

Depressie en copingstijl bij mannen van 75 jaar en ouder

...Niet klagen, maar dragen...



Sabine M. Pool, studentnummer: 0090115

25 augustus 2006

*Faculteit Gedragswetenschappen, Master Psychology, Universiteit Twente Enschede
(Nederland)*

Begeleiding door:

Prof. Dr. H.F. Kraan

Dr. E. Taal

Samenvatting

Veel oudere mensen hebben te maken met een milde depressie, waarbij de symptomen niet toereikend zijn om de diagnose depressie te stellen volgens de DSM-IV. Klachten worden vaak lichamelijk geuit, waardoor de ernst van de depressie onderschat wordt of de depressie niet herkend wordt. Alhoewel het aantal mannen dat last heeft van depressieve symptomen ongeveer de helft minder is dan het aantal vrouwen dat hier last van heeft, zijn depressieve oudere mannen meer geneigd zelfmoord te plegen, terwijl vrouwen er sneller met anderen over praten. Belangrijke factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van depressie in ouderen zijn voornamelijk gerelateerd aan leeftijd (verlies partner, gezondheid e.d.), maar ook manier van omgang ermee (coping) speelt een rol bij de ontwikkeling van depressieve symptomen. Een interventie gericht op coping draagt mogelijk bij aan preventie van depressie bij ouderen.

Doel

In dit onderzoek is gekeken naar de samenhang tussen de mate van depressiviteit en de copingstijl die mannen van 75 jaar en ouder toepassen én hoe deze groep benaderd en behandeld wil worden in een preventie interventieprogramma om beter om te gaan met gevoelens van depressiviteit.

Methode

Een focusgroep (N=6, M=79) is tweemaal bijeengekomen om te achterhalen hoe de doelgroep tegen depressiviteit aankijkt, hoe men hiermee omgaat en hoe men over een interventieprogramma denkt. De gesprekken zijn opgenomen op microcassette, uitgewerkt tot transcriptie en geanalyseerd door onderzoeker en groepsleider.

Door afname van een vragenlijst (N=62, M=83), zijn de gebruikte copingstijlen (Utrechtse CopingLijst, Schreurs e.a., 1993) en de mate van depressiviteit (Geriatric Depression Scale, Bleeker e.a., 1985) in deze groep gemeten. Copingstrategieën die de UCL meet zijn actief probleem aanpakken, palliatieve aanpak, vermijding, zoeken van sociale steun, passief reactief patroon, uiten van emoties en geruststellende gedachten. Ook zijn door middel van demografische gegevens risicofactoren voor een depressie binnen deze groep vastgesteld (huwelijkse staat, behandeling medisch specialist en depressiviteit, ervaren belemmeringen en gezondheid, financiële situatie, opleidingsniveau en religie). Respondenten zijn geworven via lokale publiciteit en het aanschrijven van instanties in Zwolle die betrokken zijn bij ouderen.

Resultaten

Uit analyse van de vragenlijsten blijkt 19.4 procent van de respondenten boven de cut-off score van veertien van de GDS te scoren, waardoor verder onderzoek naar depressie gerechtvaardigd is. Als het gaat om coping, blijken mannen die een hogere mate van depressiviteit hebben, vaker een passief reactieve en vermijdende manier van coping te gebruiken bij confrontatie met moeilijke situaties: ze gaan ‘bij de pakken neerzitten’. Mannen die een positievere stemming, houden zich daarentegen meer actief met problemen bezig. De copingstrategieën die de UCL meet, blijken gezamenlijk 38 procent van score op depressiviteit te voorspellen, maar alleen de palliatieve reactie en het passief reactieve patroon van coping blijken significant gerelateerd te zijn aan de mate van somberheid. Opleiding, inschatting van de financiële situatie en de aanwezigheid van een partner blijken gezamenlijk 48 procent van de mate van somberheid te voorspellen.

Uit de focusgroep blijkt dat de copingstrategieën die de UCL meet, waarschijnlijk geen goed beeld geven van de toepassing bij 75-plussers en daarmee een gebrek aan interne validiteit heeft. Wat voor jongeren een ongepaste manier van coping is (palliatieve aanpak) kan voor ouderen juist passend zijn, omdat ze niets aan een situatie kunnen veranderen. Ouderen (75-plussers) blijken minder vaak dan jongere volwassenen (55-65 jaar) actief problemen aan te pakken, zijn vaker vermijdend en hebben vaker geruststellende gedachten. Analyse van de focusgroep laat zien dat de respondenten tevens andere – dan de gemeten – copingstijlen toepassen: steun halen uit religie en aanpassing en acceptatie (van het ouder worden).

Mannen die gemiddeld hoger op somberheid scoren, worden in dit onderzoek gekenmerkt door: het gemis van een partner; een lager opleidingsniveau; een slechtere inschatting van de financiële situatie; meer ervaring met belemmeringen door fysieke beperkingen en een slechtere inschatting van de eigen gezondheid. Risicofactoren die in de focusgroep een rol speelden, zijn het gemis van een behagelijk thuisfront en van een hechte familieband. Van belang is dat het bij risicofactoren veelal gaat om omstandigheden die aan de leeftijd gerelateerd zijn. Vanuit de literatuur is bekend dat ook lage zelfwaardering en controle, angst en een depressieve copingstijl een rol spelen bij depressieve symptomen op oudere leeftijd.

Bij de ontwikkeling van een interventie moet rekening worden gehouden met de leeftijdsgerelateerde risicofactoren, de gebruikte copingstrategieën en de verminderde flexibiliteit door fysieke klachten.

Summary

Many elderly people suffer a minor depression, in which the symptoms aren't sufficient to state the diagnose depression following the DSM-IV. Psychological complaints often are expressed physical, which results in an underdiagnosis of depression in the elderly and an understatement of the severity. Although men suffer less often depressive symptoms than women do, men are more inclined to commit suicide, while women are more inclined to talk about their depressive complaints. Factors that play an important role in depression in elderly are mostly related to age (e.g. loss of a partner, bad health), but also important is the way of coping with these circumstances. An intervention that refers to the way of coping may contribute to the prevention of depression in elderly people.

Goal

This investigation was a search for the possible relation between the rate of depression and the way men of 75 years and older cope with difficult circumstances. Also the way people want to be invited for and treated in a prevention intervention program to handle depressive feelings, is assessed.

Method

A focusgroep (N=6, M=79) metted twice to find out how men of 75 years and older think about and handle depression, and what they think about an intervention program. The conversations were recorded on audio tape, written in a transcription and analysed by investigator and leader of the conversation.

With a questionnaire (N=62, M=83), the way of coping (Utrechtse CopingLijst, Schreurs e.a., 1993) and the rate of depression (Geriatric Depression Scale, Bleeker e.a., 1985) are measured. The seven ways of coping which the UCL measures are: An active way of handling problems, palliative way of coping, avoidance, searching social support, a passive reactive pattern of coping, expression of emotions and having comforting thoughts.

Risk factors are determined trough the measurement of demographical factors (the presence of a partner, medical treatment and treatment for depression, the experience of limitations, state of health, financial situation, level of education and religion).

The respondents are recruited trough local publications and trough notifying institutions in Zwolle with a commitment to elderly people.

Results

Results of the questionnaire show that 19.4 percent of the respondents score above the cut-off score (fourteen) of the GDS. This justifies further investigation for depression.

When focus on coping, men with a higher rate of depression use more often a passive reactive pattern and a avoidant way of coping when confronted with a difficult situation. They're inclined to 'just accept the situation'. Men with a more positive mood on the contrary, handle problems more actively.

The ways of coping the UCL measures explain for 38 percent the depression score, but only the palliative reaction and the passive reactive pattern of coping are significant related to the rate of depression. Level of education, ones assessment of the financial situation and the presence of a partner accounted for 48 percent of the rate of depression.

Results of the focus group show that the ways of coping the UCL measures, probably don't give a correct representation of how men of 75 years and older handle problems, which means a lack of internal validity of the UCL. An inappropriate way of coping for younger people (palliative reaction), may be appropriate for elderly people, because they cannot change some situations (e.g. loss of a partner). Elderly (75-plus) people less often than younger people (55-65 years) actively handle problems, are more often avoidant and have more often comforting thoughts. Results of the focus group show that de respondents also use other – than the measured ones – coping strategies: searching for support in religion and adaptation and acceptance (of becoming older).

Men in this investigation with a higher rate of depression are characterized by the loss of a partner, a lower level of education, a worse assessment of ones own financial situation, more experiences of limitations and a worse estimation of ones own health. Risk factors that play a role in the focus group are the absence of a pleasant homecoming and of a close family relationship. Important is that most risk factors are related to age, but other authors are well-known with the fact that a low self-image, a lack of control, anxiety and a depressive coping style also play an important role in the development of depressive symptoms in elderly people.

When starting an intervention program for 75-plus men, the age-related factors, the used coping strategies and the decrease of flexibility as a result of physical limitations needs to be considered.

Introductie

Deze introductie geeft achtergrondinformatie over depressie, coping en de factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van depressie. Een uitgebreide (Engelstalige) review is te vinden in Bijlage III - Literature Study.

Depressie

Veel oudere mensen hebben te maken met een milde depressie, waarbij de symptomen niet toereikend zijn om de diagnose depressie te stellen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2005). Oudere mensen uiten hun psychologische klachten vaak op een lichamelijke manier, waardoor de ernst van een depressie onderschat wordt en waardoor ouderen minder snel de juiste hulp krijgen (Aldridge, 2005; Hoyer, Rybash en Roodin, 1999). Bijna twee keer zoveel vrouwen (16.5 procent) als mannen (6.9 procent) heeft last van depressieve symptomen (van Megchelen, 2005; van Kerkhof, 2005). Op 80-jarige leeftijd heeft twintig procent van de oudere mensen depressieve symptomen (van Megchelen, 2005; van Kerkhof, 2005; Deeg e.a., 2002; Schoevers e.a., 2000; Evenblij, 2005; Munnichs en Uildriks, 1989). Depressieve oudere mannen zijn echter meer geneigd dan depressieve vrouwen zelfmoord te plegen, waardoor het bij mannen als een ernstiger conditie kan worden beschouwd (Schoevers, 2005). Zo'n twintig procent van de 65-plussers heeft depressieve symptomen die goed behandeld kunnen worden (Sadock en Sadock, 2005).

Depressie en symptomen

Een depressie is een stemmingsstoornis. De DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) maakt onderscheid tussen verschillende soorten depressie (RIVM, 2005). Bij een depressieve stoornis moet iemand voor langere periode een depressieve stemming of gebrek aan plezier ervaren om de diagnose depressie te kunnen stellen. Ook andere symptomen spelen een rol bij depressie (Vandereycken, Hoogduin en Emmelkamp 2000; Verkaaik, 1994): een verstoord eet- en slaappatroon, vermoeidheid, angst, rusteloosheid, concentratieproblemen en gevoelens van waardeloosheid (RIVM, 2005; Verkaaik, 1994).

De diagnose depressie kan pas worden gesteld als de kwaliteit van leven ernstig is aangetast. Daarbij zijn ook vaak relaties met andere mensen verslechterd (Verkaaik, 1994). Een andere vorm van depressie die DSM-IV onderscheidt, is de milde depressie. Deze vorm wordt bij veel oudere mensen aangetroffen. Hierbij is de ernst van de symptomen niet

toereikend om een depressieve stoornis vast te stellen (RIVM, 2005). Een probleem van depressies is dat het de perceptie van een slechte gezondheid vergroot en daarmee ook het gebruik van medische voorzieningen (Sadock en Sadock, 2005).

Symptomen jongeren versus ouderen

Depressieve symptomen bij ouderen (70-plus) uiten zich anders dan bij jongere mensen het geval is (van Megchelen 2005). Het gaat dan om cognitieve en somatische symptomen als slaapproblemen, vermoeidheid en gedachten over de dood, terwijl symptomen van jongere volwassenen (20-39 jaar) veelal cognitief en affectief zijn (Christensen e.a., 1999; Fann en Tucker, 1995). Veel minder dan jongeren, hebben ouderen last van een depressieve stemming of gebrek aan plezier (anhedonia) (Gallo e.a., 1994). Het gevaar hiervan is dat een depressie in een oudere niet als ernstig wordt opgevat, maar als een lichamelijk probleem. Symptomen van een milde depressie – die langer dan twee weken aanhouden – hebben een grotere kans om tot ernstiger klachten te ontwikkelen (Alridge, 2005).

Risico- en beschermende factoren

Het risico dat iemand loopt op een depressie, wordt niet groter bij het ouder worden, tenzij medische problemen of lichamelijke beperkingen op gaan treden. Het zijn de omstandigheden die de kans op depressieve klachten vergroten (Hoyer e.a., 1999; Murray, 1995). Belangrijke factoren die hierbij een rol spelen zijn verlies van partner, werk, financieel welzijn, gezondheid, status en persoonlijke controle (Hoyer e.a., 1999). Genen spelen een minder belangrijke rol bij de ontwikkeling van een depressie op latere leeftijd. Hierbij gaat het juist om omstandigheden als isolatie, verlies van sociale contacten, medische aandoeningen en beperkingen (Sadock en Sadock, 2005).

Leeftijdsgerelateerde factoren (slechtere gezondheid, verliezen e.d.) leiden ertoe dat ouderen zich moeten aanpassen aan een steeds veranderende omgeving (bv. Rolverandering door verlies van werk of partner en kinderen) en daarmee kwetsbaarder worden voor depressie (Hoyer e.a., 1999; Tower en Kasl, 1996). Veel ouderen hebben een belangrijke *life event* meegemaakt voor de start van een depressie (Verkaaik, 1994). Naast omstandigheden spelen ook persoonlijkheid- en sociale factoren mee bij een depressie in oudere mensen: mensen die hoger neurotisch zijn, een lage zelfwaardering en weinig controle ervaren, angstig zijn en een depressieve copingstijl hanteren, hebben een verhoogd risico op depressie (Munnichs en Uildriks, 1989).

De meest kwetsbare mensen zijn diegenen zonder partner of degene die de dood van een partner hebben meegemaakt, mensen met een persoonlijke geschiedenis van depressie, met een minder functionerend sociaal netwerk, met chronische ziekte(s), met een lage sociaal-economische status (Sadock en Sadock, 2005; Schoevers, 2005; Verkaaik, 1994; Deeg e.a., 2002; Bohlmeijer e.a., 2005a; Bohlmeijer, Smit en Smits, 2005b; Murray, 1995).

Beschermende factoren verkleinen de kans op een depressie. Het gaat dan om het hebben van een steunende partner of het krijgen van sociale steun van andere mensen (Schoevers, 2005; Deeg e.a., 2002; Hoyer e.a., 1999). Positieve persoonlijke interacties en het hebben van verantwoordelijkheden spelen ook mee bij de verminderen van risicofactoren (Bohlmeijer e.a., 2005b).

Genderverschil

Vrouwen ervaren meer risicofactoren (overlijden partner en ziekte) waardoor ze vatbaarder dan mannen zijn voor de ontwikkeling van een depressie (Huijbregts, 2005). Prevalentie van depressie in vrouwen is bijna twee keer zo hoog als bij mannen (Sonnenberg, Beekman, Deeg en van Tilburg, 2000). Waarschijnlijk is dit te herleiden naar een combinatie van geslacht (hormonen) en meer blootstelling aan risicofactoren gedurende het hele leven (Keuhner, 2003).

Bij vrouwen spelen een persoonlijke geschiedenis van depressie en functionele beperkingen een rol bij de ontwikkeling van depressie. Dit getuigt van een risicoprofiel dat langduriger is en minder wordt beïnvloed door recente gebeurtenissen. Bij mannen gaat de ontwikkeling van een depressie samen met een aantal demografische (hogere leeftijd, lager opleidingsniveau), sociale (zonder partner en instrumentele steun) en gezondheidsfactoren (beperkingen en cognitieve achteruitgang) (Schoevers, 2005 *met een verwijzing naar* Penninx e.a., 1999; Schoevers e.a., 2000). Zo zal een man die zijn financiële situatie als slecht inschat, meer symptomen van depressie hebben dan een vrouw in dezelfde situatie (Deeg e.a., 2002). Ook zijn bij mannen de recente gezondheidskarakteristieken belangrijker factoren (Schoevers, 2005). Wanneer een man nooit is getrouwd, loopt hij meer het risico een depressie te ontwikkelen dan een vrouw. Nooit getrouwde vrouwen hebben vaak een groter sociaal netwerk en voelen zich minder eenzaam. Het huwelijk is een bescherming voor mannen (Prince, Harwood, Blizard, Thomas en Mann, 1997). De dood van een partner is dan ook meer geassocieerd met een depressie in mannen dan in vrouwen (Grootheest, Beekman, Broese van Gronou en Deeg, 1999).

Zelfmoord en depressie

Depressie vergroot het risico van zelfmoord bij het ouder worden en is de meest voorkomende psychiatrische diagnose in oudere zelfmoordslachtoffers. Zelfmoord is tweemaal zo frequent in de oudere als in de jongere populatie. Dit heeft vaak te maken met ziekte en verlies, terwijl ontslag, financiën en relaties een belangrijker aanwijzing zijn voor zelfmoord in jongeren (Sadock en Sadock, 2005). Oudere mannen hebben het hoogste zelfmoordpercentage, het aantal zelfmoordaanslagen boven de 65 jaar is vijf keer groter dan in de normale populatie (van Megchelen, 2005; Hoyer e.a., 1999; Sadock en Sadock, 2005). Depressieve mannen zijn meer geneigd zelfmoord te plegen dan depressieve vrouwen (Schoevers, 2005; Conwell e.a., 1996). Dit komt mogelijk doordat mannen minder goed om kunnen gaan met gevoelens van hulpeloosheid en depressie. Vrouwen zijn meer geneigd daarover met anderen te praten (Schoevers, 2005; RIVM, 2005; Hänninen en Aro, 1996) en accepteren makkelijker steun van anderen (Piccinelli en Wilkinson, 2000; Schoevers, 2005; Longino en Lipman, 1981).

Behandeling van depressie in ouderen

Uit het Leiden 85-plus onderzoek blijkt dat maar veertien procent van de depressieve 85-plussers herstelt van de depressie. Het aantal nieuwe gevallen is even groot als het aantal mensen met een depressie dat herstelt of sterft (Evenblij, 2005). Het aantal nieuwe gevallen van depressie bij ouderen kan verminderd worden met dertig procent door middel van preventie (Bohlmeijer, Smit en Smits, 2005b). Vroege interventie kan de episodeduur van de depressie verminderen. Preventie (zowel primair als secundair) is belangrijk vanwege de hogere kans op sterfte, de verslechtering van de kwaliteit van leven, de vergrote kans op ziektes en het mogelijk chronisch worden van klachten bij een depressie. Van de mensen die herstellen, maakt veertig procent een recidive mee (Bohlmeijer e.a., 2005b). Bij een interventie gericht op ouderen, moet rekening worden gehouden met leeftijdsgerelateerde factoren: het proces van ouder worden, de manier van omgaan met stress (coping), gezondheidskenmerken, autonomie, algemeen functioneren en de kans op sterfte (Munnichs en Uildriks, 1989). Vooralsnog zijn de meeste interventieprogramma's bedoeld voor 65-plussers.

Een interventie gericht op coping draagt mogelijk bij aan preventie van depressie bij ouderen. Vanuit de gezondheidszorg is benadrukt dat het belangrijk is ouderen een gevoel van controle en autonomie te geven (Hoyer e.a., 1999; Robichaud en Lamarre, 2002). De therapeut moet zich richten op aanwezige copingstrategieën, de beste aanmoedigen en de

slechte (roken, drinken e.d.) onderdrukken. Ook kan iemand nieuwe strategieën leren (Sadock en Sadock, 2005; Garnefski, Kraaij en Spinhoven, 2002).

Depressie meten

Nog steeds is geen eenduidig beeld over verschillen in depressie bij verschillende leeftijdsgroepen. Twee factoren spelen hier een rol in. In de eerste plaats is er een leeftijdsverschil. Daarnaast is er ook een verschil in blootstelling aan risicofactoren in verschillende leeftijdsgroepen (Jorm e.a., 2005; Jorm, 2000). De issue van een juiste meetmethode voor depressie bij ouderen is belangrijk vanwege de hoge prevalentie van fysieke stoornissen bij deze groep mensen. Deze kunnen afwijkingen of verkeerde interpretatie van depressieve symptomen tot gevolg hebben (Jorm e.a., 2005). Bij ouderen is het dus van belang bij het meten van depressie rekening te houden met leeftijdsgerelateerde factoren (Mitchel en Subramaniam, 2005). Omdat depressie één van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen is bij ouderen, is het hebben van een screeningsinstrument noodzakelijk voor snelle identificatie en dus vroege herkenning en diagnose (Sharp en Lipsky, 2002).

Coping en depressie

Meerdere studies laten zien dat depressieve en niet depressieve mensen verschillen in de copingstrategieën die ze gebruiken en hoe vaak ze deze toepassen (Rhode, Lewinsohn, Tilson en Seeley, 1990). Depressieve mensen maken minder gebruik van het oplossen van problemen en juist meer emotionele ontlading (Billings en Moos, 1984), positief denken (wishfull thinking), vermijding en het zoeken van emotionele steun (Coyne, Aldwin en Lazarus, 1981). Onderzoek van Rhode e.a. (1990) laat zien dat depressieve mensen meer geneigd zijn negatieve en maladaptieve copingstrategieën toe te passen. Deze vormen van coping (zoals vermijding, hulpeloosheid, passiviteit en roekeloosheid) blijken ook toekomstige depressie te voorspellen en kunnen depressieve symptomen verergeren. Er bestaat een causale relatie tussen slechte mentale gezondheid en maladaptieve coping, die ervoor zorgt dat iemand kwetsbaarder wordt voor de effecten van stress (Rhode e.a., 1990). Door het uiten van emoties en het mentaal afstand nemen (onderdrukking) kunnen depressieve symptomen ook afnemen (Fauerbach, Lawrence, Bryant en Smith, 2002). Copingstrategieën zoals problemen aanpakken, kunnen nadelige effecten van beperkingen mogelijk verminderen (Robichaud en Lamarre, 2002).

Co-morbiditeit

Oudere patiënten en patiënten met een late ontwikkeling van depressie (late-onset) lopen vergroot risico op medische co-morbiditeit, waarbij iemand meer dan één aandoening heeft (Goumans, Mandemaker, van Overbeed, Penninx, en Schippers, 2004; Sanderson, 2004). Boven de 75 jaar heeft veertig procent co-morbiditeit (Goumans e.a., 2004; Deeg e.a., 2002). Bij behandeling moet hiermee rekening worden gehouden.

Ziekte en depressie

Het belangrijkste verschil tussen ouderen en jongeren is waarschijnlijk de hoge prevalentie van chronische fysieke ziektes bij oudere mensen. Boven de 75 jaar heeft 25 tot 30 procent géén chronische ziekte (Vaillant en Mukamal, 2001; Deeg e.a., 2002; Schoevers, 2005). Het ouder worden én chronische aandoeningen leiden er toe dat bijna veertig procent van de senioren beperkingen ervaart in het dagelijks leven (Robichaud en Lamarre, 2002). De meeste voorkomende ziektes in de oudere populatie zijn hartziekten, diabetes, chronische longaandoeningen, kanker en psychologische klachten (vijftien procent van de populatie) (Deeg e.a., 2002).

Depressie gaat – meer dan bij niet depressieve personen – samen met toename van ziektes en sterfte (Deeg e.a., 2002; Schoevers, 2005; Prince e.a., 1997; Sadock en Sadock, 2005). Verscheidene mechanismen beïnvloeden de associatie tussen depressie en ziekte. In de eerste plaats beïnvloedt depressie gedrag (ongezonde leefgewoontes, minder meegaand bij behandeling, meer ongelukken en zelfmoord). In de tweede plaats spelen biologische aspecten mee bij eerdere sterfte (disregulatie immuunsysteem, verhoogd stresshormoon cortisol, ziekte). Tenslotte kan behandeling (anti-depressiva) ook een negatieve uitwerking hebben op lichaamsprocessen (Schoevers, 2005; Evenblij, 2005; Fann en Tucker, 1995). Een half uur per dag bewegen, kan de psychologische klachten doen afnemen, het stimuleert welzijn en werkt preventief (Bohlmeijer, Smit en Smits, 2005b).

Volgens Fann en Tucker (1995) zijn neurologische aandoeningen (zoals dementie) de groep die het meeste geassocieerd worden met stemmingsstoornissen. Een geriatrische depressie heeft vaak dezelfde symptomen als deze aandoeningen. Dit maakt diagnose moeilijk (Schoevers, 2005; Sadock en Sadock, 2005; Evenblij, 2005; Fann en Tucker, 1995).

Coping

Coping – de manier waarop we omgaan met stressvolle situaties – heeft belangrijke implicaties voor gezondheid, welzijn, psychologisch functioneren, competentie en

interpersoonlijke relaties (Hoyer e.a., 1999). Coping is een manier van omgaan met een bepaalde situatie, nadat iemand de situatie heeft beoordeeld (subjectieve beoordeling) (Brehm, Kassin en Fein, 2002). De manier waarop iemand omgaat met stressvolle situaties en de start van depressie correleren met elkaar. Zo kan de zelfinschatting van incompetentie leiden tot gevoel van hopeloosheid, die zich uit in een depressie (Piccinelli en Wilkinson, 2000).

Coping mechanismen

Folkman en Lazarus maken onderscheid tussen twee categorieën van coping: 1) probleemgerichte (*problem-focused*) coping: men gaat doelgericht te werk om de stressvolle situatie aan te pakken (bijvoorbeeld door het zoeken van informatie); 2) emotiegerichte (*emotion-focused*) coping: men probeert vanuit het eigen gevoel (gedrag en cognitie) om te gaan met de situatie (Hoyer e.a., 1999). Alhoewel een gepaste manier van coping afhankelijk is van de situatie waarmee men om moet gaan (verlies van partner is niet terug te draaien), blijkt dat mensen met een probleemgerichte copingstijl positiever in het leven staan, minder snel wegvlugten, een hogere zelfcontrole hebben en minder snel een depressie hebben (Hoyer e.a., 1999).

Het zoeken naar steun in een religie kan worden gezien als een emotiegerichte copingstrategie. Deze manier van coping hangt samen met een betere gezondheid, hoger welzijn en emotionele voldoening (Braam e.a., 2001; Hoyer e.a., 1999).

Coping door jongeren versus ouderen

Jongere volwassenen gebruiken een meer interpersoonlijke, actieve en probleemgerichte manier van coping en gaan vaker de confrontatie aan dan ouderen, die meer passieve en emotiegerichte manier van coping toepassen (Hoyer e.a., 1999). Omdat ouderen vaker met moeilijk te veranderen situaties te maken krijgen (verlies partner, werk e.d.), is een emotionele manier van omgaan ermee voor ouderen mogelijk een passender manier van coping (Sadock en Sadock, 2005). Onderzocht is hoe het mogelijk is dat ouderen hun zelfwaardering en controle vasthouden, terwijl zij zoveel veranderingen meemaken. Lachman en Burak (1993, in Hoyer e.a., 1999) concluderen dat ouderen minder streven, hun doelen aanpassen, verwachtingen verminderen en andere prioriteiten stellen bij veranderingen (Hoyer e.a., 1999). Ouderen proberen emotionele pieken te verminderen en grip te krijgen op hun emotionele leven (zelf-effectiviteit, mastery en internal locus of control zijn belangrijk) (Bohlmeijer, Smit en Smits, 2005b). Minder succesvolle ouderen vermijden vaker moeilijke

situaties en gebruiken vaker een passieve manier van coping dan succesvolle ouderen (Schreurs e.a., 1993 *met een verwijzing naar Zee* en van der Graus). Resultaten van een studie van Herman en Strack (1989) laten zien dat interactie tussen leeftijd en situatie een belangrijk element is in de leeftijd-copingrelatie. Zowel leeftijd als type situatie gaan samen met een verschillende manier van coping bij gemiddelde leeftijd en oudere volwassenen. Maar alhoewel er verschillen tussen jong en oud zijn in manier van coping, is er ook bewijs dat mensen vast blijven houden aan vroeg ontwikkelde copingstrategieën (Hoyer e.a., 1999).

Genderverschil in coping

Mannen zoeken bij een depressieve stemming afleiding door fysieke activiteit (externe copingstijl), terwijl vrouwen meer geneigd zijn hun stemming te overdenken en het op die manier langer in stand te houden (Piccinelli en Wilkinson, 2000; Schoevers, 2005).

Effectiviteit van coping

Coping is op verschillende manieren in verschillende onderzoekdesigns te meten. Via longitudinaal onderzoek is het mogelijk de omgang met (*major*) *life-events* en *daily hassles* te onderzoeken. *Life events* zijn grote veranderingen in iemands leven die een grootschalige aanpassing vereisen. *Daily hassles* daarentegen zijn vaak terugkerende of chronische vormen van stress (Larsen en Buss, 2005). Met cross-sectioneel onderzoek is niet te bepalen wat oorzaak en gevolg is als het gaat om stress en manier van omgaan daarmee. Persoonlijkheid blijkt een stabiliserende invloed te hebben op de coping, maar coping is ook situatiespecifiek (Te Vaarwerk en Te Ridder, 1994). Het meten van coping met *daily hassles* is een betere voorspeller van voldoening in het leven, psychologische symptomen en somatische aandoeningen. De *daily hassles* blijken de grootste bron van stress te zijn, gezien de veel hogere frequentie van voorkomen in verhouding tot de *life events* (Hoyer e.a., 1999; Larsen en Buss, 2005). Er zijn diverse indicaties dat kwetsbaarheid en verloop van ziektes wordt beïnvloed door de manier waarop men omgaat (coping) met moeilijke *life events* en chronische problemen, ofwel *daily hassles* (Schreurs e.a., 1993; Burks en Martin, 1985).

Een effectieve manier van coping kan voorkomen dat iemand gezondheidsproblemen krijgt. Niet één manier van coping is effectief, dit hangt af van tijd, bron van conflict en persoonlijkheidstrekken als motivatie en resources (Schreurs e.a., 1993). De effectiviteit van coping wordt gemeten door stressniveau, depressie of psychische symptomen. Een niet-effectieve manier van coping bij ouderen heeft belangrijke consequenties voor de gezondheidszorg en de toe te passen interventies (Sadock en Sadock, 2005).

Coping meten

Er is weinig consensus over een optimale meetmethode voor coping (Rhode e.a., 1990). Er bestaan verscheidene zelfrapportage instrumenten, maar het is noodzakelijk dat er gekeken wordt naar de dimensionaliteit van coping om beter te begrijpen hoe men reageert in stressvolle situaties (Rhode e.a., 1990); coping kan gemeten worden als algemene vaardigheid bij omgang met stressvolle situaties. Maar omdat een bepaalde copingstrategie in de ene situatie wel toepasbaar is en in de andere niet, verdient het de voorkeur dat er bij het meten van coping ook rekening wordt gehouden met de specifieke situatie waarin iemand zich bevindt (Rhode e.a., 1990).

Onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is te bepalen of er een samenhang is tussen de mate van depressiviteit bij mannen van 75 jaar en ouder en de manier van coping die zij toepassen in stressvolle situaties. Hiermee wordt beoogd een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

Wat is de relatie tussen de mate van depressiviteit onder mannelijke 75-plussers en de manier waarop ze omgaan met problemen of onplezierige gebeurtenissen in hun leven (coping)?

Hoe wil deze doelgroep benaderd en behandeld worden in een preventie interventieprogramma om beter om te gaan met gevoelens van depressie/somberheid?

In Studie I is kwalitatief onderzoek verricht. Een focusgroep van mannelijke 75-plussers is opgesteld om te bepalen hoe de doelgroep tegen depressiviteit (in de volksmond vaker omschreven als somberheid) aankijkt en op welke manier men daarmee omgaat. De focusgroep is ook om te bepalen op welke manier men benaderd wil worden voor een interventiepreventieprogramma om depressieve gevoelens in deze leeftijdsgroep te verminderen.

In Studie II is kwantitatief onderzoek verricht door middel van een vragenlijst (Bijlage I – De gebruikte vragenlijst). Deze lijst start met demografische- en gezondheidskenmerken die van belang kunnen zijn voor het ontwikkelen van een interventiepreventieprogramma. De Utrechtse Coping Lijst (Schreurs e.a., 1993) en de Geriatric Depression Scale (Nederlandse vertaling, Bleeker e.a., 1985, oorspronkelijke vertaling Brink e.a., 1982) zijn gebruikt om de copingvoorkeur en de mate van depressiviteit/somberheid te meten.

Studie I: de focus groep - kwalitatief

Inleiding

Een focus groep is een georganiseerde discussie tussen een groep ‘ervaringsdeskundigen’ die geselecteerd zijn om meer informatie over een bepaald onderwerp te weten te komen. De nadruk ligt op interactie en het doel is te leren over attitude, gevoel, opvattingen en ervaringen die mensen over een bepaald onderwerp hebben (Gibbs, 1997; Kitzinger, 1995; Krueger en Casey, 2000). Een focusgroep bestaat uit zes tot tien personen (Gibbs, 1997; Kitzinger, 1995), wat het moeilijk maakt om een representatieve steekproef te krijgen. Ook is er weinig controle over de uitkomsten van de focusgroep en kunnen minder dominante respondenten zich moeilijk uiten (Gibbs, 1997; Kitzinger, 1995).

Door de interactie hebben respondenten de mogelijkheid eigen opvattingen nog eens onder de loep te nemen en in te gaan op opvattingen van andere groepsleden. Hiermee is de kans groter dat onopvallende, maar mogelijk toch belangrijke issues boven tafel komen (Gibbs, 1997; Krueger en Casey, 2000). Het belang van de focusgroep in dit onderzoek is inzicht te krijgen in hoe de doelgroep tegen depressie aankijkt en welke manieren zij toepassen om hiermee om te gaan (coping). Deze gegevens zijn tevens van belang voor het opzetten en uitvoeren van een interventiepreventieprogramma.

Methode

Werving & Procedure

Een focusgroep van zes mannen is opgezet. Drie mannen hebben gereageerd op een oproep in de weekkrant^I van Zwolle (Bijlage II - Publicaties), twee mannen zijn via een medewerker van een zorgcombinatie in Zwolle betrokken geraakt bij de focusgroep en één man heeft gereageerd na een postercampagne van de Stichting Welzijn Ouderen Zwolle (Bijlage II - Publicaties). Werving via Lokale Omroep Zwolle en RTV Hattem^{II} was zonder succes. Alhoewel het vaak nodig is mensen te belonen voor deelname (Gibbs, 1997) is dit niet gebeurt en was medewerking vrijwillig. Voorafgaand aan de bijeenkomst is iedere respondent bezocht in zijn woning en geïnformeerd over opzet en doel van het onderzoek. Ook is benadrukt dat ook de gegevens die de focusgroep oplevert, vertrouwelijk zijn.

^I Wegener Huis-aan-Huiskranten, De Peperbus, 22 februari 2006 – jaargang 50 – nummer 8 – pag. 9

^{II} Lokale Omroep Zwolle, Seniorencafé – 21 februari 2006 – 10.45 - 11.15 uur
RTV Hattem, Hattem Actueel – 04 maart 2006 – 10.00 - 10.10 uur

De locatie van de focusgroep was een multifunctionele ruimte in de zorgcombinatie waar twee respondenten woonden. Aanwezig bij deze groep waren een groepsleider, een onderzoeker en een betrokken medewerker (als co-groepsleider) van de RIAGG Zwolle.

Dezelfde focusgroep is een tweede maal opgeroepen om te praten over de somberheidgerelateerde vragen in verband met een gebrek aan informatie die de eerste bijeenkomst opleverde. Geen van de respondenten is tussentijds afgehaakt. Voor beide bijeenkomsten is een set vragen opgesteld als richtlijn voor het gesprek. Vragen die tijdens de eerste bijeenkomst niet aan de orde zijn gekomen, zijn tijdens de tweede bijeenkomst aan de groep mannen voorgelegd. De gesprekken zijn opgenomen met microcassettes en uitgewerkt in een transcriptie. Deze transcriptie is door de onderzoeker geanalyseerd aan de hand van de gestelde vragen en ook de aandachtspunten die vanuit de focusgroep ter sprake kwamen, zijn meegenomen in de analyse. Gekozen is voor een *bottom-up* aanpak, waarbij de invulling die de deelnemers van de focusgroep hebben gegeven aan de open vragen, centraal staat in de analyse. De groepsleider heeft ingestemd met de uitkomst van de analyse.

Vragen (richtlijn) voor de focusgroep

Focusgroep eerste bijeenkomst - 1:15 uur

- Bent u wel eens somber? Hoeveel last en hinder heeft u hiervan? Wat maakt u somber?
- Hoort somberheid/depressie bij het ouder worden?
- Wat doet u als u somber bent? Lukt dat? Hoe zou het kunnen lukken? Hoe zouden anderen (en welke anderen?) er iets aan kunnen doen?
- Praat u hier met anderen over?
- Gaat u nu anders met somberheid om dan vroeger het geval was?
- Kent u mensen die somber zijn? Is dit een man of een vrouw en hoe gaat u om met de somberheid van anderen?
- Vindt u het belangrijk dat er iets (een activiteit of interventie) wordt gestart voor mannen van uw leeftijd die zich somber voelen of moeite hebben met dagelijkse beslommeringen? Waar denkt u dan aan? Heeft u misschien ideeën over de inhoud van een activiteit/interventie? Hoe zou zo'n activiteit er uit moeten zien? (ook organisatorisch)
- Als het gaat om het opstarten van een interventie/activiteit, wat is dan de beste manier om u te benaderen?
- Geldt dit (denkt u) ook voor de mensen die hier nu niet aanwezig zijn?

- Wat is somberheid? Is het hetzelfde als depressie? Kunnen alle mannen ouder dan 75 met somberheid of depressie te maken krijgen? Waar hangt dit vanaf?
- Wat vindt u ervan dat in dit onderzoek is gekozen voor de leeftijd van 75 jaar en ouder?

Focusgroep tweede bijeenkomst – 1:45 uur

- Wat maakt u somber: thuissituatie – verleden – vrienden
- Is er een verschil met somberheid nu en somberheid uit het verleden (en het ontstaan ervan)
- Hoe zouden anderen (en welke anderen?) iets aan uw somberheid kunnen doen?
- Hoe gaat u om met somberheid van andere mensen?
- Vindt u het prettig om over somberheid met andere mensen te praten? (mannen of vrouwen)
- Vindt u het belangrijk dat er iets (een activiteit of interventie) wordt gestart voor mannen van uw leeftijd die zich somber voelen of moeite hebben met dagelijkse beslommeringen? Waar denkt u dan aan? Heeft u misschien ideeën over de inhoud van een activiteit/interventie? Hoe zou zo'n activiteit er uit moeten zien? (ook organisatorisch)
- Als het gaat om het opstarten van een interventie/activiteit, wat is dan de beste manier om u te benaderen?
- Geldt dit (denkt u) ook voor de mensen die hier nu niet aanwezig zijn?

Respondenten

De focusgroep bestond uit zes deelnemers (N=6) met een gemiddelde leeftijd van 79 jaar (min 74 - max 84). Vijf deelnemers hadden een partner, één was weduwnaar. Eén man was niet onder behandeling van een medisch specialist, de resterende vijf respondenten wel. Ook onderging één respondent behandeling voor depressiviteit. Eén van de respondenten beoordeelde de eigen gezondheid slecht, twee als redelijk en drie als goed. Drie mannen hadden de afgelopen week geen belemmeringen ervaren door lichamelijke beperkingen, drie waren er redelijk door belemmerd. Twee mannen hadden alleen lager onderwijs gevolgd, één had het lager-, één het middelbaar- en twee hadden het hoger beroepsonderwijs afgerond. Gemiddeld schatten de respondenten hun financiële situatie modaal in, maar vier respondenten ervoeren hun situatie als onder modaal.

Resultaten

Analyse van de transcriptie leverde meerdere opvattingen op met betrekking tot somberheid, depressie, hoe men hiermee omgaat (en anderen) en de rol van leeftijd. De

opvattingen zijn onder te verdelen in opvattingen over depressie/somberheid, oorzaken, omgang (coping) en preventieve activiteiten.

OPVATTING OVER DEPRESSIE/SOMBERHEID

Depressie en somberheid verschillen wezenlijk van elkaar

Depressiviteit gaat **een stap verder** dan somberheid. “Je kunt iedereen depressief maken als de omstandigheden maar depressief zijn.” Maar somberheid wordt minder ernstig beschouwd dan een echte depressie. “Als je echt depressief bent, **mis je elke motivatie**. Als je tegen een depressief iemand zegt ‘joh, kop op’ is dat hetzelfde als tegen iemand zonder benen zeggen dat hij een eindje moet gaan wandelen”. Depressiviteit overkomt je en overlapt mogelijk ook met somberheid, bij het eerste moet je echter **geholpen worden**, het tweede kan je overheen komen. Tijdens een echte depressie is er **geen steun te halen uit religie** of geloven in een hoger iets. Ook is het dan **lastig om iemand te vertrouwen**, omdat het gevoel bestaat dat niemand echt kan helpen. Mogelijk worden daarom contacten ontlopen en is men door depressie niet geneigd met andere mensen over gevoelens of andere zaken te willen praten.

Somberheid van andere mensen staat vaak ver weg en is moeilijk in te schatten

Het is lastig om met somberheid van andere mensen om te gaan als niet duidelijk is wat er precies de voorgeschiedenis van is. Voor iemand die positief in het leven staat, is het moeilijk voor te stellen wat er in iemand omgaat die negatiever tegen de dingen aankijkt. “Een oud vrouwtje van 98 dat nooit haar kamer uitkomt daar heb ik geen begrip van hoe die leeft. Ik kan me daar niets bij voorstellen”.

OORZAKEN

Omstandigheden maken iemand somber

Omstandigheden maken dat iemand zich somber begint te voelen. Dat zijn ook omstandigheden waar je zelf aan toe kunt geven door bij de pakken neer te gaan zitten. Belangrijke rol in gevoelens van somberheid speelt het **gemis van een partner**. “Je hele leven ben je samen en dan opeens is de andere helft weg, er zit een leegte.” Het gemis van een partner heeft uitwerking op alle aspecten van leven. “Dan is het alsof de moed me in de schoenen zakt. Ik kom thuis en dan is het leeg. Iedere avond is het weer diezelfde strijd, wat ga ik vanavond doen... dan zak ik weg in een geestelijk moeras.”

Maar ook **administratieve rompslomp** kan een rol spelen, omdat het vaak niet duidelijk is hoe men bepaalde zaken af moet handelen. “Je wordt in een administratieve hoek gedrukt, krijgt allerlei dingen in de schoenen geschoven op deze leeftijd waarbij wordt verondersteld dat je nog wel een beslissing kunt nemen.”

Ook het **hebben van een thuis** lijkt een belangrijke rol te spelen bij gevoelens van somberheid. Voor veel mannen is het de plek waar ze ooit met een gezin hebben gewoond en nu alleen nog met of zonder partner. “Maak van dat huis een thuis en u zult zich aanmerkelijk beter voelen.” Het gaat bij een thuis om ‘het warme nest, een gezelligheid, een behaaglijk gevoel’.

Gebeurtenissen (uit de jeugd) spelen een rol in het ontstaan van somberheid en kunnen versterkt worden door een zwak karakter (minder sterke ruggengraat). Slechte opvoedingsomstandigheden – weinig aandacht en liefde, ongelukkig gezin, verwaarlozing – kunnen een verklaring zijn voor somberheid. “Dan gaat er een lichtje op, toen heeft misschien van alles zich opgestapeld”. Mogelijk is het gebrek aan liefde de onderkant van een depressie. Ook kunnen **gebeurtenissen uit het verleden** nog niet zijn verwerkt en ontstaat er nu een angst om te verwerken. Tekortkomingen waar je zelf niets aan kan doen, kunnen enorme impact hebben.

Somberheid werkt als een vollopende emmer en demotiveert

Depressieve gevoelens maken dat men **minder gemotiveerd is om zaken af te werken**. “Dat vertraagt gewoon, de veerkracht die je nodig hebt om dingen aan te pakken. Links en rechts in de woonkamer liggen stapeltjes, dingen die afgewerkt moeten worden.” Somberheid werkt als een **vollopende emmer**. En zaken als burenruzies stapelen zich op en kunnen zich uitten in somberheid. “Iedereen heeft een bepaalde hoeveelheid eelt op zijn ziel, dat kan eraf naarmate er meer provocaties zijn. Op een gegeven moment is die maat vol en dan is het een kwestie of je er aan kan ontkomen.” **Alles kan een druppel zijn, dood en liefde, maar ook een herinnering**. Hoe somber iemand is, hangt er vanaf hoeveel iemand al heeft meegemaakt.

Somberheid is niet iets waar elke 75-plusser mee te maken hoeft te krijgen, maar mogelijk speelt leeftijd wel een rol in somber worden. Acceptatie van achteruitgang is belangrijk

“De statistieken van Nederland zeggen dat een man in Nederland rond de 74 jaar wordt. Dus boven de 75 ben je afgeschreven”. Als men boven de 75 uitkomt en nog ‘gezond’ is, hoeft men niet somber te worden en zijn het de **omstandigheden die iemand somber maken**. Ook van belang acht men het leren leven in de tijd waarin je leeft, omdat het leven

van een achtjarige anders is dan van een 75-plusser. “Er komt ieder jaar een jaarring bij en dat voel je héél goed. Er is achteruitgang in je lichaam. **Je bent toch een dagvlieg geworden.** Het kan morgen over zijn, dus neem je dag en maak hem mooi.”

Met het ouder worden, moet men veel dingen wegdoen (praktische zaken zoals caravan of auto). Het heeft het geen zin om in een hoekje te gaan zitten huilen; men raakt de routine kwijt en heeft geen illusies meer. “Het is een kwestie van accepteren of je gaat je somber voelen. **Je moet ermee leren leven dat je van niks naar een heleboel bent gegaan en dat je die bocht naar beneden ook weer een keer moet doorlopen.**”

Mogelijk neig je op oudere leeftijd meer naar somberheid, omdat je daar ook naar gaat leven, doordat je somber gaat denken of doordat zelfmedelijden verandert in somberheid. “Ik ben emotioneler geworden en mijn somberheid is iets van de laatste jaren.”

Bij het ouder worden, krijgt men te maken met de wegval van contacten en bekenden. “De laatste maanden zijn me zes ontvallen, als ik niet zorg dat ik er wat bij krijg, ben ik zo somber. Je moet je kunnen uiten om dat kwijt te raken.”

OMGANG (COPING)

Iedereen kan met somberheid te maken krijgen, het is op verschillende manier te verhelpen

‘Geboren optimisten’ blijken ook te maken te hebben met somberheid. “Dan zit ik te huilen op de bank, een leeg gevoel. Ik heb niets met een graf te maken. Het is een vorm van somberheid die een paar keer per jaar terugkomt, maar kortstondig is.” Het helpt om dan weer **over te gaan op de orde van de dag.**

Relativeren speelt een belangrijke rol bij de vermindering van somberheid. En men denkt dat dit makkelijker wordt met het ouder worden. Men gaat niet meer van vroeger uit en moet tevreden zijn met wat men nu heeft. “De een maakt van een mug een olifant, de ander van de olifant een mug.” Als iemands blik ruim genoeg is om te relateren verdwijnt somberheid weer (een verschil met depressie). Maar ook omgekeerd speelt somberheid een rol in relateren. Sombere situaties maken dat iemand zich sneller druk maakt over andere moeilijke situaties.

Mensen halen steun uit **religie (geloof en gebed) én vertrouwen**. Van belang acht men dat iedereen in zijn omstandigheden zelf keuzes kan maken. De ene wordt daarbij geleid door een God en de ander door vertrouwen.

Het wegvallen van de partner kan somberheid tot gevolg hebben. De **aanwezigheid daarentegen van een partner – evenals van familieleden binnen een hechte relatie** – kan

een steun zijn bij gevoelens van somberheid. Men kiest maar voor een beperkt aantal mensen om de ziel aan bloot te leggen. “Het is niet de bedoeling een klaaggenoot te worden.”

Veel mannen halen **afleiding uit hobby's**, zoals biljarten of het lezen van de krant. Dit neemt echter niet weg dat men soms gevoel blijft houden ‘of het allemaal nog zin heeft’.

Huilen is een manier om met somberheid om te gaan. Alhoewel het voor de mannen (vanuit opvoeding) nooit gepast was om te huilen, wordt het fenomeen als een normale emotieuiting in deze groep gezien. “Je knapt ervan op. Jongens moesten hard zijn, mochten niet huilen, hebben daar een hele hoop narigheid van overgehouden, zijn getrouwd, hebben al die dingen niet kunnen verwerken en hun vrouw ontvalt ze. Dan komen ze in de put”.

PREVENTIEVE ACTIVITEITEN

Men moet vatbaar zijn voor activiteiten (preventief) die voor de doelgroep worden georganiseerd, leeftijd en lichaam gaan niet altijd gelijk op

Het hebben van een vorm van afleiding – welke vorm dan ook (creatief, fysiek) – kan iemand geestelijk verscherpen of scherp houden en uit de sombere sfeer halen. “Je kunt jezelf uiten en afreageren waarna je weer verder kunt.” **Afleidingsmanoeuvres waarmee men zich kan afreageren**, heeft iedereen nodig en **geeft zin in het leven**.

Er zijn verschillende opvattingen met betrekking tot activiteiten georganiseerd voor 75-plussers. Het heeft een **hoge drempel** “ze proberen je zoet te houden”, “het is mijn **eigen keuze**” en “wij hebben onze **hele dag vol gepland**” zijn de drie verschillende opvattingen die in de groep leven. Niet iedereen is nog toe aan het bijwonen van georganiseerde activiteiten, het lichaam geeft de waarschuwing dat men ouder wordt, maar de **geest is jonger**. Hierdoor ervaart men niet altijd meer voldoening van bepaalde bezigheden, de behendigheid van vroeger is er niet meer. Dit maakt de praktische organisatie van een doelgroepgerichte activiteit moeilijk. **Lichamelijke beperkingen** maken dat flexibiliteit afneemt (kromme vingers of slechthorend).

Een activiteit heeft pas zin als iemand daar **vatbaar voor is** en wil inzien dat hij met simpelere activiteiten aan de praat moet worden gehouden om toch zin in het leven te houden. “Er zijn mensen die depressief worden omdat ze niet meer kunnen wat ze vroeger altijd gedaan hebben. Je moet je om kunnen schakelen.” Talenten die nog aanwezig zijn, maar niet meer gebruikt worden, moeten eruit worden gehaald. En alhoewel men de routine kwijt raakt, helpt oefening om dingen toch te kunnen doen. Daarnaast zijn er veel mannen die, doordat ze op jonge leeftijd begonnen met werk, andere ambities aan de kant hebben moeten schuiven.

Het organiseren van een **fysieke activiteit** ligt de mannen meer. Maar als je zo oud bent, moet de nadruk liggen op bewegen, niet op inspannen. “Het is belangrijk dat dáár aandacht aan wordt gegeven, omdat je op een gegeven moment achteruit hobbelt.” Ook denkt men aan een zwemactiviteit op een comfortabele tijd voor ouderen in deskundige handen.

De gekozen leeftijdscategorie kan beter worden teruggebracht naar 65 jaar

“De statistieken van Nederland zeggen dat een man in Nederland rond de 74 jaar wordt. Dus boven de 75 ben je afgeschreven”. Als het gaat om het starten van een interventie, denkt men dat het beter is de leeftijd terug te brengen naar 65 jaar.

Discussie

De gegevens die uit de gespreksgroep zijn gekomen, geven nieuw inzicht in de manier waarop mannen in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder omgaan met somberheid en hoe ze aankijken tegen sombere gevoelens en depressie. Het is echter van belang om rekening te houden met de demografische kenmerken van deelnemers van de focusgroep voor de representativiteit (ook in vergelijking met respondenten die hebben deelgenomen aan de vragenlijst). Alhoewel een aantal mannen de partner heeft verloren, hebben de meeste momenteel een partner en ook de eigen gezondheid wordt redelijk hoog beoordeeld. De mannen hebben geheel vrijwillig meegewerkt aan de focusgroep, maar de manier van werven (publiciteit) kan andere mannen ervan hebben weerhouden deelname te verlenen. Door een gebrek aan respondenten was het niet mogelijk een tweede focusgroep op te richten. Een tweede groep had als controle kunnen dienen voor mogelijk dominante respondenten (die overigens niet aanwezig waren) en hiermee samenhangend mogelijk ander inzicht kunnen verschaffen.

Ervaring met somberheid en depressie

Als het gaat om stemming ervaart men depressiviteit als een stap verder dan somberheid. Mensen die depressief zijn moeten geholpen worden, maar missen ook elke motivatie om iets te ondernemen/aan te pakken. Somberheid maakt dat iemand minder gemotiveerd is om de zaken op orde te houden, maar is overheen te komen. Somberheid kan hierbij gezien worden als een milde depressie, die relatief vaker bij oudere mensen voorkomen en waarbij de ernst van de symptomen niet toereikend is om een depressieve stoornis vast te stellen (RIVM, 2005). Binnen deze groep worden – als oorzaken van somberheid – een aantal bekende risicofactoren voor depressie bij ouderen genoemd. Het gaat

dan om omstandigheden zoals het gemis van een partner. Vooral voor mannen is dit een bekende risicofactor voor de ontwikkeling van depressie (Grootheest, Beekman, Broese van Gronau en Deeg, 1999). Het heeft een uitwerking op alle aspecten van leven. Het hebben van een thuis speelt hier ook in mee. Door veranderingen en verlies (gemis partner en kinderen die uit huis zijn gegaan) is de thuiskomst niet meer zo prettig als dat het altijd is geweest. Het gemis van gezelligheid en behaaglijkheid maakt iemand somber. De aanwezigheid van een hechte familieband werkt dan ook als beschermende factor. Ook administratieve rompslomp en keuzes die hierbij moeten worden gemaakt, worden niet als simpel ervaren en kunnen een druppel zijn in de emmer van somberheid. Alhoewel de ontwikkeling van depressie bij mannen meer door ‘recente’ gebeurtenissen wordt beïnvloed (het zijn omstandigheden die de mannen somber maken) (Schoevers, 2005 met een verwijzing naar Penninx e.a., 1999; Schoevers e.a., 2000), worden binnen de focusgroep ook gebeurtenissen uit de jeugd (slechte opvoedingsomstandigheden en weinig aandacht en liefde), een zwak karakter en persoonlijke tekortkomingen (ongewild) genoemd als oorzaken voor somberheid.

Ervaring met problemen en gevoelens van somberheid en depressie

Binnen de focusgroep is tevens besproken hoe men omgaat met problemen en gevoelens van somberheid en depressie. Hier wordt vooruitgeblikt naar de copingstrategieën die de UCL meet (*actief probleem oplossen (A), palliatief aanpakken (P), vermijding (V), zoeken van sociale steun (S), passief reactief patroon (PR), uiten van emoties (E) en geruststellende gedachten (G)* (schreurs e.a., 1993)). Ook wordt gekeken naar copingstrategieën die de UCL niet meet.

Dat somberheid onstaat, kan veroorzaakt/versterkt worden door zelf bij de pakken neer te gaan zitten. Dus ofwel een vermijdende manier van coping (UCL, Vermijding), ofwel een niet actieve manier van coping (UCL, Actief aanpakken). Van deze laatste stijl is bekend dat het samengaat met depressiviteit (Schreurs e.a., 1993). Daarnaast is relativeren belangrijk in vermindering van somberheid (UCL, Geruststellende gedachten) evenals het uiten van emoties (UCL, Uiten van emoties). Huilen wordt binnen deze groep als een gepaste manier gezien om dit te doen (emotiegerichte coping).

Afleiding zoeken uit hobby's blijkt ook een gebruikte copingstrategie te zijn binnen deze groep (UCL, Palliatieve aanpak). Niet persé om niet aan problemen te hoeven denken, maar om jezelf te kunnen uiten en af te reageren. Mannen zijn wat dat betreft meer op de wereld buiten zichzelf gericht dan vrouwen; ze zoeken bij depressieve stemming eerder

afleiding door fysieke activiteiten, terwijl vrouwen geneigd zijn hun stemming te overdenken (Piccinelli en Wilkinson, 2000; Schroevers, 2005).

Voor een depressief iemand is het lastig iemand te vertrouwen. Bekend is dat bij depressiviteit de relatie met anderen vaak verslechterd (Verkaaik, 1994). Te verwachten is dan ook dat iemand die depressief is, minder de neiging heeft sociale steun te zoeken (UCL, Zoeken van sociale steun). Voor het verminderen van sombere gevoelens heeft men juist behoefte aan contact (met een beperkt aantal mensen).

Een ander soort copingstrategie, het zoeken naar steun in religie (emotiegerichte), wordt gebruikt door deze doelgroep, alhoewel iedereen daaraan een eigen invulling geeft: de ene wordt geleid door God, de ander door vertrouwen. Voor iemand die depressief is, is er geen steun te halen uit religie. Religie als copingstijl zou vergeleken kunnen worden met de strategie die in de UCL wordt gemeten: het hebben van geruststellende gedachten (schaal G).

Een laatste manier van coping is aanpassing en acceptatie. De veranderingen met het ouder worden moet men veelal nemen zoals ze komen (zoals verlies auto, wegval van contacten), omdat het anders verandert in somberheid. Aanpassing en acceptatie, evenals het specifiek zoeken naar steun in religie, zijn vormen van coping waar de UCL niet op ingaat.

Binnen deze focusgroep is het passief reactief patroon, waarbij men gepreoccupeerd is met het probleem, niet genoemd als manier van omgang met moeilijke situaties. Het is vooral zo dat somberheid ervaren wordt als een emmer die door meerdere problemen langzaam vol loopt.

De organisatie van een activiteit

Als het gaat om de organisatie van een activiteit voor de doelgroep, is daar binnen deze groep weinig animo voor, omdat de meeste mannen al een volle dagplanning hebben. Bij de organisatie van een activiteit moet rekening worden gehouden met het feit dat lichaam en geest niet altijd gelijk op gaan bij het ouder worden. Enerzijds is door verminderde behendigheid en lichamelijke beperkingen de flexibiliteit van de doelgroep laag. Ook moet geaccepteerd worden dat men niet altijd meer kan doen waar men vroeger goed in was. Anderzijds voelt men zich niet aangesproken bij de start van een activiteit, omdat de eigen geest jonger is (te jong). Een fysieke activiteit (waarbij de nadruk niet op inspanning, maar op bewegen ligt) is iets waar men waarde aan hecht.

Studie II: de vragenlijst – kwantitatief

Inleiding

Door middel van de vragenlijst (Bijlage I- de gebruikte vragenlijst) wordt beoogd antwoord te geven op de twee onderzoeksvragen.

Wat is de relatie tussen de mate van depressiviteit onder mannelijke 75-plussers en de manier waarop ze omgaan met problemen of onplezierige gebeurtenissen in hun leven (coping)?

Hoe wil deze doelgroep benaderd en behandeld worden in een preventie interventieprogramma om beter om te gaan met gevoelens van depressie/somberheid?

Methode

Werving & Procedure

De respondenten zijn geworven door lokale publiciteit: een oproep in de Huis aan Huiskrant van Zwolle en door het aanschrijven van instanties in Zwolle die met ouderen te maken hebben^{III}. In *tabel 1* is te zien waar de respondenten zijn geworven. De vragenlijst is door 67 respondenten ingevuld, waarvan vijf respondenten onder een leeftijd van 75 zaten. Deze respondenten zijn niet in *tabel 1* genoemd.

Bij alle respondenten is de vragenlijst afgenomen door de onderzoeker, met uitzondering van negentien respondenten die de vragenlijst op eigen gelegenheid hebben ingevuld (procedure instantie, afstand en eigen voorkeur speelden hierbij een rol).

^{III} Oproep via het lokale radiostation en via de Zwolse kerkbladen heeft geen respondenten opgeleverd

Tabel 1. *Werving van respondenten*

	Aantal respondenten (N=62)	
		Toelichting
Weekkrant ^I	4	Bijlage II - Publicaties
Postercampagne	1	Bijlage II - Publicaties
Snowball sampling	8	Via al betrokken respondenten
Vier verzorgingstehuizen	33	In twee verzorgingstehuizen zijn de 75-plussers eerst aangeschreven
Ziekenhuis	6	Twee afdelingen
Dienstencentra ^{II}	6	Borrel: Bijlage II - Publicaties
Dagverzorging dienstencentra	1	
Sociale dienstverlening	2	
RIAGG	1	
totaal	62	

^I Wegener Huis-aan-Huiskranten, De Peperbus, 22 februari 2006 – jaargang 50 – nummer 8 – pag. 9

^{II} Op 9 juni 2006 is in één van de dienstencentra van de Stichting Welzijn Ouderen een borrel georganiseerd voor de doelgroep, de publicatie hiervoor is geplaatst in Wegener Huis-aan-Huiskranten, De Peperbus, 7 juni 2006 – jaargang 50 – nummer 23 – pag. 9

Participanten

De 62 respondenten (N=62) hadden een gemiddelde leeftijd van 83 (M = 83, SD = 5,428). Een overzicht van de demografische kenmerken van de respondenten is te vinden in tabel 2. Alhoewel voor het onderzoek respondenten via instanties in Zwolle zijn benaderd, zijn er (door snowball sampling) zeven respondenten niet woonachtig in Zwolle.

Tabel 2. Demografische kenmerken (N=62)

	aantal	procenten
Zonder partner ^I	27	43.5
Behandeling medisch specialist	33	53.2
Behandeling depressiviteit	2	3.2
Belemmering door lichamelijke beperking		
Geen	21	33.9
Redelijk	20	32.3
Groot	21	33.9
Eigen gezondheid		
Slecht	8	12.9
Redelijk	21	33.9
Goed	33	53.2
Financiële situatie		
Onder modaal	18	29.0
Modaal	34	54.8
Boven modaal	10	16.1
Opleidingsniveau		
Geen/lager	16	25.8
LBO en mavo	23	37.1
MBO en havo	9	14.5
HBO en WO	14	22.6
Religieus ^{II}	42	67.7
Steun uit religie	33	53.2

^I Zonder partner: 5 alleenstaand, 3 scheiding, 19 verlies

^{II} Eén respondent heeft deze items niet ingevuld

Materiaal

De gebruikte vragenlijst (Bijlage I – De gebruikte vragenlijst) bestaat uit twee bestaande vragenlijsten, namelijk de Utrechtse CopingLijst (Scheurs et al, 1993) en de Geriatric Depression Scale (Godderis, Van de Ven en Wils, 1992 met verwijzing naar: Brink e.a., 1982; Ned. Vert.: Bleeker e.a., 1985). Voorafgaande aan beide lijsten zijn demografische

gegevens (leeftijd, huwelijks staat, opleidingsniveau en financiële situatie) en gezondheidskenmerken vastgesteld. Bij de gezondheidskenmerken gaat het er dan om of iemand onder behandeling is van een medisch specialist, behandeld wordt voor depressiviteit, belemmering heeft ervaren door beperkingen en hoe iemand de eigen gezondheid inschat. Ook is gevraagd of men een religie aanhangt en daar steun uithaalt. Tenslotte is gevraagd wat de beste manier is om de doelgroep te bereiken bij de start van een activiteit en of men ideeën heeft over de invulling van deze activiteit.

The Geriatric Depression Scale (GDS)

De GDS (Godderis, Van de Ven en Wils, 1992, met verwijzing naar: Brink e.a., 1982) is een korte screening waarmee depressieve patiënten (55-plus) getraceerd kunnen worden. De schaal heeft een sensitiviteit van 80 procent en een specificiteit van 100 procent bij een cut-off score van 14. (Yesavage, Brink en Rose, 1983; Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie) De interne consistentie van de Engelstalige GDS bedraagt .94 en de test-hertest betrouwbaarheid .85 (Yesavage, Brink en Rose, 1983). De GDS telt drie voordelen ten opzichte van andere depressieschalen. De schaal is in de eerste plaats gecreëerd voor gebruik in de geriatrie populatie. In de tweede plaats sluit het somatische symptomen uit en in de laatste plaats zijn de items simpel te lezen met een eenvoudige antwoordcategorie (APA, 2000). Het simpele antwoordformaat (ja of nee) is belangrijk, omdat het voor oudere mensen verwarrend is het best passende antwoord te kiezen uit meerdere mogelijkheden (Godderis, Van de Ven en Wils, 1992).

De schaal bestaat uit dertig items die de ernst van depressie meten bij 55-plussers (APA, 2000). Voor elk gegeven antwoord dat neigt naar depressie krijgt de respondenten één punt (voor de items 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 is dit het antwoord 'nee'). Het totaal hiervan levert een bepaalde score op en een hoge score rechtvaardigt verder onderzoek voor het stellen van de diagnose depressie (Verkaaik, 1994). Een score van veertien wordt gebruikt als cut-off score (gezonde mensen scoren niet hoger). Een score tussen de elf en dertien duidt op een mogelijkheid op een depressie (APA, 2000).

De items van de GDS hebben betrekking op depressie relevante symptomen: verslechterde stemming, lage zelfwaardering, lage motivatie, oriëntatie op verleden/toekomst, cognitieve problemen, obsessief gedrag, verlies en ergernis (APA, 2000; Yesavage, Brink en Rose, 1983). Een bias in de GDS is onderrapportage bij de oudste ouderen, bij ouderen met hoge intelligentie en bij mannen (APA, 2000).

The Utrechtse Coping Lijst (UCL)

De UCL (Scheurs et al., 1993) is een vragenlijst (zelfrapportage) om verschillende soorten copinggedrag mee te meten (<65 jaar). De UCL meet een bepaalde manier van reageren in verschillende situaties (Schreurs e.a., 1993). Alhoewel de UCL coping als persoonlijkheidstrek meet (consistent over verschillende situaties), zijn er nog twee andere manieren om coping te meten. In de eerste plaats coping als *defense mechanisms* (vanuit de psychoanalytisch theorie) waarbij ze beschermen tegen dreiging en spanning (op een vertekende manier de situatie waarnemen). In de tweede plaats is coping als een proces van transacties te meten, tussen persoon, omgeving en tijd (Schreurs e.a., 1993).

De UCL bestaat uit zeven schalen waarbij verondersteld wordt dat coping een persoonlijkheidsstijl is (Schreurs e.a., 1993):

Schaal A – Actief probleem oplossen (zeven items)

Op verschillende manieren naar de situatie kijken en doelgericht te werk gaan. Een hoge zelfwaardering correleert positief met adequaat functioneren en negatief met neurotische karaktertrekken, depressie en angst (Schreurs e.a., 1993).

Schaal P – Palliatief aanpakken (acht items)

Het zoeken van afleiding zoals roken, drinken of ontspanning. Iemand met een hoge score op deze schaal heeft meer angst en psychopathologie en is neurotischer en inadequater (Schreurs e.a., 1993).

Schaal V – Vermijding (acht items)

Vermijden en afwachten van de situatie. Dit gaat vaak samen met gevoel van (sociale) inadequaatheid, lage zelfwaardering, hoge angst en psychologisch en fysiek welzijn. Het is een emotionele manier van coping (Schreurs e.a., 1993).

Schaal S – Zoeken van sociale steun (zes items)

Steun zoeken en met anderen praten over zorgen. Dit correleert met een internal locus of control (Schreurs e.a., 1993).

Schaal PR – Passief reactief patroon (zeven items)

Men is gepreoccupeerd met het probleem en ziet er niets positief aan. Een hoge score gaat samen met angst, depressieve- en gezondheidsklachten (Schreurs e.a., 1993).

Schaal E – Uiten van emoties (drie items)

Het uiten van emoties (boosheid, ergernis en spanning) aan anderen. Dit gaat samen met een hoog neurotische trek (Schreurs e.a., 1993).

Schaal G – Geruststellende gedachten (vijf items)

Een positieve manier van denken. Bij ouderen correleert dit negatief met somatische klachten en een negatief welzijn (Schreurs e.a., 1993).

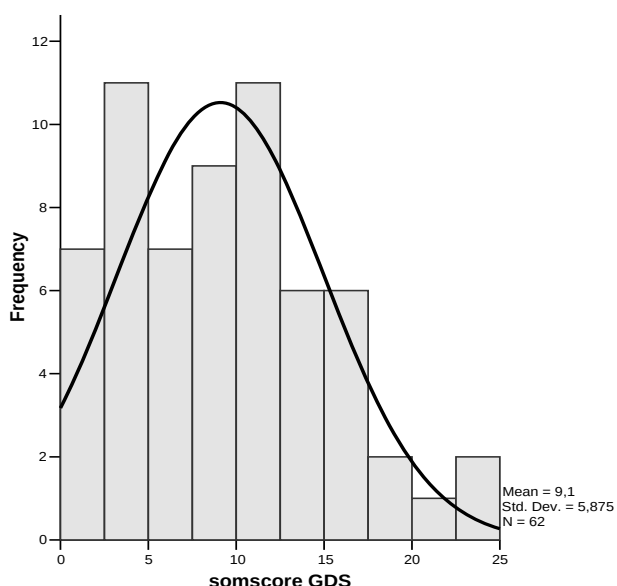
De UCL bestaat uit 47 items. Drie items zijn opvulitems (fill-items), de rest is onder te verdelen in de zeven schalen. De somscore wordt berekend door de score per schaal op te tellen. De normering kan plaatsvinden door middel van een vijfpunten schaal, ingedeeld in percentielen (Schreurs e.a., 1993). In dit onderzoek is echter gebruikt gemaakt van de somscore.

Resultaten

Een alpha van .05 ($\alpha=.05$) is gekozen als overschrijdingsniveau voor alle statistische toetsen. Er is tweezijdig getoetst, tenzij anders vermeldt.

Normale verdeling

Voor uitvoering van de statistische analyse is het van belang te bepalen of scores op de GDS en op de UCL (N=62) normaal zijn verdeeld, zodat parametrisch getoetst kan worden. De scores blijken aan de eisen van een normale verdeling te voldoen. De mediaan en het gemiddelde van de somscore GDS liggen dicht bij elkaar (M=9.10, Mdn=8, SD=5.88). Uit het histogram (figuur A. Verdeling score op de GDS) blijkt dat de steekproef de vorm heeft van een normale verdeling, maar rechts iets scheef is.



Figuur A. Verdeling score op de GDS

De Kolmogorov-Smirnov toets test of de waargenomen verdeling afwijkt van de normale verdeling. De score op de GDS blijkt niet significant af te wijken van de normale verdeling, K-S (df=61, N=62) = 0,882, p=0,418 (tweezijdig) en ook de afzonderlijke schalen van de UCL blijken normaal verdeeld te zijn (*tabel 3*).

Tabel 3. *Verdeling UCL schalen (schaalscore UCL)*

N=62	M	Mdn	SD	Kolmogorov-Smirnov
Schaal A: <i>Actief probleem oplossen</i>	16.10	16.00	4.29	K-S=0.82, p=.521
Schaal P: <i>Palliatief aanpakken</i>	16.16	16.00	4.68	K-S=0.70, p=.708
Schaal V: <i>Vermijding</i>	18.15	17.50	4.65	K-S=0.77, p=.600
Schaal S: <i>Zoeken van sociale steun</i>	11.21	11.00	3.78	K-S=0.86, p=.447
Schaal PR: <i>Passief reactief patroon</i>	10.92	10.50	2.82	K-S=1.01, p=.263
Schaal E: <i>Uiten van emoties</i>	5.85	6.00	2.11	K-S=1.11, p=.169
Schaal G: <i>Geruststellende gedachten</i>	12.47	12.00	2.89	K-S=1.02, p=.148

Score op de GDS en op de UCL

Analyse van de score op de GDS laat zien dat twaalf mannen boven de cut-off score van veertien scoren (*tabel 4*). Het gaat om 19.4 procent van de steekproef.

Tabel 4. *Score GDS (N=62)*

	Aantal	Procenten
Score GDS		
≤10	38	61.3
11-13	12	19.4
14≤	12	19.4
Gemiddelde	9.10	
SD	5.88	

Voor de score op de UCL hebben Schreurs e.a. (1993) normgroepen opgesteld waarmee gemiddelde scores van steekproeven vergeleken kunnen worden (*tabel 5*). Bij een vergelijking van de huidige steekproef met mannen tussen de 55 en 65 jaar (voor 75-plussers is geen normgroep beschikbaar), blijkt dat mannen van 75 jaar en ouder minder vaak dan de jongere mannen actief problemen aanpakken (schaal A, t=-4.23, p=.000) en vaker problemen

vermijden (schaal V, $t=5.84$, $p=.000$) en geruststellende gedachten hebben (schaal G, $t=2.64$, $p=.011$).

Tabel 5. *Vergelijking normgroep met steekproef*

Sub-schalen	Leeftijdsgroep: mannen 75-plus ($N=62$)		Leeftijdsgroep: mannen tussen de 55 en 65 jaar (NS-, a-selecte steekproef, $N=225$)		T-toets
	M	SD	M	SD	
Schaal A: <i>Actief probleem oplossen</i>	16.10	4.29	18.4	3.7	$t=-4.23$, $p=.000$
Schaal P: <i>Palliatief aanpakken</i>	16.16	4.68	15.5	3.7	$t=1.11$, $p=.270$
Schaal V: <i>Vermijding</i>	18.15	4.65	14.7	3.3	$t=5.84$, $p=.000$
Schaal S: <i>Zoeken van sociale steun</i>	11.21	3.78	11.1	2.9	$t=0.23$, $p=.820$
Schaal PR: <i>Passief reactief patroon</i>	10.92	2.82	10.6	3.0	$t=0.89$, $p=.376$
Schaal E: <i>Uiten van emoties</i>	5.85	2.11	6.3	1.6	$t=-1.66$, $p=.100$
Schaal G: <i>Geruststellende gedachten</i>	12.47	2.89	11.5	2.5	$t=2.64$, $p=.011$

Gezondheid en ervaren belemmeringen

Door middel van meerdere vragen (bijlage I – De gebruikte vragenlijst) is getracht een beeld te krijgen van de gezondheid van mannen uit de steekproef. De respondenten hebben een zelfinschatting gegeven van in hoeverre lichamelijke beperkingen hen de afgelopen week belemmerd hebben en hoe ze hun eigen gezondheid inschatten. Er is een negatieve correlatie tussen de inschatting van de eigen gezondheid en de ervaring van beperkingen ($r=-.499$, $p=.000$). Hoe beter men de eigen gezondheid inschat, hoe minder men belemmering door beperkingen ervaart. Zo hadden mannen die hun gezondheid als slechter inschatten, ‘de afgelopen week’ groter belemmering door beperkingen ervaren ($M=2.87$, $SD=.354$). Mannen

die hun eigen gezondheid als redelijk inschatten, hadden ‘de afgelopen week’ redelijke belemmering ervaren ($M=2.19$, $SD=.814$) en mannen die hun eigen gezondheid als goed inschatten, hadden ‘de afgelopen week’ geen tot redelijke belemmering ervaren ($M=1.67$, $SD=.736$).

Associatie tussen coping en mate van somberheid

Om te bepalen of er een significante samenhang is tussen een bepaalde manier van coping en de mate van depressiviteit/somberheid, is er gebruik gemaakt van Pearsons correlatiecoëfficiënt (r) (tabel 6). Alleen een passief reactief patroon van coping (schaal PR, $r=.67$, $p=.000$), actief probleem aanpakken (schaal A, $r=-.33$, $p=.006$) en een vermijdende coping (schaal V, $r=.32$, $p=.010$) blijken bij deze doelgroep significant een rol te spelen.

Een hogere mate van somberheid/depressiviteit gaat in deze groep mannen samen met een passief reactief patroon (schaal PR). Ook blijken mannen met een lagere mate van somberheid/depressie zijn meer geneigd zich actief met het probleem bezig te houden (schaal A). Mannen met een hogere mate van somberheid/depressie blijken vaker een vermijdende en afwachtende houding ten aanzien van problemen te hebben (schaal V). Er moet rekening worden gehouden met het feit dat de schalen V en PR positief significant met elkaar correleren (tabel 6, $r=.29$, $p=.022$) waardoor ze mogelijk een gezamenlijk deel van de somberheid verklaren. Tussen andere schalen van de UCL blijkt tevens intercorrelatie, maar geen significante samenhang met somberheid/depressie: voor de schalen P, S, E en G is geen significante samenhang gevonden met somberheid/depressiviteit binnen deze groep, wat erop duidt dat de interne validiteit van de UCL voor deze groep zeer waarschijnlijk niet toereikend is.

Tabel 6. Pearsons correlatie (*r*) score GDS en schaalscore UCL en intercorrelaties

N=62	Score	Schaal A	Schaal P	Schaal V	Schaal S	Schaal	Schaal E	Schaal G
	GDS	<i>actief aanpakken</i>	<i>palliatieve reactie</i>	<i>vermijden</i>	<i>sociale steun</i>	<i>PR passief reactief</i>	<i>emoties uiten</i>	<i>geruststelle nd denken</i>
Schaal A	-.33 (p=.006)	1	.26 (p=.044)	-.15 (p=.254)	.30 (p=.020)	-.22 (p=.082)	.32 (p=.013)	.43 (p=.001)
<i>actief aanpakken</i>								
Schaal P	.11 (p=.383)		1	-.21 (p=.097)	.26 (p=.038)	-.02 (p=.884)	.34 (p=.007)	.40 (p=.001)
<i>palliatieve reactie</i>								
Schaal V	.32 (p=.010)			1	-.18 (p=.166)	.29 (p=.022)	-.25 (p=.051)	.16 (p=.205)
<i>vermijden</i>								
Schaal S	-.11 (p=.416)				1	-.03 (p=.813)	.42 (p=.001)	.22 (p=.089)
<i>sociale steun</i>								
Schaal	.67 (p=.000)					1	-.08 (p=.527)	-.20 (p=.114)
<i>PR passief reactief</i>								
Schaal E	-.09 (p=.499)						1	.30 (p=.015)
<i>emoties uiten</i>								
Schaal G	-.19 (p=.135)							1
<i>geruststelle nd denken</i>								

Multivariate relaties tussen coping (UCL) en mate van somberheid (GDS)

De regressieanalyse is gebruikt om vast te stellen in hoeverre de somscore op de GDS door de scores op de UCL schalen voorspeld kan worden. Een hiërarchische regressieanalyse is uitgevoerd waarbij in de eerste stap demografische variabelen (aanwezigheid partner, opleiding en inschatting financiële situatie) zijn ingevoerd om te controleren voor confounding. In de tweede stap zijn de scores op de UCL schalen ingevoerd (*tabel 7*).

Tabel 7. Multiple regressie voor mate van somberheid

Onafhankelijke variabele	model 1			model 2		
	β	B	p	β	B	p
Inschatting financiële situatie	-0.05	-.045	.711			
Aanwezigheid partner	0.13	1.54	.282			
Opleiding	-0.40	-2.14	.004			
Inschatting financiële situatie				0.12	1.12	.256
Aanwezigheid partner				0.09	1.02	.365
Opleiding				-0.27	-1.41	.016
Actief probleem aanpakken				-0.14	-0.19	.197
Palliatieve reactie				0.27	0.34	.013
Vermijding				0.18	0.22	.109
Passief reactief patroon				0.51	1.07	.000
Sociale steun zoeken				-0.04	-0.06	.678
Emoties uiten				0.07	0.18	.539
Geruststellende gedachten				-0.17	-0.35	.154
R ²	.480, p=.002			.785, p=.000		
R ² change				.385		

Het totale model blijkt 78 procent van de variantie in mate van somberheid te voorspellen ($F=8.17$, $p=.000$). De zeven copingstrategieën die de UCL meet, voorspellen 38 procent van de variantie in mate van somberheid, terwijl de inschatting van de financiële situatie, de aanwezigheid van een partner en het opleidingsniveau gezamenlijk 48 procent verklaren. Bij correctie voor de demografische voorspellers blijken de palliatieve reactie ($p=.013$) en het passief reactief patroon ($p=.000$) positief samen te hangen met mate van somberheid.

Samenhang leeftijd en somberheid en coping

Er is geen significante correlatie tussen leeftijd en mate van somberheid/depressiviteit ($r=.11$, $p=.411$) en tussen leeftijd en copingstijl bij mannen van 75 jaar en ouder (tabel 8).

Tabel 8. *Correlatie leeftijd en schaalscore UCL (N=62)*

	r	p
Actief probleem aanpakken	-.19	.143
Palliatieve aanpak	.08	.499
Vermijding	.00	.988
Sociale steun zoeken	-.12	.346
Passief reactief patroon	-.01	.972
Emoties uiten	-.20	.129
Geruststellende gedachten	-.19	.137

Relaties tussen de aanwezigheid van een partner en coping en mate van somberheid

Als het gaat om de huwelijkse staat, hebben 35 mannen een partner (56.5 procent) en leven 27 mannen zonder partner (43.5 procent). De mannen met partner scoren gemiddeld lager op de GDS (M=7.68, SD=5.61) dan de mannen zonder partner (M=10.70, SD=5.93). Uit de t-toets voor onafhankelijke groepen blijkt dat mannen zonder partner significant hoger scoren op de GDS dan mannen met partner (df=60, t=-1.93, p=.029). Er is eenzijdig getoetst, omdat het gemis van een partner een bekende risicofactor is voor de ontwikkeling van depressieve symptomen (Grootheest, Beekman, Broese van Gronau en Deeg, 1999).

Als het gaat om score op de UCL is er alleen voor schaal A significant verschil tussen de groepen. Mannen met partner zijn meer geneigd problemen actief aan te pakken (t=2.33, p=.023) (tabel 9).

Tabel 9. *Aanwezigheid partner en schaalscore UCL (N=62)*

	Met partner		Zonder Partner		t-toets voor onafhankelijke groepen	
	M	SD	M	SD	t	p
Actieve probleemaanpak	17.17	3.64	14.7	4.29	2.33	.023
Palliatieve aanpak	16.71	5.02	15.44	4.68	1.06	.293
Vermijding	17.54	4.54	18.93	4.65	-1.7	.249
Sociale steun zoeken	11.97	3.88	10.22	3.78	1.84	.070
Passief reactief patroon	10.57	2.76	11.37	2.82	-1.11	.272
Emoties uiten	6.23	2.12	5.37	2.11	1.61	.113
Geruststellende gedachten	12.86	2.75	11.96	2.89	1.21	.230

Relatie tussen opleidingsniveau en coping en mate van somberheid

Voor de analyse met betrekking tot het opleidingsniveau, zijn van de acht antwoordmogelijkheden (Bijlage I – De gebruikte vragenlijst) vier nieuwe categorieën van opleidingsniveau gecreëerd (*tabel 10*).

Tabel 10. Indeling opleidingsniveau

Nieuwe categorieën	Gevraagde opleidingsniveau's
Geen en basisonderwijs	Geen Basis/lager onderwijs
LBO en mavo	Lager beroepsonderwijs Mavo, (m)ulo, 3-jarige HBS en vmbo
MBO en hoger middelbaar onderwijs	MBO 5-jarige HBS, havo, mms, atheneum en gymnasium
HBO en WO	HBO WO

Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager de gemiddelde score op de GDS ($r = -.50$, $p = .000$). Uit variantieanalyse blijkt dat er significant verschil is tussen de gemiddelde scores op de GDS van mannen met verschillend opleidingsniveau ($F = 5.18$, $p = .003$) (*tabel 11*).

Tabel 11. Opleidingsniveau en score GDS (N=62)

Opleidingsniveau	Score GDS		Significant verschil score GDS tussen opleidingsniveau's (LSD)
	M	SD	
Geen en basisonderwijs (n=16)	12.31	6.70	* MBO en hoger middelbaar onderwijs ($p = .026$)
LBO en mavo (n=23)	10.04	5.14	* HBO en WO ($p = .008$)
MBO en hoger middelbaar onderwijs (n=9)	7.22	4.66	
HBO en WO (n=14)	5.07	5.88	* Geen en basisonderwijs ($p = .000$)

Als het gaat om score op de UCL blijken er uit variantieanalyse geen significante verschillen tussen de gemiddelde scores van de mannen in verschillende opleidingscategorieën. Wel geldt dat er voor actief aanpakken, vermijding en een passief reactief patroon van coping significante correlatie is tussen score op de UCL en opleiding (tabel 12).

Tabel 12. Score UCL en relatie met opleidingsniveau (N=62)

	Samenhang en verschil opleiding		Geen en basisonder- wijs		LBO en mavo		MBO en hoger middelbaar onderwijs		HBO en WO	
Subschalen	r	F	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Schaal A: <i>Actief probleem oplossen</i>	r=.34, p=.007	F=2.61, p=.060	14.44	3.56	15.7	4.48	16.22	4.76	18.57	3.67
Schaal P: <i>Palliatief aanpakken</i>	r=.03, p=.776	F=0.13, p=.944	15.69	5.17	16.26	4.73	16.89	5.90	16.07	3.43
Schaal V: <i>Vermijding</i>	r=-.28, p=.026	F=2.54, p=.065	20.56	4.23	17.48	5.20	18.44	4.77	16.29	3.02
Schaal S: <i>Zoeken van sociale steun</i>	r=.10, p=.453	F=0.29, p=.830	10.44	3.83	11.43	4.35	11.44	3.01	11.57	3.39
Schaal PR: <i>Passief reactief patroon</i>	r=.26, p=.041	F=1.48, p=.229	12.00	2.66	10.96	3.05	10.44	2.24	9.93	2.76
Schaal E: <i>Uiten van emoties</i>	r=.11, p=.381	F=.80, p=.501	5.25	1.57	6.00	2.45	6.56	2.24	5.86	1.99
Schaal G: <i>Geruststellende gedachten</i>	r=.11, p=.376	F=.54, p=.656	11.88	3.14	12.7	2.74	12.00	3.12	13.07	2.84

Inschatting eigen financiële situatie en score op GDS en UCL

Hoe beter men de eigen financiële situatie inschat, hoe lager men gemiddeld scoort op somberheid/depressiviteit ($r=-.29$, $p=.022$). Variantieanalyse laat zien dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde score op de GDS en mannen die hun financiële situatie anders inschatten ($F=2.884$, $p=.064$). Tabel 13 geeft de gemiddelde scores op de GDS weer van mannen die hun financiële situatie anders inschatten.

Tabel 13. *Samenhang inschatting financiële situatie en score op GDS (N=62)*

	M	SD
Onder modaal (n=18)	11.00	6.22
Modaal (n=34)	9.12	5.53
Boven modaal (n=10)	5.60	5.28

Uit variantieanalyse blijkt dat er significant verschil is tussen de gemiddelde scores van mannen die hun financiële situatie als verschillend inschatten op schaal A (tabel 14). Mannen die hun eigen financiële situatie als onder modaal inschatten, zijn minder geneigd tot actieve aanpak van problemen dan de mannen die dit als modaal ($p=.022$) inschatten en als boven modaal ($p=.006$).

Ook voor de score op schaal G zijn er significante verschillen tussen de groepen die hun financiële situatie als verschillend inschatten. Mannen die de financiële situatie als onder modaal inschatten zijn tevens minder geneigd tot het hebben van geruststellende gedachten dan mannen die de situatie als modaal ($p=.009$) en als boven modaal inschatten ($p=.030$).

Voor de palliatieve aanpak (afleiding zoeken), een afwachtende en vermijdende houding, het zoeken van sociale steun, de passief reactieve manier van coping en het uiten van emoties, zijn er geen significante verschillen tussen mannen die hun financiële situatie anders inschatten.

Tabel 14. Score UCL en relatie met financiële situatie (N=62)

Subschalen	Samenhang en verschil financiële situatie		Onder modaal		Modaal		Boven modaal	
	r	F	M	SD	M	SD	M	SD
Schaal A: <i>Actief probleem oplossen</i>	r=.37, p=.003	F=4.70, p=.013	13.83	3.96	16.62	4.02	18.40	4.33
Schaal P: <i>Palliatief aanpakken</i>	r=.05, p=.676	F=0.09, p=.917	15.83	4.67	16.21	5.08	16.60	3.50
Schaal V: <i>Vermijding</i>	r=-.12, p=.370	F=0.65, p=.524	18.50	4.55	18.41	4.86	16.60	4.20
Schaal S: <i>Zoeken van sociale steun</i>	r=.08, p=.556	F=0.26, p=.774	11.00	3.60	11.09	4.03	12.00	3.46
Schaal PR: <i>Passief reactief patroon</i>	r=-.29, p=.024	F=3.01, p=.056	12.22	3.26	10.50	2.39	10.00	2.79
Schaal E: <i>Uiten van emoties</i>	r=.03, p=.798	F=0.04, p=.966	5.78	2.07	5.85	2.27	6.00	1.76
Schaal G: <i>Geruststellende gedachten</i>	r=.31, p=.013	F=4.21, p=.019	10.89	2.87	13.06	2.77	13.30	2.41

Ervaren belemmering en score op de GDS en UCL

Uit variantieanalyse blijkt dat er significant verschil is ($r=.45$, $p=.000$) tussen de gemiddelde scores op de GDS bij de mannen die verschillend hebben gereageerd op de vraag of lichamelijke beperkingen een belemmering zijn geweest ($F=7.455$, $p=.001$). Hoe meer belemmering men heeft ervaren, hoe hoger men scoort op somberheid/depressie. Mannen die grote belemmering hebben ervaren, scoren hoger op somberheid/depressie dan mannen die redelijke belemmering ($p=.031$) en die geen belemmering ($p=.000$) hebben ervaren (tabel 15).

Tabel 15. Samenhang ervaren belemmering en score op GDS

N=62	Significant verschil met (LSD)			
	M	SD		
Geen (n=21)	6.10	5.05	* groot	SE=1.647, p=.000
Redelijk (n=20)	8.75	6.88	* groot	SE=1.668, p=.031
Groot (n=21)	12.43	3.68		

Als het gaat om de ervaren belemmeringen en de score op de UCL, blijken er geen significante verschillen te zijn tussen een bepaalde manier van coping en het meer of minder ervaren van belemmeringen. Alleen voor de passief reactieve manier van coping, blijkt een redelijk sterke correlatie te zijn met het in meerdere mate ervaren van belemmeringen ($r=.29$, $p=.024$) (tabel 16).

Tabel 16. Ervaren belemmering en gemiddelde score per UCL schaal (N=62)

Subschalen	Geen belemmering		Redelijke belemmering		Grote belemmering		Samenhang en verschil in ervaren belemming	
	M	SD	M	SD	M	SD	r	F
Schaal A: <i>Actief probleem oplossen</i>	16.59	4.28	15.45	3.85	15.86	4.75	$r=-.11$, $p=.413$	$F=0.670$, $p=.516$
Schaal P: <i>Palliatief aanpakken</i>	15.76	3.33	14.85	4.21	17.81	5.85	$r=.18$, $p=.158$	$F=2.25$, $p=.114$
Schaal V: <i>Vermijding</i>	17.24	4.19	19.00	5.46	18.24	4.29	$r=.09$, $p=.490$	$F=0.74$, $p=.483$
Schaal S: <i>Zoeken van sociale steun</i>	11.62	3.98	10.60	3.49	11.38	3.94	$r=-.03$, $p=.840$	$F=0.40$, $p=.674$
Schaal PR: <i>Passief reactief patroon</i>	10.10	2.43	10.60	3.14	12.05	2.62	$r=.29$, $p=.024$	$F=2.88$, $p=.064$
Schaal E: <i>Uiten van emoties</i>	6.05	2.42	5.50	2.07	6.00	1.87	$r=-.01$, $p=.942$	$F=0.41$, $p=.664$
Schaal G: <i>Geruststellende gedachten</i>	13.05	3.03	12.35	3.01	12.00	2.67	$r=-.15$, $p=.243$	$F=0.71$, $p=.497$

Gezondheid en score op de GDS en UCL

Hoe slechter men de eigen gezondheid inschat, hoe hoger de gemiddelde mate van somberheid/depressiviteit ($r=.30$, $p=.018$) (*tabel 17*). Uit variantieanalyse blijkt dat er geen significante verschillen zijn in somberheid tussen mannen die de gezondheid anders inschatten ($F=2.92$, $p=.062$).

Tabel 17. Samenhang inschatting eigen gezondheid en score op GDS (N=62)

	M	SD
Slecht (n=8)	12.38	3.10
Redelijk (n=21)	10.24	7.22
Goed (n=33)	7.58	5.88

Als het gaat om de score op de verschillende schalen van de UCL, blijkt uit variantieanalyse dat er significante verschillen zijn tussen de groepen mannen die hun gezondheid anders inschatten. De groep mannen die de gezondheid als slecht inschat is meer geneigd tot een palliatieve aanpak (schaal P) dan de groep mannen die de gezondheid als redelijk inschat ($p=.001$) en als de groep die het als goed inschat ($p=.005$). Een overzicht van de ervaren gezondheid en de (gemiddelde) score per schaal, is te vinden in *tabel 18*.

Tabel 18. *Ervaren gezondheid en gemiddelde score per schaal (N=62)*

Subschalen	Slecht		Redelijk		Goed		Samenhang en verschil	
	M	SD	M	SD	M	SD	r	F
Schaal A: <i>Actief probleem oplossen</i>	16	5.86	14.76	3.71	16.79	4.13	$r=-.16$, $p=.218$	$F=1.74$, $p=.184$
Schaal P: <i>Palliatief aanpakken</i>	20.88	6.75	14.76	3.33	15.91	4.24	$r=.23$, $p=.077$	$F=5.84$, $p=.005$
Schaal V: <i>Vermijding</i>	17.5	4.75	17.57	4.95	18.67	4.51	$r=-.11$, $p=.391$	$F=0.44$, $p=.648$
Schaal S: <i>Zoeken van sociale steun</i>	10.38	3.82	10.67	3.71	11.76	3.84	$r=-.15$, $p=.242$	$F=0.75$, $p=.475$
Schaal PR: <i>Passief reactief patroon</i>	12.25	3.45	11.00	3.15	10.55	2.34	$r=.19$, $p=.144$	$F=1.20$, $p=.309$
Schaal E: <i>Uiten van emoties</i>	5.75	2.19	5.52	2.06	6.09	2.16	$r=-.09$, $p=.467$	$F=0.47$, $p=.630$
Schaal G: <i>Geruststellende gedachten</i>	12.25	2.66	11.48	2.75	13.15	2.92	$r=-.18$, $p=.131$	$F=2.27$, $p=.112$

Preventie interventieprogramma

In de vragenlijst is tevens gevraagd op welke manier men benaderd wil worden voor deelname aan een preventie interventieprogramma en hoe zo'n programma eruit zou moeten zien. 28 mannen (incl. mannen uit de focusgroep) hebben suggesties hiervoor gedaan (N=62).

Voor de inhoud van een interventieprogramma denkt men aan verscheidene invullingen: een praatgroep (omgang met mensen, gericht op verwerking); een activiteit gericht op muziek, dieren, scheepvaart of tuinieren; stildansen, biljarten, sjoelen, knutselen (houtbewerking) of kaarten (bridge, klaverjassen), en; lichamelijke inspanning (wandelen, fietsen, vissen). Alhoewel de suggesties er zijn, is de uitvoering moeilijk. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat mannen bijvoorbeeld niet makkelijk over problemen praten in praatgroepen en dat de benadering moeilijk is. Suggesties hiervoor komen neer op werving via diensten- en wijkcentra, maar ook op persoonlijke benadering en benadering via vrienden

en kennissen. Daarnaast moet rekening worden gehouden met lage flexibiliteit binnen de doelgroep door verminderde behendigheid en lichamelijke beperkingen. Als het gaat om een fysieke activiteit moet dan niet aan inspanning, maar aan beweging gedacht worden.

Discussie

In dit onderdeel wordt een antwoord gegeven op de vraag wat de relatie is tussen de mate van depressiviteit/somberheid bij mannelijke 75-plussers en de manier waarop ze omgaan met problemen of onplezierige gebeurtenissen (coping).

Depressiviteit

Binnen deze steekproef, blijkt 19.4 procent van de respondenten boven de cut-off score (veertien) van de GDS te scoren en deze hoge score rechtvaardigt verder onderzoek voor het stellen van de diagnose depressie (Verkaaik, 1994). Twee respondenten werden daadwerkelijk behandeld voor depressiviteit. Mogelijk heeft dit ermee te maken dat veel van de klachten lichamelijk tot uiting worden gebracht (Alridge, 2005; Hoyer, Rybash en Roodin, 1999). Alhoewel vrouwen meer last van depressieve symptomen hebben dan mannen, komt het percentage van 19.4 overeen met het feit dat op 80-jarige leeftijd al zo'n twintig procent van de mensen depressieve symptomen heeft (van Megchelen, 2005; van Kerkhof, 2005; Deeg e.a., 2002; Schoevers e.a., 2000; Evenblij, 2005; Munnichs en Uildriks, 1989).

In de focusgroep werd meer de nadruk gelegd op de aanwezigheid van somberheid in plaats van depressie. Somberheid kan in dit geval vergeleken worden met een milde depressie. Deze komt relatief vaker bij oudere mensen dan bij jongere mensen voor, maar de ernst van de symptomen is vaak niet toereikend om een depressieve stoornis vast te stellen (RIVM, 2005), terwijl symptomen die langer dan twee weken aanhouden een grotere kans hebben om tot ernstiger klachten te ontwikkelen (Alridge, 2005).

Associatie coping en depressiviteit

Mannen van 75 jaar en ouder die een hogere mate van depressiviteit hebben, blijken vaker een passief reactieve manier van coping te gebruiken en een vermijdende en een afwachtende houding aan te nemen wanneer ze geconfronteerd worden met moeilijke situaties. Ze zijn dan ook minder geneigd dan mannen die een positiever stemming hebben, zich actief met problemen bezig te gaan houden. In de focusgroep vertaalt men het als 'door bij de pakken neer te gaan zitten', een manier van coping waarvan bekend is – evenals de passief reactieve en de vermijdende manier van coping – dat het samengaat met depressiviteit (Schreurs e.a., 1993; Billings en Moos, 1984; Coyne, Aldwin en Lazarus, 1981).

De gebruikte UCL blijkt bij vier copingstrategieën – palliatieve coping, zoeken van sociale steun, uiten van emoties en het hebben van geruststellende gedachten – geen significante relaties op te leveren met de mate van depressiviteit binnen de doelgroep.

Regressieanalyse laat zien dat de variantie in de score op de GDS voor 38 procent wordt verklaard door de score op de copingschalen van de UCL. Daarbij blijken alleen de palliatieve reactie en het passief reactieve patroon van coping significant gerelateerd te zijn aan de mate van somberheid. De inschatting van de financiële situatie, de aanwezigheid van een partner en het opleidingsniveau verklaren gezamenlijk 48 procent van de mate van somberheid.

Gegevens van de focusgroep laten zien dat men relativering en het uiten van emoties (huilen) belangrijk vindt voor de vermindering van somberheid, maar niet als uiting van somberheid. Hetzelfde geldt voor het zoeken van afleiding. Men gebruikt het niet persé omdat men somber is, maar om zichzelf te kunnen uiten en af te reageren. Voor het verminderen van sombere gevoelens heeft men juist behoefte aan contact, terwijl bij echte depressiviteit men juist geen behoefte heeft aan contact met anderen en de relaties met anderen vaak verslechteren (Verkaaik, 1994). Deze resultaten duiden erop dat de UCL waarschijnlijk geen geschikt meetinstrument is voor de populatie mannen van 75 jaar en ouder en dat zij mogelijk andere copingstrategieën toepassen dan jongere mannen. De vergelijking met de normgroep laat zien dat oudere mensen andere copingstrategieën toepassen dan jongeren: boven een leeftijd van 75 jaar zijn mannen minder geneigd actief problemen aan te pakken, zijn vaker afwachtend en vermijdend en hebben vaker geruststellende gedachten dan mannen onder de 65 jaar (*tabel 5*). Tevens blijkt uit de resultaten van de focusgroep dat er andere copingstrategieën worden toegepast binnen deze groep, dan de strategieën die de UCL meet. Het gaat dan bijvoorbeeld om het zoeken naar steun in een religie en aanpassing en acceptatie (van het ouder worden). Het zoeken van steun in een religie hangt samen met een betere gezondheid, hoger welzijn en emotionele voldoening (Braam e.a., 2001; Hoyer e.a., 1999). De interne validiteit van de UCL is hiermee dus mogelijk niet voldoende voor de huidige steekproef, omdat deze teveel verschilt van de jongere generatie (waar de UCL voor is bedoeld). Een aanbeveling voor verder onderzoek is dan ook de ontwikkeling en validatie van een meetinstrument voor coping bij 75-plussers. Wat een passende manier van coping is, is lastig vast te stellen. Omdat ouderen vaak met moeilijk te veranderen situaties te maken krijgen, is een emotionele manier van omgang ermee mogelijk een passender manier van coping (Sadock en Sadock, 2005).

Demografische kenmerken en risicofactoren

Omdat mannen mogelijk minder goed om kunnen gaan met gevoelens van hulpeloosheid en depressie én meer geneigd zijn tot het plegen van zelfmoord dan vrouwen (Schoevers, 2005, RIVM, 2005), is het van belang te weten welke factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van depressie bij mannen. Als het gaat om het vaststellen van demografische kenmerken van risicogroepen voor depressie blijken een aantal risicofactoren van belang. Uit literatuur blijkt dat de meest kwetsbare mensen diegenen zijn zonder partner, mensen met een persoonlijke geschiedenis van depressie, met een minder functionerend sociaal netwerk, met chronische ziekte(s), met een lage sociaal-economische status (Sadock en Sadock, 2005; Schoevers, 2005; Verkaaik, 1994; Deeg e.a., 2002; Bohlmeijer e.a., 2005a; Bohlmeijer, Smit en Smits, 2005b; Murray, 1995). Mannen die gemiddeld hoger op somberheid score worden in dit onderzoek gekenmerkt door:

Het gemis van een partner. Mannen zonder partner scoren significant hoger op depressiviteit dan mannen zonder partner. Ook zijn deze mannen minder geneigd tot het actief aanpakken van problemen. Het gemis van een partner is een bekende risicofactor voor de ontwikkeling van een depressie bij mannen (Grootheest, Beekman, Broese van Gronau en Deeg, 1999) en is ook binnen de focusgroep op deze manier naar voren gebracht. Uit de resultaten van de focusgroep blijken ook het **gemis van een behagelijk thuisfront en van een hechte familieband** tot risicofactoren voor deze groep te horen (beschermingsfactoren bij aanwezigheid). Theorie ondersteunt dit ook (Schoevers, 2005; Deeg e.a., 2002; Hoyer e.a., 1999).

Een lager opleidingsniveau. Mannen in de groep geen en basisonderwijs scoren gemiddeld twaalf punten op de GDS, terwijl mannen in de groep HBO en WO gemiddeld vijf punten scoren. Alhoewel variantieanalyse geen significante verschillen tussen de groepen bij score op de UCL weergeeft, geeft correlatieanalyse weer dat deze mannen minder geneigd zijn tot het actief aanpakken van problemen en meer tot een vermijdende en afwachtende houding en tot een passief reactieve manier van coping dan mannen met hoger opleidingsniveau.

Een slechtere inschatting van de financiële situatie. Deze mannen zijn minder geneigd tot het actief aanpakken van problemen en tot het hebben van geruststellende gedachten. Een man die zijn financiële situatie als slecht inschat, zal meer symptomen van depressie hebben dan een vrouw in dezelfde situatie (Deeg e.a., 2002).

Meer ervaring met belemmeringen door fysieke beperkingen. Er zijn geen significante verschillen tussen mannen met meer of minder beperkingen als het gaat om copingstijl. Wel blijkt een passief reactieve manier van coping sterk samen te hangen met het meer ervaren van belemmeringen.

Een slechtere inschatting van de eigen gezondheid. Deze mannen zijn minder geneigd tot een palliatieve aanpak dan mannen die de eigen gezondheid beter inschatten. Depressie gaat – meer dan bij niet depressieve personen – samen met toename van ziektes en sterfte (Deeg e.a., 2002; Schoevers, 2005; Prince e.a., 1997; Sadock en Sadock, 2005).

Vanuit de focusgroep werd benadrukt dat het de **omstandigheden** zijn die iemand somber maken. Omstandigheden (isolatie, beperkingen) vergroten de kans op depressieve klachten bij oudere mensen (Hoyer e.a., 1999; Murray, 1995; Sadock en Sadock, 2005). Deze omstandigheden kunnen zowel grote gebeurtenissen (*life events*) zijn als een verhuizing, maar ook de dagelijks terugkerende vormen van stress (*daily hassles*) (Larsen en Buss, 2005).

Belangrijk is dat de genoemde risicofactoren leeftijdsgerelateerd zijn. Deze factoren hangen samen met het ontstaan van depressieve symptomen op latere leeftijd (Tower en Kasl, 1996). Vooral voor mannen geldt dat depressieve symptomen vaker samen gaan met ‘recente’ gebeurtenissen, ofwel omstandigheden (Schoevers, 2005 *met een verwijzing naar Penninx e.a., 1999; Schoevers e.a., 2000*), maar uit de focusgroep blijken ook gebeurtenissen uit de jeugd, een zwak karakter en persoonlijke tekortkomingen (ongewild) een rol te spelen. Vanuit de literatuur wordt een verhoogd risico op depressie bij oudere mensen ook verklaard door een lage zelfwaardering en controle en het hebben van angst en een depressieve copingstijl (Munnichs en Uildriks, 1989).

Interventie

Als het gaat om de ontwikkeling van een interventie is de tweede onderzoeksvraag van belang, waarbij het gaat hoe de doelgroep benaderd en behandeld wil worden in een preventief interventieprogramma voor somberheid bij 75-plussers.

Wat betreft de inhoud van een preventieprogramma lijkt het goed de interventie gericht op coping en depressiviteit in te kaderen in een invulling die past bij de doelgroep. Rekening moet worden gehouden met de leeftijdsgerelateerde factoren (Munnichs en Uildriks, 1989) en met de gebruikte copingstrategieën. Van mannen is bekend dat zij bij depressieve stemming afleiding zoeken door fysieke activiteiten (Piccinelli en Wilkinson, 2000; Schoevers, 2005). De suggesties die door de mannen uit de steekproef worden gedaan laten zien dat binnen de groep minder behoefte is aan praten en meer aan het actief bezig zijn

met iets. Hierbij moet rekening worden gehouden met de verminderde flexibiliteit van de doelgroep door fysieke klachten en vanuit de focusgroep wordt ook de nadruk gelegd op de geest. Mogelijk voelt een aantal mannen zich te jong (heeft genoeg te doen) om deel te nemen aan de activiteit. Tevens is het lastig de doelgroep te benaderen.

Beperkingen

Een beperking van dit onderzoek is het cross-sectionele design, waarbij geen uitspraak kan worden gedaan over de causaliteit van de bevindingen (Jorm e.a., 2005). Zo kan een bepaalde manier van coping iemand depressief maken, maar kan depressiviteit ook zorgen dat iemand een niet passende copingstijl hanteert.

Ook de UCL als meetinstrument was een beperking in dit onderzoek. De UCL bleek niet valide voor deze doelgroep. Daarnaast is er nog steeds geen eenduidig beeld over een juiste meetmethode voor coping. In dit onderzoek is coping gemeten als persoonlijkheidsstijl (hoe men in het algemeen reageert), maar mogelijk geeft een situatiespecifieke meting een beter beeld van gebruikte copingstrategieën en de bruikbaarheid ervan.

Als het gaat om de getrokken steekproef, is er mogelijk een bias in de werving van mannen. De meeste mannen zijn afkomstig uit Zwolle. Alle mannen hebben vrijwillig meegewerkt aan het onderzoek en een aantal hebben zelf te kennen gegeven dat ze mee wilden werken. De mannen uit de steekproef (en met name de mannen uit de focusgroup) kunnen hiermee op bepaalde karakteristieken verschillen van mannen die niet hebben meegewerkt aan het onderzoek. Een beperking van de focusgroep is hierbij ook dat er gebruik werd gemaakt van één groep die daarnaast een kleine omvang had (N=6). Dit heeft consequenties voor de representativiteit ervan (Gibbs, 1997; Kitzinger, 1995).

Referenties

Alridge, S. (2005, August 19). *Minor depression can lead to major problems*. American Psychological Association Convention, verkregen op 9 september 2005, bron:

<http://www.healthandage.com/>

American Psychiatric Association (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: Lisse, Swets & Zeitlinger.

American Psychiatric Association (2000). *Handbook of psychiatric measures*. Washington DC: American Psychiatric Association

Belgische Vereniging voor Gerontologie en Geriatrie, Appendix Schalen, 382-407, Pfizer: verkregen op 6 augustus 2006, bron:

http://www.geriatrie.be/doc/ger_pfizer/nl/appendix_nl.pdf

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46 (4), 877-91. [Abstract] Verkregen op 13 december 2005, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Bleeker, J.A.C., Winter, de, F.M.L. & Cornelissen, E. (1985). *Geriatric Depression Scale*. Verkregen op 4 januari 2006, bron: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

Bohlmeijer E., Smit F., Smits C., Onrust S., Toet J. & Riper H. (2005a). *Depressiepreventie ouderen Handleiding*. Utrecht: Trimbos-instituut

Bohlmeijer E., Smit F. & Smits C. (2005b). *Preventie van depressie bij ouderen Introductie en onderbouwing*. Utrecht: Trimbos-instituut

Braam, A.W., Van Den Eeden, P., Prince, M.J., Beekman, A.T.F., Kivelä, S.-L., Lawlor, B.A., Birkhofer, A., Fuhrer, R., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A.H., Meller, I., Roelands, M., Skoog, I., Turrone, C. & Copeland, J.R.M. (2001). Religion as a cross-cultural

determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychological Medicine*, 31 (5), 803-814, Verkregen op 21 oktober 2005, Database Ovid

Brehm, S.S., Kassin, S.M. & Fein, S. (2002). *Social Psychology*, Boston: Houghton Mifflin Company

Brink, T., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Adey, M.B. & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43. De GDS is published in the Yesavage and Brink (1983) article in the journal of Psychiatric Research. (verwijzing van Godderis, Van de Ven en Wils, 1992)

Burks, N. & Martin, B (1985). Everyday problems and life change events: ongoing versus acute sources of stress, *Journal of Human Stress*, spring, 27 [Abstract] verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A.J., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Henderson, A.S. & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29, 325-339, [Abstract] Verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://picarta.pica.nl/>

Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C, Hermann, J.H., Forbes, N.T. & Caine, E.D. (1996). Relationship of age and axis I diagnosis in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1001-1008 [Abstract] verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/153/8/1001>

Coyne, J., Aldwin, C. & Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-477. Verkregen op 13 december 2005, bron: Database Ovid

Deeg, D.J.H., Broese van Groenou, M.I., Horn, M.I., Klinkenberg, M., Penninx, B.W.J.H., & Stel, V.I. (2002). *Ouder worden een kwetsbaar succes*. Amsterdam: LASA, Vrije Universiteit Amsterdam

Evenblij, M. (2005). Cortisol en de kunst van stressverwerking. *Mediator*, 4, 10-12

Fann, J.R. & Tucker, G.J. (1995). Mood disorders with general medical conditions, *Current Opinion in Psychiatry*, volume 8 (1), 13-18. Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Bryant, A.G. & Smith, J.H. (2002). The relationship of ambivalent coping to depression symptoms and adjustment. *Rehabilitation Psychology*, 47 (4), 387-401. Verkregen op 13 december 2005, bron: Database Ovid

Gallo, J.J., Anthony, J.C. & Muthen, B.O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 49, 251-P264. [Abstract] verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, Ph. (2002). *Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)*. Leiderdorp: Datec. Verkregen op 4 januari 2006, bron: <http://www.datec.nl/cerq>

Goumans, M., Mandemaker, T., Overbeed, R. van, Penninx, K. & Schippers, A. (2004). *Ouder worden we allemaal, trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Gibbs, A. (1997), Focus Groups, *Social research update*, issue 19, verkregen op 5 januari 2006, bron: <http://psychology.about.com/gi/dynamic/offsite.htm>

Godderis, J., Van de Ven, L. & Wils, V. (1992). *Handboek Geriatrische Psychiatrie*, Leuven/Apeldoorn: Garant (1^e ed.)

Grootheest, D.S. van, Beekman, A.T.F., Broese van Groenou, M.I. & Deeg, D.J.H. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Volume 34, 7, 391-398. [Abstract] verkregen op 27 juni 2006, bron: <http://www.springerlink.com/>

Hänninen, V. & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science and Medicine*, 43, 1453-1460. Verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://www.sciencedirect.com/>

Herman, F. & Strack, S. (1989). Coping with conflict situations: middle-aged and elderly men. *Psychology and Ageing*. 4 (1), 26-33. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Hoyer, W.J., Rybash, J.M. & Roodin, P.A. (1999). *Adult development and ageing*. United States of America: McGraw-Hill College

Huijbregts, V. (2005). De grote invloed van sociale factoren. *Mediator*, 4, 15-17

Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span, *Psychological Medicine*, 30 (1), 11-22, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Jorm, A.F., Windsor, T.D., Dear, K.B.G., Anstey, K.J., Christensen, H. & Rodgers, B. (2005). Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial factors that vary with age, *Psychological Medicine*, volume 35 (9), 1235-1263, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Kerkhof, M. van (2005). Een behandelbaar, onderschat probleem. *Mediator*, 4, 4-6

Keuhner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acte Psychiatrica Scandinavica*. 108(3), 163-174. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: introducing focus groups, *British Medical Journal* 311:299-302. Verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/311/7000/299>

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, London: Sage Publication inc. Verkregen op 20 juli 2006, bron:

<http://books.google.com/books>

Lachman, M.E. & Burak, O.R. (1993). Planning and controle processes across the life span: An overview. *International Journal of Behavioural Development*, 16, 131-143 (in Hoyer e.a.. 1999)

Larsen, R.J. & Buss, D.M. (2005). *Personality Psychology*, Boston: McGraw Hill International Edition

Lazarus, R.S., Cohen, J.B., Folkman, S., Kanver, A. & Schaefer, C. (1980), Psychological stress and adaptation. Some unresolved issues. In: Seyle, H. (eds): *Seyle's guide to stress research*, Vol.1, New York, Von Nostrand Reinhold, 90-117 (verwijzing in Schreurs e.a., 1993)

Longino, C.F. & Lipman, A. (1981, februari). Married and spouseless men and women in planned retirement communities: support network differentials. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 43 (1), 169-177. Verkregen op 20 juni 2006, bron: <http://links.jstor.org/>

Megchelen, P. van (2005). Aandacht voor depressie bij ouderen. *Mediator*, 4, 3

Mitchel, A.J. & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*. 162 (9), 1588-1601, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Moore, D.S. & McCabe, G.P. (2003). *Statistiek in de Praktijk*. Den Haag: Academic Service

Munnichs, J. & Uildriks, G. (1989). *Psychogerontologie*, Deventer: Van Loghum Slaterus.

Murray, J. (1995). *Prevention of Anxiety and depression in vulnerable groups*, The Royal College of Psychiatrists: Gaskell Publications

Penninx, B.W.J.H., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., van Eijk, J.T.M., van Tilburg, W. & Beekman, T.F. (1999). Minor and Major Depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*. 56 (10), 889-895. [Abstract] Verkregen op 10 oktober 2005, bron: Database Ovid

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000, December). Gender differences in depression: Critical Review, *The British Journal of Psychiatry*, volume 177, 486-492. Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A., Thomas, A. & Mann, A.H. (1997, March). Social support deficits, Loneliness and Life events as Risk Factors for Depression in Old Age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332. Verkregen op 10 oktober 2005, bron: Database Ovid

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2005, juni). Depressie: *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, versie 3.3.1, verkregen op 9 september 2005, via http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_depressie.html

Rhode, P., Lewinsohn, P.M., Tilson, M. & Seeley, J.R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 499-511. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid.

Robichaud, L. & Lamarre, C. (2002). Developing an instrument for Identifying coping strategies used by the elderly to remain autonomous. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 81 (10), 736-744. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th edition*. Verkregen op 13 december 2005, bron: Database Ovid

Schoevers, R.A. (2005). *Epidemiology of late life depression, longitudinal findings from the Amsterdam Study of the Elderly*. Amsterdam: Ridderprint Offsetdrukkerij BV.

Schoevers, R.A., Geerlings, M.I., Beekman, A.T. F., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., Jonker, C. & Van Tilburg, W.(2000, Oktober). Association of depression and gender with mortality in old age: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL), *The British Journal of Psychiatry*, 177, 336-342. Verkregen op 21 oktober 2005, Database Ovid

Schreurs, P.J.G., Van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL*, Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.

Sharp, L.K. & Lipsky, M.S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*. 66, 6. Verkregen op 4 januari 2006, bron: [http:// www.aafp.org/](http://www.aafp.org/)

Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & Van Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acte Psychiatrica Scandinavica*, 101 (4), 286-292. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Tower, R.B. & Kasl, S.V. (1996). Depressive Symptoms Across Older Spouses : Longitudinal Influences, *Psychology and Aging*, 08827974, Vol. 11, Issue 4. Verkregen op 27 juni 2006, bron: EBSCOhost, <http://sas.epnet.com/>

Vaarwerk, M. te & Ridder, D. te (1994). *Onder druk van de omstandigheden, persoons- en situatiespecifieke determinanten van coping*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Vaillant, G.E.M.D. & Mukamal, K.M.D. (2001). Successful ageing. *The American Journal of Psychiatry*, Volume 158 (6), 839-847, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek Psychopathologie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Verkaaik, A.J.B. (1994). *Depressie op latere leeftijd*. Nijkerk: Uitgeverij Intro

Yesavage, J.A., Brink, T.L. & Rose, T.L. (1983). The Geriatric Depression Scale. CMHSR Measures Collection. Source: Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.
Verkregen op 21 juli 2006, bron: <http://gwbweb.wustl.edu/CMHSR/measure/f6.html>

Zee, B. van der en Graus, G.M.H.: *een studie naar de psychosociale problematiek bij ouderen in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg*, in voorbereiding. (verwijzing in Schreurs e.a., 1993)

Bijlage I – de gebruikte vragenlijst

De antwoorden die u geeft worden vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt.

Datum:-....-.....

Huwelijkse staat ☐ Gehuwd ☐ Gescheiden ☐ Weduwnaar
 ☐ Alleenstaand ☐ Samenwonend

Geboortedatum

....-....-.....

1. Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- | | |
|--|--|
| ☐ Geen opleiding | ☐ Basis/lager onderwijs |
| ☐ Lager beroepsonderwijs
(LBO, huishoudschool, LEAO) | ☐ MAVO, (M)ULO, 3-jarige
HBS, VMBO |
| ☐ MBO (MTS, MEAO) | ☐ 5-jarige HBS, HAVO, MMS,
atheneum, gymnasium |
| ☐ HBO (HTS, HEAO) | ☐ Wetenschappelijk onderwijs |

2. Wat is het soort woning waar u in woont?

.....(koop/huur)

3. Hoe is uw financiële situatie?

- ☐ Onder modaal ☐ Modaal ☐ Boven modaal

4. In hoeverre hebben lichamelijke beperkingen u de afgelopen week in uw dagelijkse bezigheden (traplopen, wandelen, etc.) belemmerd?

- ☐ Lichamelijke beperkingen vormen geen belemmering
☐ Lichamelijke beperkingen vormen een redelijke belemmering
☐ Lichamelijke beperkingen vormen een grote belemmering

5. Hoe zou u uw gezondheid in het algemeen noemen?

☐ Slecht ☐ Redelijk ☐ Goed

6. Bent u onder behandeling van een medisch specialist?

☐ Ja ☐ Nee

7. Wordt u ook behandeld voor depressiviteit? ☐ Ja ☐ Nee

8. Wat is de beste manier om mannen te bereiken als er een activiteit wordt gestart voor mensen van uw leeftijd? (activiteit die te maken heeft helpen bij sombere gebeurtenissen of dagelijkse beslommeringen)

.....
.....

9. Wat voor activiteit spreekt u aan?

.....
.....

Mensen reageren vaak heel verschillend als zij met problemen of onplezierige gebeurtenissen te maken krijgen. Wat men in een bepaald geval doet hangt af van de aard van het probleem of de gebeurtenis en de ernst ervan. Toch reageert men OVER HET ALGEMEEN wat vaker op de ene dan op de andere manier.

Op de volgende pagina's staan een aantal beschrijvingen die aangeven wat men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE VAAK U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT. U kunt dit doen door bij iedere zin in één van de hokjes een kruis te zetten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Wilt u s.v.p. geen zinnen overslaan

In het geval van een probleem of onplezierige gebeurtenis...	Zelden of nooit	soms	vaak	Zeer vaak
1. Bedenkt u zich dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren	☐	☐	☐	☐
2. Probeert u zich te ontspannen	☐	☐	☐	☐
3. Zondert u zich volledig af van anderen	☐	☐	☐	☐
4. Laat u uw ergenis blijken	☐	☐	☐	☐
5. Ziet u de zaken somber in	☐	☐	☐	☐
6. Gaat u zich met andere zaken bezig houden om niet aan het probleem te hoeven denken	☐	☐	☐	☐
7. Laat u zien dat u kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem	☐	☐	☐	☐
8. Geeft u eraan toe om moeilijke situaties te vermijden	☐	☐	☐	☐
9. Legt u zich neer bij de gang van zaken	☐	☐	☐	☐
10. Gaat u uw zorgen met iemand delen	☐	☐	☐	☐
11. Grijpt u direct in als er moeilijkheden zijn	☐	☐	☐	☐
12. Zegt u tegen uzelf dat het allemaal wel mee zal vallen	☐	☐	☐	☐
13. Ziet u problemen als een uitdaging	☐	☐	☐	☐
14. Verdrijft u uw zorgen door er even tijdelijk uit te gaan	☐	☐	☐	☐
15. Kijkt u de kat uit de boom	☐	☐	☐	☐

In het geval van een probleem of onplezierige gebeurtenis...	Zelden of nooit	soms	vaak	Zeer vaak
16. Probeert u spanningen te verminderen door bijvoorbeeld meer te roken, drinken, eten of beweging te nemen	☐	☐	☐	☐
17. Zoekt u afleiding	☐	☐	☐	☐
18. Bekijkt u een probleem van alle kanten	☐	☐	☐	☐
19. Gaat u moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg	☐	☐	☐	☐
20. Blijft u optimistisch over de toekomst	☐	☐	☐	☐
21. U blijft kalm in moeilijke situaties	☐	☐	☐	☐
22. Bedenkt u verschillende mogelijkheden om een probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐
23. Gaat u doelgericht te werk om het probleem op te lossen	☐	☐	☐	☐
24. Piekert u over het verleden	☐	☐	☐	☐
25. Gaat u opgewekt gezelschap zoeken als u zich zorgen maakt of van streek bent	☐	☐	☐	☐
26. Probeert u zich te onttrekken aan de situatie	☐	☐	☐	☐
27. Reageert u uw spanning af	☐	☐	☐	☐
28. Wacht u op betere tijden	☐	☐	☐	☐
29. Gaat u iemand om hulp vragen	☐	☐	☐	☐
30. Gebruikt u rustgevende middelen als u gespannen of nerveus bent	☐	☐	☐	☐

In het geval van een probleem of onplezierige gebeurtenis...	Zelden of nooit	soms	vaak	Ze er vaak
31. Dan vlucht u weg in uw fantasie	☐	☐	☐	☐
32. Dan gaat u de zaken eerst op een rij zetten	☐	☐	☐	☐
33. U laat zich geheel in beslag nemen door de problemen	☐	☐	☐	☐
34. Gaat u aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben	☐	☐	☐	☐
35. Probeert u zich op de een of andere manier wat prettiger te voelen	☐	☐	☐	☐
36. Bedenkt u zich dat andere mensen het ook wel eens moeilijk hebben	☐	☐	☐	☐
37. Bedenkt u zich dat na regen zonneschijn komt	☐	☐	☐	☐
38. Toont u uw gevoelens	☐	☐	☐	☐
39. Gaat u troost en begrip zoeken	☐	☐	☐	☐
40. Laat u de moeilijkheden over zich heen komen	☐	☐	☐	☐
41. Ziet u de humoristische kant van de problemen in	☐	☐	☐	☐
42. Laat u merken dat u ergens mee zit	☐	☐	☐	☐
43. Bespreekt u met vrienden of familieleden het probleem	☐	☐	☐	☐
44. Laat u de zaak op zijn beloop	☐	☐	☐	☐

In het geval van een probleem of onplezierige gebeurtenis...	Zelden of nooit	soms	vaak	Ze er vaak
45. Maakt u zich niet druk; alles komt meestal op zijn pootjes terecht	☐	☐	☐	☐
46. Voelt u zich niet in staat om iets te doen	☐	☐	☐	☐
47. Spreekt u zichzelf moed in bij moeilijkheden	☐	☐	☐	☐

De volgende vragenlijst bestaat uit vragen waarop u met "Ja" of "Nee" kunt antwoorden.

Het is de bedoeling dat u de vragen leest en bedenkt welk antwoord u hierop zult geven.

U geeft het antwoord dat het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij, gevoeld heeft.

Om het door u gekozen antwoord zet u dan een cirkeltje.

Voorbeeld:

Vindt u het mooi weer vandaag?

Ja

Nee

In dit voorbeeld vindt degene die de vraag beantwoordt dat het mooi weer is.

Het is belangrijk dat u alle 30 vragen beantwoordt.

NB. Zet een cirkeltje om het antwoord dat op u van toepassing is.

1. Bent u innerlijk tevreden met uw leven?	Ja	Nee
2. Bent u met veel activiteiten en interesses opgehouden?	Ja	Nee
3. Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	Ja	Nee
4. Verveelt u zich vaak?	Ja	Nee
5. Hebt u hoop op de toekomst?	Ja	Nee
6. Piekert u over dingen die u niet uit uw hoofd kunt zetten?	Ja	Nee
7. Hebt u meestal een goed humeur?	Ja	Nee
8. Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	Ja	Nee
9. Voelt u zich meestal wel gelukkig?	Ja	Nee
10. Voelt u zich vaak hopeloos?	Ja	Nee
11. Bent u vaak rusteloos of zenuwachtig?	Ja	Nee
12. Blijft u liever thuis dan uit te gaan en nieuwe dingen te doen?	Ja	Nee
13. Piekert u vaak over de toekomst?	Ja	Nee
14. Hebt u het gevoel dat u meer moeite heeft met het geheugen dan anderen?	Ja	Nee
15. Vindt u het fijn om te leven?	Ja	Nee
16. Voelt u zich vaak down en in de put?	Ja	Nee
17. Voelt u zich nogal waardeloos op het ogenblik?	Ja	Nee

NB. Zet een cirkeltje om het antwoord dat op u van toepassing is.

18. Piekert u veel over het verleden?	Ja	Nee
19. Vindt u het leven opwindend?	Ja	Nee
20. Is het voor u moeilijk om met nieuwe dingen te beginnen?	Ja	Nee
21. Voelt u zich energiek?	Ja	Nee
22. Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	Ja	Nee
23. Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	Ja	Nee
24. Windt u zich vaak op over kleinigheden?	Ja	Nee
25. Hebt u vaak het gevoel dat u zou willen huilen?	Ja	Nee
26. Kost het u moeite om ergens uw aandacht bij te houden?	Ja	Nee
27. Staat u 's ochtends met plezier op?	Ja	Nee
28. Geeft u er de voorkeur aan gezelschap te vermijden?	Ja	Nee
29. Is het gemakkelijk voor u om beslissingen te nemen?	Ja	Nee
30. Voelt u zich even helder als gewoonlijk?	Ja	Nee
Bent u ook religieus	Ja	Nee
Haalt u steun uit uw religie in dagelijkse problemen	Ja	Nee
Kan ik u benaderen als er voor uw leeftijdsgroep een activiteit wordt georganiseerd door de Riagg Zwolle of de Stichting Welzijn Ouderen Zwolle	Ja	Nee

Bijlage II – Publicaties

Sombermannen gezocht

somberheidsonderzoek

Hulp mannen van 75 jaar en ouder nodig bij

Gesprek

Eén onderdeel van het onderzoek is een tweetal groepsgesprekken over somberheid of depressie. "Ik hoop dat er mannen zijn die hierover in een groep willen praten", vertelt Sabine Pool. "Iedereen maakt somberheid mee. Op die manier leer ik hun belevingswereld beter kennen. Wie kunnen er beter over vertellen dan jijzelf?" De groepsbijeenkomst duurt ongeveer één uur en vindt plaats op de ochtend. "Maar ik wil eerst graag bij mensen langskomen, zodat ze me nog vragen kunnen stellen. Dan kunnen we afspraken maken over vervoer, locatie en datum", zegt Sabine Pool. De groep wordt geleid door Sabine's begeleider prof. dr. Herro Kraan (62 jaar).

de een studie journalistiek af aan Hogeschool Windesheim. Ook de Stichting Welzijn Ouderen Zwolle en de Riagg Zwolle helpen mee bij het onderzoek. De doelgroep voor het onderzoek is niet het makkelijkst te benaderen. "Ik hoop dat er mannen zijn die hierover in een groep willen praten. Maar ik zou ook graag bij ze langskomen om vragen te stellen over dit onderwerp. Het zijn vragen

over somberheid en depressie. Maar ook vragen over hoe wordt omgegaan met gaat met dagelijkse gebeurtenissen of problemen". Met de gegevens van de deelnemers wordt vertrouwelijk omgegaan. De gegevens worden gebruikt om mensen te kunnen helpen die veel last hebben van somberheid. "Somberheid boven de 75 jaar is niet minder erg dan somber-

heid onder de 75. Samen met de Riagg Zwolle en de Stichting Welzijn Ouderen hoop ik dat ik iets kan betekenen voor mensen die last hebben van somberre gevoelens", zegt Sabine Pool. Sabine Pool is ook op zoek naar mensen die voor haar een aantal vragen willen beantwoorden. "Ik gebruik hiervoor twee vragenlijsten met een aantal antwoordcategorieën", vertelt Sabine Pool.

Sabine Pool is te bereiken op de telefoonnummers: (053) 4319189 of 06-29480244. Maar mensen die mee willen doen aan het onderzoek kunnen haar ook via post bereiken, het adres is: Haaksbergerstraat 200-51, 7513 ED in Enschede.

Bereiken

Sabine Pool onderzoekt in samenwerking met SWOZ en de Riagg somberheidsklachten bij oudere mannen.

FOTO BERT TREEP



Bron: Wegener Huis-aan-Huiskranten, De Peperbus, woensdag 22 februari 2006 – jaargang

50 – nummer 8 – pag. 9

Postercampagne Stichting Welzijn Ouderen Zwolle

SOMBERHEID?



**WIJ ZOEKEN
MANNEN VAN
75-PLUS DIE
HUN KENNIS
MET ONS
WILLEN DELEN**

**onderzoek naar
SOMBERHEID
bij ouderen**



STICHTING
WELZIJN
OUDEREN
ZWOLLE

**Wilt u tijdens een groepsbijeenkomst (1 á 2 uur)
met andere mannen van 75-plus vertellen
over uw ervaringen met somberheid?**

**Over ervaringen met somberheid
of depressies bij 75-plussers is niet
veel bekend. Om ouderen te helpen
die hiervan last hebben, zijn ervaringen
van andere 75-plussers belangrijk.
Kunt u vertellen hoe u omgaat met
somberheid of depressie?**

*Dit is een onderzoek in opdracht van de Universiteit Twente
i.s.m. de Riagg Zwolle en Stichting Welzijn Ouderen Zwolle*

**Voor informatie
of aanmelding:
Sabine Pool,
telefoon:
053-431 91 89
of 06-29480244**

Gezocht Mannen 75-plus voor gesprek

Wat gebeurt er als je ouder wordt? Hoe vindt u het om ouder te worden? En wat zijn de leuke en minder leuke kanten ervan? Onder het genot van een borreltje willen Sabine Pool, studente Psychologie en Micha Baksteen van Stichting Welzijn Ouderen Zwolle (SWOZ) daar graag over praten. Verschillende dingen die met ouder worden te maken hebben, komen tijdens de middag aan de orde. Voor Sabine Pool is deze bijeenkomst een middel om in contact te komen met 75-plussers. Voor haar afstudeeronderzoek (Universiteit Twente) kijkt ze hoe mannen omgaan met dagelijkse beslommeringen en wil ze dit wetenschappelijk in kaart brengen. Ze hoopt dat er mannen zijn die haar willen helpen bij haar onderzoek. De borrel is vrijdag 9 juni en start om 15.30 uur. Het spraakwatertje staat dan klaar in Dienstencentrum De Terp. Aanmelden kan bij Micha Baksteen van SWOZ, 4553947.

Bron: Wegener Huis-aan-Huiskranten, De Peperbus, woensdag 7 juni 2006 – jaargang 50 – nummer 23 – pag. 9

Bijlage III – Literature Study

This study is an exploration about the causes and consequences of depression in elderly, the way people handle difficult situations (coping) and about factors that may influence the onset of depression and the way of coping in elderly people.

Part One: Depression

1.1 Definition of depression

Depression is a mood disorder. The DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) distinguishes between Depressive Disorder (Major Depressive Disorder: Single Episode or Recurrent), Dysthymic Disorder (chronical), and Depressive Disorder (Not Otherwise Specified or Minor Depressive Disorder) (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2005a). The most important symptoms of depression (DSM-IV) are the depressive mood and the lack of pleasure (in life). One of these is essential to make the diagnosis of depression, along with some other symptoms (Vandereycken, Hoogduin and Emmelkamp 2000; Verkaaik, 1994): A disrupted eat and/or sleeping pattern, a loss of energy and fatigue, anxiety, restlessness, feelings of guilt and worthlessness, problems with the concentration and with memory, thinking about suicide, pain and other bodily complaints are more symptoms of a depressive episode. At least five of all the above-mentioned symptoms need to be there to state the diagnosis of depression (RIVM, 2005a; Verkaaik, 1994). For the classification of a depressive disorder it is necessary to look at the severity and the duration of the depressive symptoms. (Vandereycken, Hoogduin and Emmelkamp, 2000). The diagnosis of depression is made when the quality of life is seriously impaired. That means that also the relationships with other people are affected (Verkaaik, 1994).

The diagnosis of minor depression is made when the symptoms aren't sufficient to state the diagnosis of depressive disorder or dysthymic disorder. Many elderly people show symptoms and have the depressive complaints of a minor depression. The LASA-investigation shows that from 55-85 years old minor symptoms of a depression are very common: 98 of the 1.000 men and 157 of the 1.000 women (RIVM, 2005a). The patterns of depressive symptoms seen in the elderly are somewhat unique when compared with those of younger adults (van Megchelen, 2005). Older people are more likely to report sleep problems, fatigue and think about death (Christensen et al., 1999), and they may be less likely to report a depressed mood

and anhedonia (a loss of pleasure in life) (Gallo et al., 1994). Such findings imply that depression is not manifested in exactly the same way in younger and older people (Jorm, 2000). The danger is that a depression in elderly doesn't seem very serious, but symptoms of minor depression persisting for two weeks or more are likely to develop into a worse condition (Alridge, 2005a,b).

1.2 Depression and the Elderly

The risk of depression does not increase with advancing age unless special physical conditions and medical problems occur or unless analyses are restricted to the oldest old. So not age itself, but events which are common in old age are likely to bring out depressive symptoms (Hoyer, Rybash and Roodin, 1999; Murray, 1995). The number of elderly adults with depressive complaints will soon reach its number of a half million: approximately 15 till 20 percent of the 65-plus elderly have depressive symptoms which can be treated very well (Sadock and Sadock, 2005). Elderly women suffer almost twice as much (16.5%) about depressive complaints than elderly men (6.9%) do. By the age of 80, almost 20 percent has depressive complaints (van Megchelen, 2005; van Kerkhof, 2005; Deeg et al., 2002; Schoevers et al., 2000; Evenblij, 2005; Munnichs and Uildriks, 1989). Contributing factors to the steady increase in (clinical) depression across the later part of the life span includes losses in marriage, employment, economic well-being, health, status and personal control (Hoyer et al., 1999).

Because of the influence of depression on a person and its environment, this mood disorder is seen as an important public health problem. It is one of the leading ten diseases in increasing disability-adjusted life-years (DALYs). One DALY is 1 year lost of healthy life (Sadock and Sadock, 2005). Genes seem to play a less important role with a late onset of depression. Isolation, loss of interpersonal contacts, medical disorders, and disability may play a more important role in the development of depression in later life (Sadock and Sadock, 2005). When comparing the young-old with the old-old, depression symptoms increased with age without control of other risk factors, but decreased when these other factors were controlled (Blazer, 2000; Jorm, 2000).

1.3 Risk- and protective factors of depression in the elderly

Age at itself is not a risk factor for the onset of a depression (Verkaaik, 1994), but the things that happen when people become older and the way individuals handle problems or

losses (Verkaaik, 1994). Tower and Kasl (1996) noted that with increasing age risk factors for depressive symptoms increase: poor health, loss of relatives and friends due to death, financial stress and so on (Hoyer et al., 1999). Older adults are at risk since they must redefine themselves and their social roles, and adapt to change as spouses, friends and co-workers die and as they themselves face retirement, reduction in income and threats to health (Hoyer et al., 1999). Most people don't like the change of roles from working person into someone from the outside by getting older (Munnichs and Uildriks, 1989). And most depressive elderly experienced an important life event before onset of depression (Verkaaik 1994).

Depression in elderly people is the result of social- and personality factors. Women, people with high neuroticism, low self-esteem, low mastery, anxiety, and a depressive coping style, have an increased risk of depression. Personality is also an important factor with ageing, because it changes through experience and age and has an influence on the way people age (Munnichs and Uildriks, 1989). Genes seem to play a much smaller role in the (late onset) of depression in the elderly, in relation to depression in younger persons (Verkaaik, 1994; Evenblij, 2005; Schoevers, 2005; Bohlmeijer et al., 2005a).

An early vulnerability for depression in later life are adverse experiences in childhood: biological mechanisms (long-term dysregulation of the HPA-axis), adverse environmental factors (lack of social support), depression in teenage years and personality: an external locus of control, low-self esteem, helplessness and poor coping strategies. (Piccinelli and Wilkinson, 2000; Kendler et al., 1993; Bifulco et al., 1998; Weiss, Longhurst and Mazure, 1999). Someone with poor coping strategies has problems with the 'right way' to cope with events. A child that always thinks he's to blame for problems, uses a poor coping strategy.

The more environmental factors for vulnerability to depression in later life: Loneliness is an important factor at the onset of depression, because of physical disabilities and a loss of social contacts (Evenblij, 2005; Verkaaik 1994; Prince, Harwood, Blizard, Thomas and Mann, 1997; Green et al., 1992). Most vulnerable for depression (and loneliness) are the people without a partner and those who experienced the death of a spouse, people with higher age, with a personal history (of depression), with a less functioning social network (isolation, seeing a relative less often than once a week, having one or no supportive friends), with chronic or organic syndromes/diseases, with low socio-economic status (low education, poor, living in run-down suburb), functional limitations (self or partner; causal relationship with depression) and living in a big city (Sadock and Sadock, 2005; Prince et al., 1997; Schoevers, 2005; Verkaaik, 1994; Deeg et al., 2002; Bohlmeijer et al., 2005a; Bohlmeijer, Smit en Smits,

2005b; Murray, 1995). There is epidemiological evidence that the experience of major life events, such as widowhood or moving, is associated with increased morbidity and mortality in the elderly. Also, the experience of more minor ‘daily hassles’ is inversely related to measures of physical health and morale in older people (Hoyer et al., 1999; Larsen and Buss, 2005; Murray, 1995). Logically, the consequences of this are that loss of status and loss of independency probably are also important risk factors for depression in elderly people (Verkaaik, 1994).

There are several protective factors or stress-buffering effects for the onset of depression in elderly. Having a marital partner and his or her support, and if unmarried having social support, significantly reduced the impact of functional disabilities on the incidence of depression (Schoevers, 2005; Deeg et al., 2002; Hoyer et al., 1999). Other important factors are positive personal interactions; social participation, responsibility and tolerance; and support from environment (Bohlmeijer et al., 2005b). Stress-buffering effects reduce the likelihood that multiple risk factors will lead to an increase in clinical depression or depressive symptoms (Hoyer et al., 1999).

1.4 Depression in Elderly Men and Risk Factors

1.4.1 Gender differences

“That depression is much more common in elderly women than in elderly men, is partly because they experience more risk factors, such as the death of a spouse, physical diseases and limitations and low income and education,” says shrink Caroline Sonnenberg, who works in the LASA (Huijbregts, 2005). The difference in depression rate between men and women is possible through biological (hormonal) and social differences (women feel guilty, men use alcohol). Single women do also have more depressive symptoms than single men. If women are poor, this doesn’t affect their rate of depression while men who became recently poor show more depressive symptoms (Deeg et al., 2002). In men also the recent psychosocial and health related characteristics are more important than in women (Schoevers, 2005). In men, the development of chronicity (of depression) is associated with a number of demographic (higher age, lower education), social (without marital partner, receiving instrumental support) and health related characteristics (functional disability, cognitive decline) or loss events (of spouse). These characteristics appear to undermine their ability to cope, and may be of a recent origin. In women, only a personal history of depression and functional disabilities were associated with chronicity. This suggests that the risk-profile in

females is more longstanding and possibly endogenous, with a much lower impact of recent psychosocial stressors or changes in health (Schoevers, 2005 as cited in Penninx et al., 1999; Schoevers et al., 2000).

There are gender differences in the development of depression: women suffer more pre-existing anxiety disorders and males experiencing more externalizing disorders (alcoholism and antisocial personality) (Piccinelli and Wilkinson, 2000). When never married, men are at greater risk for depression than women. Never married women have greater networks of friends and family, attended church more frequently and are less lonely (Prince et al., 1997) Marriage seems to confer protection against depression for men (Prince et al., 1997), and death of a spouse is more strongly associated with depression among men than women (Groothest, Beekman, Broese van Groenou and Deeg, 1999). Although by age 75, nearly 67 percent of all females and 25 percent of all males have experienced the death of a spouse. Widows outnumber widowers by a 5:1 ratio (Hoyer et al., 1999). A study shows that downward mobility hits men far more than women, putting them at risk of depression. Instead, downwardly social mobile men were three and a half times more likely to be depressed than downwardly social mobile women (Alridge, 2005c).

1.4.2 Mortality

The gender differences in depression may be the result of the more cardiovascular pathology of men and the fact that depressed men are more inclined to commit suicide (Schoevers, 2005; Conwell et al., 1996). A psychological explanation for the mortality in depressive men, may be that men are less equipped to deal with feelings of hopelessness and depression than women, probably because they are more inclined to discuss such feelings with others (Schoevers, 2005), are more open to accept support from others when experiencing them (Piccinelli and Wilkinson, 2000; Schoevers, 2005; Longino and Lipman, 1981; Hänninen and Aro, 1996), and therefore are more able to sustain and overcome feelings of depression (Schoevers, 2005; Groothest et al., 1999). The male coping style is more externalising, and feelings of depression will only be experienced by men when other, more typical forms of coping have not been successful. A depressive syndrome in men thus signifies a more invalidating and threatening condition than such a syndrome in women, which is reflected in the robust differences in mortality (Schoevers, 2005).

1.4.3 Epidemiology

Prevalence of depression in women is almost twice as high as in men (Sonnenberg, Beekman, Deeg and Van Tilburg, 2000). The higher rate of current depression typically found among women is presumably due to a relationship between sex and more exposure to risk factors in lifetime (Keuhner, 2003). An investigation of Sonnenberg et al. (2000) show there are no sex differences in association with risk factors, but exposure to risk factors was considerably higher in females. A problem with depression is that it increases the perception of poor health and the use of medical services for both men and women (Sadock and Sadock, 2005).

1.5 The Difference With Younger Adults

The chance of depressive complaints increases with ageing, even when people don't have a history of depressive episodes (van Megchelen, 2005). The distribution of potential risk factors for depression in old age is considerably different from the situation in younger adulthood. Social stressors appear to place younger individuals at a greater risk for depression than elderly ones (Sadock and Sadock, 2005). Specific life events and changes in both physical and social functioning are common in later life, and relatively rare in younger age groups (Schoevers, 2005). Investigators found that the observed symptoms that discriminated major depression best among younger men (aged 20-39 years) were primarily cognitive and affective (e.g. loss of interest, depressed mood). The most discriminating symptoms in older men (aged 70-102 years) were, however, cognitive and somatic (loss of interest, late insomnia). The specific nature of the complaints differed between the age groups. Somatic symptoms, such as disturbed sleep, over-concern with health problems, difficulty concentrating, and psychomotor changes, were particularly characteristic of depression in older patients (Fann and Tucker, 1995). Older adults in our society, unlike younger persons, seldom define a personal problem in terms of mental health issues and consequently they are not as likely to seek mental health services. The way that individuals define problems influences the kinds of intervention they seek (Hoyer et al., 1999). Another possibility for the difference in depression between older and younger adults is that ageing of the brain affects emotional responsiveness. There is evidence for age differences in the emotional information is initially processed and later remembered. Older adults are less likely to attend to and remember negative compared with positive emotional material (Charles, Mather and Carstensen, 2003; Jorm et al., 2005).

1.6 Treatment of depression in the Elderly

Results from the Leiden 85-plus Study show that only 14 percent of the 85-plus elderly recover from their depression. The number of new cases of depression was the same as the decrease of depressive people through recovery and dying (Evenblij, 2005). The intake of new sufferers of depression can be limited with 30 percent when people in the risk groups are helped with the prevention of depression and depressive complaints (Bohlmeijer et al., 2005b). There are several prevention intervention programmes developed for the elderly persons, more about this in part five: Prevention intervention for the depressive elderly.

Part Two: Coping

2.1 Definition of coping

The attempt to make sense of our lives influences the cognitive appraisal of stressful encounters and the choice of coping strategies. It is part of the continuous search for understanding, mastery, and control of difficult situations. The cognitive-affective struggle we call coping has important implications for health, well-being, psychological functioning, competence both at work and at home and successful interpersonal relationships. Adaptation in difficult situations and coping are important ingredients in understanding the adults' subjective experience of stressful events (Hoyer et al., 1999), because it is the subjective appraisal of a threatening situation that determines what coping strategies we will use: what thoughts, feelings and behaviour we will employ to reduce the stress (Brehm, Kassin and Fein, 2002). Three factors are helpful when people need to face stressful life events: cognitive and emotional resources, knowledge and experiences, and the available support (Hoyer et al., 1999). Coping is also important for mental health. An accurate reality perception, a sense of personal mastery, independency and self-esteem are positive indicators (Hoyer et al., 1999). There is an association with the way people cope and the onset of a depression. Expectations of negative outcomes and of helplessness lead to hopelessness, which may progress into depression. The experience is moderated by causal attributions to events, by evaluation of their consequences and by the related inferences about the self (Piccinelli and Wilkinson, 2000).

2.2 The physical consequences of stress

Chronic stress has a direct impact on several systems within the body. The autonomic nervous system controls the body's overall reaction to stress in several ways. The sympathetic

division mobilizes the body to react in the face of a threat: it increases respiration, heart rate and pulse; it decreases the digestion and reproduction. The parasympathetic division demobilizes the body to conserve energy (Sanderson, 2004). During times of stress the sympathetic nervous system activates two core systems within the endocrine system. With the activation of the sympathetic-adrenal medullary system, the hormones epinephrine and norepinephrine are released: heart rate, blood flow and sweating increases. The activation of the hypothalamic-pituitary adrenal system leads to the secretion of glucocorticoids, including cortisol. A high level of cortisol – for a longer period – can lead to damage in the hippocampus, a memory area (Sanderson, 2004). People under stress also show heightened cardiovascular activity and over time this can lead to considerable damage to the heart and arteries (Sanderson, 2004). Finally, individuals who experience a variety of stressors have fewer B, T and NK cells: the cells of which the immune system consist, they kill and destroy foreign and damaged cells (Sanderson, 2004).

2.3 Coping mechanisms

Folkman and Lazarus constructed a checklist of coping strategies that described how adults think, feel and behave in a number of specific circumstances. They found two basic coping strategies use by adults: problem-focused coping and emotion-focused coping. For problem focused coping people scan the external environment for appropriate information to manage stressful events. For emotion-focused coping strategies, people search for own behavioural and cognitive resources to manage the emotional tension of a stressful situation (Hoyer et al., 1999). Problem focused coping has been identified as common among adults who have been able to see positive outcomes from some of the darkest moments in their lives. They used less escapism, showed less depression, and self-reported higher levels of mastery than other adults who faced similarly difficult life situations (Hoyer et al., 1999). The success of adults in coping lies in their use of accommodative processes (disengage and lower aspirations for attaining goals) and assimilative processes (encouraging to achieve personally goals and priorities). Together with some other adjustment processes, such as social comparisons, these two processes make people have a positive view of themselves (Hoyer et al., 1999). The mostly used coping strategies by adults are characterized by altruism; humor (a method of expressing emotions that is free of consequences); suppression (being optimistic in the face of problems); anticipation (planning for realistic outcomes such as the death of a loved one); and sublimation (channelling unacceptable impulses and emotions into socially

valued and personally rewarding activities) (Hoyer et al., 1999). The use of primarily mature defenses like humor, give individuals the highest life adjustment rates. Decreases in life adjustment rate is the cause of the use of neurotic defenses (intellectualization, repression, somatization, externalization) and immature defenses (projection, regression) (Sadock and Sadock, 2005).

2.4 Coping and depression

Several studies show a difference in frequency and type of coping between depressive and nondepressive people (Rhode, Lewinsohn, Tilson and Seeley, 1990). Depressive persons use less problem solving and more emotional discharge (Billings and Moos, 1984), wishfull thinking, avoidance en the search for emotional support (Coyne, Aldwin and Lazarus, 1981). Investigation of Rhode et al. (1990) shows that depressive people are more inclined to use negative and maladaptive coping strategies. These types of coping (like ineffective escapism and ambivalent coping) also seems to predict future depression and may worsen existing depressive symptoms. There seems to exists a causal cycle between mental health and maladaptive coping, which may make someone more vulnerable for the effects of stress (Rhode et al., 1990). Expression of emotions and mental distancing (suppression) may stabilize depressive symptoms (Fauerbach, Lawrence, Bryant and Smith, 2002). Copingstrategies like problem solving can minimize the negative effects of disabilities (Robichaud and Lamarre, 2002). To prevent the loss of autonomy in the elderly, caregivers should make an assessment of the copingstrategies used by the elderly and their influence on the autonomy (Robichaud and Lamarre, 2002).

2.5 Measurement of coping

There is little agreement regarding the optimal conceptualization of coping (Rhode et al., 1990). Several self-report instruments have been developed, but numerous questions remain regarding the optimal measure of coping. It is therefore necessary to clarify the dimensionality of coping and have a better understanding of what people do under stressful situations (Rhode et al., 1990). Coping can be measured as if it represent a general skill to deal with any stressful situation. Because a specific way of coping can be successful in one situation and not in the other, it is preferable to look for the type of situation with which the person has to cope (Rhode et al., 1990). Coping depends on the possibilities and limitations of offered by a situation (te Vaarwerk and te Ridder, 1994). By ignoring the situation, there is a

chance to overestimate the personal influence on coping (te Vaarwerk and te Ridder, 1994), although there is evidence for a stabilizing influence of personality on coping (te Vaarwerk and te Ridder, 1994). It is necessary to consider if you measure coping before or after a (possible) stressful situation (te Vaarwerk and te Ridder, 1994). Another problem is the measurement of specific life events. It is well-known that (recent) life events does influence the onset of a depression and the way of coping, but if we could know which specific life events produced the greatest amount of stress, then we would know when people would be at most risk of physical health and mental health problems (Hoyer et al., 1999). Well-known is that the role of life events in the onset of depression is mostly mediated through interaction with individual variability, as expressed by personality characteristics, attributional style (where people place the blame) and dysfunctional coping (Brewin, 1996; Hänninen and Aro, 1996; Piccinelli and Wilkinson, 2000). Other more important events where adaptive coping is needed are the daily hassles. The measurement of daily hassles is a strong predictor of a persons overall adaptation. The individuals' ability to cope with hassles, is a far better predictor of moral and life satisfaction, psychological symptoms, and somatic illness than the number of major life stresses the person has endured. This is because daily hassles are proximal effects of stress, while life events are the distal aspects of stress. That's why the link with health outcomes is stronger for daily hassles (Hoyer et al., 1999). Te Vaarwerk and Te Ridder (1994) used sixteen copingstrategies in their investigation about situational coping: (1) try to find an solution; (2) resign to it; (3) ask others opinion; (4) think I learned from it; (5) telling myself everything is ok; (6) blame myself; (7) try to stay calm; (8) make a plan to handle the situation; (9) give vent to relieve my feelings by someone else; (10) thinking a have more experience; (11) don't think about it anymore; (12) talk straight to myself about it; (13) try to forget it as soon as possible; (14) don't show it to anyone; (15) making clear how I think about it; (16) protest.

2.6 Difference in hassles and coping between younger and older adults

Results of a study of Herman and Strack (1989) show that interaction between stress, situation and age is an important element in the age-coping relation. Both age group and type of situation appear to be associated with differential use of coping strategies in middle aged and elderly individuals. There is a difference in the hassles experienced by younger and older adults. Older adults experiences hassles most often in the areas of environmental and social problems, home upkeep and health (Hoyer et al., 1999). Younger respondents used

proportionately more active, interpersonal, problem-focused forms of coping (confronting the problem) than did other people, and the older people used proportionately more passive intrapersonal emotion-focused forms of coping (distancing, acceptance of responsibility) than did the younger people (Hoyer et al., 1999). It is more characteristic of older adults to recognize when environmental resources are needed to assist them or to help in managing a difficult situation (Hoyer et al., 1999). Older adults are often attempting to cope with situations that are less changeable than those faced by younger individuals, and therefore, the use of coping techniques that attempt to reduce emotional distress rather than solve the problem may be a more effective approach (Sadock and Sadock, 2005).

Older adults may have an advantage in resolving stressful life situations. When compared with younger persons, older individuals have developed efficient and, in some ways, more effective cognitive problem solving throughout their lives (Hoyer et al., 1999). Elderly people seem to avoid emotional peaks, to protect themselves from too much stimuli and to get grip on their emotional life: self-efficacy, mastery and internal locus of control are important concepts. Investigators found with ageing a decrease of primary control (behavioural problem solving) and an increase of secondary control (cognitive control over one's life). For example, the adaptation of personal goals to situational or physical limitations or social comparison (Bohlmeijer et al., 2005b). Although investigators found evidence that there is a difference in coping between older and younger adults, there is also evidence that older people continue to maintain the coping abilities developed at earlier points in the life span (Hoyer et al., 1999).

2.7 Coping in men

Males tend to distract themselves from their mood by engaging in physical or instrumental activities, whereas females are less active and ruminate over the possible causes and implications of their depression, thus helping to prolong the depressed mood, because they keep ruminating about it (Piccinelli and Wilkinson, 2000). The male coping style is more externalising, and feelings of depression will only be experienced by men when other, more typical forms of coping have not been successful (Schoevers, 2005). There also seems to be an association between ruminative style and psychological distress for both males and females (Jorm et al., 2005). Neurocognitive studies have suggested that verbal strategies like rumination may produce increased activity of the left hemisphere, whereas physical activity stimulates the right posterior hemisphere. The tendency to activate the left hemisphere as

opposed to the right hemisphere under a variety of circumstances has been related to vulnerability to depression (Piccinelli and Wilkinson, 2000).

2.8 Coping in the elderly

Cross-sectional studies of age differences in coping strategies have had somewhat mixed results, with some studies finding no difference between age groups in their use of coping strategies, and other studies finding that older adults preferentially use strategies designed to reduce emotional distress, whereas younger adults use more problem-focused coping, although the effect sizes are relatively small. This finding has often led to the conclusion that older adults are more passive in their coping style. Coping abilities become more adaptive, as opposed to more regressive (withdrawing and avoiding), over the life span (Sadock and Sadock, 2005). Investigation (Van der Zee & Graus cited in Schreurs; Van de Willige, Brosschot, Tellegen and Graus, 1993) makes difference between successful and not successful elderly. It is possible to show a correlation between coping style and successful ageing. Successful elderly show an active way of handling problems and doesn't seem to avoid difficult situations like less successful elderly do.

There is no domain where it is more important to understand issues of coping and adaptation than that of the transitional phases of life. There are many transitions experienced by the elderly, but older adults are especially likely to experience two major role transitions: retirement, the transition from worker to nonworker, and bereavement, the transition from spouse to widow (Sadock and Sadock, 2005). Mental health experts have recognized the importance of providing the elderly with a sense of control and autonomy, because older people encounter many circumstances that limit their sense of autonomy and control. Too much helping may unintentionally produce decreased physical functioning, anxiety, lowered motivation, depression, greater dependency, loss of a sense of control and autonomy (Hoyer et al., 1999). Psychosocial characteristics like competence (positive experiences) social contacts and support and the ability to adapt give elderly people less health problems (Goumans, Mandemaker, Overbeed, van, Penninx and Schippers, 2004). George Vaillant found clear increases in the use of mature defensive processes as individuals age, as well as increases in the use of mature defenses as psychopathology decreases (Sadock and Sadock, 2005). The defense mechanisms – to protect from anxiety - derive from the psychoanalytical approach, while coping is a more cognitive and learntheoretical approach.

In these two approaches, the positive and negative consequences (like confirmation) and the influence of cognitions, are central aspects (Verkaaik, 1994).

Other results of Valliant's investigations about personality and coping are that denial and distortion of reality at the lowest level of adult coping mechanisms (Hoyer et al., 1999), while denial and distancing (in some studies) are strategies used by the oldest-old (85-plus) to cope with health problems (more than younger individuals do) (Hoyer et al., 1999). Denial is a way to give time to face reality and access resources to cope (Hoyer et al., 1999).

Bad news from the Berlin Ageing Study's show that old-old subjects (aged 85-100) resembled humans coping with severe stress. They experienced fewer positive emotions, more emotional loneliness, and a feeling that others controlled their lives (Vaillant and Mukamal, 2001). With increasing age, spirituality and senerity increase. By "senerity" we mean faith, acceptance, and allowing someone else to take over (Vaillant and Mukamal, 2001). Coping strategies that did not change between ages 70 and 90 were humor and comparing oneself with others more severely afflicted (Vaillant and Mukamal, 2001).

Stress may lead to the upgrade of coping strategies and the feeling of mastery. When they cannot cope, they use cognitive strategies to deal with circumstances (Hoyer et al., 1999).

Recently, psychologists studying coping and adaptation in elderly have begun to question how older people are able to maintain positive self-esteem, feelings of control, and a sense of mastery in the face of an increasing number of forced changes and losses. Lachman and Burak (1993, cited in Hoyer et al., 1999) provide support for the notion that older adults continue to maintain a strong belief in their ability to control the external environment. In this sense, older adults adjust aspirations, relinquish goals, lower expectations, and readjust priorities as developmental changes occur. In the face of age related developmental change, they maintain a positive view of self and their own sense of personal control (Hoyer et al., 1999). Especially people with a poor sense of personal competence are likely to cope less effectively with crises and threats to personal security (Murray, 1995). A strong sense of coherence (coping) is important for patients, because they're likely to take an active role in their own health outcomes (Fok, Chair and Lopez, 2005).

2.9 The success of coping

Effective coping means that the way of coping can prevent people from having health problems and may also enhance well-being and self-esteem. Not only one way of coping is

effective, this depends on the time perspective, the source of the event/conflict and on the traits of a person: motivation and resources (Schreurs et al., 1993).

The effectiveness of a coping strategy is defined by its outcome, usually measured by level of distress, depression, or health symptomatology. Clearly, if individuals become less effective at coping with the demands of life as they age, this would have considerable implications for clinical practice and the kinds of interventions that might be used with older adults (Sadock and Sadock, 2005). Studies have reported that some older persons make a better adjustment to later-onset chronic disease if they have developed coping skills over their lifetime to deal with stressful events (Hoyer et al., 1999). In a study of elderly over the age of 85, Johnson and Barer found that coping and a sense of control were associated with a high degree of well-being (Hoyer et al., 1999). Another factor that correlates with coping is religion. Religious practice, especially when it is embedded within a traditional value orientation, may facilitate coping with adversity in later life (Braam et al., 2001). Spiritual feelings and beliefs appear to be related to health. Adults report spirituality contributes to enhanced feelings of well-being, inner emotional peace and satisfaction with life. There is evidence that psychological well-being is highest among those with strong and with no religious commitment (Hoyer et al., 1999). Elderly people, and women in particular, benefit from a cultural environment in which religious practices are still accessible (Braam et al., 2001).

2.10 Defense mechanisms

The psychoanalytical personality theory describes how people cope with their sexual and aggressive instincts. In this theory mechanisms to defense oneself from (all forms of) anxiety are described: the defense mechanisms. Defense mechanisms serve two functions: to protect the ego and to minimize anxiety and stress (Larsen and Buss, 2005). In the psychoanalytical theory, depression is explained as a consequence of a need to force other people to heighten ones self-esteem (Verkaaik, 1994).

Very often there isn't a clear difference in the literature between coping styles and defense mechanisms. Larsen and Buss (2005) call repression, denial, displacement, rationalization, reaction formation, projection and sublimation defense mechanisms. Sadock and Sadock (2005, table 6.1-2) include distortion, acting out, blocking, hypochondriasis, introjection, passive-aggressive behaviour, regression, somatization, schizoid fantasy, controlling,

dissociation, externalization, inhibition, intellectualization, isolation, sexualization, altruism, anticipation, asceticism, humor and suppression.

Part Three: Depression and diseases in elderly

3.1 Diseases in elderly persons

Perhaps the most prominent difference in later life is – compared to younger people - the high prevalence of chronic physical illnesses. After age 75 only 25-30 percent don't have any chronic illnesses (Vaillant and Mukamal, 2001; Deeg et al., 2002; Schoevers, 2005). Because of the ageing process and the chronic diseases, nearly 40 percent of the seniors experience limitations in their life habits (Robichaud and Lamarre, 2002).

Vaillant and Mukamal (2001) found that after age 70 almost all of the subjects suffered at least one serious illness, but most mental deterioration before age 80 reflects disease and not the normal ageing process. Well-known is that elderly with depressive symptoms experience a lower quality of life, have more diseases and die earlier (RIVM, 2005b; Evans and Mottram, 2000). Most occurring diseases in the older population are heart diseases, diabetes, chronic lung diseases, cancer, articular disease and psychological complaints (15 percent of the population) (Deeg et al., 2002).

3.2 Depression and co morbidity with diseases in elderly

Older patients and patients with late-onset depression are at increased risk of medical co morbidity, namely who are suffering from more than one disease (Goumans et al., 2004; Sanderson, 2004). For example, some people can get depressive symptoms through the appearance of dementia. Medical co morbidity is a risk factor for inferior treatment response and poor antidepressant tolerability. Elderly patients with early-onset depression are more likely to have had a higher number of previous episodes, which also adversely influences prognosis compared to elderly depressed patients with a late onset of illness. Above the 75 years, 40 percent shows (medical) co morbidity (Goumans et al., 2004; Deeg et al., 2002) and also depression was significantly more common among patients over 75 years old. It was associated with increased functional and cognitive impairment, reduced activity level, and larger initial brain lesions on computed tomography (Fann and Tucker, 1995). Obvious psychological complaints go strongly together with limitations: depression is associated with an untoward course of medical (serious) illnesses and mortality, much more than non-

depressed patients (Deeg et al., 2002; Schoevers, 2005; Prince et al., 1997; Sadock and Sadock, 2005).

A number of studies show that a bad health enlarges the chance for a depression, but emotional problems can also cause health problems (Deeg et al., 2002). When measuring physical functioning in depressive elderly, it is obvious that depression goes together with a larger decrease in physical functioning (e.g. depression lowers heart rate variability) (Deeg et al., 2002)

Several mechanisms may contribute to the associations between depression and medical illnesses. First of all, depression affects behaviour. Depressed patients may have more unhealthy living habits, are less compliant with medical treatment, and show a higher number of accidents and suicides. Secondly, biological aspects of depression are important in the context of an association with excess mortality. Dysregulation of the neuro-immunesystem, hyperactivity (and the opposite by elderly) of the HPA-axis because higher rate of the stress hormone cortisol may be a risk factor for cardiovascular diseases (depression is recognized as a frequent occurrence after myocardial infarction (MI) (Fann and Tucker, 1995), gastrointestinal disorders and their influence on depression, and autonomic dysregulation may all have negative effect on both the prognosis of somatic illnesses and longevity. A third aspect of the association between depression and medical illness is depression treatment, because the use of antidepressant harms bodily processes (Schoevers, 2005; Evenblij, 2005; Fann and Tucker, 1995).

Physical and psychological complaints can show a decrease when older people do half an hour a day of (moderate) physical activity. Physical activity stimulates well-being. Activity seems to have a preventive usefulness (Bohlmeijer et al., 2005b).

3.3 The influence of a disease in the elderly on depression

Poor physical health and functional limitations may be important risk factors for depression in the elderly (Murray, 1995; Schoevers, 2005; Dooper, 2005). Snowden (2001) therefore suggested that there may be a second peak in depression prevalence in late old age. Given the high prevalence of physical ill health (a risk factor for depression) such a peak is plausible (Jorm et al., 2005). Some writers think depression is the consequence of disease with high fatigue, like chronic diseases of carcinomas. Other people think that it has to do with the functioning of the brains (neurotransmitters). Fann and Tucker (1995) think

neurological disorders are the group of medical conditions most commonly associated with mood disorders. It seems obvious that many physical diseases have an influence (Verkaaik, 1994).

3.4 The process of diagnosis of depression in Elderly

Geriatric depression often occurs in the context of medical or neurological brain diseases whose symptoms are similar to the symptoms of depression, like dementia (Schoevers, 2005; Sadock and Sadock, 2005; Evenblij, 2005; Fann and Tucker, 1995). Therefore it is necessary to make a clinical diagnosis and an assessment of depressive symptoms, because of the possible psychopathology (Schoevers, 2005). But there is another reason that diagnosis of depression in elderly is very difficult: elderly they show their depression mostly through bodily complaints (Verkaaik, 1994). The boundary between a normal ageing process and becoming ill is very hard to see (Munnichs and Uildriks, 1989). And next to this: elderly people aren't inclined to talk about their psychosocial problems, their concerns and their disrupted well-being. They are inclined to translate this into physical complaints (Munnichs and Uildriks, 1989). Therefore depression in medically ill patients should be treated. Treatment can not only decrease depressive symptoms, but can also decrease somatic symptoms, functional disability (Katon, Sullivan, Russo, Dobie and Sakai, 1993), health care costs (Strain, Hammer and Fulop, 1994) and possibly mortality (Fann and Tucker, 1995).

3.5 Vulnerability factors

The LASA study (Deeg et al., 2002) tells that health differences between low and high social-economic groups stay, also when people are ageing (above 65 years old). There is also an association between diseases and coping. It has been suggested that a higher rates of illness, in particular mental disorder, found in disadvantaged social groups may be associated with poor coping resources rather than great exposure to stressors (Murray, 1995). Individuals with cognitive limitations sooner (than other people) have to deal with depression (Evenblij, 2005). Health differences are the result of diverse factors: first, there is a psychobiological vulnerability. Genetics play a role in the onset of a disease, personality is important for the way people cope with a disease (e.g. self esteem) and one's physical health condition can make someone vulnerable for the onset of psychological complaints (RIVM, 2005b). Second, there is the social vulnerability. Important are the social relationships and support, the social economic status (income, level of education and occupation) has an influence when there are differences between population groups, urbanisation plays a role in the way that the place

where people live influences someone's health and environmental factors, like climate and noise, can also influence health (RIVM, 2005b). Third, everyone has his own level of psychological health (level of anxiety, depression, impulsivity and hyperactivity) (Ormel, Neeleman and Wiersema, 2000) and thereby his own way to react on important life events (RIVM, 2005b).

3.6 Diseases and depression in elderly men

In the elderly, major depressive syndromes increase the risk of death in both sexes, mild depression only in men (Schoevers, 2005). However, physically ill-health is an important risk factor for depression, so it could be that the association with mortality is simply due to this risk factor. It is also possible that some depressive symptoms (e.g. fatigue) are directly affected by physical disorders (Jorm, 2000). Ladwig, Roll, Breithardt, Budde, and Borggrefe (1994) found that men who were severely depressed 17-21 days after MI had significantly increased relative risks (adjusted for age, social class, recurrent infarction, rehabilitation, cardiac events, and helplessness) for emotional instability, and maintenance of smoking (Fann and Tucker, 1995).

Part Four: Suicide in elderly depressive (men)

4.1 Gender differences in suicide

Gender differences are also apparent in the consequences of late life depression, such as excess mortality. Depressed men are more likely to die, even when experiencing relatively mild levels of depression (Penninx et al., 1999; Schoevers et al., 2000; Schoevers, 2005). A psychological explanation for the excess mortality in men may be their coping style. Men may be less equipped to deal with feelings of hopelessness and depression than women; they rather don't discuss their feelings with others (Schoevers et al., 2000). Men are more externalizing and because they rather don't talk about their psychological feelings, a depressive syndrome in men signifies a more invalidating and threatening condition than such a syndrome in women: which is reflected in the robust differences in mortality (Schoevers et al., 2000). And maybe because men are more inclined to commit suicide, there is a gender difference in depression (Conwell et al., 1996).

A study of living conditions (16 till 74 years old) shows that for men, attempted suicide was nine times more likely in the presence of anxiety and nervousness, for women the risk was three times greater. This risk also tended to increase with age (Aldridge, 2005c).

4.2 Depressed elderly and suicide

Depression increases the risk of suicide across ages and it is the most common psychiatric diagnosis in elderly suicide victims (Sadock and Sadock, 2005). So, older adults with depressions are at risk of suicide. Elderly men with symptoms of depression have the highest rate of suicide (van Megchelen, 2005; Hoyer et al., 1999). Major depression was identified in 80 percent of suicide victims older than 74 years of age (Sadock and Sadock, 2005). In the elderly, major depressive syndromes increase the risk of death in both men and women, but mild depression increases the risk of death only in men. The conclusion is therefore justified that depression is associated with a higher mortality in older men than in older women (Schoevers et al., 2000). There is a strong basis to the notion that elderly men with neurotic or ‘minor’ depression deserve to be recognised and treated more vigorously than is currently practised (Schoevers et al., 2000). Although depressive elderly are more inclined to commit suicide, investigators need to take into account the cohort effect: this shows that white men born after 1922 had lower suicide rates than cohorts born earlier (Sadock and Sadock, 2005).

4.3 The difference with younger adults

Suicide is almost twice as frequent in older adults as in the general population. The suicide rate for white men older than 65 years of age is five times as higher than that of the general population (Sadock and Sadock, 2005)

4.4 Risk factors for suicide

The four greatest risk factors related to suicide among the elderly include: (1) living alone, (2) being male, (3) experiencing the loss of a spouse, and (4) failing health (Hoyer et al., 1999). The most common precipitants of suicide in older individuals are physical illness and loss, whereas problems with employment, finances, and family relationships are more frequent precipitants in younger adults (Sadock and Sadock, 2005). Morris, Robinson and Samuels (1993) found, in a 15-month follow-up study of 84 patients, that mortality increased with increasing severity of depression. The authors reported that depressed patients had eight times the likelihood of death than non-depressed patients, despite there being no difference between nonsurvivors and survivors in medical co morbidity, lesion characteristics, physical disability, and functional status (Fann and Tucker, 1995).

In late life suicide attempts are more determined and carefully planned and are preceded by fewer warning of suicidal intent (Sadock and Sadock, 2005). Although elderly individuals show less signs, there are things in which suicide can be predictable (regardless of age): extreme mood or personality changes; discussion of suicide and death; preoccupation with the futility of continuing the struggle of daily living; giving cherished personal possessions to friends and relatives; disturbances in sleeping and/or eating; severe threat to identity and self-esteem; death of loved ones and/or long term friends (Hoyer et al., 1999). Alridge (2005b) notices that men who report nervousness and anxiety run a nine times greater risk of attempting suicide, according to a Swedish study. Depression and anxiety often go hand in hand.

Part Five: Prevention intervention for the depressive elderly

With hard work and/or therapy, our relationship with our spouse and our coping styles can be modified. A successful old age horatio, may lie not so much in our stars and genes as in ourselves (Vaillant and Mukamal, 2001).

5.1 Intervention for the elderly

Trough intervention we can enhance the meaning and enjoyment of all periods in the life span, including old age (Hoyer et al., 1999). Later life is marked by a change for which some intervention is helpful, appropriate and in some cases, absolutely necessary (Hoyer et al., 1999). Per year, 16 percent of the elderly show clinical relevant complaints (Bohlmeijer et al., 2005b). It is not efficient only to choose for treatment of elderly who already have depressive symptoms: it is very expensive and it is much more efficient to lower the incidence of depression by prevention (Bohlmeijer et al., 2005b). A prevention program will help to strengthen one's cognitive abilities, independency and mastery (Bohlmeijer et al., 2005b). Experts noted that "psychological treatments can also play an essential role in the care of elderly patients who have significant life crises, lack social support or lack coping skills" (Hoyer et al., 1999). Most intervention programs are meant for 55 or 65 plus.

5.2 General treatment for depressive elderly

There are some general things that need to be considered in the treatment of elderly depressives. The participation of people who surround the patient and a good instance (example) of the caregiver, are important. The patient needs to understand that the caregiver

understands him and doesn't leave him alone. In every conversation, the caregiver needs to give understanding, patience and trust. Most elderly people experience anger and aggression even when they don't (or never) talk(ed) about it. It is also necessary that these people are encouraged to talk about their feelings of guilt, because they don't talk easily about this (Verkaaik, 1994).

The caregiver also needs to give social convoy: social problems may have caused the depression, but also can be a consequence of the mood disorder. One of the issues is whether or not the elderly receives social support in taking away their responsibilities.

Another way of helping elderly people to cope with their depression is cognitive reorientation. Important is that the patient discovers that the way he/she thinks can change the way he/she behaves and feels. This is very helpful because this approach concentrates on actual problems instead of digging in the past.

5.3 Types of therapy to decrease depression

Reminiscence therapy implies a specific sensitivity to the life memories of older people in institutions. Its primary feature is to encourage older persons to remember their past and reflect their own unique life memories and experiences (Hoyer et al., 1999). This therapy focuses on the way of coping. Another sort of therapy is behavioural therapy. The point in this is that the elderly don't have a depression, but acts like he or she have some. Other behaviour then will lead to other (more positive) feelings (Verkaaik, 1994). Schoevers (2005) suggest that indicated prevention – which involves identifying subsyndromal depressive symptoms as the most important risk indicator – is the preferred option for identifying groups at high risk for developing depression (primary intervention).

5.4 Benefits of early intervention

The duration of episodes (of depression) may be shortened by early case finding and early intervention. This approach is generally known as secondary prevention, since it has its focus on existing cases rather than preventing onset. Primary intervention reduces the number of new cases (incidence of the condition) (Murray, 1995). Prevention intervention for depressive elderly people is for more reasons important: these individuals have a higher chance on mortality; the quality of life decreased; they have more chance to get a cardiovascular disease; a depressive period endures minimal eight months; complaints become chronic by more than half of the people; from people who recover, 40 percent experiences recidivism (Bohlmeijer et al., 2005b).

5.5 Intervention about coping

Already mentioned is that the way of coping has important implications for well-being, health and psychological functioning. Because there is an association between the way people cope, the onset of depression and suicide it is important that there is attention for coping in intervention programs. Information about the use of (non-)adaptive coping strategies is important by the conceptualization of (prevention) intervention programmes. One possibility is to learn people how to use adaptive coping strategies (Garnefski, Kraaij and Spinhoven, 2002). The task of the therapist therefore include reviewing systematically the tools that patients have available, promoting the most adaptive tools (usually involving some focused activity or correcting distortions), suppressing the more maladaptive tools (eating, smoking, drinking alcohol, etc.), and developing new tools (guided imagery and assertiveness training), so that the periods in which depression does persist are less painful and more productive (Sadock and Sadock, 2005). The implications for practitioners in contact with widows are that those who persistently show less adaptive ways of coping, such as self-blame or wishful thinking, may be helped through bereavement counselling use more adaptive ways of coping. (Murray, 1995). The course “het verhaal van je leven” is ment for 65-plussers, who want to get grip on their life. One of the goals is to strengthen one’s internal locus of control and competence (Cuijpers and Willemse, 2005c).

But there is a danger about intervention: providing too much intervention, long before it is really called for, robs older individuals of a sense of autonomy and sense of personal control in their lives (Hoyer et al., 1999).

5.6 Interventions for depression

“Achter een lachend gezicht” (status: model of good practice), “In de put, uit de put 55+” (status: scientific proven effective), “Kleur je leven” (status: innovative intervention, first results of effectiveness in 2007) and “op zoek naar zin” (status: promising experimental) are courses to inform elderly people about depression, to help them see the symptoms and to handle with this symptoms (Cuijpers and Willemse, 2005c). There are three considerations important for depression prevention. (1) the intervention must be integral because also the environment plays an important role; (2) prevention must be scientific ‘evidence-based’: risk- and protection factors are important to know; and (3) the prevention must be local applicable (Bohlmeijer et al., 2005b). For therapy it is important to keep in mind (because of the phase of life people are in): The process of ageing, the experiences and coping of becoming older, the

health related characteristics (subjective and objective), autonomy and independency, functioning and the possibility of death (Munnichs and Uildriks, 1989).

Part Six: Investigation and methodology

6.1 Measurement of depression

There is a continuing controversy about age differences in depression during adulthood, whether measured as depressive disorders or depressive symptoms. Jorm's (2000) review identified two major factors that account for these inconsistent findings. The first was age bias in the measurement of depression and anxiety. The second factor that Jorm (2000) identifies to account for the inconsistent findings was differential exposure to risk factors across age groups (Jorm et al., 2005). The issue of bias in measurement continues to be neglected by researchers in this area. Most simply assume that a diagnosis or scale can be applied with equal validity across a wide range. This issue becomes more serious in the very elderly where there is a high prevalence of physical disorders which can produce changes in some depression and anxiety symptoms (Jorm et al., 2005). Findings underline the importance of assessing factors related to the patient's age and not just the age itself in evaluation of risk factors for poor prognosis (Mitchel and Subramaniam, 2005). Problems and resources may also be age-related because of particular cohort effects (Hoyer et al., 1999).

6.2 Measurement of coping

Although everyone seems to experience difficult situations, not everyone develops an disorders because of these events. There are some provoking factors that play a mediating role in the way people observe, interpret and react. This interpretation describes Lazarus (1980) as two different processes: appraisal (cognitive process of interpretation and evaluation) and coping (the way someone reacts – cognitive and emotional – on difficult circumstances) (Schreurs et al., 1993).

There are several indications that the susceptibility for and the progression of diseases is influenced by the way people handle (cope) difficult live events (Schreurs et al., 1993). Chronic problems, daily hassles, long-term fighting, and things like annoying sounds also seems to play a role (Burks and Martin, 1985; Schreurs et al., 1993). But the way people cope depends on the kind of event they faced with. That's why single measurement of coping can't predict people's reaction to stress across time and in various situations (Hoyer et al., 1999).

6.2 The Utrechtse Coping Lijst (UCL) (Scheurs et al., 1993)

UCL is a scale to measure coping behaviour. The questionnaire (self-report) makes it possible to measure different forms of coping-behaviour and to see what the mediating factors between psychosocial factors and health disorders are (Schreurs et al., 1993). The UCL measures some kind of personality in which persons prefer some strategies through different situations. UCL measures the way people handle problems and is useable in specific situations (Schreurs et al., 1993). The purpose of the UCL is to measure coping behaviour (as a result of learning experiences, upbringing and personality traits). The stability of coping style is influenced by living- and working conditions of a person and its environment and the kind of problem. UCL is a multifactor model with attention for these factors. The UCL exists of six clusters of strategies (Westbrook): action/confrontation; ignorance; seeking social support; optimism; fatalism, and; control. In a classification scheme four main categories of coping behaviour are differentiated: behaviour with a focus on the situation, behaviour with a focus on influencing perception and evaluation, behaviour with a focus on reducing tension (palliative) (Schreurs et al., 1993).

The seven scales of the UCL, these scales seem to be very stable and give support for the theoretical approach in which coping is seen as a personality style (Schreurs et al., 1993):

Scale A (items 11, 13, 18, 21, 22, 23, 32): an active approach in trying to solve the problem: looking at the situation in different ways, line up the situation, a goal-directed approach in solving the problem (with trust). High self-esteem seems to correlate positively with adequate functioning and negatively with neuroticism, depressive and insufficient feelings and a disposition of fear (Schreurs et al., 1993).

Scale P (items 2, 6, 14, 16, 17, 25, 34, 35): a palliative approach: searching for distraction and try to feel better in smoking, drinking or relaxing. Someone with a higher score on this scale shows more fear, neuroticism and psychopathology and is inadequate (Schreurs et al., 1993).

Scale V (items: 8, 9, 15, 19, 26, 40, 44, 45): Avoidance: try to avoid the situation and wait until something is happening. Investigation shows that this way of coping correlates with feelings of (social) inadequacy, low self-esteem, high fear and psychological en physical well-being. There is less motivation to handle problems and coping is very emotional (Schreurs et al., 1993).

Scale S (items 10, 29, 38, 39, 42, 43): Seeking social support: looking for support from other people and telling other persons about your concerns or asking for help. Seeking social support positively correlates with an internal locus of control (Schreurs et al., 1993).

Scale PR (items 3, 5, 24, 30, 31, 33, 46): Passive reaction pattern: someone is completely pre-occupied with the problem, can't see something positive about it, withdrawal and distortion. There is a positive correlation between score on this scale and inadequacy, fear, depressive feelings and complaints about the health (Schreurs et al., 1993).

Scale E (items 4, 7, 27): Expression of emotion: showing other people when someone is angry or annoyed and show the tension. There is a positive correlation with neuroticism (Schreurs et al., 1993).

Scale G (items 1, 12, 36, 37, 47): The use of comforting thoughts: comfort oneself with the idea that there always is sunshine after rain and that other people also have difficulties. In the elderly there is a negative association with somatic complaints and the experience of negative well-being (Schreurs et al., 1993).

The UCL counts 47 items (20, 28 and 41 are fill-items), which can be divided in several ways of coping. The scales can be calculated through counting the scores per scale.

6.3 Other measures of coping

The meaning of coping in the onset and duration of health problems plays an important role. There are three approaches to measure coping, in terms of: 1) ego- or defense mechanisms: the psychoanalytic theory states that defense mechanisms develop in fearful situations. There is nothing someone can do about this and these mechanisms protect against threat and tension. 2) coping as personality trait: people behave and think in a consistent way in different situations. This coping style is a stable, but changeable feature. 3) coping as transactional process: coping as a process between person, environment and time (Schreurs et al., 1993).

The CERQ - There are several scales to measure coping. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski, Kraaij and Spinhoven, 2002) measures seven different coping strategies and is meant for adolescents above twelve years old and grown-ups. The CERQ can be used in normal and in clinical populations and reliability and validation in the geriatric population (66-plus) is good. The CERQ counts 36 self-report items about experiences of stressful events (Garnefski, Kraaij and Spinhoven, 2002).

The CERQ exists of nine subscales: Blame yourself; Acceptance; Ruminant; Concentration on other (positive) business; Concentration on planning; Positive reinterpret; Relativation; Catastrophizing; Blaming others (Garnefski, Kraaij and Spinhoven, 2002).

WCC - The difference with the Ways of Coping Checklist is the missing structure of the scales in the WCC. This scale does make a difference between emotion-focused and problem-focused coping, while the UCL doesn't make this difference (Schreurs et al., 1993).

6.4 Measurement scales

Symptoms of depression can be measured as diagnostic categories or along a symptom scale continuum. The first measures some symptoms as central or secondary and discriminate between symptoms of other causes, the second weight all symptoms all equally (Jorm, 2000).

6.5 The Geriatric Depression Scale (Brink et al., 1982)

Depression is one of the most common psychiatric illnesses in elderly. Screening instruments of depression can greatly facilitate its identification, leading to early recognition and diagnosis (Sharp and Lipsky, 2002). Patients with a major depression disease (MDD) have poor prognosis. It should be recognized and treated in elderly persons, because underdiagnosis of MDD is well documented in the literature. Only a quarter of the patients are detected. By a short screening test for depression, like the Geriatric Depression Scale (GDS), depressed patients (60-plus) can be identified. The scale has a 80 percent sensitivity and a 100 percent specificity rate for a cut-off score of 14. The internal consistence is .95 and the test-retest reliability .85 (Yesavage et al., 1983). There are three advantages of the GDS: first it is especially created for use in the geriatric population; second it eliminates somatic symptoms, and; third it is simply to read and in an easy response format (APA, 2000). It is important to have a screening scale for the geriatric population, because there are a different set of symptoms descriptors when assessing depression elderly people: depressive symptoms like sleep difficulties, decreased energy and decreased libido are commonly found. And also thoughts about death and future are different in one's latest phase of life. Chronic medical conditions are more common in the geriatric population (APA, 2000).

GDS is 30-item self-report scale (APA, 2000). It is a severity scale especially made for the elderly (60-plus). A higher score justifies further investigation for the diagnosis of depression (Verkaaik, 1994). The GDS (Brink et al., 1982; Yesavage et al., 1983, cited in: Godderis et al., 1992) is translated into Dutch by Bleeker, de Winter and Cornelissen (1985). The GDS-items reflect different symptoms relevant to depression: lowered mood, poor self-

image, poor motivation, past versus future orientation, cognitive problems, obsessive traits, losses and agitation (APA, 2000; Yesavage et al., 1983). The GDS has been shown to differentiate depressed from non-depressed elderly people, but there is one bias in GDS scores: Geriatric medical patients who are more elderly or who have higher verbal intelligence scores underreport symptoms, and another reported that geriatric men show lower score than geriatric women (APA, 2000).

Table of scores GDS

Score	Description
14	‘Cut off’-score: normal people don’t score above this number
11-13	Possibility of depression

(APA, 2000)

6.6 Other scales which measure depression

There are some other scales which measure the rate of depression in people. A limitation of those scales is that they aren’t constructed especially for the elderly: elderly people may score higher than normal on items about somatic symptoms, so may be wrongly diagnosed as depressive. In addition with the GDS, some of these scales are for elderly people to difficult to fill in (Godderis et al., 1992). The format may need to be altered for use in geriatric populations. Likert-scale items with multiple items and scales that require respondents to look across several statements and choose the one that best describes them may be confusing to rate. Simpler formats, with easy-to-read items and responses are best for geriatric populations (APA, 2000). The GDS only requires a ‘yes’ or ‘no’ and doesn’t mention somatic symptoms (Godderis et al., 1992).

The GDS shows a higher sensitivity (correct number of classified depressives) and a higher specificity (correct number of classified ‘normals’), than the other mentioned scales (Godderis et al., 1992). This scales are meant for general psychiatric or community populations (APA, 2000):

De Beck Depression Inventory (BDI) - dimensional questionnaire about depressive symptoms and their severity (Verkaaik, 1994; APA, 2000). It is a diagnostic measure which discriminates between clinical depressive and not-depressive patients (Godderis et al., 1992). It has a moderate validity and a good reliability, but the scale is not sufficient for people with

major depressive complaints, cognitive limitations and with a lot of physical diseases. The reliability decreases when people get older (Verkaaik, 1994)

De Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie van Zung (ZDS) - severity scale for depressive symptoms (and physical complaints). From 20 questions, 7 are about bodily functioning (Verkaaik, 1994; APA, 2000). Like the Beck Depression Inventory it is a diagnostic measure which discriminates between clinical depressive and not-depressive patients (Godderis et al., 1992). The validity of SDS is moderate and reliability good. The scale is insufficient for elderly people with a lot of physical complaints, cognitive disorders or major and especially minor depressive complaints. The reliability of the scale decreases when people get older (Verkaaik, 1994; Fann and Tucker, 1995; Godderis et al., 1992).

CES-D - Centre for Epidemiology Studies-Depression Scale (Fann and Tucker, 1995; Sonnenberg et al., 2000). It is a severity scale for depressive symptoms in community populations (APA, 2000).

The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - looks at the severity of the depressive symptoms (APA, 2000).

The Hamilton Rating Scale for Depression - looks at the severity of depressive symptoms in patients with primary depressive illness (APA, 2000).

References

Alridge, S. (2005a, August). Minor depression can lead to major problems. *American Psychological Association Convention*, verkregen op 9 september 2005, bron: <http://www.healthandage.com/>

Alridge, S. (2005b, August). Depression Center, Suicide risk enhanced among nervous and anxious men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 794-798, verkregen op 9 september 2005, bron: <http://www.healthandage.com/>

Alridge, S. (2005c, september). Downward mobility increases depression risk among men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, verkregen op 9 september 2005, bron: <http://www.healthandage.com/>

American Psychiatric Association (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: Lisse, Swets & Zeitlinger.

American Psychiatric Association (2000). *Handbook of psychiatric measures*. Washington DC: American Psychiatric Association

Bifulco, A., Brown, G.W., Moran, P., Ball, C. & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28, 39-50. [Abstract] Verkregen op 27 juni 2006, bron: <http://www.scopus.com/>

Billings, A.G. & Moos, R.H. (1984), Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46 (4), 877-91. [Abstract] Verkregen op 13 december 2005, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

Blazer, D. (2000). Psychiatry and the Oldest Old. *American Journal of Psychiatry*. 157(12), 1915-1924. Verkregen op 28 oktober 2005, bron: Database Ovid

Bleeker, J.A.C., Winter, de, F.M.L. & Cornelissen, E. (1985). *Geriatric Depression Scale*. Verkregen op 4 januari 2006, bron: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

Bohlmeijer E., Smit F., Smits C., Onrust S., Toet J. & Riper H. (2005a). *Depressiepreventie ouderen Handleiding*. Utrecht: Trimbos-instituut

Bohlmeijer E., Smit F. & Smits C. (2005b). *Preventie van depressie bij ouderen Introductie en onderbouwing*. Utrecht: Trimbos-instituut

Braam, A.W., Van Den Eeden, P., Prince, M.J., Beekman, A.T.F., Kivelä, S.-L., Lawlor, B.A., Birkhofer, A., Fuhrer, R., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A.H., Meller, I., Roelands, M., Skoog, I., Turrone, C. & Copeland, J.R.M. (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration. *Psychological Medicine*, Volume 31 (5), pp 803-814, Verkregen op 21 oktober 2005, Database Ovid

Brehm, S.S., Kassin, S.M. & Fein, S. (2002). *Social Psychology*, Boston: Houghton Mifflin Company

Brewin, C.R. (1996). Cognitive Processing of adverse experiences. *International Review of Psychiatry*, 0954-0261, 8, issue 4333-339. Verkregen op 27 juni 2006, bron: EBSCOhost: <http://sas.epnet.com/>

Brink, T., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Adey, M.B. & Rose, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43. De GDS is published in the Yesavage, Brink and Rose (1983) article in the journal of Psychiatric Research (cited in Godderis et al., 1992)

Burks, N. & Martin, B (1985). Everyday problems and life change events: ongoing versus acute sources of stress, *Journal of Human Stress*, spring, 27 [Abstract] verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Charles, S.T. Mather, M. & Carstensen, L.L. (2003). Ageing and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of experimental Psychology*, 132, 310-324. [Abstract] verkregen op 30 juni 2006, bron:

<http://chppcor.stanford.edu/publications/>

Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A.J., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Henderson, A.S. & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29, 325-339, [Abstract] Verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://picarta.pica.nl/>

Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C, Hermann, J.H., Forbes, N.T. & Caine, E.D. (1996). Relationship of age and axis I diagnosis in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1001-1008 [Abstract] verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/153/8/1001>

Coyne, J., Aldwin, C. & Lazarus, R.S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-477. Verkregen op 13 december 2005, bron: Database Ovid

Cuijpers P. & Willemse G. (2005c). *Preventie van depressie bij ouderen Een overzicht van interventies*. Utrecht: Trimbos-instituut

Deeg, D.J.H., Broese van Groenou, M.I., Horn, M.I., Klinkenberg, M., Penninx, B.W.J.H., & Stel, V.I. (2002) *Ouder worden een kwetsbaar succes*. Amsterdam: LASA, Vrije Universiteit Amsterdam

Dooper, M. (2005). Integrale aanpak moet bereik preventie verhogen. *Mediator*, 4, 13-14

Evans, M. & Mottram, P. (2000). Diagnosis of Depression in Elderly Patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol 6, 49-56. Verkregen op 30 juni 2006, bron: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/6/1/49.pdf>

Evenblij, M. (2005). Cortisol en de kunst van stressverwerking. *Mediator*, 4, 10-12

Fann, J.R. & Tucker, G.J. (1995). Mood disorders with general medical conditions, *Current Opinion in Psychiatry*, volume 8 (1), 13-18. Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Fauerbach, J.A., Lawrence, J.W., Bryant, A.G. & Smith, J.H. (2002). The relationship of ambivalent coping to depression symptoms and adjustment. *Rehabilitation Psychology*, 47 (4), 387-401. Verkregen op 13 december 2005, bron: Database Ovid

Fok, S.K., Chair, S.Y. & Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of live following a critical illness, *Journal of advanced Nursing*. 49 (2), 173-181. [Abstract] Verkregen op 28 oktober 2005, bron: Database Ovid

Gallo, J.J., Anthony, J.C. & Muthen, B.O. (1994). Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 49, 251-P264.[Abstract] verkregen op 22 juni 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, Ph. (2002). *Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)*. Leiderdorp: Datec. Verkregen op 4 januari 2006, bron: <http://www.datec.nl/cerq>

Gibbs, A. (1997), Focus Groups, *Social research update*, issue 19, verkregen op 5 januari 2006, bron: <http://psychology.about.com/>

Godderis, J., Van de Ven, L. & Wils, V. (1992). *Handboek Geriatrische Psychiatrie*, Leuven/Apeldoorn: Garant (1^e ed.)

Green, B.H., Copeland, J.R., Dewey, M.E. Sharma, V., Saunders, P.A., Davidson, I.A., Sullivan, C. & McWilliam, C. (1992). Risk Factors for depression in elderly people, a prospective study. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 86, p. 213-217. [Abstract] verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Groothoest, D.S. van, Beekman, A.T.F., Broese van Groenou, M.I. & Deeg, D.J.H. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Volume 34, 7, 391-398. [Abstract] verkregen op 27 juni 2006, bron: <http://www.springerlink.com/>

Goumans, M., Mandemaker, T., Overbeed, R. van, Penninx, K. & Schippers, A. (2004). *Ouder worden we allemaal, trendstudies en toekomstdebatten over de vergrijzing in Nederland*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Hänninen, V. & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Science and Medicine*, 43, 1453-1460. Verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://www.sciencedirect.com/science>

Herman, F. & Strack, S. (1989). Coping with conflict situations: middle-aged and elderly men. *Psychology and Ageing*. 4 (1), 26-33. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Hoyer, W.J., Rybash, J.M. & Roodin, P.A. (1999). *Adult development and ageing*. United States of America: McGraw-Hill College

Huijbregts, V. (2005). De grote invloed van sociale factoren. *Mediator*, 4, 15-17

Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span, *Psychological Medicine*, volume 30 (1), 11-22, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Jorm, A.F., Windsor, T.D., Dear, K.B.G., Anstey, K.J., Christensen, H. & Rodgers, B. (2005). Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial factors that vary with age, *Psychological Medicine*, volume 35 (9), 1235-1263, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Katon, W., Sullivan, M., Russo, J., Dobie, R. & Sakai, C. (1993). Depressive symptoms and measures of disability: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 27, 245-254.

[Abstract], verkregen op 20 juli 2006, via: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

Kendler, K.S. Kessler, R.C., Neale, M.C., Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1993). The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1139-1148. [Abstract] verkregen op 20 juli 2006, bron:

<http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/150/8/1139>

Kerkhof, M. van (2005). Een behandelbaar, onderschat probleem. *Mediator*, 4, 4-6

Keuhner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acte Psychiatrica Scandinavica*. 108(3), 163-174.

Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: introducing focus groups, *BMJ* 311:299-302.

Verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/311/7000/299>

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, London: Sage Publication inc. Verkregen op 20 juli 2006, bron:

<http://books.google.com/books?id=BPm4izC3prUC&printsec=titlepage&dq=focus+groups+experts&hl=nl>

Lachman, M.E. & Burak, O.R. (1993). Planning and control processes across the life span:

An overview. *International Journal of Behavioural Development*, 16, 131-143 (cited in Hoyer et al.. 1999)

Ladwig, K.H., Roll, G., Breithardt, G., Budde, T., Borggrefe, M. (1994). Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *Lancet*, 343, 20-23. Verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://www.sciencedirect.com/>

Larsen, R.J. & Buss, D.M. (2005). *Personality Psychology*, Boston: McGraw Hill
International Edition

Lazarus, R.S., Cohen, J.B., Folkman, S., Kanver, A. & Schaefer, C. (1980), *Psychological stress and adaptation. Some unresolved issues*. In: Seyle, H. (eds): *Seyle's guide to stress research*, Vol.1, New York, Von Nostrand Reinhold, 90-117 (Cited in Schreurs et al., 1993)

Longino, C.F. & Lipman, A. (1981, februari) Married and spouseless men and women in planned retirement communities: support network differentials. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 43 (1), 169-177. Verkregen op 20 juni 2006, bron: <http://links.jstor.org/sici>

Megchelen, P. van (2005). Aandacht voor depressie bij ouderen. *Mediator*, 4, 3

Mitchel, A.J. & Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*. 162 (9), 1588-1601, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Morris, P.L.P., Robinson, R.G. & Samuels, J. (1993). Depression Introversion and Mortality following stroke. *Aust NZJ Psychiatry*, 27, 443-449. [Abstract] verkregen op 20 juli 2006, via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

Munnichs, J. & Uildriks, G. (1989). *Psychogerontologie*, Deventer: Van Loghum Slaterus.

Murray, J. (1995). *Prevention of Anxiety and depression in vulnerable groups*, The Royal College of Psychiatrists: Gaskell Publications

Ormel, J., Neeleman, J. & Wiersma, D. (2000) *Deel B1: Determinanten van psychische (on)gezondheid*. In: Maas, I.A.M. & Jansen, J. (RIVM-rapport nr. 270555001) *Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies*. Bilthoven: RIVM.

Penninx, B.W.J.H., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., van Eijk, J.T.M., van Tilburg, W. & Beekman, T.F. (1999). Minor and Major Depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*. 56 (10), 889-895. [Abstract] Verkregen op 10 oktober 2005, bron: Database Ovid

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000, December). Gender differences in depression: Critical Review, *The British Journal of Psychiatry*, volume 177, 486-492. Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Prince, M.J., Harwood, R.H.; Blizard, R.A., Thomas, A. & Mann, A.H. (1997, March). Social support deficits, Loneliness and Life events as Risk Factors for Depression in Old Age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-332. Verkregen op 10 oktober 2005, bron: Database Ovid

Rhode, P., Lewinsohn, P.M., Tilson, M. & Seeley, J.R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 499-511. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2005a, juni). Depressie: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.3.1, verkregen op 9 september 2005, via http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_depressie.html

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2005b, oktober). Gezondheidsdeterminanten, determinanten van psychische (on)gezondheid? Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.3.1, verkregen op 15 oktober 2005, bron: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2694n16908.html

Robichaud, L. & Lamarre, C. (2002). Developing an instrument for Identifying coping strategies used by the elderly to remain autonomous. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*.81 (10), 736-744. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Sadock, B.J.& Sadock, V.A. (2005). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th edition. Verkregen op 13 december 2005, bron: Database Ovid

Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*. United States of America: John Wiley & Sons. Inc.

Schoevers, R.A. (2005). *Epidemiology of late life depression, longitudinal findings from the Amsterdam Study of the Elderly*. Amsterdam: Ridderprint Offsetdrukkerij BV.

Schoevers, R.A., Geerlings, M.I., Beekman, A.T. F., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., Jonker, C. & Van Tilburg, W. (2000, Oktober). Association of depression and gender with mortality in old age: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL), *The British Journal of Psychiatry*, Volume 177, p. 336-342. Verkregen op 21 oktober 2005, Database Ovid

Schreurs, P.J.G., Van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993), *De Utrechtse Coping Lijst: UCL*, Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.

Sharp, L.K. & Lipsky, M.S. (2002). Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American Family Physician*. 66, 6. Verkregen op 4 januari 2006, bron:

<http://64.233.183.104/search?q=cache:mUYijZ6RbBwJ:www.aafp.org/afp/20020915/1001.html+GDS+sensitivity+and+specificity+of+about+70+percent&hl=nl&gl=nl&ct=clnk&cd=4>

Snowdon, J. (2001). Is depression more prevalent in old age? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 782-787. [Abstract] verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

Sonnenberg, C.M., Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H. & Van Tilburg, W. (2000) Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 101 (4), 286-292. Verkregen op 4 november 2005, bron: Database Ovid

Strain, J.J., Hammer, J.S. & Fulop, G. (1994). APM task force on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting: a review of cost-offset study. *Psychosomatics*, 35, 253-262. [Abstract] verkregen op 20 juli 2006, bron: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>

Tower, R.B. & Kasl, S.V. (1996). Depressive Symptoms Across Older Spouses : Longitudinal Influences, *Psychology and Aging*, 08827974, Vol. 11, Issue 4. Verkregen op 27 juni 2006, bron: EBSCOhost, <http://sas.epnet.com/>

Vaarwerk, M. te & Ridder, D. te (1994). *Onder druk van de omstandigheden, persoons- en situatiespecifieke determinanten van coping*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Vaillant, G.E.M.D. & Mukamal, K.M.D. (2001). Successful ageing. *The American Journal of Psychiatry*, Volume 158 (6), 839-847, Verkregen op 21 oktober 2005, bron: Database Ovid

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek Psychopathologie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Verkaaik, A.J.B. (1994). *Depressie op latere leeftijd*. Nijkerk: Uitgeverij Intro

Weiss, E.L., Longhurst, J.G. & Mazure, C.M. (1999) Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828, verkregen op 20 juli 2007, via <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/156/6/816>

Yesavage, J.A., Brink, T.L. & Rose, T.L. (1983). The Geriatric Depression Scale. CMHSR Measures Collection. Source: Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huange, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49. Verkregen op 21 juli 2006, bron: <http://gwbweb.wustl.edu/CMHSR/measure/f6.html>

Zee, B. van der en Graus, G.M.H.: *een studie naar de psychosociale problematiek bij ouderen in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg*, in voorbereiding.