

# De kracht van internethulp

---

Waarom jongeren internet gebruiken voor hun depressieve symptomen

**Geschreven door: Laura Meurs**

**Begeleidsters: Catelijne Akkermans & Christien Brinkgreve**

**Studie: Algemene Sociale Wetenschappen**

**Faculteit Sociale Wetenschappen**

**Universiteit Utrecht**

**2009-2010**

## **Dankwoord**

Er zijn een aantal personen en organisaties die dit onderzoek samen met mij in goede banen hebben weten te leiden. Mijn begeleidsters Catelijne Akkermans, Christien Brinkgreve en Remco Feskens wil ik bedanken voor hun kennis, inzichten en adviezen.

Daarnaast wil ik de organisatie DipDoc bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek, net als alle andere internetforums en websites die mij geholpen hebben met hun verzamelen van respondenten.

Als laatste wil ik mijn medestudente Marjolein Huizinga en mijn vriend Nick bedanken voor het luisteren naar alle problemen die op mijn pad kwamen en voor het bedenken van oplossingen voor die problemen.

## **Abstract**

In dit onderzoek is de samenhang tussen sekse en redenen van jongeren met depressieve symptomen om voor internethulp te kiezen. Uit de literatuurstudie blijkt dat hier weinig onderzoek nog naar gedaan is. Onderzoek was voornamelijk gericht op de effectiviteit en voor- en nadelen van internethulp. De samenhang is onderzocht door een online-enquête op verschillende websites te plaatsen. 190 respondenten hebben deze vragenlijst ingevuld en er kunnen op basis van deze gegevens een aantal conclusies getrokken worden. Er blijkt weinig samenhang te zijn tussen sekse en redenen om voor internethulp te kiezen. Beide seksen hebben dezelfde beweegredenen om voor internethulp te kiezen. De sociale contacten zijn het belangrijkste bij de keuze voor internethulp, terwijl de onafhankelijk van tijd en plaats er niet toe doet. Het enige verschil tussen jongens en meiden is het feit dat meiden het belangrijker vinden dat ze op internethulp opener en eerlijker over hun probleem kunnen praten dan via reguliere therapie.

# Inhoudsopgave

---

<b>Hoofdstuk 1. Inleiding .....</b>	<b>blz. 4</b>
<b>Hoofdstuk 2. Literatuurstudie.....</b>	<b>blz. 6</b>
2.1. Inleiding .....	blz. 6
2.1.1. <i>Depressieve symptomen</i> .....	blz. 6
2.1.2. <i>Depressie onder jongeren</i> .....	blz. 7
2.1.3. <i>Risicofactoren</i> .....	blz. 8
2.2. Hulpzoekproces .....	blz. 9
2.2.1. <i>De invloed van vrienden en familie</i> .....	blz. 10
2.2.2. <i>De invloed van cultuur</i> .....	blz. 11
2.2.3. <i>De invloed van sekse</i> .....	blz. 13
2.3. Keuze van behandelvorm .....	blz. 16
2.3.1. <i>Soorten van behandeling</i> .....	blz. 16
2.3.2. <i>De invloed van cultuur</i> .....	blz. 17
2.3.3. <i>De invloed van sekse</i> .....	blz. 18
2.4. Internetbehandeling .....	blz. 19
2.4.1. <i>Redenen voor het gebruik van internethulp</i> .....	blz. 20
2.4.2. <i>Sekseverschillen in de keuze voor internethulp</i> .....	blz. 21
2.5. Conclusie .....	blz. 22
<b>Hoofdstuk 3. Onderzoeksplan .....</b>	<b>blz. 25</b>
3.1. Probleemstelling .....	blz. 25
3.1.1. <i>Vraagstelling</i> .....	blz. 25
3.1.2. <i>Doelstelling</i> .....	blz. 27
3.2. Definities .....	blz. 28
<b>Hoofdstuk 4. Methoden.....</b>	<b>blz. 29</b>
4.1. Meetinstrument.....	blz. 29
4.1.1. <i>Operationalisering en betrouwbaarheid</i> .....	blz. 29
4.2. Data-verzameling .....	blz. 31
4.3. Validiteit en betrouwbaarheid .....	blz. 32
4.4. Analyse.....	blz. 33
<b>Hoofdstuk 5. Resultaten.....</b>	<b>blz. 34</b>
5.1. Univariate analyse .....	blz. 34
5.1.1. <i>Belangrijkheid van constructen</i> .....	blz. 34
5.2. Bivariate analyse .....	blz. 35
5.2.1. <i>Hypothese 1</i> .....	blz. 36
5.2.2. <i>Hypothese 2</i> .....	blz. 36
5.2.3. <i>Hypothese 3</i> .....	blz. 37
5.2.4. <i>Hypothese 4</i> .....	blz. 37
5.2.5. <i>Hypothese 5</i> .....	blz. 38
5.2.6. <i>Hypothese 6</i> .....	blz. 38
5.2.7. <i>Hypothese 7</i> .....	blz. 39
<b>Hoofdstuk 6. Conclusie en reflectie.....</b>	<b>blz. 40</b>
6.1. Samenvatting resultaten .....	blz. 40
6.1.1. <i>Hypothesen</i> .....	blz. 40
6.1.2. <i>Hoofdvraag</i> .....	blz. 41
6.2. Vergelijkbaar onderzoek .....	blz. 42
6.3. Implicaties voor theorievorming .....	blz. 43
6.4. Beperkingen .....	blz. 43
6.5. Aanbevelingen.....	blz. 44
<b>Hoofdstuk 7. Literatuurlijst .....</b>	<b>blz. 46</b>
<b>Hoofdstuk 8. Bijlagen.....</b>	<b>blz. 54</b>

## Hoofdstuk 1. Inleiding

---

Depressiviteit is een veel voorkomende ziekte onder jongeren. Uit onderzoek van Patel e.a. (2007) blijkt dat één op de vijf jongeren last krijgt van een psychische stoornis. Dit aantal is de laatste jaren toegenomen, zo blijkt uit diverse onderzoeken. Zo stellen Collishaw e.a. (2004) dat in de periode 1974-1999 het aantal psychische stoornissen met 150% is vermeerderd. De prevalentie van stoornissen is in 1974, 1986 en 1999 gemeten en tussen al deze periodes nam het aantal psychische stoornissen onder de respondenten toe. Ondanks deze toename zoekt de helft van de adolescenten geen hulp voor dit probleem (Regier e.a., 1988). Dit kan verschillende oorzaken hebben. De belangrijkste oorzaken worden in de literatuurstudie besproken. Hierin wordt de volgende vraag getracht te beantwoorden: *Welke kenmerken hangen samen met het zoeken naar hulp door jongeren met depressieve symptomen en hoe is dit verband te verklaren?* Sekse blijkt de belangrijkste factor te zijn, maar ook etniciteit en de rol van vrienden en ouders blijken relevant te zijn bij het zoeken naar hulp door jongeren.

Het beantwoorden van de literatuurvraag is het eerste deel van deze bachelorscriptie. In het volgende hoofdstuk wordt het empirisch onderzoek toegelicht. Dit onderzoek onderzoekt de beweegredenen van jongeren met depressieve symptomen om internethulpverlening te verkiezen boven therapie. Hieronder wordt verstaan: het contact met een therapeut (face-to-face). Onderzocht wordt of jongens en meiden verschillende redenen aandragen voor het gebruik van internethulp. In de literatuurscriptie worden er een aantal redenen genoemd, die in het empirische gedeelte getoetst zullen worden.

De onderzoeksvragen van het empirisch onderzoek luiden: *Waarom verkiezen jongeren met depressieve symptomen internethulp boven andere vormen van hulpverlening? In welke mate zijn anonimiteit, gevoelens van schaamte en stigma's, laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats, en de behoefte aan sociale contacten hierbij van belang? Verschilt de belangrijkheid van deze factoren tussen jongens en meiden?*

Het doel van dit onderzoek is de verschillen in beweegredenen in de keuze voor internethulp tussen jongens en meiden te onderzoeken om zo het gebrek aan informatie wat hierover bestaat te doen afnemen. Kennis over deze verschillen kan ervoor zorgen dat jongeren betere hulp aangeboden zullen krijgen. Dit gebrek aan kennis zorgt ervoor dat dit onderzoek wetenschappelijk relevant is. Het feit dat kennis jongeren kan helpen bij hun problemen, geeft aan dat dit onderzoek ook maatschappelijk relevant is.

In deze scriptie wordt eerst de bestaande literatuur over depressie onder jongeren en internethulp besproken, waarna de probleemstelling van het empirische onderzoek wordt behandeld. Hoofdstuk vijf zal bestaan uit de resultaten van het onderzoek, waarna een conclusie getrokken kan worden en op basis daarvan zullen aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan worden. Dit zal besproken worden in hoofdstuk zes.

## Hoofdstuk 2: Literatuurstudie

---

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt bestaande literatuur over depressies onder jongeren en hulpvormen besproken. Eerst zal depressiviteit in zijn algemeenheid besproken worden om daarna de aandacht op jongeren te richten. Vervolgens komen de kenmerken *vrienden en familie*, *cultuur* en *sekse* aan bod en de invloed van deze factoren op het zoeken van hulp door jongeren.

Dit hulpzoekproces bestaat uit drie niveaus: de herkenning van het probleem, de beslissing om hulp te zoeken en het kiezen van de juiste hulpverlening (Cauce e.a., 2002). Deze drie niveaus staan met elkaar in verbinding en beïnvloeden elkaar. Herkenning van het probleem alleen blijkt niet genoeg te zijn om hulp te gaan zoeken. Wanneer het probleem wordt herkend, moet er nog een beslissing genomen worden of er hulp wordt gezocht. Deze verdeling in niveaus wordt in de paragrafen aangehouden. In paragraaf 1.2 wordt de invloed van vrienden en ouders, etniciteit en sekse op de herkenning van het probleem en de beslissing om hulp te zoeken behandeld. Dit zijn stap één en twee van het hulpzoekproces. Paragraaf 1.3 is gewijd aan de verschillende behandelvormen en de invloed van etniciteit en sekse op de keuze voor behandelvorm, stap drie van het hulpzoekproces. De laatste inhoudelijke paragraaf is paragraaf 1.4. Dit is een verkenning van internethulpverlening, redenen voor de keuze voor deze vorm van hulp en de sekseverschillen in dit gebruik. De literatuurscriptie wordt afgesloten met een conclusie, paragraaf 1.5.

#### 2.1.1. Depressieve symptomen

Tien tot twintig procent van de stressvolle gebeurtenissen die men ervaart in het leven, leiden tot een depressie (Blazer e.a., 1994). De gemiddelde duur hiervan is zes maanden of langer en de depressie kan chronische vormen aannemen (Judd, 1997).

In deze literatuurscriptie gaat het om depressieve symptomen. De definitie die hier gehanteerd wordt, komt uit de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Dit is een handboek voor diagnose en statistieken van psychische aandoeningen. Doordat er onduidelijkheid bestond over diagnoses van psychische aandoeningen is de DSM ontstaan. Psychische aandoeningen worden door dit handboek systematisch ingedeeld, wat leidt tot eenheid in het

diagnosticeren van psychische aandoeningen. Dit vergemakkelijkt de vergelijking tussen patiënten.

Volgens dit handboek zijn er een aantal depressieve symptomen, namelijk: interesseverlies, depressieve stemming, gewichtsverandering, verandering in eetlust, slapeloosheid, moeheid, gevoelens van waardeloosheid, concentratieverlies, suïcidegedachten of psychomotore remming (het afremmen van gedachtes en fysische bewegingen). Deze symptomen moeten minstens twee weken lang aanwezig zijn om te kunnen spreken van depressieve symptomen.

### 2.1.2. Depressie onder jongeren

Depressies komen onder jongeren steeds vaker voor. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het aantal depressiegevallen vanaf de jaren '80 tot 1998 is toegenomen in het Verenigd Koninkrijk (Maughan, Iervolino & Collishaw, 2005; Collishaw e.a., 2005). Dit geldt echter niet voor de Verenigde Staten, waar de piek van depressies juist in de jaren '80 ligt.

Depressieve klachten komen al bij jonge kinderen voor (Green e.a., 2005; Levinsohn, Rohde e.a., 1993). Zo blijkt dat 4% van de kinderen en adolescenten last heeft (gehad) van een emotionele stoornis (angst of depressie). Hoe recenter het geboortecohort, hoe meer last men hiervan blijkt te hebben. Zo bleek dat van de adolescenten die recent veertien jaar waren geworden, 7,2% last had van depressieve klachten, tegen 4,5% van de adolescenten uit een vroeger geboortecohort. Ook 'high school' studenten hebben last van depressieve symptomen (Levinsohn, Hops e.a., 1993). Hiervan heeft 33% last (gehad) van een depressieve periode in zijn leven. Van deze 33% ervoer 31,7% later een andere stoornis (co-morbiditeit) en had 18% last van een terugval.

In Nederland blijkt dat 17% van de 12-17 jarigen last heeft van depressieve klachten (CBS, 2003). Het aantal tieners met een milde of ernstige depressie is 5-8% (Braams & Talma, 2000). Voornamelijk meiden hebben hier last van: 23% tegen 10% van de jongens. Ook de mate van stedelijkheid van de omgeving en het opleidingsniveau hebben invloed op de prevalentie van depressies. Een hoger opleidingsniveau blijkt samen te hangen met een gezonder leven, net als opgroeien in een niet-stedelijk gebied (CBS, 2008).



Verhulst e.a.(1997) hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar depressiviteit (volgens de definitie uit de DSM-IV) onder jongeren in Nederland, op basis van interviews met ouders en kinderen. Een van de conclusies uit dit onderzoek luidt dat de prevalentie van depressieve symptomen tot het vijftiende levensjaar van een kind toeneemt. Vooral bij meiden neemt het aantal depressieve klachten toe wanneer zij in de adolescentie terechtkomen. Uit de ouderinterviews bleek dat 21,8% van de adolescenten last had van enige psychische stoornis, terwijl dit volgens de kindinterviews 21,5% was. Bij een combinatie van de interviews was de prevalentie 35,5%. Dit betekent dat 35,5% van de gemiddelde 13-18-jarige Nederlandse adolescent een of meer psychiatrische stoornissen heeft (gehad).

### 2.1.3. Risicofactoren

Er worden zowel biologische, psychologische als sociale risicofactoren in verschillende onderzoeken benoemd die het ontstaan van depressieve symptomen zouden kunnen verklaren (Braams & Talma, 2000; Jaycox e.a., 2006; Kragten, 2005).

Bij biologische verklaringen gaat het ten eerste om hersenactiviteiten (Kragten, 2005). Zo zouden neurotransmitters, of een deel van de hersenen, niet goed werken, waardoor depressieve symptomen ontstaan. Het gezin speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van depressieve klachten. Zo lopen kinderen een verhoogd risico last van depressieve symptomen te krijgen, als een van de ouders hier last van heeft.

Psychologische factoren die bijdragen aan het ontstaan van depressieve symptomen, hebben te maken met hoe men omgaat met veranderingen in het leven (copingstrategieën). Dit hangt samen met de karaktereigenschappen van een persoon. Het temperament, de gevoeligheid en/of de onzekerheid van een persoon zouden bepalen of men last krijgt van depressieve klachten (Braams & Talma, 2000). Daarbij is er het vermoeden dat gedachtepatronen mensen vatbaarder voor depressieve symptomen maken(Kragten, 2005).

Tevens zijn er sociale factoren die tot depressieve klachten kunnen leiden. Het gaat om omgevingsfactoren als een scheiding, werkloosheid, armoede en/of drugs- en alcoholgebruik. Ook een reeks van minder ingrijpende gebeurtenissen kunnen zorgen voor depressieve gevoelens (Kragten; Jaycox e.a., 2006; Braams & Talma).

Voor jongeren gelden aparte risicofactoren (Braams & Talma, 2000; Levinsohn, Rohde e.a., 1993). Depressieve klachten komen vooral voor in de leeftijdscategorie 11-16 jaar, bij kinderen uit gebroken families en bij meiden. Maar de aanwezigheid van deze risicofactoren alleen is niet voldoende. Er moeten stressoren aanwezig zijn. Dit zijn factoren die stress veroorzaken. Deze komen vooral tijdens de puberteit naar voren. Dit is een emotionele tijd, die gepaard gaat met onzekerheid en veranderingen. Jongeren gaan zich meer zorgen maken, doordat ze zich bewuster worden van hun positie binnen hun omgeving. Deze zorgen kunnen uitgroeien tot depressieve symptomen. De jongeren worden er steeds opnieuw mee geconfronteerd, wat ervoor zorgt dat de zorgen nieuwe brandstof krijgen. Dit leidt ertoe dat depressieve klachten blijven voortduren (Braams & Talma, 2000). Deze klachten kunnen zich uiten in rusteloosheid, geïrriteerdheid, het oneens zijn met volwassenen, lagere schoolresultaten, agressie, diefstal, alcohol- en/of drugsgebruik, terugtrekking uit de sociale omgeving, droevigheid, motivatiegebrek en energiegebrek.

De conclusie kan getrokken worden dat depressiviteit onder jongeren in Nederland steeds vaker voorkomt. Er zijn zowel biologische, psychologische als sociale factoren die het ontstaan van depressieve symptomen kunnen verklaren. Voor jongeren geldt dat naast deze factoren er ook stressoren aanwezig moeten zijn.

## **2.2. Hulpzoekproces**

De helft van de personen met een depressie blijkt geen hulp te zoeken (Regier e.a., 1988). Aan de andere kant blijkt dat het aantal mensen met een depressie vaker hulp zoeken dan dat in het verleden het geval was (Mojtabai, 2007). In de periode 1990-1992 zocht 35.6% van de personen met depressieve klachten (in de leeftijd 15 tot 54 jaar) hulp voor hun probleem, tegenover 41.4% in de periode 2001-2003. De reden die hiervoor wordt gegeven, is dat mensen zich minder schamen voor hun depressieve symptomen en er daarom ook meer over praten.

Vooral bij jongeren doet de groei van het zoeken naar hulp voor depressieve symptomen zich voor. Ook bij hen is er minder schaamte en minder angst voor stigma's. Dit betekent dat ze minder bang zijn voor een negatieve reactie vanuit hun omgeving als ze hulp zoeken. Ook in Nederland is deze ontwikkeling te zien (Tick, van der Ende & Verhulst, 2008). In 1993 zocht 3,5% van de jongeren naar hulp voor hun depressie, in 2003 is dit gestegen naar 5,9%. Toch blijkt het merendeel van de jongvolwassenen voor hun depressieve symptomen geen hulp te zoeken. Veel diensten blijken niet afgestemd te zijn op deze doelgroep en de jongeren voelen zich vaak niet serieus genomen. Een bepaalde mate van psychische problemen wordt tijdens de adolescentie als normaal beoordeeld (Cauce e.a., 2002).

Er zijn enkele demografische kenmerken die van invloed zijn op het zoeken naar hulp door jongeren met depressieve symptomen. In deze literatuurscriptie wordt de rol van vrienden en familie en de sociale steun die hierbij gepaard gaat, onderzocht. Eerst wordt hun invloed op het herkennen van het probleem en op het zoeken naar hulp onderzocht. In dit onderzoek worden daarnaast etniciteit en sekse behandeld. Hier is het meeste onderzoek naar gedaan en deze factoren blijken de grootste invloed te hebben op het zoeken naar hulp door jongeren met depressieve symptomen. Ook bij deze kenmerken wordt de invloed op het herkennen van het probleem en op het zoeken naar hulp onderzocht.

### 2.2.1. De invloed van vrienden en familie

Sociale steun is een factor die invloed heeft op het ontstaan van depressieve klachten, maar ook op de bereidheid van jongeren om hulp te zoeken (Sherbourne, 1988; Cohen & Wills, 1985; Fröjd e.a., 2007; Stice, Ragan & Randall, 2004). Onder sociale steun wordt verstaan: de hulp van het sociale netwerk (familie en vrienden) bij het oplossen van problemen (in dit geval depressieve klachten). Een goed sociaal netwerk zorgt voor een beloningswaardige sociale positie (Cohen & Wills). Deze positie zorgt voor positieve gevoelens en emoties, voorspelbaarheid en stabiliteit in het leven en het zorgt voor herkenning van eigenwaarde. Dit zijn allen beschermende factoren voor een pathologie. Daarnaast zorgt een goed sociaal netwerk voor de vermijding van negatieve ervaringen en kan het stressvolle situaties laten herwaarderen. Het gevaar dat stressvolle gebeurtenissen voor een individu kunnen betekenen wordt hergedefinieerd, doordat de sociale omgeving een oplossing kan aandragen voor deze gebeurtenissen. Deze oplossing vermindert het potentiële gevaar van de gebeurtenis, wat ertoe kan leiden dat een stressvolle gebeurtenis zich niet ontwikkelt tot een pathologie.

Bij het herkennen van depressieve symptomen, spelen ouders en vrienden een grote rol. Zij zijn vaak de eerste, na de depressieve jongere zelf, die de symptomen herkennen (Lin e.a., 1992) en de eerste waar adolescenten naartoe gaan wanneer zijzelf het probleem herkend hebben (Boldero & Fallon, 1995). Uit onderzoek van Fröjd e.a. (2007) komt naar voren dat significante anderen (ouders en vrienden) eerder doorhebben dat een dierbare last heeft van depressieve klachten dan mensen die verder van de persoon afstaan. De omgeving maakt zich zorgen over de jongere die last heeft van depressieve symptomen en geeft aandacht aan hem of haar en zijn probleem. Binnen het sociale netwerk wordt er gesproken over de betekenis van de symptomen om zo tot een diagnose te komen (Cauce e.a., 2002).

Ook de beslissing om hulp te zoeken voor de depressieve symptomen, niveau twee van het hulpzoekproces, hangt in grote mate af van het sociale netwerk van een persoon. Uit onderzoek van Sherbourne (1988) is gebleken dat jongeren met een sterk sociaal netwerk minder snel professionele hulp voor hun depressie zoeken. Dit netwerk kan de persoon met depressieve symptomen van de noodzakelijke hulp voorzien. Hierdoor kan de jongere met de klachten weinig behoefte hebben om verdere hulp van een professional te zoeken.

De conclusie die getrokken kan worden, is dat vrienden en ouders van jongeren met depressieve klachten van belang kunnen zijn bij zowel het herkennen van de depressieve symptomen als bij de keuze om professionele hulp te zoeken. Zij zijn vaak degene die het probleem als eerste opmerken. Binnen dit sociale netwerk wordt er volgens gesproken over de symptomen, wat leidt tot een diagnose. Wanneer de depressieve symptomen herkend zijn, kunnen significante anderen hulp bieden aan de persoon die hieraan lijdt. Dit beperkt de behoefte om professionele hulp te zoeken.

### 2.2.2. De invloed van cultuur

Tussen verschillende etniciteiten (waar etniciteit gebruikt wordt om verschillende culturele groepen te onderscheiden) bestaan er grote variaties in het voorkomen van depressieve symptomen. Zo blijkt dat Afro-Amerikanen (7%) hier vaker last van hebben dan autochtone Amerikanen (4%) of Aziatische Amerikanen (1,6%) (Cauce e.a., 2002). Toch blijkt cultuur op zichzelf geen verklaring te zijn voor het voorkomen van depressieve symptomen. Het heeft grotendeels te maken met armoede (Riolo e.a., 2005). Uit dit onderzoek blijkt dat minderheidsgroepen vaker te maken hebben met armoede en slechte scholing, waardoor zij meer last zouden hebben van depressieve symptomen.

Het is moeilijk om de prevalentie van depressieve symptomen onder verschillende etniciteiten te vergelijken. Per cultuur kan het verschillen hoe mensen een depressie definiëren.

Onderzoek wijst uit dat Westerlingen vaak gericht zijn op ziekte, diagnose en wetenschappelijke objectiviteit. Sommige niet-westerse culturele groepen hechten meer waarde aan alternatieve verklaringen voor depressieve symptomen. Deze kunnen buiten de wetenschap liggen (Cauce e.a., 2002). Waar depressieve symptomen door professionals uit het Westen als psychisch worden gediagnosticeerd, kunnen dezelfde symptomen door een professional met een niet-westerse culturele achtergrond een andere diagnose krijgen. Het eerste niveau van het hulpzoekproces, herkenning van de depressieve symptomen, wordt hierdoor bemoeilijkt.

Het tweede niveau van het hulpzoekproces, de beslissing om hulp te zoeken, is een grote barrière voor veel personen die tot een etnische minderheid in Amerika behoren. Er wordt voornamelijk naar hulp gezocht als de symptomen herkend worden als depressieve symptomen en als de problemen niet vanzelf weggaan (Cauce e.a., 2002).

Er zijn een aantal redenen waarom jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond geen hulp zoeken voor hun depressieve symptomen (Cooper-Patrick e.a., 1997). Zo blijkt dat stigma's voor etnische minderheden die in Amerika wonen, een grote rol spelen bij de beslissing wel of geen hulp te zoeken voor depressieve klachten. Ze kunnen bang zijn dat zowel de psychische klachten, als het zoeken van professionele hulp hiervoor, binnen hun cultuur niet geaccepteerd wordt. Dit kan leiden tot angst voor de reactie van familie en vrienden, wat het zoeken naar hulp doet afnemen. In het verlengde hiervan ligt de angst voor discriminatie. Veel therapeuten in Amerika zijn autochtoon (Cauce e.a., 2002). Dit kan leiden tot wantrouwen onder etnische minderheden. Er kan een angst ontstaan om als medisch experiment gebruikt te worden en de oververtegenwoordiging van autochtone hulpverleners kan er toe leiden dat diensten niet goed op etnische minderheden aansluiten.

Het is duidelijk dat de culturele achtergrond een rol speelt bij het herkennen van het probleem. Cultuur heeft invloed op de definitie van het probleem, die buiten de wetenschap gezocht kan worden. In de westerse wereld zijn we wetenschappelijk georiënteerd, maar in niet-westerse culturen zijn alternatieve verklaringen soms belangrijker bij het stellen van een diagnose. Wat betreft het zoeken naar hulp zijn er culturele barrières te herkennen. Zo zijn psychische problemen en de hulp hiervoor niet overal geaccepteerd, wat kan leiden tot angst

voor de mening van de omgeving (stigma's). Bovendien heerst er wantrouwen tegenover hulpverleners, omdat deze vaak van autochtone afkomst zijn. De oververtegenwoordiging van autochtone hulpverleners kan ervoor zorgen dat de hulpverlening niet goed aansluit op etnische minderheden.

### 2.2.3. De invloed van sekse

Geslacht is de belangrijkste voorspeller voor het zoeken naar hulp (Biddle e.a., 2004; Gasquet e.a., 1997; Kessler, Brown & Broman, 1981; Rickwood & Braithwaite, 1994; Vanheusden e.a., 2008; Vanheusden e.a., 2008;). Uit cijfers van het CBS (2008) blijkt dat meiden meer last hebben van een depressie dan jongens (23% tegenover 10%). Dit heeft verschillende oorzaken (Marcotte e.a., 2002). Het blijkt dat meiden een lager zelfbeeld en minder zelfvertrouwen dan jongens hebben. Meiden komen eerder in de puberteit, vaak tegelijkertijd met de overstap van basisschool naar middelbare school. Dit zorgt voor extra stress en een verhoogde kans op depressieve symptomen. Daarnaast hebben meiden meer dan jongens last van stressvolle gebeurtenissen. Verder blijkt dat jongens een betere emotionele gezondheid hebben dan meiden, dus minder last hebben van emotionele, somatische en depressieve symptomen. (Möller-Leimkühler, 2002).

Jongvolwassen meiden herkennen depressieve symptomen eerder dan jongvolwassen jongens (niveau één van het hulpzoekproces). Jongens hebben de neiging om depressieve symptomen te negeren. Uit onderzoek van Möller-Leimkühler (2002) blijkt dat de traditionele genderrol van een man hiervoor zorgt. Genderrol houdt in hoe een man of vrouw zou moeten denken en hoe ze zich zouden moeten voelen en gedragen volgens de verwachting van de sociale omgeving (Beirns & Messerschmidt, 2006; Nicolai, 1998 in Moonen, 2009). Psychische ziekten passen niet binnen de mannelijke genderrol. Verwacht wordt dat de meeste jongens externaliserend op een probleem reageren; naar buiten gericht. Een voorbeeld hiervan is agressief gedrag. Van meiden wordt verwacht dat zij internaliserend op een probleem reageren, naar binnen toe (Vos, 2008). Depressieve klachten zijn hier een voorbeeld van. Doordat het niet bij een man past om hier last van te hebben, kan dit tot gevolg hebben dat het probleem door jongens niet herkend wordt als psychisch.

Ook op het tweede niveau van het hulpzoekproces, de beslissing om hulp te zoeken, zijn er sekseverschillen. Over het algemeen zoeken jongeren weinig hulp voor hun depressieve symptomen. Een grote barrière is dat veel jongeren een negatieve houding hebben tegenover de mentale gezondheidszorg (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Deze negatieve houding kan voortkomen uit de angst voor stigma's (De Goei, Plooy, A. & Van Weeghel, 2005). Een stigma is een negatief label dat de manier waarop mensen zichzelf zien, en hoe anderen ze zien, beïnvloedt. Het is een uiting van een norm, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen mensen die normaal en mensen die anders worden beschouwd. Stigma's komen tot stand door zowel de media, de omgeving van de gestigmatiseerde als de persoon die gestigmatiseerd wordt. De media schetst het beeld dat iemand met psychische problemen gek of gestoord is. Dit beeld wordt overgenomen en versterkt door het feit dat veel mensen in hun kindertijd een negatief beeld over mensen met psychische problemen krijgen aangeleerd vanuit hun omgeving. Het negatieve beeld wordt vervolgens verinnerlijkt. Dit, in combinatie met het beeld vanuit de media, kan er voor zorgen dat iemand met depressieve klachten zichzelf zal stigmatiseren. Het geloof in het stigma leidt verder tot de verwachting dat de omgeving hetzelfde negatieve beeld over hen zal hebben, wat leidt tot een terugtrekking uit het sociale leven. Hierdoor zal de persoon meer lijden onder zijn depressieve symptomen.

Er zijn specifieke stigma's die gelden voor mensen met psychische problemen. Zij zouden gevaarlijk, onvoorspelbaar en zelf verantwoordelijk voor hun probleem zijn. Daarnaast zouden ze lijden aan een chronische ziekte en niet in staat zijn om sociaal geaccepteerde rollen te vervullen. (de Goei, Plooy, & van Weeghel, 2005). Om deze stigma's te voorkomen zoeken vooral jongens minder snel professionele hulp voor hun depressieve symptomen (Gonzalez, Alegria, & Prihoda, 2005). Zij ervaren meer stigma's, vanwege het feit dat het zoeken van hulp voor depressieve symptomen niet past binnen de mannelijke genderrol (Möller-Leimkühler, 2002).

De mannelijke genderrol betekent dat jongens moeten streven naar macht en dominantie. Ze horen agressief, moedig, doelgericht, onafhankelijk, rationeel, competitief, succesvol, onkwetsbaar en gecontroleerd te zijn. Van de vrouw wordt verwacht dat ze verzorgend, emotioneel en sensitief zijn (Cook, 1990). Het zoeken naar hulp maakt een man afhankelijk en kwetsbaar. Dit kan gepaard gaan met schaamte. De persoon heeft gefaald als man (Wisdom, Clark en Green, 2006; Möller-Leimkühler, 2002; Heller, 2003 in Jonker, 2009). Jongens zullen eerder dan meiden zelf de problemen op willen lossen. Op deze manier weten

zo min mogelijk mensen van de depressieve klachten af. De mannelijke genderrol wordt beschermd tegen schade en de schaamtegevoelens worden ontweken. De keuze voor zelfhulp wordt versterkt door de gedachte van jongens dat hun problemen geen nadelige effecten zullen hebben. Dit is echter niet waar, aangezien uit verschillend onderzoek blijkt dat het niet zoeken van professionele hulp kan leiden tot zelfdoding (Möller-Leimkühler; Rickwood, Deane & Wilson, 2007).

Een laatste reden waarom jongens minder professionele hulp zoeken voor hun depressieve symptomen is het feit dat jongeren vaak niet geloven dat deze hulp helpt. Dit idee is sterker bij jongens, dan bij meiden (Leong & Zachar, 1999). Meiden hebben meer vertrouwen in hulpverleners, herkennen de behoefte aan hulp eerder en zijn opener. Twijfel over de werking van hulpverleners leidt tot afwachtend gedrag, net als onwetendheid over hulp en behandeling. Er is vaak een gebrek aan kennis bij jongens over de verschillende hulpinstanties en behandelvormen.

Het beeld dat jongens minder hulp zoeken voor hun psychische problemen dan meiden moet echter genuanceerd worden. Zo blijkt uit onderzoek dat jongens net zo vaak hulp zoeken voor psychische problemen als meiden, wanneer zij herkennen dat ze een probleem hebben (Kessler, Brown & Broman, 1981). En zoals eerder gesteld is, worden depressieve symptomen door jongens minder herkend dan door meiden. Hierdoor denken jongens minder na over het zoeken naar professionele hulp (Aalto-Setälä e.a., 2002).

De conclusie kan getrokken worden dat jongens minder hulp zoeken voor hun depressieve symptomen dan meiden, doordat zij minder snel het probleem herkennen. Dit komt doordat een psychisch probleem niet bij de genderrol van een man past, waardoor jongens het probleem eerder ontkennen. Wanneer zij echter de depressieve symptomen herkennen, dan wordt het zoeken naar hulp nog steeds beperkt door de negatieve houding die jongens hebben ten opzichte van de professionele hulpverlening. Deze ontstaat door de angst voor stigmatisering, de angst voor schade aan de mannelijke identiteit en de daarmee gepaarde schaamte en de onwetendheid met betrekking tot de professionele hulpverlening en behandelingen.



### **2.3. Keuze van behandelvorm**

Het derde niveau in het hulpzoekproces is de keuze van de juiste behandeling. Dit is van belang, aangezien mensen die hun voorkeursbehandeling krijgen minder snel met de behandeling stoppen (Swift & Callahan, 2009). Dit zorgt ervoor dat depressieve symptomen zich niet ontwikkelen tot zware depressies of zelfdoding.

In de meeste gevallen begint het zoeken naar hulp bij de huisarts. Deze beoordeelt of een doorverwijzing nodig is. Indien dit het geval is, komt een persoon met depressieve symptomen vaak bij een psycholoog, psychiater of orthopedagoog terecht. Daar wordt uitgebreid onderzoek gedaan om een diagnose te kunnen stellen en om een breder beeld over de patiënt te creëren. Als er een diagnose is gesteld, dan wordt er gekeken welke behandelvormen in aanmerking komen voor de specifieke persoon (Braams & Talma, 2000). In dit hoofdstuk wordt eerst besproken wat de belangrijkste behandelingen zijn, om vervolgens te onderzoeken wat de invloed van etniciteit en sekse is op de keuze voor een bepaalde vorm van behandeling.

#### **2.3.1. Soorten van behandeling**

De meest gebruikte behandeling voor een depressie is therapie. Volgens Braams & Talma (2000) helpt therapie bij het begrijpen van het probleem, leert het de persoon om te gaan met conflicten en geeft het steun. De behandeling vindt plaats via gesprekken tussen hulpverlener en cliënt. Er zijn verschillende soorten therapieën (Braams & Talma).

Ten eerste is er de inzichtgevende therapie. Hier ligt de nadruk op het begrijpen van het probleem om het zo te kunnen verwerken. Bij gedragstherapie gaat het om het veranderen van het huidige gedrag van de cliënt, om zo de depressie te verminderen. Als de therapie gericht is op het veranderen van denkpatronen, dan spreekt men over cognitieve therapie. Negatieve denkbeelden moeten aangepast worden, aangezien ze vaak niet in overeenstemming zijn met de realiteit. Deze denkbeelden veroorzaken de depressieve klachten. Het kan zijn dat het gedrag en de denkpatronen tegelijkertijd worden aangepast. Dan spreekt men van cognitieve-gedragstherapie. Een laatste vorm van therapie is de gezinstherapie, waarbij depressieve symptomen gezien worden als gevolg van omgangspatronen en problemen binnen het gezin. Met het hele gezin wordt geprobeerd deze patronen en problemen op te lossen. Dit is een vorm van gedragsverandering.

Naast therapie komt ook medicijngebruik veelvuldig voor. Bij depressiviteit gaat het om antidepressiva. Toch wijst onderzoek uit dat het merendeel van de personen die last heeft van een depressie, een voorkeur heeft voor therapie (Dwight-Johnson e.a., 2001; Ward e.a., 2000; Churchill e.a., 2000). Uit het onderzoek van Churchill bleek dat 50,8% van de volwassen patiënten de voorkeur gaf aan therapie, in het onderzoek van Dwight-Johnson e.a. was dit percentage zelfs 80%. De behandelingen zijn even effectief (Ward e.a.)

Therapie en medicatie zijn formele hulpmiddelen. Er wordt echter steeds meer gebruik gemaakt van informele hulp, namelijk het sociale netwerk van de persoon met depressieve symptomen (Cauce e.a., 2002). Aan de hand van het onderscheid tussen therapie, medicatie en het sociale netwerk wordt er gekeken naar culturele verschillen en sekseverschillen in de keuze voor behandeling.

### 2.3.2. Invloed van cultuur

Er zijn verschillen in behandelingsvoorkeur tussen autochtone Amerikanen en niet-westerse etnische minderheden. Zo stelt Givens e.a.(2007) dat niet-westerse minderheden in Amerika over het algemeen een andere houding tegenover depressie en behandeling hebben dan autochtone Amerikanen. Zo zijn er verschillende meningen over de oorzaak van depressieve symptomen. Sommigen met een niet-westerse culturele achtergrond geloven niet in de biologische oorzaak van een depressie, wat leidt tot wantrouwen ten opzichte van medicatie. Dit wantrouwen zorgt voor een voorkeur voor therapie (Lam, 2001; Dwight-Johnson e.a., 2001). De kans dat er daadwerkelijk therapie gevolgd gaat worden, stijgt als de hulpverlener hetzelfde geslacht heeft, dezelfde geloofsovertuiging heeft of tot dezelfde culturele groep behoort als de cliënt. Zoals eerder vermeld, behoort een therapeut vaak tot de meerderheidscultuur. Hierdoor wordt het aanbieden van gepaste dienstverlening aan patiënten met een andere culturele achtergrond bemoeilijkt. Ook is er een gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening, door de angst dat men gebruikt kan worden als medisch experiment. Deze angst wordt verminderd als de hulpverlener dezelfde etniciteit heeft(Cauce e.a., 2002).

Doordat niet-westerse etnische minderheden minder dan autochtone Amerikanen georiënteerd zijn op ziekte, diagnose en wetenschappelijke objectiviteit, kan de traditionele hulpverlening een belangrijke behandelvorm zijn. Het gaat hierbij om religie en magie. Tevens wordt er gebruik gemaakt van hulp uit de informele sfeer. (Cauce e.a., 2002; Srebnik, Cauce en Baydar, 1996). Wanneer er sprake is van sterke familiebanden, wordt hierbinnen de behoefte aan hulp vervuld. Dit geldt niet alleen voor etnische minderheden binnen Amerika, maar ook voor autochtone Amerikanen. Het verschil is dat etnische minderheden als Hispanics, Aziaten en Afro-Amerikanen eerder naar familie toegaan met hun depressieve klachten, terwijl autochtone Amerikanen hun vrienden het probleem toevertrouwen.

Gesteld kan dus worden dat etniciteit invloed kan hebben op de houding ten opzichte van behandelingen. Zo wordt er meer getwijfeld aan medicijngebruik door sommigen met een niet-westerse culturele achtergrond, wat leidt tot een voorkeur voor therapie. Het is voor etnische minderheden van belang dat de therapeut hetzelfde geslacht, dezelfde geloofsovertuiging heeft of tot de dezelfde culturele groep behoort als de cliënt. Tevens spelen de traditionele hulpverlening en de familie voor niet-westerse etnische minderheden een grotere rol bij het oplossen van depressieve symptomen dan bij autochtone Amerikanen.

### 2.3.3. Invloed van sekse

Er zijn naast etnische verschillen ook sekseverschillen te herkennen in de keuze voor behandelvorm. Uit dit literatuuronderzoek is al gebleken dat meiden eerder hun probleem als psychisch herkennen en hierdoor eerder hulp zoeken. Maar als jongens wel hulp zoeken, verschilt de vorm van hulp dan met die van meiden?

Verskillende onderzoeken stellen dat er verschil bestaat in de vorm van hulp die door jongens en meiden worden gekozen (Churchill e.a. 2000; Givens e.a., 2007). Zo zouden meiden eerder voor therapie kiezen boven medicatie. Dit heeft te maken met het feit dat meiden eerder dan jongens de angst hebben dat antidepressiva een verslavende werking zou hebben. De overtuiging dat antidepressiva verslavend werkt komt echter meer voor bij oudere vrouwen en minder bij adolescenten. Uit onderzoek van Dwight-Johnson e.a. (2000) blijkt dat 83% van de meiden voor therapie kiest. Voor jongens is dit percentage lager. Daar laat 77.9% van de onderzochte jongens zich door middel van therapie behandelen. Zowel het merendeel van de jongens als van de meiden kiest voor therapie boven medicatie. Ook wordt in hetzelfde onderzoek onderscheid gemaakt tussen groepstherapie en individuele therapie. Hieruit blijkt

dat de meiden vaker voor groepstherapie kiezen (56,8%) dan de onderzochte jongens (41,9%). Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat jongens schaamte voelen, omdat hun mannelijkheid aangetast wordt door hulp van buitenaf te vragen. Deze schaamte zal minder zijn als er alleen een therapeut aanwezig is.

In de informele sfeer zijn er verschillen tussen jongens en meiden. Zo blijkt dat jongens vaker dan meiden hulp zoeken bij hun ouders. Meiden stellen eerder hun vrienden op de hoogte (Boldero & Fallon, 1995). Het type probleem zorgt voor dit verschil. Meiden zouden meer last van familie- en interpersoonlijke problemen hebben, waardoor ze voor hulp naar hun vrienden toegaan. Jongens gaven aan meer last van educationele problemen te hebben. Ouders zouden betere hulp dan vrienden kunnen bieden voor deze problemen.

Gesteld kan worden dat jongens en meiden niet erg verschillen qua type hulp dat ze zoeken. Is de beslissing gemaakt om professionele hulp te zoeken voor de problemen, dan kiezen beide het vaakst voor therapie. Verschil is dat meiden vaker dan jongens voor groepstherapie kiezen. Jongens prefereren individuele therapie. De informele hulpmiddelen worden door beide vaker aangewend dan formele. Jongens gaan vooral naar familie toe met hun problemen, terwijl meiden het probleem vaker aan hun vrienden toevertrouwen.

#### **2.4. Internetbehandeling**

Bijna alle Nederlanders (93%) hebben toegang tot het internet (Statline, 2009). Het kan voor verscheidene doeleinden gebruikt worden; tegenwoordig zelfs voor psychische problemen. Zo is er veel informatie te vinden over psychische aandoeningen, zijn er zelfhulpmodules, kan er met een behandelaar gesproken worden door middel van mailcontact of fora en zijn er chat- en behandelingsmogelijkheden (Trimbos Instituut, 2006). Uit onderzoek van Nikken (2007) blijkt dat er drie vormen van internethulpverlening bestaan: adviseren, informeren en behandelen. Bij adviseren gaat het om een vraag die de cliënt stelt, waarop een hulpverlener aanbevelingen aanbiedt. Dit gebeurt het meest via mailcontact. De informatiefunctie houdt in dat jongeren op websites informatie over hun probleem kunnen vinden. Als er via internet behandeld wordt, dan wordt er het vaakst gebruik gemaakt van chatsessies, e-maillijsten of zelfhulpcursussen.

Belangrijk is de informatie over de effectiviteit van internethulp. Uit een onderzoek waarbij computergeleverde therapie vergeleken wordt met therapeutgeleverde therapie, blijkt dat de twee vormen even effectief zijn voor het terugdringen van depressieve symptomen (Dijkstra, 2008; Trimbos Instituut, 2006). Via internet worden mensen in een eerder stadium bereikt, waardoor de aandoening beter te behandelen valt. Echter zijn er wel verschillen qua vorm van internethulp en hun effectiviteit. Zo blijkt uit onderzoek van Andersson e.a. (2005) dat een combinatie van therapie op het internet en actief meedoen in een discussiegroep, effectiever blijkt te zijn dan alleen actieve deelname in een discussiegroep.

#### 2.4.1. Redenen voor het gebruik van internethulp

Jongeren kiezen even vaak voor internetbehandeling als voor therapie (Gould, Munfakh & Lubell, 2002). Uit het hiervoor genoemde onderzoek van Gould e.a., waarbij Amerikaanse scholieren een vragenlijst invulden over de relatie tussen het zoeken naar hulp voor psychische problemen, internet en demografische factoren als sekse, bleek dat 18% van de scholieren het internet gebruikt had voor hun depressieve klachten. Vooral chatboxen werden veel gebruikt. Dit percentage verschilt echter weinig van het percentage jongeren dat professionele hulp zocht (21%). Er wordt niet altijd een keuze gemaakt tussen de twee vormen. Internetbehandeling is vaak een aanvulling op andere hulpvormen (Houston e.a., 2002; Kummervold e.a., 2002).

In het onderzoek van Swart (2009), Nikken (2007) worden een aantal voordelen van internethulp benoemd. Deze vorm van hulp is geautomatiseerd, waardoor jongeren geen afspraak hoeven te maken en een hulpverlener kan eerdere gesprekken opslaan. Deze gesprekken kunnen in een later stadium weer gebruikt worden voor verdere hulpverlening. Daarnaast is internethulp laagdrempelig, wat inhoudt dat veel mensen thuis de mogelijkheid hebben om internet te gebruiken, en onafhankelijk van tijd en plaats. Een hulpvrager kan altijd en overal gebruik maken van deze vorm van hulp. De anonimiteit van internethulp is tevens een belangrijk voordeel. Door de anonimiteit wordt een drempel weggenomen om hulp te zoeken en durven mensen eerlijker te zijn over hun depressieve symptomen. Een laatste voordeel van internethulp is het feit dat deze vorm van hulp de jongeren de gelegenheid geeft om na te denken over hun probleem (Fukking & Hermanns, 2009, zoals weergegeven in Swart, 2009). Doordat er geen rechtstreeks contact tussen cliënt en behandelaar is, kan de cliënt de tijd nemen om te antwoorden op vragen die aan hem of haar gesteld worden.

Deze voordelen kunnen allemaal redenen zijn voor jongeren met depressieve symptomen om voor internethulp te kiezen. Daarnaast wordt voor internethulp gekozen vanwege het contact met lotgenoten (Ybarra & Suman, 2005, zoals weergegeven in Swart, 2009). Dit is belangrijk voor degene die last hebben van ziektes die zorgen voor schaamtegevoelens en stigma's maken gebruik van deze manier van contact zoeken (Davison, Pennebaker & Dickerson, 2000). Zoals eerder uit deze literatuurscriptie is gebleken, is dit het geval bij depressieve symptomen. De stigma's en de gepaarde schaamtegevoelens zorgen ervoor dat jongeren buiten de samenleving geplaatst worden. Een forum is de vorm van internethulp om contact te zoeken met personen die hetzelfde meemaken, zowel de depressieve symptomen als de stigma's en schaamtegevoelens. Daarnaast blijkt dat jongeren met depressieve symptomen meer moeite hebben bestaande sociale contacten te onderhouden dan degene die geen last heeft van die symptomen. Dit kan leiden tot eenzaamheid en bedroefdheid (Wolak, Mitchell & Finkelhor, 2003, zoals weergegeven in Swart, 2009). Via internet kunnen nieuwe contacten opgedaan worden en makkelijker onderhouden worden. Een laatste reden waarom sociale contacten op internet gezocht worden, is het feit dat op deze manier problemen verteld kunnen worden, die men in het echt niet durft te vertellen (Kummervold e.a., 2002).

#### 2.4.2. Sekseverschillen in de keuze voor internethulp

Volgens Gould e.a. (2002) zijn er geen sekseverschillen in de keuze voor internethulpverlening. Dit houdt in dat internet een belangrijk middel kan zijn om jongens met depressie te helpen, aangezien reguliere behandelingen vaker door meiden wordt gebruikt. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat jongens en meiden ongeveer evenveel gebruik maken van chatboxen (87% om 87,5%). Internet zou ervoor kunnen zorgen dat jongens eerder hulp voor hun depressieve symptomen gaan zoeken, doordat er op het internet kennis en steun aangeboden wordt. Hier schijnen volwassen mannen behoefte aan te hebben (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Of jongvolwassen jongens hier behoefte aan hebben is nog maar de vraag.

Er is weinig bekend over de reden van jongens of meiden om te kiezen voor internet als vorm van behandeling. De verschillen tussen jongens en meiden die bestaan in de reguliere behandelvormen, blijken bij internethulpverlening niet te bestaan. In het onderzoek van Swart (2009) worden een aantal redenen gegeven waarom er voor internethulp gekozen wordt. De anonimiteit, laagdrempeligheid en onafhankelijkheid van tijd en plaats en sociale contacten zijn factoren die het gebruik van internethulp positief beïnvloeden. De vraag is of jongens en meiden verschillen in de reden waarom ze voor internethulp kiezen. Deze vraag zal in het empirische deel van dit onderzoek onderzocht worden.

## **2.5. Conclusie**

De literatuurvraag kan nu beantwoord worden. De vraag luidt: *Welke kenmerken hangen samen met het zoeken naar hulp door jongeren met depressieve symptomen en hoe is dit verband te verklaren?*

Het hulpzoekproces heeft drie niveaus: het herkennen van het probleem, de beslissing om hulp te gaan zoeken en de soort hulp die gezocht wordt (Cauce e.a., 2002). Al deze niveaus worden beïnvloed door de sociale omgeving, culturele achtergrond en sekse van een persoon. In deze paragraaf wordt per niveau beargumenteerd welke invloed deze factoren precies hebben.

Het herkennen van depressieve symptomen wordt beïnvloed door de sociale omgeving van de persoon. Ouders en vrienden merken het snel op als iemand in hun omgeving leidt aan psychische problemen. Binnen het sociale netwerk worden de symptomen besproken en wordt er een diagnose gesteld. Of de depressieve symptomen als zodanig worden herkend hangt deels van deze diagnose af. Het hangt ook af van de etniciteit van een persoon. In de Westerse wereld zijn we georiënteerd op ziekte, diagnoses en wetenschappelijke objectiviteit, terwijl binnen niet-westerse culturen vaker alternatieve verklaringen gezocht worden voor psychische problemen. Deze liggen buiten de wetenschap. Een laatste factor die de herkenning van problemen als psychisch beïnvloed, is sekse. Meiden herkennen depressieve symptomen eerder als jongens. Dit komt doordat de herkenning een ondermijning van de mannelijkheid inhoudt. Volgens de mannelijke genderrol hoort een man externaliserend op problemen te reageren. Last hebben van depressieve symptomen betekent dat je internaliserend reageert op problemen, wat juist van meiden wordt verwacht. Om geen schade aan de mannelijke genderrol op te lopen, zullen jongens hun depressieve symptomen niet herkennen.

De tweede stap in het hulpzoekproces wordt ook door de sociale omgeving, etniciteit en sekse van de jongere met depressieve symptomen beïnvloedt. Wanneer iemand een sterk sociaal netwerk heeft, kan er binnen dit netwerk voldoende hulp geboden worden aan degene met de depressieve symptomen. Het verschilt echter of de persoon hulp zoekt bij familie of vrienden. Jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond hebben vaak sterkere familiebanden dan jongeren met een westerse culturele achtergrond. Westerlingen leggen eerder hun probleem aan vrienden voor. Ook blijkt dat in sommige culturen depressieve symptomen niet geaccepteerd worden, wat ertoe leidt dat er geen professionele hulp voor gezocht wordt. De angst voor stigma's zorgt ook voor de vermijding van professionele hulp door etnische minderheden in Amerika.

Sekse is een belangrijke verklaring voor het verklaren van de lage mate van hulpzoeken door jongeren met depressieve symptomen. Zo blijkt dat jongens een negatievere houding hebben ten opzichte van het psychische probleem en de professionele hulpverlening. Deze negatieve houding ontstaat ten eerste door de angst voor stigma's. Hier hebben vooral jongens last van. Doordat ze willen voorkomen dat ze het stigma van depressief opgeplakt krijgen door de omgeving, zullen zij geen hulp zoeken en negatief tegenover de hulpverlening staan. Deze houding wordt verstrekt doordat jongens meer last hebben van schaamte dan meiden wanneer zij hulp zoeken voor hun depressieve symptomen. Het past namelijk niet bij de mannelijke genderrol om hulp te zoeken. Een man hoort onafhankelijk en zelfstandig te zijn, dus geen hulp te zoeken. Ook de onwetendheid over de behandelingen en hulpverlening van vooral jongens zorgt voor een negatieve houding ten opzichte van de professionele hulpverlening.

Welke vorm van hulp er gebruikt wordt, hangt ook af van de culturele achtergrond en sekse van de jongere met depressieve symptomen. Voor alle jongeren geldt dat therapie boven medicatie wordt verkozen. Vooral jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond zijn sceptisch over antidepressiva. Zij geloven er niet in en zoeken de hulp liever in religie of binnen hun sociale omgeving. Qua geslacht is er weinig verschil in de keuze van type hulp. Zowel jongens als meiden kiezen eerder voor informele hulp, dan voor professionele hulp. Wordt er wel voor professionele hulp gekozen, dan gaat de voorkeur uit naar therapie. Meiden kiezen eerder voor groepstherapie dan jongens. Jongens kiezen eerder voor individuele therapie.



Een nieuwe vorm van hulp is internethulp. Hiervoor wordt gekozen, omdat het laagdrempelig, anoniem, onafhankelijk van tijd en plaats en geautomatiseerd is. Bovendien zorgt het internet voor sociale contacten met zowel lotgenoten als andere jongeren. Deze contacten worden op internet gezocht, vanwege de angst voor stigma's, de ongeschiktheid om bestaande contacten te onderhouden en vanwege het feit dat iemand op internet alles kan delen. Uit onderzoek blijkt dat jongens en meiden ongeveer evenveel gebruik maken van deze vorm van hulp. De discrepantie die in de reguliere hulpverlening bestaat, is niet van toepassing op internethulp.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de redenen die jongens en meiden hebben voor de keuze voor internethulp. Dit empirische deel van deze bachelorstudie zal zich hierop richten. De vraag die beantwoordt dient te worden is: *Waarom verkiezen jongeren met depressieve symptomen internethulp boven andere vormen? In welke mate zijn anonimiteit, gevoelens van schaamte en stigma's, laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats, en de behoefte aan sociale contacten hierbij van belang? Verschilt de belangrijkheid van deze factoren tussen jongens en meiden?*

## Hoofdstuk 3. Onderzoeksplan

---

In dit hoofdstuk worden eerst de probleemstelling en bijbehorende hypothesen behandeld. In paragraaf 3.2 komen de definities en operationalisering van de belangrijkste begrippen aan bod.

### **3.1. Probleemstelling**

#### *3.1.1. Vraagstelling*

Waarom verkiezen jongeren met depressieve symptomen internethulp boven andere vormen van hulpverlening? In welke mate zijn anonimiteit, gevoelens van schaamte en stigma's, laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats en de behoefte aan sociale contacten hierbij van belang? Verschilt de belangrijkheid van deze factoren tussen jongens en meiden?

De hypothesen die hierbij zijn opgesteld, luiden:

- *Stigma's met betrekking tot het zoeken naar hulp voor de depressieve symptomen en met betrekking tot de symptomen zelf, zullen een belangrijkere rol spelen voor jongens dan voor meiden bij hun keuze voor internethulp.*

(Veel jongeren zijn bang voor negatieve stigmatisering. Zowel jongens als meiden zullen bang zijn om als gek of ziek bestempeld te worden.

Maar doordat het niet 'mannelijk' is om hulp te zoeken, zal dit stigma belangrijker voor jongens zijn. Ditzelfde geldt voor de stigma's ten opzichte van het probleem.

Jongens zouden depressieve symptomen negeren, omdat deze klachten geassocieerd worden met vrouwelijkheid. Deze problemen zouden de mannelijkheid ondermijnen.).

- *Schaamte speelt bij de keuze voor internethulp een belangrijkere rol bij jongens dan bij meiden.*

(Doordat het zoeken naar hulp niet mannelijk is, ontstaan schaamtegevoelens als er wel hulp gezocht moet worden. Bij meiden is het meer geaccepteerd.).

- *Doordat jongens zich meer schamen voor hun probleem, zal het voor hen belangrijker zijn dan voor meiden dat ze via internethulp open en eerlijk over hun problemen kunnen praten.*

(Door de schaamte voor problemen zullen jongens weinig over hun probleem willen praten. Doordat ze via internet anoniem hulp kunnen vinden, zullen ze daar eerder open en eerlijk vertellen over hun probleem. Internethulp verkleint zo het risico dat

ouders en vrienden te weten komen wat er aan de hand is met hun kind/vriend.

Aangezien de schaamte voor meiden minder aan de orde is, zullen zij internet minder nodig hebben om eerlijk en open over hun probleem te vertellen.).

- *Door schaamte die gepaard kan gaan gaat bij hulp zoeken, is anonimiteit voor jongens belangrijker dan voor meiden bij de keuze voor internethulp.*  
(Anonimiteit is belangrijk voor jongens, omdat zij meer last hebben van schaamtegevoelens en stigma's ten opzichte van hun probleem en hun hulpzoekgedrag.).
- *Voor zowel jongens als meiden zullen de sociale contacten met lotgenoten belangrijk zijn om voor internethulp te kiezen.*  
(De angst voor stigma's is bij jongens sterker dan bij meiden. Hierdoor ervaren jongens ook sterkere schaamtegevoelens dan meiden. Deze gevoelens kunnen ertoe leiden dat jongens minder snel over hun probleem praten met hun bestaande omgeving dan meiden. Internetfora zijn het middel om toch met anderen over je problemen te kunnen praten. Meiden zijn onzekerder en hebben een lager zelfbeeld dan jongens. Dit zijn redenen waarom zij niet over hun depressieve symptomen durven te praten. Op internetfora kunnen meiden met depressieve klachten in contact komen met lotgenoten. Dit zorgt ervoor dat meiden over hun symptomen durven te praten.)
- *Onafhankelijkheid van tijd en plaats zal voor beide sekse geen belangrijke rol spelen bij de keuze voor internethulp.*  
(Het voorkomen van schaamtegevoelens en negatieve stigma's zal te belangrijk zijn.).
- *De minder ernstige problemen zullen een belangrijkere reden voor meiden zijn dan voor jongens om internethulp te zoeken.*  
(Uit onderzoek blijkt dat meiden over het algemeen onzekerder zijn en een lager zelfbeeld hebben dan jongens. Verwacht wordt dat meiden kleine problemen groter gaan maken. Door de laagdrempeligheid van internet zullen ze voor deze kleinere problemen ook hulp gaan zoeken. Jongens zijn zekerder van zichzelf, waardoor ze zelf beter met kleine problemen om kunnen gaan.).

### 3.1.2. Doelstelling

Het blijkt dat vooral jongens weinig hulp zoeken voor hun depressieve symptomen (Dubow, 1990). Dit is een probleem, want wanneer er geen hulp gezocht wordt voor deze klachten, kan dit ernstige gevolgen hebben, met als dieptepunt zelfdoding (Rickwood en Braithwaite, 1994). De sekseverschillen in het zoeken naar hulp schijnen niet aanwezig te zijn bij internetbehandelingen voor depressieve klachten (Gould, Munfakh & Lubell, 2002). Internethulpverlening zou volgens dit onderzoek een belangrijk middel voor jongens kunnen zijn om met hun psychische problemen om te kunnen gaan. Er is weinig bekend over de redenen waarom jongeren voor internethulp kiezen. Factoren als laagdrempeligheid, anonimiteit, sociale contacten en onafhankelijkheid van tijd en plaats worden in onderzoek genoemd als verklarende factoren (Nikken, 2007). Er is echter weinig bekend of jongens en meiden verschillende redenen voor het gebruik van internethulp hebben. Dit is de wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek. Er is een gat in de theorievorming met betrekking tot mogelijke sekseverschillen in het kiezen voor internethulp.

Dit gat dient gedicht te worden om een aantal redenen. Wanneer bekend wordt welke redenen jongeren hebben om voor internethulpverlening te kiezen, kan hierop ingespeeld worden door de instanties die deze vorm van hulp aanbieden. Instanties kunnen zo proberen meer jongens aan te trekken en hen te helpen met hun depressieve symptomen. Wanneer er geen hulp gezocht wordt voor deze klachten, kan dit ernstige gevolgen hebben. Dit geeft het belang van het krijgen van goede hulp aan. Door kennis op te doen over de beweegredenen van jongeren, kunnen jongeren betere hulp aangeboden krijgen. Vooral voor jongens, die minder hulp zoeken dan meiden, is dit van groot belang. Dit is de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek.

Binnen de literatuurstudie wordt er gekeken naar de invloed van etniciteit, vrienden, familie en sekse op het zoeken naar hulp. Zowel de psychologische, sociale als etnische kant van het zoeken naar hulp komt in de literatuurstudie naar voren. Ook in het eigen onderzoek worden redenen om voor internethulp te kiezen vanuit verschillende disciplines getoetst. Zo wordt er gekeken naar schaamte, stigma's, sociale contacten op fora, anonimiteit, laagdrempeligheid en onafhankelijkheid van tijd en plaats. Deze redenen omvatten zowel sociale als psychologische concepten. Er kan dus gesteld worden dat zowel de literatuurstudie als het eigen onderzoek interdisciplinair is.

## **3.2. Definities**

Een aantal begrippen hebben een duidelijke definiëring nodig. In dit onderzoek wordt er onderzoek gedaan naar depressieve symptomen. Hiervoor wordt gekozen, omdat het moeilijk is via internet jongeren te vinden die de diagnose ‘depressie’ hebben gekregen van een professionele hulpverlener. Er wordt verwacht dat jongeren die via internet hulp zoeken eerder last zullen hebben van depressieve klachten.

Bij de definitie van depressieve symptomen wordt aangesloten bij de DSM IV (American Psychiatric Association, 2000). Onder depressieve symptomen wordt verstaan: interesseverlies, gewichtsveranderingen, een verandering in eetlust, slapeloosheid, moeheid, gevoelens van waardeloosheid, concentratieverlies, suïcidegedachten of psychomotore remming (het afremmen van gedachtes en fysische bewegingen). Deze symptomen moeten minstens twee weken aanwezig zijn om een klacht als depressief te kunnen diagnosticeren. Al deze genoemde symptomen worden in de vragenlijst genoemd, waarbij de respondent kan aangeven voor welke van deze symptomen hij of zij hulp op internet heeft gezocht.

Depressieve symptomen worden subjectief gemeten: aan de hand van de mening van de respondent.

Een ander begrip dat nader omschreven dient te worden is jongeren. In dit onderzoek worden jongeren gezien als personen in de leeftijd van twaalf tot vierentwintig jaar. Deze periode bevat zowel de puberteit als de adolescentie.

Internethulpverlening is het bieden van informatie, advies of ondersteuning via internet op het gebied van zorg, welzijn of educatie. Dit kan aangeboden worden in de vorm van preventie, behandeling of (na)zorg en is gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt, het verbeteren van de toegankelijkheid van de hulp en op de toeleiding naar face-to-face hulp (E-hulp, 2007).

## Hoofdstuk 4. Methoden

---

In dit hoofdstuk wordt het meetinstrument besproken. Daarnaast wordt er een korte beschrijving gegeven van de respondenten en de manier van dataverzameling. Ook wordt er ingegaan op de manier van data-analyse.

### **4.1 Meetinstrument**

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, wordt er gebruik gemaakt van een kwantitatief meetinstrument: een vragenlijst, gepubliceerd via internet. Een belangrijke reden hiervoor is dat er onderzoek gedaan wordt naar verschillen in beweegredenen tussen jongens en meiden voor het gebruik van internethulp. Het aantonen van verschillen is een doel van kwantitatieve methoden ('t Hart e.a., 2005). De vragenlijst is via internet verspreid vanwege de doelgroep van dit onderzoek. Het gaat om jongeren die internethulp gebruiken voor hun depressieve symptomen. De verwachting is dat deze jongeren via het internet makkelijker te bereiken zijn, omdat ze binnen dit netwerk reeds actief zijn. Verder is de verwachting dat anonimiteit voor deze jongeren belangrijk is. De anonimiteit zal gewaarborgd worden door deze enquête vorm: er is geen contact tussen onderzoeker en respondent.

#### *4.1.1 Operationalisering en betrouwbaarheid*

De enquête bestaat uit 3 blokken met in totaal 43 vragen (zie bijlage, blz 55). In het eerste blok worden er achtergrondkenmerken van de respondenten gevraagd. In het tweede blok worden er specifieke vragen gesteld over de depressieve klachten en het hulpproces. De respondenten dienen aan te geven welke vorm(en) van hulp ze gebruiken en wie deze vorm ontdekt heeft. Vervolgens wordt er gevraagd voor welke symptomen de respondent hulp heeft gezocht en hoe ernstig de symptomen worden bevonden. De ernst van de symptomen zijn gemeten op een Likert-schaal, waarbij score één heel weinig last en score vijf heel veel last betekent. De laatste vraag in dit blok gaat na of er andere vormen van hulp naast de internetvorm worden gebruikt.

Het laatste blok bestond uit vijf schalen. Elke schaal bestaat uit minimaal vier items die hetzelfde behoren te meten. Dit wordt gedaan om de betrouwbaarheid van de vragenlijst te verhogen. Voor alle items binnen deze schalen is gebruik gemaakt van een Likert-schaal, waarbij *helemaal niet mee eens* score één had en *helemaal mee eens* score vijf. Een hogere score betekent dat de schaal belangrijker wordt bevonden in de keuze voor internethulp. De scores op de items binnen een schaal worden bij elkaar opgeteld en vervolgens wordt daar het gemiddelde van genomen.

In de vragenlijst worden er vijf constructen gemeten: *anonimiteit*, *gevoelens van schaamte en stigma's*, *laagdrempeligheid*, *onafhankelijk van tijd en plaats* en *sociale contacten*. Bij anonimiteit (Cronbach's Alpha = .849) gaat het niet alleen om de anonimiteit van de hulpvrager tegenover de hulpverlener en het wegvallen van het fysieke contact. Wat belangrijk is, zijn de *stigma's* (Cronbach's Alpha = .803) die gepaard gaan met psychische klachten. Zo kunnen de psychische klachten als 'abnormaal' worden bestempeld, maar men kan ook stigma's ervaren voor de hulp die ze gezocht hebben. Het willen ontduiken van deze stigma's kan leiden tot een grotere wens voor anonimiteit. Ook *schaamtegevoelens* (Cronbach's Alpha = .838) zorgen ervoor dat anonimiteit voor hulpvragers belangrijk is. Vooral jongens zouden zich schamen voor het feit dat ze last hebben van depressieve symptomen en voor het feit dat ze er hulp voor zoeken; het past niet binnen de mannelijke genderrol (Mojtabai, 2007; Cook, 1990). De variabele *schaamtegevoelens* en *stigma's* is een aparte variabele gemaakt: gevoelens (Cronbach's Alpha = .852).

Onder laagdrempeligheid (Cronbach's Alpha = .653) wordt verstaan dat de meeste Nederlanders (93%) thuis internet heeft (Statline, 2009). Vooral jongeren zijn er handzaam mee. Maar ook deze definitie omvat niet het gehele begrip. Doordat jongeren eenvoudig toegang hebben tot internet en het makkelijk te gebruiken vinden, zullen ze deze vorm van hulp eerder uitproberen. Dit kan ertoe leiden dat de jeugd voor *minder ernstige* of *minder serieuze klachten* hulp gaat zoeken. Deze klachten lopen dan minder snel uit de hand. Als laatste wordt onder laagdrempeligheid de *snelheid van het oplossen* verstaan. Doordat deze vorm van hulp geautomatiseerd is, worden stappen overgeslagen die in de professionele hulpverlening zorgen voor lange wachttijden. De stap voor jongeren om zich te laten behandelen via internet wordt op deze wijze eenvoudiger.

Naast dat internethulp laagdrempelig is, kan deze hulpvorm ook gevolgd worden *wanneer en waar men maar wilt*, mits er internet beschikbaar is. Dit is de onafhankelijkheid van tijd en plaats (Cronbach's Alpha = .829). De nadruk ligt hierbij vooral op de *eigen inbreng* van de hulpvrager. Degene met depressieve symptomen bepaalt waar en wanneer hij hulp vraagt. Dit geldt echter niet voor alle vormen van hulp; bij chatsessies zijn er vaste tijden.

Het laatste construct zijn de sociale contacten (Cronbach's Alpha = .794). *Informatie* en *ervaringen* van lotgenoten worden gedeeld via internet. Dit heeft gevolgen voor de *uiting van problemen*. Voor sommige zal dit makkelijker gaan tegenover lotgenoten. Zij hebben namelijk last van dezelfde problemen. Ook (het gebrek aan) *sociale contacten in het echte leven* van de persoon speelt mee bij de keuze om op internet contact te zoeken. Wanneer een jongere met depressieve klachten weinig sociale contacten heeft of deze moeilijk kan onderhouden, kan internet de manier zijn om nieuwe contacten op te doen.

Geconcludeerd kan worden dat het construct anonimiteit wordt gemeten in *openheid, eerlijkheid, gebrek aan visueel contact met hulpverlener*. Gevoelens wordt gemeten door middel van *schaamte, mening van ouders en vrienden* en de *stigma's* die hieruit kunnen voortvloeien. Laagdrempeligheid wordt gemeten door middel van *gemak* (in gebruik en toegang) en *ernst van problemen*. Onafhankelijkheid van tijd en plaats wordt gemeten door *overall contact, altijd contact* en *eigen inbreng* over behandeling. Sociale contacten wordt gemeten door vragen over *ervaring, informatie, (gebrek aan) steun in het echte leven* en *het uiten van problemen*.

#### **4.2. Dataverzameling**

In totaal hebben 190 respondenten meegewerkt aan dit onderzoek, waarvan 89 de enquête compleet hebben ingevuld. De respondenten zijn tussen de 12 en 24 jaar oud en zijn benaderd via 25 verschillende websites. In eerste instantie zijn er op 15 websites berichten geplaatst. Één van deze websites is die van Dipdocs, een hulporganisatie waar depressieve jongeren mailcontact met hulpverleners kunnen aanvragen. Zij hebben een link op hun homepage geplaatst naar de enquête. De overige 14 websites zijn forums, waarvan er vijf specifiek gericht zijn op jongeren met problemen (Share in Trust, Forum Angst en Depressie, forum Pandora, Tienerproblemen en Depressiesteunpunt). De overige negen websites zijn algemene forums voor jongeren (Leerlingen.com, Jongeren forum, Yes, Viva, Fancy, Scholieren.com, Studie-punt, Studentenforum en Topical).



Doordat het aantal respondenten tegenviel, zijn er op nog vijf websites berichten geplaatst met een link naar de enquête. Al deze websites zijn gericht op jongeren met problemen (Lotgenotenforum, Ease the pain, Health 2 you, Psychiatricforum en InDepressie). Het aantal respondenten is lichtelijk toegenomen, maar toch werd besloten om nog vijf websites te benaderen met de vraag om de link naar de enquête te plaatsen. Hiervan is één website specifiek gericht op jongeren met problemen (Depressief.nl), de andere vier zijn algemene jongerenforums (Jongeren aan het woord, Jongerentalk, Kaboem en Jeugdinternet).

De steekproef bestaat voor 20.3% uit mannen en 79.7% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 18.5 jaar. Ze komen voornamelijk uit Zuid-Holland (15.6%), maar ook Noord-Brabant (13.9%), Utrecht (12.7%) en Gelderland (12.1%) zijn goed vertegenwoordigd. Weinig respondenten komen uit Zeeland (3.5%), Flevoland (2.9%) of Friesland (2.3%). Qua opleidingsniveau zijn het vooral de Vwo'ers die aan de enquête hebben meegewerkt (15.7%). Ook Hbo'ers (15.1%) en degene die iets anders doen dan de aangegeven mogelijkheden (14.5%) zijn goed vertegenwoordigd. Onder de laatste groep vallen degene die geen opleiding volgen of werken. Mbo'ers (12.2%), WO'ers (10.5%), Havisten (9.9%), VMBO T'ers (9.3%) en gymnasiasten (8.7%) zijn in mindere mate vertegenwoordigd. VMBO P is bijna niet vertegenwoordigd (4.1%). In tabel één (zie bijlagen, bladzijde 63) staat het overzicht van de beschrijvende statistieken.

#### **4.3 Validiteit en betrouwbaarheid**

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van nieuwe schalen en items die bepaalde variabelen beogen te meten. Deze vragen zijn duidelijk en helder opgesteld, wat de validiteit van dit onderzoek ten goede komt. Het feit dat dit meetinstrument nieuw ontworpen is, en dus niet geverifieerd is, verlaagt de validiteit van dit onderzoek. Door middel van parallelle operationalisaties, de variabelen zijn door meerdere items gemeten, is getracht deze verlaging zo beperkt mogelijk te houden en de betrouwbaarheid van het meetinstrument zo hoog mogelijk te krijgen. De betrouwbaarheid wordt verder gewaarborgd door het feit dat data automatisch wordt ingevoerd in een SPSS-bestand. Er kunnen dus geen toevallige fouten zijn ontstaan bij de data-invoer. De gebruikte enquêtevorm heeft ook voordelen voor de externe validiteit. Jongeren vanuit heel Nederland kunnen de enquête invullen, met als gevolg dat resultaten uit dit onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden naar de Nederlandse jeugd met depressieve symptomen. Ook heeft dit onderzoek zich gericht op alle vormen van

internethulp, wat ertoe leidt dat uitspraken over de relatie tussen sekse en beweegredenen om voor internethulp te kiezen voor alle vormen van internethulp gelden. Daarnaast is een internetvragenlijst geheel anoniem. Er is geen contact met een onderzoeker en hij kan ingevuld worden in de eigen omgeving. Dit verkleint de mogelijkheid op sociaal wenselijke antwoorden, wat de interne validiteit verhoogd. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is zo groot mogelijk gemaakt, door duidelijk uiteen te zetten welke kenmerken van een variabele zijn gemeten (zie paragraaf 3.1.1).

#### **4.4 Analyse**

De verzamelde data zijn via SPSS geanalyseerd. Eerst worden er univariate analyses uitgevoerd, waarbij de resultaten over het hulpproces en de depressieve symptomen van de respondenten onderzocht worden. Vervolgens zijn er bivariate analyses gedaan, om de 7 opgestelde hypothesen te toetsen. De hypothesen worden getoetst middels een *Independent-Samples T-test*.

## Hoofdstuk 5. Resultaten

---

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek. Eerst worden gegevens over het hulpgedrag van de respondenten beschreven om vervolgens te onderzoeken hoe belangrijk anonimiteit, gevoelens van schaamte en stigma's, laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats en de behoefte aan sociale contacten zijn voor zowel jongens als meiden bij hun keuze voor internethulp. Het hoofdstuk eindigt met het toetsen van de zeven opgestelde hypothesen.

### **5.1 Univariante analyse**

In tabel twee (zie bijlagen, bladzijde 64), staan de gegevens met betrekking tot het hulpzoekgedrag en de symptomen van de respondenten. Hieruit blijkt dat de meeste respondenten zelf hebben ontdekt dat internet een bron van hulp kan zijn (88.9%). Het wordt voornamelijk gebruikt om informatie op te zoeken over de depressieve problemen (75.9%), daarnaast maken de respondenten veel gebruik van forums (63.2%) en chatboxen (41.1%) zonder de aanwezigheid van hulpverleners. Depressieve symptomen waar de respondenten vooral last van hebben, zijn: een sombere stemming (66.9%), moeheid (62.3%), slecht slapen (58.5%), het gevoel dat men waardeloos is (57.7%) en verlies van interesse (51.5%). Deze symptomen worden allemaal als ernstig aangemerkt door de hulpvrager. Meer dan de helft van de respondenten (52.9%) gebruikt naast internethulp een aanvullende vorm van hulp. De meeste respondenten binnen deze groep bezoeken een psycholoog of psychiater.

#### *5.1.1 Belangrijkheid van constructen*

Om de vraag te kunnen beantwoorden in welke mate de vijf constructen (anonimiteit, gevoelens van schaamte en stigma's, laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats, en behoefte aan sociale contacten) van belang zijn bij de keuze voor internethulp, moeten de gemiddelde scores op deze schalen onderzocht worden. Uit tabel drie (zie bijlagen, bladzijde 65) kan afgelezen worden hoe belangrijk de variabelen zijn als reden om voor internethulp te kiezen. Score één betekent dat die variabele niet belangrijk is, terwijl score vijf aangeeft dat een variabele heel belangrijk is als reden om voor internethulp te kiezen.

De sociale contacten blijken de belangrijkste reden voor de respondenten te zijn om voor internethulp te kiezen ( $M = 3.40$ ,  $SD = .81$ ); anonimiteit ( $M = 3.24$ ,  $SD = 1.08$ ) en gevoelens van schaamte en stigma's ( $M = 3.21$ ,  $SD = .99$ ) zijn ook belangrijk. De laagdrempeligheid van internethulp ( $M = 2.63$ ,  $SD = .82$ ) is de minst belangrijke reden om voor internethulp te kiezen.

De verwachting is dat elke jongere de gemakken van internet wel belangrijk zou vinden. Daarom is ervoor gekozen om vijf stellingen hierover door de respondent te laten rangschikken. De score één betekent dat de stelling het minst belangrijk wordt bevonden als reden om voor internethulp te kiezen, score vijf is de belangrijkste stelling. De gemiddelde scores op deze stellingen staan in tabel vier (zie bijlagen, bladzijde 65). Uit deze tabel blijkt dat de meeste respondenten internethulp de makkelijkste manier vinden van hulp zoeken ( $M = 3.50$ ,  $SD = 1.12$ ). Wat het minst belangrijk wordt gevonden als reden om voor internethulp te kiezen, is het feit dat internethulp de goedkoopste manier van hulp is ( $M = 2.53$ ,  $SD = 1.59$ ).

Geconcludeerd kan worden dat de sociale contacten de belangrijkste reden is om voor internethulp te kiezen, terwijl de laagdrempeligheid en onafhankelijkheid van tijd en plaats van deze hulp niet belangrijk wordt gevonden. Deze resultaten zeggen nog weinig over de verschillen tussen jongens en meiden in hun redenen om voor internethulp te kiezen. Hiervoor zijn bivariate analyses nodig.

## **5.2. Bivariate analyse**

Door middel van bivariate analyses kunnen de opgestelde hypothesen getoetst worden. De onafhankelijke variabele is van nominaal niveau (sekse). De afhankelijke variabelen zijn allen van intervalniveau (anonimiteit, gevoelens van schaamte & stigma's, laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats en sociale contact). Deze variabelen zijn gemeten op een Likert-schaal. De *Independent samples T-test* kan toetsen of er significante verschillen tussen jongens en meiden zijn qua belangrijkheid van de variabelen in hun keuze voor internethulp. De resultaten van de bivariate analyses en t-toetsen zijn weergegeven in tabel vijf en zes (zie bijlagen, bladzijde 66 en 67).

### 5.2.1. Hypothese 1

De eerste hypothese luidt: *‘Stigma’s vanwege het hulp zoeken voor de problemen en vanwege de problemen zelf zullen beide een belangrijkere rol spelen voor jongens dan voor meiden bij de keuze voor internethulp’*.

In tabel vijf valt af te lezen dat de gemiddelde score op de variabele ‘stigma vanwege hulp’ voor beide seksen ongeveer gelijk is. Beide classificeren deze variabele als niet belangrijk, maar ook niet onbelangrijk als reden om voor internethulp te kiezen. Uit de t-toets blijkt ook dat stigma’s vanwege het zoeken van hulp voor jongens ( $M = 2.93$ ,  $SD = 1.27$ ) een even belangrijke rol spelen als voor meiden ( $M = 2.84$ ,  $SD = 1.09$ ,  $t = .30$ ,  $p = .38$ ) bij de keuze voor internethulp.

De verschillen tussen jongens en meiden lijken groter te zijn op de variabele ‘stigma’s vanwege het probleem’, maar ook hier blijkt uit de t-toets dat stigma’s vanwege het probleem een even belangrijke reden voor jongens is als voor meiden om voor internethulp te kiezen ( $M_{JONGENS} = 2.90$ ,  $SD_{JONGENS} = 1.42$ ,  $M_{MEIDEN} = 3.15$ ,  $SD_{MEIDEN} = 1.06$ ,  $t = -.80$ ,  $p = .21$ ). De rol die stigma’s spelen bij de keuze voor internethulp verschilt niet significant tussen jongens en meiden. Deze hypothese kan dus weerlegd worden.

### 5.2.2. Hypothese 2

De tweede hypothese stelt: *‘Schaamte speelt bij de keuze voor internethulp een belangrijkere rol bij jongens dan bij meiden’*.

Uit de analyse blijkt dat de score op de variabele schaamte voor meiden hoger ligt dan voor jongens ( $M_{JONGENS} = 3.23$ ,  $SD_{JONGENS} = 1.25$ ,  $M_{MEIDEN} = 3.74$ ,  $SD_{MEIDEN} = 1.14$ ). Jongens classificeren schaamte als niet belangrijk, maar ook niet onbelangrijk als reden om voor internethulp te kiezen; de classificatie van meiden is dat deze reden belangrijk is. Dit verschil is niet significant ( $t = -1.59$ ,  $p = .06$ ). Ook deze hypothese kan weerlegd worden: er is geen significant verschil in belangrijkheid van schaamte bij de keuze voor internethulp tussen jongens en meiden

Tot zover luidt de conclusie dat stigma’s en schaamte als reden om voor internethulp te kiezen niet verschillen tussen jongens en meiden.

### 5.2.3. Hypothese 3

De volgende hypothese die opgesteld is, luidt: *‘Doordat jongens zich meer schamen voor hun probleem, zal het voor hen belangrijker zijn dat ze via internethulp open en eerlijk over hun problemen kunnen praten dan voor meiden’.*

De stelling dat jongens zich meer schamen voor hun probleem is niet getoetst in dit onderzoek; de vragen in de enquête richten zich op de rol van schaamte bij de keuze voor internethulp. Er kan dus geen antwoord gegeven worden op de vraag of jongens meer schaamtegevoelens ervaren en daarom het open en eerlijk praten over het probleem belangrijker vinden dan meiden.

Wat wel het geval blijkt te zijn, is dat jongens en meiden significant verschillen in de mate waarin openheid en eerlijkheid een reden is om voor internethulp te kiezen. De gemiddelde score van beide groepen op de variabele ‘open en eerlijk praten’ blijken te verschillen: meiden vinden deze variabele belangrijker als reden om voor internethulp te kiezen dan jongens. Dit verschil blijkt ook significant te zijn ( $M_{JONGENS}=3.00$ ,  $SD_{JONGENS}=1.15$ ,  $M_{MEIDEN}=3.66$ ,  $SD_{MEIDEN}=1.07$ ,  $t=-2.20$ ,  $p=.02$ ). Deze uitkomst is echter tegengesteld aan de verwachting; meiden vinden open en eerlijk over hun problemen praten een belangrijkere reden om voor internethulp te kiezen dan jongens.

### 5.2.4. Hypothese 4

Deze hypothese stelt: *‘Door schaamte die gepaard gaat met hulp zoeken, is anonimiteit voor jongens belangrijker dan voor meiden bij de keuze voor internethulp’.*

Ook voor deze hypothese geldt dat over het eerste deel van de hypothese geen conclusie getrokken kan worden. Het is onduidelijk of schaamtegevoelens vanwege het hulp zoeken ervoor zorgt dat anonimiteit voor jongens belangrijker is. Er kan echter wel een verschil zijn in het belang dat jongens en meiden aan anonimiteit hechten. De gemiddelde scores op deze variabele blijken iets te verschillen tussen jongens en meiden. Meiden ( $M_{MEIDEN}=3.30$ ,  $SD_{MEIDEN}=1.05$ ) hechten meer waarde aan anonimiteit bij hun keuze voor internethulp dan jongens dat doen ( $M_{JONGENS}=2.86$ ,  $SD_{JONGENS}=1.23$ ,  $t=-1.52$ ,  $p=.07$ ). Maar hier geldt dat het belang van anonimiteit bij de keuze voor internethulp niet significant verschilt tussen jongens en meiden.

### 5.2.5. Hypothese 5

Deze hypothese luidt dat ‘voor zowel jongens als meiden de sociale contacten met lotgenoten belangrijk zullen zijn om voor internethulp te kiezen’. Verwacht wordt dat jongens en meiden niet zullen verschillen in de mate waarin de sociale contacten met lotgenoten een belangrijke reden is bij de keuze voor internethulp. In tabel vijf is af te lezen dat de scores op deze variabele ongeveer gelijk is voor jongens en meiden. Dit resultaat blijkt ook uit de t-toets te komen. De sociale contacten zijn voor jongens ( $M_{JONGENS} = 3.23$ ,  $SD_{JONGENS} = 1.00$ ) een even belangrijke reden om voor internethulp te kiezen als voor meiden ( $M_{MEIDEN} = 3.43$ ,  $SD_{MEIDEN} = .78$ ,  $t = -.81$ ,  $p = .42$ ).

Dit resultaat betekent niet dat de hypothese bevestigd wordt. De sociale contacten worden zowel door jongens als meiden niet als heel belangrijk aangemerkt als reden om voor internethulp te kiezen. De gemiddelde score van zowel de jongens als de meiden licht dicht bij de drie, waardoor geconcludeerd moet worden dat deze variabele niet belangrijk, maar ook niet onbelangrijk is bij de keuze voor internethulp.

### 5.2.6. Hypothese 6

Deze hypothese kijkt naar weer een andere variabele, namelijk de onafhankelijkheid van tijd en plaats van internethulp. Gesteld wordt dat *Onafhankelijkheid van tijd en plaats voor beide sekse geen belangrijke rol zal spelen bij de keuze voor internethulp*. Dit betekent dat de gemiddelde score op de schaal ‘onafhankelijkheid van tijd en plaats’ van jongens en meiden tussen de één en drie zal liggen en dat er geen significante verschillen tussen deze groepen zal zijn in belangrijkheid van deze reden voor de keuze voor internethulp.

De gemiddelde score op deze schaal blijkt rond de drie te liggen. Dit betekent dat zowel de meiden als de jongens de onafhankelijkheid van tijd en plaats van internethulp niet belangrijk vinden als reden om voor internethulp te kiezen. Logischerwijs blijkt uit het resultaat van de t-toets dat deze schaal voor jongens ( $M_{JONGENS} = 3.07$ ,  $SD_{JONGENS} = .87$ ) even (on)belangrijk blijkt te zijn als reden voor internethulp als voor meiden ( $M_{MEIDEN} = 3.02$ ,  $SD_{MEIDEN} = .75$ ,  $t = .22$ ,  $p = .83$ ). Ook hier zitten jongens en meiden op een lijn met hun oordeel. De hypothese kan bevestigd worden.

### 5.2.7 Hypothese 7

De laatste hypothese van dit onderzoek stelt dat *de minder ernstige problemen een belangrijkere reden voor meiden zullen zijn dan voor jongens om voor internethulp te kiezen*. Deze hypothese meet het belang van de laagdrempeligheid van internethulp. Ten eerste wordt er gekeken naar de ernst van de symptomen. In tabel zeven (zie bijlagen, bladzijde 68) staat per symptoom hoe ernstig deze worden bevonden door de jongens en meiden. Score één betekent dat een symptoom niet ernstig is, score vijf betekent dat een symptoom heel ernstig wordt gevonden.

Het blijkt dat de gemiddelde scores van ernst per symptoom verschillen tussen jongens en meiden. Zo worden het gebrek aan eetlust, gewichtsveranderingen, slecht slapen, moeheid en ander genoemde klachten (vooral automutilatie) door meiden ernstiger bevonden dan door jongens. Het gebrek aan concentratievermogen en zelfmoordgedachten zijn ernstiger voor jongens dan voor meiden. Hieruit kunnen we concluderen dat meiden hun problemen ernstiger classificeren, dan dat jongens dit doen; zij geven op meerdere symptomen een hogere score. Om te onderzoeken of de minder ernstige problemen een belangrijke reden voor meiden zijn om voor internethulp te kiezen, moeten de resultaten op een aantal gestelde stellingen onderzocht worden.

De gemiddelde scores op de stellingen over minder ernstige problemen blijken niet te verschillen tussen jongens en meiden. Beide groepen hebben een neutrale houding ten opzichte van deze variabele, aangezien de gemiddelde score van beide groepen onder de 3 ligt. De ernst van het probleem wordt niet belangrijk bevonden bij de keuze voor internethulp. Dezelfde conclusie kan getrokken worden uit de t-toets: jongens ( $M_{JONGENS} = 2.84$ ,  $SD_{JONGENS} = .98$ ) vinden deze minder ernstige problemen even onbelangrijk als reden om voor internethulp te kiezen als meiden ( $M_{MEIDEN} = 2.60$ ,  $SD_{MEIDEN} = .79$ ,  $t = 1.03$ ,  $p = .15$ ). De hypothese kan dus weerlegd worden.



## Hoofdstuk 6. Conclusie en reflectie

---

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit hoofdstuk vijf samengevat om vervolgens de hoofdvraag van deze scriptie te kunnen beantwoorden. De resultaten uit dit onderzoek worden daarna teruggekoppeld aan de in hoofdstuk twee besproken literatuur en aan vergelijkbaar onderzoek van Karin Ursem (2010), medestudent Algemene Sociale Wetenschappen. Zij heeft kwalitatief onderzocht wat het effect van het gebruik van internethulpverlening voor depressieve symptomen heeft op het hulpzoekgedrag in de reguliere zorg. Wanneer haar onderzoek is behandeld, zullen de beperkingen van dit onderzoek besproken worden en aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan worden.

### **6.1 Samenvatting resultaten**

Dit onderzoek is opgezet om duidelijkheid te krijgen over de redenen die jongeren hebben om voor internethulp te kiezen voor hun depressieve symptomen. Deze duidelijkheid is enigszins gecreëerd door een vragenlijst bij 190 respondenten af te nemen over de verschillende redenen die men kan hebben om voor internethulp te kiezen. Uit deze data zijn enkele conclusies voortgekomen.

Uit de univariate analyse blijkt dat jongeren zelf de mogelijkheid van internethulp ontdekken. Zij zoeken voornamelijk informatie over hun probleem, maar ook chatboxen en forums worden veelvuldig gebruikt. Meer dan de helft van de respondenten in dit onderzoek gebruikt naast internet ook nog een andere vorm van hulp, voornamelijk reguliere hulp. Wanneer er voor internethulp gekozen wordt, dan gebeurt dit voornamelijk vanwege het feit dat men sociale contacten zoekt.

#### 6.1.1 Hypothesen

Om de verschillende hypothesen te toetsen, zijn er bivariate analyses gedaan. Door middel van *Independent Sampled T-testen* is berekend of er significante verschillen zijn in beweegredenen die jongens en meiden hebben om voor internethulp te kiezen.

Aan de hand van de eerste vier hypothesen, die allen betrekking hebben op schaamtegevoelens en stigma's, kan geconcludeerd worden dat beide gevoelens voor jongens en meiden even belangrijk zijn bij de overweging om voor internethulp te kiezen. Beide seksen vinden deze variabele niet belangrijk, maar ook niet onbelangrijk bij het keuzeprocess.

Een andere conclusie die getrokken kan worden, is dat jongens de anonimiteit van internethulp niet belangrijker vinden dan meiden. Uit het gemiddelde oordeel van jongens blijkt dat anonimiteit van internethulp onbelangrijk wordt bevonden bij de overweging om voor internethulp te kiezen, terwijl meiden deze variabele wel belangrijk vinden. Dit meningsverschil is echter niet significant. De sociale contacten als reden om voor internethulp te kiezen, wordt door beide seksen wel belangrijk gevonden. De onafhankelijkheid van tijd en plaats van internethulp blijkt voor beide seksen geen belangrijke, maar ook geen onbelangrijke reden te zijn om voor internethulp te kiezen. Deze conclusie geldt ook voor de ernst van het probleem. Internethulp wordt voor ernstige depressieve symptomen gebruikt, terwijl de minder ernstige symptomen voor beide seksen geen belangrijke reden zijn om voor internethulp te kiezen.

Een verrassende conclusie die getrokken kan worden is het feit dat meiden denken opener en eerlijker te kunnen praten over hun probleem via internet. Dit is voor hen een belangrijke reden om voor internethulp te kiezen, terwijl jongens dit geen belangrijke factor vinden. Deze uitkomst is tegengesteld aan de verwachting die voorafgaand aan dit onderzoek is opgesteld.

De algemene conclusie luidt dat er weinig verschillen tussen jongens en meiden in dit onderzoek naar voren komen in hun beweegredenen om voor internethulp te kiezen. Het meest verrassende resultaat is het feit dat meiden het belangrijk vinden dat ze via internethulp opener en eerlijker over hun probleem denken te kunnen praten dan via reguliere hulp, terwijl jongens hier neutraal tegenover staan.

### 6.1.2 Hoofdvraag

Aan de hand van bovengenoemde uitkomsten kan de hoofdvraag, ‘*Waarom verkiezen jongeren met depressieve symptomen internethulp boven andere vormen van hulpverlening? In welke mate zijn anonimiteit, gevoelens van schaamte en stigma’s laagdrempeligheid, onafhankelijkheid van tijd en plaats, en de behoefte aan sociale contacten hierbij van belang? Verschilt de belangrijkheid van deze factoren tussen jongens en meiden?*’, beantwoord worden.

Het eerste deel van de hoofdvraag blijkt een onwaarheid te bevatten, zo blijkt uit dit onderzoek. Jongeren met depressieve symptomen verkiezen internethulp niet boven andere vormen van hulpverlening. Voor de meerderheid van de respondenten geldt dat internethulp gebruikt wordt naast andere vormen van hulp (voornamelijk reguliere hulp van psychologen en psychiaters).

Wanneer de jongeren voor internethulp kiezen, zijn vooral de sociale contacten, de anonimiteit en de gevoelens van schaamte en stigma's belangrijk. Voorafgaand aan dit onderzoek werd verwacht dat laagdrempeligheid door iedere respondent als belangrijke reden om voor internethulp te kiezen zou worden aangemerkt. Toch speelt deze factor geen rol bij het keuzeproces; wel vinden de respondenten het gemak van internethulp belangrijk als reden om voor internethulp te kiezen.

Het laatste gedeelte van de hoofdvraag kan beantwoord worden op basis van de hypothesen. Uit het onderzoek blijkt dat het belang van de vijf factoren bij de keuze voor internethulp weinig verschilt tussen jongens en meiden. In tabel zes is af te lezen dat voor de meeste variabelen geldt dat de verschillen tussen jongens en meiden niet significant is. Het enige significante verschil tussen jongens en meiden is het belang van open en eerlijk over de problemen praten. Dit aspect van laagdrempeligheid is voor meiden belangrijker in de keuze voor internethulp dan voor jongens.

## **6.2 Vergelijkbaar onderzoek**

Een aantal resultaten uit dit onderzoek zijn in overeenstemming met eerder onderzoek. Zowel in dit onderzoek, als in dat van Houston e.a. (2002), Kummervold e.a. (2002) en Ursem (2010) wordt duidelijk dat internethulp voornamelijk naast reguliere hulp gebruikt wordt door jongens en meiden met depressieve symptomen. In het onderzoek van Houston gebruikt 81% van de respondenten internethulp naast reguliere hulp, hier is dit percentage 53% (zie Bijlagen, tabel twee). Wanneer gekozen wordt voor internethulp, dan wordt er volgens Gould, Munfakh & Lubell (2002) voornamelijk gebruik gemaakt van chatboxen (87%). In dit onderzoek wordt deze vorm van hulp ook vaak geraadpleegd door de respondenten: 41% van de respondenten gebruikt een chatbox als hulpvorm. Echter wordt het internet voornamelijk gebruikt om forums te raadplegen en informatie over de aandoening te vinden.

Als er naar de beweegredenen wordt gekeken om voor internethulp te kiezen, dan blijkt uit dit onderzoek dat de sociale contacten belangrijk zijn in het keuzeproces. Dit ondersteunt de theorie van Ybarra & Suman (2005) en resultaten uit het onderzoek van Karin Ursem (2010). Beide stellen dat internethulp gekozen wordt vanwege het contact met lotgenoten. Jongeren met depressieve symptomen zouden moeite hebben om sociale contacten te onderhouden en dit zou vergemakkelijkt worden door internet. Ursem stelt dat via internethulp de respondenten steun en adviezen kunnen krijgen van lotgenoten, zonder dat ze in de openbaarheid hoeven te treden. Daarnaast stelt zij, net als Kummervold e.a. (2002) dat door deze sociale contacten men meer en eerlijker over hun probleem durft te vertellen. Wanneer het face-to-face contact afwezig is en respondenten met lotgenoten praten, kunnen ze makkelijker en opener over hun probleem praten. In dit onderzoek is niet onderzocht waarom de sociale contacten van belang zijn. Wel blijkt dat zowel de sociale contacten als het open en eerlijk vertellen over het probleem belangrijk worden gevonden, voornamelijk door meiden, bij de overweging om voor internethulp te kiezen.

### **6.3 Implicaties voor theorievorming**

Aangezien er weinig theorievorming bestaat over redenen waarom jongeren voor internethulp kiezen, kunnen deze resultaten goed gebruikt worden en gerepliceerd worden om een solide theoretisch kader op te bouwen over sekseverschillen in de keuze voor internethulp. Uit dit onderzoek blijkt dat er weinig sekseverschillen zijn in de keuze om voor internethulp te kiezen, maar toch blijkt uit eerder onderzoek dat meiden meer gebruik maken van deze vorm van hulp. De theorievorming zal zich moeten gaan richten op andere factoren die deze discrepantie kunnen verklaren. Dit is nodig om zo de hulpverlening voor jongeren, en voornamelijk jongens, met depressieve symptomen te verbeteren.

### **6.4 Beperkingen**

Een grote beperking aan dit onderzoek, waar vooraf al voor werd gevreesd, is het gebrek aan jongens binnen de steekproef. De steekproef binnen dit onderzoek bestaat voor 20% uit jongens. Het is waarschijnlijk dat dit een bijzondere groep jongens is; de kleine groep die wel hulp zoekt voor zijn depressieve symptomen. Deze bijzondere groep wordt vergeleken met een 'normale' groep meiden. De vergelijking tussen jongens en meiden die in dit onderzoek is gemaakt, kan dus vertekend zijn. Naast het feit dat dit onderzoek weinig jongens bevat, is de steekproefgrootte zelf ook laag. Maar 89 van de 190 respondenten hebben de enquête

helemaal voltooid. De betrouwbaarheid van de resultaten verliest hierdoor aan waarde. Verder heeft dit onderzoek zich voornamelijk gericht op websites met een forum. Dit zorgt ervoor dat deze resultaten moeilijk gegeneraliseerd kunnen worden naar andere vormen van internethulp. Een andere beperking van de onderzoeksgroep is het feit dat zij zichzelf gediagnosticeerd hebben. Het is niet te controleren of de respondenten ook werkelijk last hebben van depressieve symptomen.

Een inhoudelijke beperking is het feit dat er niet gemeten is of schaamtegevoelens en stigma's aanwezig zijn bij de jongeren; er is alleen onderzocht wat de rol van stigma's en schaamtegevoelens is in de overweging om internethulp te kiezen voor jongens en meiden. Wanneer het voorkomen van deze gevoelens in de metingen wordt meegenomen, kunnen er conclusies getrokken worden of schaamtegevoelens en angst voor stigma's werkelijk aanwezig zijn bij jongeren en of deze gevoelens effect hebben op het keuzeprocess onder jongeren met depressieve symptomen. Daarnaast bestaat er twijfel over de validiteit van de schalen. Deze zijn door de onderzoeker geconstrueerd en daardoor niet geverifieerd. Hierdoor ontstaat onduidelijk over het feit of de enquête wel meet wat het zou moeten meten. Een laatste beperking van dit onderzoek is het feit dat er geen causale uitspraken gedaan kunnen worden. Er is voornamelijk gekeken naar samenhang tussen sekse en bepaalde voordelen van internethulp. Of er een causaal verband bestaat tussen de variabelen kan niet worden geconcludeerd aan de hand van dit onderzoek.

## **6.5 Aanbevelingen**

Aan de hand van dit onderzoek, kunnen er suggesties gedaan worden voor vervolgonderzoek. Ten eerste zou dit onderzoek herhaald moeten worden met een grotere en meer diverse onderzoeksgroep. Met een goede, representatieve steekproef kunnen de uitkomsten uit dit onderzoek gecontroleerd worden. Verschillen tussen jongens en meiden die in dit onderzoek niet significant bleken te zijn, kunnen dit wel zijn als de steekproef representatief is. De betrouwbaarheid van de resultaten wordt hierdoor vergroot, net als de mogelijkheid te generaliseren.

Het feit dat stigma's en schaamtegevoelens geen belangrijke rol spelen bij de keuze voor internethulp roept diverse vragen op. Het onderzoek van Cook (1990), waaruit blijkt dat jongens zich meer schamen voor hun probleem vanwege de mannelijke genderrol die van hen verwacht wordt. Heel waarschijnlijk is dit beeld verouderd. Dit zou onderzocht moeten worden, om vast te kunnen stellen of de schaamtegevoelens en stigma's nog wel sterker aanwezig zijn bij jongens dan bij meiden. Blijkt dit niet zo te zijn, dan moeten andere invalshoeken onderzocht worden om de vraag te kunnen beantwoorden waarom jongens minder hulp zoeken dan meiden.

Verder is er één verrassende uitkomst gebleken uit dit onderzoek, namelijk het feit dat het open en eerlijk kunnen praten via internet voor meiden significant belangrijker is dan voor jongens. Dit verschil in mening is onverwachts en daarom interessant om verder te onderzoeken. Misschien vinden meiden het open en eerlijk praten over hun probleem belangrijk vanwege de behoefte aan contact met lotgenoten, zoals blijkt uit het onderzoek van Kummervold e.a. (2002) en Ursem (2010).

Daarnaast zou vervolgonderzoek zich meer op de jongens moeten richten. Zij zijn degene die weinig hulp zoeken voor hun depressieve symptomen. Het feit dat weinig jongens deelgenomen hebben aan deze enquête, suggereert dat zij ook minder gebruik maken van internethulp. Of dit werkelijk zo is, moet verder onderzocht worden.

## Hoofdstuk 7. Literatuurlijst

---

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *Journal of Affective Disorders*, 70(1), 35-47.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Andersson, G., Bergström, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldø, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 187(5), 456.
- Beirns, P. & Messerschmidt, J.W. (2006). *Criminology*. Oxford: Oxford University Press.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 54(501), 248-253.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 979-986.
- Boldero, J., & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18(2), 193-209.
- Braams, T., & Talma, T. (2000). *Kinderen en jongeren met een depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., et al. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55.

- CBS (2003). *Gezondheid en welzijn*. Geraadpleegd op 10-10-2009 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/9CF19548-A0B9-42BF-9D67-15C6C903AFE6/0/2003g87p051art.pdf>
- CBS (2008). *Gezondheid en zorg in cijfers*. Geraadpleegd op 10-10-2009 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/516BE7D7-B35E-4CFA-BF66-9B48ADF6995F/0/2008c156pub.pdf>
- Churchill, R., Khaira, M., Gretton, V., Chilvers, C., Dewey, M., Duggan, C., et al. (2000). Treating depression in general practice: Factors affecting patients' treatment preferences. *British Journal of General Practice*, 50(460), 905-906.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(8), 1350-1362.
- Cook, E.P. (1990). Gender and psychological distress. *Journal of counseling & development*, 68(4), 371-375.
- Cooper-Patrick, L., Powe, N. R., Jenckes, M. W., Gonzales, J. J., Levine, D. M., & Ford, D. E. (1997). Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 431-438.
- Davison, K.P., Pennebaker, J.W. & Dickerson, S.S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*. 55(2), 205-217
- Dijkstra, D. (2008). *Computergeleverde versus therapeutgeleverde therapie voor het behandelen van depressie een systematisch overzicht*. Geraadpleegd op 15-10-2009 van <http://umcg.wewi.eldoc.ub.rug.nl.proxy.library.uu.nl/FILES/root/Rapporten/2008/UBAssertiv2/ScriptiedefinitiefDouweDijkstra.pdf>



- Dubow, E. F., Lovko Jr., K. R., & Kausch, D. F. (1990). Demographic differences in adolescents' health concerns and perceptions of helping agents. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(1), p44-11p.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C. D., Liao, D., & Wells, K. B. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine, 15*(8), 527-534.
- E-hulp (2007). *Wat is online hulp?* Geraadpleegd 10-10-2009 van <http://www.ehulp.nl/watisonlinehulp.html>
- Fröjd, S., Marttunen, M., Pelkonen, M., Pahlen, B., & Kaltiala-Heino, R. (2007). Adult and peer involvement in help-seeking for depression in adolescent population. A two-year follow-up in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(12), 945-952.
- Gasquet, I., Chavance, M., Ledoux, S., & Choquet, M. (1997). Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 6*(3), 151-159.
- Givens, J. L., Houston, T. K., Van Voorhees, B. W., Ford, D. E., & Cooper, L. A. (2007). Ethnicity and preferences for depression treatment. *General Hospital Psychiatry, 29*(3), 182-191.
- De Goei, L., Plooy, A., van Weeghel, J. (2005). *Ben ik in beeld?: Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Gonzalez, J.M., Alegraia, M., & Prihoda, T.J. (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology, 33*(5), 611-629.
- Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., & Lubell, K. (2002). Seeking help from the internet during adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(10), p1182-8p.

- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. New York: Palgrave Macmillan.
- 't Hart, H., Boeijs, H. & Hox, J. (2006). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Houston, T.K., Cooper, L.A. & Ford, D.A. (2002). Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2062-2068.
- Jaycox, L. H., Asarnow, J. R., Sherbourne, C. D., Rea, M. M., LaBorde, A. P., & Wells, K. B. (2006). Adolescent primary care patients' preferences for depression treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(2), 198-207.
- Jonker, H. (2009). *Schaamte over psychische problemen van jongeren in e-mails*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-991.
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(1), 49-64.
- Kragten, J. (2005). *Leven met een depressieve stoornis*. Geraadpleegd op 22-12-2009 via [http://psychologenpraktijkdongen.nl/voorlichting/leven\\_met\\_depressive%20stoornis.pdf](http://psychologenpraktijkdongen.nl/voorlichting/leven_met_depressive%20stoornis.pdf)
- Kummervold, P.E., Gammon, D., Bergvik, S., Johnsen, J.K., Halsvold, T. e.a. (2002). Social support in a wired world: Use of online mental health forums in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(1), 59-65.
- Lam, R. W. (2001). Patients' preferences and counseling for depression in primary care. *Lancet (North American Edition)*, 357(9256), p575-2p.

- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27(1), 123-132.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 110–120.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R., Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* 102 (1), 133-144
- Lin, K. M., Inui, T. S., Kleinman, A. M., & Womack, W. M. (1982). Sociocultural determinants of the help-seeking behavior of patients with mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(2), 78-85.
- Maughan, B., Iervolino, A. C., & Collishaw, S. (2005). Time trends in child and adolescent mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(4), 381-385.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 29-42.
- Mojtabai, R. (2007). Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatric Services*, 58(5), 642.
- Moonen, D. (2009). *Gendersverschillen in psychische problemen: Depressie, automutilatie en eetproblemen*. Utrecht: Universiteit Utrecht
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 1-9.

- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht: een verkenning naar het hulpaanbod voor jeugdigen in Nederland*. Utrecht: NJI.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, *369*(9569), 1302-1313.
- Regier, D. A., Hirschfeld, R. M. A., Goodwin, F. K., Burke Jr., J. D., Lazar, J. B., & Judd, L. L. (1988). The NIMH depression awareness, recognition, and treatment program: Structure, aims, and scientific basis. *American Journal of Psychiatry*, *145*(11), 1351-1357.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, *39*(4), 563-572.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, *187*(7 Suppl)
- Riolo, S. A., Nguyen, T. A., Greden, J. F., & King, C. A. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the national health and nutrition examination survey III. *American Journal of Public Health*, *95*(6), 998-1000.
- Sherbourne, C. D. (1988). The role of social support and life stress events in use of mental health services. *Social Science and Medicine*, *27*(12), 1393-1400.
- Srebnik, D., Cauce, A. M., & Baydar, N. (1996). Help-seeking pathways for children and adolescents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *4*(4), 210-220.
- Statline (2009). *ICT gebruik van personen naar persoonskenmerken*. Geraadpleegd op 10-10-2009 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71098ned&D1=33-133&D2=0-2&D3=a&VW=T>
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(1), 155-159.

- Swart, B. (2009). *Van een dipje tot een depressie. Een onderzoek naar de beweegredenen van depressieve jongeren om een hulpsite te raadplegen*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368-381.
- Tick, N.T., van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2008). Ten-year increase in service use in the Dutch population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(6), 373.
- Trimbos instituut (2006). *Internet vergroot slagkracht GGZ: Jaarverslag 2006*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Ursem, K. (2010). *Online hulp ontvangen via internet: een uitkomst of een valkuil?* Utrecht: Universiteit Utrecht
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 97-104.
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2008). The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: Equal use for equal needs? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 808-815.
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2009). Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in dutch young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 239-246.
- Verhulst, F. C., Van Der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336.
- Vos, J.M.E. (2008). *Het voorspellen van externaliserend probleemgedrag bij jongere kinderen: De rol van zelfregulatie en sekse*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B. e.a. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *BMJ*, *321*(7273), 1383-1388

Wisdom, J. P., Clarke, G. N., & Green, C. A. (2006). What teens want: Barriers to seeking care for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *33*(2), 133-145.

# Hoofdstuk 8: Bijlagen

---

## **Bijlage 1: Vragenlijst**

Bedankt voor je medewerking aan deze enquête. Er is weinig informatie bekend over het hulpzoeken door jongeren op internet. Ik wil graag weten waarom mensen kiezen voor internethulp. Door deze enquête hoop ik daarachter te komen.

Het invullen van deze enquête zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen en is **geheel anoniem**. De enquête begint met algemene vragen over jezelf. Daarna komen er zes blokken met vragen over de internethulp die jij gekregen hebt. Vul alle vragen zo eerlijk mogelijk in, zodat er aan het einde goede conclusies getrokken kunnen worden.

Eerst komen er 4 algemene vragen over jezelf en de hulp die jij hebt gekregen

### **1. Wat is je geslacht?**

Man

Vrouw

### **2. Hoe oud ben je?**

jaar

### **3. In welke provincie woon je?**

Groningen

Utrecht

Friesland

Noord-Holland

Drenthe

Zuid-Holland

Overijssel

Zeeland

Gelderland

Brabant

Flevoland

Limburg

#### 4. Wat voor opleiding volg je nu?

- VMBO Theoretische leerweg
- VMBO Praktijk
- HAVO
- HBO
- Anders, namelijk:
- VWO
- Gymnasium
- MBO
- WO

Nu komen er vijf vragen over jouw depressieve symptomen en de hulp die je hiervoor krijgt.

#### 5. Welke vorm van internethulp gebruik jij voor je problemen (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Ik heb informatie over mijn probleem gezocht op internet
- Ik gebruik een zelfhulpmodule
- Ik chat met een hulpverlener
- Ik chat met andere jongeren, zonder hulpverlener
- Ik ben actief op een forum, waar geen hulpverlener aanwezig is.
- Ik ben actief op een forum, waar wel een hulpverlener aanwezig is
- Ik mail met mijn hulpverlener
- Anders, namelijk



**6. Wie heeft jou gewezen op deze vorm van hulp?**

- Ik heb deze vorm zelf gevonden
- Ouder(s)
- Vrienden
- Iemand anders, namelijk:

**7. Voor welke klachten gebruik je deze vorm van internethulp (meerdere antwoorden mogelijk)?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verlies van interesse in bijna alle dingen die ik doe | <input type="checkbox"/> Veranderende eetlust |
| <input type="checkbox"/> Gevoel dat ik waardeloos ben                          | <input type="checkbox"/> Slecht slapen        |
| <input type="checkbox"/> Sombere stemming                                      | <input type="checkbox"/> Moeheid              |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverandering                                   | <input type="checkbox"/> Zelfmoordgedachten   |
| <input type="checkbox"/> Gebrek aan concentratie                               | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:    |

**8. Kun je per klacht aangeven hoeveel last je ervan had, waarbij 1 heel weinig last is en heel veel last.**

Heel weinig last    Weinig last    Niet veel/niet weinig last    Veel last    Heel veel last

---

...                   

---

**9. Gebruik je, naast internet nog andere vormen van hulp, voor je depressieve klachten?**

Ja, namelijk

Nee

Nu je de algemene vragen beantwoordt hebt, wil ik wat specifiekere vragen stellen over de hulp die je via internet hebt gebruikt. Dit deel bestaat uit 6 blokken met een aantal stellingen. Geef aan hoe belangrijk de stelling voor je is.

**Dit blok bestaat uit 5 stellingen over de internethulpverlening.**

**Geef aan in hoeverre jij het eens bent met de stellingen. De antwoorden lopen van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens.**

<b>Ik heb voor internethulp gekozen, omdat...</b>	<b>Helemaal mee oneens</b>				<b>Helemaal mee eens</b>
1. ... een hulpverlener mij niet kan zien	1	2	3	4	5
2. ... ik geen hulpverlener wil zien als ik mijn problemen vertel.	1	2	3	4	5
3. ... ik niet bang hoeft te zijn bekenden tegen te komen.	1	2	3	4	5
4. ... ik eerlijker over mijn probleem zal praten.	1	2	3	4	5
5. ... ik meer over mijn problemen zal vertellen als ik dit anoniem kan doen.	1	2	3	4	5

Het volgende blok gaat over je gevoelens die een rol kunnen spelen bij de keuze voor soort hulp. Er worden zes stellingen gegeven en jij kunt aangeven in hoeverre jij het met de stelling eens bent. De antwoorden lopen van heel erg mee oneens tot heel erg mee eens.

<b>Ik heb voor internethulp gekozen, omdat...</b>	<b>Helemaal mee oneens</b>				<b>Helemaal mee eens</b>
1. ... ik niet wil dat vrienden of familie van mij weten dat ik depressieve symptomen heb.	1	2	3	4	5
2. ... ik het moeilijk vind om over mijn depressieve gevoelens te praten.	1	2	3	4	5
3. ... ik bang ben gepest te worden als mensen weten dat ik last heb van depressieve symptomen.	1	2	3	4	5
4. ... ik me schaam voor mijn problemen.	1	2	3	4	5
5. ... ik niet wil dat iemand weet dat ik hulp zoek voor mijn depressieve symptomen.	1	2	3	4	5
6. ... ik bang ben dat vrienden me zullen uitlachen als ze weten dat ik hulp zoek voor mijn problemen.	1	2	3	4	5

**De volgende reeks vragen gaan over het gemak van internethulp. Dit blok bestaat uit 5 stellingen. Zet de stellingen in volgorde van belangrijkheid, waarbij de stelling die je het onbelangrijkst vindt een 1 geeft en de belangrijkste een 5.**

1. Ik heb toegang tot internet
2. Internet is de makkelijkste manier om hulp te zoeken.
3. Internet is de snelste manier om hulp te zoeken
4. Internethulp is eenvoudig uit te proberen
5. Internethulp is de goedkoopste manier om mijn probleem op te lossen.

**Nu volgen er nog 5 stellingen over het gemak van internethulp. Geef aan in hoeverre je het eens bent met deze stellingen. De antwoorden lopen van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens.**

Ik heb voor internethulp gekozen, omdat...					
	Helemaal mee oneens				Heel erg mee eens
1. ... mijn probleem niet serieus genoeg is om ervoor naar een dokter te gaan.	1	2	3	4	5
2. ... internethulp ervoor zorgt dat ik ook de kleinste problemen vertel.	1	2	3	4	5
3. ... mijn probleem nu nog te klein is om ervoor naar een huisarts te gaan	1	2	3	4	5
4. ... ik alleen last heb van kleine problemen.	1	2	3	4	5
5. ... ik bang ben dat mijn probleem steeds groter wordt.	1	2	3	4	5

**Het volgende blok met vragen gaat over de tijd en plaats waar(op) internethulp gebruikt kan worden. In dit blok worden 9 stellingen gepresenteerd, waarvan jij kunt aangeven in hoeverre je het met de stelling eens bent.**

**Geef weer aan in hoeverre je het eens bent met de stelling, waarbij de antwoorden van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens lopen.**

Ik heb gekozen voor internethulp, omdat...	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet eens/niet oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
1. ... ik contact met een hulpverlener/forum willen hebben als ik het nodig heb	1	2	3	4	5
2. ... ik altijd contact wil kunnen opnemen met een hulpverlener/forum.	1	2	3	4	5
3. ... ik wil kunnen nadenken over de vraag die door het forum/ de hulpverlener gesteld wordt.	1	2	3	4	5
4. ... ik niet eerst een afspraak wil maken met een hulpverlener.	1	2	3	4	5
5. ... ik mijn hulpverlener overal kan bereiken.	1	2	3	4	5
6. ... ik vanaf mijn eigen huis hulp wil krijgen.	1	2	3	4	5
7. ... ik geen reistijd wil hebben.	1	2	3	4	5
8. ... hulpverleners uit het hele land mij zo kunnen helpen.	1	2	3	4	5
9. ... ik geen hulp gezocht had, als ik een hulpverlener moest opzoeken.	1	2	3	4	5

**Dit laatste blok gaat over de contacten met lotgenoten die via internethulp zijn opgedaan.**

**Geef weer aan in hoeverre je het eens bent met de stelling, waarbij de antwoorden van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens lopen.**

	Helemaal mee oneens				Helemaal mee eens
	1	2	3	4	5
1. Ik koos voor internethulp, omdat ik in informatie over mijn klachten wilde krijgen van lotgenoten.	1	2	3	4	5
2. Ik koos voor internethulp, omdat ik de ervaringen van lotgenoten wilde lezen.	1	2	3	4	5
3. Tegen lotgenoten kan ik mijn probleem makkelijker kan vertellen.	1	2	3	4	5
4. Op internet begrijpen mensen mijn problemen tenminste.	1	2	3	4	5
5. In mijn dagelijks leven heb ik weinig vrienden waarmee ik over mijn klachten kan praten.	1	2	3	4	5
6. Ik vind het moeilijk om vriendschappen te onderhouden.	1	2	3	4	5
7. Via de vorm van internethulp die ik heb gekregen, heb ik nieuwe vrienden gemaakt.	1	2	3	4	5

Wilt u nog een toelichting geven op een van de vragen? Of zijn er nog andere redenen waarom je voor internethulp hebt gekozen?

Dit was het einde van de enquête. Bedankt voor je medewerking. Als je op de hoogte gehouden wilt worden van de resultaten van dit onderzoek of je hebt nog vragen, dan kan je hier je mailadres achterlaten. Dit adres wordt alleen gebruikt om de onderzoeksresultaten naar toe te sturen.

Laura Meurs, Algemene Sociale Wetenschappen, Faculteit Sociale Wetenschappen,  
Universiteit Utrecht.

## **Bijlage 2: Tabellen**

Tabel 1: *Beschrijvende Statistieken van Achtergrondkenmerken (N=190)*

	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Achtergrondkenmerken (N= 182)				
Seksse				
Man		20.3		
Vrouw		79.7		
Leeftijd (N=176)	18.40		3.15	12-24
Woonplaats (N=173)				
Groningen		5.2		
Friesland		2.3		
Drenthe		5.2		
Overijssel		6.4		
Gelderland		12.1		
Utrecht		12.7		
Noord-Holland		11.6		
Zuid-Holland		15.6		
Zeeland		3.5		
Noord-Brabant		13.9		
Limburg		8.7		
Flevoland		2.9		
Opleiding (N= 172)				
VMBO T		9.3		
VMBO P		4.1		
Havo		9.9		
VWO		15.7		
Gymnasium		8.7		
MBO		12.2		
HBO		15.1		
WO		10.5		
Anders		14.5		



Tabel 2: *Beschrijvende Statistieken over Hulpvorm*

	<i>M</i>	<i>%</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
<b>Hulpvorm (N= 141)</b>				
Informatie zoeken		75.9		
Zelfhulpmodule		9.2		
Chatten met hulpverlener		11.3		
Chatten met jongeren		29.8		
Forum met hulpverlener		12.1		
Forum zonder hulpverlener		51.1		
Mailen met hulpverlener		12.8		
Anders		11.3		
<b>Ontdekt (N= 135)</b>				
Ik heb het zelf ontdekt		88.9		
Mijn ouders		3.0		
Mijn vrienden		4.4		
Anders		3.7		
<b>Symptomen (N=130)</b>				
Verlies van interesse		51.5		
Gevoel dat ik waardeloos ben		57.7		
Sombere stemming		66.9		
Gewichtsveranderingen		24.6		
Gebrek aan concentratie		42.3		
Veranderende eetlust		25.4		
Slecht slapen		58.5		
Moeheid		62.3		
Zelfmoordgedachten		42.3		
Anders		16.9		
<b>Ernst symptomen</b>				
Verlies van interesse (N=65)	4.08		.92	1-5
Gevoel dat ik waardeloos ben (N=72)	4.40		.97	1-5
Sombere stemming (N=84)	4.24		.97	1-5
Gewichtsveranderingen (N=30)	3.63		1.22	1-5
Gebrek aan concentratie (N=54)	3.96		.95	1-5
Veranderende eetlust (N=32)	3.97		1.09	1-5
Slecht slapen (N=74)	3.99		1.04	1-5
Moeheid (N=79)	4.29		.85	1-5
Zelfmoordgedachten (N=53)	3.85		1.10	1-5
Anders (N=23)	4.05		1.17	1-5
Andere vorm van hulp (N=121)		52.9		

Tabel 3: *Beschrijvende statistieken over verschillende schalen*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Anonimiteit (N=111)	3.24	1.08	1-5
Gevoelens (N =103)	3.21	.99	1-5
Laagdrempeligheid (N =96)	2.63	.82	1-5
Onafhankelijkheid van tijd en plaats (N=90)	3.03	.76	1-5
Sociale contacten (N=88)	3.40	.81	1-5

Tabel 4: *Beschrijvende statistieken over laagdrempeligheid internethulp (N=98).*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Toegang hebben tot internet	2.90	1.64	1-5
Makkelijkste manier om hulp te zoeken	3.50	1.12	1-5
Snelste manier om hulp te zoeken	3.20	1.18	1-5
Eenvoudig uitproberen	2.87	1.29	1-5
Goedkoopste oplossing	2.53	1.59	1-5

Tabel 5: *Bivariate Analyse van Geslacht op Onafhankelijke Variabelen*

	<i>Geslacht</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Stigma vanwege hulp	Jongen	15	2.93	1.27
	Meisje	88	2.84	1.09
Stigma vanwege probleem	Jongen	15	2.90	1.42
	Meisje	88	3.15	1.06
Schaamte	Jongen	15	3.23	1.25
	Meisje	88	3.74	1.14
Open en eerlijk praten	Jongen	15	3.00	1.15
	Meisje	88	3.66	1.07
Anonimiteit	Jongen	16	2.86	1.23
	Meisje	95	3.30	1.05
Sociale Contacten	Jongen	13	3.23	1.00
	Meisje	75	3.43	.78
Onafhankelijkheid tijd en plaats	Jongen	13	3.07	.87
	Meisje	77	3.02	.75
Ernst van probleem	Jongen	14	2.84	.98
	Meisje	82	2.60	.79

Tabel 6: *Independent Samples T-test Sekse*

	<i>t</i>	<i>p</i>
Stigma vanwege hulp	.30	.38
Stigma vanwege probleem	-.80	.21
Schaamte	-1.59	.06
Open en eerlijk praten	-2.20	.01
Anonimiteit	-1.52	.07
Sociale contacten	-.81	.42
Onafhankelijkheid tijd en plaats	.22	.83
Ernst van problemen	1.03	.15

Tabel 7: *Ernst van symptomen per geslacht*

	Geslacht	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Verlies van interesse	Jongen	13	4.15	.90
	Meisje	52	4.06	.94
Gevoel dat ik waardeloos ben	Jongen	8	4.38	1.06
	Meisje	64	4.41	.91
Sombere stemming	Jongen	12	4.25	1.06
	Meisje	72	4.28	.97
Gewichtsverandering	Jongen	4	3.25	.96
	Meisje	26	3.68	1.26
Gebrek aan concentratie	Jongen	9	4.33	.71
	Meisje	45	3.89	.98
Verandering in eetlust	Jongen	5	3.20	1.64
	Meisje	27	4.11	.93
Slecht slapen	Jongen	8	3.63	1.51
	Meisje	66	4.03	.98
Moeheid	Jongen	13	3.92	.76
	Meisje	66	4.36	.85
Zelfmoordgedachten	Jongen	7	4.29	1.11
	Meisje	46	3.78	1.09
Anders	Jongen	2	3.00	2.83
	Meisje	20	4.15	.99