

Universiteit Twente

De geestelijke gezondheid van ouderen;

het twee- continua model en lekenperspectief.

Petra Matel

Studentnummer: 0217107

Afstudeerrichting: M Psychologie; Geestelijke
gezondheidsbevordering

Begeleiders: Sanne M.A. Lamers, Gerben J. Westerhof &
Jojanneke Korte.



September-2012

De geestelijke gezondheid van ouderen; het twee- continua model en lekenperspectief.

Samenvatting:

Inleiding: Het twee- continua model stelt dat psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid gerelateerd zijn aan elkaar, maar dat de relatie niet perfect is. In deze studie is onderzoek gedaan naar het twee- continua model. Dit specifiek bij ouderen (met symptomen van depressie), bij een interventie, het lekenperspectief van ouderen en het verschil in lekenperspectief door hulpbehoevendheid en leeftijd. Dit is interessant om te onderzoeken, omdat zo gekeken kan worden of het twee- continua model teruggevonden kan worden bij ouderen en dit nieuwe aanknopingspunten biedt voor interventies en onderzoek.

Methodieken: Studie 1: 100 ouderen met psychopathologie volgden de cursus 'Op verhaal komen'. De meetinstrumenten waren: Mental Health Continuum- Short form (MHC-SF), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) en Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety (HADS-A). SPSS18 werd gebruikt voor de data-analyse. Studie 2: 12 deelnemers werden geïnterviewd door middel van een zelfontworpen open interview. De data-analyse vond beschrijvend plaats.

Resultaten: Studie 1: De verbanden tussen de continua zijn volgens het twee- continua model. Het twee- continua model verklaart 48,7- 66,2 % van de variantie. Studie 2: Ouderen noemen psychopathologie, positieve geestelijke gezondheid en geloof wanneer hen na geestelijke gezondheid gevraagd wordt. Hulpbehoevendheid en leeftijd zorgen voor verschillen in de genoemde factoren. Ouderen noemen impliciet verbanden tussen de continua die overeenkomen met het twee- continua model.

Conclusie: Het twee- continua model is terug te vinden onder ouderen die deelnamen aan de interventie 'Op verhaal komen'. Er zijn impliciete aanwijzingen dat het twee- continua model terug te vinden is in het lekenperspectief van ouderen. Om de resultaten van deze studie te bevestigen dient nog meer onderzoek gedaan te worden. Ten slotte dient geloof opgenomen te worden in onderzoek en interventies voor ouderen.

The mental health of elderly; the two-continua model and lay-perspective.

Abstract:

Background: The two-continua model states that psychopathology and positive mental health are related but the relationship is not perfect. In this study the two-continua model was investigated specifically by elderly (with symptoms of depression), with an intervention and the lay-perspective of elderly and the divergence in lay-perspective because of the need for care and ages. It was interesting to investigate this because the presents of the two-continua model could be investigated this way and because new ideas for interventions and research could be developed.

Methods: Study 1: 100 elderly with psychopathology participated in the course 'The stories we live by'. The effects were measured with Mental Health Continuum-Short Form (MHCSF), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety (HADS-A). SPSS 18 was used for data analysis. Study 2: 12 participants were interviewed with a self-developed open interview. The data-analysis was descriptive.

Results: Study 1: The relationship between the continua are equal to the two-continua model. The two-continua model explains 48,7 – 66,2 % of the variance. Study 2: When asked about mental health elderly name psychopathology, positive mental health and faith. The need for care and age influenced the factors called. Elderly describe implicitly the relationships between the continua that equal those of the two-continua model.

Conclusion: The two-continua model is found under elderly who participated in the course 'The stories we live by'. There is implicit proof that the two-continua model can be found in the lay-perspective of elderly. More research is needed to conform the results of this study. Finally faith needs to be included in interventions and research.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Psychopathologie.....	5
Positieve geestelijke gezondheid.....	7
Het twee- continua model.....	8
Interventie en ouderen.....	8
Studie 1: Het twee- continua model van de geestelijke gezondheid bij ouderen	10
Op verhaal komen.....	10
Onderzoeksvraag.....	12
Methodieken	16
Deelnemers en procedure.....	16
Interventie.....	17
Meetinstrumenten.....	18
Data- analyse.....	19
Resultaten	23
Het verband tussen de continua.....	23
Invloed van Op verhaal komen op de continua.....	29
Discussie	32
Conclusie.....	32
Limitaties van de studie.....	34
Aanbeveling toekomstig onderzoek.....	34
Studie 2: De mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid	36
Verschillen in geestelijke gezondheid tussen volwassenen en ouderen.....	36
Interview studie.....	38
Onderzoeksvraag.....	40
Methodieken	41
Procedure.....	41
Deelnemers.....	42
Meetinstrumenten.....	42
Data- analyse.....	42
Resultaten	46
Deelvraag 1: Genoemde factoren met betrekking tot de geestelijke gezondheid.....	46
Deelvraag 2: Verschillen en overeenkomsten in het noemen van factoren door hulpbehoevendheid en leeftijd.....	51
Het twee- continua model bij ouderen.....	53
Discussie	56
Conclusie.....	56
Limitaties van de studie.....	58
Aanbeveling toekomstig onderzoek.....	59
Algemene conclusie	61
Referenties	63
Bijlage	67

Inleiding

De laatste jaren vindt er een verschuiving plaats in de betekenis van geestelijke gezondheid. Gangbare modellen voor het meten van de geestelijke gezondheid zijn vaak gedefinieerd door middel van de aanwezigheid van psychopathologie. Sinds kort wordt de geestelijke gezondheid ook gedefinieerd door middel van de aanwezigheid van positieve geestelijke gezondheid. Het bestaande onderzoek naar de geestelijke gezondheid is gedaan onder volwassenen over de gehele levensloop. Er is nog geen onderzoek gedaan specifiek bij ouderen (55-plussers). In deze studie zal geestelijke gezondheid van ouderen op twee verschillende manieren onderzocht worden. De eerste manier is een kwantitatief onderzoek, waarbij geestelijke gezondheid van ouderen bij een interventie onderzocht wordt. De tweede manier is een lekenstudie. Hierbij is door middel van een interview de mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid onderzocht. Hieronder zal het model van geestelijke gezondheid toegelicht worden.

Psychopathologie

Geestelijke gezondheid werd lang gezien als de afwezigheid van psychopathologie (Keyes, 2005). Psychopathologie is de wetenschap of studie van het geestelijk of psychisch lijden (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Door de jaren heen zijn er verschillende systemen ontwikkeld voor het classificeren van symptomen en de daarbij horende syndromen. In Nederland wordt het meest gebruik gemaakt van het classificatiesysteem de DSMIV. De DSMIV bestaat uit vijf assen waarvan de eerste as klinische syndromen classificeert. Hier zal alleen een toelichting op klinische syndromen gegeven worden. Klinische syndromen zijn de meest bekende psychiatrische stoornissen waarvoor telkens een aantal kenmerken (de belangrijkste symptomen en soms ook de duur van het voorkomen van de symptomen) wordt aangegeven die aanwezig dienen te zijn om een bepaalde diagnose te stellen. De twee meest voorkomende klinische syndromen, depressie en angst, zullen hier worden besproken, omdat deze in het onderzoek naar voren komen.

Depressie is een stemmingsstoornis (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). De kans dat iemand in zijn leven met depressie te maken krijgt is 19 procent. Een depressieve episode wordt kenmerkt zich doormiddel van affectieve, lichamelijke en cognitieve symptomen. Affectieve symptomen zijn een overheersende sombere stemming en verminderde interesse of een verminderd vermogen om plezier te beleven. Lichamelijke symptomen zijn verminderde of toename van eetlust en het gewicht, een verstoring van het slaappatroon, verandering in motoriek (remming of agitatie) en vermoeidheid of verlies van energie. Ten slotte zijn de cognitieve symptomen zelfverwijten,

schuldgevoelens, verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid en gedachten aan dood of suïcide. Van bovenstaande symptomen dienen er vijf of meer gedurende een periode van tenminste twee weken aanwezig zijn om van een depressieve episode te spreken. Van de symptomen dient tenminste één affectief symptoom aanwezig te zijn.

Angststoornis is een verzamelnaam voor klinische syndromen, waarbij excessieve angst een kenmerkend symptoom is (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). De kans dat iemand in zijn leven met een angststoornis te maken krijgt, is tussen de 2,5 – 13 procent. Dit is afhankelijk van de stoornis. De meeste bekende angststoornissen zijn enkelvoudige fobie, de paniekstoornis, de sociale fobie, de obsessieve- compulsieve stoornis, de gegeneraliseerde angststoornis en de posttraumatische stressstoornis. Een enkelvoudige fobie is een sterke angst voor een bepaald object of een situatie. Bijvoorbeeld een angst voor honden. Paniekstoornis kenmerkt zich door paniekaanvallen en het piekeren over paniekaanvallen. Een paniekaanval is daarbij een discrete periode van intense angst. Een paniek aanval gaat onder andere gepaard met zweten, een bonzend hart, trillen, gevoelens van ademnood en misselijkheid. Een sociale fobie is een angst voor een of meer situaties, waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan mogelijk kritische beoordeling door anderen en waarin hij bang is zichzelf belachelijk te maken. Een voorbeeld hiervan is spreken in het openbaar. Bij obsessieve- compulsieve stoornis staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Bijvoorbeeld smetvrees. Een gegeneraliseerde angststoornis kenmerkt zich door excessieve angsten en toberige bezorgdheid over meerdere levensomstandigheden. De laatste stoornis, posttraumatische stressstoornis, treedt op na een trauma. Hierbij kan aan een natuurramp of verkrachting gedacht worden. De stoornis wordt gekenmerkt door herbelevingen van het trauma, vermijding, emotionele afvlakking, slaapproblemen en schrikreacties.

De geestelijke gezondheidszorg, die classificeert volgens de DSMIV, is erop gericht psychopathologie op te sporen en vervolgens te verminderen met als doel de geestelijke gezondheid te verhogen (Keyes, 2005). De geestelijke gezondheid vormt zo één continuüm met aan de ene zijde psychopathologie en aan de andere zijde geestelijke gezondheid. Echter, veel mensen zonder psychologische stoornis voelen zich geestelijk niet gezond en functioneren niet goed (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat iemand die geen depressieve symptomen ervaart ook geen gevoelens van geluk ervaart. Tevens kan voor bijna de helft van de volwassenen, die geestelijke zorg, ontvangen geen psychische stoornis vastgesteld worden. Dit zijn enkele aanwijzingen die erop duiden dat de geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van een psychologische stoornis. Uit recent onderzoek is dan ook gebleken dat de geestelijke gezondheid

niet uit één, maar uit twee continua bestaat: psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid (Keyes, 2002).

Positieve geestelijke gezondheid

Positieve geestelijke gezondheid is een weergave van positieve elementen in het leven van een individu. Bij deze weergave gaat het om de eigen beleving en ervaring van geluk, zelfrealisatie en maatschappelijke integratie. Positieve geestelijk gezondheidszorg is dan ook gericht op het bevorderen van welzijn en geluk (Keyes, 2002). Positieve geestelijke gezondheid wordt op een subjectieve manier gemeten. Er is niet gedefinieerd hoe het leven van iemand met een hoge of lage geestelijke gezondheid eruit zou moeten zien. Daarentegen richt positieve geestelijke gezondheid zich op de ervaring van de individu van zijn eigen leven. Positieve geestelijke gezondheid bestaat uit drie elementen: *emotioneel welbevinden*, *psychologisch welbevinden* en *sociaal welbevinden*. Emotioneel welbevinden omvat een reflectie en evaluatie van een individu over het eigen leven en betreft de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn, negatieve gevoelens afwezig zijn en algemene tevredenheid met het eigen leven ervaren wordt (Westerhof & Keyes, 2010). Een groot onderdeel van emotioneel welbevinden is dan ook geluk. Psychologisch welbevinden is de mate waarin iemand zijn of haar eigen potenties realiseert en omvat het positief functioneren in het leven. Voor een hoog psychologisch welbevinden is het belangrijk dat iemand een positieve houding en attitude heeft over zichzelf en dat iemand doelen en overtuiging heeft die een gevoel van richting en betekenis geven. Tevens is een gevoel van autonomie belangrijk. Autonomie is het gevoel dat iemand zelf richting kan geven aan zijn leven. Daarnaast zijn positieve en bevredigende relaties met anderen belangrijk en de capaciteit om de eigen behoeften te vervullen. Tenslotte is het inzicht in de eigen potentie van een individu belangrijk voor zelfontplooiing. Sociaal welbevinden vormt het laatste element van positieve geestelijke gezondheid (Westerhof & Keyes, 2010). Sociaal welbevinden omvat de mate waarin een individu een positieve visie heeft op andere mensen en de maatschappij en zich in de maatschappij thuis voelt. Voor een hoog sociaal welbevinden is het belangrijk dat iemand kan begrijpen wat er in de maatschappij gebeurt, een positieve houding heeft tegenover anderen, terwijl iemand de moeilijkheden hiervan ook onderkent. Verder is het belangrijk te geloven in de potentie van de samenleving om positief te ontwikkelen en is het van belang dat iemand het gevoel heeft dat de activiteiten die diegene doet gewaardeerd worden door de samenleving. Als laatste is het van belang dat iemand het gevoel heeft bij een samenleving te horen.

Psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid worden vaak apart onderzocht. Vaak zijn therapieën of cursussen ook ontwikkeld om een van de beide continua te bevorderen. Er is weinig

onderzoek gedaan naar de verbanden tussen de continua bij een interventie. Er is al wel onderzoek gedaan naar de verbanden tussen de continua in populaties. Uit recentelijk onderzoek is gebleken dat de twee continua zich verhouden volgens het twee- continua model (Keyes, 2005).

Het twee- continua model

Het twee- continua model van de geestelijke gezondheid stelt dat de twee continua gerelateerd zijn (Keyes, 2005). Dit houdt in dat een hoge mate van psychopathologie vaker samen gaat met een lage mate van positieve geestelijke gezondheid. Tevens geldt hier dat een lage mate van psychopathologie vaker samen gaat een hoge mate van positieve geestelijke gezondheid. De relatie is echter geen perfecte relatie (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Dit houdt in dat iemand met een hoge positieve geestelijke gezondheid niet automatisch vrij is van psychopathologie. Tevens geldt dat iemand met een lage positieve geestelijke gezondheid niet automatisch een hoge mate psychopathologie heeft. Een individu kan zich op beide continua vrij bewegen. Dit maakt elke combinatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid mogelijk. Ter illustratie zijn hier de omvang van de groepen met verschillende combinaties van de continua in Nederland weergegeven. Zo heeft 21,8% procent van de bevolking een hoge positieve geestelijke gezondheid in combinatie met de afwezigheid van psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Een hoge positieve geestelijke gezondheid in combinatie met de aanwezigheid van psychopathologie komt bij 6,5% van de bevolking voor. Een lage positieve geestelijke gezondheid in combinatie met de aanwezigheid van psychopathologie komt bij 30,4% van de bevolking voor en een lage positieve geestelijke gezondheid in combinatie met de afwezigheid van psychopathologie in 12,6% van de bevolking. Verder heeft het gros van de mensen een gemiddelde geestelijke gezondheid in combinatie met de aan- (63,0%) of afwezigheid (65,9%) van psychopathologie. Dit duidt er op dat de geestelijke gezondheid niet uit één, maar uit twee continua bestaat en zich volgens het twee-continua model gedraagt. Er bestaan al verschillende studies die bewijs leveren voor het twee-continua model. Zo is al bewijs gevonden voor het twee- continua model in populatiestudies. Hierbij zijn Nederlandse volwassenen (Westerhof & Keyes, 2008), Amerikaanse volwassenen (Keyes, 2005), Afrikaanse volwassenen (Keyes et al, 2008) en Amerikaanse adolescenten (Keyes, 2006) onderzocht.

Interventie en ouderen

Er is nog geen onderzoek gedaan naar het twee- continua model bij deelnemers van een interventie. Door een effectieve interventie verandert de geestelijke gezondheid van deelnemers. Zo zal de geestelijke gezondheid na de interventie anders zijn dan de geestelijke gezondheid vóór de

interventie. Tevens kan het effect van de interventie onderzocht worden en gekeken worden op welke aspecten van geestelijke gezondheid een deelnemer veranderd is. Bovendien is er ook nog geen onderzoek gedaan naar het twee- continua model bij mensen met lichte tot matige psychopathologische klachten. Het is mogelijk dat de twee continua bij deze populatie sterkere of mindere sterke verbanden vertonen met elkaar. Verder is er nog geen onderzoek gedaan naar het twee- continua model specifiek bij ouderen (55-plussers) in Nederland. Ouderen vormen in Nederland wél een grote groep. Deze leeftijdsgroep wordt steeds groter en gaat ook meer gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien vinden er veel nieuwe ontwikkelingen plaats bij de leeftijdsgroep ‘ouderen’ die invloed kunnen hebben op de geestelijke gezondheid (Gerritsen & Steverink, 2006). De kinderen gaan het huis uit, er komen kleinkinderen, de mogelijkheid om met pensioen te gaan dient zich aan, enzovoort. Kortom, er komen minder verplichtingen en meer vrijheden. Verder krijgen ouderen meer te maken met chronische ziekten en andere lichamelijke ongemakken die met het ouder worden te maken hebben. Ook krijgen zij meer te maken met overlijden in de naaste omgeving. Daardoor dienen zich nieuwe levensvragen aan. Voor ouderen is dit een tijd om nieuwe prioriteiten te stellen.

Daarom is het interessant om te onderzoeken of het twee- continua model terug te vinden is bij ouderen met lichte tot matige psychopathologische klachten en die deelnemen aan een interventie die psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid beïnvloedt. De ontwikkelingen die zich bij deze leeftijdsgroep voordoen kunnen tevens de mening en visie van ouderen op geestelijke gezondheid veranderen. Bovendien kan het generatieverschil tussen 55 plussers en jongere volwassenen voor een andere mening en visie zorgen. Met het generatieverschil kan gedacht worden aan de manier waarop 55-plussers opgegroeid zijn (Schnabel, 2010). Voorbeelden hiervan zijn het meemaken van de oorlog, de recessie, de ontwikkeling van technologie en anticonceptie. Daarom is het interessant om de mening en visie van ouderen op geestelijke gezondheid te onderzoeken.

Dit onderzoek is onderverdeeld in twee studies. De eerste studie is een kwantitatief onderzoek waarin onderzocht wordt of het twee- continua model terug te vinden is bij ouderen met licht tot matige psychopathologie en die een interventie die psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid beïnvloed volgen. Dit wordt gedaan door middel van een effectstudie na de cursus ‘Op Verhaal komen’. De tweede studie is een kwalitatief onderzoek, waarin de mening en visies van ouderen op geestelijke gezondheid worden onderzocht. Met name zijn we geïnteresseerd of het twee- continua model past bij de visie van ouderen op de geestelijke gezondheid.

Studie 1: Het twee- continua model van geestelijke gezondheid bij ouderen

In dit kwantitatief onderzoek wordt onderzocht of het twee- continua model terug te vinden is bij ouderen die deelnemen aan de cursus *Op verhaal komen*. Recentelijk is in een effectstudie naar de therapie *Op verhaal komen* gevonden dat de therapie positieve geestelijke gezondheid verhoogt en psychopathologie vermindert (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Cappeliez & Smit, 2011). Omdat *Op verhaal komen* beide continua beïnvloedt is de therapie geschikt om het twee- continua model te onderzoeken.

Op verhaal komen

Op verhaal komen is een preventieve therapie voor ouderen van 55 jaar die begeleid worden door een gelijknamig hulpboek. Het doel van de therapie is primair het ontwikkelen van depressie te voorkomen en secundair het ontwikkelen van angststoornissen te voorkomen en positieve geestelijke gezondheid te bevorderen (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Uit de wetenschappelijke fundering van *Op verhaal komen* kan verklaard worden waarom de therapie zowel psychopathologie als positieve geestelijke gezondheid bevordert. *Op verhaal komen* is gebaseerd op *life review therapie* en *narratieve therapie*. Een onderdeel van *Op verhaal komen*, dat gebaseerd is op *life review therapie*, is een systematische en gestructureerde vorm van *reminiscentie* (Serrano, Latorre, Gatz, & Montanes, 2004). *Reminiscentie* is het bewust of onbewust ophalen van herinneringen van de persoon zelf uit het verleden. Uit onderzoek is al gebleken dat *reminiscentie* het psychologisch welbevinden verhoogt (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers & Smith, 2007). Een verklaring hiervoor is dat door terug te kijken op het leven de samenhang van het leven wordt vergroot. Het ervaren van samenhang in het leven is vervolgens positief geassocieerd met psychologisch welbevinden. Echter, het enkel toepassen van *reminiscentie* bij mensen met een depressie kan ook bijdragen aan depressie en angst (Korte, Bohlmeijer & Smit, 2009). Door het terugkijken naar het leven kan zich namelijk een negatief levensverhaal ontwikkelen. Bijvoorbeeld een levensverhaal dat zich kenmerkt als “slachtoffer” of “slappeling”. Daarom wordt in *Op verhaal komen* *reminiscentie* gecombineerd met *narratieve therapie* en blijkt deze combinatie depressie te verminderen.

Op verhaal komen richt zich net als *narratieve therapie* op levensverhalen van individuen met het doel deze uit te dagen en nieuwe levensverhalen te creëren (Kropfa & Tandy, 1998). In *Op*

verhaal komen worden herinneringen gezien als verhalen en sociale reconstructies van de realiteit. Dit betekent dat de ervaringen en gebeurtenissen in het leven van mensen gekleurd worden door de betekenis die ze er zelf aan geven. De betekenissen die ze aan afzonderlijke ervaringen en gebeurtenissen geven vormen samen een levensverhaal. Het levensverhaal beïnvloedt vervolgens weer de betekenis van nieuwe ervaringen voor een persoon. In Op verhaal komen wordt een probleem binnen het huidige (negatieve) levensverhaal en de betekenis daarvan nader bekeken. Dit wordt gedaan doormiddel van het externaliseren van het ervaren probleem en door het probleem in historisch perspectief te zetten. Dit zorgt ervoor dat de cliënt zichzelf als persoon los gaat zien van het probleem. Vervolgens wordt het levensverhaal van de cliënt opnieuw opgebouwd. Dit gebeurt door middel van het uitdagen van negatieve levensverhalen door levensverhalen waarin sterke punten van de cliënt naar voren komen. De nieuwe levensverhalen zijn niet méér waar dan de oude verhalen, maar zijn ook niet minder waar. Door nieuwe levensverhalen te creëren wordt een grotere keuze aan betekenisverlening gecreëerd. Hierdoor komt in plaats van een negatieve betekenisverlening ook ruimte voor een positieve betekenisverlening. Op deze manier is Op verhaal komen geschikt voor de behandeling van depressie, angst en een gevoel van nutteloosheid (Kropfa & Tandy, 1998).

Een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek heeft ondersteuning voor de werkzaamheid van de therapie Op verhaal komen gegeven (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Cappeliez & Smit, 2011). In dit onderzoek volgden mensen met klinische relevante depressieve klachten de therapie Op verhaal komen. Na afloop van de therapie werden significante verbeteringen gevonden in depressiesymptomen (Cohen's d : 0.60). De mensen die de therapie hadden gevolgd bleken na de therapie 53% minder klinisch relevante depressiesymptomen te hebben. In de controlegroep was dit 22 % minder klinisch relevante depressiesymptomen. De verbeteringen waren nog steeds aantoonbaar na een vervolgperiode van 3 maanden (Cohen's d : 0.50) en na 9 maanden. Dit zijn matige effecten (Cohen, 1992). Tevens werd een significante verbetering gevonden in angst (Cohen's d : 0,28) en in positieve geestelijke gezondheid (Cohen's d : 0.29) (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Cappeliez & Smit, 2011). Dit zijn kleine effecten (Cohen, 1992). Deze verbeteringen waren tevens nog aantoonbaar na een vervolgperiode van 3 maanden en na 9 maanden. Zoals eerder genoemd is het echter niet vanzelfsprekend dat een cursus of therapie beiden continua bevordert.

Op het eerste gezicht lijkt de effectstudie van de therapie Op verhaal komen voor één continuüm te pleiten van de geestelijke gezondheid, aangezien het lijkt alsof beide continua op dezelfde manier veranderen. Dit is niet geheel in strijd met het twee-continua model. Het twee-continua model stelt namelijk dat de twee continua voor een deel gerelateerd aan elkaar zijn, maar

dat de relatie niet perfect is. In dit onderzoek zullen de unieke effecten van positieve geestelijke gezondheid, angst en depressie onderzocht worden. Dit om te kijken of de interventie nog effectief is op een van de continua als rekening gehouden wordt met het andere continuüm. Verder zal gekeken worden naar de manier waarop de deelnemers na de interventie verschoven zijn op de continua. Uit het onderzoeken van de aanwezigheid van de kenmerken van het twee-continua model zal blijken of het model terug te vinden is onder ouderen met depressieve symptomen in Nederland. Het is interessant om dit te onderzoeken, omdat er nog weinig bekend is over de samenhang van de continua in een interventie. Daarom wordt de relatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid in deze studie onderzocht.

Onderzoeksvraag:

Is het twee-continua model terug te vinden bij ouderen met depressieve symptomen, die deelnemen aan de cursus Op verhaal komen?

Deel vraag 1: Hoe zijn de continua gerelateerd bij ouderen met depressieve symptomen, die de interventie Op verhaal komen volgden?

Hypothese:

Het twee-continua model stelt dat de twee continua voor een deel gerelateerd aan elkaar zijn. Voor de cursus Op verhaal komen betekent dit dat het mogelijk is dat het verminderen van psychopathologie, positieve geestelijke gezondheid bevordert. Tevens betekent het dat het bevorderen van positieve geestelijke gezondheid psychopathologie vermindert. Het is dus mogelijk dat beide continua zich als een continua gedragen. Het twee-continua stelt ook dat de relatie tussen de twee continua niet perfect is. Positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie vormen zo ook twee afzonderlijke continua. Er wordt verwacht dat deze verbanden terug te vinden zijn in de verbanden tussen de continua bij de deelnemers van Op verhaal komen.

- Wat zijn de verbanden tussen angst, depressie en positieve geestelijke gezondheid bij de voor- en nameting?

Hypothese:

Er wordt verwacht dat er significante verbanden zijn tussen angst, depressie en de positieve gezondheid bij de voor- en nameting worden gevonden. Er worden gematigde verbanden verwacht, omdat de relatie tussen de continua niet perfect is. Verder wordt verwacht dat de voor- en

nametingen van angst en depressie onderling sterker met elkaar samenhangen en dat de voor- en nametingen van de positieve geestelijke gezondheid sterker met elkaar samenhangen. Dit wijst er op dat positieve geestelijke gezondheid een continua vormt en dat psychopathologie een continua vormt. Er zijn geen verwachtingen met betrekking tot de verbanden tussen positieve geestelijke gezondheid, depressie en angst en leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en geslacht.

- Is depressie bij aanvang van de interventie en de verandering van depressie voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?
- Is angst bij aanvang van de interventie en de verandering van angst voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?

Hypothese:

Er wordt verwacht dat depressie en angst bij aanvang van de interventie en de verandering voorspellend zijn voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Dit wijst er op dat psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid gerelateerd zijn aan elkaar. Tevens wordt verwacht dat de voormeting van positieve geestelijke gezondheid voorspellend is voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Dit wijst er op dat positieve geestelijke gezondheid tevens een continua vormt. Tenslotte zijn er geen verwachtingen met betrekking tot de voorspellende waarde van leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en geslacht op depressie en angst.

- Is positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voorspellend voor depressie na de interventie?
- Is positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voorspellend voor angst na de interventie?

Hypothese:

Er wordt verwacht dat positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering voorspellend is voor depressie en angst na de interventie. Dit wijst er op dat positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie gerelateerd zijn aan elkaar. Tevens wordt verwacht de voormeting van depressie voorspellend is voor de nameting van depressie en dat de voormeting van angst voorspellend is voor de nameting van angst. Dit wijst er op dat depressie en angst tevens afzonderlijke continua vormen. Tenslotte zijn er geen verwachtingen met betrekking tot de voorspellende waarde van leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en geslacht op depressie en angst.

Deel vraag 2: Wat is de relatie tussen door het twee- continua model onderscheiden groepen bij depressieve mensen in Nederland en de interventie Op Verhaal?

Hypothese:

Het twee- continua model stelt dat de relatie tussen de twee continua niet perfect is. Voor Op verhaal komen betekent dit dat een deelnemer elke combinatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid kan hebben. Elke combinatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid zou dus terug te vinden moeten zijn onder de deelnemers na afloop aan een cursus. Tevens voorspelt het model dat het effect van een cursus ook in elke combinatie van de twee continua voor kan komen. Zo zou het mogelijk moeten zijn dat de cursus wel psychopathologie bevordert, maar positieve geestelijke gezondheid niet of in mindere mate. Andersom zou het ook mogelijk moeten zijn dat de cursus positieve geestelijke gezondheid bevordert, maar niet of in de mindere mate psychopathologie. Het twee- continua model stelt tevens dat de twee continua gerelateerd zijn. Er zullen dus meer mensen zijn met psychopathologie en een lage positieve geestelijke gezondheid en geen psychopathologie en een hoge positieve geestelijke gezondheid dan mensen met psychopathologie en een hoge positieve geestelijke gezondheid en geen psychopathologie met een lage positieve geestelijke gezondheid.

- Hoe zijn de verhoudingen van het aantal deelnemers tussen de door het twee- continua model onderscheiden groepen bij de voor- en de nameting?

Hypothese:

Bij de voormeting werd verwacht dat de meeste deelnemers psychopathologie hadden. Dit aangezien een van de selectiecriteria voor deelname aan het onderzoek klinische relevante depressie symptomen waren. Voor positieve geestelijke gezondheid was geen verwachting. Bij de nameting werd verwacht dat er meer deelnemers een hoge positieve geestelijke gezondheid en geen psychopathologie hebben. Tevens werd verwacht dat een kleiner deel van de deelnemers een hoge positieve geestelijke gezondheid had met psychopathologie of een lage positieve geestelijke gezondheid en geen psychopathologie.

- Hoe verschuiven de deelnemers binnen de groepen, die worden onderscheiden binnen het twee- continua model?

Hypothese:

Er wordt verwacht dat de deelnemers zich vrij kunnen bewegen op de twee continua. Daarbij wordt verwacht dat psychopathologie verminderd en positieve geestelijke gezondheid wordt bevorderd. Concreet betekent dit dat we verwachten dat de deelnemers verplaatsen van psychopathologie naar geen psychopathologie. Tevens wordt verwacht dat de deelnemers van een lage positieve geestelijke gezondheid verplaatsen na een hoge positieve geestelijke gezondheid. Hierbij veranderen de meeste deelnemers op beide continua en een kleiner deel op een continuüm.

Methodieken

Deelnemers en procedure

De werving vond plaats in samenwerking met regionale Nederlandse GGZ instellingen door middel van advertenties in regionale en nationale kranten, informatieboekjes (beschikbaar bij gezondheidscentra en bij huisartsen), een interview en een reclamespotje op de radio. De werving en de intake werden verzorgd door de GGZ instellingen. Wanneer iemand wilde deelnemen, werd diegene uitgenodigd door de dichtstbijzijnde GGZ-instelling voor een intakegesprek. In dit interview werd informatie gegeven over ‘Op verhaal komen’ en het onderzoek. Tevens werden de inclusiecriteria onderzocht.

De deelnemers waren mensen van 55 jaar en ouder, die aan de onderstaande inclusiecriteria voldeden.

- Aanwezigheid van depressiesymptomen (10 punten of hoger op de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D))
- Aanwezigheid van angstsymptomen (3 punten of hoger op de Hospital Anxiety and Depression Scale –Anxiety (HADS-A))
- Afwezigheid van een ernstige depressie of hoog suïciderisico (gemeten met de MINI)
- Deelnemers mochten niet net begonnen zijn met het nemen van antidepressiva of benzodiazepines.
- Deelnemers mochten bij aanvang geen psychologische behandeling ontvangen.
- Afwezigheid van andere psychopathologie

In totaal waren er 100 deelnemers aan de interventie Op verhaal komen, die alle voor- en nametingen ingevuld hadden. Er was tevens een controlegroep. In deze studie wordt hier niet gebruik van gemaakt. De kenmerken van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1. De samenstelling van de groep deelnemers bestond voornamelijk uit vrouwen, gepensioneerden en deelnemers met als hoogst genoten opleiding MBO. Gemiddeld hadden de deelnemers 1 á 2 chronische ziekten. Verder hadden de deelnemers gemiddeld 2 á 3 belangrijke gebeurtenissen meegemaakt in de afgelopen 3 jaar. De gemiddelde leeftijd was 63,3 jaar (SD= 6,2). Daarvan was de jongste deelnemer 55 jaar en de oudste deelnemer 83 jaar. In Tabel 1 zijn de demografische variabelen te vinden.

Tabel 1: Demografische variabelen (n=100).

	Gemiddelde	%
Leeftijd	63,3 (SD=6,2)	
Geslacht		
Man		20
Vrouw		80
Chronisch lichamelijke ziekten	1,4 (SD=1,3)	
Belangrijke levensgebeurtenissen	2,4 (SD=1,5)	
Opleidingsniveau		
Basisonderwijs		6
Lager beroepsonderwijs		9
MAVO, M(ULO), 3-jarige HBS, VMBO		22
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)		27
5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium		8
Hoger beroepsonderwijs (HBO)		21
Wetenschappelijk onderwijs (WO)		7
Werk		
Betaalde baan/zelfstandige ondernemer		19
Gepensioneerd		33
Huishoudelijk werk		16
Vrijwilligerswerk		19
(langdurig) Arbeidsongeschikt		10
Werkeloos		3

Interventie

De deelnemers volgden preventieve interventie Op verhaal komen (Zie inleiding voor meer informatie). De therapie bestaat uit 8 bijeenkomsten van 2 uur en wordt gegeven in groepen van 4 tot 6 personen. De kern van Op verhaal komen is verhalen te ontdekken over het eigen leven die het individu helpt om een tevreden leven te leiden. In de eerste vijf weken schrijven de deelnemers aan de hand van vragen over hun leven. De volgende thema's komen daarbij onder meer aan bod: jonge jaren en familie, adolescentie en volwassenwording, werk en zorg, liefde en vriendschappen en een onderwerp naar keuze. Tevens beschrijven de deelnemers elke week één of meerdere specifieke positieve herinneringen of identiteitsherinneringen. Verder beantwoorden ze vragen die zijn gericht op integratie van moeilijke gebeurtenissen. Elke bijeenkomst eindigt met een herinnering of inzicht, die op een creatieve manier verbeeld worden. In de laatste weken van de therapie ligt de nadruk op het hier en nu en op integratie. De deelnemers staan stil bij verschillende thema's in het leven, laten doelen los en formuleren nieuwe doelen. Ook wordt er stilgestaan bij de rode draad van het

levensverhaal van de deelnemers. Als laatste wordt er bij elke bijeenkomst een welzijnsoefening geïntroduceerd. Dit zijn korte meditatie, ontspanning- en visualisatieoefeningen.

De interventie werd verzorgd door de deelnemende GGZ-instellingen. Therapeuten en preventiemedewerkers die de interventie gaven hadden allemaal een achtergrond of opleiding in de gedragswetenschappen of sociaal werk. Tevens hadden ze een training van twee dagen gevolgd voor het geven van de interventie. Deze werd gegeven door een psychotherapeut die gespecialiseerd is in narratieve therapie en door een psycholoog die gespecialiseerd is in life review therapie. Tijdens de therapie hebben de therapeuten en preventiemedewerkers ook geparticipeerd in een twee- en een- halve dagurende vervolgbijeenkomst en een follow-up bijeenkomst.

Meetinstrumenten

Bij aanvang (T0) en direct na afloop (T1) (3 maanden na baseline) van de therapie werden de Mental Health Continuüm- Short Form (MHC-SF), de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) en de Hospital Anxiety and Depression Scale- Anxiety (HADS- A) afgenomen.

MHC-SF

De MHC-SF wordt gebruikt om positieve geestelijke gezondheid te meten (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, Keyes, 2011). De vragenlijst bestaat uit 14 items. Deelnemers dienen aan te geven hoe vaak ze een bepaald gevoel hadden in de afgelopen maand. De antwoordmogelijkheden zijn daarbij: “nooit”(0 punt), “1 of 2 keer”(1 punten), “ongeveer 1 keer per week”(2 punten), “2 of 3 keer per week”(3 punten), “bijna elke dag”(4 punten) en “elke dag”(5 punten). De MHC-SF geeft een totaalscore voor positieve geestelijke gezondheid. De totaalscore had een range van 0 t/m 70 punten (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger & Rooy van, 2008). De gemiddelde score op de MHC-SF bij het LISS panel is 41.72 punten (Lamers et al., 2011). Deze score kan als afkapscore gebruikt worden. Een score hoger dan 41.72 duidt op een hoge geestelijke gezondheid. Een hoge positieve geestelijke gezondheid wordt ook wel een florerende geestelijke gezondheid genoemd (Keyes, 2009).

De psychometrische eigenschappen van de MHC-SF zijn goed (Lamers et al., 2011). De subschalen correleren goed met de corresponderende aspecten van het welbevinden en functioneren, wijzend op convergente validiteit. Het onderscheid van geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte

is bevestigd. De interne consistentie van de MHC-SF is in deze studie hoog ($\alpha=0.87$) (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Cappeliez & Smit, 2011).

CES-D

De CES-D wordt gebruikt om depressieve klachten te meten en wordt frequent gebruikt bij de populatie ouderen (Bouma, Ranchor, Sanderman, & van Sonderen, 1995). De vragenlijst bestaat uit 20 items met betrekking tot depressieve klachten in de afgelopen week. Deelnemers kunnen antwoorden door middel van een vier punt likert schaal met de antwoordopties: “zelden of nooit, minder dan een keer per dag” (0 punten), “soms of weinig, 1 – 2 dagen” (1 punt), “regelmatig, 3 – 4 dagen” (2 punten) en “meestal of altijd, 5-7 dagen” (3 punten)”. De totaalscore heeft een range van 0 tot 60 punten. Een score van 16 of hoger duidt op een klinisch relevante depressie. De psychometrische eigenschappen van de CES-D zijn goed. De validiteit was goed (Bouma, Ranchor, Sanderman, & van Sonderen, 1995). De interne consistentie in deze studie was goed ($\alpha=0,83$) (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Cappeliez & Smit, 2011).

HADS-A

De HADS-A wordt gebruikt om angstklachten te meten (Spinhoven et al., 1997). De vragenlijst bestaat uit 7 items met betrekking tot angstklachten in de afgelopen week. Deelnemers kunnen antwoorden op een vier punt likert schaal met de antwoordopties: “bijna altijd” (3 punten), “vaak” (2 punten), “soms” (1 punt) en “nooit” (0 punten). Een aantal items dient omgeschaald te worden. De totaalscore heeft een range van 0 tot 21 punten. Een score van 8 punten of hoger is een indicatie voor een angststoornis. De psychometrische eigenschappen van de HADS-A zijn goed (Spinhoven et al., 1997). De interne consistentie in deze studie was goed ($\alpha=0.77$) (Korte, Bohlmeijer, Westerhof, Cappeliez & Smit, 2011).

Secundaire variabelen

In dit onderzoek werden ook een aantal secundaire variabelen meegenomen. De secundaire variabelen zijn geslacht, leeftijd en hoogst afgeronde opleiding. Er is gekozen om deze variabelen in het onderzoek op te nemen om te controleren op onderlinge samenhang van depressie, angst en positieve geestelijke gezondheid met geslacht, leeftijd en hoogst afgeronde opleiding.

Data- analyse

SPSS 18 werd gebruikt voor de data-analyse. Eerst werden de vragenlijsten (MHC-SF, CES-D en HADS-A) gescoord en werden somscores berekend van de totaalscores en de subscores. Tevens

werden vershilscores berekend tussen de voor- en nameting van de MHC-SF, CES-D en HADS-A ($T(1) - T(0) = \Delta$). Alle statistische testen werden met een significante niveau van $p = 0,05$ getest. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag en deelvragen zal de data-analyse per vraag beschreven worden.

Deel vraag 1 'Hoe zijn de continua gerelateerd bij depressieve mensen in Nederland die de interventie Op verhaal komen volgden?' werd door middel van subvragen op de volgende manier onderzocht. De eerste subvraag 'Wat is het verband tussen angst, depressie en positieve geestelijke gezondheid bij de voor- en nameting?' werd onderzocht door middel van het berekenen van Pearson's correlatiecoëfficiënten. Pearson's correlatiecoëfficiënten werden berekend tussen geslacht, leeftijd en hoogst genoten opleiding en de voor- en nametingen van positieve geestelijke gezondheid, depressie en angst. Daarbij duidde een correlatie tussen de 0.3 en 0.5 op een matig verband (Moore & McCabe, 2004). Om de volgende vier subvragen te onderzoeken werden stapsgewijze regressieanalyses (methode enter) uitgevoerd met de totaalscores van de MHC-SF, CES-D en HADS-A.

- Is depressie bij aanvang van de interventie en de verandering van depressie voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?
- Is angst bij aanvang van de interventie en de verandering van angst voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?
- Is positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voorspellend voor depressie na de interventie?
- Is positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voorspellend voor angst na de interventie?

Om de regressieanalyses te mogen interpreteren dienden de data aan een aantal voorwaarden te voldoen. De variabelen diende een interval/ ratioschaal te hebben, het verband tussen de variabelen diende lineair en theoretisch causaal te zijn. De afhankelijke variabele diende voor elke voorspellende waarde een normale verdeling te hebben en al deze normale verdelingen diende dezelfde variantie te hebben. Aan de eerste drie voorwaarden werd voldaan. Twee voorwaarde dienden statistisch getest te worden. De eerste voorwaarde was dat de residuen van het regressiemodel een normale verdeling moesten zijn. De tweede voorwaarde was dat deze residuen dezelfde variantie moesten hebben (homoscedasticiteit). De testen voor normaliteit lieten zien dat de residuen van de regressiemodellen met de uitkomstvariabelen positieve geestelijke gezondheid ($p=0,200$) en depressie ($p=0,200$) bij benadering normaal verdeeld waren. De tests voor

homoscedasticiteit lieten zien dat alle normale verdelingen dezelfde variantie hadden. Verder liet de test voor normaliteit zien dat de residuen van het regressiemodel met de uitkomst variabele angst ($p=0,000$) bij benadering geen normale verdeling had. Voor de data-analyse hield dit in dat de regressieanalyses van de uitkomst variabelen positieve geestelijke gezondheid en depressie geïnterpreteerd konden worden. De regressieanalyse met de uitkomst variabele angst mocht echter niet geïnterpreteerd worden. Er is voor gekozen om de regressieanalyse van de uitkomst variabele angst toch te interpreteren. Echter, dit wel met voorzichtigheid. Verder is er gekozen voor stapsgewijze regressieanalyse, zodat het unieke effect van de verschillende blokken geanalyseerd konden worden.

De stapsgewijze regressieanalyses bestonden steeds uit drie blokken. Het eerste blok was daarbij leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding. Het tweede blok was de voormeting van de uitkomst variabele. Het derde blok bestond uit de voorspellende variabelen die wetenschappelijk gefundeerd waren voor de desbetreffende deelvraag. Ter illustratie is de onderzoeksopzet voor de eerste subvraag ‘Is depressie bij aanvang van de interventie en de verandering van depressie voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?’ uitgeschreven. De uitkomstvariabele was daarbij positieve geestelijke gezondheid bij de nameting. Eerst werd een regressiemodel berekend met als voorspellende variabelen leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding (blok 1). Vervolgens werden als voorspellende variabele de voormeting van positieve geestelijke gezondheid (blok 2) toegevoegd en als laatste werden als voorspellende variabelen de voormeting en verandering van depressie (blok 3) toegevoegd aan het regressiemodel.

Voor het onderzoeken van deel vraag 2 ‘Wat is de relatie tussen de continua bij depressieve ouderen in Nederland die de interventie Op Verhaal komen volgden?’ werden de deelnemers in vier groepen verdeeld. Hierbij werd gekeken of de deelnemers voldeden aan de criteria voor een depressie, angst en een florerende geestelijke gezondheid. Een deelnemer had een klinisch relevante symptomen van depressie wanneer deze een score van 16 of hoger op de CES-D behaald had (Bouma, Ranchor, Sanderman, & van Sonderen, 1995). Een deelnemer had klinische relevante symptomen van angst wanneer deze een score van 8 of hoger op de HADS-A behaald had (Spinhoven et al., 1997). Aanwezigheid van psychopathologie was daarbij een score van 16 of hoger op de CES-D en/ of een score van 8 of hoger op de HADS-A. Een deelnemer had een florerende geestelijke gezondheid wanneer deze een score van 41.72 punten of hoger had behaald op de MHC-SF.

Vervolgens werden de deelnemers bij de voor- en de nameting in de volgende groepen verdeeld:

- Florerend en geen psychopathologie
- Florerend en psychopathologie
- Niet florerend en geen psychopathologie
- Niet florerend en psychopathologie

Deelvraag 2 werd vervolgens beantwoord door middel van onderzoeken van twee subvragen. De eerste subvraag “Hoe zijn de verhoudingen van het aantal deelnemers tussen de door het twee-continua model onderscheiden groepen bij de voor- en de nameting?” werd beschrijvend onderzocht. Hierbij werd gekeken hoeveel deelnemers zich bij de voor- en de nameting in elke groep bevond. De laatste subvraag “Hoe verschuiven de deelnemers binnen de groepen die worden onderscheiden binnen het twee- continua model?” werd tevens beschrijvend onderzocht. Hierbij werd gekeken hoeveel deelnemers zich van een bepaalde groep naar een andere groep bewogen.

Resultaten

Voor het beantwoorden van de deelvragen en subvragen zijn correlaties berekend, regressieanalyse uitgevoerd en beschrijven onderzoek gedaan. Hieronder zullen de resultaten besproken worden. Steeds zal eerst de deelvraag met subvraag genoemd worden. Vervolgens zullen de hypothesen kort weergegeven worden gevolgd door de resultaten. Tenslotte zal de hypothese bevestigd of niet bevestigd worden.

Het verband tussen de continua

Om deelvraag 1 te beantwoorden werden 5 subvragen beantwoord. Dit is deelvraag 1: “Hoe zijn de continua gerelateerd bij ouderen met depressieve symptomen die de interventie Op verhaal komen volgden?”. Voor het beantwoorden van de eerste subvraag: “Wat is het verbanden tussen angst, depressie en positieve geestelijke gezondheid bij de voor- en nameting?” werden correlaties berekend. Er werd verwacht dat er significante verbanden tussen angst, depressie en positieve gezondheid bij de voor- en nameting werden gevonden. Er werden gematigde verbanden verwacht. Een correlaties tussen de 0.3 en 0.5 duidde daarbij op een matig verband. Verder werd verwacht dat de voor- en nametingen van angst en depressie onderling sterker met elkaar samenhangen en dat de voor- en nametingen van positieve geestelijke gezondheid sterker met elkaar samenhangen. Er waren geen verwachtingen met betrekking tot de verbanden tussen positieve geestelijke gezondheid, depressie en angst en leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en geslacht. In Tabel 2 zijn de correlaties weergegeven. Hieruit blijkt dat er matige tot sterke negatieve verbanden tussen positieve geestelijke gezondheid, depressie en angst waren. Dit houdt in dat wanneer positieve geestelijke gezondheid hoger wordt, de angst en depressie afnemen, erop duidend dat de twee continua gerelateerd waren. Tevens blijkt uit de resultaten dat de hoogste correlaties binnen de continua voorkwamen, erop wijzend dat positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie twee continua waren. Er waren geen significante verbanden gevonden tussen de secundaire variabelen en de continua. Dit betekent dat leeftijd, geslacht, hoogst afgeronde opleiding en de continua geen verband hebben. De correlaties bevestigende de hypothese dat het twee- continua model terug te vinden was onder ouderen die deelnemen aan de cursus Op verhaal komen. Er waren een aantal afwijkende resultaten van de hypothesen. Zo zijn er sterke verbanden gevonden tussen positieve geestelijke gezondheid, depressie en angst. De meest afwijkende van de hypothesen was daarbij het verband tussen de nameting positieve geestelijke gezondheid met de nameting angst ($r=-,613$). Tevens zijn de verbanden tussen de nameting van angst met de voormeting van depressie ($r=-$

0,324) en voormeting van angst met de nameting van depressie ($r=0,459$) minder sterk dan verwacht.

Tabel 2: correlaties tussen de primaire en secundaire variabelen..

	CES-D t(0)	HADS-A t(0)	MHC- SF t(0)	CES-D t(1)	HADS-A t(1)	MHC- SF t(1)
Primair						
CES-D t(0)	1					
HADS-A t(0)	,532*	1				
MHC-SF t(0)	-,517*	-,303*	1			
CES-D t(1)	,589*	,315*	-,513*	1		
HADS-A t(1)	,459*	,679*	-,324*	,677*	1	
MHC-SF t(1)	-,510*	-,284*	,756*	-,613*	-,409*	1
Secundair						
Leeftijd	-,012	-,020	-,093	,120	,187	-,165
Geslacht	,075	-,029	-,018	,067	,024	-,001
Opleiding	-,027	,017	,041	-,061	-,091	,179

*=Significant ($p<0.05$)

Om de andere 4 subvragen te beantwoorden werden regressieanalyses berekend. Voor de tweede subvraag: “Is depressie bij aanvang van de interventie en de verandering van depressie voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?” werd verwacht dat de voormeting van positieve geestelijke gezondheid voorspellend was voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Tevens werd verwacht dat depressie bij aanvang van de interventie en de verandering voorspellend was voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Tenslotte zijn er geen verwachtingen met betrekking tot de voorspellende waarde van leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en geslacht op depressie. In Tabel 3 is de uitkomst van de regressieanalyse weergegeven. Het regressiemodel, met als uitkomst variabele positieve geestelijke gezondheid na de interventie en de voorspellende variabelen van blok 1 (leeftijd, geslacht en hoogste afgeronde opleiding), was niet significant ($p=0,190$). Dit duidt er op dat leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding geen voorspellende waarde hadden voor positieve geestelijke gezondheid. Na het toevoegen van blok 2 (positieve geestelijke gezondheid bij t(0)) was het model significant ($p=0,000$). Dit model verklaarde 59,7% van de variantie. De voormeting van positieve geestelijke gezondheid voegde $59,7 - 4,8 = 54,9\%$ verklarende variantie toe. Daarbij was de voormeting van positieve geestelijke gezondheid een significante voorspellers voor positieve geestelijke gezondheid bij t(1). Na toevoeging van blok 3 (depressie bij t(0) en Δ) was het model nog steeds significant ($p=0,000$). Het

model verklaarde 66,2% van de variantie. Daarbij waren de voormeting ($Beta = -0,314$) en verandering ($Beta = -0,248$) van depressie, de voormeting van positieve geestelijke gezondheid

Tabel 3: Hiërarchische lineaire regressie met uitkomstvariabele positieve geestelijke gezondheid en voorspellende variabele depressie.

	Blok 1		Blok 2		Blok 3	
	Beta	p.	Beta	p.	Beta	p.
Leeftijd	-,135	,208	-,062	,382	-,040	,548
Geslacht	-,033	,751	-,002	,980	,023	,718
Opleiding	,144	,168	,133	,052	,127	,045
MHC-SF t(0)			,745	,000	,582	,000
CES-D t(0)					-,314	,000
Δ CES-D					-,248	,001
R^2	4,8		59,7		66,2	
ΔR^2	4,8		54,9		11,3	
F	(df=3) 1,62		(df=4) 35,22		(Df=6) 30,42	

($Beta = 0,582$) en hoogst afgeronde opleiding ($Beta = 0,127$) significante voorspellers voor positieve geestelijke gezondheid bij t(1). De verandering en de voormeting van depressie voegde $66,2 - 59,7 = 11,3\%$ verklarende variantie toe. Dit duidt er op dat depressie iets toevoegde aan de voorspellende waarde van positieve geestelijke gezondheid bovenop de voormeting van positieve geestelijke gezondheid. Dit zou niet mogelijk zijn als de geestelijke gezondheid uit een continua bestond. Dit duidt er dus op dat de geestelijke gezondheid uit twee gerelateerde continua bestaat. De regressieanalyses bevestigden de hypothese dat het twee-continua model terug te vinden was onder ouderen die de cursus Op verhaal komen volgden.

Voor deelvraag 3: “Is angst bij aanvang van de interventie en de verandering van angst voorspellend voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie?” werd verwacht dat angst bij aanvang van de interventie en de verandering voorspellend waren voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Tevens wordt verwacht dat de voormeting van positieve geestelijke gezondheid voorspellend was voor positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Tenslotte waren er geen verwachtingen met betrekking tot de voorspellende waarde van leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en geslacht op angst. In Tabel 4 is de uitkomst van deze regressieanalyse te vinden. Het regressiemodel met als uitkomst variabele positieve geestelijke gezondheid en met de voorspellende variabelen van blok 1 (leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding) was niet significant ($p = 0,190$). Dit duidt er op dat leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding geen

voorspellende waarden hadden voor positieve geestelijke gezondheid bij t(1). Na het toevoegen van blok 2 (positieve geestelijke gezondheid bij t(0)) was het model significant ($p=0,000$). Het model verklaarde 54,9% van de variantie. De voormeting van positieve geestelijke gezondheid voegde $59,7 - 4,8 = 54,9\%$ verklarende variantie toe. Daarbij was de voormeting van positieve geestelijke gezondheid een significante voorspellers voor positieve geestelijke gezondheid bij t(1). Na het toevoegen van blok 3 (angst bij t(0) en Δ) was het model nog steeds significant ($p=0,000$). Het model verklaarde 62,4% van de variantie. Daarbij waren de voormeting van angst ($Beta = -0,168$) en positieve geestelijke gezondheid ($Beta = 0,701$) significante voorspellers voor positieve geestelijke gezondheid bij t(1). De verandering van angst was geen significante voorspellers van positieve geestelijke gezondheid. Dit duidt er op dat angst en positieve geestelijke gezondheid zich niet als een continua gedragen. De voormeting van angst voegde $62,4 - 59,7 = 2,7\%$ verklarende variantie toe. Dit duidt er op dat angst iets toevoegde aan de voorspellende waarde van positieve geestelijke gezondheid bovenop de voormeting van positieve geestelijke gezondheid. Dit zou niet mogelijk zijn indien de geestelijke gezondheid uit een continuüm bestond. Dit duidt er op dat de geestelijke gezondheid uit twee gerelateerde continua bestaat. De regressieanalyse bevestigde voor een deel de hypothese dat het twee- continua model terug te vinden was onder ouderen die de cursus Op verhaal komen volgden. Alle hypothesen waren bevestigd, behalve dat de verandering van angst geen significante voorspeller was voor positieve geestelijke gezondheid.

Tabel 4: Hiërarchische lineaire regressie met uitkomstvariabele positieve geestelijke gezondheid en voorspellende variabele angst.

	Blok 1		Blok 2		Blok 3	
	Beta	p.	Beta	p.	Beta	p.
Leeftijd	-,135	,208	-,020	,980	-,022	,756
Geslacht	-,033	,751	-,062	,382	,014	,825
Opleiding	,144	,168	,133	,053	,124	,065
MHC-SF t(0)			,745	,000	,701	,000
HADS-A t(0)					-,168	,021
Δ HADS-A					-,129	,076
R^2	4,8		59,7		62,4	
ΔR^2	4,8		54,9		2,7	
F	(df=3) 1,62		(df=4) 35,22		(Df=6) 25,71	

Voor deelvraag 4: “Is positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voorspellend voor depressie na de interventie?” werd verwacht dat positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de

verandering voorspellend waren voor depressie na de interventie. Tevens werd verwacht dat de voormeting van depressie voorspellend was voor de nameting van depressie. Tenslotte waren er geen verwachtingen met betrekking tot de voorspellende waarde van leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding op depressie. In Tabel 5 is de uitkomst van de regressieanalyse te vinden. Het

Tabel 5: Hiërarchische lineaire regressie met uitkomstvariabele depressie en voorspellende variabele positieve geestelijke gezondheid.

	Blok 1		Blok 2		Blok 3	
	Beta	p.	Beta	p.	Beta	p.
Leeftijd	,138	,205	,139	,117	,082	,312
Geslacht	,100	,339	,056	,507	,059	,448
Opleiding	-,025	,815	-,009	,918	,046	,561
CES-D t(0)			,586	,000	,375	,000
MHC-SF t(0)					-,379	,000
Δ MHC-SF					-,284	,001
R²	2,5		36,6		48,7	
Δ R²	2,5		34,1		12,1	
F	(df=3) ,081		(df=4) 13,70		(df=6) 14,71	

regressiemodel, met als uitkomst variabele depressie en met de voorspellende variabelen blok 1 (leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding), was niet significant ($p = 0,491$). Dit duidt er op dat geslacht, leeftijd en hoogste afgeronde opleiding geen voorspellende waarden hadden op depressie bij t(1). Na het toevoegen van blok 2 (depressie bij t(0)) was het model significant ($p = 0,000$). Het model verklaarde 36,6% van de variantie. Het toevoegen van de voormeting en verandering van depressie voegde $36,6 - 2,5 = 34,1\%$ verklarende variantie toe. Daarbij was de voormeting van depressie een significante voorspellers voor depressie bij t(1). Na het toevoegen van blok 3 (positieve geestelijke gezondheid bij t(0) en Δ) was het model nog steeds significant ($p = 0,000$). Het model verklaarde 48,7% van de variantie. Het toevoegen van de voormeting en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voegde $48,7 - 36,6 = 12,1\%$ verklarende variantie toe. Daarbij waren de voormeting van depressie ($Beta = 0,375$) en de voormeting ($Beta = -0,379$) en de verandering ($Beta = -0,284$) van positieve geestelijke gezondheid significante voorspellers voor depressie bij t(1). Dit duidt er op dat positieve geestelijke gezondheid iets toevoegde aan de voorspellende waarde van depressie bovenop de voormeting van depressie. Dit zou niet mogelijk zijn indien de geestelijke gezondheid uit een continua bestond. Dit duidt er dus op dat de geestelijke gezondheid uit twee gerelateerde continua bestaat. De regressieanalyse bevestigde de hypothese dat

het twee- continua model terug te vinden was onder ouderen die de cursus Op verhaal komen volgden.

Voor deelvraag 5: “Is positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering van positieve geestelijke gezondheid voorspellend voor angst na de interventie?” werd verwacht dat positieve geestelijke gezondheid bij aanvang van de interventie en de verandering voorspellend waren voor angst na de interventie. Tevens werd verwacht dat de voormeting van angst voorspellend was voor de nameting van angst. Tenslotte waren er geen verwachtingen met betrekking tot de voorspellende waarde van leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding op angst. In Tabel 6 is de uitkomst van de regressieanalyse te vinden. Het regressiemodel, met als

Tabel 6: Hiërarchische lineaire regressie met uitkomstvariabele angst en voorspellende variabele positieve geestelijke gezondheid.

	Blok 1		Blok 2		Blok 3	
	Beta	p.	Beta	p.	Beta	p.
Leeftijd	,193	,074	,211	,007	,183	,017
Geslacht	,071	,492	,095	,202	,089	,223
Opleiding	-,040	,700	-,047	,527	-,011	,885
HADS-A t(0)			,687	,000	,637	,000
MHC-SF t(0)					-,153	,049
Δ MHC-SF					-,175	,021
R²	4,1		51,2		54,9	
Δ R²	4,1		47,1		3,7	
F	(df=3) 1,39		(df=4) 24,93		(df=6) 18,84	

uitkomst variabele angst en met de voorspellende variabelen blok 1 (leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding), was niet significant ($p= 0,252$). Dit duidt er op dat leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding geen voorspellende waarde hadden op angst bij t(1). Na het toevoegen van blok 2 (angst bij t(0)) was het model significant ($p= 0,000$). Het model verklaart 51,2% van de variantie. Het toevoegen van de voormeting van angst voegde $51,2 - 4,1 = 34,1\%$ verklarende variantie toe. Daarbij was de voormeting van angst een significante voorspeller voor angst bij t(1). Na het toevoegen van blok 3 (positieve geestelijke gezondheid bij t(0) en Δ) was het model nog steeds significant ($p= 0,000$). Het model verklaarde 54,9% van de variantie. Het toevoegen van de voormeting en verandering van positieve geestelijke gezondheid voegde $54,9 - 51,2 = 3,7\%$ verklarende variantie toe. Daarbij waren leeftijd ($Beta= 0,183$), de voormeting ($Beta= -0,153$) en verandering ($Beta= -0,175$) van positieve geestelijke gezondheid en de voormeting van angst ($Beta= 0,637$) significante voorspellers voor angst bij t(1). Dit duidt er op dat positieve geestelijke

gezondheid iets toevoegde aan de voorspellende waarde van angst bovenop de voormeting van angst. Dit zou niet mogelijk zijn indien de geestelijke gezondheid uit een continua bestond. Dit duidt er dus op dat de geestelijke gezondheid uit twee gerelateerde continua bestaat. Tevens voegt leeftijd een voorspellende waarde toe aan het model. De regressieanalyse bevestigde de hypothese dat het twee- continua model terug te vinden was onder ouderen die de cursus Op verhaal komen volgden.

Invloed van Op verhaal komen op de continua.

Voor het beantwoorden van deelvraag 2: “Wat is de relatie tussen de door het twee- continua model onderscheiden groepen bij depressieve mensen in Nederland en de interventie Op Verhaal?” werden de deelnemers in vier groepen verdeeld op positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie. Vervolgens werden de resultaten beschrijvend beschreven. Deelvraag 2 werd beantwoord door middel van twee subvragen. Voor de eerste subvraag: “Hoe zijn de verhouding van het aantal deelnemers tussen de door het twee- continua model onderscheiden groepen bij de voor- en de nameting?” werd verwacht dat bij de voormeting de meeste deelnemers psychopathologie hadden. Voor positieve geestelijke gezondheid van de deelnemers bij de voormeting waren geen verwachtingen. Bij de nameting werd verwacht dat de meeste deelnemers een florerende geestelijke gezondheid en geen psychopathologie hadden. Tevens werd verwacht dat een kleiner deel van de deelnemers een florerende geestelijke gezondheid had met psychopathologie of een niet florerende geestelijke gezondheid en geen psychopathologie. In Tabel 7 zijn het aantal deelnemers in de vier groepen weergegeven bij voor- en nameting. Van de 100 deelnemers zaten de meeste deelnemers bij de voormeting in de groep ‘niet florerend en psychopathologie’ (61%). Daarna zaten de meeste deelnemers achtereenvolgend in de groep ‘florerend en psychopathologie’ (16%), ‘niet florerend en geen psychopathologie’ (12%) en ‘florerend en geen psychopathologie’ (11%). Bij de nameting zaten de meeste deelnemers in de groep ‘niet florerend en geen psychopathologie’ (44%). Daarna zaten de meeste deelnemers achtereenvolgend in de groep ‘florerend en geen psychopathologie’ (28%), ‘niet florerend en geen psychopathologie’ (18%) en ‘florerend en psychopathologie’ (15%). Dit duidt er op dat de continua gerelateerd zijn, maar dat een individu zich ook vrij kon bewegen op de continua. De hypothesen zijn deels bevestigd. De geestelijke gezondheid van de deelnemers was bij de voormeting naar verwachting. Geestelijke gezondheid van de deelnemers na de interventie was niet naar verwachting. Een verschil met de nameting en de hypothesen is dat de meeste deelnemers bij de nameting in de groep ‘niet florerend en psychopathologie’ zaten. Van het deel van de deelnemers dat op een of twee continua bevorderd was, waren de verhoudingen wel naar verwachting.

Tabel 7: Geestelijke gezondheid van de deelnemers bij de voor- en nameting.

Geestelijke gezondheid	Voormeting %	Nameting %
Florerend	27	41
Niet florerend	73	59
Depressie	69	50
Geen depressie	31	50
Angst	57	36
Geen angst	43	64
Psychopathologie	77	57
Geen psychopathologie	23	43
Florerend en geen psychopathologie	11	28
Florerend en psychopathologie	16	13
Niet florerend en geen psychopathologie	12	15
Niet florerend en psychopathologie	61	44

Voor subvraag 2: “Hoe verschuiven de deelnemers binnen de groepen die worden onderscheiden binnen het twee- continua model?” werd verwacht dat de deelnemers verplaatsten van psychopathologie naar geen psychopathologie. Tevens werd verwacht dat de deelnemers van niet florerend verplaatsen na florerend, waarbij de meeste deelnemers op beide continua veranderden en een kleiner deel op een continuüm. In Tabel 8 zijn de verplaatsingen van de deelnemers tussen de groepen weergegeven. De meeste deelnemers bleven in dezelfde groep. Dit duidde er op dat de interventie voor de meeste deelnemers niet effectief genoeg was om te verplaatsen naar de groepen florerend en/ of geen psychopathologie. Onder de deelnemers die wel van groep verplaatsten waren 6 deelnemers die op beide continua bevorderde en 28 deelnemers die op een continua bevorderde. Dit duidde erop dat er twee continua waren die licht met elkaar gerelateerd zijn. Tevens zijn er 9 deelnemers die achteruit gaan op een continua. Dit duidde erop dat de interventie mogelijk niet voor iedereen de gewenste effecten oplevert. Dit bevestigde de hypothese dat het twee- continua model terug te vinden was bij deelnemers aan de cursus Op verhaal komen niet. Een verschil tussen de veranderingen van deelnemers en de hypothesen was dat het twee- continua model voorspelde dat de continua matig gerelateerd waren. In de resultaten waren ze echter licht gerelateerd. Een ander verschil was de mogelijkheid dat deelnemers achteruit gingen op een continua.

Tabel 8: Verdeling en verplaatsing van de deelnemers tussen de groepen in percentages.

Voormeting	Nameting				totaal
	1*	2*	3*	4*	
1*	9	1	1	0	11
2*	7	6	3	0	16
3*	6	0	2	4	12
4*	6	6	9	40	61
totaal	28	13	15	44	100

* 1 = *Florerend en geen psychopathologie*, 2 = *Florerend en psychopathologie*, 3 = *Niet florerend en geen psychopathologie* en 4 = *Niet florerend en psychopathologie*.

Discussie

Het doel van deze studie was het onderzoeken hoe de continua gerelateerd waren bij ouderen met depressieve symptomen, die deelnamen aan de cursus Op verhaal komen. Het was voor het eerst dat onderzoek werd gedaan naar het twee- continua model bij een interventie. Het was interessant om het twee- continua model te onderzoeken bij een interventie, omdat zo gekeken kon worden hoe de continua zich gedroegen wanneer deze bevorderd werden. Zo kon gekeken worden of de continua zich als een continuüm gedroegen of dat ze zich, zoals verwacht, volgens het twee- continua model gedroegen.

Conclusie

Het twee- continua model is terug te vinden bij ouderen met depressieve symptomen die de interventie Op verhaal komen volgden. In dit onderzoek zijn de verbanden tussen de continua, voorspellende waarde tussen de continua en de verdeling van de deelnemers bij voor- en nameting en de verandering over de groepen gevormd door de continua onderzocht. Daarbij waren hypothesen gevormd. De hypothesen zijn voor het grootste deel bevestigd. De verbanden laten zien dat psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid gerelateerd zijn aan elkaar. Er zijn gematigde verbanden tussen de continua gevonden. Dit duidde erop dat de relatie tussen de continua onderling niet perfect was. De meeste verbanden tussen de metingen van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid onderling waren het sterkste. Dit duidde erop dat de geestelijke gezondheid uit twee continua bestond: psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid. Dit alles was in overeenstemming met de hypothese en het twee- continua model. Verder bevestigden de voorspellende verbanden de hypothesen. Depressie, angst en positieve geestelijke gezondheid voor de interventie en de verandering van depressie en angst hebben een voorspellend verband met positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Positieve geestelijke gezondheid en depressie voor de interventie en de verandering van depressie waren voorspellend voor depressie na de interventie. Positieve geestelijke gezondheid en angst voor de interventie waren voorspellend voor angst na de interventie. Dit zou niet mogelijk zijn indien de geestelijke gezondheid uit een continua bestond. Dit duidde erop dat de geestelijke gezondheid uit twee gerelateerde continua bestond. Voor leeftijd, geslacht en hoogst afgeronde opleiding waren geen verwachtingen. Uit dit onderzoek bleek dat leeftijd in combinatie met de voormeting van positieve geestelijke gezondheid voorspellend waren voor angst en dat hoogst afgeronde opleiding in combinatie met de voormeting van depressie voorspellend was voor positieve geestelijke

gezondheid. Dit bevestigde dat er twee continua waren, omdat andere factoren van invloed waren voor het voorspellen van psychopathologie dan voor positieve geestelijke gezondheid. De voorspellende waarde van het model waren hoog en bevonden zich tussen de 48,7 en 66,2%. Het unieke effect van psychopathologie was tussen de 34,1% en 47,1%. Het unieke effect van positieve geestelijke gezondheid was 54,9%. Het toevoegen van een tweede continuüm aan het model bovenop het unieke effect van een continuüm voegde tussen de 2,7% en 12,1% voorspellende waarde toe. Dit duidde er op dat het twee- continua model de data beter beschreef dan een model met een continuüm. Dit bevestigt de hypothese. Het twee- continua model verklaart echter niet alle variantie. Er spelen ook nog andere factoren mee. In de verdeling van de deelnemers tussen de groepen die het twee- continua model onderscheidde was het twee- continua model te vinden. Dit was te zien, doordat er in alle groepen deelnemers waren. Dit duidde er op dat elke combinatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid mogelijk was. Tevens waren de voorspelde verhoudingen te zien tussen de continua bij voor- en nameting. Zo hadden de meeste deelnemers bij de voormeting psychopathologie. Verder hadden de meeste deelnemers na de interventie psychopathologie in combinatie met een niet florerende geestelijke gezondheid en geen psychopathologie in combinatie met een florerende geestelijke gezondheid. Een kleiner aantal deelnemers hadden psychopathologie in combinatie met een florerende geestelijke gezondheid en geen psychopathologie in combinatie met een niet florerende geestelijke gezondheid. Dit was in overeenstemming met de hypothesen. Er waren ook uitkomsten die niet overeenkwamen met de hypothese. Tussen de verbanden waren onverwachte uitkomsten. Zo werd tussen de nameting van positieve geestelijke gezondheid en de nameting van angst een sterk verband gevonden. Verder waren de verbanden tussen enkele metingen van depressie en angst minder sterk dan verwacht. Ook had de verandering van angst geen voorspellend verband op positieve geestelijke gezondheid. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat de interventie alleen secundair is ontwikkeld voor het verminderen van angst (Westerhof & Bohlmeijer, 2011). Dit kan echter ook aantonen dat psychopathologie geen continuüm vormt, maar een verzameling is van afzonderlijke vormen van psychopathologie die anders reageren op het veranderen van positieve geestelijke gezondheid. Dit komt overeen met de visie dat andere vormen van interventies nodig zijn om verschillende vormen van psychopathologie te bevorderen (Broeke, Korrelboom & Verbraak, 2009). Een andere onverwachte uitkomst was de verplaatsing van de deelnemers op de continua. Ten eerste waren er, vergeleken met de hypothesen, teveel deelnemers met een niet florerende geestelijke gezondheid en psychopathologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Tevens bleven de meeste deelnemers in dezelfde groep. Mogelijk duidde dit erop dat de interventie voor de meeste deelnemers niet effectief genoeg was om florerend te worden en/of geen psychopathologie te hebben. Een andere verklaring

zou kunnen zijn dat de populatie, mensen met depressieve symptomen, afwijken van de Nederlandse populatie en dat hierdoor andere verhoudingen gevonden worden tussen de groepen. Verder waren er deelnemers die op een continuüm achteruit gingen. Mogelijk was de interventie niet geschikt voor deze deelnemers of vond er tegelijkertijd met de interventie een interfererende situatie plaats (bijvoorbeeld een scheiding of overlijden van een iemand) die de geestelijke gezondheid van de deelnemers beïnvloede (Hoogstraten, 2004).

Limitaties van de studie

Er zijn tenminste vier limitaties in deze studie: de gekozen meetwijze van psychopathologie, afkappunt van positieve geestelijke gezondheid, de verdeling van de groepen (verdeeld op psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid) en een statistische limitatie. De eerste limitatie is de gekozen meetwijze van psychopathologie. In dit onderzoek waren alleen depressie- en angstsymptomen meegenomen om psychopathologie te bepalen. Psychopathologie is echter een breder begrip dan alleen depressie en angst. Depressie en angst vormen hierdoor mogelijk geen goede representatie van de aanwezigheid van psychopathologie. Aangezien depressie en angst wel de meest voorkomende psychische stoornissen zijn, vormen zij wel de best mogelijk representatie (Gommer & Poos, 2010). Verder is psychopathologie alleen vastgesteld door middel van een indicatie en niet op basis van een diagnose. De tweede limitatie is het afkappunt van positieve geestelijke gezondheid. Er is hier gekozen om de gemiddelde score in de algemene bevolking als afkappunt te gebruiken om te bepalen of een deelnemer een florerende of niet florerende geestelijke gezondheid had. Mogelijk is deze afkapscore niet correct en was positieve geestelijke gezondheid bij een deel van de deelnemers onterecht als florerend of niet florerend beoordeeld. Verder was de verdeling van de deelnemers over de groepen een limitatie. Door een afkappunt te hanteren was de verandering van geestelijke gezondheid een discrete variabele geworden. Hierdoor is de data vertekend, omdat geestelijke gezondheid eigenlijk een continue variabele is. Ten slotte was de statistische limitatie dat er voor de regressieanalyse met als afhankelijke variabele angst niet aan alle voorwaarden voldaan was. Ondanks dat is er in deze studie gekozen om toch de uitkomsten te interpreteren. Mogelijk zijn de uitkomsten daardoor vertekend.

Aanbeveling toekomstig onderzoek

Er zal nog meer onderzoek gedaan moeten worden naar de geestelijke gezondheid van ouderen in Nederland. Hier volgen drie aanbevelingen. Ten eerste wordt aanbevolen gebruik te maken van een andere respondentenpool. In deze studie is gebruik gemaakt van een respondentenpool ouderen met psychopathologie. Het is interessant om te onderzoeken of dezelfde resultaten ook bij een

populatie zonder psychopathologie en bij een populatie volwassenen naar voren komen. De tweede aanbeveling is gebruik te maken van andere interventies. In deze studie is gebruik gemaakt van de interventie Op verhaal komen. Sterke punten van deze interventie zijn dat de interventie beide continua beïnvloed. In deze studie was te zien dat de continua zowel onafhankelijk als afhankelijk van elkaar voorspellende waarde opleverde. Het is interessant om te kijken of dezelfde resultaten ook te zien zullen zijn bij andere interventies. Daarbij zou gekeken kunnen worden naar interventies die alleen psychopathologie of alleen de positieve geestelijke gezondheid bevorderen. Tevens zou gekeken kunnen worden naar een interventie die psychopathologie op een andere manier bevordert. In deze studie werd gebruik gemaakt van een interventie die primair op depressie gericht was en secundair op angst. Dit heeft mogelijk de uitkomsten van de studie beïnvloed, omdat psychopathologie niet als een continua bevordert is. Daarom is het belangrijk om andere interventies, die andere vormen van psychopathologie bevorderen, te onderzoeken. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een voorbeeld van dusdanige interventie. Het eerste voordeel van het gebruiken van deze specifieke interventie is dat CGT veel verschillende vormen van psychopathologie bevordert (Korrelboom & ten Broeke, 2010). Psychopathologie wordt zo als een continua bevordert. Het tweede voordeel is dat CGT niet primair positieve geestelijke gezondheid bevordert. Zo kan gekeken worden na het unieke effect van positieve geestelijke gezondheid op psychopathologie. Hierbij wordt verwacht dat het twee-continua model duidelijker aanwezig is. Tenslotte wordt aanbevolen kwalitatief onderzoek te verrichten naar de het lekenperspectief van ouderen. Dit wordt aanbevolen, omdat er nog weinig kwalitatief onderzoek verricht is naar geestelijke gezondheid van ouderen. Hierbij kan gedacht worden aan het onderzoeken van het lekenperspectief van ouderen op geestelijke gezondheid. Het onderzoeken van het lekenperspectief zou nieuwe aanknopingspunten kunnen opleveren voor interventies en er kan gekeken worden of het twee-continua model terug te vinden is in de mening en visie van ouderen. In studie twee wordt het lekenperspectief van ouderen onderzocht.

Studie 2: De mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid

In dit kwalitatieve onderzoek zullen de meningen en visies van ouderen op geestelijke gezondheid onderzocht worden. Tevens zullen deze vergeleken worden met het twee-continua model. Het is interessant om de mening en visie van ouderen (mensen boven de 55) te onderzoeken, omdat uit onderzoek is gebleken dat geestelijke gezondheid en daardoor mogelijk de mening en visie van ouderen verschilt van die van volwassenen (mensen tussen de 18 en 55) (Kuin, 2006). Het onderzoek vond plaats door middel van een lekenstudie. Hierbij werden ouderen geïnterviewd.

Verschillen in geestelijke gezondheid tussen volwassenen en ouderen

Het is interessant om kwalitatief onderzoek te doen bij ouderen, omdat dit nog niet specifiek op het gebied van ouderen gedaan is. Er is dus nog weinig bekend over de mening en visie van ouderen, terwijl er wel aanwijzingen zijn dat hun mening en visie anders is dan die van volwassenen. Deze aanwijzingen komen voort uit onderzoeken waaruit is gebleken dat geestelijke gezondheid van ouderen en volwassenen verschillen. Uit onderzoek naar geestelijke gezondheid van ouderen is gebleken dat geestelijke gezondheid van ouderen en volwassenen verschillen op het gebied van emotie, sociaal contact, persoonlijkheid, psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid (Kuin, 2006).

Op emotioneel gebied verschilt geestelijke gezondheid van ouderen en volwassenen zich doordat met het ouder worden een individu rijpt. Rijping leidt tot complexere cognities en tot een meer gedifferentieerd en genuanceerde uiting van emoties en het begrip van emoties. Zo is uit onderzoek gebleken dat ouderen vaak “rijpere” copingstrategieën tonen, minder vijandig reageren, anderen minder bekritisieren of veroordelen en een grotere mate van altruïsme tonen (Blanchard-Fields & Irion, 1988). Ouderen baseren tevens hun sociale oordelen meer op emoties dan op cognities. Deze integraties geeft ouderen meer mogelijkheden om aanpassingsstrategieën te gebruiken die nodig zijn voor aanpassingen aan veranderingen die met ouder worden te maken hebben. Het vooroordeel dat ouderen meer negatieve emoties zouden ervaren, wordt hierdoor dan ook ontkracht (Charles, Reynolds & Gatz, 2001). Ouderen bleken juist minder negatieve emoties te ervaren dan volwassenen. Ouderen ervaren in gelijke mate of in lichte verhoogde mate positievere emoties in vergelijking met volwassenen. Het tweede punt waarop de geestelijke gezondheid van

ouderen verschillen, zijn sociale contacten (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselroade, 2000). De voornaamste doelen van sociale contacten zijn het informatie vergaren en emotieregulatie. Naarmate men ouder wordt, krijgen deze doelen minder prioriteit. Een verklaring hiervoor is mogelijk het bewuster worden van een beperkte toekomst. Door dit besef leggen ouderen meer de nadruk op hun emoties. Daardoor worden ouderen selectiever in sociaal contact. Ouderen kiezen hierbij eerder voor vertrouwde en te vertrouwen personen; mensen die van belang zijn en met name mensen die bijdragen aan positieve ervaringen. Een gevolg hiervan is dat ouderen vaak een kleiner sociaal netwerk hebben. Verder blijkt uit longitudinaal onderzoek naar de persoonlijkheid van ouderen dat deze verschillen met die van volwassenen (Terracciano, McCrae & Costa, 2006). Zo worden mensen naar mate ze dichterbij de leeftijdsgrens van 50 jaar komen dominantier. Naar mate ze ouder worden dan 50 jaar neemt dit weer af. Verder verlaagt de karaktertrek *sociale inbreng* met leeftijd. Sociale inbreng is de hoeveelheid die iemand praat tijdens bijeenkomsten met mensen met dezelfde leeftijd. De hoeveelheid waarin iemand risico neemt en impulsen volgt neemt tevens af met de leeftijd.

Een ander verschil in geestelijke gezondheid van ouderen is dat psychopathologie zich anders presenteren en de prevalentie verschillend is vergeleken met volwassenen (Kuin, 2006). De presentatie van stoornissen verschilt, doordat ouderen vaak niet denken in psychosociale oorzaken of psychologische termen van hun geestelijke gezondheid. Ouderen zijn geneigd om geestelijke problemen te vertalen in somatische klachten. Bij depressie en angst presenteren ouderen eerder geheugenklachten, onrust en agitatie dan geremdheid. Tevens is er vaker sprake van afhankelijk gedrag en wordt depressie gemaskeerd door het zich vrolijk presenteren. De prevalentie van psychopathologie bij jongere ouderen (tussen de 55 en 70 jaar) is lager in vergelijking met volwassenen (Keyes & Westerhof, 2010). De prevalentie is zelfs lager wanneer gecontroleerd wordt voor geslacht, verhuizing, status, opleidingsniveau, burgerlijke staat, werk status en lichamelijke gezondheid. Erop duidend dat zelfs bij de minst gunstige omstandigheden de prevalentie van psychopathologie minder is bij jongere ouderen. Oudere ouderen (ouder dan 70 jaar) hebben daarentegen geen lagere prevalentie van psychopathologie, maar zijn meer vergelijkbaar met volwassenen. De causaliteit van leeftijd en de prevalentie van depressie en angst is onderzocht (Goldberg & Huxley, 1980). Uit dit onderzoek blijkt dat ouder worden en depressie of angststoornissen niet causaal aan elkaar gerelateerd. Wel komen er met het ouder worden meer risicofactoren voor het ontwikkelen van stoornissen. Denk hierbij aan verlieservaringen, chronische aandoeningen en het beperken van reservemogelijkheden in fysiek, geestelijk en sociaal opzicht (Kuin, 2006). Ondanks dit komt depressie toch minder vaak voor bij ouderen dan bij volwassenen. De

meeste angststoornissen komen daarentegen in gelijke mate voor. De aanleidingen van angststoornissen die op late leeftijd beginnen zijn wel vaak anders. Neem bijvoorbeeld een sociale fobie, doordat men incontinent is geworden en angst heeft een ongelukje te krijgen. Verder gaan angsten bij ouderen vaker over pijnlijk en eenzaam sterven, vallen, dement worden, verliezen van de partner en het verliezen van zelfstandigheid en autonomie.

Als laatste is positieve geestelijke gezondheid van jongere ouderen verschillend met die van volwassenen (Keyes & Westerhof, 2010). Jongere ouderen ervaren een hoger emotioneel welbevinden, een lagere psychologisch welbevinden en een vergelijkbaar sociaal welbevinden in vergelijking met volwassenen. Oudere ouderen verschillen weer van de jongere ouderen, doordat hun emotioneel welbevinden hoger is. Deze bevindingen blijven hetzelfde wanneer gecontroleerd wordt voor geslacht, verhuizing, status, opleidingsniveau, burgerlijke staat, werk status en lichamelijke gezondheid. Wat betreft positieve geestelijke gezondheid van ouderen wordt in wetenschappelijke literatuur vooral gespeculeerd of er voor ouderen een ander model van positieve geestelijke gezondheid zou moeten zijn dan het gangbare model, zoals reeds eerder omschreven (Gerritsen & Steverink, 2006). De gangbare gedachtegang is echter dat positieve geestelijke gezondheid, zoals gedefinieerd voor volwassenen, voldoende aansluiting biedt voor de groep ouderen. Uit onderzoek is bijvoorbeeld al gebleken dat ouderen door het verlies van fysieke en mentale capaciteiten status verliezen ook een slechtere welbevinden rapporteren. Het verlies van status verlaagt hierbij op gelijke wijze positieve geestelijke gezondheid als bij volwassenen. Dit pleit voor eenzelfde model van positieve geestelijke gezondheid. Hier is echter nog geen onderzoek naar gedaan. Een manier om dit te exploreren is om dit door middel van een interviewstudie te doen.

Interviewstudie

Door middel van een interviewstudie kan het perspectief van iemand op een bepaald onderwerp geconcretiseerd worden (Raaij & Schröder, 2008). Dit is van belang, omdat het perspectief van iemand invloed kan hebben op een behandeling of op de implementatie van een programma. Mensen vormen namelijk eigen gedachten over hun gezondheidsproblemen die niet altijd waar zijn. Zo zal een patiënt minder snel een behandeling volgen als diegene van mening is dat de behandeling niet werkt. Het is daarom belangrijk om de doelgroep al vroegtijdig bij een ontwikkelingsproject te betrekken (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2006). Het veranderen van ziekteperceptie kan dan ook een aangrijpingspunt voor de behandeling van de klachten zijn. Verder biedt een interviewstudie de mogelijkheid tot het exploreren van een onderwerp. Het biedt mogelijkheden voor patiënten om in hun eigen bewoording te praten over een onderwerp. Tevens

komen de eerste associaties met een bepaald onderwerp naar boven. Naar de mening en visie van ouderen op positieve geestelijke gezondheid is nog geen onderzoek gedaan. Daarmee is er ook nog geen onderzoek gedaan naar de mening en visie van ouderen op de gehele geestelijke gezondheid, terwijl er wel aanwijzingen zijn dat de geestelijke gezondheid verschillend is tussen ouderen en volwassenen (Kuin, 2006). Mogelijk biedt dit nieuwe aangrijpingspunten voor behandelingen of nieuwe inzichten voor modellen voor geestelijke gezondheid voor ouderen. Daarom is het interessant om te kijken wat de mening en visie van ouderen op geestelijke gezondheid is.

Het is tevens interessant om de verschillen tussen leeftijd en hulpbehoefendheid op de mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid te onderzoeken. De mening en visie van jongere ouderen en oudere ouderen verschillen mogelijk, doordat zij uit een andere generatie komen. Een generatie wordt gevormd door mensen die tijdens hun jeugd bepaalde historische gebeurtenissen meegemaakt hebben en daardoor gevormd zijn (Diepstraten, Vinken & Ester, 2008). Oudere ouderen zijn van de generatie van de jaren 1910- 1940. Deze generatie wordt ook wel de oorlogsgeneratie genoemd. De oorlogsgeneratie heeft de economische crisis, de oorlog en de wederopbouw mee gemaakt. De oorlogsgeneratie karakteriseert zich door waarden als somberheid, zuinigheid, hard werken en trouw zijn aan orde en gezag. Jongere ouderen behoren tot de generatie van 1940 tot 1960. Deze generatie wordt ook wel de babyboomgeneratie genoemd. De babyboomgeneratie groeide op in een tijd van welvaart met goede arbeidskansen. In deze tijd werd hoger onderwijs, zelfontplooiing democratie, gelijkheid van macht en inkomen, individuele vrijheid en politieke betrokkenheid belangrijk gevonden. De mening en visie van ouderen die hulpbehoefend zijn of niet hulpbehoefend zijn, verschilt mogelijk, doordat ouderen die niet hulpbehoefend zijn nog zelfstandig zijn en niet beperkt worden door iets in het dagelijks leven (Gerritsen & Steverink, 2006). Hulpbehoevende mensen hebben dit niet of in mindere mate. Doordat zij het gevoel krijgen niet meer te kunnen participeren kunnen zij bijvoorbeeld depressief worden. Uit onderzoek is al gebleken dat mensen die in een verzorgingstehuis zitten een hogere kans op depressie hebben, een verlaagde tevredenheid met het leven hebben en vaker eenzaam waren dan mensen die thuiszorg ontvingen (Jakobsson, Kristensson, Hallberg, Midlo, 2011). Daarbij zorgde niet de hoeveelheid ontvangen zorgen voor het verschil in geestelijke gezondheid, maar de soort ziekte of beperkingen die diegene had. Mogelijk beïnvloedt het hulpbehoefend worden tevens de visie op de geestelijke gezondheid. In deze studie wordt onderzocht welke factoren ouderen noemen wanneer hen naar geestelijke gezondheid gevraagd wordt en of het noemen van factoren verschillend is door leeftijd en hulpbehoefendheid. Tevens wordt onderzocht of deze factoren overeenkomen met het twee- continua model. Dit wordt gedaan door te kijken of

psychopathologie, positieve geestelijke gezondheid en de verbanden tussen de continua, zoals gedefinieerd door twee- continua model terug te vinden zijn onder de factoren.

Onderzoeksvraag:

Wat is de mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid?

Deelvraag 1: Welke factoren noemen ouderen om geestelijke gezondheid te definiëren?

Deelvraag 2: Verschillen de factoren die ouderen noemen om geestelijke gezondheid te definiëren door leeftijd en hulpbehoefendheid?

Deelvraag 3: Komen de genoemde factoren overeen met het twee- continua model?

- Komen in de genoemde factoren psychopathologie voor?
- Komen in de genoemde factoren positieve geestelijke gezondheid voor?
- Worden de verbanden tussen psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid volgens het twee- continua model beschreven?

Methodieken

Procedure

De werving vond plaats door het benaderen van mensen per telefoon, email of face-to-face. Mensen werden gevraagd of ze mee wilden werken aan een onderzoek met betrekking tot geestelijke gezondheid van 55-plussers. Indien nodig werd extra informatie gegeven over de inhoud van het onderzoek en de praktische zaken van het onderzoek. Wanneer mensen wilden deelnemen werd een afspraak ingepland. Het interview werd afgenomen op een plek waar de deelnemer zich prettig voelde. Meestal bij de deelnemer thuis. Van de interviews werden audio-opnamen gemaakt. Er werd gebruik gemaakt van een convenience sample. De sample kwam tot stand in samenwerking met de familie, vrienden, zakenrelaties en de sportvereniging van de onderzoeker. Deelnemers werden in groepen geworven. Elke groep bestond uit 3 personen. De eerste groep waren oudere ouderen (vanaf 70 jaar) die hulpbehoevend waren. Iemand was hulpbehoevend wanneer diegene huishoudelijke hulp of meer zorg ontving. Het uitgangsprincipe was hierbij dat iemand iets in zijn of haar persoonlijke verzorging niet meer zelf kon doen en daar hulp bij nodig had. Het interview werd eerst bij deze groep afgenomen. Naar aanleiding van deze resultaten werd gekeken wat een verklarende factor voor de bevindingen kon zijn en werd aan de hand van die factor een nieuwe groep geworven. Uiteindelijk werd op 2 factoren geworven: hulpbehoevend en leeftijd. Daarbij waren oudere ouderen deelnemers met een leeftijd van 70 en ouder. Jongere ouderen waren deelnemers met een leeftijd tussen de 55 en 70. De groepsverdeling is in Tabel 9 te vinden.

Tabel 9: Groepsverdeling.

Groep	Leeftijd (gemid)	Hulp- Behoevend	Opleidingsniveau	Aantal
1	70+ (80,67)	ja	Basisonderwijs	3 (1*,2**)
2	55-70 (58,70)	nee	Basisonderwijs/ HBO/ WO	3 (2*,1**)
3	70+ (77,67)	nee	Basisonderwijs/ MBO	3 (2*,1**)
4	55-70 (66,00)	ja	Lager beroepsonderwijs	3 (2*,1**)

*= Aantal mannen, ** = Aantal vrouwen

Deelnemers

De deelnemers waren 12 mensen van 55 jaar en ouder. Daarbij waren 7 deelnemers mannen en 5 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 70,67 jaar ($SD= 9,48$). De meeste deelnemers hadden als hoogste afgeronde opleiding basisschool. Verder waren achtereenvolgend MBO, LBO, HBO en WO de hoogst afgeronde opleidingen die de meeste deelnemers gevolgd hadden. De demografische gegevens van de deelnemers zijn in Tabel 9 weergegeven.

Meetinstrumenten

Het interview was een zelfontworpen open interview. Het interviewschema is te vinden in Bijlage 1. De vragen werden dusdanig ontworpen, zodat er zo weinig mogelijk informatie gegeven werd over de geestelijke gezondheid. Hiermee is getracht de uitkomst zo objectief mogelijk te houden. Het interview bevatte de volgende onderwerpen: algemene geestelijke gezondheid, persoonlijke ervaring en het twee- continua model. Tabel 10 weergeeft de onderwerpen van het interview met een voorbeeldvraag.

Tabel 10: Interviewschema

Onderwerp	Voorbeeldvraag
Algemene geestelijke gezondheid	Hoe zou u een goede geestelijke gezondheid omschrijven?
Persoonlijke ervaring	Ervaart u zichzelf als geestelijk gezond?
Twee- continua model	Kan iemand met een geestelijke stoornis ook positieve dingen ervaren?

Data-analyse

De data werd kwalitatief geanalyseerd. De interviews werden getranscribeerd. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag en de deelvragen zal de data-analyse per vraag beschreven worden. Om deelvraag 1: “Welke factoren noemen ouderen om geestelijke gezondheid te definiëren?” te beantwoorden werd per deelnemer onderzocht welke factoren genoemd werden met betrekking tot geestelijke gezondheid. Vervolgens werd per groep (gevormd door hulpbehoevendheid en leeftijd) gekeken wat de meest genoemde factoren waren. Deelvraag 2: “Beïnvloed leeftijd en/of hulpbehoevendheid de factoren die ouderen noemen om geestelijke gezondheid te definiëren?” werd beantwoord door het vergelijken van de genoemde factoren per groep voor de vier verschillende groepen (gevormd door hulpbehoevendheid en leeftijd). Hierbij werd per groep gekeken welke factoren de meeste deelnemers noemde. Vervolgens werden deze

factoren vergeleken met de andere groepen. Hierbij werden de factoren die beide groepen noemde als overeenkomst bestempeld en de factoren die niet door beide groepen genoemd als verschillend bestempeld.

Tabel 11: Psychopathologie.

Element	Uitleg
<i>Klinische syndromen</i>	
Cognitieve stoornissen	Stoornis in het werkgeheugen of episodisch geheugen. Voorbeeld: dementie;
Stoornissen door lichamelijke aandoening	Stoornissen door lichamelijke aandoening;
Stoornissen door psychoactieve stoffen	Misbruik of afhankelijkheid van psychoactieve stoffen Voorbeeld: Alcohol verslaving;
Psychotische stoornissen	Stoornissen waar psychoses centraal staan. Psychoses zijn daarbij een ernstige verstoring van het realiteitsbesef. Voorbeeld: schizofrenie;
Stemmingsstoornissen	Stoornissen in de stemming. Voorbeeld: depressie;
Angststoornissen	Stoornissen waarbij angst centraal staat. Voorbeeld: sociale angst;
Dissociatieve stoornissen	Stoornissen waarbij dissociatie centraal staat. Dissociatie is een verandering in het bewustzijn. Voorbeeld: depersonalisatiestoornis;
Somatoforme stoornissen	De aanwezigheid van lichamelijke klachten die niet geheel door een lichamelijke aandoening of een andere psychische stoornis verklaard kan worden. Voorbeeld: Hypochondrie;
Eetstoornissen	Stoornissen waarbij abnormaal eetgedrag centraal staat Voorbeeld: Anorexia nervosa;
Seksuele stoornissen	Stoornissen waarbij de normale seksuele responscyclus geremd of anderszins verstoord is. Voorbeeld: pedofilie;
Slaapstoornissen	Moeite met inslapen of doorslapen of niet uitgerust zijn na de slaap. Voorbeeld: nachtmerries;
Stoornissen in de impulscontrole	Niet of slecht in staat zijn een bepaalde impuls, neiging of verleiding te weerstaan. Voorbeeld: kleptomanie;
<i>Aanpassingsstoornissen</i>	Een sterkere reactie op een stressor als op grond van het blootstaan aan de stressor verwacht mag worden. Voorbeeld: scheiding;
<i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	Duurzaam patroon van innerlijke beleving en gedrag dat duidelijk afwijkt van de normatieve culturele verwachting. Voorbeeld: Borderline persoonlijkheidsstoornis;
<i>Stoornissen kind en adolescentie</i>	Stoornissen die tijdens de kindertijd of adolescentie vastgesteld worden. Voorbeelden: autisme, aandacht- en gedragstoornis, verstandelijke beperking.

Deelvraag 3: “Komen de genoemde factoren overeen met het twee- continua model?” werd beantwoord aan de hand van 3 subvragen. Daarbij werden de genoemde factoren steeds vergeleken met syndromen, symptomen en elementen van het twee- continua model. Omdat niet te verwachten was dat mensen precies de termen gebruiken die in de wetenschappelijke literatuur gebruikt worden

Tabel 12: elementen positieve geestelijke gezondheid.

Element	Uitleg
<i>Emotioneel welbevinden</i>	
Geluk	Geluk
Interesse in het leven	Interesse in het leven
Tevredenheid met het leven	Tevredenheid met het leven
<i>Psychologisch welbevinden</i>	
Zelfacceptatie	Dat iemand de meeste delen van zijn persoonlijkheid leuk vindt
Positieve relaties met anderen	Het hebben van warme en vertrouwde relaties met anderen
Persoonlijke groei	Ervaringen waarbij iemand uitgedaagd wordt te groeien en een beter mens te worden
Bestemming in het leven	Een gevoel van richting of bestemming in het leven
Omgeving meesterling	Goed in het managen van de verantwoordelijkheden van het dagelijks leven
Autonomieit	Het zelfvertrouwen om eigen meningen en gedachten te denken en uiten
<i>Sociaal welbevinden</i>	
Sociale samenhang	Dat iemand de wijze waarop de maatschappij werkt begrijpt
Sociale actualisatie	Dat de samenleving een betere plek wordt voor mensen
Sociale integratie	Dat iemand bij een gemeenschap hoort
Sociale acceptatie	Dat mensen in principe goed zijn
Sociale contributie	Dat iemand iets belangrijks toevoegt aan de samenleving

werd getracht om de termen die de deelnemers noemde onder een term van het twee- continua model te scharen. Factoren die niet in het twee- continua model voorkwamen werden apart bijgehouden. Subvraag 1: “Komen in de genoemde factoren psychopathologie voor?” werd beantwoord door het vergelijken van de genoemde factoren met de syndromen en symptomen van psychopathologie in de DSMIV (Vandereycken, Hoogduinen & Emmelkamp, 2008). Daarbij wordt een onderverdeling gemaakt in klinische syndromen, aanpassingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen kind en adolescentie. Een uitgebreidere beschrijving is

in Tabel 11 te vinden. Er is geen beschrijving van de symptomen toegevoegd om het bondig te houden. Subvraag 2: “Komen in de genoemde factoren positieve geestelijke gezondheid voor?” werd beantwoord door het vergelijken van de genoemde factoren met de elementen of symptomen van positieve geestelijke gezondheid (Lamers et al., 2011). Positieve geestelijke gezondheid wordt onderverdeeld in emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Een uitgebreidere beschrijving is in Tabel 12 te vinden. Er is geen beschrijving van de symptomen toegevoegd om het bondig te houden.

Subvraag 3: “Worden de verbanden tussen psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid volgens het twee- continua model beschreven?” werd beantwoord door de genoemde verbanden te onderzoeken. Het verband dat aanwezig diende te zijn om van het twee- continua model te spreken is psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid. Deze zijn gerelateerd, maar de relatie is niet perfect (Keyes, 2005). Voor het algeheel overzicht zijn de drie elementen, die nodig zijn om van het twee- continua model te spreken, weergegeven in Tabel 13.

Tabel 13: Het twee- continua model.

Element	Uitleg
<i>Psychopathologie</i>	Aanwezigheid psychopathologie
<i>Positieve geestelijke gezondheid</i>	Aanwezigheid positieve geestelijke gezondheid
<i>Verband</i>	Psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid zijn gerelateerd, maar de relatie is niet perfect.

Resultaten

In deze studie werd de mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid onderzocht. Dit werd gedaan aan de hand van 3 deelvragen. Deze zijn kwalitatief onderzocht. Eerst wordt de eerste deelvraag beantwoord door middel van het weergeven van de meest genoemde factoren per groep (gevormd door hulpbehoevendheid en leeftijd) door ouderen met betrekking tot geestelijke gezondheid. De tweede deelvraag wordt beantwoord door middel van het weergeven van de overeenkomsten en verschillen tussen de genoemde factoren en de 4 groepen. De laatste deelvraag wordt beantwoord door middel van het weergeven van de genoemde factoren die overeenkomen of verschillen van het twee- continua model.

Deelvraag 1: Genoemde factoren met betrekking tot de geestelijke gezondheid.

Oudere niet hulpbehoevende ouderen.

Oudere niet hulpbehoevende ouderen zijn het in grote lijnen met elkaar eens, wat betreft geestelijke gezondheid. Alle deelnemers vinden geloof, helder denken en sociaal contact belangrijk voor een goede geestelijke gezondheid. Tevens noemen ze het gevaar van drugs- en alcoholgebruik voor geestelijke gezondheid. Op de hoogte blijven van het maatschappelijke debat wordt ook belangrijk geacht. Iemand zegt daarover: “...proberen om nog zoveel mogelijke mee te doen met de dingen die er spelen tegenwoordig in de politiek of op maatschappelijk terrein. Ik heb het idee dat je daarvan geestelijk goed in orde blijft”. Lichaam en geest hebben verband, volgens deze groep. Sporten en gezond eten is van belang voor goede geestelijke gezondheid. Iemand geeft daarbij de volgende uitleg: “De ziel zit in het lichaam, totdat je opgeroepen wordt naar boven. Dan scheidt de ziel van het lichaam”. Om goede geestelijke gezondheid te behouden is het belangrijk om dingen op zoeken en niet bij de pakken neer te zitten. Volgens een deelnemer is afleiding zoeken een goede manier om met problemen om te gaan. Problemen horen bij het leven. Instanties worden ook aangedragen als een positief hulpmiddel bij problemen. De meeste deelnemers noemen het tevreden zijn met jezelf, je nuttig voelen, hobby’s, interesses houden, openstaan voor anderen, problemen uitpraten met familie en vrienden en het betrokken blijven als belangrijke dingen voor goede geestelijke gezondheid. Eén deelnemer noemt vakantie. Deze deelnemers noemen tevens veel verschillende oorzaken van een slechte geestelijke gezondheid. Denk hierbij aan sterfte, werkloosheid, ziekte, scheiding, piekeren, slecht slapen, niet alleen kunnen zijn, waanbeelden genetisch aanleg, niet geaccepteerd worden, financiën, de maatschappij niet begrijpen en dingen verkeerd interpreteren. Verder is iemand van mening dat iedereen geestelijk gezond kan worden,

door zich te bekeren en in het reine te komen met God. Alle deelnemers geven aan dat ze niet kunnen oordelen over geestelijke gezondheid van anderen. Iemand zegt bijvoorbeeld: *“Ja, kijk, dat is altijd moeilijk, want ik moet dat beoordelen. Wanneer je dat aan zo iemand vraagt, dan zegt hij meestal dat hij geestelijk gezond is. Op dit moment zou ik dat niet weten”*. Deelnemers geven verder aan dat mensen met een geestelijke stoornis positieve dingen kunnen ervaren. Ze denken hierbij aan muziek en dingen van buitenaf (bijvoorbeeld een goede partner). De deelnemers denken dat iemand met een depressie niet gelukkig kan zijn. Iemand zegt daarbij: *“Als je altijd depressief bent, dan ja... dat kan niet. Dan kan ik me niet voorstellen dat je dan toch gelukkig kunt zijn”*. Verder denken ze dat iemand met een geestelijke stoornis niet kan functioneren, omdat diegene zijn gedachten afdwalen en niet bij de taak blijven. Eén iemand denkt daarbij dat hoe erger de stoornis is, hoe minder goed iemand kan functioneren. Mensen met een psychisch stoornis kunnen een positieve visie hebben op de maatschappij. Dit hangt af van de stoornis. Iemand zegt: *“Nou, dat denk ik inderdaad wel. Ja. Soms dan zie je toch wel dingen waarvan je zegt: daar is hij toch heel opmerkzaam in of daar word dan speciaal opgelet. Dat vind ik wel. Soms kunnen we er ook wel wat van leren”*.

Oudere hulpbehoevende ouderen.

Oudere hulpbehoevende ouderen vinden het belangrijk voor goede geestelijke gezondheid dat iemand nog kan mee komen. Voorbeelden die daarbij genoemd worden zijn een goed geheugen, je goed verstaanbaar kunnen maken, mobiel zijn en het huis netjes houden. Alle deelnemers vinden het belangrijk dat iemand ergens mee bezig is. Bijvoorbeeld met het huishouden of een hobby. Iemand zegt daarover: *“Nou, kijk, als ik na kan denken, dan heb je wat gedaan. Als je niet na kunt denken, dan heb je te weinig gedaan”*. Een deelnemer noemt daarbij dat iets presteren voor hem daarbij belangrijk is. Iets wat tevens alle deelnemers noemen is sociaal contact. Alle deelnemers gaan naar verenigingen. De kerk is daarbij de meest genoemde vereniging. Ook dagopvang, de zorgboerderij en de vrouwenvereniging worden genoemd. Een deelnemer noemde goede herinneringen en tevredenheid met jezelf als iets dat geestelijke gezondheid ten positieve beïnvloed. Een ander refereert naar de kerk. Iemand is geestelijk gezond als diegene een goed Christen is. Verder noemen de deelnemers allemaal dat hun geestelijke gezondheid negatief beïnvloedt is door lichamelijke falen. Door het lichamelijke falen kunnen ze minder goed mee komen en minder goed werken of het huishouden doen. Iemand zegt over een slechte geestelijke gezondheid: *“Nou, dat je in een invalide wagentje zit, bij wijze van spreken. Dat je niks meer kunt. Dat je haast niet lopen kunt”*. Wanneer na een slechte geestelijke gezondheid gevraagd wordt noemen de deelnemers vaak geestelijke stoornissen die een organische oorzaak hebben. De ziekte van Alzheimer, dementie of

het Syndroom van Down werden vaak genoemd. De deelnemers vinden dat, omdat door deze stoornissen mensen niet meer mee kunnen komen en hulp nodig hebben. Tevens wordt weer gesproken over niet mee kunnen komen met andere mensen. Bijvoorbeeld op school of werk. Een deelnemer noemt het tegendraads zijn een slechte geestelijke gezondheid. De meerderheid van de deelnemers vindt dat iemand met een geestelijke stoornis tevens positieve dingen kan ervaren. Ze weten dit uit persoonlijke ervaring. Iemand zegt hierover: *“Een geestelijk gestoorde bedankt je ook voor wat je hem geeft. Daar is niks mis mee dat doen ze”*. Een andere noemt het volgende over een demente vrouw: *“Als ze een gezellige middag gehad heeft, dan bloeit ze helemaal op. Dan weet ze op dat moment dat ze weer licht en dan vindt ze dat toch wel heel mooi”*. Een andere deelnemer zegt dat iemand eerst moet genezen van zijn geestelijke stoornis, voordat diegene iets positiefs kan ervaren. Tegelijkertijd zegt deze deelnemer dat ze wel plezier had in strijken toen ze depressieve symptomen had. De meerderheid van de deelnemers vindt dat het functioneren in het leven beperkt wordt door een stoornis. Mensen met een geestelijke stoornis kunnen niet meer meekomen met andere mensen op gebied van werk en studie. Op andere gebieden kunnen ze wel goed meekomen. Bijvoorbeeld in de kerk of met muziek. Een deelnemer vindt dat iemand met een geestelijke stoornis gewoon kan functioneren in het leven en zegt over zichzelf dat ze goed functioneerde op het werk want *“...dan had ik geen tijd om daaraan te denken”*. Alle deelnemers vinden dat mensen met een geestelijke stoornis zowel een positief als een negatieve visie op de maatschappij en andere mensen kunnen hebben. De deelnemers zeggen dit, omdat ze geen verband zien tussen beiden. Een iemand zegt over de visie van mensen met een geestelijke stoornis op politiek: *“een vindt het ene goed en die de ander. Daar weet ik zo geen antwoord op”*.

Ouderen hebben er moeite mee om geestelijke gezondheid in woorden te omschrijven. Ze vinden het interview moeilijk en weten niet goed wat ze er mee moeten. Een voorbeeld hiervan is dat iemand zegt: *“Ik kan zoiets nooit onder woorden brengen”* en *“Ja, wat moet ik daar op antwoorden. Geestelijke gezondheid: dat is natuurlijk wel mooi”*.

Jongere niet hulpbehoevende ouderen.

Jongere niet hulpbehoevende ouderen hebben een complexe en genuanceerde visie op geestelijke gezondheid. Onder een goede geestelijke gezondheid verstaan ouderen het gelukkig zijn, in balans zijn en alles kunnen managen. Onder slechte geestelijke gezondheid verstaan ze niet gelukkig zijn en het alles niet kunnen managen. Dat iemand zijn emoties niet kan beheersen en dat deze emoties het leven van diegene beheersen. In het algemeen vinden ze dat geestelijke gezondheid iets is wat in gradatie optreedt. Tevens noemen ze veel peilers die geestelijke

gezondheid kunnen beïnvloeden, waaronder sociale omgeving, lichamelijk gezond zijn, genen en werk. De meesten noemen tevens opvoeding, sport, bezig zijn, inzetten voor anderen en jezelf ontwikkelen. Een enkeling noemt tevens geloofsbeleving, optimisme en de draad weer op weten te pakken. Iemand zegt: *“Dat je wel moet blijven leven en mee doen. Want anders zak je best gauw af en vooral onder vrienden blijven en sporten misschien als je dat kan. Clubjes en je inzetten ervoor”*. Tevens worden veel psychische stoornissen genoemd. Denk hierbij aan manische depressiviteit, alzheimer en verslaving aan alcohol of drugs. Ouderen binnen deze leeftijdscategorie vinden dat het niet alleen ligt aan deze peilers, maar ook aan hoe iemand dat zelf ervaart. Tevredenheid en zelfvertrouwen worden daarbij veel genoemd. Iemand zei bijvoorbeeld: *“De ene mens zal zich geestelijk gezond voelen in een bepaalde situatie, terwijl de ander dan denkt: ‘wat een probleem!’”*. Dingen die ouderen noemen die geestelijke gezondheid ten negatieve beïnvloeden zijn jaloezie, schuldgevoelens, asociaal gedrag, instabiele politiek, individualisering van de maatschappij en het geblokkeerd worden door lichamelijke beperkingen of (veranderende) omstandigheden. Iemand zegt: *“Ik bedoel: ook een normaal mens, tussen haakjes, kan natuurlijk wel eens een poos niet geestelijk gezond zijn door alle dingen die om hem heen gebeuren. Zware rouw, sterfgevallen en alcoholisme. Ook daarvan kun je vreselijk veel problemen ondervinden.”*. Tevens denken ze dat het belangrijk is dat je iemand anders deelgenoot kan maken van je problemen. De meesten denken daarbij dat het relativeren van een situatie en de werkelijkheid niet uit het oog verliezen belangrijk is. Om geestelijk gezond te blijven ontspannen ouderen zich; ze proberen te genieten van de kleine dingen en vermijden persoonlijke valkuilen. Om geestelijk gezond te worden, kunnen medicijnen uitkomst bieden, maar ook het veranderen van de leefsituatie. De meeste mensen denken dat het niet mogelijk is om een geestelijke stoornis te hebben en positieve dingen te ervaren. Iemand zegt: *“ik kan alleen maar zeggen dat ik dat hoop. Dat is de enige manier om daaruit te komen”*. Een ander zegt over een alcoholist: *“Je moet eerst een slok gehad hebben om die kater weg te werken. Dus ja, in wezen kan iemand die verslaafd is wel positieve ervaringen hebben. Ik denk dat die die haalt uit het negatieve”*. Een ander noemt tevens nog: *“Nee, iemand die geestelijk gestoord is kan dat niet. Want geestelijk gehandicapt, daar zie je wel geluk in. Dat is een ander leefwereld. Die kunnen heel gelukkig zijn.”* *“Ja, maar dat is niet geestelijk ziek”*. De meeste ouderen vinden het moeilijk om te bepalen of iemand met een geestelijke stoornis kan functioneren in het leven. In eerste instantie zijn ze geneigd om te zeggen dat dit niet kan. Echter, ze weten ook voorbeelden te noemen waarin dit wel zo is. Iemand zegt daarover het volgende over functioneren: *“Ja, maar op een gegeven moment loopt dat wel stuk. Ergens loopt dat stuk. Dat gaat een periode goed, maar zodra je niks aan de oorzaak doet, dan gaat het op de lange termijn altijd mis!”*. De meeste ouderen denken tevens dat het niet mogelijk is voor iemand met een geestelijke stoornis om een

positieve visie op de maatschappij en op andere mensen te hebben. Ze geven hierbij aan dat mensen met een geestelijke stoornis altijd de schuld bij een ander zoeken. Ook kon iemand een voorbeeld aandragen van een depressieve bankdirecteur. Diegene zegt hierover: *“Ja, als ik dan over die bankdirecteur praat, vind ik van wel. Anders zou hij nooit z’n baan kunnen hebben”*. Hierbij wordt ook weer genoemd dat dit alleen tijdelijk goed gaat.

Alle deelnemers gaven bij het beantwoorden van de vragen aan dat ze geen persoonlijke ervaring hebben met de meeste stoornissen of met mensen die geestelijk ongezond zijn. Ze geven aan dat ze niet weten hoe een geestelijke stoornis zou moeten voelen en dat wat ze vertellen is wat ze gehoord hebben. Tevens denken ze dat het mogelijk is dat er veel mensen een geestelijke stoornis hebben zonder dat deze ouderen daar iets van merken, omdat ze zich gelukkig presenteren. Ze benadrukken dan ook dat ze het allemaal niet zeker weten.

Jongere hulpbehoevende ouderen.

Jongere hulpbehoevende ouderen denken bij geestelijke gezondheid voornamelijk aan lichamelijke beperkingen en de invloed daarvan op de psyche, helder zijn in je denken (niet dementeren), nuchter zijn, jezelf zijn, tevreden zijn en activiteiten kunnen doen. Met activiteiten wordt gedacht aan sociale bijeenkomsten en hobby’s. Ouderen vinden dat problemen en verdriet bij het leven horen. Iemand zegt: *“Gezondheid is betrekkelijk” ... “Ik zeg niet dat je altijd maar blij en vrolijk moet zijn. Ik hou van openheid en eerlijkheid. Daar hoort verdriet ook bij”*. De meeste deelnemers willen ook niet teveel bij geestelijke gezondheid stil staan en vinden dat je dag bij dag moet leven. Iemand zegt: *“Dat ik mijn verstand goed houd. De rest komt vanzelf wel. Dat is voor mij het voornaamste”*. Wel vinden ze het belangrijk dat er iets met problemen gedaan wordt. Alle deelnemers noemen daarbij het positieve effect van hulp van instanties. Iemand zegt: *“Ik adviseer vrouwen soms wel aan als ze problemen hebben met kinderen om eens na de psycholoog te gaan”*. De meeste noemen het uiten van emoties en dingen ‘een plek geven’. Een iemand ziet humor als een oplossing van problemen en voor een ander speelt geloof een grote rol. Problemen worden veroorzaakt door teleurstellingen in anderen en het overlijden van iemand, jeugdtrauma’s, piekeren (slaapproblemen) en beperkingen. Iemand zegt daarover: *“Je hebt verschillende dingen, Die heb je zelf niet in de hand en die kun je niet voorkomen”*. Sociaal contact en gezelligheid is voor deze deelnemers belangrijk. Verder vinden de meesten het open staan voor anderen belangrijk. De deelnemers zijn het er over eens dat iedereen uniek is en dat je niet over iemand anders geestelijke gezondheid kunt oordelen. Bovendien denken ze dat iedereen wel iets heeft. Deze deelnemers denken verder dat mensen met een geestelijke stoornis wel positieve dingen kunnen ervaren. De

meeste zeggen dit vanuit eigen ervaring. Iemand zegt daarover: “*Je ervaart het wel, maar je kunt er niks mee*”. De deelnemers weten niet of iemand met een geestelijke stoornis kan functioneren in het leven. Wel denken ze dat iedereen iets positiefs kan bijdragen aan de maatschappij. Een deelnemer noemt dat medicatie kan helpen bij het functioneren. Een andere deelnemer is echter fel tegen medicatie (voor het oplossen van psychische problemen). De meesten denken dat iemand met een geestelijke stoornis een positieve visie op de maatschappij kan hebben. Een iemand denkt daarbij dat dit afhankelijk is van de stoornis. Andere dingen die nog genoemd werden, was het hebben van plezier, vertrouwen in anderen en het werken op niveau.

Deelvraag 2: Verschillen en overeenkomsten in het noemen van factoren door hulpbehoevendheid en leeftijd.

Oudere ouderen en jongere ouderen (factor leeftijd) verschillen op een aantal punten met betrekking tot hun visie op de geestelijke gezondheid, maar er zijn ook veel overeenkomsten. Hier zullen eerst de verschillen en daarna de overeenkomsten besproken worden. De verschillen tussen jongere ouderen en oudere ouderen zijn de factoren die ze belangrijk vinden voor een goede geestelijke gezondheid, het oplossen van problemen, de perceptie van problemen en psychopathologie. Oudere ouderen vinden helder kunnen denken over dingen, het hebben van werk, betrokken blijven en het volgen en participeren van het maatschappelijk debat belangrijk. Jongere ouderen noemen dit niet en noemen een scala aan andere factoren die invloed hebben op de geestelijke gezondheid: plezier, gezelligheid, sociale omgeving, veranderende omstandigheden, schuldgevoelens, jaloezie, asociaal gedrag, medicijnen, teleurstellingen in anderen, overlijden, jeugdtrauma en opvoeding. Voor het oplossen van problemen noemen oudere ouderen het zoeken van afleiding. Jongere ouderen noemen bij het oplossen van problemen: praten over problemen, humor en dingen een plek geven. Verder denken jongere ouderen ook anders over problemen. Ze vinden dat problemen en verdriet bij het leven horen en dat problemen opgelost dienen te worden. Oudere ouderen staan hier niet bij stil. Een ander verschil tussen jongere en oudere ouderen is dat oudere ouderen bij psychopathologie alleen denken aan stoornissen met een organische ziekte zoals Alzheimer en dementie. Jongere ouderen denken hier ook aan, maar noemen tevens stoornissen met een minder duidelijke organische oorzaak, zoals depressie en verslavingen aan alcohol en drugs. Verder zijn oudere ouderen en jongere ouderen het over veel dingen eens. De overeenkomsten zijn de verbanden tussen de continua, ervaring van geestelijke gezondheid, het verband tussen lichaam en geest en een aantal losse factoren die hieronder genoemd zullen worden. Een overeenkomst tussen de groep jongere ouderen en de groep oudere ouderen is dat de deelnemers overeenkomen in hun antwoorden met betrekking tot psychopathologie en het hebben van positieve ervaringen,

functioneren en een positieve visie op de maatschappij. De jongere en oudere ouderen komen overeen in hun diversiteit in antwoorden. Jongere en oudere ouderen noemen beiden dat geestelijke gezondheid te maken heeft met de eigen ervaringen en dat tevredenheid met het leven, tevredenheid met jezelf en zelfvertrouwen belangrijke factoren zijn. Jongere en oudere ouderen denken tevens dat lichaam en geest in verband staan met elkaar. Lichamelijke ziekten en lichamelijke verzorging door middel van sporten en gezond eten hebben invloed op geestelijke gezondheid. Verder vinden ze allebei geloof, sociaal contact, sociale bijeenkomsten, goed geheugen, hobby's, interesses, goed mee kunnen komen en activiteiten kunnen doen belangrijk voor een goede geestelijke gezondheid.

Hulpbehoevende ouderen en niet-hulpbehoevende ouderen verschillen in hun visie met betrekking tot de geestelijke gezondheid op veel gebieden, maar er zijn ook veel overeenkomsten. Eerst zullen de verschillen besproken worden en daarna de overeenkomsten. Hulpbehoevende ouderen zijn divers in hun mening en visie op de geestelijke gezondheid. Doordat hulpbehoevende ouderen niet veel dezelfde factoren noemen, die niet-hulpbehoevende ouderen niet noemen, worden hier ook weinig factoren voor deze groep besproken. De enige factor die alle hulpbehoevende ouderen noemen die niet-hulpbehoevende ouderen niet noemen, is dat het huishouden op orde dient te zijn voor een goede geestelijke gezondheid. Niet-hulpbehoevende ouderen noemen vaak dezelfde factoren die hulpbehoevende ouderen niet noemen. Niet-hulpbehoevende ouderen noemen het hebben van werk, scheiding, drugs en alcohol, jezelf nuttig voelen, piekeren, waanbeelden, veranderende leefsituatie, instabiele politiek, individualisering, genetische aanleg, dingen verkeerd interpreteren. Tevens vinden niet-hulpbehoevende ouderen dat iets een probleem is als iemand zijn of haar emoties niet meer kan beheersen. Een probleem kan opgelost worden door niet bij de pakken neer te zitten, afleiding te zoeken, over problemen te praten, te ontspannen en te relativiseren. Verder vinden niet-hulpbehoevend ouderen dat iemand met psychopathologie niet kan functioneren, omdat iemand dan de gedachten niet bij de taak kan houden. Er zijn tevens overeenkomsten tussen hulpbehoevende ouderen en niet-hulpbehoevende ouderen. Beiden vinden dat de volgende factoren van invloed zijn op de geestelijke gezondheid: lichamelijke gezondheid, een goed geheugen, activiteiten kunnen doen, gezelligheid, sociaal contact en sociale bijeenkomsten. Tevens noemen ze als toevoeging tevreden zijn met jezelf en met het leven. Het geloof vinden de beide groepen ouderen tevens belangrijk. Volgens beide groepen ouderen kan iemand met psychopathologie tevens positieve dingen ervaren. Over psychopathologie en een positieve visie op de maatschappij komen hulpbehoevende ouderen en niet-hulpbehoevende ouderen overeen in hun diversiteit van antwoorden.

Concluderend kan gezegd worden dat de factoren, die genoemd worden om geestelijke gezondheid te definiëren, verschillen door leeftijd en hulpbehoevendheid. Oudere ouderen noemen vaak factoren met betrekking tot de samenleving en lichamelijke klachten. Een voorbeeld hiervan zijn de factoren werk en mobiliteit, terwijl jongere ouderen meer factoren noemen die met de psychologisering van de samenleving te maken heeft. Een voorbeeld hiervan is het noemen van de factor opvoeding. Verder hebben jongere ouderen een actievere copingsstrategie. Oudere ouderen staan niet stil bij copingsstrategieën. Tevens denken oudere ouderen bij psychopathologie meer aan stoornissen met een organische oorzaak, zoals Alzheimer. Jongere ouderen noemen tevens stoornissen met een minder duidelijke organische oorzaak, zoals depressie. Verder zijn er verschillen in het noemen van factoren door hulpbehoevendheid. Hulpbehoevende mensen vertellen hun mening en visie vanuit hun eigen ervaring, terwijl niet-hulpbehoevende ouderen hun mening meer vanuit een bepaald idee of visie vertellen. Zo noemen hulpbehoevende ouderen bijna geen factoren die andere hulpbehoevende ouderen ook noemen en die niet-hulpbehoevende ouderen niet noemen. De enige factor die de meeste hulpbehoevende ouderen anders noemden dan niet-hulpbehoevende ouderen was de factor het op orde hebben van het huishouden. Dit terwijl niet-hulpbehoevende ouderen wel veel factoren noemen die hulpbehoevende ouderen niet noemde. De factoren die niet-hulpbehoevende ouderen noemen zijn factoren met de thema's politiek, moeilijke levensomstandigheden, eigen ervaringen van dingen, emoties en copingsstrategieën.

Het twee- continua model bij ouderen.

Ouderen noemen veel factoren wanneer hen na hun visie op geestelijke gezondheid gevraagd wordt. Onder de factoren bevinden zich elementen van positieve geestelijke gezondheid en syndromen van psychopathologie. Tevens hebben ze gedachten over de verbanden tussen positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie

Ouderen noemen veel verschillende vormen van psychopathologie. De meeste genoemde stoornissen zijn achtereenvolgens stoornissen door lichamelijke aandoening, cognitieve stoornissen en aanpassingsstoornissen. De genoemde voorbeelden hierbij zijn voornamelijk stoornissen die met ouder worden te maken hebben. Stoornissen die door circa de helft van de deelnemers genoemd werden, zijn achtereenvolgens stemmingsstoornissen, stoornissen kind en adolescent, stoornis door psychoactieve stoffen, psychotische stoornissen, Dissociatieve stoornis, slaapstoornis en angststoornis. De deelnemers noemen deze voorbeelden, omdat ze daar via de media van gehoord hebben of doordat ze persoonlijke ervaringen hebben met desbetreffende stoornissen. Stoornissen die door een enkele deelnemer genoemd werden, zijn persoonlijkheidsstoornissen en stoornissen in

de impulscontrole. Stoornissen die niet genoemd werden, waren eetstoornissen, somatoforme stoornissen en seksuele stoornissen.

Ouderen noemen alle elementen van positieve geestelijke gezondheid. De meeste deelnemers noemen achtereenvolgens positieve relaties met anderen, sociale contributie, sociale integratie, tevredenheid met het leven, geluk, zelfacceptatie en sociale actualisatie. Deelnemers geven hierbij aan dat dit van belang is in hun eigen leven. Circa de helft van de deelnemers noemt achtereenvolgens de elementen persoonlijke groei, sociale acceptatie, sociale samenhang, bestemming in het leven, interesse in het leven en autonomie.

Ouderen vinden het moeilijk om verbanden tussen psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid te benoemen. De meeste ouderen denken dat iemand met psychopathologie tevens positieve dingen kan ervaren. De meesten geven hierbij aan dat dit afhankelijk is van de stoornis. Een klein deel van de deelnemers denkt dat iemand met psychopathologie kan functioneren. De meeste deelnemers denken dat het iemand met psychopathologie niet kan functioneren, omdat diegene de gedachten niet bij de taak kan houden. Circa de helft van de deelnemers denkt dat iemand met psychopathologie een positieve visie op de maatschappij kan hebben. De andere helft denkt dat dit niet mogelijk is, omdat iemand met psychopathologie negatief tegenover alles staat. Onder de deelnemers zitten ook mensen die geen verband zien tussen psychopathologie en het hebben van een positieve visie op de maatschappij. Enkele deelnemers geven aan dat psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid verband hebben met elkaar. Ze weten echter niet hoe. Een deel geeft aan dat positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie elkaar op de een of andere manier beïnvloed en dat een goede geestelijke gezondheid met name om evenwicht in het leven draait. Ouderen uit alle groepen noemen tevens een andere factor wanneer hen na hun mening over geestelijke gezondheid gevraagd wordt. De meeste deelnemers zeggen dat geloof een grote rol speelt in hun geestelijke gezondheid. Opvallend is hierbij dat de visie op de geestelijke gezondheid van deelnemers die geloof noemen geheel gekleurd is door de factor geloof.

Concluderend zien ouderen geestelijke gezondheid als een combinatie van elementen van positieve geestelijke gezondheid, stoornissen van psychopathologie en geloof. Ouderen vinden het echter moeilijk om een model van de gehele geestelijke gezondheid te beschrijven. Ze beschrijven dan ook niet expliciet een model voor de geestelijke gezondheid en dus ook niet het twee- continua model. Er zijn een aantal aanwijzingen die er op duiden dat ouderen de geestelijke gezondheid volgens het twee- continua model zien en er zijn een aantal aanwijzingen tegen deze stelling. Aanwijzingen die voor het twee- continua model pleiten zijn ten eerste dat de meeste deelnemers

aspecten van psychopathologie en van positieve geestelijke gezondheid noemen. Bovendien zijn alle mogelijke vormen en elementen van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid minstens een keer genoemd door een deelnemer. Er op duidende dat de deelnemers geestelijke gezondheid niet alleen zien als een afwezigheid van psychopathologie maar dat tevens positieve geestelijke gezondheid van belang is. Verder geeft een aantal deelnemers aan dat psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid verband heeft met elkaar en dat een goede geestelijke gezondheid met name om een evenwicht in het leven gaat. Hierin zijn elementen van het twee-continua model terug te vinden. Het verband tussen de twee continua zou als een evenwicht verwoord kunnen worden. Tenslotte beschrijven veel ouderen een duidelijke model van de geestelijke gezondheid waarin geloof centraal staat. Een goed Christen zijn staat daarbij gelijk aan goede geestelijke gezondheid. Geen Christen zijn en slechte geestelijke gezondheid gaan daarbij niet perse samen. Omdat slechte geestelijke gezondheid en geen Christen zijn niet perse samengaat, duidt dit op een model met twee continua, waarin de twee continua wel gerelateerd zijn, maar de relatie niet perfect is. Dit verband tussen de continua komt overeen met het twee-continua model. Aanwijzingen die tegen het twee-continua model pleiten, zijn die ouderen die geloof centraal stellen. Geloof is echter niet terug te vinden in het twee-continua model. Verder zien sommige deelnemers verband tussen positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie. Echter, zij weten niet hoe dit zich verhoud.

Discussie

Het doel van deze studie was onderzoeken wat de mening en visie van ouderen was op geestelijke gezondheid. Het was voor het eerst dat op dusdanige wijze onderzoek was gedaan naar geestelijke gezondheid van ouderen. Het was interessant de factoren die mensen noemen wanneer hen naar geestelijke gezondheid werd gevraagd te onderzoeken en te vergelijken met het twee-continua model. Hierdoor kon gekeken worden wat de mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid was en of het twee-continua model hierin terug te vinden was.

Conclusie

De mening en visie van ouderen op geestelijke gezondheid is complex. Ouderen noemen veel verschillende factoren die overeenkomen met zowel positieve geestelijke gezondheid als psychopathologie. Zo noemen bijna alle deelnemers de volgende factoren: geloof, een gezond lichaam, psychopathologie, sociaal contact, een goed geheugen, activiteiten kunnen doen en tevreden zijn met jezelf. De genoemde factoren komen voor een deel overeen met de verschillen in geestelijke gezondheid tussen volwassenen en ouderen. Het noemen van lichamelijke klachten en een goed geheugen bij geestelijke gezondheid komt overeen met het feit dat ouderen meer somatiseren dan volwassenen (Kuin, 2006). Dit komt overeen met het feit dat ouderen psychische klachten eerder zouden omschrijven als somatische klachten, zoals een slecht geheugen, onrust en agitatie. Het noemen van factoren met betrekking tot tevreden zijn met jezelf komt overeen met de emotionele rijping die met het ouder worden plaats heeft (Blanchard-Fields & Irion, 1988). Door de rijping kunnen ouderen beter omgaan met het proces van ouder worden en nog steeds tevreden blijven met hen zelf. Bij de factor sociaal contact geven veel ouderen het sociaal contact dat ze via verschillende verenigingen hebben aan (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Messelroade, 2000). Warme en vertrouwde relaties worden niet specifiek genoemd. Dit is niet in overeenstemming met de onderzoeken die aantonen dat ouderen selectiever worden in het zoeken van sociaal contact. Mogelijk is dit te verklaren, doordat veel van de partners van de deelnemers overleden waren of doordat de helft van de deelnemers hulpbehoevend was. Uit deze levensverandering komt mogelijk een behoefte aan nieuwe of meer contacten voort.

De factoren die ouderen noemen verschillen door leeftijd en hulpbehoevendheid. Oudere en jongere ouderen verschillen op veel punten met betrekking tot hun mening en visie op geestelijke gezondheid. Er zijn echter ook veel overeenkomsten. Oudere ouderen noemen helder denken, het hebben van werk en het volgen van en participeren in het maatschappelijk debat belangrijk voor

goede geestelijke gezondheid. Oudere ouderen staan niet stil bij problemen. Bij psychopathologie denken ze vaak alleen aan organische stoornissen zoals dementie en Alzheimer. Tevens noemen ze meer lichamelijke klachten dan jonge ouderen. Jongere ouderen noemen in vergelijking met oudere ouderen veel meer factoren. Daarbij denken ze aan geluk, opvoeding, problemen in het leven, jeugdtrauma's, emoties en oplossingsstrategieën voor problemen. Tevens noemen jongere ouderen meer soorten psychopathologie.

De meeste factoren die oudere ouderen noemen, komen overeen met de generatie waar oudere ouderen toebehoren (Diepenstraten, Vinken & Ester, 2008). Hard werken en somberheid vormen daarbij belangrijke peilers. Het volgen van en participeren in het maatschappelijke debat hoort echter meer bij de generatie van de jongere ouderen. Het noemen van de factor maatschappelijke debat komt tevens niet overeen met de onderzoeken naar persoonlijkheid, waarin gevonden is dat oudere ouderen minder sociale inbreng hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de gemiddelde leeftijd onder de oude ouderen laag is. Hierdoor kan het voorkomen dat er wat overlap is tussen beide generaties. Het feit dat jongere ouderen veel meer factoren noemen, komt overeen met de generatie waartoe zij behoren (Diepenstraten, Vinken & Ester, 2008). In deze generatie is zelfontplooiing, hoger onderwijs en individualisatie belangrijk. Het noemen van meer factoren komt mogelijk overeen met een beter persoonlijke ontwikkeling. Onder de genoemde factoren mist echter wel democratie en maatschappelijke participatie. Hiervoor is geen duidelijke verklaring aan te dragen. Verder staan oudere ouderen niet stil bij problemen. Dit komt overeen met onderzoek dat aantoonde dat ouderen emotioneel rijper zijn dan jongere mensen en daardoor betere copingstrategieën hebben (Blanchard-Fields & Irion, 1988). Hierdoor hoeven ouderen mogelijk minder bewust stil te staan bij het omgaan met problemen, terwijl de jongere ouderen hier nog wel bewust over moeten nadenken.

Hulpbehoevende ouderen verschillen van niet-hulpbehoevende ouderen. Hulpbehoevende ouderen hebben een diverse mening en visie op geestelijke gezondheid. De enige overeenkomst in genoemde factoren, die niet-hulpbehoevende ouderen niet noemden, was dat ze allen vonden dat het op orde hebben van het huishouden belangrijk was voor goede geestelijke gezondheid. Factoren die bij elke ziekte naar boven komen, zoals problemen, worden wel door alle hulpbehoevende deelnemers genoemd. Niet-hulpbehoevende mensen noemen veel factoren, waaronder problemen in het leven, psychopathologie, individualisering, maatschappelijke participatie, genetische aanleg, interpretatie van dingen, het niet kunnen beheersen van emoties, oplossingsstrategieën voor problemen en het politiek klimaat. Dat hulpbehoevende ouderen een diverse mening en visie hebben, komt overeen met onderzoek waaruit blijkt dat de prevalentie van psychopathologie onder

deze groep samenhangt met het soort ziekte of beperking dat deze mensen hebben (Jakobsson, Kristensson, Hallberg & Midlo, 2011). Het is mogelijk dat het soort ziekte van de hulpbehoevende ouderen tevens hun menig heeft gekleurd. Mogelijk beantwoorden hulpbehoevende ouderen meer vanuit hun eigen ervaring en niet-hulpbehoevende mensen meer vanuit een idee of visie die ze hebben.

Ouderen noemen wanneer hen gevraagd wordt naar hun mening en visie op de geestelijke gezondheid niet expliciet de verbanden van het twee- continua model (Keyes, 2005). Dit onderzoek geeft echter wel aanwijzingen voor de stelling dat de mening van ouderen overeenkomen met het twee- continua model. Tevens zijn er aanwijzingen tegen deze stelling. Een aanwijzing voor deze stelling was dat ouderen stoornissen, elementen en symptomen van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid noemen. Een andere aanwijzing was dat de meeste ouderen een model van geestelijke gezondheid beschrijven, waarin geloof centraal staat. Een goed Christen zijn komt daarbij overeen met goede geestelijke gezondheid hebben. Niet-christelijk zijn komt daarentegen niet gelijk overeen met slechte geestelijk gezondheid. Dit duidt op een model met twee- continua die gerelateerd zijn, maar waarbij de relatie niet perfect is. Dit komt overeen met het twee- continua model. Aanwijzingen tegen de stelling dat de mening en visie van ouderen overeenkomen met het twee- continua model was dat sommige ouderen aangaven niet te weten wat het verband tussen de continua waren. Een andere aanwijzing was dat ouderen geloof centraal stellen in een model voor geestelijke gezondheid. Dit komt niet overeen met het twee- continua model, omdat geloof geen onderdeel vormt van het twee- continua model (Keyes, 2005). Verder noemen ouderen de verbanden tussen het twee- continua model niet expliciet of zij hebben geen ideeën over de verbanden. Dit is niet vreemd. Het twee- continua model is in de wetenschappelijke literatuur een vrij nieuwe stroming en is bovendien erg abstract (Keyes, 2005). Mogelijk hebben deze ontwikkelingen het publiek nog niet bereikt. Tenslotte komt het centraal stellen van geloof bij geestelijke gezondheid overeen met de generatie waar alle ouderen uit komen (Lijphart, 1990). Dit was een tijd, waarbij geloof en de verzuiling (verschillende geloven hadden eigen kerken, politieke partijen en omroepen) centraal stonden.

Limitaties van de studie

Dit onderzoek heeft een aantal limitaties. De limitaties zijn onder meer de populatie, het onderzoeksopzet en het interviewschema. Ten eerste is de populatie een limitatie. De populatie is een limitatie, omdat alle deelnemers woonachtig zijn in Twente en zich binnen het sociaal netwerk van de onderzoeker bevinden. Mogelijk beïnvloedde dit de resultaten (Hoogstraten, 2004). Verder

is de onderzoeksopzet een limitatie. In dit onderzoek is niet gebruik gemaakt van controlerende factoren voor de plaats in de tijd. Recentelijk heeft een skiongeluk plaatsgevonden, waarbij prins Friso in een coma terecht is gekomen. Een aantal deelnemers noemde in de interviews het koningshuis of het ongeval van prins Friso. Hierdoor waren mogelijk organische psychopathologie en lichamelijk aandoeningen geprimeed, waardoor zij eerder genoemd werden (Gray, 2007). Mogelijk komt dit in een soortgelijk onderzoek dat later plaatsvindt niet in dezelfde mate naar boven. Een andere limitatie is het interviewschema. Ten eerste was het interviewschema te moeilijk voor de groep hulpbehoevende, oudere ouderen. Mogelijk komt dit, doordat deze groep het laagst opgeleid is van alle groepen en hierdoor moeite hebben met de vraagstelling. Een andere verklaring is mogelijk dat doordat hulpbehoevende ouderen minder mobiel zijn en dus meer aan huis gebonden zijn dan niet-hulpbehoevende ouderen minder van de psychologisering van de samenleving mee gemaakt hebben. Doordat zij het laagst opgeleid zijn en mogelijk minder kennis hebben van de psychologie is het interview mogelijk te moeilijk voor deze groep. Verder is er gekozen voor een semigestructureerd interview. Mogelijk beïnvloedde dit de antwoorden die de deelnemers gaven (Hoogstraten, 2004). Het is mogelijk dat wanneer gebruik was gemaakt van een gestructureerde interview dat meer toegespitst was op het twee- continua model meer informatie boven was gekomen over de mening en visie van ouderen op het twee- continua model. Verder is het mogelijk dat de deelnemers tevens nog andere factoren belangrijk vonden van geestelijke gezondheid, maar hier tijdens het interview door het semigestructureerde interview niet op kwamen.

Aanbeveling voor toekomstig onderzoek

Dit onderzoek biedt een goede exploratie van de mening en visie van ouderen op geestelijke gezondheid. In dit onderzoek kwam de verwevenheid van geloof en de mening en visie van ouderen op de geestelijke gezondheid sterk naar voren. Dit is belangrijke informatie voor interventies en onderzoeken naar geestelijke gezondheid van ouderen. Interventies kunnen zich erop richten ouderen een breder perspectief op geestelijke gezondheid te leren dan alleen geloof. Tevens kan bij een interventie geloof bijvoorbeeld als thema mee genomen worden. Er zal nog meer onderzoek gedaan dienen te worden naar de mening en visie van ouderen op geestelijke gezondheid. Hieronder volgen een aantal aanbevelingen. De eerste aanbeveling is om spiritueel welbevinden (geloof) mee te nemen in onderzoek naar geestelijke gezondheid van ouderen. Spiritueel welbevinden wordt al meegenomen in verschillende studies. Zo is bijvoorbeeld al gesteld dat spiritueel welbevinden bij mensen met kanker positief geassocieerd is met kwaliteit van leven, coping en hoop. Tevens is spiritueel welbevinden negatief geassocieerd met depressie, angst, rouw om eindigheid van het

leven en lichamelijke symptomen (Berg van den, Garssen, Jager Meezenbroek de, Visser, 2005). Een andere aanbeveling is gebruik te maken van een andere populatie. De populatie dient daarbij uit geheel Nederland te komen en niet alleen uit het sociaal netwerk van de onderzoeker. Een andere aanbeveling is dat er gebruik gemaakt kan worden van een ander interviewschema. Daarbij kan gedacht worden aan een meer gestructureerd interview, waarbij er specifiek naar de mening en visie op de verbanden van het twee- continua model gevraagd wordt. Tevens is het belangrijk om in een gestructureerd interview geloof en de verwevenheid van lichamelijke gezondheid en geestelijke gezondheid mee te nemen.

Algemene conclusie

De hoofdlijn van deze studie was het twee- continua model bij ouderen. Uit eerder onderzoeken was al gebleken dat psychopathologie andere prevalenties hadden en zich anders presenteerde bij ouderen dan bij volwassenen (Keyes & Westerhof, 2010). Tevens was gebleken dat ouderen een hoger emotioneel welbevinden en een lager psychologisch welbevinden hadden (Keyes & Westerhof, 2010). Een aantal andere verschillen tussen volwassenen en ouderen zijn gevonden in de generatie (Diepenstraten, Vinken & Ester, 2008), persoonlijkheid (Terracciano, McCrae & Costa, 2006), coping (Blanchard-Fields & Irion, 1988), sociaal contact (Carstensen, Pasupathi, Mayr & Nesselrode, 2000) en emoties (Charles, Reynolds & Gatz, 2001). Hierdoor rees de vraag of het twee- continua wel paste bij geestelijke gezondheid van ouderen. In dit onderzoek zijn aanwijzingen voor en tegen een twee- continua model voor ouderen gevonden. Aanwijzingen voor het twee- continua model zijn gevonden in de effectstudie naar Op verhaal komen. Bij de effectstudie bleek dat de voorspellende verbanden tussen de continua volgens het twee- continua model waren. Verder paste een model met twee continua beter bij de data dan een model met een continua. Verder was bij geestelijke gezondheid van ouderen te zien dat elke combinatie van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid mogelijk was. Dit was te zien doordat elke combinatie aanwezig was onder de ouderen. Tevens waren de meeste voorspelde verhouding van de ouderen tussen de combinatie van wel/geen psychopathologie en florerende/ niet florerende positieve geestelijke gezondheid naar verwachting. Uit de lekenstudie naar ouderen bleek dat ouderen alle elementen, stoornissen en symptomen van psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid noemen wanneer hen naar geestelijke gezondheid gevraagd worden. Verder geven ouderen impliciet blijk van een begrip van geestelijke gezondheid volgens het twee- continua model. Aanwijzingen tegen het twee- continua model bij ouderen zijn dat de verandering van angst bij de effectstudie naar Op verhaal komen geen voorspellend verband had met positieve geestelijke gezondheid na de interventie. Een andere aanwijzing is de verandering op de continua bij de effectstudie niet volgens verwachting liep. Aangezien veel deelnemers gelijk bleven op de continua en er na de interventie meer deelnemers dan verwacht psychopathologie hadden en niet florerend waren. Tenslotte kwam in de studie na het lekenperspectief naar voren dat ouderen geloof centraal stellen in een model voor geestelijke gezondheid. Geloof vormt echter geen element van het twee- continua model. De aanwijzingen tegen het twee- continua model konden echter bijna allemaal weerlegd worden. Om dit te bevestigen zal er nog meer onderzoek gedaan worden. Een aanwijzing tegen het

twee- continua model kon echter niet weerlegd worden. Dit is omdat de meeste ouderen geloof een centrale plek geven in een model voor geestelijke gezondheid. In de toekomst zal geloof (spiritueel welbevinden) dan ook meegenomen dienen te worden in onderzoeken naar geestelijke gezondheid van ouderen en bij het ontwikkelen van interventies voor ouderen. Geconcludeerd kan gezegd worden dat het twee- continua model geschikt bevonden wordt voor het beschrijven van geestelijke gezondheid van ouderen. Er is echter meer onderzoek nodig om dit te bevestigen.

Referenties

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning health promotion programs, an intervention mapping approach*. Jossey-Bass: San Francisco.
- Berg van den, M., Garssen, B., Jager Meezenbroek de, E. & Visser, A. (2005). Omgaan met kanker: de rol van spiritualiteit. *Gedrag & gezondheid*. 33, 122- 132.
- Blanchard-Fields, F., Irion, J.C. (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. *Psychology and Aging*. 3, 190- 203.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M. Cuijpers, P. & Smith, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*. 11, 291–300.
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R. & van Sonderen E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D, Een handleiding*. Groningen: Stichting Drukkerij C. Regenboog
- Broeke ten, E., Korrelboom, K. & Verbraak, M. (2009). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie; Protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Coutinho.
- Carstensen, L.L., Fung, H.H. & Charles, S.T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*. 27, 103- 123
- Charles, S.T., Reynolds, C.A. & Gratz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of personality and social psychology*. 80, 136- 151.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin* 112, 155-159.
- Diepstraten, I., Vinken, H. & Ester, P. (2008). *Mijn generatie, tien jaar later generatiebesef, jeugdervaringen en levenslopen in Nederland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Gray, P. (2007). *Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Gerritsen, D. & Steverink, N. (2006). Kwaliteit van leven. Pot, A.M., Kuin, Y. & Vink, M. *Handboek ouderen psychologie* (pp. 252-365). Utrecht: De tijdstroom.

- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the community: The pathway to psychiatric care*. Londen: Tavistock Publications.
- Gommer, A.M. & Poos, M.J.J.C. (2010). Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 15 juni 2010 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-enziekte/ziekten-en-aandoeningen/welke-ziekten-hebben-de-hoogste-prevalentie/>
- Hoogstraten, J. (2004). *De machteloze onderzoeker. Voetangels en klemmen van sociaalwetenschappelijk onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Jakobsson, A.U., Kristensson J.B., Hallberg, I.R.B.C. & Midlo P.V.A. (2011). Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: An explorative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 52: 290- 294
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behaviour*. 43, 207- 222.
- Keyes, C.L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*. 76:395-402.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 539–548.
- Keyes, C.L.M. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). Verkregen op 28 april, 2011, via <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., Rooy van, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana- speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 15, 181–192.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T. & Smith, F. (2009). Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. *BMC Public Health*. 9, 250-261.

- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J., Cappeliez, P., Smit, F. (2011). Life-review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*.
- Kropfa, N.P. & Tandy, C. (1998). Narrative therapy with older clients. *Clinical Gerontologist*. 18, 3-6.
- Kuin, Y. (2006). Emotie en stemming. Pot, A.M., Kuin, Y. & Vink, M. *Handboek ouderen psychologie* (pp. 252-365). Utrecht: De tijdstroom.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T, ten Klooster, P.M. en Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*. 67, 99-110.
- Lijphart, A. (1990). Verzuiling, pacificatie en kentering in de Nederlandse politiek. Verkregen op 18 augustus 2012 via http://www.dbnl.org/tekst/lijp001verz01_01/
- Moore, D.S. & McCabe, G.P. (2004). Introduction to the practice of statistics. New York, Freeman.
- Raaij de, E.J. & Schroder, C.D. (2008). Ziektepercepties; Wat kan de fysiotherapeut ermee? *FysioPraxis*. Verkregen op 14 april 2012 via http://www.ziekteperceptie.nl/Ziekteperceptie/Ziekteperceptie_files/Ziektepercepties%20wat%20kan%20de%20fysiotherapeut%20ermee.pdf
- Schnabel, P. (2010). Epiloog van generatiebeeld tot generatiebeleid. Verkregen op 1 augustus 2012 via <http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFkQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.scp.nl%2Fdsresource%3Fobjectid%3D27251%26type%3Dpdf&ei=MgAZUI3LN-as0QWSwYHgCQ&usq=AfQjCNEP4aOB3czZknca9wM485834veaCg>
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M. & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *American Psychological Association* 19, 272-277

- Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Terracciano, A., McCrae, R.R. & Costa, P.T. (2006). Longitudinal trajectories in guildford-Zimmerman temperament survey data: Results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Journal of gerontology*. 2, 108- 116.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (2011). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Boom.
- Westerhof, G. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Geestelijke Volksgezondheid*. 63, 808-820.
- Westerhof, G. & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*. 17, 110-119.

Bijlage

Bijlage 1: Interview

Interview

Welkom. Bedankt dat u mee wilde werken aan dit interview. (Voorstellen.) U doet mee aan dit interview, omdat ik u onlangs benaderd hebt om te participeren in dit onderzoek. Ik doe dit interview in het kader van mijn masteropdracht. Het doel van dit interview is te onderzoeken wat de meningen en visies zijn van 55-plussers met betrekking tot geestelijke gezondheid. Het interview zal beginnen met wat algemene vragen. Vervolgens gaan we het hebben uw visie op geestelijke gezondheid en bepaalde aspecten van geestelijke gezondheid. Het interview zal ongeveer een uur duren. Dit interview zal volledig anoniem verwerkt worden. De gegevens uit dit interview zullen op een zodanige manier verwerkt worden, zodat het onwaarschijnlijk is dat iemand nog zal kunnen achterhalen dat ze van u zijn. In het verslag zal gewerkt worden met citaten. Mocht u zich niet prettig voelen bij het beantwoorden van een vraag, dan bent u niet verplicht deze te beantwoorden. Indien u een vraag niet begrijpt, voelt u zich dan vrij om dit aan te geven. Ik zou dit interview graag willen opnemen, zodat ik alle informatie die u geeft nog eens kan terugluisteren. De opnames zullen alleen door mijn begeleiders en mij beluisterd worden. Stemt u hiermee in?

Wat is u geslacht?

Man

Vrouw

Wat is uw leeftijd?

.....

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Geen opleiding

Basisonderwijs

Lager beroepsonderwijs

- O MAVO, M(ULO), 3-jarige HBS, VMBO
- O Middelbaar beroepsonderwijs(MBO)
- O 5-jarige HBS, HAVO, MMS, atheneum, gymnasium
- O Hoger beroepsonderwijs(HBO)
- O Wetenschappelijk onderwijs(WO).

Visie op geestelijke gezondheid.

1. Wat verstaat u onder geestelijke gezondheid?
(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)
2. Hoe zou u een goede geestelijke gezondheid omschrijven?
(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)
3. Wat is belangrijk voor een goede geestelijke gezondheid?
(Doorvragen: Wat is u definitie van ...? / Waarom vind u dat belangrijk?)
4. Hoe zou u een slechte geestelijke gezondheid omschrijven?
(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)
5. Wat veroorzaakt een slechte geestelijke gezondheid?
(Doorvragen: Wat is u definitie van ...? / Waarom denkt u dat dit een oorzaak is?)

Persoonlijke ervaring

6. Kent u iemand die echt geestelijke gezond is?
7. Waarom vind u dat deze persoon geestelijk gezond is?

(Indien de ondervraagde de vraag niet begrijpt: Wat zijn kenmerken van deze persoon die maken dat deze persoon geestelijk gezond is?)

(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)

8. Kent u iemand die niet geestelijke gezond is?
9. Waarom vind u deze persoon niet geestelijk gezond?

(Indien de ondervraagde de vraag niet begrijpt: Wat zijn kenmerken van deze persoon die maken dat deze persoon niet geestelijk gezond is?)

(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)

10. Ervaart u zichzelf als geestelijk gezond? Waarom?

(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)

11. Wat doet u om geestelijk gezond te blijven of te worden?

(Doorvragen: Kunt u hier iets meer over vertellen? / Wat is u definitie van ...?)

Twee- continua model

De volgende paar vragen hebben betrekking op een geestelijke stoornissen. Met een geestelijke stoornis bedoelen we bijvoorbeeld depressie of verslavingen.

12. Kan iemand met een geestelijke stoornis ook positieve dingen ervaren?

(Bijvoorbeeld: geluk en plezier ervaren in dingen.)

(Doorvragen: En andersom?/ In welke mate kan dit? (Indien de ondervraagde de vraag niet begrijpt: Kan iemand die een ernstige depressie heeft ook erg gelukkig zijn?)/ heeft u hier een voorbeeld van?)

13. Kan iemand met een geestelijke stoornis goed functioneren in het leven?

(Bijvoorbeeld op het gebied van werk en studie).

(Doorvragen: En andersom?/ In welke mate kan dit? (Indien de ondervraagde de vraag niet begrijpt: Kan iemand die een ernstige depressie heeft bijvoorbeeld een goede baan hebben of een studie afronden?)/ Heeft u hier een voorbeeld van?)

14. Kan iemand met een geestelijke stoornis een positieve visie hebben op de maatschappij en andere mensen?

(Bijvoorbeeld: een positieve visie op de politiek in Nederland en in het algemeen mensen eerlijk en betrouwbaar vinden)

(Doorvragen: En andersom?/ In welke mate kan dit? (Indien de ondervraagde de vraag niet begrijpt: Kan iemand die een ernstige depressie heeft tevens een zeer positieve visie op de maatschappij en andere mensen hebben?)/ Heeft u hier een voorbeeld van?)

Afsluiting

Dit waren de vragen. Heeft u nog een opmerking of wilt u nog iets toevoegen met betrekking tot het voorgaande interview?

Bedankt voor uw medewerking!