

In hoeverre zijn de factoren schaamte, hoop, vertrouwen en paranoïde gedachten van invloed op het hulpzoekgedrag van ouderen met depressieve klachten.

To what extent are the factors shame, hope, trust and paranoid thoughts of influence on the helpseeking-behaviour of the elderly with depressive symptoms.

Bachelorthese Veiligheid & Gezondheid

Wolter de Vries, student Psychologie

s0051446

Begeleiders: Ernst Bohlmeijer en Stans Drossaert

Universiteit Twente

In opdracht van Mediant, GGz van Twente; o.l.v. Bernadette Duzijn.

Datum: 24-06-'08

## Samenvatting

**Achtergrond:** Volgens cijfers van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), zal het aantal ouderen in de toekomst verder toenemen. Door deze groei zal tevens het aantal ouderen met een psychische aandoening stijgen, waardoor ook de zorgvraag zal toenemen. Voor een juiste voorbereiding op deze stijging in hulpvraag is het van belang de factoren die het hulp zoeken beïnvloeden in kaart te brengen. Deze these beschrijft een onderzoek naar de hulpvraag van 65-plussers met een depressie en dan met name de factoren die van invloed zijn op het hulpzoekgedrag. Er is gekeken naar de rol die schaamte, hoop, vertrouwen en paranoïde gedachten hierin vervullen.

**Methode:** Er is een match gemaakt tussen twee verschillende groepen, de hulpzoekers (in behandeling bij Mediant) met  $n=80$  en de niet-hulpzoekers (de populatie) met  $n=1600$ . Met behulp van een gepaarde T-toets en een covariantie-analyse is gekeken welke invloed de variabelen schaamte, hoop, vertrouwen, paranoïde gedachten en een aantal demografische variabelen hebben op het hulpzoekgedrag van ouderen met een depressie.

**Resultaten:** Uit de resultaten is gebleken dat hoop en vertrouwen meer voorkomt bij de hulpzoekers, echter na correctie met leeftijd als covariante verdwenen de significante verschillen. Voor de overige variabelen, schaamte en paranoïde gedachten, zijn geen significante verschillen gevonden.

**Conclusie:** Uit dit onderzoek komt een voorlopige conclusie naar voren: leeftijd blijkt een significante voorspeller te zijn voor het zoeken van hulp bij depressieve klachten. Door de verschillende beperkingen van het onderzoek is het echter niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken over de precieze invloed van de verschillende variabelen.

## I. Inleiding

Psychische stoornissen komen in alle lagen van de bevolking en in alle leeftijdsgroepen voor, dus ook bij 65-plussers (Bijl et al., 1997). Er is veel onderzoek gedaan naar de verschillende psychische stoornissen en hun prevalentie. Deze these beschrijft een onderzoek naar depressie bij 65-plussers, met name: de factoren die van invloed zijn op het hulpzoekgedrag. Er is weinig onderzoek gedaan naar de precieze redenen waarom ouderen (65-plussers) niet naar hulp zoeken of waarom ze niet de behandeling krijgen die ze nodig hebben. Volgens de cijfers van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van SCP/RIVM, zal het aantal ouderen met een psychische aandoening in de periode van 2000-2020 met 44% stijgen (Berg Jeths et al., 2004). Door de groei van het aantal ouderen zullen ook de problemen die gepaard gaan met diagnose (onderdiagnose en ondersignalering) toenemen (Duzijn, in Ter Horst, 2006). Door het toenemend aantal ouderen (vergrijzing) is het belangrijk dat er op dit gebied meer onderzoek wordt gedaan. In deze bachelorthese zal er worden gekeken naar de rol die schaamte, hoop, vertrouwen en paranoiaïde gedachten hebben in het zoeken naar hulp van ouderen met depressieve klachten.

### **Depressie**

Een depressie is een toestand waarbij allerlei negatieve gevoelens de beleving van de cliënt overheersen. Volgens de DSM-IV (2000) heeft iemand een depressie, wanneer hij of zij gedurende twee weken last heeft van ten minste vijf van de negen symptomen en van de twee kernsymptomen moet er minstens één aanwezig zijn (DSM-IV, 2000). De twee kernsymptomen zijn: een neerslachtige stemming gedurende het grootste gedeelte van de dag en een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende de dag. De overige zeven symptomen zijn: eetproblemen, slaapproblemen, geagiteerd en rusteloos zijn, vermoeid en verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of overmatig schuld, concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid en als laatste de terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding.

Er is in de literatuur veel informatie te vinden over de prevalentie van depressie bij 65-plussers. Onder prevalentie verstaat men het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie). In onderzoek wordt er onderscheid gemaakt tussen een major depressie en een minor depressie (Beekman et al., 1997). Een minor depressie is een depressie die niet geheel voldoet aan de strenge diagnostische criteria. Voor een major depressie geldt dat de prevalentie loopt van 2,0% (Beekman et al., 1997) tot 5,7% (LASA, 1992). Voor de minor depressie is een prevalentie gevonden van 12,9% (Beekman et al, 1997) tot 13,5% (Lindesay et al., in Beekman et al., 1995). Voor 85-plussers is er een prevalentie gevonden voor de minor depressie van 15,4% (Stek et al., 2002) tot 25,3% (Fichter et al., 1995).

De verschillen in prevalenties zijn vermoedelijk te verklaren door de verschillen in tijdstip van onderzoek, verschillen in cultuur, verschillen in meetinstrumenten en verschillen in de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. In Nederland vervult de huisarts een poortwachtersfunctie (van der Meer et al., 1996), iedereen moet zich eerst melden bij de huisarts, de huisarts verwijst vervolgens door naar de gespecialiseerde gezondheidszorg. Dit kan zowel een hogere of een lagere prevalentie tot gevolg hebben door ondersignalering of onderdiagnostiek.

Er is een groot verschil te vinden in het vóórkomen van depressie tussen bewoners van verzorgingshuizen en ouderen die zelfstandig wonen. In een onderzoek van Anstey et al. (2007) wordt dit nader bekeken. Zij voerden een longitudinaal onderzoek uit onder ouderen in verzorgingshuizen en in de samenleving. De prevalentie van depressie bij bewoners in

verzorgingshuizen was in hun onderzoek 32%, terwijl dat bij zelfstandig wonende 65-plussers 14,4% was. Het aantal depressieve mensen in een verzorgingshuis ligt dus ruim twee maal hoger dan zelfstandig wonende. Uit dit onderzoek kwam nog een aantal conclusies naar voren: er was sprake van een toename van depressies bij het ouder worden. Daarnaast bleek dat bij ouderen met partner er meer depressieve symptomen waren, waarschijnlijk te verklaren door de angst voor het verlies van de partner. Anstey et al. geeft aan dat er mogelijk sprake kan zijn van een vertekend beeld; er zijn maar weinig mensen uit verzorgingshuizen onderzocht. Achteruitgang van het fysieke en het cognitieve welbevinden werd geassocieerd met een stijging van depressieve klachten op oudere leeftijd en wanneer ouderen verhuizen naar verzorgingshuis was dat een goede voorspeller voor depressie.

Naar de prevalentie van depressie is veel onderzoek gedaan, maar wat is nu eigenlijk de impact van een depressie? Wat zijn nu precies de gevolgen van een depressie voor een cliënt? Wanneer een psychische stoornis niet behandeld wordt, kan dit grote gevolgen hebben voor de gezondheid van een cliënt, zowel zijn geestelijke als lichamelijke. De kwaliteit van het leven gaat achteruit en er is sprake van een vergrote kans op voortijdig overlijden (Cuijpers & Smit, 2002; Pearson & Conwell, 1995).

In een verzameling van studies, uitgevoerd tussen 1997-2001, blijkt dat bij 44 van de 61 studies (71%) er een positieve relatie werd gevonden tussen depressie en dood (Katon, 2003). Een voorbeeld van een mogelijke relatie tussen depressie en dood is gevonden door Ferketisch (2000). Mannen met een depressie hebben ongeveer 2x zoveel kans om binnen een bepaalde periode te overlijden aan een hartkwaal, dan mannen zonder depressie met dezelfde hartkwaal. Of dit voortijdig overlijden wordt veroorzaakt door de depressie alleen is niet bekend. Waarschijnlijk heeft de grotere sterftekans te maken met factoren die samenhangen met depressie. Denk aan een ongezonde levensstijl (meer roken, weinig bewegen, ongezonde eetgewoonten), neiging tot suicide en verminderde motivatie tot herstel (Dalton et al., 2002).

Uit onderzoek komt naar voren dat depressie en angstproblematiek een grote nadelige invloed hebben op het ontwikkelen van lichamelijke klachten, sterftekans en op maatschappelijke participatie (Duzijn, in Ter Horst, 2006). Eerder onderzoek van Ormel et al. (1993) wees al uit dat het functioneren, het welzijn en de gezondheidsperceptie sterker worden aangetast door depressieve klachten dan door somatische aandoeningen.

Het is duidelijk dat een depressie een grote impact heeft op het leven van de cliënt en zijn omgeving. Daarom is het erg belangrijk dat een depressie wordt herkend, gediagnosticeerd en op de juiste manier wordt behandeld. Door het effectief behandelen van een depressie wordt de morbiditeit en mortaliteit verlaagd (Small, 1998) en ontstaan er mogelijkheden voor het verbeteren van de kwaliteit van leven en het behoud van een optimaal niveau van functioneren (Serby & Yu, 2003). Onderzoek toont aan dat depressie uitstekend te behandelen is (Serby & Yu) en dat het behandelen van depressie effectief is (Holtzheimer & Nemeroff, 2006). Daarom is het erg belangrijk dat er door de cliënt hulp wordt gezocht en dat de depressie op de juiste manier wordt behandeld.

### **Hulpzoekgedrag**

Hoewel depressie een van de meest behandelbare ziektes bij de ouderen is (Hitchcock et al., 2004), wordt een depressie niet altijd gesignaleerd (ondersignalering) of wordt er geen specifieke diagnose gesteld (onderdiagnostiek) (Ormel et al., 1993). Uit zijn onderzoek blijkt dat huisartsen bij twee van de drie cliënten met een depressie dit wel vermoeden, echter in minder dan een kwart van de gesignaleerde gevallen wordt daadwerkelijk de diagnose depressie gesteld.

Wat zijn nu precies de oorzaken van het niet signaleren? Wat de cliënt betreft, liggen deze oorzaken vooral in de manier waarop hij/zij de klachten uit. Depressies bij cliënten, die

vrijwel alleen somatische klachten uiten worden vaak niet gesignaleerd (Ormel et al., 1993). Tevens blijkt dat depressie vaak gepaard gaat met maladaptief gedrag (Bifulco et al., 2002). Door dit maladaptieve gedrag is het voor de cliënt moeilijk een relatie te ontwikkelen en anderen te vertrouwen, dit geldt tevens voor de relatie met artsen. Hierdoor is het voor de artsen moeilijk om de cliënten te diagnosticeren en te behandelen (Hahn et al., 1996 in Katon, 2003) en ontvangen de cliënten minder adequate hulp (Druss et al., 2002).

Daarnaast is er vaak nog sprake van onderbehandeling. Dit betekent dat bij cliënten waarbij er wel een depressie wordt gediagnosticeerd, voor een verkeerde of onvolledige behandeling wordt gekozen. Denk hierbij aan te weinig specifieke interventies, te weinig follow-up en gebrek aan psycho-educatie (Ormel et al., 1993).

Het blijkt dat wanneer ouderen zover zijn dat ze hulp zoeken, ze vervolgens niet de juiste of onvoldoende hulp krijgen aangeboden. De barrières die ouderen tegen komen bij het zoeken naar hulp zijn grofweg te verdelen in structurele en attitude barrières. Het is belangrijk deze barrières te minimaliseren en de factoren die het hulp zoeken bevorderen te maximaliseren, waardoor de drempel tot het zoeken van hulp wordt verlaagd (Thompson et al., 2004).

#### *Structurele barrières*

Dit zijn de barrières die geheel buiten de cliënt om gaan, maar die hen in de weg staan bij het zoeken naar hulp. Hierbij val te denken aan: gebrek aan tijd, de toegankelijkheid van voorzieningen of gebrek aan financiële middelen. Maar ook onderdiagnostiek en ondersignalering vallen hieronder, daar dit voor een deel kan worden toegeschreven aan het functioneren van de arts. Uit een onderzoek van Bartels et al. (2002, in Ter Horst, 2006) blijkt dat veel ouderen die wel hulp zoeken, vervolgens worden behandeld door een arts die niet bekwaam is in het herkennen en behandelen van de psychische stoornissen. In 71% van de gevallen is de huisarts de eerste persoon waarmee contact wordt opgenomen. Dit komt met name doordat in Nederland de gespecialiseerde gezondheidszorg pas bereikbaar is met een doorverwijzing van de huisarts, de huisarts vervult een poortwachtersfunctie. Men kan dus moeilijk rechtstreeks contact opnemen met de GGz, hoewel sinds 1 januari 2008 eerstelijnspsychologen zonder verwijzing toegankelijk zijn (NIP, 2008).

Volgens Bushnell et al. (2005) is de huisarts voor de meeste mensen met psychische klachten de meest toegankelijke zorgvoorziening. In zijn onderzoek onderzocht hij waarom cliënten er voor kozen om niet te praten tegen de huisarts over hun psychische problemen. Hieruit kwam naar voren dat 29,8% van de personen niet sprak over zelf waargenomen problemen. Als belangrijkste reden werd aangedragen dat de personen de huisarts niet zagen als de juiste persoon, of dat er helemaal niet werd gepraat over psychische problemen. Ook het stigma omtrent het spreken over psychische problemen werd als een belangrijke reden gezien.

#### *Attitude barrières*

Deze barrière ontstaat door opvattingen van mensen ten opzichte van psychische problemen. De barrière hoeft niet alleen op te treden bij de cliënt, maar kan ook ontstaan bij de huisarts. Voorbeelden van mogelijke barrières zijn: cliënten vinden het hebben van een psychische stoornis gênant en een psychische stoornis wordt geassocieerd met het hebben van slechte sociale vaardigheden. Hierdoor zijn ze minder snel geneigd hulp te zoeken (Segal et al., 2005). Wanneer men echter een positieve houding heeft ten opzichte van het zoeken naar hulp én vertrouwen heeft in de hulp van de huisarts, dan zijn dit significante voorspellers voor het daadwerkelijk zoeken naar hulp (Komiti et al., 2006). Dit betekent dat wanneer ouderen welwillend zijn ten opzichte van het zoeken naar hulp, zij ook daadwerkelijk over gaan tot het zoeken naar hulp.

Veel ouderen zien depressie en afhankelijker worden als onderdelen van het ouder worden. Een oudere leeftijd wordt niet alleen onafhankelijk geassocieerd met lage verwachtingen omtrent het ouder worden, maar ook met het hechten van minder belang aan het zoeken van gezondheidszorg (Sarkisian et al., 2002). Dus ook de voorstelling die iemand heeft van het ouder worden, kan een barrière vormen bij het zoeken naar hulp.

Uit onderzoek van Hadas and Midlarsky (2000) blijkt dat er geen duidelijk model is dat een sterke voorspeller is voor het zoeken naar hulp. Uit hun onderzoek komt naar voren dat ouderen vooral een voorkeur hebben voor het morele model gevolgd door het compensatorisch model. Ouderen in het morele model voelen zichzelf verantwoordelijk voor het ontstaan van de problemen en voor het oplossen ervan. Zij preferen individuele oplossingen vooral door zelfhulp. Voor ouderen uit het compensatorisch model geldt juist dat ze zichzelf wel verantwoordelijk voelen voor het oplossen van het probleem, maar juist niet voor het veroorzaken van het probleem. Ook bij het accepteren van de doorverwijzing van de huisarts zijn er verschillen tussen de modellen. Ouderen uit het morele model zullen sneller een doorverwijzing accepteren, uit het compensatorisch model zullen daarentegen juist sneller een doorverwijzing weigeren. Het morele model is het enige helporiëntatie model dat niet wordt geassocieerd met een hogere mogelijkheid van weigering, en hierdoor ook de minste kans heeft tot het vormen van een barrière bij het zoeken naar hulp (Ray et al., in Hadas & Midlarsky 2000). De houding en de intentie die ouderen hebben bij het doorverwijzen en bij het zoeken naar hulp in het algemeen lijkt dus erg belangrijk te zijn.

Drieschner et al. (2003) schrijft dat er zes determinanten zijn die van invloed zijn op de motivatie (intentie) tot het zoeken van hulp: Probleem herkenning, het niveau van lijden, externe druk, waargenomen kosten van behandeling, waargenomen geschiktheid van de behandeling en verwachting over de uitkomsten. Deze zes determinanten kunnen zorgen voor een verhoging van de motivatie voor het zoeken van hulp of juist voor een vermindering. Een hoog niveau van lijden, bijvoorbeeld door veel pijn of veel hinder van depressieve symptomen, kan zorgen voor een verhoging van de motivatie bij het zoeken van hulp. Lage verwachtingen over de uitkomst zorgt juist voor een vermindering van de motivatie.

In deze these zal hier verder op in worden gegaan door te kijken naar factoren die verder nog van invloed zijn op het zoeken naar hulp. Er wordt gekeken naar de rol die schaamte, hoop en paranoïde gedachten hierin vervullen.

## **Schaamte**

Schaamte wordt gezien als een ervaring van ongemak, over het algemeen geassocieerd met het schenden van individuele gevoelens van de 'zelf' (Marsella in Takeuchi et al., 1988).

Ieder persoon ervaart wel eens gevoelens van schaamte, het is een normaal onderdeel van het dagelijkse leven. Een continu gevoel van schaamte kan echter ongezond zijn en kan worden geassocieerd met verschillende psychische symptomen (Mills, 2005). Iemand die erg gevoelig is voor schaamte is vaak in het dagelijkse leven niet in staat goed te functioneren (Lewis in Mills, 2005).

Het is duidelijk dat schaamte een belangrijke rol kan spelen in het leven van ieder individu. Tevens kan de psychische stoornis depressie in verband worden gebracht met schaamte. Uit een onderzoek van Crossley and Rockett (2005) komt naar voren dat wanneer ouderen hoog score op depressie en angst symptomen, zij ook hoog scoren op schaamte. Alhoewel er geen sprake is van een causaal verband, lijkt het er wel op dat hoe depressiever een persoon is, hoe meer schaamte hij ervaart en hoe moeilijker het voor hem is om hulp te accepteren. Takeuchi et al. (1988) vond ongeveer gelijke resultaten. Hij vond dat schaamte een belangrijke barrière vormde bij het zoeken naar hulp bij emotionele problemen (depressie) bij verschillende etnische groepen.

Eerder was al opgemerkt dat het niveau van lijden kan zorgen voor een vermindering van motivatie voor het zoeken naar hulp. Het niveau van lijden kan worden bepaald door de ernst van symptomen, maar ook door secundaire aspecten zoals fysieke, sociale, economische consequenties en door schaamte (Drieschner et al., 2003). Schaamte kan volgens Drieschner zorgen voor een vermindering van motivatie en treedt dus op als een soort barrière. Te verwachten is dat schaamte een barrière vormt bij het zoeken naar hulp, het is dus te verwachten dat niet-hulpzoekers meer schaamte ervaren dan hulpzoekers. In dit onderzoek zal er expliciet worden gekeken naar de rol die schaamte vervult bij het zoeken naar hulp door ouderen met depressieve klachten.

### **Hoop en vertrouwen**

In het artikel van Bergin & Walsh (2005) zijn verschillende definities van hoop te vinden: Dufault & Matocchio (1985) definiëren hoop als een vaste maar onzekere verwachting van toekomstige voorspoed, welk, voor de hoopvolle persoon, mogelijk realistisch is en persoonlijk significant; Snyder et al. (1991) zien hoop als een rationeel proces dat een effect heeft op gedrag. Wanneer mensen veel hoop en vertrouwen hebben, dan wordt dit geassocieerd met een positieve gezondheidssuitkomst (Clarke, 2003). De factor hoop kan van invloed zijn op de gezondheid. Volgens Snyder (1994, in Bergin & Walsh, 2005) wordt de hoeveelheid hoop vooral bepaald door de positieve benadering van de therapeut. Dus hoe positiever de benadering van de therapeut, hoe hoopvoller de cliënt.

Depressieve ouderen rapporteren dat ze niet geheel hopeloos zijn (Snyder et al., 1991). Bij het "willen doodgaan" is de rol van hopeloosheid groter dan de rol van depressie (Chochinov, 1998). Ook bij het ontstaan van depressie lijkt (het ontbreken van) hoop een belangrijke rol te spelen.

Helaas is er geen literatuur te vinden over de rol van hoop en vertrouwen vóór de behandeling, alle gevonden literatuur richt zich op de rol tijdens de behandeling. De invloed van hoop en vertrouwen op hulpzoekgedrag is evenzeer weinig onderzocht. Aangezien Clarke (2003) al schreef dat hoop en vertrouwen wordt geassocieerd met een positiever verwachting over de gezondheid. Wanneer hier aan wordt toegevoegd dat het te verwachten is dat de gezondheidsverwachting van de hulpzoekers positiever is, omdat ze immers al in behandeling zijn; is het te verwachten dat hulpzoekers meer hoop ervaren dan de niet-hulpzoekers. Tevens is te verwachten dat hulpzoekers meer vertrouwen hebben dan niet-hulpzoekers.

### **Paranoïde gedachten**

Paranoïde gedachten zijn gedachten die onder ander voorkomen bij cluster A persoonlijkheidsstoornissen. Mensen die met deze stoornis zijn gediagnosticeerd zijn wantrouwend en achterdochtig. Ze handelen op basis van achterdochtige ideeën over anderen en zijn ervan overtuigd dat hun visie de juiste is (DSM IV, 2000). De paranoïde persoonlijkheidsstoornis in engere zin, is een type stoornis die niet vaak voorkomt. De prevalentie loopt van 0,9% (Torgersen et al., 2001) tot 5,6% (Ekselius et al., 2001).

Volgens Abrams & Bromberg (2006) worden persoonlijkheidsstoornissen gezien als blijvend en langdurig en volgens hen bestaat er een positieve correlatie tussen het ontstaan van depressies en persoonlijkheidsstoornissen. Wanneer iemand een persoonlijkheidsstoornis heeft dan zal dit de kans vergroten op een depressie. Deze comorbiditeit heeft ook invloed op het behandelproces van depressie; een persoonlijkheidsstoornis kan invloed hebben op verzet tegen behandeling van depressie (Dunner, 2005).

Wat nu precies de invloed is van paranoïde gedachten op het zoeken naar hulp is niet onderzocht. Wel is bekend dat mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis niet snel

behandeling zoeken, iets meer dan de helft van de mensen (51%) met een cluster A persoonlijkheidsstoornis zoekt nooit behandeling (Parnas et al. 1993, op Trimbos, 2008). Het lijkt dat er sprake is van een relatie tussen paranoïde gedachten en de hulpvraag van mensen. Door een verhoogde mate van wantrouwen en achterdocht bij paranoïde gedachten, is het te verwachten dat mensen met meer paranoïde gedachten minder snel hulp zoeken voor depressieve klachten.

### **Onderzoek**

Het kan gesteld worden dat de hulpzoekers meer hoop en meer vertrouwen hebben dan de niet-hulpzoekers. Tevens kan gesteld worden dat de niet-hulpzoeker meer schaamte en meer paranoïde gedachten ervaren dan de hulpzoekers. Er is echter nog geen onderzoek verricht naar de precieze significante invloeden van de verschillende variabelen en het hulpzoekgedrag. Om dit verder te onderzoeken is de volgende vraagstelling geformuleerd:

### **In hoeverre zijn de factoren schaamte, hoop, vertrouwen en paranoïde gedachten van invloed op het hulpzoekgedrag van ouderen met depressieve klachten?**

Om deze vraagstelling verder uit te werken, worden de volgende hypothesen gebruikt:

1. Er wordt verwacht dat vrouwen meer hulp zoeken dan mannen.
2. Er wordt verwacht dat niet-hulpzoekers meer schaamte (en de subschalen van schaamte) ervaren, dan hulpzoekers bij het zoeken naar hulp voor depressieve klachten.
3. Er wordt verwacht dat niet-hulpzoekers minder hoop hebben dan hulpzoekers, bij het zoeken naar hulp voor depressieve klachten.
4. Er wordt verwacht dat niet-hulpzoekers minder vertrouwen hebben dan hulpzoekers bij het zoeken naar hulp voor depressieve klachten.
5. Er wordt verwacht dat niet-hulpzoekers meer paranoïde gedachten hebben dan hulpzoekers bij het zoeken naar hulp voor depressieve klachten.

## **II. Methode**

### **Aanleiding**

Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek uitgevoerd door Mediant; gericht op het verkrijgen van inzicht in de zorgvraag van ouderen en de factoren die van invloed zijn op de vraag naar zorg. Om dit te onderzoeken zijn er twee groepen mensen onderzocht; de populatie en de cliënten. Bij de populatie is een onderzoek uitgevoerd onder 1600 vijftigplussers in Twente. Deze 50-plussers kregen vragen over hun attitude t.a.v. GGz, SES, demografie, psychische gezondheid, alcohol- en middelengebruik. In het onderzoek zijn dit de *niet-hulpzoekers*. De andere groep bestond uit cliënten van Mediant, in dit onderzoek de *hulpzoekers*. Deze groep bevatte 80 personen uit het circuit ouderen bij Mediant, onderzocht in de periode maart 2005 tot september 2006. Al deze personen staan onder behandeling bij Mediant, bij hen werd een onderzoek uitgevoerd naar de psychische klachten in relatie tot hoop en schaamte.

### **Instrumenten**

#### *BSI (Brief Symptom Inventory)*

De BSI is een verkorte versie van de SCL-90, deze vragenlijst wordt gebruikt voor het inventariseren van de klachten. De SCL-90 bestaat uit 90 items verdeeld in een 5-punt Likert-



schaal. Waarbij antwoordmogelijkheden variëren van helemaal niet tot heel erg. De BSI is verkort naar 53 items die verschillende psychopathologische dimensies meet. Met behulp van de BSI wordt er een score bepaald op verschillende dimensies: somatische klachten, cognitieve klachten, inter-persoonlijke gevoeligheid, depressie, angst, hostiliteit, fobische klachten, paranoïde gedachten en psychoticisme. De betrouwbaarheid van een vragenlijst wordt uitgedrukt in Cronbach's Alpha, de analyse van de BSI (53 items) geeft een Cronbach's Alpha van 0,963. De relevant subdomeinen voor dit onderzoek zijn: depressie, deze heeft een Cronbach's Alpha van 0,856 (6 items) en paranoïde (5 items) met een Cronbach's Alpha van 0,808.

#### VPDE (Vragen voor persoonlijke doelen en ervaringen)

Deze vragenlijst meet hoop en vertrouwen in 33 items. Het scoren gebeurt in een 5-punt Likert schaal variërend van absoluut niet eens tot absoluut eens. De eerste 12 items zijn gericht op het meten van hoop, de overige op het meten van vertrouwen (21 items). Aangezien niet alle items bijdrage aan een goede betrouwbaarheid, is er een aantal items verwijderd. Een betrouwbaarheidsanalyse levert een Cronbach's Alpha voor hoop op van 0,851 (8 items) en voor vertrouwen een Cronbach's Alpha van 0,773 (19 items).

#### ESS (Ervaringen met Schaamte)

De ESS is een vragenlijst ontwikkeld voor het meten van schaamte, onder te verdelen in 3 subdomeinen; karakteristieke schaamte, schaamte over gedrag en schaamte over lichamelijke functies. De vragenlijst bevat 25 items en het scoren gebeurt in een 4-punts Likert schaal variërend van helemaal niet erg tot heel erg. De eerste 12 items bepaalt de score van het eerste subdomein, de karakteristieke schaamte en heeft een Cronbach's Alpha van 0,911. De items 13 t/m 21 geeft een score voor het subdomein schaamte over gedrag en een heeft een Cronbach's Alpha van 0,913. De overige items, 22 t/m 25, geeft een score voor schaamte over lichamelijke functies en heeft een Cronbach's Alpha van 0,860.

### **Analyse**

Om een antwoord te vinden op de gestelde hypothesen wordt in dit onderzoek gekeken naar de invloed van de variabelen schaamte, hoop, vertrouwen en paranoïde gedachten op het zoeken naar hulp van ouderen met depressieve klachten.

Voor het analyseren van beide steekproeven zijn beide groepen gematched op totaalscores van depressie. Eerst worden de scores van depressie oplopend gesorteerd met behulp van de functie 'sort cases' in het software programma SPSS. Na het sorteren worden beide steekproeven samengevoegd en wordt de niet bruikbare invoer verwijderd met behulp van de functie 'select cases'. De totaalscores van depressie uit de BSI bestaat uit 6 items. Bij de hulpzoekers komen hogere scores voor op depressie dan bij de niet-hulpzoekers, door de match worden deze personen niet meegenomen. De scores op depressie vallen hierdoor lager uit dan wanneer er gekeken wordt naar de cliëntengroep afzonderlijk. Ook vallen er veel deelnemers weg doordat er op een aantal items geen score is ingevuld, als gevolg hebben zij dan ook geen totaalscore. Uiteindelijk levert de match 56 bruikbare paren op.

De paren worden vergeleken met de totaalscores en subtotalen van de ESS en VPDE, vervolgens worden de variabelen tweezijdig getoetst met de gepaarde T-toets, bij een  $\alpha < 0,05$ . Om te bepalen of de gevonden relatie wordt bepaald door de afhankelijke variabele of door een van de demografische variabelen, wordt er een covariantie-analyse uitgevoerd met de multivariate toets, bij een  $\alpha < 0,05$ .

### III. Resultaten

Alle statistische analyse is gedaan met behulp van het software programma SPSS. Tabel 1 geeft een overzicht van de deelnemers van beide groepen. Met daarin opgenomen de gemiddelde leeftijd, sekse en opleidingsniveau met hun significantieniveau. In tabel 2 zijn de gemiddelde scores op schaamte, hoop, vertrouwen, paranoïde gedachten en BSI-totaal tussen niet-hulpzoekers en hulpzoekers met depressieve klachten opgenomen. Tevens zijn opgenomen de uitkomsten van de T-toets, gecorrigeerd met een covariantie-analyse met leeftijd als covariante.

Tabel 1  
Overzicht gemiddelde scores van de demografische variabelen van niet-hulpzoekers en hulpzoekers

Demografische Variabele	Niet-hulpzoekers	Hulpzoekers	T(df) <sup>1</sup>
<b>Leeftijd</b>	66,78(±11,48)	74,35(±8,04)	<b>-4,402(50)*</b>
<b>Sekse %vrouwen</b>	57,1%	66,1%	<b>-0,942(52)</b>
<b>Opleidingsniveau %</b>			<b>0,211(39)</b>
<i>Geen</i>	3,6%	1,8%	
<i>LO</i>	23,2%	21,4%	
<i>LBO/VBO</i>	32,1%	16,1%	
<i>MAVO/(M)ULO/HAVO</i>	19,6%	21,4%	
<i>MBO</i>	7,1%	3,6%	
<i>HAVO/MMS/HBS/VWO</i>	5,4%	0%	
<i>HBO</i>	7,1%	7,1%	
<i>WO</i>	1,8%	0%	

<sup>1</sup>: \*= p < 0,05; met gepaarde T-toets

Uit tabel 1 is af te lezen dat de variabele leeftijd significant is. De variabele sekse en opleidingsniveau zijn daarentegen niet significant. De hypothese dat vrouwen meer hulp zoeken dan mannen is dus te verwerpen, hypothese 1 wordt daarmee niet bevestigd. Tevens is te zien dat de gemiddelde leeftijd van niet-hulpzoekers significant lager is dan de leeftijd van hulpzoekers.

Tabel 2  
Gemiddelde scores op schaamte, hoop, vertrouwen en paranoïde gedachten tussen niet-hulpzoekers en hulpzoekers met depressieve klachten

Variabele	Niet-hulpzoekers (populatie)	hulpzoekers (cliënten)	T (df) <sup>1</sup>
<b>Afhankelijke Variabelen (min en max score)</b>	Mean (SD)	Mean (SD)	
<b>Schaamte (25-100)</b>	41,76(±14,74)	40,76(±12,66)	<b>-0,348(33)</b>
<b>Schaamte Karakter (12-48)</b>	20,34(±7,59)	19,66(±7,13)	<b>-0,475(37)</b>
<b>Schaamte Gedrag (9-36)</b>	15,22(±5,87)	14,86(±5,35)	<b>-0,306(36)</b>
<b>Schaamte Lichaam (4-16)</b>	6,25(±2,81)	5,78(±2,97)	<b>-0,708(39)</b>
<b>Hoop (8-40)</b>	23,66(±6,48)	30,77(±5,37)	<b>4,610(34)*<sup>2</sup></b>
<b>Vertrouwen (19-95)</b>	58,31(±6,45)	69,85(±9,47)	<b>4,568(12)*<sup>2</sup></b>
<b>Paranoïde gedachten (5-25)</b>	9,47(±4,80)	8,92(±3,85)	<b>-0,755(48)</b>
<b>BSI-totaal (53-265)</b>	100,24(±39,98)	103,80(±27,98)	<b>0,943(53)</b>

<sup>1</sup> : \*= p < 0,05; met gepaarde T-toets

<sup>2</sup>: na covariantie-analyse, met leeftijd als covariante p > 0,05.

In tabel 2 staat de analyse van de verschillende afhankelijke variabelen en hun bijbehorende scores. Tevens zijn in deze tabel de T waarden opgenomen waarmee het significantie niveau is bepaald van de verschillende variabelen en de gecorrigeerde waarde na covariantie-analyse met leeftijd als covariante.

#### *Depressie en Schaamte*

De hypothese dat niet-hulpzoekers meer schaamte ervaren dan hulpzoekers bij het zoeken naar hulp voor depressieve klachten is niet bevestigd. Hypothese 2 kan dus worden verworpen. Dit geldt voor het totale niveau van schaamte en ook voor de subschalen karakter, gedrag en lichaam.

#### *Depressie en hoop*

Op het eerste gezicht leek de hypothese dat niet-hulpzoekers minder hoop hebben dan hulpzoekers te worden bevestigd. Echter na correctie met leeftijd als covariante verdween het significante verschil. Uiteindelijk kon hypothese 3 alsnog worden verworpen.

#### *Depressie en vertrouwen*

Op het eerste gezicht leek de hypothese dat niet-hulpzoekers lager scoren in vertrouwen dan hulpzoekers te worden bevestigd. Echter na correctie met leeftijd als covariante verdween het significante verschil. Hypothese 4 kon alsnog worden verworpen.

#### *Depressie en paranoïde gedachten*

De hypothese dat niet-hulpzoekers meer paranoïde gedachten hebben dan hulpzoekers is niet bevestigd. Hypothese 5 kan dus worden verworpen.

## IV. Discussie

### **Conclusie**

Eerder onderzoek wijst uit dat het aantal ouderen met een psychische aandoening de komende jaren flink zal stijgen. Door deze toename is het belangrijk dat er op het gebied van de hulpvraag van ouderen meer onderzoek wordt gedaan, zodat de ouderen van de toekomst ook op voldoende en goede zorg kunnen rekenen. Deze these beschrijft een onderzoek naar de variabelen van invloed op het zoeken naar hulp van ouderen met depressieve klachten.

In eerste instantie leken de variabelen hoop en vertrouwen van invloed te zijn op het hulpzoekgedrag. Een mogelijke verklaring voor deze vermeende invloed is het feit dat de hulpzoekers al een tijd in behandeling zijn bij Mediant. Hierdoor is hun verwachting over hun gezondheid positiever en hebben ze dus meer hoop en vertrouwen (Clarke, 2003).

Echter na een covariantie-analyse bleek alleen de demografische variabele leeftijd een voorspeller te zijn voor het hulpzoekgedrag: hoe ouder de persoon, des te sneller wordt er hulp gezocht. Dit sluit aan bij eerder onderzoek dat laat zien dat ouderen geloven dat gezondheidsissues belangrijk zijn en waarde hechten aan toegankelijkheid van zorg (Robb et al., 2003).

Voor de overige variabelen werden echter geen significante verschillen gevonden. Hoewel het te verwachten was dat de niet-hulpzoekers meer schaamte ervaren dan de hulpzoekers, omdat schaamte immers als een barrière kan optreden bij het zoeken naar hulp (Takeuchi et al., 1988; Drieschner, 2003). Wanneer gekeken wordt naar de gemiddelde scores van hulpzoekers en niet-hulpzoekers op schaamte, dan valt op dat de niet-hulpzoekers inderdaad hoger scoren dan de hulpzoekers. Al is het verschil niet groot genoeg voor een significant resultaat. Bij een grotere groep hulpzoekers is het te verwachten dat de verschillen wel een significant resultaat geven. Mogelijk heeft de factor depressie ook nog invloed op schaamte. Crossley and Rockett (2005) gaven immers al aan dat er mogelijk sprake is van een relatie tussen depressie en schaamte; een hoge score op depressieve symptomen betekende volgens hen ook een hoge score op schaamte. Aangezien we in dit onderzoek hebben gematched op de scores van depressie, is het waarschijnlijk dat dit invloed heeft gehad op de schaamtescores.

Tevens was het te verwachten dat de variabele sekse van invloed was op het hulpzoekgedrag. Uit de literatuur blijkt dat vrouwen over het algemeen meer gebruik maken van de gezondheidszorg dan mannen (Koopmans & Lamers, 2006). In dit onderzoek zijn de vrouwen in de meerderheid bij de hulpzoekers, toch is er echter niet sprake van een significant resultaat. Mogelijk speelt de factor depressie hier een belangrijke rol in. Doordat beide groepen zijn gematched op depressie en depressie twee maal zo veel voorkomt bij vrouwen als bij mannen (Schoemaker et al., 2005), zijn er in de eindmatch overwegend meer vrouwen aanwezig, zowel bij de hulpzoekers als de niet-hulpzoekers.

### **Beperkingen**

Bij dit onderzoek is een aantal beperkingen te benoemen. Allereerst is er een beperking bij de groep van de hulpzoekers. De hulpzoekers zijn al een tijd in therapie bij Mediant. Mogelijk heeft de therapie zelf invloed gehad op hoop, vertrouwen en schaamte. Hierdoor is het niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken, aangezien de invloed van de behandeling zelf niet is onderzocht. Het zou beter zijn geweest wanneer er gekeken was naar de hoeveelheid hoop, vertrouwen en schaamte op het moment van aanmelding, zodat er precies kan worden bepaald in welke mate deze factoren van invloed zijn geweest op het hulpzoekgedrag.

Een tweede beperking is de grootte van de groep van de hulpzoekers. Deze bestond

uit 80 personen, terwijl de groep van de niet-hulpzoekers bestond uit 1600 personen. De kleine groep hulpzoekers maakt het onderzoek minder betrouwbaar en valide.

De derde beperking is het verschil in leeftijdsgrens, de groepen verschilden in minimale leeftijd van deelname. Bij de niet-hulpzoekers was dit 50-plus, maar bij de hulpzoekers was dit 65-plus. Dit verschil in leeftijd tussen de twee groepen kan een vertekend beeld geven en kan de oorzaak zijn van de significante relatie tussen leeftijd en hulpzoekgedrag.

De laatste beperking is de opbouw en structuur van het onderzoek; er is een verschil in afgenomen vragenlijsten, verschil in tijdstip van interview en verschil in therapie. Deze verschillen zouden kunnen leiden tot verkeerde resultaten en dit zou weer kunnen leiden tot verkeerde conclusies.

### **Implicaties**

Uit dit onderzoek komt een voorlopige conclusie naar voren: leeftijd blijkt een significante voorspeller te zijn voor het zoeken van hulp bij depressieve klachten. Door de verschillende beperkingen is het echter niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken over de precieze invloed van de verschillende variabelen.

Voor vervolgonderzoek is het interessant om de groepsgrootte van de hulpzoekers flink te vergroten, zodat de analyse meer betrouwbaar en valide wordt. Tevens is het aan te rade dit onderzoek opnieuw uit te voeren onder een groep hulpzoekers die nog niet in therapie zijn, maar net op het punt staan in therapie te gaan. Zodat er gekeken kan worden naar de hoeveelheid hoop, vertrouwen en schaamte op het moment van aanmelding. Daarnaast is het belangrijk dat in vervolgonderzoek gebruik wordt gemaakt van gestructureerde interviews, zodat alle resultaten op dezelfde manier zijn verkregen.

Het is interessant om uit te zoeken welke andere stoornissen invloed hebben op het hulpzoekgedrag, en is het nuttig om de eigenschappen van de daadwerkelijke hulpzoeker in kaart te brengen. Dus met welke stoornis zoeken cliënten juist hulp, welke factoren beïnvloeden het zoeken van hulp en op welke manier kan dit worden verbeterd? Het verbeteren van de kennis over de cliëntenpopulatie is een noodzakelijk voorwaarde voor het ontwikkelen van preventieve maatregelen. Juist als de preventieve zorg beter gericht is op de kenmerken van de cliëntenpopulatie kunnen ouderen met klachten eerder worden gediagnosticeerd en behandeld.

### **Referenties**

- Abrams, R.C., Bromberg, C.E. (2006). Personality disorders in the elderly: a flagging field of inquiry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1013-1017.
- Anstey, K.J., von Sanden, C., Hons, B.A., Sargent-Cox, K., Luszcz, M.A. (2007). Prevalence and Risk Factors for Depression in a Longitudinal, Population-Based Study Including Individuals in the Community and Residential Care. *Am J Geriatric Psychiatry*, 15:6, 497-505.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Tilburg, T., Smit, J.H., Hooijer, C., van Tilburg, W., (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J. Affect. Disord.* 36, 65–75.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Tilburg, T.G., Schoevers, R.A., Smit, J.H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. (1997). Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 294-308.
- Berg Jeths, A. van den, Timmermans, J.M., Hoeymans, N., Woittiez, I.B., (2004). *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghem.

- Bergin, L., Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Bifulco, A., Moran, P., Ball, C., Bernazzoni, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 50–59.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het Nemesis-onderzoek. II. Prevalentie van psychische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde*, 141, 50, 2453-60.
- Bushnell, J., McLeod, D., Dowell, A., Salmond, C., Ramage, S., Collings, S., et al. (2005). Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Family Practice*, 22(6), 631–637.
- Clarke, D., (2003). Faith and Hope. *Australasian Psychiatry*. 11(2), 164-168.
- Chochinov, H.M., Keith, G., Wilson, Enns, M., Lander, S. (1998). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in the Terminally ill. *Psychosomatics*, 39(4), 366-370.
- Crossley, D., Rockett, K., (2005). The experience of shame in older psychiatric patients: A preliminary enquiry. *Aging and Mental Health*, 9 (4), 368-373.
- Cuijpers, P., Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders* 72 (3), 227-236.
- Dalton, S. O., Mellekjaer, L., Olsen, J. H., Mortensen, P. B., en Johansen, C. (2002). Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark, 1969-1993. *American Journal of Epidemiology* 155 (12), 1088-1095.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M.M., van der Staak, C.P.F., (2003). *Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept*. *Clinical Psychology Review* ,23, 1115–1137.
- Druss, B., Rosenheck, A., Desai, M., Perlin, J. (2002). Quality of preventative medical care for patients with mental disorders. *Med Care*, 40, 129–136.
- Dunner ,D.L., (2005). Treatment-resistant depression: an overview of the problem. *Primary Psychiatry*, 12, 27–29.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 311-320.
- Ferketich, A., Schwartzbaum, J., Frid, D., Moeschberger, M. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the WHANES I study. National Health and Nutrition Survey. *Arch Intern Med*, 160, 1261–1268.
- Fichter, M.M., Bruce, M.L., Schroppel, H., Meller, I., Merikangas, K., (1995). Cognitive impairment and depression in the oldest old in a German and in US communities. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 245, 319–325.
- Frances, A.J., (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Hadas, A., Midlarsky, E. (2000). Perceptions of Responsibility and Mental Health Help-Seeking Among Psychologically Distressed Older Adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, Vol. 6, No. 3, 175-185.
- Hitchcock, P., Williams Jr., J.W., Unutzer, J., Worchel, J., Lee, S., Cornell, J. , Katon, W., Harpole, L.H., Hunkeler, E. (2004). Depression and Comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and Well-being. *Annals of family medicine*, 2(6), 555-562.
- Hotzheimer III, P.E., Nemeroff, C.B., (2006). Advances in the treatment of depression. *The American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, Vol. 3, 42–56.
- Katon, W.J.(2003). Clinical and Health Services Relationships between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biol Psychiatry*, 54, 216-226.
- Komiti, A., Judd, F., & Jackson, H. (2006). The influence of stigma and attitudes on seeking help from a GP for mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(9), 738-745.

- Koopmans, G.T., Lamers, L.M. (2006). Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Social Science & Medicine*, 64 (2007), 1216–1230.
- Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). (1992). Deze longitudinale studie bestudeert veranderingstrajecten in het functioneren van ouderen vanaf 55 jaar. *VU University Medical Centre*, Amsterdam.
- Meer van der, K., Tiemens, B.G., Van Den Brink, W. (1996). Depression in primary health care; data on prevalence and treatment from several countries, including the Netherlands. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140 (43), 2135-2139.
- Mills, R.S.L., (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review* 25 (1), 26-63.
- Ormel, J., van den Brink, W., van der Meer, K., Jenner, J. Giel, R. (1993). Prevalentie, Signalering en beloop van depressie in de huisartsenpraktijk. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 138(3), 123-126.
- Pearson, J.L., Conwell, Y. (1995). Suicide in late-life: challenges and opportunities for research. *International Psychogeriatric*, 7, 131 – 136.
- Robb, C., Haley, W.E., Becker, M.A., Polivka, L.A., Chwa, H.J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: similarities and differences. *Aging & Mental Health*, 7(2) 142–152.
- Sarkisian, C.A., Hays, R.D., Mangione, C.M. (2002). Do Older Adults Expect to Age Successfully? *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (11), 1837-1843
- Schoemaker, C., Poos, M.J.J.C. (2005). Hoe vaak komt depressie voor? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., Mincic, M.S., O’Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging & Mental Health*, 9(4), 363-367.
- Serby, M., Yu, (2003). Depression in the elderly. *The mount Sinai journal of medicine*, volume 70(1), 38-44.
- Small, G.W., (1998). Treatment of geriatric depression. *Depression and anxiety*, volume 8, supplement 1, 32-42.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., (...), Harney, P., (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60 (4), 570-585.
- Stek, M.L., Gussekloo, J., Beekman, A.T.F., van Tilburg, W., Westendorp, R.G.J., (2002). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*, 78, 193-200.
- Takeuchi, D.T., Leaf, P.J., Kua, H. (1988). Ethnic differences in the perception of barriers to help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 23, 273-280.
- Ter Horst, M., (2006). Barrières bij de psychiatrische zorgvraag van ouderen. Literatuuronderzoek in opdracht van Mediant (GGz Twente).
- Thompson, A., Hunt, C., Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 810–817.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorder in a community sample. *Archives of General Psychiatry*. 58 (6), pp. 590-596.

www.psynip.nl bekeken op 14 juni 2008

- Eerstelijnspsycholoog: <http://www.psynip.nl/lossepaginaframe.asp?id=8&topmenuid=1>

www.rivm.nl Laatst bekeken op 2 april 2008

- Depressie: [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o1275n17537.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1275n17537.html)

www.trimbos.nl Laatst bekeken op 10 mei 2008.

- Psychische stoornissen: <http://www.trimbos.nl/default14.html>