties ervaren. Toch wijst recent onderzoek uit dat de belevingswereld van gevoelens van ouderen en jongeren niet veel verschilt (Carstensen et al, 2000). Er bleek echter wel dat ouderen in tegenstelling tot jongere mensen beter instaat zijn emotionele problemen vanuit multiple perspectieven te bekijken waardoor ze beter in staat zijn de problemen op te lossen (Blanchard-Fields, 1986). Concluderend kan ervan worden uitgegaan dat de belevingswereld van oudere mensen rijker en complexer is (Aspinwall & Staudinger, 2003).

Verderop wordt tegenwoordig onderscheid gemaakt in vier hoofdcategorieën van doelen die ouderen hebben. Achievement, dus prestatie houdt het succesvol verrichten van een taak in met een gewaardeerde uitkomst. Maintenance, onderhoud, heeft te maken met het onderhouden van reeds behaalde doelen. Disengagement doelen hebben betrekking op het minder worden van behoeftes en zorgen die mensen hadden toen ze jonger waren. Compensatie treedt in werking als iemand niet meer in staat is een bepaald doel te volgen maar liever andere doelen bedenkt. Ouderen die het meest betrokken waren bij Maintenance

doele vertoonden de grootste tevredenheid in hun leven. Het soort doelen dat mensen boven 60 jaar kiezen kan dus van invloed zijn op hun tevredenheid met hun leven (Cheavens,2000).

In de hogere leeftijd houden mensen over het algemeen hun karakteristieke eigenschappen en eerdere ervaringen beïnvloeden het gedrag en de manier van denken. Mede door dit feit is de diversiteit in dit leeftijdscohort ook de grootste. De verschillen binnen de groep ouderen zijn groter dan de verschillen met andere groepen (Sigelman & Rider, 2003) Uitspraken over de hele groep zijn dus zeer moeilijk.

2. Optimisme

Optimisme en pessimisme zijn volgens de filosofie antithetische posities van een zelfde onderliggend construct. Filosofen van alle eeuwen kunnen op basis hiervan worden ingedeeld. Optimistisch in de zin van de filosofie betekent dat de kosmos beïnvloed kan worden van het menselijke handelen. Voorstanders van het pessimisme daarentegen gaan ervan uit dat de kosmos onverschillig, zelfs vijandig is tegenover de mens.

De eerste filosoof die duidelijk te identificeren is als optimist en die betrokken was bij het ontstaan van de duidelijk te onderscheiden stromingen optimisme en pessimisme als filosofische posities is Rene Descartes (1596-1650). Hij is te karakteriseren als een optimist.

Als technisch-wetenschappelijke term heeft optimisme zijn oorsprong in het werk van Gottfried Leibniz (1646-1716). Hij bedoelde met optimisme het unieke maximum van een eindelijk aantal van mogelijkheden.

Een bekende pessimist is Friedrich Nietzsche (1844-1900). Hij ging ervan uit dat mensen blind onbewuste impulsen opvolgen (Domino & Conway, 2002).

Maar ook in de twintigste en eenentwintigste eeuw hebben zich wetenschappers met het thema optimisme bezig gehouden, onderzoek gedaan naar zijn effecten en geprobeerd een definitie te vinden voor deze positieve persoonlijkheidstrekk.

Volgens Seligman is optimisme een bepaalde attributiestijl. Optimisten schrijven positieve gebeurtenissen toe aan interne, permanente en globale factoren. Negatieve gebeurtenissen daarentegen schrijven optimisten toe aan externe, temporele en specifieke factoren (Snyder, Rand & Sigmon, 2002).

Als bijvoorbeeld een student optimistisch is en een hoge cijfer haalt voor een tentamen, schrijft hij dit succes toe aan zichzelf (intern) in plaats van een makkelijk tentamen (extern). Verder gaat hij ook ervan uit dat dit niet alleen maar een keer per toeval gebeurd is (temporeel) maar dat hij goed geleerd heeft en dat hij, als hij weer goed leert, weer een goede cijfer kan halen (permanent). Verder zal zich een dergelijke student redelijk intelligent vinden (globaal) en het succes niet aan specifieke factoren toeschrijven. Hij zal dus bijvoorbeeld niet aannemen dat hij alleen bijzonder goed scoorde omdat hij goed geslapen had en van tevoren drie kopjes koffie heeft gedronken (specifiek).

Volgens Scheier en Carver kan optimisme gedefinieerd worden als de gegeneraliseerde verwachting dat positieve dingen zullen gebeuren. Hieruit volgt dat optimisme een stabiele persoonlijkheidstrekk is (Scheier & Carver, 1985).

Anders geformuleerd kan dit betekenen dat optimisme een gegeneraliseerde uitkomstverwachting is welke inhoudt dat positieve gebeurtenissen in de toekomst zullen optreden en negatieve dingen zelden zullen gebeuren. Daarbij is optimisme een op doelen gebaseerde benadering bij uitkomsten waaraan een bepaalde waarde verbonden is (Henry, 2004).

Schwarzer maakt verder nog onderscheid tussen functionele en defensieve optimisme. Functionele optimisme treedt volgens het Health Belief Model vooral op tijdens het evalueren van de eigen mogelijkheden om het gezondheidsrisico te kunnen verminderen. Optimisten schatten de eigen mogelijkheden en de effectiviteit van hun gedrag hierbij vaak iets hoger in en nemen daarom eerder maatregelen voor beschermend gedrag.

Defensieve optimisme treedt op tijdens de fase waarbij het gevaar van de gezondheidsbedreiging geëvalueerd wordt. Een te optimistische houding kan in deze fase ertoe leiden dat mensen het risico van bepaalde bedreigingen van hun gezondheid onderschatten en daarom geen maatregelen nemen om zich te beschermen. Als het ware negeren ze het gevaar en verstoppen zich voor de bedreiging. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid (Schwarzer, 1994).

Toch zijn de effecten van optimisme over het algemeen positief. Volgens sommige theoretici heeft optimisme evolutionair gezien een adaptieve waarde en vergroot het de kans op overleven doordat optimisten eerder geneigd zijn risico's te nemen en acties te ondernemen.

Uit onderzoek bleek verderop dat pessimisme samenhangt met neuroticisme en optimisme met extravertie. Ook via deze kanalen heeft pessimisme invloed op de gezondheid. Pessimisme leidt net zoals negatieve stemming tot een chronische prikkeling van het hart-en vaatsysteem. Dit wederom kan tot gezondheidsproblemen leiden.

De vraag hoe zich optimisme eigenlijk ontwikkeld is nog niet helemaal opgelost. Tweelingstudies lieten zien dat de correlatie tussen monozygote en dizygote tweelingen ongeveer even groot is en in de buurt van 0.5 ligt. Dit betekent dat genen een significante rol spelen en dat kinderen een groot deel van hun optimistische houding van de ouders overerven. Maar toch betekent deze bevinding ook dat de omgeving waarin kinderen opgroeien een grote rol speelt (Zuckerman, 2002).

Onderzoek wees uit dat de verklaringsstijl van ouders en kinderen overeenkomen. De manier waarop dit tot stand komt is nog niet duidelijk. Waarschijnlijk is het van belang hoe ouders het gedrag van hun kind beoordelen en interpreteren. Als een kind iets verkeerd doet en ouders ertoe neigen, dit gedrag vervolgens op een pessimistische manier te verklaren, is het kind later ook eerder geneigd zijn eigen falen aan interne, globale en stabiele factoren toe te schrijven (Fincham & Cain, 1986).

Het zou echter ook mogelijk kunnen zijn dat kinderen hun ouders observeren en de manier hoe zij met elkaar omgaan. De attributiestijl van de ouders nemen ze vervolgens over (Gillham, 2000).

Positieve, vertrouwenopwekkende ervaringen, positieve bekrachtiging en een veilige hechting leiden tot een veilige basis en de verwachting dat nog meer positieve dingen zullen gebeuren in de toekomst en dus tot een optimistische houding op volwassen leeftijd (Carver & Scheier, 2002).

In het begin werd al kort op de effecten van een optimistische houding ingegaan en de manier waarop dit tot stand kan komen. Omdat optimisten een gevoel van controle en eigeneffectiviteit hebben, leidt dit eerder tot actie en daarom doen optimisten ook meer moeite om bepaalde dingen te bereiken (Zuckerman, 2002; Special Report, 2003).

Optimisten vertonen daarom ook meer gezondheidsbevorderend gedrag dan pessimisten (Mann, 2001) en reduceren de kans op verschillende ziektes doordat ze effectief copen met stress (Scheier & Carver, 1985).

Optimisten copen ook eerder probleemgericht dan emotiegericht wat ook met een betere en effectievere uitkomst geassocieerd wordt. Daarbij roepen ze dan ook nog vaker sociale steun in en benadrukken de positieve aspecten van een stressvolle situatie (Chang, 1998).

Uit onderzoek bleek ook dat optimisten hun energie-resources beter weten te gebruiken en dat hun actieve coping methoden hun goed tegen stress beschermen (Taylor, 2003). Segerstrom et al (1998) lieten bijvoorbeeld zien dat studenten die optimistisch denken over een beter werkend immuunsysteem beschikken.

Peterson et al (1998) toonden met hun longitudinale onderzoek aan dat pessimisten vaker een onvoorziene, roekeloze en een gewelddadige dood stierven dan optimisten. Er is nog niet precies duidelijk waarom dat zo is.

Wilson en Linville (1985) vonden uit dat pessimisten slechtere cijfers halen op een universiteit en dat ze vaker stoppen met hun opleidingen voordat ze een diploma behaald hebben. Deze bevinding werd door Aspinwall et al (1992) nog een keer bevestigd.

Succes na behandeling voor alcohol misbruik lijkt net zo sterk samen te hangen met een optimistische houding (Strack, Carver & Blainey, 1987) als het vermindert risico op een depressie na de bevalling (Carver & Gaines, 1987). Optimisme beschermt ook tegen het verdriet na een mislukte in vitro bevruchting (Litt et al, 1992).

De vraag met betrekking tot deze effecten die nog niet eenduidig beantwoord kan worden is, of het echt belangrijk is optimistisch te zijn of helpt het al om niet pessimistisch te zijn? Uit onderzoek bleek dat een niet pessimistische houding eventueel van groter belang is (Robinson- Whelen et al, 1997).

Een positieve houding kan dus veel positieve effecten hebben. Maar kan iemand die weinig aanleg heeft voor optimisme en die in een pessimistische omgeving opgroeit toch nog optimistisch worden en profiteren van alle effecten van deze positieve factor?

Sommige wetenschappers zouden deze vraag met ja beantwoorden. Hierbij is het in eerste instantie belangrijk om de negatieve gedachten op te sporen en tegen te gaan.

Speciaal hiervoor heeft Seligman een programma ontwikkeld. Dit programma is gebaseerd op Seligmans "ABC". A staat daarbij voor activerende ervaringen. Hiermee bedoelt hij de situaties waarin gedachtestromen, pessimistisch dan wel optimistisch, op gang komen. Met B bedoelt hij beschouwing. Hij wil dat men begint stil te staan bij de vroeger automatische gedachten en ideeën over de omgeving en jezelf. Met C duidt hij de consequenties van deze gedachten aan. Hij gaat ervan uit dat deze gedachten en ideeën rechtstreekse oorzaken zijn van wat we voelen en daarna doen.

Om je denkwijze te beïnvloeden moet iemand dus allereerst de ABC's leren herkennen. Vervolgens zijn er een aantal mogelijkheden om de ervaringen, beschouwingen en consequenties positief te beïnvloeden. Seligman noemt hiervoor technieken als argumentatie, afleiding en alternatieve verklaringen voor eigen gedrag en het gedrag van anderen bedenken (Special Report, 2003, Seligman, 1991).

2.1 Optimisme bij oudere mensen

Optimisme ontwikkelt zich net zoals hoop relatief vroeg in het leven en blijft ook daarna redelijk constant. Interessant is dat sommige onderzoekers ervan uitgaan dat ouderen een iets pessimistischer attributiestijl hanteren dan jongeren. Maar dit betekent eigenlijk tegelijkertijd dat ouderen iets realistischer denken over de toekomst dan jongeren (Bänsch, 2004).

Uit onderzoek bleek ook dat pessimisme en optimisme onafhankelijker van elkaar zijn op latere leeftijd. Dit komt misschien daardoor dat jonge mensen dualistischer denken, dus meer zwart wit categorieën van denken hanteren (Mroczek et al, 1993).

Bij jongere mensen betekent een pessimistische houding hopeloosheid, het opgeven van belangrijke doelen en activiteiten, negatief affect en stilstand. Bij ouderen is een pessimistische houding misschien geen teken voor al deze verschijnselen. Misschien is pessimistisch denken voor ouderen een coping strategie om met het verminderd gevoel van controle en een verslechterde gezondheidstoestand om te kunnen gaan.

Onderzoek liet dan ook zien dat pessimisme een risicofactor voor sterfte is bij jongere mensen maar niet bij ouderen met kanker.

Voor de rest kan verwacht worden dat optimisme bij ouderen dezelfde effecten heeft als bij jongeren. Schulz et al hebben bijvoorbeeld empirisch kunnen aantonen dat pessimisme samenhangt met mortaliteit, in het bijzonder met kanker (Schulz et al, 1996)

3. Hoop

Hoop is een thema waarmee men zich sinds mensengeheugenis bezig houdt. Een van de eerste verhalen over hoop is het oud Griekse verhaal „De box van Pandora“. Zeus, de vader van alle godden wilde Prometheus voor de diefstal van het vuur straffen. Daarom stuurde hij een box met alle menselijke kwaaltjes naar de aarde naar Pandora. Hij vroeg haar om de box niet te openen terwijl hij wist dat zij daarvoor veel te nieuwsgierig was. Pandora opende dus de box en alle kwaaltjes vlogen de wereld in. Op het laatste moment kon ze de deksel van de box toch nog sluiten maar hoop zat onder het slot van de deksel vast. Het is onduidelijk of hoop ook nog kon ontsnappen of niet. Over dit verhaal zijn er vandaag verschillende interpretaties. Er kan echter wel vermoed worden dat hoop in deze context als negatief beschouwd werd omdat ze samen met alle andere menselijke kwaaltjes in de box zat. Toch is er blijkbaar een verschil omdat hoop een bijzondere rol lijkt te spelen (Snyder et al, 1991).

Andere filosofen zoals Nietzsche en Sophocles benadrukten de negatieve aspecten van hoop en definieerden hoop als een onheil dat menselijke kwaal verlengt (Snyder, Cheavens, & Michael). Binnen de theologie kreeg de factor hoop eerder een positieve bijklank en werd van Luther en Sint Paul naast liefde en geloof als een van de hoofddeugden benoemd (Brockhaus, 2001)

Zelfs recente auteurs zoals Jurek Becker in „Jakob de leugenaar“ grijpen het thema in hun boeken weer op. In de Europese traditie ligt de nadruk eerder op filosofische bijklanken van hoop en is het meeste werk daarover theoretisch en literair van aard (Scioli et al, 1997). Binnen de wetenschap speelt hoop pas sinds een paar jaren een rol en worden ook sinds kort empirische studies over deze factor en zijn effecten uitgevoerd. De meest bekende en actuele theorie werd in de Verenigde Staten van Snyder geontwikkeld. Volgens zijn theorie spelen doelen, motivatie en wegen naar doelen een prominente rol.

Er bestaan tal van definities over hoop. In het woordenboek zijn veelal definities te vinden die een verwachting en de wil van het optreden van een positief gebeurtenis in de toekomst en de daarmee verbonden gevoelens benadrukken. Hoop is dus toekomst georiënteerd, een positief gevoel en houdt activiteit in (Benzein & Saveman, 1998).

Het behalen van realistische doelen speelt een rol en hoop kan jezelf of anderen betreffen. Snyder et al benadrukken in hun theorieën over hoop dat het vooral een cognitieve variabele is die gebaseerd is op motivatie om doelen te bereiken, genoemd agency en de mogelijkheid wegen naar doelen te bedenken. Dit wordt dan pathways genoemd (Drach-Zahavy & Somech, 2000). Agency en pathways zijn iteratief, dus verhoging van de ene factor leidt ook tot een verhoging van de andere factor en additief. Dit betekent geen van beide factoren alleen is voldoende om het construct hoop volledig te verklaren (Snyder, et al, 1991). De twee factoren zijn dus sterk aan elkaar gerelateerd en correleren met elkaar in de buurt van 0.5 maar zijn zeker niet hetzelfde (Snyder & Taylor, 2000).

Verder is er sprake van een continuüm. Hoop is geen dichotome variabele die aan-of afwezig kan zijn (Little & Sayers, 2004). Ze beweegt zich eerder in een spectrum van vage hoop tot definitieve hoop (Lohne & Severinsson, 2004).

Snyder et al maken verderop onderscheid tussen trait en state hope. Dit is vergelijkbaar met het verschil dat Spielberg maakt tussen state en trait anxiety. Trait hope is hierbij een algemene dispositie die relatief stabiel blijft en state hope is situatiespecifiek en kan zich tijdelijk veranderen. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk om over het algemeen een vrij hoopvolle mens te zijn maar op een bepaald moment in het leven, bijvoorbeeld door een ernstige ziekte, state hope te verliezen (Scioli et al, 1997).

De vraag die tot nu toe nog open blijft is hoe hoop eigenlijk ontstaat. Hoopvol en doelgericht denken is belangrijk voor het overleven. Al nieuwgeborene kinderen leren pathway denken, dus het bedenken van wegen naar doelen, doordat ze waarnemen wat

waarmee samengaat. Iets later leren babies dan het principe van causaliteit kennen. Er gaan niet alleen sommige dingen per toeval gepaard met andere dingen maar gebeurtenissen veroorzaken bepaalde andere gebeurtenissen. Op eenjarige leeftijd begint het kind te begrijpen dat het een separate entiteit is. Dit wordt ook wel psychologische geboorte genoemd. Het is rond deze tijd dat het kind ook waarneemt dat het zelf in staat is dingen te beïnvloeden (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002). Volgens Erikson moet een kind met deze leeftijd ook zijn eerste levensconflict, vertrouwen versus wantrouwen succesvol oplossen. Hoopvol denken is volgens hem gegrond in deze eerste vroege ervaringen van vertrouwen.

De attributiestijl welke eveneens van groot belang is voor hoopvol denken ontwikkeld zich rond de tijd van de overgang van de kindsheid tot de vroege adolescentie. In deze tijd beginnen kinderen volgens J. Piaget namelijk abstract te denken en zijn in staat formeel operationeel te denken (Sigelman & Rider, 2003). Ze zijn dus vervolgens in staat om een manier van positieve of negatieve attributies te ontwikkelen. Een verklaringsstijl die negatieve gebeurtenissen toeschrijft aan interne, globale en stabiele oorzaken leidt eerder tot hopeloosheid dan een stijl die falen toeschrijft aan oorzaken buiten het individu van tijdelijke aard die weinig te maken hebben met andere gebieden van het leven (Abela, 2001).

Hoopvol denken ontwikkeld zich dus vooral in de kinderjaren tot de adolescentie. Maar er kunnen ook daarna nog veranderingen optreden. Deze veranderingen zijn dan niet meer zo ingrijpend als in de vroege kinderjaren. Als een persoon bijvoorbeeld heel veel negatieve ervaringen maakt en zijn doelen steeds geblokkeerd zijn kan zijn hooplevel dalen. Er kan echter wel vermoed worden dat de mensen die vroeger hoopvol waren ook later in het leven een grotere kans hebben op een hoge mate van hoop dan mensen die nooit bijzonder hoopvol waren.

Er zijn dus duidelijke verschillen in de mate van hoop wat mensen hanteren in hen dagelijks leven. De vraag is nu welke invloed dit op hun leven kan hebben. Negatieve gevolgen van hoop zijn bijvoorbeeld positieve verstoringen. Dit betekent dat mensen zich met hoop bijvoorbeeld iets positiever zien en presenteren dan ze werkelijk zijn. Maar onderzoek heeft ook aangetoond dat dit in principe niet schadelijk is maar dat de mensen hier eerder van profiteren. Ze maken daardoor bijvoorbeeld een betere indruk op anderen en zijn minder snel geneigd depressief te worden. Er werd ten slotte uitgevonden dat mensen die depressief zijn een realistischer opvatting van zichzelf hebben.

Maar hoop kan ook leiden tot wensdenken, ontkenning van feiten en een vertraagd begrip van de realiteit (Snyder, Cheavens & Michael, 1999). Ongeneselijk zieke mensen kunnen door hoopvol denken geneigd zijn een strijd te voeren die ze niet kunnen winnen en daardoor niet tot rust komen (Scioli et al, 1997).

Een ander onderzoek heeft aangetoond dat mensen met hoop niet zo snel geneigd zijn in een therapie tegen drugsmisbruik te gaan dan mensen met minder hoop. Dit feit wordt door het gevoel veroorzaakt dat ze zelf in staat zijn het probleem op te lossen en hiervoor geen hulp nodig hebben. Maar er werd ook aangetoond dat mensen met veel hoopvol denken minder snel geneigd zijn überhaupt drugsverslaafd te worden. Dit heft het verschil in therapiewil misschien weer op (Jackson, Wernicke & Haaga, 2003).

In principe zijn er ook veel meer positieve effecten van hoop te vinden. Hoopvol denken helpt mensen namelijk naar doelen te streven, obstakels te overwinnen, zich goed te voelen en negatieve gevoelens af te weren (Snyder, Cheavens & Micheal, 1999).

De mate van hoop voorspelt bijvoorbeeld ook actief copen met problemen. Deze copingstijl bleek in vele studies het meest effectief en werkzaam te zijn. Door dit actief copen vertonen mensen met brandwonden bijvoorbeeld minder schadelijk gedrag voor hun gezondheid dan mensen die op een andere manier copen (Bernum et al, 1998).

Vrouwen met borstkanker hebben betere kennis over hun ziekte en copen daardoor eveneens beter (Irving, Snyder & Growson, 1998).

Verder ervaren mensen minder pijn doordat ze copingmechanismen gebruiken die het pijnlevel reduceren. Het functioneren van mensen met ernstige vormen van artritis wordt net zo positief door hoopvol denken beïnvloed (Snyder, Cheavens, & Micheal) als de kans op depressie bij mensen met letsels aan hun ruggengrat (Elliott et al, 1991) en het beter kunnen omgaan met diabetes.

Bovendien vertonen mensen met hoop meer gezondheidsbevorderend gedrag, gebruiken informatie over hun ziekte beter en vertonen minder schadelijk gedrag (Snyder, Rand & Sigmon, 2002). Ze stoppen bijvoorbeeld eerder met roken, (Carey & Carey, 1993) kunnen beter afvallen en hun gewicht later op peil houden (Snyder & Taylor, 2000). Zij vertonen verder ook eerder preventiemaatregelen tegen allerlei ziektes (Snyder, Rand & Sigmon, 2002).

Maar hoopvol denken helpt niet alleen de mensen zelf die met gezondheidsproblemen te maken hebben. Het is ook belangrijk voor mensen in de omgeving van zieke mensen. Hoop heeft waarschijnlijk een stress buffering effect, dat betekent het helpt in stressvolle situaties beter te copen, emotioneel en probleem georiënteerd (Benzein & Saveman, 1998). Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat moeders van chronisch zieke kinderen met weinig hoop veel meer symptomen van stress vertonen dan moeders met veel hoop. Verder helpt de stress buffering effect ook verpleegsters in ziekenhuizen. Zij vertonen minder burn out dan hun hopeloze collegas (Sherwin et al, 1992).

Maar niet alleen op het gebied van gezondheid speelt hoop een grote rol. Een hogere score op een hoop test voorspelt betere atletische vaardigheden en hogere cijfers op school (Snyder, Cheavens & Micheal, 1999).

Ook de kans op afstuderen aan een universiteit is groter voor hoopvolle mensen. Dit kan vele oorzaken hebben. Misschien concentreren mensen met hoop zich eerder op succes en hun verwachting werkt dan als een self-fulfilling prophecy. Doordat deze mensen niet zo snel verwachten dat ze falen zien ze tentamens ook met minder angst tegemoet dan hun studiegenoten en hebben dan tijdens de toets minder last van storende gedachten en faalangst welke de prestatie op het tentamen verslechteren. Mensen met hoop ervaren een test ook als minder bedreigend en meer als een uitdaging. Falen wordt door hen eerder als een proef gezien dat ze niet goed geleerd hebben en niet dat ze dom zijn. Ze hebben sowieso eerder een Mastery oriëntatie bij het leren. Ze hebben dus plezier aan het leren en leren voor zichzelf. De prestatiegerichte studenten daarentegen leren eerder om te presteren en prestatie betekent voor hen alleen beter te zijn dan anderen. Deze manier van leren leidt tot negatieve emoties en stress als mensen falen. De angst voor het falen leidt dan ook vaak tot vermijding copen. Deze studenten proberen dus gewoon te vergeten dat ze volgende week een tentamen hebben en proberen zich af te leiden met andere dingen. Pas op het laatste moment beginnen ze met leren. Dit interfereert natuurlijk met een goede prestatie (Snyder et al, 2002).

Een theorie over hoop stelt dat hope leidt tot sociaal welzijn. Helaas berust deze aanname alleen maar op correlationeel onderzoek (Henry, 2004). Het is echter goed mogelijk dat mensen met hoop eerder naar hun doelen streven en daarom ook succesvoller in het beroepsleven zijn. Maar het is net zo waarschijnlijk dat mensen in lagere klassen meer blokkeringen van doelen tegenkomen en daardoor hun hoop verliezen.

Onderzoek naar sociale competenties heeft aangetoond dat hopeloze mensen over minder competenties beschikken en minder goed in staat zijn het perspectief van een ander in te nemen dan hun hoopvolle leeftijdsgenoten en daarom ook vaak eenzamer zijn en geen vrienden hebben omdat ze bang voor relaties zijn. Maar deze conclusie is toch uiterst twijfelachtig. Sociale relaties zijn veel complexer dan deze samenhang laat vermoeden en er zijn zeker nog veel meer factoren dan hoop die sociale relaties beïnvloeden. Het is wel mogelijk dat mensen met weinig hoop ook eerder vrienden hebben die eveneens weinig hoop hebben. Deze vrienden kunnen in probleemsituaties dan waarschijnlijk iets minder sociale steun geven en motiveren dan mensen met veel hoop (Snyder, Rand & Sigmon, 2002).

Het is nu duidelijk dat hoop meer positieve dan negatieve effecten heeft. Het zou daarom zinvol kunnen zijn om de mate van hoop te verhogen en zo de positieve resultaten te bereiken. Er werden een aantal therapieën geontwikkeld om deze verhoging tot stand te brengen.

Vele vertegenwoordigers van de hoop-theorie gaan ervan uit dat hoop in principe een onderdeel van elke behandeling vormt en daarom ook goed en legitiem is (Taylor et al, 2000).

De hoop therapie van Snyder is gebaseerd op een aantal principes. Het eerste principe is dat de basis van de hoop therapie de hoop theorie is. De hoop therapie is semi-gestructureerd en heeft te maken met het zetten van actuele doelen en het bereiken daarvan.

Verder worden gedachten over zichzelf verbeterd door de focus op het behalen van doelen te leggen. Succes wordt in de therapie benadrukt. Volgens Snyder is een vertrouwensvolle relatie tussen patiënt en therapeut de basis van deze therapie.

Hoop te creëren wordt als een educatief proces gezien en veranderingen vinden op cognitief niveau plaats (Lopez et al, 2000).

De therapie wordt na de bestudering van de hoop therapie begonnen en het is belangrijk dat de eigen hoop van de therapeut voor de eerste therapiebijeenkomst in kaart gebracht wordt. Dit is ten slotte van invloed op de patiënt.

Vervolgens wordt de patiënt gevraagd om een verhaal over hoop uit zijn leven te vertellen, story telling genoemd. Hierbij wordt de patiënt zo min mogelijk onderbroken. Als huiswerk wordt hem de opdracht gegeven een verhaal over hoop op te schrijven. Dit huiswerk kan in de therapie besproken worden. Deze vorm van hope reminding geeft een framework voor nieuwe ervaringen.

Als iemand helemaal geen positieve dingen kan bedenken, kan de therapeut benadrukken dat het al een eerste stap naar zijn doel is om naar een therapeut te gaan. De patiënt is dus blijkbaar in staat om wegen naar doelen te bedenken (Taylor et al, 2000).

Ook het maken van een interne film is zinvol als iemand niet weet hoe hij een doel kan bereiken. Hij wordt dan gevraagd om zich mentaal precies elke stap naar zijn doel voor te stellen. Als iemand verschillende wegen naar zijn doel kan bedenken helpt de therapeut de beste weg te kiezen.

Als iemand zijn doel niet haalt moet de therapeut benadrukken dat dit geen vorm van persoonlijk falen is maar te wijten is aan het gebruik van een verkeerde strategie. Het kan ook mogelijk zijn dat bepaalde sociale vaardigheden bij de patiënt ontbreken die noodzakelijk zijn om zijn doelen te bereiken. In zo een geval kan het zinvol zijn deze vaardigheden met de cliënt te traineren.

3.1 Hoop bij oudere mensen

Hoop ontwikkeld zich in de vroege kindsheid en blijft waarschijnlijk relatief stabiel. Maar hoop kan ook door allerlei verschillende soorten levenservaringen beïnvloed worden. Eerder in de tekst werd al uitgelegd dat langdurige blokkade van doelen tot dalen van het hooplevel kan leiden.

Oudere mensen lopen eerder gevaar met deze doelblokkades geconfronteerd te worden. De waarschijnlijkheid op ernstige chronische ziektes stijgt ten slotte met de leeftijd.

Verder is ook de kans een belangrijke persoon in zijn leven verloren te hebben met stijgende leeftijd groter. Deze ervaring vormt eveneens een ernstige doelenblokkade. Het doel van vele mensen is uiteindelijk samen met een partner oud te worden. Als deze partner dan overlijdt kan het doel niet meer behaald worden en kan dat tot hopeloosheid leiden.

Verderop zijn sommige mensen geneigd zich te fixeren op bepaalde doelen die in ouderdom niet meer behaald kunnen worden. Deze blokkade van doelen kan dan tot negatieve gevoelens en zelfs depressie leiden.

Maar er bleek ook dat mensen zonder doelen gevaar lopen hopeloos te worden. Zij zien dan geen betekenis meer in hun leven. Ouderen met hoop kennen veel meer betekenis aan hun leven toe dan mensen zonder hoop.

Verder beschikken mensen boven 60 jaar over veel meer levenservaring dan jongere mensen. Deze ervaring kunnen ze dan gebruiken om wegen naar doelen te bedenken.

Uit onderzoek bleek ook dat ouderen hun copingstijl beter toesnijden op de situatie. Als ze geen controle hebben over een situatie gebruiken ze eerder emotie-gebaseerde coping-strategieën. Als ze daarentegen wel controle kunnen uitoefenen gebruiken ze eerder probleem-gebaseerde coping-strategieën. Bij jongeren bestaat deze samenhang tussen de mate van controle en coping-strategie niet, terwijl dit de meest effectieve manier van copen is.

Onderzoek naar agentic en pathway denken bij ouderen liet verder ook zien dat mensen die in een verzorgingstehuis leven veel lager scoren op agentic thinking dan mensen die nog zelfstandig zijn. Dit feit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door het verlies van controle over het eigen leven en de omgeving.

Er bleek bijvoorbeeld ook dat ouderen op het gebied van consumptie en huishoud eerder actieve coping strategieën gebruiken maar op het gebied van vriendschap negeren ze vaker dat er problemen bestaan en copen op een vermijdende manier. Er is nog niet duidelijk welke invloed dit op een vriendschap heeft. Misschien vermijden de ouderen hierdoor ruzie en stress.

Downward comparison dus het vergelijken met anderen die er nog slechter aan toe zijn is eveneens een coping methode die vaak van oudere mensen gebruikt wordt. Hierdoor kunnen ze hun hoopniveau op pijl houden.

Er zijn verschillende methoden om de hooplevel van ouderen te verhogen. In verzorgingstehuizen is het gevoel van controle dat mensen over hun omgeving hebben bijzonder belangrijk. Verpleegsters en verzorgers nemen vaak veel dingen over die de mensen nog wel zelf hadden gekund. Betrokkenen krijgen hierdoor het gevoel dat ze zelf niet meer in staat zijn zelfstandig doelen te bereiken en voelen zich gehandicapt.

Als iemand daadwerkelijk niet meer in staat is zijn doelen te bereiken is *compensatory primary control* van belang. Dat betekent de persoon moet het gevoel krijgen dat ze door bepaalde hulpmiddelen en steun door helpers toch nog doelgericht kan handelen.

Fysieke beweging bleek eveneens effectief om vooral de motivatie bij ouderen te versterken. Bij depressies in bejaardentehuizen bleek therapie die de nadruk legt op het zetten van doelen en dus de hoop bij mensen verhoogt bijzonder effectief (Cheavens & Gum, 2000).

4. Depressie

Het begrip depressie is afgeleid van het Latijnse woord *depressus*. *Depressus* betekent letterlijk laag gelegen of neergedrukt, neergebogen (Häcker & Stapf, 2004). Het begrip geeft dus al een eerste idee wat depressie in zou kunnen houden.

Depressie is een ernstig psychisch stoornis die het sociale en beroepsmatige functioneren en het welzijn van de betrokkene sterk belemmert (Ingram, Miranda & Segal, 1998). Depressie is bovendien het meest voorkomend psychisch probleem wat volwassenen ervaren (Sigelman & Rider, 2003). Een op de vijf volwassenen zal een keer in zijn leven een depressieve episode meemaken (Zimbardo & Gerrig, 1996). De prevalentie van depressie neemt, zeker in Noord Amerika, bovendien elke tien jaar nog toe (Ingram, Miranda & Segal, 1998).

Depressie wordt volgens de DSM IV ingedeeld bij stemmingsstoornissen. Een ander bekend classificatie systeem, de ICD 10 deelt depressie eveneens in bij de stemmings- en affectieve stoornissen (Cave, 2002).

Er bestaan verschillende soorten depressies binnen deze categorie van stoornissen. Het onderscheid dat tussen bipolaire en unipolaire stoornissen gemaakt wordt is het eerste.

Bipolaire stoornissen worden ook wel manisch-depressieve stoornissen genoemd omdat hierbij de min of meer ernstige depressieve episoden altijd samen gaan met manische, hypomane of gemengde episoden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

Omdat bipolaire depressies veel minder vaak voorkomen dan unipolaire depressies, namelijk maar 1,6 procent van de bevolking lijden onder deze stoornis, is het voor onderzoek over de relatie met positieve factoren minder goed geschikt. Verder lijkt de erfelijkheid bij deze stoornis een zo grote rol te spelen dat alleen door preventiemaatregelen weinig gedaan kan worden om de ontwikkeling van de stoornis te voorkomen. De concordantie tussen eeniïge tweelingen bedraagt zelfs 80 procent (Zimbardo & Gerrig, 1996).

Unipolaire depressies zijn om deze redenen beter geschikt voor nader onderzoek in verband met positieve factoren. De kernsymptomen van unipolaire depressie zijn sombere gedaalde stemming, verminderd interesse en een verminderd vermogen om plezier te kunnen beleven aan zaken die de persoon voorheen wel prettig vond. Er kunnen verder nog veel meer kenmerken bijkomen. Hier kan onderscheid gemaakt worden tussen lichamelijke symptomen, cognitieve symptomen en emotionele symptomen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). Soms worden ook nog motivationele symptomen onderscheiden (Cave, 2002).

Lichamelijke symptomen zijn gebrek aan eetlust of juist toegenomen eetlust, constipatie, verstoring van het slaappatroon, verminderde seksuele gevoelens en niet kunnen verdragen van lawaai en licht (Brehm, Kassin & Fein, 2002). Tot cognitieve symptomen kunnen pessimisme, een negatieve zichtwijze van het leven, nu en toekomst, verwarring en geheugenproblemen gerekend worden. Ook vertragingen van het denken en concentratieproblemen behoren tot deze categorie (Brockhaus, 2001). Emotionele symptomen zijn bijvoorbeeld gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoelens en gedachtes aan dood en suicide (Cave, 2002). Het gevoel dat alles grote inspanning kost, weinig activiteit, het liefst in bed willen blijven, apathie en verlies van energie (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000) duiden wederom erop dat ook de motivatie van de betrokkene aangetast is (Cave, 2002).

Er werd vroeger vaker op basis van de etiologie onderscheid gemaakt tussen endogene en reactieve depressies (Brockhaus, 2001). Hierbij zouden bij de endogene depressie etiologie en pathogenese biologisch bepaald zijn waarbij de reactieve depressie door sociale en psychologische factoren bepaald zou zijn (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

Dit onderscheid lijkt inmiddels wel kunstmatig omdat de oorzaken en het beloop van een depressie meestal een samenspel van verschillende factoren inhouden.

Tegenwoordig wordt veelal onderscheid gemaakt tussen verschillende subtypen binnen de unipolaire depressie. De atypische depressie is het eerste subtype. Hierbij wordt de betrokkene vooral gekenmerkt door atypische symptomen zoals te veel eten en te veel slapen. Bovendien zijn voor deze patient interpersoonlijke terugwijzing en gevoeligheid kenmerkend.

Om tot het subtype melancholia gerekend te worden horen tenminste drie van de volgende symptomen aanwezig te zijn: negatieve stemming die verschilt van intensieve somberheid, symptomen die s'morgens erger zijn dan s'avonds, s'morgens vroeg ontwaken, motorieke retardatie of agitatie, anorexie of gewichtsverlies en gevoelens van schuld.

Voor het derde type van depressie, de psychotische depressie is een psychotische symptomatologie kenmerkend.

De depressie die gebonden is aan de patroon van de jaargetijden treedt meestal op tijdens de winter (Ingram, Miranda & Segal, 1998).

De oorzaken voor een depressie zijn net zo veelvoudig als de verschillende typen depressies en de symptomen. Het diathese stress model is in deze samenhang van belang. Diathese betekent letterlijk voorbeschikking.

Deze voorbeschikking kan genetisch bepaald zijn. Met behulp van speciaal gekweekte ratten werd bijvoorbeeld inmiddels duidelijk dat er een genetische component aanwezig is die

de betrokkene gevoelig maakt voor het ontwikkelen van een depressie (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999). Het is zeer waarschijnlijk dat combinaties van verschillende genen de genetische kwetsbaarheid voor stemmingsstoornissen bepalen. Uit onderzoek bleek ook dat mensen wiens eerste graad familieleden een depressie gehad hebben een drie keer zo grote kans hebben zelf ook een depressie te ontwikkelen dan mensen bij wie geen depressies in de familie voorkomen (Ingram, Miranda & Segal, 1998).

Een periode met stressvolle gebeurtenissen kan eveneens een depressie uitlokken (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). Hierbij valt te denken aan het verlies van een baan, echtscheiding, relatieproblemen, mishandeling of misbruik, dus levensomstandigheden of gebeurtenissen die ongemak veroorzaken bij betrokkenen. Misbruik in de kindsheid en verwaarlozing door de ouders lijken hier een bijzonder belangrijke rol te spelen (Smit et al, 2004).

Een van de eersten die onderzoek gedaan heeft naar mogelijke cognitieve oorzaken van depressie was Martin Seligman. Met honden die elektroshocks toegediend kregen heeft hij zijn „theory of learned helplessness“ ontwikkeld. Volgens deze theorie leidt de confrontatie met een oncontroleerbaar gebeurtenis tot passief gedrag. Dit gedrag treedt ook later nog op ook al is dan wel controle over de gebeurtenis mogelijk. Dit fenomeen lijkt op de manier van handelen van depressieve mensen (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

Ook een negatieve verklaringstijl die negatieve gebeurtenissen toeschrijft aan interne, stabiele en globale factoren binnen de eigen persoon kan depressie voorspellen (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

De waarneming van het zelf is bij depressieven anders dan bij niet-depressieven. In principe zien ze zichzelf realistischer (Zimbardo & Gerrig, 1996). Dit realisme lijkt zich negatief op hun stemming uit te werken. Volgens de self-awareness theory komt dit tot stand doordat slechte stemming leidt tot een focus op zichzelf. Dat verslechtert wederom de stemming van mensen met weinig zelfvertrouwen. De mensen komen dus in een vicieuze cirkel terecht.

Aaron Beck vat deze bevindingen samen in zijn cognitieve triade van depressie: een negatieve kijk op de wereld, zichzelf en een negatieve inschatting van de toekomst. De negatieve cognitieve schema's die depressieve mensen hebben kunnen volgens hem afkomstig zijn van eerdere negatieve levenservaringen (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999).

Ook neurologische factoren kunnen een rol spelen. De eerste hypothese op dit gebied was de catecholamine hypothese van Schildkraut en Kety (Bloom, Nelson & Lazerson, 2001). Zij vermoedden dat depressie ontstaat door een verlies van transmissie aan de catecholamine synapsen van de hersenen. Dit idee ontstond door toevallige ontdekkingen tijdens het testen van verschillende medicamenten.

Verder spelen vaak ook lichamelijke factoren een rol. Depressies gaan geregeld gepaard met allerlei lichamelijke klachten en ziektes (Patten, 2001). Het gaat dan vooral om ziektes die de huishouding van neurotransmitters in de hersenen beïnvloeden. Voorbeelden zijn kanker, beroertes, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, hormonale aandoeningen, infecties, voedingstekorten, hersentumoren, dementie, immunologische aandoeningen en stoornissen in de stofwisseling. Ook gebruik of misbruik van middelen kan een rol spelen. Hierbij valt in eerste instantie te denken aan alcohol en drugs maar ook diverse antihypertensiva, cytostatica, hormonen en psychofarmaca kunnen de stofwisseling op een negatieve manier beïnvloeden.

Psychodynamische theorieën gaan terug op bevindingen van Sigmund Freud. Hij veronderstelde dat de kans op depressie groter wordt naarmate mensen blootgesteld zijn aan vroege verlieservaringen. De kwetsbaarheid werd volgens hem nog een keer verhoogd door de neiging tot introjectie en de identificatie met degene die men verloren heeft. Een karaktertype dat bijzonder kwetsbaar is, is volgens Freud het orale karakter. Dit karaktertype

is gepreoccupeerd met krijgen en ontvangen, afhankelijkheid en onafhankelijkheid, nabijheid en afstand (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). Deze theorie wordt vandaag niet meer veel gehanteerd omdat deze moeilijk toetsbaar is en er weinig overtuigend bewijs voor is.

Een recentere theorie op dit gebied werd van Sidney Blatt en collega's ontwikkeld. Zij gaan ervan uit dat zich elke persoonlijkheid op twee verschillende gebieden ontwikkelt. Er is een gebied wat zij de anaclitische lijn noemen. Deze kant houdt het vermogen in om rijpe, bevredigende interpersoonlijke relaties op te bouwen. De andere kant, de introjectieve kant bevat de rijping van een realistisch, positief, gedifferentieerd en geïntegreerd identiteit of zelfbeeld. Bij een normale persoonlijkheid zijn deze twee kanten nauw aan elkaar verbonden, beïnvloeden en faciliteren elkaar en vormen een uitgebalanceerd geheel. Als er te veel de nadruk op de ene kant gelegd wordt en overdreven veel belang aan een van de beide kanten gehecht wordt kan dit echter tot problemen leiden. Er kunnen verschillende psychopathologieën ontstaan. Anaclitische ofwel introjectieve depressies kunnen het gevolg zijn.

Mensen met anaclitische persoonlijkheden zijn afhankelijk van anderen, hechten enorm veel belang aan de steun van andere personen, vertrouwen, intimiteit en seksualiteit. Vaak zijn deze mensen ook onveilig gehecht (Blatt, Shahar & Zuroff, 2001). Deze afhankelijkheid en de constante vraag naar bevestiging leiden tot problemen met vrienden en familie. Dit wederom kunnen juist deze mensen niet tegen en ze worden depressief (Shahar et al, 2004).

Mensen met een introjectieve persoonlijkheid zijn daarentegen steeds gepreoccupeerd om een positief zelfbeeld in stand te houden, onafhankelijk te zijn en autonoom te blijven. Ze zijn vaak perfectionistisch, zelfkritisch en doelgeoriënteerd. Vaak speelt prestatiegerichtheid een grote rol bij deze mensen. Deze eigenschappen kunnen tot een overmatige neiging tot competitie met collega's leiden. Dit heeft wederom interpersoonlijke problemen als gevolg en het zelfbeeld van de introjectieven verslechtert daardoor. Woede en agressie tegen zichzelf en anderen en depressies kunnen hieruit voortvloeien (Blatt, Shahar & Zuroff, 2001).

De leertheoretische benadering gaat ervan uit dat conditioneringsprocessen aan het werk waren bij het ontwikkelen van een depressie. Het is mogelijk dat een bepaalde gebeurtenis depressie of verdriet kan oproepen. Deze gebeurtenis en omstandigheden daaromheen kunnen via processen van hogere orde conditionering geassocieerd raken met schijnbaar daarvoor niet relevante omstandigheden. Als de persoon later weer in een vergelijkbare situatie terechtkomt kan dat ertoe leiden dat hij depressief wordt. Iedere omstandigheid kan op deze manier door onopgemerkte associaties in het verleden een depressieve reactie oproepen (Korrelboom & Kernkamp, 1993). Het versterkings-verlies concept van Lewinsohn ziet depressie als gevolg van een gebrek aan gedrags-contingente positieve bekrachtiging. Een andere theorie op dit gebied verklaart een depressie als actief gedrag om sociale versterking te verkrijgen (Häcker & Stapf, 2004).

Er is zelfs een theorie over het evolutionaire nut van een depressie. Depressie zou volgens deze theorie beschermen tegen impulsen om zinloze of schadelijke acties te ondernemen in situaties van onmacht. Bovendien heeft een depressie ook een communicatief nut. Het lijden aan een depressie remt agressieve impulsen bij anderen en stimuleert ze tot hulpverlening (Stevens & Price, 1996).

De afwijkingen die tijdens een stemmingsstoornis kunnen optreden zijn ook zeer interessant. Er is meestal nog niet helemaal duidelijk of deze bevindingen oorzaak of gevolg van depressie zijn.

Biochemische bevindingen betreffen dan vooral een verlaagde activiteit van serotonine en noradrenerge systemen. Medicatie tegen depressie probeert deze systemen te beïnvloeden. Het is niet duidelijk waarom de werking van de medicatie pas na enkele weken optreedt terwijl de verhoging van het serotonine en noradrenalineconcentraties al minuten of uren na

toediening van het middel optreedt. Volgens nieuwe onderzoeksbevindingen zou dit tot stand kunnen komen doordat de middelen niet direct op de spiegel van de neurotransmitters maar meer op de gevoeligheid van de synapsen inwerken (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 1999).

Neuro-endocriene bevindingen betreffen vooral het verhoogde niveau van cortisol wat in de bijnierschors geproduceerd wordt. Dit hangt eventueel samen met het verhoogde stressniveau dat mensen met een depressie ervaren (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

Neuro-immunologische bevindingen zijn een verhoogd aantal van leukocyten en geactiveerde t-cellen. Dit duidt op een pro-inflammatoire toestand. Deze toestand is vergelijkbaar met de toestand die men kort voor een infectieziekte ervaart. Deze toestand kan eveneens opgeroepen worden door extern gevaar of langdurige stress.

Chronobiologische bevindingen laten zien dat het slaappatroon grote invloed heeft op de pathogenese van een stemmingsstoornis. Een hypothese stelt dat er bij depressieven een desynchronisatie van de circadiane rhythmie optreedt (Häcker & Stapf, 2004). Het slaappatroon is bij depressieve personen als bij manische personen vrijwel altijd gestoord. Mensen met een depressie lijden meestal aan een verminderde slaap en voelen zich daardoor niet uitgerust en moe overdag. Manische patiënten slapen meestal veel minder dan gezonde mensen. Er bleek dat het bevorderen van slaap bij manische patiënten en slaapdeprivatie bij depressieven kan helpen bij het bestrijden van het stemmingsstoornis. Een theorie over de chronobiologie van depressieven stelt zelfs dat de slaapproblemen van depressieven een soort eigen partiele slaapdeprivatie vormen die de patiënt beschermt tegen nog depressiever worden. De kunstmatige verlenging van de slaap zou dus averechts kunnen werken (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

Verder is de co-morbiditeit met andere ziektes hoog. Ze wordt geschat op 43 procent. De psychische ziekte die het meest samen met depressie optreedt is een angststoornis. Eventueel ligt dit aan de diagnostische criteria die elkaar vaak overlappen zoals bijvoorbeeld slaapproblemen, concentratieproblemen en vermoeidheid. Ook schizofrenie treedt regelmatig in verband met depressie op. Het is bijna 30 keer waarschijnlijker voor schizofrenen ook aan de criteria voor depressie te voldoen dan bij niet-schizofrenen. Verder lijden ook mensen met eetstoornissen vaak onder een depressie. 56 procent van mensen met anorexie en 33 procent van de mensen met boulimie lijden eraan. Van de depressieven zijn 14,5 procent verslaafd aan middelen. Misschien worden verslavende middelen in dit geval als een soort zelfmedicatie tegen de depressieve gevoelens gebruikt (Ingram, Miranda & Segal, 1998).

Depressies komen waarschijnlijk in alle leeftijdsgroepen voor. Bij baby's en kinderen wordt een samenhang met *failure to thrive* vermoed, dus het onvermogen te groeien of gedijen. Men spreekt hier vaker van een gemaskeerde depressie. Baby's en kinderen vertonen vaker symptomen van agressie, angst, verlies van interesse of plezier, overmatig huilen, eet- en slaapproblemen, groeiestoornissen. Een depressie bij kinderen toont zich dus meer door somatische en gedragsmatige symptomen dan door cognitieve symptomen. Daarom voldoen baby's en kinderen ook vrij zelden aan de criteria van de DSM. Maar toch mag dit probleem ook onder kinderen niet onderschat worden. Er wordt vermoed dat zelfs kinderen in staat zijn om suïcidepogingen te ondernemen. Ze worden veelal niet als zulke herkend maar lijken op een ongeval.

Adolescenten vertonen vaak symptomen van kinderen en volwassenen, dus lichamelijke en cognitieve symptomen. Een depressie in deze leeftijd lijkt steeds meer op een depressie bij volwassenen en is daarom ook makkelijker te diagnosticeren. De adolescentie is de piek tijd van suïcide pogingen en suïcide is dan ook een van de meest prevalentie doodsoorzaken onder jongeren.

Met de leeftijd stijgt de prevalentie van depressie, vooral voor vrouwen. Dit heeft eventueel te maken met de belastingen die jonge volwassenen op zich moeten nemen zoals het vinden van een baan, werkdruk, het gronden van een familie, relatieproblemen enzovoorts

(Sigelman & Rider, 2003). Later in het leven spelen andere factoren een rol voor het ontstaan van een depressie. Later in de tekst wordt ingegaan op het voorkomen van deze stoornis bij ouderen.

Er werden veel verschillende therapieën tegen depressies ontwikkeld. Bij minder ernstige depressies werken al therapieën waarin de lichamelijke beweging verhoogd wordt (North, McCullagh & Tran, 1990). Op korte termijn is Sint Janskruid, een homeopathische plantaardig middel, werkzaam dan een placebo bij milde depressies. Maar er is nog weinig over de lange termijn werkzaamheid bekend (Williams et al, 2000).

Bij depressies die minder ernstig zijn en voornamelijk in de winter optreden kan lichttherapie helpen. Hierbij worden de patiënten regelmatig aan licht met het hele spectrum blootgesteld (Bloom, Nelson & Lazerson, 2001).

Eerder in de tekst werd al op de veranderde chronobiologie van depressieven gewezen. Slaapdeprivatie kan bij minder ernstige depressies helpen om de ziekte te bestrijden. Het is goed mogelijk dat de ziekte de volgende dag helemaal verdwenen is. Het probleem is echter dat de depressie de volgende dag weer terugkeert nadat de patiënt de nacht weer normaal heeft geslapen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

Een ander soort therapie heet „repetitive transcranial magnetic stimulation”. Hierbij wordt met een elektromagneet een magnetisch veld in de hersenen voort gebracht. Deze therapie blijkt op korte termijn goed te werken. De effecten op lange termijn zijn nog niet voldoende onderzocht (McNamara et al, 2001).

In ernstige gevallen kan ook over elektroconvulsieve therapie nagedacht worden. Van deze methode werd vooral voor 1990 veel gebruik gemaakt (Ingram, Miranda & Segal, 1998). Hierbij worden eerst een korte algehele narcose en spierverslappers toegediend. Dan wordt een gelijkgerichte stroomstoot over een hersenhelft toegediend. Deze methode blijkt effectief te zijn vooral in gevallen waar geen antidepressiva werken (Wijeratne, Halliday & Lyndon, 1999). In vijftig procent van alle gevallen wanneer deze therapie gebruikt wordt herstellen de patiënten volledig. In vijftientwintig procent herstellen de patiënten gedeeltelijk van hun depressie. In Nederland is het gebruik van deze therapie wettelijk vastgelegd. Hoewel de therapie werkzaam en veilig is mag ze pas gebruikt worden wanneer andere middelen niet werkzaam blijken en een levensbedreigende toestand bestaat (Verkaaik, 1994).

De meest gebruikelijk therapie is een behandeling met antidepressiva. Inmiddels zijn de middelen arm aan bijwerkingen en worden ze veelal door de huisarts verschreven. Vroeger werd veel gebruik gemaakt van Mono-amino oxidase remmers. Deze middelen remmen het lever-enzym monoamino oxidase dat voor de afbraak van de drie neurotransmitters serotonine, dopamine, norepinephrine verantwoordelijk is (Bloom, Nelson & Lazerson, 2001). Helaas hebben deze middelen veel bijwerkingen.

Vervolgens werden rond 1960 de TCA's, tricyclische antidepressiva ontwikkeld. Deze verdanken hun naam aan hun chemische structuur die uit drie ringen bestaat. TCA's remmen zowel de heropname van noradrenaline als serotonine. De werking van dit middel werd nog verfijnd.

De nieuwste generatie van antidepressiva, die rond 1990 op de markt verscheen beïnvloedt alleen de heropname van serotonine. Ze heten daarom ook selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's). Deze twee groepen van middelen zijn ongeveer even effectief en hebben weinig bijwerkingen (Hirschfeld, 1999).

Tot de groep niet-tricyclische antidepressiva behoren de serotonine-noradrenaline heropnameremmers (SNRI's) en de noradrenerge specifieke serotonerge antidepressiva. Dit middel kan bij bijkomende lichamelijke ziektes gevaarlijke bijwerkingen hebben (Freemantle, Anderson & Young, 2000). De SNRI's werken mogelijk zelfs iets beter dan de SSRI's en hebben eveneens weinig bijwerkingen (Clerc, Ruimy & Verdeau-Palles, 1994). Het allernieuwste gebied van onderzoek betreft drugs die de respons op de neuropeptide substantie P of op de neuropeptide corticotropin tegengaan.

Omdat depressie ook door verschillende factoren veroorzaakt wordt is de meest effectieve therapie tegen depressie een combinatie van antidepressiva met psychotherapie (Bloom, Nelson, & Lazerson, 2001).

Op het gebied van psychotherapie is de cognitieve therapie vaak effectief. Hierbij sporen therapeut en patiënt automatische negatieve gedachten op en proberen hier verandering in te brengen. Er wordt gepoogd de negatieve gedachten te vervangen door positievere gedachten. Denkfouten worden gecorrigeerd en er wordt geprobeerd een gezondere basisopvatting over zichzelf tot stand te brengen (Gloaguen et al, 1998).

Ook interpersoonlijke psychotherapie helpt bij depressie. Hierbij wordt uitgegaan van het medische model (Blom, Kerver & Nolen, 1997). De patiënt krijgt uitleg over aard, oorzaken en het te verwachten beloop van depressies. Verder kan de patiënt thema's aangeven die hij graag wil bespreken. Dit kunnen bijvoorbeeld rouw, rolverandering, conflicten en contacttekorten zijn. De vormgeving van intermenselijke relaties staat op de voorgrond waarbij bij deze therapievorm dan enerzijds problematische cognitieve aannames en denkstijlen besproken worden maar anderzijds ook concrete gedragsmatige oefeningen gemaakt worden die helpen positieve ervaringen in het alledaagse leven te maken (Häcker & Stapf, 2004).

Bij een gedragstherapie wordt de patiënt uitgenodigd om plezierige activiteiten te ondernemen. Hierbij is het de bedoeling dat de patiënt afgeleid wordt en minder tijd heeft om zich te wijden aan zijn negatieve gevoelens en gedachten (Ingram, Miranda & Segal, 1998).

Er bestaan verder ook therapieën op psychodynamisch of psychoanalytisch gebied. Een vorm hiervan is de non-directieve psychoanalytische psychotherapie. Hierbij geeft de therapeut vooral ruimte aan de patiënt om zijn eigen gedachtestroom te volgen. De behandelaar grijpt alleen in als daarin relevante verbanden kunnen worden gelegd. Gedachten en gedragingen van de patiënt worden dan gewoonlijk geïnterpreteerd als onbewuste pogingen om een bepaalde angst niet onder ogen te zien. Deze angst verwijst naar mogelijke verlangens die de patiënt zelf als niet geoorloofd beleefd. Om zulke angsten helder te krijgen concentreert de psychotherapeut zich veelal op de gevoelens en gedragingen die de patiënt tegenover de therapeut heeft. De behandelaar maakt dan duidelijk dat het daaruit voortvloeiende vrees niet reëel is maar samenhangt met eerdere ervaringen in het leven en probeert vervolgens een reële verhouding met de patiënt te creëren die zich dan ook tot overige levenssituaties uit kan breiden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000).

Er bleek dat deze therapievorm bijzonder goed bij het eerder beschreven introjectieve karaktertype werkt omdat het ruimte geeft voor de eigen onafhankelijkheid. Er moet bij dit type patiënt wel erop gelet worden dat hij zijn eigen negatief zelfbeeld niet op de behandelaar projecteert. Bij de anaclitische depressie werkt een langdurige ondersteunende en expressieve therapie beter. Veranderingen treden bij dit type patient ook langzamer op (Shahar et al, 2004)

4.1. Depressie bij ouderen

Het is bij ouderen bijzonder waarschijnlijk dat depressie niet herkend wordt en daarom ook niet behandeld wordt (Baldwin, 2000). Een probleem wat zich bij depressie vooral bij deze groep mensen voordoet is dat het moeilijk te diagnosticeren is. Vele symptomen zoals vermoeidheid, slaapproblemen, cognitieve problemen en somatische klachten lijken op gewone verschijnselen die de ouderdom met zich mee brengt (Sigelman & Rider, 2003).

Verderop zijn symptomen van een depressie zoals geheugenproblemen samenhangend met een verminderd concentratievermogen en een vertraagd denken moeilijk van dementie te onderscheiden. Bij ouderen is het daarom altijd aangewezen om neurologisch en neuropsychologisch onderzoek te verrichten om een diagnose te stellen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). Attent zijn voor recente veranderingen in gedrag, herhaald fysiologisch onderzoek, uitvoerige gesprekken met de oudere zelf en zijn familie, observatie

van gedrag en oordelen van hulpverleners te vragen is dus altijd belangrijk bij het diagnoseproces (Verkaaik, 1994).

Een ander probleem wat zich bij deze generatie mensen vaker voordoet is dat psychische ziektes vroeger geen maatschappelijk geaccepteerde ziektes waren. Psychische problemen waren schaamtevol. Daarom worden depressieve klachten vaak ontkend en de klachten vertaald in lichamelijke klachten. Dit wordt ook wel somatiseren genoemd (Sigelman & Rider, 2003). Voor lichamelijke klachten is men in dit geval minder zelf verantwoordelijk maar heeft toch de mogelijkheid zijn gevoelens te uiten en opluchting te ervaren (Verkaaik, 1994).

Het ziektebeeld van depressie verschilt niet wezenlijk van dat op jongere leeftijd. Op oudere leeftijd gaan depressies echter wel vaker gepaard met wanen. Hierbij komen hypochondre en armoede-wanen bijzonder vaak voor. Achterdocht is ook een symptoom wat zich bij 60 plussers vaker voordoet. Stoornissen van geheugen en orientatie, slaapproblemen, klaaggedrag en regressief gedrag treden eveneens vaker op hogere leeftijd op (Verkaaik, 1994).

Onderzoek wijst uit dat maar drie procent van alle mannen en 22 procent van alle vrouwen op latere leeftijd nog fysiek gezond is. Mensen boven 60 jaar moeten veelal medicatie innemen tegen allerlei ziektes en deze kunnen als bijwerking depressieve klachten veroorzaken. Verder kunnen ook andere problemen die met lichamelijke ziektes te maken hebben zoals immobiliteit leiden tot depressieve stemming (Cave, 2002). Schildklierstoornissen, kanker, hartinfarcten, voedingstekorten, beroertes en Parkinson blijken in dit verband een bijzonder belangrijke rol te spelen. Lichamelijke ziektes kunnen op iedere leeftijd een belangrijke invloed doen gelden maar op latere leeftijd zal dit vaker voorkomen (Verkaaik, 1994).

Uit onderzoek bleek dat de prevalentie van depressie bij ouderen vaak gemiddeld iets hoger ligt dan bij jongeren. De hoogste prevalentie werd gevonden bij vrouwen tussen 60 en 70 jaar. Daarna neemt de prevalentie weer iets af. Met stijgende leeftijd wordt het verschil in de prevalentie tussen mannen en vrouwen kleiner. Toch zijn de resultaten op dit gebied niet altijd eenduidig. Sommige onderzoekers hebben een lagere prevalentie van klinische depressie onder ouderen gevonden (Lawton, Kleban & Dean, 1993; Wittchen, Knäuper & Kessler, 1994).

De groep die het meest waarschijnlijk suïcide zal pogen zijn oudere blanke mannen (Sigelman & Rider, 2003). Een geslagde suïcide komt bij ouderen meer voor dan in enig andere leeftijdsgroep. Mensen boven 60 jaar vormen ongeveer 13 procent van de totale bevolking maar plegen een kwart tot een derde van alle zelfdodingen. Hun risico voor suïcide is dus drie maal zo hoog als het gemiddelde risico in de totale bevolking. Een bijzonder kenmerk van suïcide bij ouderen is dat ze harde methoden gebruiken om zelfmoord te plegen, meer voorzorgen om ingrijpen van anderen te voorkomen en minder praten over hun zelfdodingsgedachten dan jongeren. Stille suïcide is een vorm van zelfmoord die op jongere leeftijd nauwelijks voorkomt. Dit betekent dat ouderen weigeren om te eten en drinken en medicijn te nemen en daardoor uiteindelijk overlijden. Er is grote kans dat veel gevallen van deze stille suïcide niet als zodanig herkend worden en in geen statistieken opduiken. Er bleek verder ook dat de gevaar om aan suïcide te overlijden voor gescheiden mensen het grootste is gevolgd door weduwenaars en ongehuwden (Verkaaik, 1994).

Een stabiele relatie kan ouderen daarentegen beschermen tegen depressieve klachten en suïcide. Van de mensen die zo een relatie niet hebben, heeft rond 30 procent een depressie (Cave, 2002). Een factor die van invloed kan zijn op suïcidegedachten en het uitoefenen daarvan is hopeloosheid. Deze hopeloosheid is bij ouderen vaak ontstaan door een recent life-event of trauma waardoor de oudere in de crisis geraakt is (Verkaaik, 1994). De groep die het meeste gevaar loopt voor een depressie zijn oudere blanke vrouwen, die fysiek ziek zijn, arm en sociaal geïsoleerd. Met de toenemende vergrijzing van het gezelschap en gebrek aan

financiële middelen voor sociale inrichtingen staan ouderen sowieso vaker bloot aan condities die in verband staan met depressie zoals gebrek aan stimulatie, verlies van persoonlijke autonomie en controle over de omgeving, materiele problemen en verlies van sociale relaties. Het effect van de genen op het ontstaan van een depressie verdwijnt grotendeels op latere leeftijd. Daarentegen spelen omgevingsinvloeden een steeds grotere rol. Verlieservaringen, verlies van zelfstandigheid en ontbreken van sociale steun zijn risicofactoren voor depressies bij ouderen. Vooral ouderen in verpleeg- of ziekenhuizen lopen daardoor een grotere gevaar een depressie te ontwikkelen. Weinig controle over de omgeving door een strakke dagindeling, verlies van zelfstandigheid, hulpeloosheid, geen invloed hebben op de eigen situatie, minder macht uit te kunnen oefenen, ziektes en voorafgaand verlies van een partner spelen een belangrijke rol bij deze groep mensen. De prevalentie in ziekenhuizen en verpleeghuizen ligt zeker hoger dan bij zelfstandig wonende, gezonde ouderen, waarschijnlijk tussen de 35 en 50 procent (Verkaaik, 1994).

Er moet echter wel onderscheid gemaakt worden tussen een depressie zoals die in de DSM gedefinieerd wordt en depressieve klachten. Maar een tot drie procent van oudere mensen voldoet aan alle criteria voor een depressie. Een minder ernstige depressie, ook wel minor depression in het Engels of depressieve stoornis niet anders omschreven genoemd, waarbij het hoofdsymptoom sombere stemming is en nog twee andere symptomen bijkomen, komt wel vaak voor. 15 procent van alle oudere mensen berichten van depressieve klachten. Mensen met deze stoornis zouden kunnen profiteren van een behandeling (Sigelman & Rider, 2003).

Voor ouderen bleken dezelfde therapieën effectief als bij jongeren. Begrip te tonen voor onmachtgevoelens en verschijnselen van de ziekte is belangrijk. Het is ook zinvol om vaste tijden voor bepaalde activiteiten vast te leggen, lijsten te maken en de oudere zo veel mogelijk zelf te laten beslissen. Goed luisteren, geruststelling en een realistisch beeld van de ziekte te geven is ook van belang. Bij ouderen moet echter ook wel erop gelet worden dat mogelijk depressie bevorderende middelen gestopt of verlaagd worden. Hiervoor zijn afspraken met de arts dringend nodig. Bij antidepressieve middelen moet erop gerekend worden dat de middelen bij oudere mensen langer actief werkzaam blijven en met een lagere dosis hetzelfde effect als bij jongeren bereikt kan worden. Verderop lijkt slaapdeprivatie bij ouderen nog werkzamer te zijn dan bij jongeren (Verkaaik, 1994).

De vroege opsporing van depressieve symptomen is bij ouderen bijzonder belangrijk. Zo kunnen depressies worden voorkomen. Er zijn nog geen preventieve methoden tegen depressie bekend. Psychoeducatie bij beginnende klachten is wel van belang (Cuijpers, van Lammeren, 2001). Maar eventueel hebben positieve factoren zoals hoop of optimisme wel een beschermende invloed tegen het ontwikkelen van depressieve klachten.

5. De relatie tussen hoop en depressie

Uit het voorafgaande is naar voren gekomen hoe depressie en hoop gedefinieerd worden, welke effecten ze hebben en hoe depressie behandeld en hoop verhoogd kan worden. De vraag die zich nu stelt is in welk verband zij met elkaar staan. Het is duidelijk dat depressie en hoop geen tegenovergestelde polen van een zelfde construct zijn.

Maar toch hangen ze nauw samen met elkaar. Uit onderzoek bleek dat scores op depressievragenlijsten vaak negatief in de buurt van 0,5 correleren met hoop scores. Hopeloosheid correleert positief met depressie (Kaplan & Saccuzzo, 2005).

Volgens de onderliggende theorie is hopeloosheid het tegendeel van hoop. Hopeloosheid wederom overlapt met depressie en is een belangrijk symptoom van depressieven. Maar sommige onderzoekers gaan zelfs verder dan dit. Abramson et al zien hopeloosheid als een directe en voldoende oorzaak van depressie (Abramson & Metalsky & Alloy, 1989).

Andere stellen dat hopeloosheid de meest belangrijke oorzaak voor niet-biologische, dus reactieve depressies (Cheavens, 2000). Misschien gaat dit wel te ver.

Maar er kan wel vermoed worden dat hopeloosheidsdepressie een speciale subtype van depressie is. Dit bleek ook uit factor-analytisch onderzoek en een vergelijk met andere nauw verwante depressieve symptomen. De symptomen van deze bijzondere vorm van depressie zijn vooral een vertraagde gewilde respons, apathie, gebrek aan energie en psychomotorische retardatie (Joiner et al, 2001).

Hopeloosheidsdepressie lijkt vooral met een negatieve attributiestijl in verband te staan. Mensen die negatieve gebeurtenissen aan interne, stabiele en globale oorzaken toeschrijven lopen eerder gevaar hopeloos te worden en vervolgens ook depressief (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

Cheavens (2000) stelt dat elke depressie gerelateerd is aan hopeloosheid en met de blokkade van belangrijke doelen. Zij linkt de verschillende diagnostische criteria voor depressie aan de verschillende componenten van hoop. Verlies aan energie wordt bijvoorbeeld als een gebrek aan agency-denken geïnterpreteert en als het niet kunnen motiveren van zichzelf. Onderzoek op dit gebied wees inderdaad uit dat te moeilijk te bereiken doelen, stress en gebrek aan controle depressies voorspellen. Mensen die vaker doelblokkades meemaken beginnen ook snel te generaliseren en verwachten dat ze hun doelen nooit zullen bereiken. Weinig agency en gefixeerdheid op een bepaalde pathway vormen een bijzondere bedreiging om depressief te worden.

Hoop daarentegen lijkt een beschermende rol tegen depressie te spelen. Hoge scores op hoop-schalen hangen samen met minder langdurige depressieve episoden, mensen met hoop genezen sneller van een depressie en de kans op een terugval is veel kleiner. Mensen met hoop kunnen zich ook in moeilijke perioden beter aan succes in het verleden herinneren wat wederom beschermt tegen depressie.

6. De relatie tussen optimisme en depressie

In het begin werd al duidelijk dat pessimisme in de theorie het tegendeel van optimisme moet zijn (Domino & Conway, 2002). Toch werd er nooit een perfecte correlatie (lees 1) tussen de twee factoren gevonden. Dit heeft aan de ene hand te maken met methodologische problemen van onderzoek maar toch stellen sommige onderzoekers dat optimisme en pessimisme geen bipolaire tegengedelen zijn. Het is mogelijk dat individuen een gebrek aan optimisme kunnen ervaren zonder daardoor noodzakelijk pessimistisch te zijn (Robinson- Whelen et al, 1997).

Hetzelfde geldt voor de relatie tussen optimisme en depressie. Deze factoren hoeven al per definitie geen tegenpolen te zijn. (Schulz et al, 1996). Maar toch overlappen pessimisme en depressie. Er werd een positieve correlatie gevonden van 0.39. Optimisme en depressie correleren negatief met elkaar in de buurt van 0.4 (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Recent onderzoek bevestigt deze resultaten (Kaplan & Saccuzzo, 2005).

Verder spelen ook derde factoren een rol. Sociale steun en positieve reïnterpretatie kunnen factoren zijn via welke depressie en optimisme negatief met elkaar correleren (Brisette, Carver, & Scheier, 2002).

Pessimisme kan als een vruchtbare bodem voor een depressie gezien worden, vooral als er ook nog negatieve omgevingsinvloeden zijn (Seligman, 1991).

Pessimisme hangt samen met depressie bij vrouwen op latere leeftijd (Bromberger & Matthews, 1996). En mensen die depressief zijn, hebben ook de neiging om pessimistisch te attribueren. Ze schrijven vooral falen toe aan interne, globale en stabiele factoren (Brehm, Kassin & Fein, 2002).

7. De relatie tussen hoop en optimisme

Optimisme en hoop zijn zowel theoretisch als empirisch verwant aan elkaar (Carver, 2000). Er worden regelmatig correlaties in de buurt van 0.5 gevonden. Scioli et al (1997) vonden een correlatie van 0.4. Snyder et al (1991) vonden een correlatie van 0.5 tussen de LOT-R, een optimisme vragenlijst en de Hope vragenlijst.

Mede hierdoor zijn optimisme en hoop ook moeilijk van elkaar te scheiden (Scioli et al, 1997). Optimisten en hoopvolle mensen houden zich allebei met doelen bezig (Taylor, 2000).

Verderop zijn zowel de hoop theorie als ook de theorie van optimisme cognitieve verklaringen voor gedrag in verschillende situaties (Snyder, Rand & Sigmon, 2002).

Volgens Scioli et al (1997) stelt optimisme een cognitieve variabele voor, hoop daarentegen een affectieve variabele met cognitieve componenten. Hoop zou dus minder gebaseerd zijn op rationaliteit en ego dan optimisme.

Hiermee zou Snyder het niet helemaal eens zijn. Hij beweert dat de theorie van optimisme vergelijkbaar is met vroegere unidimensionele modellen van hoop. Deze vroege hoop theorieën als ook de optimisme theorie houden geen perceptie van zelf-referenties in met betrekking tot bekwaamheden strategieën te kunnen bedenken om doelen te bereiken (Taylor, 2000).

Onderzoek liet dan ook zien dat optimisme maar 16 procent van de variatie in de hoop scores kon verklaren. De hoop theorie voegt dus blijkbaar nog iets toe aan de theorie achter optimisme (Scioli et al, 1997).

Factor analytisch onderzoek heeft verder ook aangetoond dat de onderliggende structuur van factoren van beide constructen verschilt (Carver, 2000).

In de optimisme theorie volgens Seligman is de attributieproces de focus, dus dat wat op dat moment gebeurt. De hoop theorie houdt zich daarentegen meer met gebeurtenissen in de toekomst bezig. In de theorie komen beide hoop componenten terug. Hierbij stellen de pathways uit de hoop-theorie de uitkomst verwachtingen voor. De agency gedachten worden met efficacy verwachtingen omschreven. Het verschil met Scheier en Carver ligt volgens Snyder in het feit dat de uitkomst verwachtingen een belangrijkere plaats innemen dan factoren die het gedrag uitlokken. In tegenstelling tot deze aanname zijn agency en pathway componenten binnen de hoop theorie even belangrijk en iteratief (Carver, 2000).

Daarom zou hoop ook meer betrokken kunnen zijn bij de mediatie van belangrijke levensgebeurtenissen en optimisme bij dagelijkse beslomeringen. Uit onderzoek bleek namelijk ook dat bij een chronische ziekte de mate van optimisme daalt bij betrokkenen. Hoop daarentegen stijgt (Scioli et al, 1997). Dit zou een aanwijzing ervoor kunnen zijn dat hoop inderdaad meer met gebeurtenissen in de toekomst te maken heeft en misschien ook iets belangrijker is bij de mediatie van belangrijke gebeurtenissen.

Referenties

- Abela, J.Z. (2001). The hopelessness theory of depression: a test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 241- 263
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372
- Aspinwall, L.G.& Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003
- Aspinwall, L.G., Staudinger, U.M. (2003). *A psychology of human strengths*. American Psychological Association, Washington

- Baldwin, R.C. (2000). Poor prognosis of depression in elderly people: Causes and actions. *Annals of Medicine*, 32, 252-256
- Bänsch, A. (2004). Personale Ressourcen und subjektive Gesundheit im Alter. *Oberseminar Klinische Psychologie*, 4
- Benzein, E., Saveman, B.I. (1998). One step towards the understanding of hope: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 322-329
- Bernum, D.D., Snyder, C.R., Rapoff, M.A., Mani, M.M., Thompson, R. (1998). Hope and social support in the psychological adjustment of pediatric burn survivors and matched controls. *Childrens Health Care*, 27, 15-30
- Blanchard-Fields, F. (1986). Reasoning on social dilemmas varying in emotional saliency: An adult developmental perspective. *Psychology and Aging*, 1, 325-333
- Blatt, S.J., Shahar, G., Zuroff, D.C. (2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 449-454
- Blom, M.B.J., Kerver, M.J., Nolen, W.A. (1997). *Inleiding in de interpersoonlijke psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Bloom, F., Nelson, C.A., Lazerson, A. (2001). *Brain, mind, and behavior. Third edition*. Educational Broadcasting Corporation, USA
- Brehm, S.S., Kassin, S.M., Fein, S. (2002). *Social Psychology. Fifth edition*. Houghton Mifflin Company, New York
- Brisette, I., Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078
- Brockhaus (2001). *Der Brockhaus: Körper, Geist und Seele von A-Z*. F.A. Brockhaus: Mannheim
- Bromberger, J.T. & Matthews, K.A. (1996). A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in the middle-aged women. *Psychology and Aging*, 11, 207-213
- Carey, K.B., Carey, M.P. (1993). Changes in self-efficacy resulting from unaided attempts to quit smoking. *Psychology of Addictive Behaviour*, 7, 219-224
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338
- Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Mayr, U. & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655
- Carver, C.R. (2000). Hypothesis: There is hope In: Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope; theory, measures, and applications*, Academic Press, London
- Carver, C.S. & Gaines, J.G. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 449-
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2002). Optimism In: Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, Oxford
- Cave, S. (2002) *Classification and Diagnosis of Psychological Abnormality*. Routledge, East Sussex
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120
- Cheavens, J. (2000). Hope and depression: Light through the shadows. In C.R. Snyder (Ed). *Handbook of hope*. Academic Press, San Diego
- Cheavens, J., Gum, A. (2000). Gray power: hope for the ages. In C.R. Snyder (Ed). *Handbook of hope*. Academic Press, San Diego

- Clerc, G.E., Ruimy, P., Verdeau-Palles, J. (1994). A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in patients hospitalized for major depression and melancholia. *International Clinical Psychopharmacol.* 9, 139-143
- Cuijpers, P., van Lammeren, P. (2001). Secondary prevention of depressive symptoms in elderly inhabitants of residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16,702-708
- Domino, B.& Conway, D.W. (2002). Optimism and pessimism from a historical perspective. In: Chang, E.C. (2002). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. American Psychological Association, Washington
- Drach-Zahavy, A., Somech, A. (2000). Coping with health problems: the distinctive relationships of hope sub-scales with constructive thinking and resource allocation. *Personality and Individual Differences*.33, 103-117
- Elliott, T.R., Witty, T.E., Herrick, S., Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61, 608-613
- Fincham, F.D.& Cain, K. (1986). Learned helplessness in humans: A developmental analysis. *Developmental Review*, 6, 301-333
- Freemantle, N., Anderson, I.M., Young, P. (2000). Predictive value of pharmacological activity for the relative efficacy of antidepressant drugs. Meta regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 292-302
- Gillham, J. (2000). *The science of optimism and hope*. Templeton Foundation, Pennsylvania
- Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (1999). *Psychology, Fifth edition*. W.W. Norton & Company, New York
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of affective disorders*, 49, 59-72
- Häcker, H.O., Stapf, K.H. (2004). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch*, Verlag Hans Huber, Bern
- Henry, P. (2004). Hope, hopelessness, and coping: a framework for class-distinctive cognitive capital. *Psychology and Marketing*. 21, 375-403
- Hirschfeld, R.M.(1999). Efficacy of SSRI's and newer antidepressants in severe depression; comparison with TCA's. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 326-335
- Ingram, R.E., Miranda, J., Segal, Z.V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Guilford Publications, New York
- Irving, L.M., Snyder, C.R., Growson, J.J. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*,66, 195-214
- Jackson, R., Wernicke, Haaga, D.A.F. (2003). Hope as a predictor of entering substance abuse treatment. *Addictive Behaviours*.28, 13-22
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalsky, G.I., Schmidt, N.B. (2001). Hopelessness depression is a distinct dimension of depressive symptoms among clinical and non-clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*,39, 523-536
- Korrelboom, C.W., Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: CoutinhoStevens, A., Price, J. (1996). *Evolutionary psychiatry. A new beginning*. Routledge, Londen
- Lawton, J.E., Kleban, M.H. & Dean, J. (1993). Affect and age: Cross sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging*, 8, 165-175
- Litt, M.D., Tennen, H., Affleck, G. & Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 171-187
- Little, M., Sayers, E. (2004). While there's life...hope and the experiences of cancer. *Social Science & Medicine*. 59, 1329-1337

- Lohne, V., Severinsson, E. (2004). Hope and despair: the awakening of hope following acute spinal cord injury- an interpretative study. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 881-890
- Lopez, S.J., Floyd, R.K., Ulven, J.C., Snyder, C.R. (2000). Hope therapy: helping clients build a house of hope. In C.R. Snyder (Ed). *Handbook of hope*. Academic Press, San Diego
- Mann, T. (2001). Effects of future writing and optimism on health behaviors in HIV-infected women. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 26-33
- Mroczek, D.K., Spiro, A., Aldwin, C.M., Ozer, D.J.& Bosse, K. (1993). Construct validation of optimism and pessimism among older men: Findings from the Normative Aging Study. *Health Psychology*, 12, 406-409
- Myers, D.G.. Hope and Happiness (2000). In: Gillham, J. (ed), *Dimensions of optimism and hope*. Templeton Foundation Press, Ranchor
- North, T.C., McCullagh, P., Tran, Z.V.(1990). Effects of exercise on depression. *Exercise and Sport Science*, 18,379-415
- Patten, S.B. (2001). Long-term medical conditions and major depression: a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorder*, 63, 35-41
- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R., 6 Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9, 127-130 In Brehm, S.S., Kassin, S.M., & Fein, S.M.(2002). *Social Psychology*, Houghton Mifflin Company, New York
- R.M. Kaplan, D.P., Saccuzzo (2005). *Psychological testing: principles, applications and issues*. Wadsworth, Belmont
- Robinson- Whelen, S., Kim, C., McCallum, R.C.& Kieolt-Glaser, J.K.(1997). Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1345-1353
- Scheier, M.F., & Carer, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Asessment and implications ofgeneralized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247
- Scheier, M.F., Carver, C.S.& Bridges, M.W.(1994). Distinguishing optimism from neuroticism, trait anxiety, self mastery, and self-esteem: A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*.67, 1063-1078
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J.E., Scheier, C.S.& Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11, 304-309
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: a systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180
- Scioli, A., Chamberlin, C.M., Samor, C.M., Lapointe, A.B., Campbell, T.L., MacLeod, A.R. (1997). A prospective study of hope, optimism, and health. *Psychological Reports*, 81, 723-733
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E.,& Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655
- Seligman, M. (1991).*Learned optimism*. Spectrum BV, Utrecht
- Shahar, G., Joiner, T.E., Zuroff, D.C., Blatt, S.J. (2004). Personality, interpersonal behavior, and depression: co-existence of stress-specific moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences*, 36, 1583-1596
- Sherwin, E.D., Elliott, T.R., Rybarczyk, B.D., Frank, R.G., Hanson, S., Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of care giving: Hope, burn out, and nursing. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 11, 129-139
- Sigelman, C.K., Rider, E.A. (2003) *Life-Span Human Development*. Wadsworth, Belmont

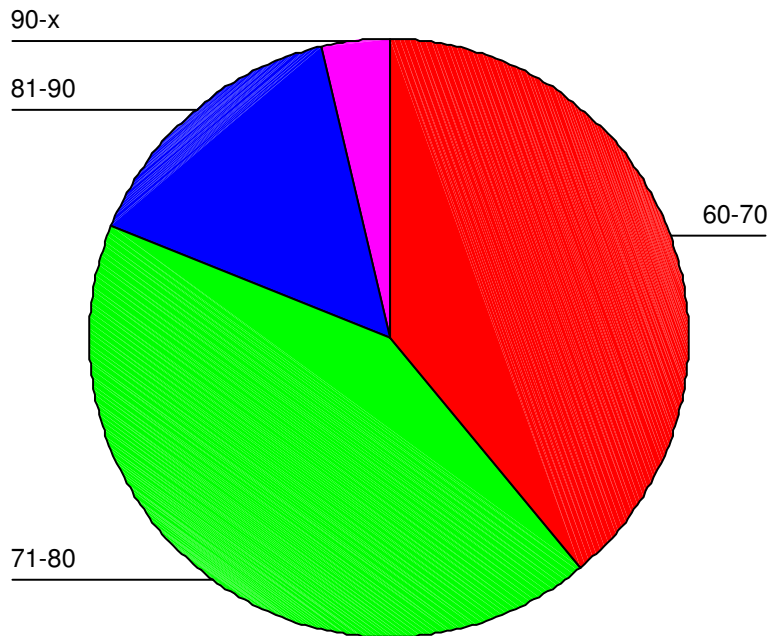
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., Graaf, Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population based prospective epidemiological study. *Journal of affective disorder*, 1, 241-249
- Snyder, C.R., Cheavens, J., Micheal, S.T.(1999). In: C.R. Snyder (Ed). *Coping: the psychology of what works*, Oxford University Press, New York
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irvind, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., Herney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585
- Snyder, C.R., Rand, K., Sigmon, D.R. (2002). Hope theory: a member of the positive psychology family. In: C.R. Snyder & S.J. Lopez. (Eds.). *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, New York
- Snyder, C.R., Shorey, H.S., Cheavens, J., Mann Pulvers, K., Adams, V.H., Wiklund, C. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology*. 94, 820-826
- Snyder, C.R., Taylor, J.D. (2000). Hope as a common factor across psychotherapy approaches: a lesson from the dodo's verdict. In C.R. Snyder (Ed). *Handbook of hope*. Academic Press, San Diego
- Special Report (2003). Optimistic people live longer: but how do you get a positive attitude? *Tufts university Health & Nutritional Letter*, 20, 4-6
- Strack, S., Carver, C.S.& Blainey, P.H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: the role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 579-584
- Taylor, J.D. (2000). Confronting breast cancer: Hopes for health In: Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope; theory, measures, and applications*, Academic Press, London
- Taylor, J.D., Feldman, D.B., Saunders, R.S., Ilhardi, S.S. (2000). Hope theory and cognitive-behavioural therapies. In C.R. Snyder (Ed). *Handbook of hope*. Academic Press, San Diego
- Taylor, S.E. (2003). *Health Psychology*, McGraw-Hill, New York
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G.(2000). *Handboek Psychopathologie. Deel I Basisbegrippen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem
- Verkaaik, A.J.B. (1994). Depressie op latere leeftijd. Intro, Nijkerk
- Wijeratne, C., Halliday, G.S., Lyndon, R.W. (1999). The present state of electroconvulsive therapy: a systematic review. *Med.J.Aust.* 171, 250-254
- Williams, J.W., Mulrow, C.D., Chiquette, E., Noel, P.H., Aguilar, C., Cornell, J. (2000). A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. *Ann. Intern. Med.* v 132, pp 743-750
- Williamson, G.M., Aging well. 676-686
- Wilson, T.D. & Linville, P.W. (1985). Improving the performance of college freshmen with attributional techniques. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 287-293
- Wittchen, H., Knäuper, B., Kessler, R.C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165, 16-22
- Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J. (1996) *Psychologie*. HarperCollins, New York
- Zuckerman, M. (2002). Optimism and pessimism: Biological foundations In: Chang, E.C. (2002). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. American Psychological Association, Washington

Bijlagen

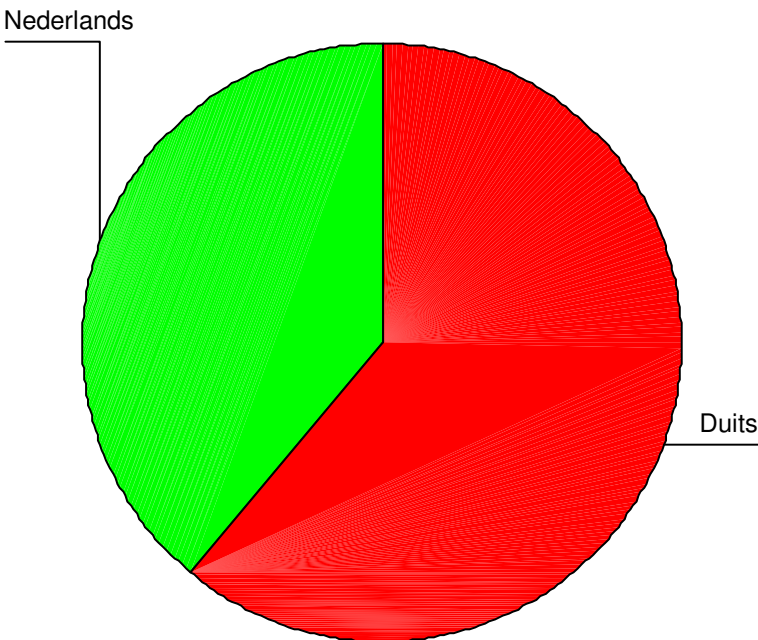
- Bijlage 1: Statistische bewerkingen van de data**
- Bijlage 2: Vragenpakket, Nederlandse versie**
- Bijlage 3: Vragenpakket, Duitse versie**

Bijlage 1, statistische bewerkingen

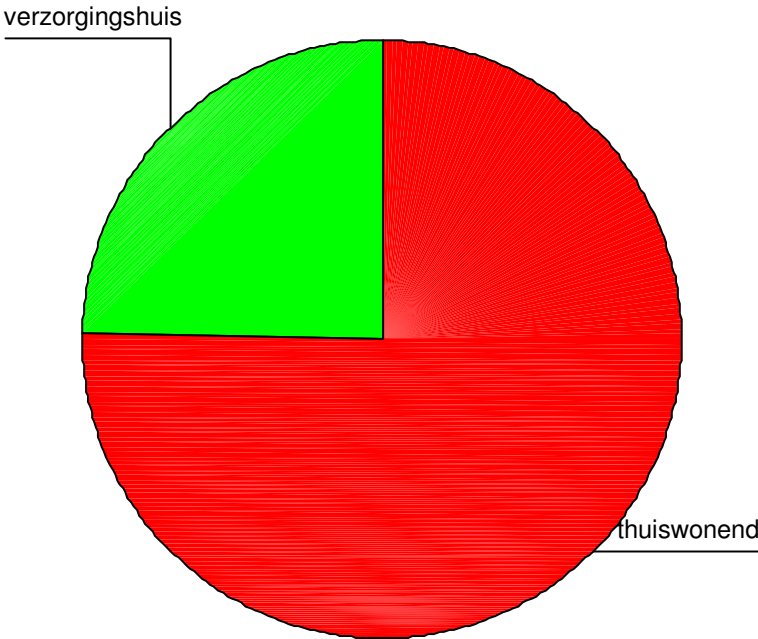
Verdeling van de leeftijdsgroepen in de steekproef:



Verdeling van de nationaliteit in de steekproef:

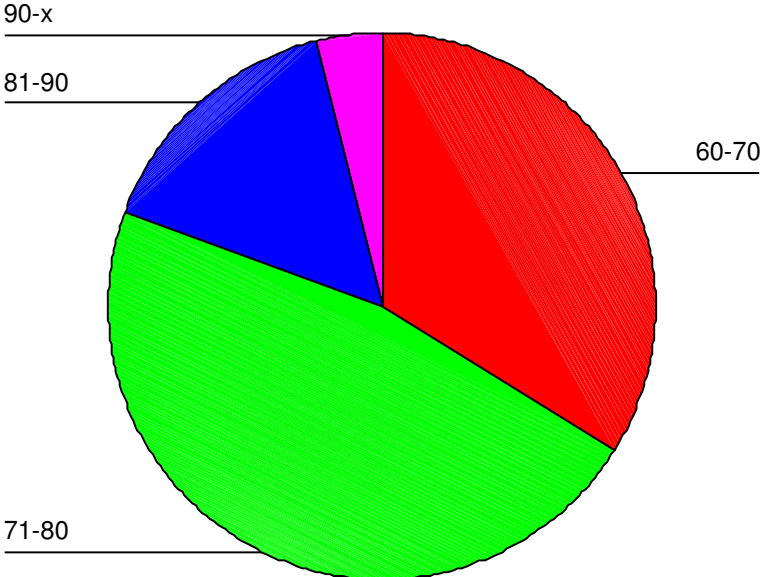


Verdeling van de woonvorm in de steekproef:

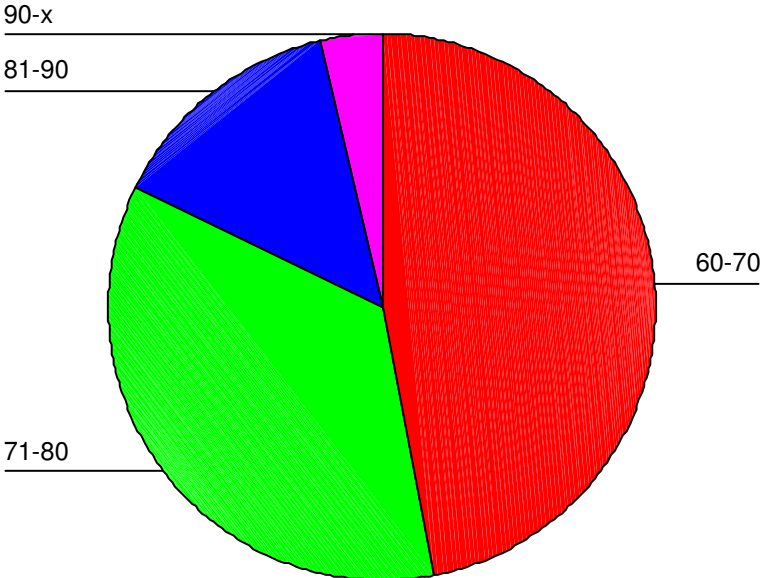


Verdeling van de leeftijdsgroepen, opgesplitst naar nationaliteit:

Duitse nationaliteit



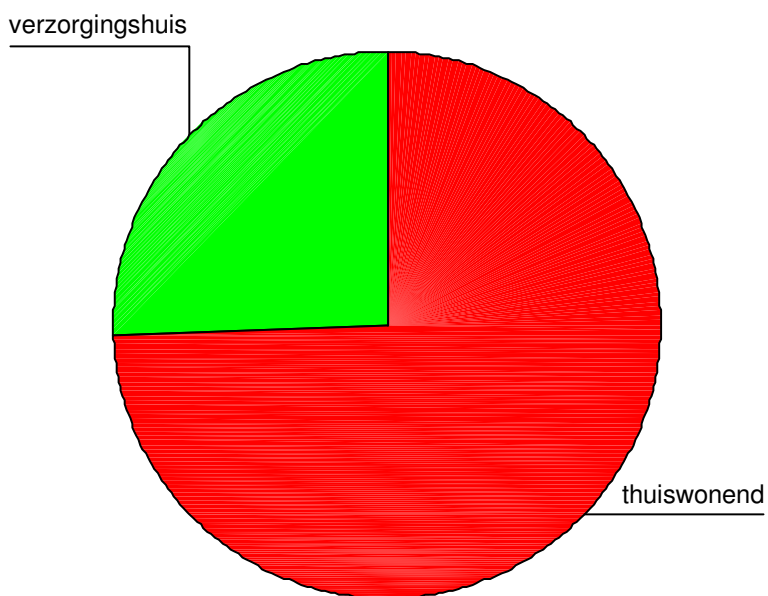
Nederlandse nationaliteit



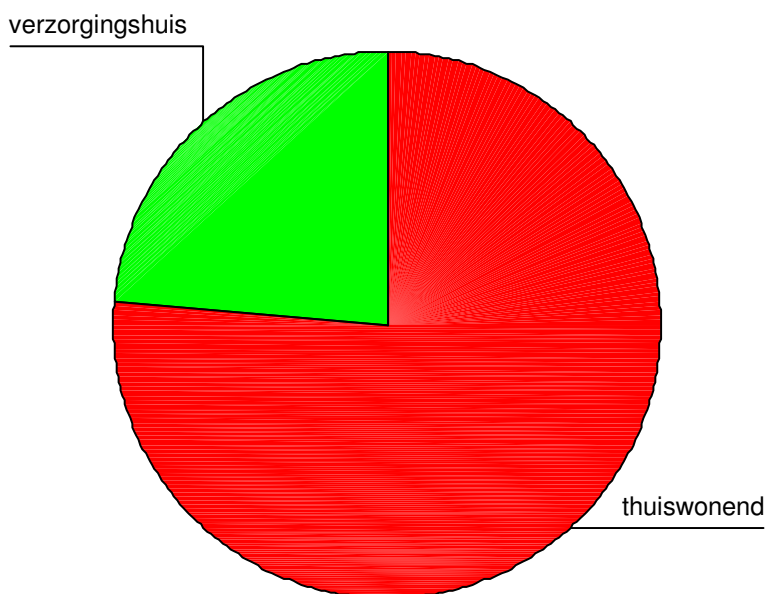
De leeftijdsgroepen zijn in beide steekproeven ongeveer evenredig verdeelt.

Verdeling van de woonvorm, opgesplitst naar nationaliteit:

Duitse nationaliteit



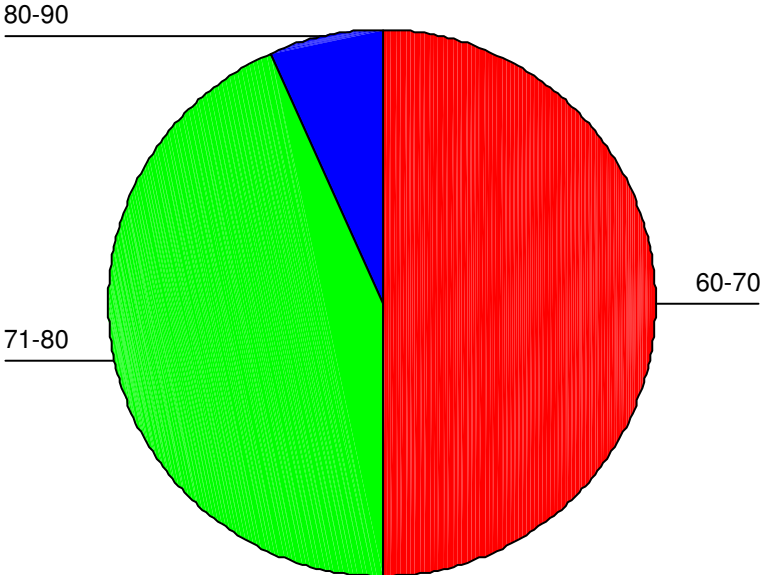
Nederlandse nationaliteit



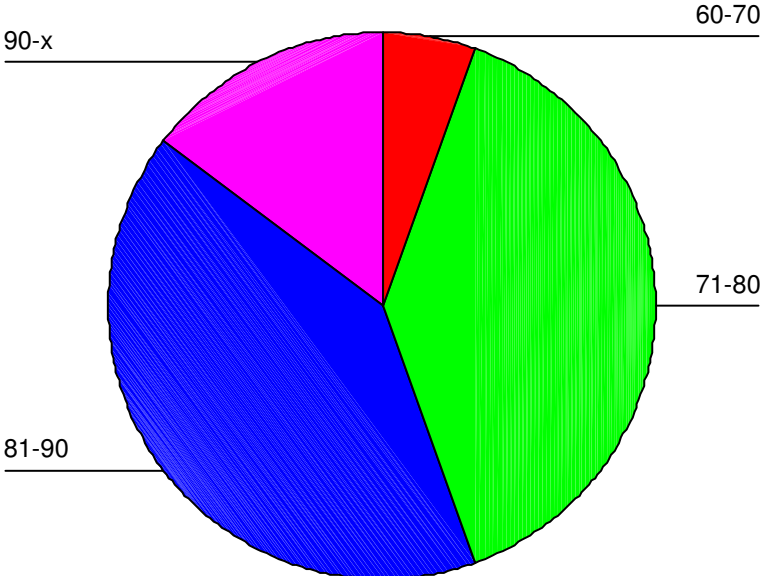
De woonvorm is bij beide nationaliteiten ongeveer uitgebalanceerd

Verdeling van leeftijdsgroepen, opgesplitst naar woonvorm:

Thuiswonend



Verzorgingshuis



Opvallend is dat de oudste leeftijdsgroep alleen in het verzorgingshuis vertegenwoordigd is. Mensen die thuis wonen zijn over het algemeen veel jonger dan mensen die in een verzorgingshuis wonen.

Beschrijvende statistiek over de verschillende vragenlijsten:

CES-D

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	198
Aantal gebruikte items	20
Minimumscore	0
Behaalde minimumscore	0
Maximumscore	60
Behaalde maximumscore	45
Gemiddelde score	12,9
Standaarddeviatie	8,6
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,86

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 1 (CES-D 1)	0,8506
Item 2 (CES-D 2)	0,8472
Item 3 (CES-D 3)	0,8483
Item 4 (CES-D 4)	0,8732
Item 5 (CES-D 5)	0,8546
Item 6 (CES-D 6)	0,8405
Item 7 (CES-D 7)	0,8446
Item 8 (CES-D 8)	0,8601
Item 9 (CES-D 9)	0,8521
Item 10 (CES-D 10)	0,8486
Item 11 (CES-D 11)	0,8535
Item 12 (CES-D 12)	0,8571
Item 13 (CES-D 13)	0,8575
Item 14 (CES-D 14)	0,8493
Item 15 (CES-D 15)	0,8574
Item 16 (CES-D 16)	0,8560
Item 17 (CES-D 17)	0,8543
Item 18 (CES-D 18)	0,8436
Item 19 (CES-D 19)	0,8560
Item 20 (CES-D 20)	0,8502

Hieruit blijkt dat de interne consistentie die met Cronbach's Alpha beschreven wordt het hoogst is wanneer alle items in de lijst blijven staan.

Adult State Hope Scale (Totaalscore)

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	208
Aantal gebruikte items	6
Minimumscore	6
Behaalde minimumscore	6
Maximumscore	24
Behaalde maximumscore	24
Gemiddelde score	16,6
Standaarddeviatie	3
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,84

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 1 (STAT 1)	0,8280
Item 2 (STAT 2)	0,8000
Item 3 (STAT 3)	0,8094
Item 4 (STAT 4)	0,8104
Item 5 (STAT 5)	0,8140
Item 6 (STAT 6)	0,8101

Het verwijderen van een van de items zou de interne consistentie van de vragenlijst niet verhogen. In tegendeel, de consistentie zou zelfs dalen. Dit wordt mede veroorzaakt door het kleine aantal items in de vragenlijst.

Adult State Hope – Subscale Agency

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	210
Aantal gebruikte items	3
Minimumscore	3
Behaalde minimumscore	3
Maximumscore	12
Behaalde maximumscore	12
Gemiddelde score	8,1
Standaarddeviatie	1,8
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,76

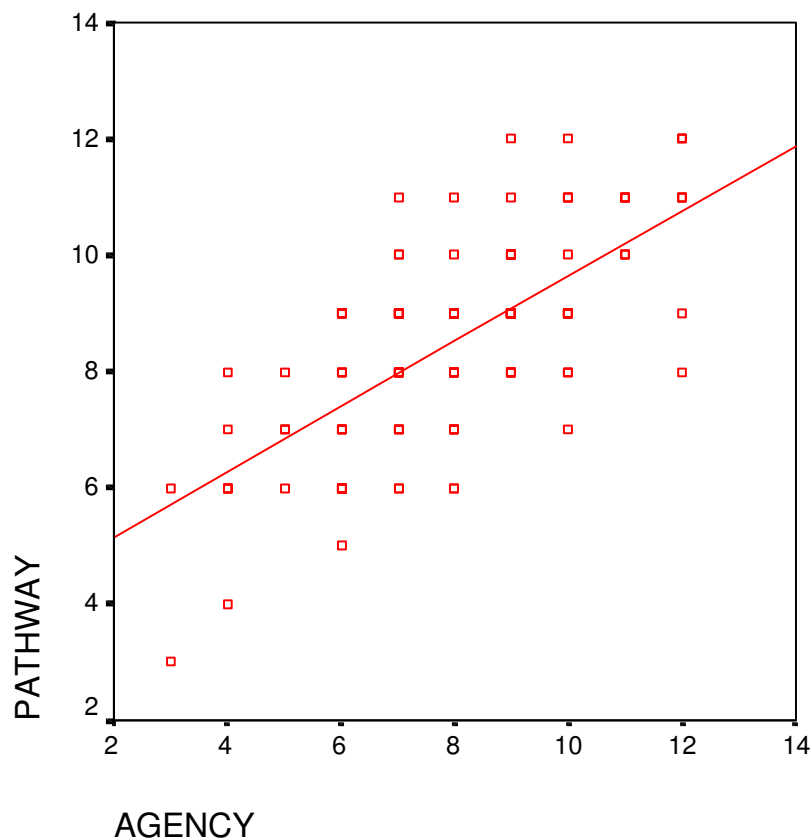
Adult State Hope – Subscale Pathway

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	213
Aantal gebruikte items	3
Minimumscore	3

Behaalde minimumscore	3
Maximumscore	12
Behaalde maximumscore	12
Gemiddelde score	8,5
Standaarddeviatie	1,5
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,71

Spreidingsdiagram Agency en Pathway Subschaal:



Correlatie tussen de subschalen: $r = 0,69$, Overschrijdingskans: 0,000

Adult-Trait Hope Scale

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	205
Aantal gebruikte items	8
Minimumscore	8
Behaalde minimumscore	12
Maximumscore	32
Behaalde maximumscore	32
Gemiddelde score	23,7
Standaarddeviatie	3,4
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,80

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach´s Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item Traitho1	0,7630
Item Traitho2	0,7665
Item Traitho 4	0,7824
Item Traitho 6	0,7754
Item Traitho 8	0,7762
Item Traitho 9	0,7956
Item Traitho 11	0,7890
Item Traitho 12	0,7777

Adult-Trait Hope Scale, Agency Subscale

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	209
Aantal gebruikte items	4
Minimumscore	4
Behaalde minimumscore	5
Maximumscore	16
Behaalde maximumscore	16
Gemiddelde score	11,7
Standaarddeviatie	1,8
Cronbach´s Alpha (betrouwbaarheid)	0,65

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach´s Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 2	0,6148
Item 9	0,5913
Item 10	0,5732
Item 12	0,5248

Adult-Trait Hope Scale, Pathway Subscale

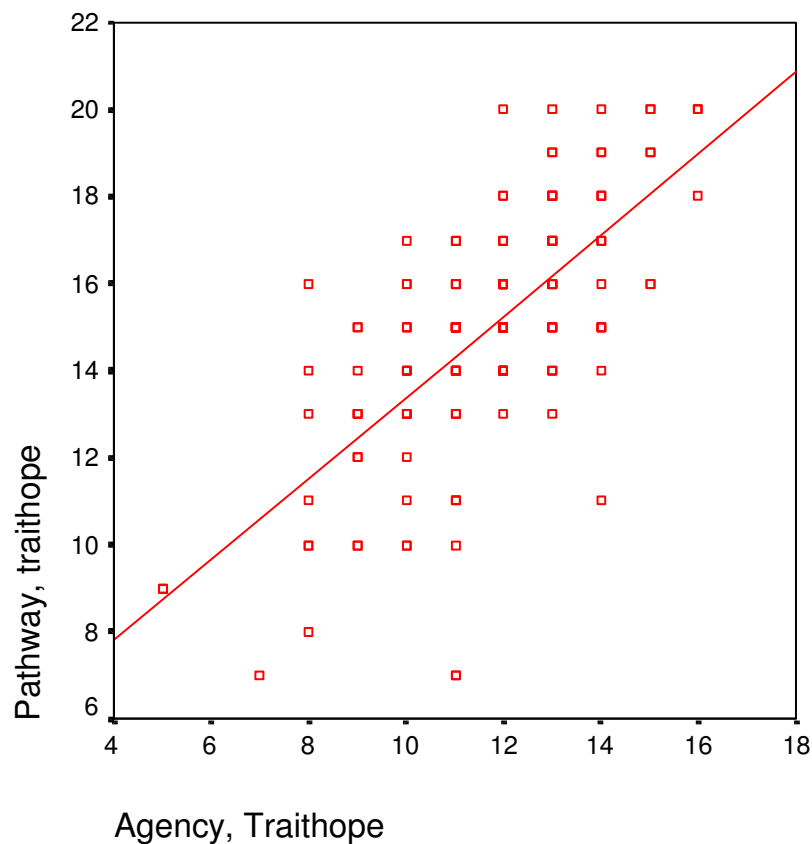
Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	210
Aantal gebruikte items	4
Minimumscore	4
Behaalde minimumscore	7
Maximumscore	16
Behaalde maximumscore	16
Gemiddelde score	14,9
Standaarddeviatie	2,5
Cronbach´s Alpha (betrouwbaarheid)	0,73

Item Totaal Correlaties:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item 1	0,6495
Item 4	0,6534
Item 6	0,6912
Item 8	0,6954

Spreidingsdiagram Pathway en Agency Subschaal:



Correlatie tussen de subschalen: $r = 0,7$ Overschrijdingskans: 0,000

LOT-R

Beschrijvende statistiek:

Aantal volledig ingevulde vragenlijsten	208
Aantal gebruikte items	6
Minimumscore	0
Behaalde minimumscore	2
Maximumscore	24
Behaalde maximumscore	24
Gemiddelde score	15,8
Standaarddeviatie	4
Cronbach's Alpha (betrouwbaarheid)	0,65

Item Totaal Correlaties LOT-R:

	Cronbach's Alpha na verwijderen van het desbetreffende item
Item Opt1	0,5990
Item Opt3	0,6670
Item Opt4	0,5609
Item Opt7	0,6332
Item Opt9	0,6109
Item Opt10	0,5877

Bijlage 2, Nederlandse versie vragenpakket

Geachte heer, mevrouw,

wij, Nina Czychon en Jessica de Bloom zijn studenten aan de Universiteit Twente. Wij doen onderzoek naar de relatie tussen positieve factoren en gezondheid bij oudere mensen.

Hiervoor vragen wij uw medewerking in de vorm van invullen van vragenlijsten.

Het invullen van de lijsten zal u ongeveer 20 minuten kosten.

Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

Als u daar prijs op stelt kunt u een kort verslag van onze onderzoeksbevindingen ontvangen.

Als u nog vragen heeft kunt u die stellen aan de aanwezige studenten of Professor J.J. Baneke van de Universiteit Twente.

Hartelijk dank.

Met hoogachting en vriendelijke groet,

Nina Czychon en Jessica de Bloom

Wilt u nu de onderstaande gegevens invullen?

Leeftijd: ... jaar

Geslacht: mannelijk vrouwelijk

Opleiding:

(Voormalig) beroep:

Burgerlijke staat:

ongetrouwd getrouwd gescheiden Weduwe/Weduwnaar

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een kruisje te zetten in de cel in de tabel kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft.

1 = absoluut niet mee eens

2 = niet mee eens

3 = mee eens

4 = absoluut mee eens

		Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Absoluut mee eens
Nr.	Uitspraak	1	2	3	4
01	Als ik in moeilijkheden zit weet ik altijd wel een manier om er uit te komen	1	2	3	4
02	Mijn doelen volg ik meestal met veel energie	1	2	3	4
03	Ik voel me vaak moe	1	2	3	4
04	Er bestaan talloze mogelijkheden om een probleem op te lossen	1	2	3	4
05	In een discussie voel ik me meestal snel in een hoek gedreven	1	2	3	4
06	Ik kan allerlei manieren bedenken om de dingen die in het leven het belangrijkste voor mij zijn te bereiken	1	2	3	4
07	Ik maak me dikwijls zorgen over mijn gezondheid	1	2	3	4

Nr	Uitspraak	Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Absoluut mee eens
08	Zelfs als anderen ontmoedigd raken, weet ik altijd nog wel een oplossing te vinden voor een probleem	1	2	3	4
09	Mijn ervaringen uit het verleden hebben me goed voorbereid op de toekomst	1	2	3	4
10	Ik heb in mijn leven behoorlijk veel succes gehad	1	2	3	4
11	Ik maak me best vaak zorgen	1	2	3	4
12	Ik bereik de doelen die ik mezelf gesteld heb	1	2	3	4

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over uw huidige persoonlijke doelen en ervaringen. Wilt u op de onderstaande schaal aangeven welk cijfer het beste aangeeft of die uitspraak op u, zoals u de laatste tijd bent, betrekking heeft. Dit kunt u doen door een kruisje in de cel met de cijfer te zetten achter de uitspraak.

1 = absoluut niet mee eens

2 = niet mee eens

3 = mee eens

4 = absoluut mee eens

		Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Absoluut mee eens
Nr.	Uitspraak				
01	Als ik nu in moeilijkheden zou zitten, zou ik veel manieren kunnen bedenken om er uit te komen				
02	De laatste tijd volg ik mijn doelen met veel energie				
03	Er bestaan talloze mogelijkheden om problemen die ik momenteel ervaar op te lossen				
04	Op dit moment zie ik mezelf als behoorlijk succesvol				
05	Ik kan veel manieren bedenken om mijn huidige doelen te bereiken				
06	Op dit moment bereik ik de doelen die ik mezelf gesteld heb				

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over hoe u zich de afgelopen week gevoeld heeft. Zet een kruisje in de cel van de tabel bij het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

	Tijdens de afgelopen week: ...	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
Nr.					
01	...stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen				
02	...had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht				
03	...bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen				
04	...voelde ik me even veel waard als ieder ander				
05	...had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden				
06	...voelde ik me gedeprimeerd				
07	...had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte				
08	...had ik goede hoop voor de toekomst				
09	...vond ik mijn leven een mislukking				
10	...voelde ik me bang				

	Tijdens de afgelopen week: ...	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
11	...sliep ik onrustig				
12	...was ik gelukkig				
13	...pratte ik minder dan gewoonlijk				
14	...voelde ik me eenzaam				
15	...waren de mensen onaardig				
16	...had ik geen plezier in het leven				
17	...had ik huilbuien				
18	...was ik treurig				
19	...had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden				
20	...kon ik maar niet op gang komen				

Hieronder vindt u een aantal uitspraken over persoonlijke doelen en ervaringen. Door een kruisje te zetten in de cel in de tabel kunt u aangeven in welke mate die uitspraak in het algemeen op u betrekking heeft.

Nr	Uitspraak	Absoluut niet mee eens	Niet mee eens	Weet niet	Mee eens	Absoluut mee eens
1	Op momenten van onzekerheid en twijfel, heb ik toch meestal de beste verwachtingen					
2	Ik kan me gemakkelijk ontspannen					
3	Als er iets in mijn leven mis kan gaan, dan gaat het ook mis					
4	Ik ben altijd optimistisch over mijn eigen toekomst					
5	Ik kan mijn vrienden veel plezier geven					
6	Het is belangrijk voor mij actief te blijven					
7	Ik verwacht eigenlijk nooit dat de dingen zullen lopen zoals ik graag zou willen dat ze lopen					
8	Ik raak niet snel opgewonden					
9	Ik reken er meestal niet op dat mij iets goeds zal overkomen					
10	Over het algemeen verwacht ik dat me meer goede dingen dan slechte dingen zullen overkomen					

Dit was de laatste vragenlijst. Bedankt voor het invullen.

Bijlage 3: Vragenpakket, Duitse versie

Sehr geehrte/r Teilnehmer/in an der Untersuchung,

wir, Nina Czychon und Jessica de Bloom sind Psychologie-Studenten an der Universität Twente. Wir untersuchen die Beziehung zwischen positiven Faktoren und Gesundheit bei Menschen über 65 Jahren.

Hiefür erbitten wir Ihre Mitarbeit in der Form von Ausfüllen der beiliegenden Fragebögen.

Das Ausfüllen der Fragebögen wird Sie ungefähr 20 Minuten kosten. Es ist sehr wichtig, dass Sie alle Fragebögen vollständig ausfüllen.

Ihre Angaben werden anonym verarbeitet und als vertraulich behandelt.

Wenn Sie möchten, können Sie einen kurzen Bericht über die Untersuchungsergebnisse erhalten.

Bei Rückfragen können Sie sich an Jessica de Bloom (Tel: 0031534328074) oder an den begleitenden Dozenten, Professor Joost Baneke (j.j.baneke@utwente.nl) wenden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Nina Czychon und Jessica de Bloom

Würden Sie nun folgende Angaben machen?

Alter: ... Jahre

Geschlecht: Männlich Weiblich

(Früherer) Beruf:

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden Witwe/r

Fragebogen „persönliche Ziele und Erfahrungen“

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre persönlichen Ziele und Erfahrungen.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann das Feld der Tabelle an, das am besten wiedergibt, wie Sie sich im Allgemeinen selbst sehen.

1= trifft absolut nicht zu

2= trifft nicht zu

3= trifft zu

4= trifft absolut zu

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
1	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, Schwierigkeiten zu überwinden	1	2	3	4
2	Ich verfolge meine Ziele energisch	1	2	3	4
3	Ich fühle mich meistens müde	1	2	3	4
4	Es gibt viel Möglichkeiten ein Problem zu lösen	1	2	3	4
5	In einem Streit fühle ich mich schnell in die Ecke getrieben	1	2	3	4
6	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, die Dinge zu bekommen, die mir am wichtigsten sind	1	2	3	4
7	Ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit	1	2	3	4
8	Sogar, wenn sich andere entmutigen lassen, weiß ich, dass ich noch eine Möglichkeit finden werde das Problem zu lösen	1	2	3	4

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
9	Meine Erfahrungen in der Vergangenheit haben mich gut auf die Zukunft vorbereitet	1	2	3	4
10	Ich war im Leben ziemlich erfolgreich	1	2	3	4
11	Ich mache mir häufig Sorgen über etwas	1	2	3	4
12	Ich erreiche die Ziele, die ich mir selbst gesetzt habe	1	2	3	4

Fragebogen „aktuelle persönliche Ziele“

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen über Ihre heutigen persönlichen Ziele und Erfahrungen.

Bitte lesen Sie jede Frage genau durch. Kreuzen Sie dann das Feld der Tabelle an, das am besten wiedergibt, wie Sie sich im Moment selbst sehen. Bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit und versuchen Sie sich auf das, was gerade in Ihrem Leben passiert zu konzentrieren.

1= trifft absolut nicht zu

2= trifft nicht zu

3= trifft zu

4= trifft absolut zu

Nr	Aussage	Trifft absolut <u>nicht</u> zu	Trifft <u>nicht</u> zu	Trifft zu	Trifft absolut zu
1	Wenn ich jetzt in Schwierigkeiten wäre, wüsste ich viele Möglichkeiten um sie zu bewältigen	1	2	3	4
2	Momentan verfolge ich meine Ziele mit viel Energie	1	2	3	4
3	Es gibt viele Möglichkeiten ein aktuelles Problem zu lösen	1	2	3	4
4	Im Moment sehe ich mich als besonders erfolgreich	1	2	3	4
5	Ich kann mir viele Möglichkeiten vorstellen, meine aktuellen Ziele zu erreichen	1	2	3	4
6	Zur Zeit erreiche ich die Ziele, die ich mir selber gesetzt habe	1	2	3	4

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, wie Sie sich in der vergangenen Woche gefühlt oder verhalten haben.

Bitte kreuzen Sie bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am besten beschreibt, wie oft Sie sich in der vergangenen Woche so gefühlt oder verhalten haben.

Selten oder nie = nie bzw an weniger als 1 Tag

Manchmal oder gelegentlich = an 1- 2 Tagen

Öfters oder häufig: an 3 – 4 Tagen

Meistens oder ständig = an 5 – 7 Tagen

Nr	In der vergangenen Woche...	Selten/ nie, unter 1 Tag	Manchmal gelegentlich 1-2 Tage	Öfter/ häufig 3-4 Tage	Meistens/ ständig, 5-7 Tage
1	...haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen				
2	...war mir nicht nach essen zumute, hatte ich keinen Appetit				
3	...hatte ich das Gefühl, selbst mit Hilfe meiner Familie oder Freunde, meinen Trübsinn nicht abschütteln zu können				
4	...hatte ich das Gefühl, ebenso gut wie andere Menschen zu sein				
5	...ist es mir schwer gefallen, mich auf die jeweilige Aufgabe zu konzentrieren				
6	...fühlte ich mich niedergeschlagen				
7	...empfand ich alles als anstrengend				
8	...blickte ich voller Zuversicht in die Zukunft				

Nr	In der vergangenen Woche...	Selten/ nie, unter 1 Tag	Manchmal gelegentlich 1-2 Tage	Öfter/ häufig 3-4 Tage	Meistens/ ständig, 5-7 Tage
9	...empfand ich mein Leben als gescheitert				
10	...war ich ängstlich				
11	...habe ich unruhig geschlafen				
12	...war ich glücklich				
13	...habe ich weniger als sonst geredet				
14	...fühlte ich mich einsam				
15	...waren die Menschen unfreundlich				
16	...hatte ich Spaß am Leben				
17	...musste ich grundlos weinen				
18	...war ich traurig				
19	...hatte ich das Gefühl, dass mich andere Menschen nicht mögen				
20	...bin ich nicht „in Gang“ gekommen				

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

Nr	Aussage	Trifft absolut nicht zu	Trifft kaum zu	Teils/ Teils	Trifft etwas zu	Trifft absolut zu
1	Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste					
2	Es fällt mir leicht zu entspannen					
3	Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch					
4	Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch					
5	In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl					
6	Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein					
7	Fast nie entwickeln sich Dinge nach meinen Vorstellungen					
8	Ich bin allzu leicht aus der Fassung zu bringen					
9	Ich zähle darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt					
10	Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren					

Das war der letzte Fragebogen. Herzlichen Dank.