

In hoeverre beïnvloeden de factoren depressie, schaamte, hoop en vertrouwen het hulpzoekgedrag van ouderen met paranoïde-kenmerken

To what extent influence the factors depression, shame, hope and trust, Helpseeking-behaviour of Elderly with paranoid-characteristics

Bachelorthese Veiligheid & Gezondheid

Marije Witvoet, student Psychologie

S0099406

Begeleiders: Stans Drossaert en Ernst Bohlmeijer

Universiteit Twente

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

Datum: 24-06-'08

Samenvatting

Achtergrond

Uit onderzoek blijkt dat ouderen minder hulpzoeken dan andere leeftijdscategorieën. Aangezien de vergrijzing in de komende jaren verder zal uitbreiden, is het belangrijk te achterhalen waarom deze categorie minder hulp zoekt.

Mediant, de GGZ van Twente, doet onderzoek naar de relatie tussen psychische klachten, hoop en schaamte.

In dit onderzoek, dat deel uitmaakt van het onderzoek van Mediant, is geanalyseerd of de factoren hoop, schaamte, depressie en vertrouwen invloed hebben op het hulpzoekgedrag van ouderen met paranoïde-karakteristieken. Tevens is er onderzoek gedaan naar de demografische variabelen leeftijd, sekse en opleidingsniveau.

Methode

Het onderzoek is uitgevoerd onder twee steekproeven. De ene steekproef bestond uit mensen die niet hulpgezocht hebben bij Mediant (de algemene bevolking, n=1600) en de andere steekproef uit cliënten van Mediant (de hulpzoekers, n=80). Deze steekproeven zijn gematched, waarna er met behulp van een Paired Sample T-Test een analyse uitgevoerd is op 68 paren. Als laatste is een controle uitgevoerd met een covariantie-analyse.

Resultaten

Uit het onderzoek bleek dat hulpzoekers meer schaamte ervaren, meer depressief zijn en minder vertrouwen hebben dan de algemene bevolking. Hoop gaf geen significant verschil.

De steekproef van de hulpzoekers bestond uit significant meer vrouwen en hadden ze een hogere leeftijd dan de algemene bevolking. Het opleidingsniveau gaf bij de demografische variabelen geen significant verschil.

Na correctie met de demografische variabelen sekse en leeftijd als covarianten, bleek echter dat de significante verschillen grotendeels waren verdwenen.

Discussie

Vanwege het wegvallen van de significante verschillen na covariantie, hoeft Mediant zich in campagnes niet te richten op de afhankelijke factoren. Wel kan er psycho-educatie aan ouderen gegeven worden, zodat ze sneller op de GGZ zullen afstappen bij psychische klachten.

De resultaten zijn mogelijk veroorzaakt door een aantal beperkingen van het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was significant hoger in de steekproef van de hulpzoekers en die bevatte significant meer vrouwen, ten opzichte van de steekproef van de algemene bevolking. Daarnaast is het niet duidelijk hoe lang de hulpzoekers als therapie ontvingen en of deze therapie invloed heeft op de resultaten.

Deze factoren zullen invloed gehad hebben op de resultaten. Het is dan ook aan te bevelen om bij vervolgonderzoek op deze factoren te letten.

Overzicht psychische problematiek in de algemene bevolking en bij ouderen

Persoonlijkheidsstoornissen komen in ruime mate voor onder de bevolking. Uit onderzoek blijkt dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de algemene bevolking ligt tussen de 10 % (Morse & Lynch, 2004) en de 11,1 % (Reich, Yates & Nduaguba, 1989; Ekselius, 2001). Daarnaast is er onderzoek gedaan naar de prevalentie per persoonlijkheidsstoornis. Het blijkt dat die prevalenties sterk verschillen. In tabel 1 wordt hiervan een overzicht gegeven (Ekselius, 2001; Reich, Yates & Nduaguba, 1989).

Tabel 1

Overzicht van de persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV en hun prevalentie.

	Persoonlijkheidsstoornis	Prevalentie (in de algemene bevolking)
<i>Cluster A</i>	Paranoïde	0,9-5,6%
	Schizoïde	0,9-1,3%
	Schizotypisch	5,2-13,2%
<i>Cluster B</i>	Antisociaal	0,4-1,8%
	Borderline	1,3-5,4%
	Theatraal	2,2-3,8%
	Narcistisch	0,4-2,9%
<i>Cluster C</i>	Vermijdend	0,4-6,6%
	Afhankelijk	1,8-14,5%
	Obsessief-compulsief	7,7-14,9%

Wat opvalt, is dat de prevalentiecijfers een grote spreiding vertonen in hun minimum en maximum prevalentie. Een vermoedelijke reden hiervoor is dat er onderzoek is gedaan in verschillende culturen, maar ook met verschillende onderzoeksmethoden. De DSM-IV en de ICD-10 bijvoorbeeld, die beide veel worden gebruikt bij de diagnostiek voor persoonlijkheidsstoornissen, geven ook verschillende resultaten (Ekselius, 2001). Daarnaast komt uit de tabel naar voren dat de clusters A en C het meest voorkomen.

In artikelen wordt er weinig over leeftijdscategorieën gezegd, mede omdat dit niet eenduidig is of niet is onderzocht. Er wordt vaker over jongeren gesproken en weinig over ouderen. Ouderen lijken een ondergesneeuwde categorie die in onderzoeken niet altijd betrokken worden, of waar de aandacht niet op gericht wordt. Toch blijkt uit onderzoek dat persoonlijkheidsstoornissen ook in grote mate voorkomen bij ouderen (Abrams & Bromberg, 2006). Abrams en Horowitz (1996) hebben een uitgebreide meta-analyse uitgevoerd onder 11 studies naar ouderen. Uit hun onderzoek kwam naar voren dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij 50-plussers 10 % is. Dit ligt rond dezelfde prevalentie als bij de algemene bevolking. Daarom is het belangrijk dat ook naar de ouderencategorie goed onderzoek wordt verricht.

Uit de literatuur blijkt dat er een aantal redenen zijn waarom er weinig onderzoek wordt gedaan naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (Abrams & Bromberg, 2006; Abrams, 1996). Zo vereist de DSM-III een hoge standaard van diagnostisch bewijs, namelijk dat de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis in bepaalde mate aanwezig moet zijn vanaf de adolescentie. Ook de DSM-IV-TR stelt dit als eis. Dit diagnostisch bewijs is

erg moeilijk te verkrijgen bij oudere cliënten. Als tweede reden wordt er genoemd dat er nog geen goede instrumenten voor geriatrische cliënten ontwikkeld zijn met een goede validiteit. Op dit moment zijn de International Personality Disorder Examination (IPDE) en Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II) het meest informatief, maar ook die zijn niet gevalideerd voor het gebruik bij ouderen. Deze redenen geven aan dat er weinig onderzoek gedaan is, maar er wordt niet vermeld dat het niet belangrijk is om onderzoek te doen naar ouderen en persoonlijkheidsstoornissen.

Vanwege de toenemende vergrijzing in Nederland (Verweij & Beer, 2007), maar ook in de rest van de wereld, is het belangrijk om de oudere leeftijdscategorie goed te kunnen behandelen bij persoonlijkheidsproblematiek. Hoewel blijkt dat persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen veelvuldig voorkomen, wordt hen relatief minder behandeling geboden. Uit onderzoek blijkt dat depressieve ouderen minder ontvankelijk zijn voor therapie (Lynch, 2000). Aangezien persoonlijkheidsstoornissen vaak in relatie met depressie voorkomen (Adams & Bromberg, 2006; Abrams, 1996; Morse & Lynch, 2004), kan dit een reden zijn voor de minder verstrekte behandelingen en daarmee ook voor minder uitgevoerde onderzoeken naar ouderen.

Onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen, laat zien dat psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen effectief is (Bateman & Fonagy, 2000). Greeven en De Ruiters (2004) deden een Nederlandse studie in de forensische psychiatrie naar de verbeteringen van persoonlijkheidsstoornissen na behandeling. Zij vonden dat cliënten met persoonlijkheidsstoornissen na een behandeling van twee jaar in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis, een positieve verandering hadden doorgemaakt, wat betreft de karaktertrekken van hun persoonlijkheidsstoornis.

Omdat het hulpzoekgedrag de eerste stap is in het proces van mogelijke behandeling, is het belangrijk om in kaart te brengen wat ouderen tegenhoudt hulp te zoeken en of dit hulpzoekgedrag ook beïnvloed kan worden.

Hulpzoekgedrag

Hulpzoeken is de eerste stap voor het verkrijgen van psychische/psychiatrische hulp. Er bestaan nogal wat obstakels om daadwerkelijk goede hulp te krijgen. Goldberg en Huxley (1980) hebben een filtermodel ontwikkeld, waarin barrières voor het krijgen van hulp in kaart zijn gebracht.

Het model bestaat uit 5 niveaus en 4 filters:

Niveau 1: Psychische problematiek in de bevolking

Filter 1 → Gedrag van de cliënt t.o.v. van de psychische problematiek

(Hoe gaat de cliënt met de problematiek om en welke factoren spelen daarin een rol. De attitude ten opzichte van hulpzoeken)

Niveau 2: Psychische klachten onder huisartsbezoekers

(Wat zegt de cliënt wel en wat niet tegen de huisarts)

Filter 2 → Detectie van de aandoening door de huisarts

(Detecteert de huisarts de juiste aandoening, welke technieken worden hiervoor gebruikt, symptoompatronen)

Niveau 3: Diagnose door de huisarts

(Stelt de huisarts na aanleiding van het voorgaande de juiste diagnose)

Filter 3 → Doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg door huisarts.

(Wat wordt er met de diagnose gedaan. Denkt de huisarts de problematiek zelf op de kunnen lossen of doet de huisarts een beroep op psychiatrische zorg. Attitude van de huisarts t.o.v. psychiatrische zorg)

Niveau 4: Totaal aantal psychiatrische cliënten

Filter 4 → Beslissing tot opname van Psychiater

(Wanneer wordt een cliënt opgenomen, is er genoeg plaats voor alle cliënten, extramuralisering)

Niveau 5: Intramurale zorg.

(Interne opname en behandeling van de cliënt)

Uit dit model blijkt dat voordat een cliënt goede psychische zorg krijgt, hij/zij op nogal wat barrières kan stuiten. Duidelijk is dat de huisarts één van de belangrijkste rollen speelt tot het krijgen van gepaste zorg. Dit is de eerste drempel waar een cliënt op kan stuiten bij het zoeken naar hulp.

Uit onderzoek van Thompson, Hunt en Issakidis (2004) blijkt, dat door het minimaliseren van barrières ten opzichte van het hulpzoeken en door het maximaliseren van factoren die hulp zoeken bevorderen, de drempel tot het zoeken van hulp bij de GGZ aanzienlijk wordt verlaagd.

Er zijn meerdere aspecten die bijdragen aan het beperkte hulpzoekgedrag van ouderen, die geanalyseerd zijn door Ter Horst (2006). Ze staan hieronder kort beschreven.

Verwachting van het ouder worden

Sarkisian, Hays & Mangione (2002) concluderen dat de voorstelling die iemand heeft van het ouder worden, een barrière kan zijn tot het zoeken van hulp bij lichamelijke en psychische klachten. Men neemt volgens hen genoeg met bepaalde klachten, omdat ze denken dat die klachten bij de leeftijd horen en zoeken dus geen hulp. Terwijl bepaalde klachten juist goed behandeld kunnen worden als men ervoor kiest hulp te zoeken, wat vervolgens leidt tot een toename in kwaliteit van leven.

De huisarts

Bushnell et al. (2005) onderzochten redenen waarom cliënten hun psychiatrische problematiek niet bespreken met de huisarts. Dit komt in het model van Goldberg en Huxley (1980) overeen met het eerste filter. De meest genoemde redenen in het onderzoek van Bushnell et al (2005) waren, ten eerste de overtuigingen dat een huisarts niet de juiste persoon is om psychiatrische problematiek mee te bespreken (33,8%) en ten tweede dat er überhaupt niet over problemen met de geestelijke gezondheid gesproken dient te worden (27.6%). Daarnaast blijkt dat er een stigma bestaat rondom het praten over geestelijke gezondheid en de behandelingen van psychiatrische problematiek.

Omdat cliënten er niet voor kiezen om psychiatrische problematiek met de huisarts te bespreken, wordt de stap tot het zoeken van hulp vaak niet wordt genomen.

Uit onderzoek van Mackenzie, Gekoski en Knox (2006) blijkt dat de attitude van ouderen ten opzichte van het zoeken van hulp positief is en dat de attitude dan ook geen barrière is, maar de stap naar de huisarts wel. Want juist 88% van de ouderen zou in het geval van psychische problematiek eerder naar de huisarts stappen dan naar een psychologische professional. Dit kan een reden zijn waarom ouderen minder snel hulp zoeken dan andere leeftijdscategorieën. De stap om naar de huisarts te gaan is bij ouderen een groot probleem.

GGZ

Ouderen hebben een positieve attitude ten opzichte van het zoeken van hulp, maar zoeken die hulp niet bij de huisarts. De vraag is waarom ouderen niet direct naar de GGZ stappen, terwijl ze er wel positief over denken. Angermeyer, Matschinger en Riedel-Heller (1999) deden onderzoek naar de attitude van leken ten opzichte van het zoeken van hulp bij psychiatrische stoornissen. De mening van de onderzochten was dat hulp van GGZ professionals wel werkt bij het behandelen van schizofrenie, maar minder bij het behandelen van bijvoorbeeld een depressie. Bij depressie biedt volgens de onderzochten een sociaal netwerk de beste hulp. Pas wanneer het sociale netwerk niet meer voldoende voldoet zou men hulp moeten zoeken bij de huisarts. Uit de resultaten van het onderzoek van Angermeyer, Matschinger en Riedel-Heller (1999) blijkt dat attitudes en opvattingen, wat betreft het zoeken van hulp bij psychische stoornissen, een grote invloed hebben op hulpzoekgedrag. Dit is een wisselwerking tussen het sociale netwerk van een cliënt en de eigen opvattingen.

Hieruit kan opgemaakt worden dat het vertrouwen in de GGZ niet optimaal is. Indien men ervoor kiest om het sociale netwerk in te schakelen bij psychische problematiek, wordt er geen hulpgezocht, terwijl dat mogelijk wel belangrijk kan zijn. Indien ouderen wel hulpzoeken, zullen ze dat eerder doen bij hun sociale omgeving en in ernstigere gevallen hun huisarts. Ouderen zullen minder snel direct naar de GGZ stappen. Daarom ondervinden ouderen meer hinder van de filters 2 en 3 van het model van Goldberg en Huxley (1980), waarin de huisarts een grote rol speelt.

Kennis

Het blijkt dat het gebrek aan kennis over psychische stoornissen bijdraagt aan een langzame probleemherkenning van cliënten (Thompson, Hunt & Issakidis, 2004). Pas als er serieuze klachten zijn of een toenemende mate van klachten, wordt er besloten hulp te zoeken. Het gebrek aan kennis kan er tevens voor zorgen dat ouderen niet naar de GGZ stappen.

Het verkrijgen van kennis en het steken van energie in psycho-educatie (Riedel-Heller, Matschinger & Angermeyer, 2005), waarvoor ouderen wel open staan (Robb et al., 2003) lijkt dan ook een belangrijk middel om de kennis te verspreiden om meteen naar de GGZ te stappen in plaats van de huisarts. Het doel hiervan is dat er een aantal filters overgeslagen kunnen worden, zodat er meer en effectievere hulp geboden kan worden.

Er wordt verwacht dat naast de attitude ten opzichte van de huisarts, de verwachting van het ouder worden en het gebrek aan kennis, mogelijk nog meer aspecten een rol spelen. Hierboven is al kort de factor vertrouwen genoemd. Vertrouwen speelt mogelijk een belangrijke rol in het hulpzoekgedrag. Maar ook valt er te denken aan aspecten als hoop en schaamte. In het literatuuronderzoek van Ter Horst (2006) is hier niet op ingegaan, wat daarom in dit onderzoek wel aan de orde zal komen.

Hoop en vertrouwen

Er is veel onderzoek gedaan naar hoop. Hoop kan gedefinieerd worden als "het rationele proces dat het gedrag beïnvloedt" (Snyder et al., 1991, in Bergin & Walsh, 2005). Farran, Herth en Popovich (1995, in Bergin & Walsh, 2005) zien hoop als "een essentiële ervaring van de mens met functies als de manier van voelen en denken, het gedrag en een manier

voor het kunnen relativeren in de wereld. Hoop heeft de mogelijkheid om flexibel te zijn in zijn verwachtingen. Indien de gewenste gebeurtenis of het voorwerp niet wordt behaald of verkregen, kan hoop nog steeds aanwezig zijn". Hieruit komt naar voren dat hoop te beïnvloeden is.

Er is veel onderzoek gedaan naar de functie van hoop tijdens cognitieve therapieën (Snyder et al., 2000; Bergin & Walsh, 2005). Hierin spelen een aantal factoren een prominente rol voor de ontwikkeling van hoop en vertrouwen. Deze factoren zijn, ten eerste het stellen van doelen, ten tweede het vertrouwen in het kunnen behalen van die doelen en ten derde goede coping met problemen. De verwachting is dat cliënten van Mediant deze factoren meer bezitten en daarom de hoop en het vertrouwen hebben dat de behandeling goed zal aanslaan. Dit in tegenstelling tot de algemene bevolking die geen hulp gezocht hebben.

Hoop lijkt van invloed te zijn op het verloop dan de therapie. Niet onderzocht is in hoeverre hoop van invloed is op het hulpzoekgedrag. Dus de rol van hoop vóór de behandeling. Deze rol zal onderzocht worden.

Naast de verwachting van de rol van hoop en vertrouwen op hulpzoekgedrag is er tevens de verwachting dat schaamte een belangrijke invloed heeft op het hulpzoekgedrag.

Schaamte

Schaamte kan ook van invloed zijn op het zoeken van hulp. Op het moment dat iemand zich erg schaamt voor een psychische klacht, zal deze mogelijk minder snel op een hulpverlener afstappen. Toch kan een hulpverlener wellicht veel voor diegene betekenen en zelfs het gevoel van schaamte laten verminderen. Er is een relatie aangetoond tussen schaamte en psychische problemen, als depressie, bij ouderen (Crossley & Rockett, 2005; Andrews, Qian & Valentine, 2002).

Mogelijk ervaren mensen met psychische klachten die hulpzoeken minder schaamte, dan mensen die een groot gevoel van schaamte hebben. Onderzoek toont aan dat mensen die zich schamen eerder een bepaalde situatie vermijden om mogelijke aanvallen van de omgeving te beperken (Gilbert, 2000). Daarom is de verwachting dat mensen die zich sneller schamen minder snel hulp zullen gaan zoeken, dan mensen die zich minder snel schamen. In dit onderzoek zal hier verder op ingegaan worden, mede omdat er nog te weinig onderzoek verricht is om iets te zeggen over de relatie tussen schaamte en hulpzoekgedrag.

Depressie

Naast de verwachting dat hoop en schaamte een rol spelen in het hulpzoekgedrag, is er tevens de verwachting dat het hebben van een depressie een rol speelt in het hulpzoekgedrag.

Een depressie komt in 6 op de 10 gevallen in comorbiditeit voor met een andere psychische stoornis (Bijl, Ravelli & van Zessen, 1998; De Graaf et al., 2002; Abrams & Bromberg, 2006). Persoonlijkheidsstoornissen kunnen de ontvankelijkheid van depressie vergroten. Daarnaast kunnen persoonlijkheidsstoornissen interactie hebben met depressie. Als laatste kunnen persoonlijkheidsstoornissen de aanpassingscapaciteiten in ouderen belemmeren bij het omgaan met nare levensgebeurtenissen, waardoor het risico op een depressie wordt verhoogd (Abrams & Bromberg, 2006). Bij de Nederlandse ouderen komt depressie bij ongeveer 2% voor (Bijl, Ravelli & van Zessen, 1998; Beekman et al., 1995).

Depressie gaat vaak gepaard met veel negatieve associaties en gevoelens en een negatief beeld ten opzichte van hulpzoekgedrag (Barney et al., 2006). Daarnaast kan de invloed van persoonlijkheidsstoornissen eraan bijdragen dat er verzet is tegen hulpzoekgedrag (Dunner, 2005).

Omdat depressie invloed heeft op persoonlijkheidsstoornissen, en persoonlijkheidsstoornissen invloed hebben op het hulpzoekgedrag, wordt er verwacht dat mensen met meer depressieve gevoelens minder snel hulpzoeken dan mensen met minder depressieve gevoelens.

Het onderzoek

Hoewel persoonlijkheidsstoornissen veel lijken voor te komen onder ouderen en effectieve behandeling mogelijk lijkt, zijn er slechts weinig ouderen in behandeling. Van diverse factoren als schaamte, hoop, vertrouwen en depressie, kan worden verondersteld dat ze van invloed zijn op het hulpzoekgedrag. Echter, onderzoek naar deze invloed ontbreekt. Daarom wordt er in dit onderzoek gekeken in welke mate deze factoren van invloed zijn op het hulpzoekgedrag.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om paranoïde-karakteristieken te onderzoeken, omdat deze factor goed te onderzoeken is met relatief gemakkelijke vragenlijsten. Dit zal in relatie worden gebracht met het hulpzoekgedrag van ouderen.

Er zijn nog vele vragen ten opzicht van het hulpzoekgedrag. Daarom wordt er in relatie met de beschreven factoren de volgende onderzoeksvraag gesteld:

Wat is de invloed van depressie, schaamte, hoop en vertrouwen op de intentie om hulp te zoeken in vergelijking tussen de algemene bevolking en hulpzoekers met paranoïde-karakteristieken?

Daarnaast wordt er onderzocht of demografische variabelen ook een rol spelen in het geheel.

Omdat deze vraagstelling meerdere aspecten bevat, zijn er de volgende hypothesen opgesteld:

- 1: Er wordt verwacht dat de algemene bevolking *hoger* scoort op depressie in relatie met paranoïde-karakteristieken dan hulpzoekers.
- 2: Er wordt verwacht dat de algemene bevolking *lager* scoort op hoop in relatie met paranoïde-karakteristieken dan hulpzoekers.
- 3: Er wordt verwacht dat de algemene bevolking *lager* scoort op vertrouwen in relatie met paranoïde-karakteristieken dan hulpzoekers.
- 4: Er wordt verwacht dat de algemene bevolking *hoger* scoort op schaamte en subschalen van schaamte in relatie met paranoïde-karakteristieken dan hulpzoekers.
- 5: Er wordt verwacht dat vrouwen eerder hulpzoeken dan mannen.

Methode

Inleiding

Dit onderzoek maakt deel uit van een grootschalig onderzoek van de GGZ instelling Mediant. Er zijn bij 2 steekproefpopulaties vragenlijsten afgenomen. De twee steekproefpopulaties bestaan enerzijds uit 50-plussers uit Twente, die niet onder behandeling zijn bij Mediant (*de algemene bevolking*) en anderzijds uit 65-plussers die wel onder behandeling zijn van

Mediant (*de hulpzoekers*). Met behulp van testuitslagen wordt een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen psychische klachten en de factoren hoop en schaamte, onder leiding van Prof. Dr. J. Baneke, voormalig hoogleraar Gezondheidspsychologie aan de Universiteit van Twente.

In dit uitgevoerde onderzoek is gekeken naar de relatie tussen paranoïde-karakteristieken en de variabelen schaamte, hoop en depressie.

Instrumenten

De algemene bevolking vulde vragenlijsten in over hun attitude t.a.v. de GGZ, SES, demografie, psychische gezondheid, alcohol en middelengebruik, hulpzoekgedrag en de vragenlijsten BSI (verkorte SCL-90), ESS (schaamte) en VPDE (hoop en vertrouwen). De hulpzoekers hebben de vragenlijsten NEO-FFI (verkorte NEO-PI; persoonlijkheid), SCL-90 (klachtenlijst), UCL (coping), ESS, VPDE en de LOT-R (optimisme) ingevuld. Hieronder volgt een korte uitleg van de vragenlijsten waar in dit onderzoek analyses mee uitgevoerd zijn.

Vragenlijst voor klachten en psychische stoornissen

De BSI is de verkorte SCL-90, die gebruikt wordt om klachten en psychische stoornissen te inventariseren. De BSI bestaat uit 53 items die samen verschillende psychometrische eigenschappen meten. Deze eigenschappen zijn: somatische klachten (7 items), problemen in cognitieve functies (6 items), inter-persoonlijke sensitiviteit (4 items), depressie (6 items), angst (6 items), hostiliteit (5 items), fobische angst (5 items), paranoïde (5 items) en psychoticisme (5 items). De psychometrische eigenschappen hebben een goede betrouwbaarheid en de validiteit wordt ondersteund door een goed onderscheidend vermogen tussen cliënten, gezonde respondenten en tussen cliëntengroepen met verschillende diagnoses onderling (Beurs & Zitman, 2005).

Er is gebruik gemaakt van de totaalscore van de BSI met Cronbach's Alpha = 0,963; de psychometrische eigenschap depressie met Cronbach's Alpha = 0,856 en de psychometrische eigenschap paranoïde met Cronbach's Alpha = 0,808. De beantwoording van de vragen gebeurt met een 5-punts likert-schaal van "helemaal niet - heel erg".

Vragenlijst voor persoonlijke doelen en ervaringen

De VPDE is een vragenlijst bestaande uit 33 items, die hoopvolheid en vertrouwen meten. Er wordt verondersteld dat deze factoren een rol spelen in het ontstaan van psychische klachten, maar daarnaar is nog geen onderzoek verricht.

De beantwoording gaat met een 5-punts likert-schaal van "absoluut niet eens – absoluut eens".

Hoopvolheid is gemeten met 8 items en heeft een Cronbach's Alpha van 0,851. Vertrouwen is gemeten met 19 items met Cronbach's Alpha = 0,773.

Vragenlijst voor ervaringen met schaamte

De ESS is een vragenlijst bestaande uit 25 items en heeft een Cronbach's Alpha van 0,947.

Deze items meten het gevoel van schaamte. De ESS bestaat uit de 3 subschalen: karakteristieke schaamte (12 items) met Cronbach's Alpha = 0,911; schaamte voor gedrag (9 items) met Cronbach's Alpha = 0,913 en de lichamelijke schaamte (4 items) met Cronbach's Alpha = 0,860. De karakteristieke schaamte meet gewoonten, omgang met anderen, wie je

bent en persoonlijke capaciteit. Schaamte voor het gedrag meet de schaamte om iets fout te doen, de angst iets stoms te zeggen en het falen in competitieve situaties. Als laatste meet de lichamelijke schaamte de schaamte die iemand heeft over het lichaam of delen daarvan (Cheung, Gilbert & Irons, 2004).

Analyses

In dit onderzoek zijn de vragenlijsten BSI, VPDE en ESS geanalyseerd. Hierin is gekeken naar de relatie tussen de variabelen paranoïde-karakteristieken op depressie, schaamte, hoop en vertrouwen bij de algemene bevolking en hulpzoekers.

Om de vragenlijsten te kunnen analyseren, moest er gezorgd worden dat de steekproeven gelijk waren op de te analyseren variabelen. Bij de hulpzoekers was de SCL-90 afgenomen en bij de algemene bevolking de BSI. Vanwege dit verschil in vragenlijsten, zijn alleen de BSI vragen geselecteerd van de hulpzoekers voor de BSI-totaalscore. Voor de totaalscores van de paranoïde-karakteristieken en depressie zijn die items van de BSI geselecteerd die de betreffende variabele meet en ook daar zijn totaalscores van gemaakt. Van de ESS is een totaalscore gemaakt en van de subschalen van de ESS. Dit leverde in iedere steekproef 10 totaalscores op die geanalyseerd konden worden. Daarnaast is nog naar de demografische variabelen sekse, leeftijd en opleidingsniveau gekeken.

Nadat de steekproeven gelijk gemaakt waren, zijn ze aan elkaar gematched op paranoïde. Dit betekent dat gelijke totaalscores op paranoïde-karakteristieken paren vormen. De steekproefpopulatie van de algemene bevolking bestond uit 1600 personen en de steekproefpopulatie van de hulpzoekers uit 80. Het matchen is vervaardigd door deelnemers op volgorde van score op paranoïde-karakteristieken van laag naar hoog te sorteren vervolgens op die score een match te maken. Niet alle scores kwamen even vaak voor, of hele hoge of hele lage scores kwamen niet in beide steekproeven voor. Daarom viel een groot deel van de deelnemers af. Uiteindelijk kon er een match gemaakt worden op 68 personen en daar is de analyse mee uitgevoerd.

Met de Paired Sample T-Test is getoetst op de afhankelijke variabelen depressie, schaamte (en subschalen karakteristieke schaamte, schaamte voor gedrag en lichamelijke schaamte), hoop, vertrouwen en BSI-totaal in relatie met paranoïde-karakteristieken. Op die manier kon een vergelijking gemaakt worden tussen de algemene bevolking en hulpzoekers. Daarnaast is er op de onafhankelijke demografische variabelen sekse, leeftijd en opleidingsniveau getoetst, ook met de Paired Sample T-Test. De relatie tussen paranoïde-karakteristieken en de afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn tweezijdig getoetst tegen een α van 0,05. Om vervolgens na te gaan of de uitkomst van de analyse ook daadwerkelijk veroorzaakt werd door de afhankelijke variabele, is met behulp van een multivariate-toets de covariantie tussen de demografische variabelen en afhankelijke variabelen gemeten. Ook dit is getoetst tegen een α van 0,05. Indien er geen sprake was totale covariantie, is de invloed van de afhankelijke variabelen uitgerekend door de Corrected Model te delen door de Error. Dat is vermenigvuldigd met 100%.

Resultaten

Hieronder volgt eerst een overzicht van de twee onderzoeksgroepen wat betreft de demografische variabelen sekse, leeftijd en opleidingsniveau.

Met deze steekproeven zijn vervolgens de analyses uitgevoerd, zoals in de methoden beschreven staat.

Tabel 2

Overzicht van de gemiddelde scores op sekse, gemiddelde leeftijd en opleidingsniveau tussen de algemene bevolking en hulpzoekers.

Variabele	Algemene bevolking	Hulpzoekers	T(df) ¹
Sekse % vrouwen	40,3	65,7	-2,802(65)*
Gemiddelde leeftijd	63,44 (±8,96)	73,48 (±8,44)	-6,230(63)**
Opleidingsniveau %			
<i>Geen opleiding</i>	0,0	1,5	1,992 (47)
<i>Lager onderwijs</i>	13,2	19,1	
<i>LBO/VBO</i>	26,5	19,1	
<i>Mavo/Mulo/Havo</i>	13,2	22,1	
<i>MBO</i>	22,1	5,9	
<i>Havo/MMS/HBS/VWO</i>	5,9	0,0	
<i>HBO</i>	13,2	5,9	
<i>WO</i>	1,5	0,0	

¹: *= p<0,05; **=p<0,01

Zoals in tabel 2 staat vermeld, zijn er significante verschillen tussen de algemene bevolking en hulpzoekers op de demografische variabelen sekse en gemiddelde leeftijd. Hypothese 5 beschrijft de verwachting dat vrouwen sneller hulp zullen zoeken dan mannen. De analyse bevestigt deze hypothese. Er is geen hypothese opgesteld voor de demografische variabele leeftijd. Hier wordt in de discussie verder op ingegaan.

Tabel 3 geeft een overzicht van de resultaten op de afhankelijke variabelen.

Tabel 3

De gemiddelde scores op de variabelen schaamte, hoop, vertrouwen en depressie van de algemene bevolking en hulpzoekers met paranoïde-karakteristieken.

Variabele	Algemene bevolking	Hulpzoekers	T (df) ¹
Afhankelijke Variabelen (minimale-maximale score)	<i>Mean (SD)</i>	<i>Mean (SD)</i>	
Schaamte (25-100)	35,69 (± 11,15)	40,78 (± 13,73)	-2,331 (44)*
• Karakteristieke schaamte (12-48)	16,96 (± 5,83) ²	19,94 (± 7,56)	-2,616 (50)*
• Schaamte voor gedrag (9-36)	13,92 (± 5,72)	14,96 (± 5,81)	-1,074 (47)

• Lichamelijke schaamte (4-16)	4,88 (± 1,92)	5,90 (± 2,87) ²	-2,398 (50)*
Hoop (8-40)	29,49 (± 6,46)	29,92 (± 6,31)	-0,361 (50)
Vertrouwen (19-95)	75,53 (±8,85)	66,90 (± 11,78)	4,4662 (29)**
Depressie (5-24)	7,28 (± 2,80)	15,41 (± 5,52)	-11,138 (57)**
BSI-totaal (53-212)	74,89 (± 27,55) ²	111,77 (± 32,17)	-10,062 (65)**

¹: *= p<0,05; **=p<0,01

²: p<0,05 na controle met covariantie op leeftijd.

Uit de tabel blijkt dat hulpzoekers significant meer schaamte (met name karakteristieke en lichamelijke schaamte) en depressie ervaren en minder hoop hebben dan de algemene bevolking. Omdat er tevens significante verschillen werden gevonden tussen de steekproeven op de variabelen leeftijd en geslacht, werden de analyses nogmaals herhaald.

Na correctie voor leeftijd en geslacht met de covariantie-analyse, waren de meeste gevonden verschillen niet meer significant. De variabelen karakteristieke schaamte en BSI-totaal bij de algemene bevolking en de variabele lichamelijke schaamte bij de hulpzoekers bleven wel significant. Er is berekend welke invloed deze afhankelijke variabelen hadden op het hulpzoekgedrag. Zo had karakteristieke schaamte 15,3 % invloed en BSI-totaal 9,7% op de algemene bevolking. Lichamelijke schaamte had 8,6% invloed op de hulpzoekers. Het overgebleven deel werd alsnog veroorzaakt door leeftijd.

Voor de hypothesen heeft dit tot gevolg geen van de opgestelde hypothesen 1 t/m 4 over de afhankelijke variabelen bevestigd worden.

Daarnaast blijkt dat hulpzoekers een significant meer klachten hebben (gemeten met de BSI-totaal) dan de algemene bevolking. In de discussie zal hier verder op ingegaan worden.

Discussie

Conclusies

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan welke factoren invloed hebben op het hulpzoekgedrag van ouderen. In eerder onderzoek is hier kort op ingegaan (Ter Horst, 2006), maar de verwachting was dat meerdere factoren dan in haar onderzoek beschreven waren, invloed hadden op hulpzoekgedrag. Hoewel er in eerder onderzoek ook gekeken is naar de factoren hoop, vertrouwen, schaamte en depressie, waren deze onderzoeken gericht op de consequenties tijdens de behandeling en niet vóór de behandeling. Met de resultaten van dit onderzoek kan de GGZ beter inspelen op de barrières die er zijn met betrekking tot het hulpzoekgedrag bij ouderen, zodat er meer en effectievere behandelingen gegeven kunnen worden.

In eerste instantie gaven de afhankelijke factoren schaamte, vertrouwen, depressie en BSI-totaal significante verschillen tussen de algemene bevolking en hulpzoekers. Echter bleken deze significante verschillen steeds in tegengestelde richting te zijn dan verwacht.

Interessant is dat de factor hoop geen significante invloed heeft op hulpzoekgedrag, terwijl dat wel de verwachting was. De analyse geeft aan dat het gemiddelde resultaat op de factor hoop nagenoeg gelijk is. Hoop blijkt dus geen invloed te hebben op het hulpzoekgedrag. Dit verklaart tevens waarom er in onderzoeken niet gesproken wordt over

de rol van hoop bij het zoeken van hulp, maar alleen over de rol van hoop tijdens behandelingen, zoals eerder vermeld in de inleiding.

De demografische variabelen leeftijd en sekse toonden significante verschillen tussen de algemene bevolking en hulpzoekers, maar de demografische variabele opleidingsniveau niet. Uit onderzoek blijkt dat oudere volwassenen en vrouwen in verhouding tot jongere volwassenen en mannen een grotere intentie hebben om hulp te zoeken bij de professionele gezondheidszorg, mede door hun positieve attitude en openheid wat betreft psychologische klachten (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006). Dit is consistent met wat er in dit onderzoek gevonden is.

Omdat er verwacht werd dat de demografische variabelen sekse en leeftijd invloed hadden op de afhankelijke variabelen, is er een correctie uitgevoerd met behulp van covariantie. Het bleek dat de significantie van de afhankelijke variabelen bijna overal verdween. Bij de variabele leeftijd was er op 3 factoren sprake van verminderde covariantie op de variabelen karakteristieke schaamte en BSI-totaal van de algemene bevolking en op lichamelijke schaamte van de hulpzoekers. Echter, de invloed van leeftijd bleef nog altijd groter dan de invloed van die afhankelijke variabelen.

Daarom kan er geconcludeerd worden dat leeftijd en sekse de meeste invloed hebben op de verschillen tussen de algemene bevolking en hulpzoekers.

Beperkingen

Tijdens het onderzoek is er tegen een aantal beperkingen aangelopen. Zo is er op 68 paren een match gemaakt, maar bij de analyses zijn die 68 paren vaak niet terug te zien zijn. Dit komt door de *missing values*. Dit betekent dat als een persoon één of meerdere vragen niet heeft beantwoord, deze niet meegenomen zijn in de analyse. De verklaring hiervoor is dat de database is opgesteld door Mediant. De onderzoekers van Mediant hebben ervoor gekozen om de missing values een dusdanige score te geven, dat ze niet meegenomen worden in de analyse. Aangezien dit onderzoek in opdracht van Mediant wordt uitgevoerd, is deze keus gerespecteerd en zijn de missing values buiten de analyse gelaten.

Tevens is de steekproef van de hulpzoekers met 80 personen relatief klein. Dit heeft invloed gehad op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

Daarnaast is de steekproef van de hulpzoekers afgenomen bij volwassenen boven de 65 jaar en de steekproef van de algemene bevolking boven de 50 jaar. Tijdens dit onderzoek is er geen aandacht besteed aan dit verschil, omdat Mediant hiervoor gekozen heeft. Vermoedelijk heeft het verschil in leeftijd in dit onderzoek wel een rol gespeeld en voor een bias gezorgd.

Mogelijk heeft het verschil in afgenomen vragenlijsten en tijd van afname ook invloed gehad op de resultaten. Die waren in dit onderzoek niet gelijk.

Wat waarschijnlijk de grootste beperking is geweest, is dat het niet bekend was hoe lang de hulpzoekers reeds in therapie waren. De therapie heeft zeer waarschijnlijk invloed gehad op de gemeten factoren hoop, vertrouwen, schaamte en depressie. Dit zorgt ervoor dat de conclusies die in dit onderzoek getrokken, mogelijk een vertekend beeld geven.

Als laatste is het een beperking geweest, dat de database waarmee gewerkt is, een bestaande database was. Dit veroorzaakte de bovenstaande beperkingen, die er mogelijk niet geweest waren als er een eigen database was opgezet. Omdat het opzetten en verzamelen van de database jaren gekost heeft, is het een voordeel dat er in dit onderzoek

van die database gebruik gemaakt mocht worden. Van deze beperkingen kan in vervolgonderzoek geleerd worden.

Implicaties

In dit onderzoek is een literatuurstudie gedaan naar persoonlijkheidsstoornissen in relatie met hulpzoekgedrag. Echter, in de analyse is alleen naar paranoïde-karakteristieken onderzoek gedaan in relatie met meerdere afhankelijke factoren. Omdat de BSI met name karakteristieken meet en niet daadwerkelijk persoonlijkheidsstoornissen, wordt er allereerst aangeraden om ook naar de paranoïde persoonlijkheidsstoornis onderzoek te doen in relatie met hulpzoeken. Ten tweede bestaat er het vermoeden dat ook andere persoonlijkheidsstoornissen invloed hebben op het hulpzoekgedrag. Aangeraden wordt hier verder onderzoek naar te verrichten.

Ten derde is het interessant om in vervolgonderzoek de groepsgrootte van de hulpzoekers te vergroten. Dit zorgt ervoor dat er tijdens de match een groter aantal overblijft, waardoor de nieuwe analyses betrouwbaarder en meer valide worden.

Ten vierde is het van belang dat de leeftijdsgroepen ongeveer gelijk zijn en dat er geen verschillen zijn in het aantal mannen en vrouwen per steekproef.

Omdat er verwacht wordt dat het reeds in therapie zijn van de hulpzoekers invloed heeft op de resultaten, is een vijfde aanbeveling in vervolgonderzoek een groep hulpzoekers te selecteren die nog geen therapie hebben ontvangen, maar wel reeds hulp hebben gezocht.

Ten zesde is het van belang om in vervolgonderzoek er goed op te letten dat bij beide steekproeven dezelfde vragenlijsten worden afgenomen. In dit onderzoek was dat niet het geval, hetgeen resulteerde in beperkingen van de analyses.

Ten zevende is het voor Mediant interessant zich te richten op het geven van psycho-educatie wat betreft psychische stoornissen en hulpzoeken aan ouderen. Op die manier kunnen mogelijk veel barrières verminderd worden, zodat ouderen met klachten een juiste diagnose krijgen met de daarbij horende behandeling.

Referenties

- Abrams, R.C. (1996). Personality disorders in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(9), 759-763.
- Abrams, R.C., & Bromberg, C.E. (2006). Personality disorders in the elderly: a flagging field of inquiry. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(11), 1013-1017.
- Abrams, R.C., & Horowitz, S.V. (1996). Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders, 10*(3), 271-281.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J.D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 29-42.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S.G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*(4), 202-210.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Jorm, A.F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 51-54.

- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic therapy of personality disorder. *The British journal of psychiatry*, 177(AUG), 138-143.
- Beekman, A.T.F., van Tilburg, W., & Deeg, D.J.H. (1993). In Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Tilburg, T., Smit, J.H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36(1-2), 65-75.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., van Tilburg, T., Smit, J.H., Hooijer, C., & van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36(1-2), 65-75.
- Bergin, L., & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Beurs de, E., & Zitman, F. (2005). *De Brief Symptom Inventory (BSI); De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90*. Afdeling Psychiatrie Leids Universitair Medisch Centrum.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(12), 587-595.
- Bushnell, J., McLeod, D., Dowell, A., Salmond, C., Ramage, S., Collings, S., et al. (2005). Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Family Practice*, 22(6), 631-637.
- Cheung, M.S.-P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153.
- Christmann, A., & Van Aelst, S. (2006). Robust estimation of Cronbach's Alpha. *Journal of Multivariate Analysis*, 97(7), 1660-1674.
- Crossley, D., & Rockett, K. (2005). The experience of shame in older psychiatric patients: A preliminary enquiry. *Aging and Mental Health*, 9(4), 368-373.
- De Graaf, R., Bijl, R.V., Smit, F., Vollebergh, W.A., & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159 (4), 620-629.
- Derksen, J.J.L. (1993). Handboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek en behandeling van de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen. Hoofdstuk 3, pag. 43-47. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dunner, D.L., (2005). Treatment-resistant depression: an overview of the problem. *Primary Psychiatry*, 12, 27-29. Verkregen op 10-06-2008 van <http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=226>
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 311-320.
- Farran, C.J., Herth, K.A., & Poppovich, J.M. (2005). In Bergin, L., & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174-189.

- Goldberg, D.P., Huxley P. (1980). Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. Hoofdstuk 1, pag. 11, figuur 1. London; New York: Tacistock Publications.
- Greeven, P.G.J., & De Ruiter, C. (2004). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: changes with treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(4), 280-290.
- Lynch T.R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 468-477.
- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L., & Knox, V.J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582.
- Mills, R.S.L. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25(1), 26-63.
- Morse, J.Q., & Lynch, T.R. (2004). A preliminary investigation of self-reported personality disorders in late life: prevalence, predictors of depressive severity, and clinical correlates. *Aging & Mental Health*, 8(4), 307-315.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(1), 12-16.
- Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2005). Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(2), 167-174.
- Robb, C., Haley, W.E., Becker, M.A., Polivka, L.A., & Chwa, H.-J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: similarities and differences. *Aging & Mental Health*, 7(2), 142-152.
- Sarkisian, C.A., Hays, R.D., & Mangione, C.M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1837-1843.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.H., Irving, L.M., Sigmon, S.X., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder, C.R., Ilardi, S.S., Cheavens, J., Michael, S.T., Yamhure, L., & Sympson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 747-762.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 810–817.
- Ter Horst, M., (2006). Barrieres bij de psychiatrische zorgvraag van ouderen. Literatuuronderzoek in opdracht van Mediant (GGZ Twente).
- Verweij, A., & de Beer, J. (2007). Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, 3(13).