



Studenten bij de studentenpsycholoog

De rol van ouders tijdens het hulp zoeken en
de behandeling

Bachelorproject ASW 2009-2010
Onder begeleiding van Christien Brinkgreve

Marjolein Huizinga
2-7-2010

Voorwoord

Het schooljaar 2009-2010 is bijna voorbij, alleen de laatste loodjes nog. Het was een erg leerzaam jaar waarin ik zelf over de grenzen van mijn kunnen en mijn kennis ging. Depressie is een onderwerp dat mijn al lang interesseert. Het is een ziekte die iemand volkomen kan verlammen en in zijn schulp kan laten kruipen. Tijdens dit onderzoek heb ik veel geleerd over deze ziekte en ondanks dat ik me hier ruim een jaar in heb verdiept, blijft het voor mij een interessant fenomeen. Met veel plezier heb ik dit onderzoek gedaan, de interviews afgenomen en van de resultaten een mooi verhaal gemaakt.

Ik wil heel graag de studenten bedanken die met mij gesproken hebben over een moeilijke periode in hun leven. Tijdens de interviews werd er open gepraat en ondanks dat de sommige vragen erg persoonlijk waren, kreeg ik altijd antwoord. Hierdoor nam mijn vertrouwen als interviewer toe en werden de interviews steeds leuker en leerzamer om te doen. Bedankt voor de medewerking!

Verder wil ik mijn begeleiders bedanken, Catelijne Akkermans en Christien Brinkgreve, voor hun adviezen. Mijn klankbord tijdens dit onderzoek was Laura Meurs. Het afgelopen jaar was depressie een vast onderwerp van gesprekken en mailtjes en het was erg fijn hier zoveel met iemand over te kunnen praten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	4
1.1 Inleiding	4
1.2 Probleemstelling	6
Hoofdstuk 2 Literatuurverslag	8
2.1 Inleiding	8
2.2. Depressie	9
2.3. Het hulpzoekproces van jongeren	12
2.4. Het hulpzoekproces en obstakels door het sociale netwerk	15
2.5. Conclusie	20
Hoofdstuk 3 Methoden	23
3.1. Onderzoeksinstrument	23
3.2. Operationalisering	24
3.3. Analyse	25
3.4. Dataverzameling	26
3.5. Onderzoekspopulatie	27
Hoofdstuk 4 Resultaten	29
4.1. De studenten	29
4.2. Keuze studentenpsycholoog	30
4.3. Beoordeling studentenpsycholoog	31
4.4. De symptomen	33
4.5. De rol van ouders	35
4.6. Perceptie jongeren over ouders	40
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie	42
5.1. Beantwoording onderzoeksvraag	42
5.2. Theoretische reflectie	44
5.3. Methodische reflectie	46
Hoofdstuk 6 Literatuurlijst	48
Bijlagen	53

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding

Uit een onderzoeksrapport van de Europese Unie uit 2007 blijkt dat in Nederland, in vergelijking met andere Europese landen, het grootste aantal mensen zichzelf beschrijft als gelukkig. Hier staat tegenover dat het College voor zorgverzekeringen in 2006 kon melden dat er ruim één miljoen Nederlanders zijn die antidepressiva gebruiken. Deze twee grote tegenstrijdigheden worden beschreven in het boek *De depressie epidemie* van Trudy Dehue (2008). Tussen het grote aantal mensen dat antidepressiva gebruikt bevinden zich ook jongeren.

Veel jongeren krijgen te maken met emotionele problemen tijdens de puberteit. Uit onderzoek van Frojd e.a. (2007) is naar voren gekomen dat op dit moment 10% van de jongeren in Finland aan een depressie lijdt en dat in totaal 25% van de volwassenen tijdens de adolescentie last heeft gehad van depressieve klachten. Deze cijfers zijn te vergelijken met Nederland. Het RIVM, het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu concludeerde in 2003 dat naar schatting 6,3% van de Nederlandse bevolking van 13 jaar en ouder aan een depressie leed. Dat zijn 856.000 Nederlandse inwoners. 17% van de 12 tot 17 jarigen geven aan ooit last te hebben gehad van depressieve gevoelens en dit geldt voor 31% van de jongeren tussen de 18 en 24 jaar (CBS, 2003) Veertig procent van de volwassenen met depressieve klachten bezoekt een huisarts, terwijl dit maar voor 30% van de jongeren geldt (Biddle e.a. 2004).

Het kleine percentage depressieve jongeren dat professionele hulp krijgt lijkt te maken te hebben met barrières die zij ondervinden bij het zoeken naar hulp (Zwaanswijk e.a. 2006). Deze hulpzoekvraag kan beschreven worden als het herkennen van depressieve klachten en de wens hier professionele hulp voor te krijgen. Dit proces van het herkennen van depressieve klachten en het zoeken naar professionele hulp hiervoor kan door verschillende factoren beïnvloed worden. Goldberg en Huxley (1980,1992 in Zwaanswijk e.a. 2006) ontwierpen een filtermodel die de verschillende barrières aangeven tussen de fasen van het hebben van een psychisch probleem en een permanent verblijf in een GGZ-instelling. Deze filters tussen de fasen zijn permeabel, sommige mensen komen voorbij de barrière maar voor anderen houdt de hulpzoekvraag op. Jongeren bezoeken erg weinig de huisarts, ook niet voor lichamelijke problemen. En als de jongeren de huisarts al consulteren, krijgt maar 32% van de jongeren de diagnose depressie van de huisarts (Zwaanswijk e.a. 2006). De angst voor stigma kan een rol

spelen (Cooper-Patrick e.a. 1997). Dit speelt vooral een rol bij depressieve personen van etnische minderheden (Ho & Yeh, 2007). Ook Vanheusden e.a. (2008) schreven een artikel over een onderzoek waaruit bleek dat jongeren enorme barrières tegenkomen voordat zij hulp durven vragen voor hun depressie. Eén van deze barrières is de moeilijkheid die jongeren soms hebben om de depressie bij zichzelf te herkennen. Ook de ouders kunnen een obstakel vormen bij de hulpzoekvraag. Voor ouders geldt dat zij in 79% de depressieve symptomen niet bij hun kinderen herkennen (Essau, 2004). Daarnaast zien veel ouders de ernst van de symptomen niet in of zien zij een zekere eigen verantwoordelijkheid van de jongeren.

De gezinssamenstelling kan ook van invloed zijn op het zoeken naar hulp voor depressieve klachten (Zimmerman, 2005). Kinderen met gescheiden ouders krijgen eerder professionele hulp dan gezinnen waarvan de ouders nog bij elkaar zijn. In dit opzicht heeft vooral de aanwezigheid van de vader een negatieve invloed op het krijgen van hulp. Wat oudere meisjes van gescheiden ouders krijgen het vaakste professionele hulp voor hun psychische problemen (Gasquet e.a. 1997). Ouders kunnen ook op een positieve manier een rol spelen bij het zoeken naar hulp. Hoe groter het sociale netwerk en de perceptie van de sociale steun die de jongere heeft van dit netwerk, des te groter is de kans dat zo'n jongere professionele hulp vraagt voor depressieve gevoelens (Maulik e.a. 2009). Maar ondanks een goed sociaal netwerk kan het gevoel van steun bij jongeren niet voldoende zijn tijdens depressieve periodes. Jongeren vinden het niet prettig hulp te vragen aan familie en vrienden, willen sterk lijken en zijn bang voor een gebrek aan begrip voor hun gevoelens (Cooper-Patrick e.a. 1997).

Kortom de professionele hulpzoekvraag van jongeren met depressieve klachten kan beïnvloed worden door demografische kenmerken, zoals de samenstelling van het gezin, het geslacht en de leeftijd maar ook door factoren die te maken hebben met de perceptie van jongeren. Het herkennen van depressieve gevoelens door de jongeren kan gezien worden als een obstakel en ook de angst voor stigmatisering kan een barrière zijn. De perceptie die een jongere heeft van de sociale steun die hij ontvangt van het sociale netwerk kan ook van invloed zijn. Dit laatste obstakel, de perceptie van jongeren over de steun van hun ouders, is het onderwerp van dit onderzoek.

Dit onderzoek bevindt zich tussen de eerste en de tweede fasen van het hulpzoekmodel van Goldberg en Huxley (1980,1992 in Zwaanswijk e.a. 2006). Het filter tussen deze fasen wordt gevormd door het daadwerkelijke zoeken van hulp voor psychische problemen. De

jongeren bij wie deze barrière in kaart wordt gebracht zijn studenten. Deze groep raadpleegt namelijk steeds vaker een studentenpsycholoog met symptomen van emotionele problemen, depressie, eenzaamheid, problemen met intieme relaties en twijfels over de loopbaan (Lucas & Berkel, 2005).

1.2 Probleemstelling

Het aantal mensen met depressieve gevoelens is gestegen (CBS, 2003). Volwassenen zoeken voor deze depressieve gevoelens gemakkelijker hulp dan jongeren, maar de laatste jaren is het aantal studenten dat met emotionele problemen een studentenpsycholoog bezoekt gestegen (Lucas & Berkel, 2005). Een aantal factoren spelen bij deze beslissing een rol, waaronder het herkennen van depressieve gevoelens en de sociale steun van de omgeving. Dit onderzoek zal zich richten op de manier waarop jongeren de invloed van hun ouders ervaren op de hulpzoekvraag en het volgen van de behandeling voor hun depressieve klachten.

Vraagstelling

“Hoe ervaren depressieve studenten de invloed van hun ouders bij de professionele hulpzoekvraag en de continuering van de behandeling?”

Aan deze vraagstelling zijn een aantal deelvragen gekoppeld:

- 1) Welke factoren zijn van invloed bij de beslissing van studenten met depressieve gevoelens om professionele hulp te zoeken?*
- 2) Hoe ervaren studenten de invloed van hun ouders bij deze beslissing?*
- 3) Hoe ervaren studenten de invloed van hun ouders op de continuering van de behandeling?*

Doelstelling

Met het beantwoorden van deze vragen kan inzicht worden verkregen in de manier waarop ouders van invloed zijn in het proces waarbij depressieve studenten professionele hulp vragen bij een studentenpsycholoog. Het beeld dat de studenten hebben over de mening van hun ouders kan een belangrijke barrière vormen bij de beslissing hulp te vragen en een behandeling te continueren. In dit onderzoek wordt geprobeerd deze barrière in kaart te brengen.

Relevantie en interdisciplinariteit

De resultaten van dit onderzoek zijn te karakteriseren als wetenschappelijk relevant en als maatschappelijk relevant. Ten eerste is sprake van een kennisprobleem en heeft dit onderzoek wetenschappelijke waarde. Er zijn veel onderzoeken die de rol van ouders in kaart brengen bij het ontstaan van een depressie bij een jongere, en deze resultaten kunnen aangevuld worden met de manier waarop ouders de keuze voor hulp en de continuering hiervan beïnvloeden. Onderzoeken die gericht zijn op studenten en studentenpsychologen zijn er veel minder, dus kan dit onderzoek naast informatie aanvullen ook een nieuw licht werpen op een redelijk onbekende doelgroep. Dit onderzoek is ook als maatschappelijk relevant aan te merken. Met dit onderzoek kan een studentenpsycholoog of psychotherapeut zich informeren over de rol van het sociale steun systeem van een hulpzoekende jongere. Psychotherapie is een individuele behandeling, maar wordt beïnvloed door de sociale steun die iemand ontvangt van het gezin of de omgeving. Er worden naar aanleiding van de onderzoeksresultaten geen directe aanbevelingen gedaan voor studentenpsychologen, maar aan de hand van de resultaten kan wel verder worden gekeken naar de manier waarop dit bij de behandeling kan worden betrokken.

In dit onderzoek wordt de perceptie van studenten interdisciplinair onderzocht. Dit uit zich voornamelijk in het literatuurverslag. In het literatuurverslag komen verschillende aspecten van depressie en de hulpvraag aan bod. Er wordt gekeken naar psychologische factoren van het ontstaan van depressie en demografische kenmerken die van invloed zijn op het hulpvraagproces. Ook worden de externe sociale factoren die van invloed zijn op de hulpzoekvraag aan bod gebracht. Een voorbeeld hiervan is stigma, dit is een sociologisch concept en heeft betrekking op het beeld over depressies dat heerst in de maatschappij.

Hoofdstuk 2 Literatuuronderzoek

2.1 Inleiding

Depressie is een hot en veel voorkomend onderwerp in Nederland. Trudy Dehue (2008) beschrijft in haar boek *De depressie-epidemie* een onderzoeksrapport van de Europese Unie uit 2007 dat Nederland het grootste aantal mensen heeft dat zichzelf beschrijft als gelukkig. Maar hier staat tegenover bij dat het College voor Zorgverzekeringen in 2006 kon melden dat er ruim één miljoen Nederlanders zijn die antidepressiva gebruiken (Dehue, 2008).

Veel jongeren krijgen te maken met emotionele problemen tijdens de puberteit. Uit onderzoek van Frojd e.a. (2007) is naar voren gekomen dat op dit moment tien procent van de jongeren in Finland aan een depressie lijdt en in totaal 25 procent van de volwassenen tijdens de adolescentie last heeft gehad van depressieve klachten. Deze cijfers zijn ongeveer te vergelijken met Nederland. 17% van de 12 tot 17 jarigen geven aan ooit last te hebben gehad van depressieve gevoelens en dit geldt voor 31% van de jongeren tussen de 18 en 24 jaar (CBS, 2003). Veertig procent van de volwassenen met depressieve klachten bezoekt een huisarts. Dit percentage ligt voor jongeren lager, namelijk op 30% (Biddle e.a. 2004).

Het kleine percentage depressieve jongeren dat professionele hulp krijgt lijkt te maken te hebben met barrières die zij ondervinden bij het zoeken naar hulp (Zwaanswijk e.a. 2006). Deze hulpzoekvraag kan beschreven worden als het herkennen van depressieve klachten en de wens hier professionele hulp voor te krijgen. Vervolgens moet deze wens worden omgezet in het daadwerkelijk hulpzoeken en het volgen van een behandeling. Dit proces bestaat uit verschillende fasen, en tijdens deze fasen kunnen steeds factoren zijn die het hulpzoekgedrag beïnvloeden.

Dit literatuurverslag beoogt antwoorden te geven op de vragen: “*Op welke manier zoeken depressieve jongeren professionele hulp en welke obstakels komen zij daarbij tegen?*”

In dit literatuurverslag komt ten eerste algemene informatie over depressie aan bod. Daarna wordt ingegaan op het hulpzoekproces van jongeren en de obstakels die zij daarbij tegenkomen. Obstakels die voortkomen vanuit de perceptie van jongeren komen aan bod en ook de angst voor stigmatisering. Vervolgens wordt gekeken naar de manier waarop het sociale netwerk het hulpzoekproces beïnvloed. Deze beïnvloeding kan indirect zijn, door bijvoorbeeld de gezinsomvang, maar kan ook een directe rol spelen. Vaak zijn het namelijk de ouders die hun kind stimuleren om professionele hulp te zoeken of dit voor hun kind doen. Dit

proces wordt ook besproken. Daarmee komt namelijk een belangrijke factor aan bod in het hulpzoekproces, namelijk de ouders. Zij zullen in dit verslag extra aandacht krijgen.

2.2 Depressie

Voordat zal worden ingegaan op het hulpzoekproces van jongeren, de obstakels hierbij en de factoren die hierop van invloed zijn, wordt eerst kort iets verteld over depressies in het algemeen, de behandelmethoden en de voorkeur van behandeling.

Depressie in het algemeen

Een van de gedragsstoornissen die steeds vaker bij mensen gediagnosticeerd wordt, is een depressie. In het Gezondheid en Zorg rapport 2008 van het CBS staat dat in totaal 9,7% van de bevolking ouder dan 12 jaar aan een depressie lijdt. In de periode tussen 1979 en 1995 is het aantal huishoudens in Nederland dat gebruik maakt van psychische hulpverlening voor depressie met 32% gestegen (Ten Have e.a. 2005). Het RIVM, het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu, concludeerde in 2003 dat naar schatting 6,3% van de Nederlandse bevolking van 13 jaar en ouder aan een depressie leed. Dat zijn 856.000 Nederlandse inwoners. Het lijden aan een depressie is haast een modeverschijnsel.

Volgens de laatste versie van de DSM, DSM- IV, lijdt iemand aan een depressie als diegene een zeer neerslachtige stemming heeft of een ernstig verlies aan interesse in activiteiten gedurende het grootste gedeelte van de dag, elke dag. Deze twee hoofdsymptomen kunnen gepaard gaan met eetproblemen, slaapproblemen, concentratieproblemen, rusteloosheid, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid en gedachten aan de dood of zelfdoding. Volgens een onderzoek van Moussavi e.a. (2007) is depressie een groot gezondheidsprobleem. De onderzoekers gebruikten voor hun onderzoek de WHO World Health Survey, waarbij voor 245.404 mensen gegevens over de gezondheid en gezondheidsgerelateerde problemen zijn opgenomen. In één jaar hebben 3.2% van de onderzochten een depressieve periode. En wanneer de onderzochten een onderliggend lijden hebben, zoals astma en diabetes, heeft gemiddeld tussen de 9.3 en 23% last van een depressieve periode in een jaar.

De cijfers van depressies in Nederland verschillen tussen mannen en vrouwen. Het percentage mannen met een depressie is 7.6% en voor vrouwen is dit 11,6% (CBS, 2008). Dit verschil tussen mannen en vrouwen kan door verschillende oorzaken verklaard worden. Vrouwen krijgen eerder een diagnose depressie van hun huisarts dan mannen (Bertakis, e.a.

2001). Uit onderzoek van Bertakis e.a. (2001) blijkt dat geslacht een directe en een indirecte invloed kan hebben op het diagnosticeren. Vrouwen zijn beter in staat hun symptomen van een depressie aan een huisarts voor te leggen en vergeleken met mannen bezoeken zij deze ook vaker, dit is een directe factor voor een diagnose. Huwelijkse staat speelt een indirecte rol op het diagnosticeren, gescheiden vrouwen of weduwen krijgen sneller de diagnose depressie.

Jongeren met een depressie

Naast volwassenen krijgen kinderen en adolescenten ook vaker last van een depressie. Maar liefst 17% van de jongeren tussen de 12 en 17 jaar heeft last gehad van een depressieve periode (CBS, 2003). Deze depressie verschilt wel van volwassenen, omdat dit bij kinderen vaak gepaard gaat met lichamelijke klachten, prikkelbaar gedrag en sociale terugtrekking (Hugtenburg, 2002). In de afgelopen twintig jaar is de emotionele toestand van jongeren aan flinke veranderingen onderhevig geweest (Tick, e.a. 2007). Deze veranderingen kunnen bij jongeren sneller tot een depressie lijden. Zo is het aantal scheidingen enorm toegenomen en leven steeds meer kinderen in een één-oudergezin. Er worden meer kinderen opgenomen met psychische problemen en ook het aantal zelfmoorden onder jongeren is toegenomen. Vergeleken met twintig jaar geleden zijn er meer kinderen bij wie ADHD, autisme of een andere gedragsstoornis wordt gediagnosticeerd. Dit geldt ook voor het aantal depressies onder kinderen. (Tick e.a. 2007).

Een stressvolle jeugd kan leiden tot een depressie, maar of dit ook daadwerkelijk gebeurt hangt af van genetische- en omgevingsfactoren (Bouma, e.a. 2008). Vooral een depressie van één van de ouders speelt hierbij een belangrijke rol. Deze factor kan gemedieerd worden door een gebrek aan hechtheid in het gezin, slechte communicatie tussen ouder en kind, gebrek aan ondersteuning, afkeuring van de ouder en een gebrek aan warmte waardoor het kind tijdens moeilijke en stressvolle periodes eerder gedeprimeerd raakt (Bouma e.a. 2008; Wisdom & Agnor, 2007). Hierdoor is er sprake van minder verbondenheid en hechtheid tussen ouder en kind.

Van depressieve jongeren lijdt 54.6% van de ouders ook aan een depressie of heeft hier in het verleden aan geleden. Tussen de 11.4% en 32% van de ouders heeft een andere psychische stoornis of heeft hieraan geleden. (Essau, 2004). Als deze jongeren eenmaal volwassen zijn, blijkt dat zij aanzienlijk slechter persoonlijk functioneren dan jongeren zonder een depressieve ouder (Timko e.a. 2009). De depressieve volwassenen die zijn opgegroeid

met een depressieve ouder zijn vaker ongetrouwd, hebben meer gediagnosticeerde ziektes en ernstige pijn. Ook is de depressie van deze mensen zwaarder of heftiger dan van depressieve volwassenen die niet zijn opgegroeid met een depressieve ouder.

Deze onderzoeksgegevens passen ook binnen het onderzoek van Frojd e.a. (2007). Volgens deze onderzoekers ligt de oorzaak van een depressie bij volwassenen vaak bij problemen in de vroege jeugd en adolescentie. Volgens hen lijdt op dit moment 10% van de adolescenten aan een depressie en heeft 25% van de volwassenen in hun puberteit een depressieve periode meegemaakt. Tijdens de puberteit bestaat er een discrepantie tussen fysiek en maatschappelijk volwassen zijn. Fysiek is een adolescent volwassen omdat hij zich kan voortplanten, terwijl adolescenten nog geen volwassen maatschappelijk sociale status hebben. Volgens Moffitt kan deze '*maturity gap*' bijdragen aan het ontwikkelen van delinquent gedrag en psychische problemen bij jongeren (Donker, A.G. & Slotboom, A., 2008).

Behandelmethode

Er zijn twee belangrijke en vaak toegepaste behandelmethode om depressieve mensen te helpen. De eerste is het gebruik van medicijnen en de tweede psychotherapie. In de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht en welke behandelmethode de voorkeur heeft.

Medicijnen

Psychofarmaca worden in toenemende mate gebruikt om symptomen van psychische stoornissen zoals ADHD, angststoornissen, autisme en depressie te verminderen (Hugtenburg, 2002). Psychofarmaca kunnen ook andere behandelmethode mogelijk maken en ondersteunen. Bij de behandeling van kinderen wordt naast psychotherapie vaak antidepressiva voorgeschreven. Maar de werkzaamheid hiervan wordt niet onderbouwd door dubbelblind placebo-onderzoek (Hugtenburg, 2002). Uit onderzoek van Pedrelli (e.a. 2008) blijkt dat antidepressiva kan helpen bij het verminderen van de klachten. De meerderheid van de onderzochten, 62.4%, gaf aan dat de symptomen met de helft verminderd waren na het gebruik van antidepressiva gedurende acht weken. Bij mensen die voor de behandeling last hadden van disfunctionele attitudes en hoge stress meemaakten tijdens de behandeling, werkte de antidepressiva het minst. Deze mensen zouden erg gebaat kunnen zijn bij psychotherapie.

Psychotherapie

Uit onderzoek blijkt dat de meeste mensen geloven dat externe omstandigheden de depressie veroorzaakt hebben (Prins e.a. 2007). De voorkeur geen gebruik te maken van medicijnen kan hierdoor verklaard worden. Als de oorzaak van de depressie immers niet als een biologisch gevolg wordt gezien, werken de medicijnen alleen om de symptomen te onderdrukken en niet om de oorzaak aan te pakken. Over het algemeen kan gezegd worden dat psychotherapie als behandelmethode de voorkeur heeft van de meeste depressieve mensen (Wisdom e.a. 2006; Kelly & Achter, 1995; Cooper-Patrick e.a. 1997).

2.3 Het hulpzoekproces van jongeren

Voor iemand die last heeft van een depressie kan het daadwerkelijke professionele hulp zoeken een grote stap zijn. Uit onderzoek blijkt dat 40% van de volwassenen bij hun huisarts hulp vraagt voor hun depressie. Dit is niet een erg hoog percentage, en dit is bij jongeren nog lager, namelijk 30% (Biddle, e.a. 2004). Dit percentage is kleiner ook vergeleken met andere psychische problemen, zoals ADHD of een antisociale gedragsstoornis (Perry e.a. 2007). In verschillende onderzoeken heeft men geprobeerd factoren te onderscheiden die verklaren waarom dit percentage bij jongeren lager is dan bij volwassenen, zeker omdat juist blijkt dat een depressie tijdens de volwassenheid voortkomt uit emotionele problemen tijdens de adolescentie (Frojd e.a. 200

De weg naar professionele zorg

Het hulpzoekproces van jongeren verloopt niet altijd even soepel, zo zijn er volgens Zwaanswijk e.a. (2006) een aantal obstakels op de weg naar professionele zorg. Het eerste obstakel is het weinige huisartsbezoek van een adolescent. Dit kan komen omdat adolescenten het minste last hebben van lichamelijke klachten (Vanheusden e.a. 2008). Als de jongere wel besluit langs de huisarts te gaan is dit in 80% van de gevallen voor chronisch lichamelijke pijn. Voor 15% van de adolescenten geldt dat zij specifiek voor emotionele problemen de huisarts bezoeken (Zwaanswijk e.a. 2006). Omdat de huisarts zo weinig geconsulteerd wordt met emotionele problemen is zijn rol als poortwachter naar de professionele geestelijke gezondheidszorg beperkt. Het tweede obstakel waar de jongeren vervolgens tegen aanlopen is de beperkte herkenning van psychische problemen door de huisarts. Hiervoor geven Zwaanswijk e.a. ook een aantal verklaringen, zo is het consult altijd van beperkte duur, waardoor de huisarts de patiënt niet lang door kan vragen. Hierdoor is het voor de huisarts

moelijk de psychische problemen van de lichamelijke problemen te ontrafelen. De perceptie van de huisarts speelt ook een rol bij het diagnosticeren. De huisarts kan bang zijn dat het niet in het belang van de adolescent is om deze de label depressie te geven uit angst voor stigmatisering. De huisarts kan ook rekening willen houden met de lange wachtlijsten voor professionele hulp en hopen dat de jongeren zelfstandig over de (milde) depressie heen kunnen komen.

Het onderzoek van Zwaanswijk e.a. (2006) is gebaseerd op het filtermodel van het hulpzoekproces van Goldberg en Huxley (1980,1992 in Zwaanswijk e.a. 2006). In dit model worden fasen van het hulpzoekproces beschreven waarbij de hulpvorm steeds intensiever wordt. De fasen zijn uiteengezet in een piramide. De eerste fase is de het brede onderste gedeelte van de piramide en behelst de psychische problemen in de samenleving waarvoor geen hulp wordt gevraagd. In de tweede fase worden de psychische problemen voorgelegd aan iemand in de primaire gezondheidszorg, vaak de huisarts. In de derde fase worden de psychische problemen herkend door de huisarts en wordt de patiënt doorverwezen naar de GGZ. Na de behandeling van de GGZ in de vierde fase, volgt helemaal boven in de piramide de vijfde fase van het hulpzoekproces, een residentieel verblijf in een GGZ instelling. Tussen de vijf fasen beschrijven Goldberg en Huxley vier filters. De eerste filter tussen de eerste en de tweede fase is het daadwerkelijk hulp zoeken door mensen met psychische problemen. De tweede filter is het herkennen van de huisarts van de psychische problemen van de patiënt. De derde filter is het doorverwijzen van de huisarts naar een GGZ instelling voor een behandeling. De laatste filter bevindt zich tussen de vierde en vijfde fase en is het opnemen van een patiënt met psychische problemen. Deze vier filters kunnen werken als obstakels op de weg naar zorg. Zij kunnen tussen de fasen in het model een obstakel vormen omdat jongeren niet gemakkelijk de stap kunnen zetten naar de volgende fase. Naast de besproken obstakels waar een jongeren tegen aan kan lopen tijdens het hulpzoekproces, zijn er ook obstakels die door de perceptie van de jongeren komen.

Obstakels door de perceptie van jongeren

Het herkennen van een depressie door de jongere zelf is een groot obstakel. Voor 36% van de jongeren die geen hulp zoeken geldt dat zij dit niet doen omdat zij niet weten dat ze lijden aan een depressie (Vanheusden e.a. 2008). Een ander probleem is de wens van adolescenten om zich normaal te voelen (Wisdom e.a. 2006). Hierdoor minimaliseren zij hun 'abnormale' verdrietige en ongelukkige gevoelens. Van de jongeren denkt 37% dat hun depressieve

gevoelens vanzelf weer weg zullen gaan (Vanheusden e.a. 2008). Ook met betrekking tot het bezoek aan de huisarts zijn twee wensen te onderscheiden (Wisdom e.a. 2006). Zo kwam er uit het onderzoek van Wisdom naar voren dat de jongeren het gevoel willen hebben dat er een connectie is tussen hun en de huisarts. Als een adolescent niet een vertrouwd gevoel heeft bij een huisarts wordt er informatie achter gehouden, de jongere durft zich niet bloot te geven. Hierdoor is het voor de huisarts moeilijker een goede diagnose te stellen. Gesloten mensen komen wel eerder bij een huisarts met depressieve gevoelens dan open mensen, maar zij hebben vaak een negatief beeld van de werkzaamheid van de hulp zelf (Kelly & Achter, 1995). De derde wens van jongeren is het gevoel zelfstandig te zijn (Wisdom e.a. 2006). Ze willen goede informatie over behandelmethodes en vervolgens zelf bepalen welke hun voorkeur heeft.

Stigma

Het zoeken naar hulp is een proces dat beïnvloed kan worden door sociale en culturele factoren. De angst voor stigmatisering is een factor die bepalend kan zijn bij de beslissing psychische hulp te zoeken voor een depressie of de behandeling van deze depressie geheim te houden. Jongeren hebben behoefte aan een eigen identiteit en willen niet door de buitenwereld de stempel 'depressief' opkrijgen (Wisdom e.a. 2006). Stigma is een multi-dimensionaal fenomeen dat tijdens de verschillende fasen van het hulp vragen van invloed kan zijn (Golberstein e.a. 2008). De angst voor stigma kan tussen culturen verschillen. Geen hulp zoeken voor psychische problemen uit angst voor stigma speelt vooral bij etnische minderheden (Cooper-Patrick e.a. 1997) Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat Afrikaans-Amerikaans, Aziaten en Zuid-Amerikaanse inwoners veel vaker geen psychische hulp krijgen voor emotionele problemen vergeleken met Amerikanen (Ho & Yeh, 2007). Zo is het in de Aziatische cultuur bijvoorbeeld niet gebruikelijk of wenselijk om negatieve emoties te uiten. De media kunnen ook een rol spelen bij de angst voor stigmatisering. Een voorbeeld hiervan is de schietpartij op een middelbare school in Duitsland op 11 maart 2009. De 17-jarige schutter zou depressief zijn en niet meer willen leven. De oorzaak van dit soort ernstige geweldsdelicten wordt vaak gekoppeld aan een depressie (Perry e.a. 2007). Dit negatieve beeld over depressies kan voor jongeren een reden zijn depressieve gevoelens te verzwijgen. Volgens de U.S. Department of Health and Human Services (1999) is stigma het grootste obstakel bij de verdere ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg en speelt deze angst vooral een grote rol bij etnische minderheden (Ho & Yeh, 2007).

2.4 Hulpzoekproces en obstakels door het sociale netwerk

De hulpzoekvraag van een jongeren met depressieve klachten is niet een proces dat alleen speelt tussen de hulpverlener en de jongere. Dit proces wordt door verschillende omgevingsfactoren beïnvloed.

Beïnvloeding sociaal netwerk hulpzoeken

Een sociaal netwerk is een (meer) objectief begrip dat de frequentie van sociale contacten aangeeft, terwijl sociale steun het subjectieve begrip is van de steun die iemand denkt te krijgen van zijn sociale netwerk (Maulik e.a. 2009). Sociale steun kan voor iemand gedefinieerd worden als het weten dat er voor diegene gezorgd en van gehouden wordt, dat hij wordt gewaardeerd en behoort tot een netwerk van communicatie en wederzijdse verplichtingen (Cobb, 1976). Over een minder groot sociaal netwerk beschikken en minder sociale steun van dit netwerk voelen leidt tot een kleinere kans op het vragen van professionele hulpverlening voor psychische problemen bij de huisarts. Terwijl het hebben van een bevredigend sociaal netwerk de kans vergroot op het vragen van professionele hulp voor psychische problemen (Maulik e.a. 2009). Familie en vrienden kunnen een jongere helpen bij het herkennen van depressieve symptomen (Frojd e.a. 2007)

Obstakels door sociale factoren

Zimmerman (2005) heeft een onderzoek gedaan naar de sociale factoren die bepalend zijn voor het gebruik van geestelijke gezondheidszorg bij jongeren. Hiervoor gebruikte hij gegevens die vanaf 1979 tot 1995 zijn verzameld over vrouwen die in aan het begin van deze periode tussen de 14 en 22 jaar oud waren. Een werkende moeder kan een positief effect hebben op het krijgen van hulp, maar dat is de enige factor van de sociaaleconomische status die volgens dit onderzoek een rol speelt. De factor die volgens Zimmerman de grootste rol speelt is de gezinssamenstelling. Hierover kan gezegd worden dat vaders een negatieve invloed hebben op het krijgen van professionele hulp voor de kinderen. Dit geldt vooral voor depressieve meisjes. Middelste kinderen ontvangen het minst professionele hulp. Dit in tegenstelling tot oudste, jongste en enige kinderen, die het meest hulp krijgen voor psychische problemen. Er kan geconcludeerd worden dat het hebben van broers of zusters de kans verkleint dat ouders het gedrag van hun kind als problematisch gaan zien (Zwaanswijk e.a. 2003). Kinderen in gezinnen van etnische minderheden hebben ook minder kans op professionele hulp. Dit kan komen omdat ouders vaak weinig kennis hebben over depressies

en de behandelmethoden (Chandra e.a. 2008). Een scheiding in de afgelopen twee jaar heeft een positief effect op het krijgen van geestelijke hulp. In gezinnen met alleen een moeder als ouder, krijgt het kind 70% vaker hulp dan in gezinnen met een vader en een moeder. Dit kan komen omdat moeders in zo'n situatie beter letten op de gemoedstoestand van hun kind en zo eerder symptomen van een depressie herkennen (Zimmerman, 2005). Wat oudere meisjes met gescheiden ouders krijgen het vaakste hulp voor hun emotionele problemen (Gasquet e.a. 1997). Andere significante verschillen tussen jongeren die wel hulp krijgen en jongeren die dit niet krijgen zijn gedragsproblemen, een slecht beeld van de eigen fysieke gezondheid en een hoge frequentie zelfmoordgedachten. De jongeren met deze symptomen krijgen vaker professionele hulp (Gasquet e.a. 1997)

Dat sekse een belangrijke rol speelt bij de professionele hulpvraag blijkt ook uit eerdere onderzoeken. In een onderzoek waarbij de mannen en vrouwen dezelfde mate van depressie ervaren, zijn er sekse verschillen te onderscheiden in attitudes over vragen om hulp (Padesky & Hammen, 1981). Mannen gaven aan dat zij zichzelf niet depressief genoeg vinden om met vrienden over hun depressie te praten of professionele hulp te vragen. Vrouwen zijn beter in staat om de link te leggen tussen fysieke of emotionele problemen met een depressie dan mannen (O'Neill e.a. 1985).

Hulpzoekproces ouders

Het zijn vaak niet alleen de jongeren zelf die hulp zoeken, hun ouders kunnen hierbij een belangrijke rol bij spelen. Naast de depressieve jongere zelf, zijn het vaak de ouders die een professionele hulpzoekvraag hebben naar een behandeling voor de emotionele problemen van hun kind. Er zijn drie stappen die ouders moeten zetten voordat zij hun kind daadwerkelijk stimuleren hulp te zoeken of deze hulp in gang zetten (Pavuluri e.a. 1996). Ten eerste moet één van de ouders de symptomen van een depressie herkennen bij een kind. Er zijn factoren te onderscheiden die invloed hebben op het herkennen van een depressie door de ouder. Een significant verband kan worden gevonden tussen het herkennen van een depressie door de ouder en de perceptie die een ouder heeft over de last die op het gezin drukt (Logan & King 2002). Uit ditzelfde onderzoek blijkt ook dat de communicatie tussen ouder en kind een belangrijke rol speelt, al is dit verband alleen significant bij de relatie tussen moeder en dochter. Vaak geven depressieve jongeren aan dat de band met hun ouders slechter is dan jongeren die geen psychische problemen hebben (Essau, 2004). Uit onderzoek blijkt dan ook

dat het overgrote deel van de ouders de symptomen van een depressie helemaal niet bij hun kinderen herkennen, dit geldt namelijk voor 79% van de ouders.

Het herkennen van de depressie is volgens Pavuluri (1996) nog maar de eerste stap. Bij de tweede stap moeten de ouders de depressie namelijk herkennen als een zodanig groot probleem dat zij het nodig vinden dat hun kind hier professionele hulp voor krijgt. Uit onderzoek blijkt dat iets meer dan de helft van de ouders die een depressie bij hun kind herkennen, hier professionele hulp voor probeert te krijgen (Douma e.a. 2006). De meeste barrières voor de ouders om hulp te zoeken hebben te maken met hun eigen perceptie. Veel ouders denken dat de problemen tijdelijk of niet zo serieus zijn of willen proberen de problemen zelf met hun kind op te lossen (Douma e.a. 2006). Bij oudere adolescenten zijn er ouders die zich minder verantwoordelijk voelen en een eind zien komen aan het gezag dat zij over hun kinderen hebben (Vanheusden e.a. 2008). Ouders praten niet graag met familie of vrienden over een mogelijke depressie bij hun kind omdat ouders bang zijn over te komen als slechte opvoeders (Perry e.a. 2007).

De derde stap die ouders moeten nemen voordat hun kind professionele hulpverlening krijgt, is het daadwerkelijk vinden van hulp (Pavuluri e.a. 1996). Hierbij kunnen ook obstakels onderscheiden worden. Ouders kunnen bijvoorbeeld niet weten waar ze adequate hulp voor hun kind kunnen vinden of zijn bang niet over voldoende tijd of financiële middelen te beschikken. Ideeën over de effectiviteit van de behandeling of de angst voor een bepaald stigma kan de manier beïnvloeden waarop ouders professionele hulp voor hun kind proberen te vinden (Zimmerman, 2005). Uit vergelijkingsonderzoeken tussen etnische groepen blijken culturele attitudes ook bepalend te zijn voor het daadwerkelijk zoeken van professionele hulp. Ondanks dat ouders van etnische minderheden groeperingen wel de ernst inzien van de depressie, ontmoedigt de angst voor een stigma de hulpzoekvraag (Ho & Yeh, 2007). Ouders en hun kinderen van etnische minderheden zouden zich sneller schamen voor de psychische problemen, zouden hebben eerder het gevoel dat deze problemen niet gedeeld horen te worden met anderen of willen liever de problemen thuis proberen op te lossen dan ouders en kinderen van de meerderheidsbevolking. Ouders en kinderen van etnische minderheden voelen ook meer wantrouwen jegens de hulpverlener, omdat zij het gevoel hebben dat hun etniciteit een negatief effect heeft op de behandeling (Ho & Yeh, 2007).

De drie stappen die Pavuluri heeft beschreven gaan over het proces van ouders bij de professionele hulpvraag voor hun kinderen. Over het algemeen kan gezegd worden dat ouders

naast het kind zelf, het vaakst een professionele hulpvraag hebben voor hun kind. Adolescenten die bij zichzelf emotionele problemen herkennen zoeken minder snel hulp vergeleken met hun ouders, wanneer de ouders zich zorgen maken over de emotionele toestand van hun kind (Zwaanswijk e.a. 2003). Leraren op school en de vrienden van de adolescent kunnen ook bij de gedeprimeerde of de ouders hun bezorgdheid laten blijken. Uit onderzoek van Frojd (2007) blijkt dat hoe meer mensen in de sociale omgeving van de depressieve adolescent bezorgd zijn, hoe groter de kans is dat er daadwerkelijk hulp wordt gezocht. Dit geldt zelfs als er gecontroleerd wordt voor de mate van de depressie zelf, het waarnemen van de depressie door de jongere en de sociaal economische status van het gezin.

Perceptie invloed van de ouders

De manier waarop ouders van invloed zijn op het ontwikkelen van een depressie is aan bod geweest en ook de manier waarop zij actief betrokken kunnen zijn bij het hulpzoekproces. Maar indirect kunnen ouders ook een rol spelen bij de keuze voor hulp en de behandeling. De perceptie van de jongeren met depressieve gevoelens is hiervoor bepalend. Het gaat dan om het beeld dat zij hebben over de mening van hun ouders over hun depressie en over de behandeling. Dit beeld kan beïnvloed worden door de reactie die jongeren krijgen van hun ouders op negatief geuite emoties.

Er kunnen twee perspectieven onderscheiden worden die voorspellen op welke manier de reactie van de ouder de depressieve gevoelens van hun kind beïnvloed (Pineda e.a. 2007). Het eerste perspectief kan op verschillende manieren benoemd worden, maar wordt het vaakst *Social cognitive theory* genoemd (Bandura & Locke, 1987). Volgens deze theorie kan depressief gedrag beloond worden als een jongere een positieve reactie van zijn ouder krijgt. Een positieve reactie kan worden gezien als extra aandacht, steun en liefde. Deze reactie kan ook gezien worden als reinforcer van dit gedrag. De jongere besluit dit depressieve gedrag nogmaals te uiten in de hoop op een weer positieve reactie. Op deze manier wordt door de beloning de jongeren aangeleerd depressief gedrag te vertonen, waardoor de depressie in stand blijft.

Een ander perspectief is de *Social interaction theory* (Coyne, 1976 in Pineda e.a. 2007). In dit perspectief is de reactie van de ouder juist tegenovergesteld. De uiting van negatieve gevoelens door hun kind lokt bij moeders een negatieve reactie uit. Deze negatieve reactie kan afwijzend zijn en minder betrokken, liefdevol en steunend dan wanneer een

jongere dit gedrag niet uit. Deze reactie wordt vervolgens een trigger die de negatieve gevoelens van jongeren juist verergerd.

In het onderzoek van Pineda e.a. (2007) werd gekeken welk perspectief het beste past bij de werkelijkheid. Om deze te toetsen werden de gesprekken tussen depressieve jongeren en hun moeder tijdens een gecreëerde crisissituatie geanalyseerd en vergeleken met jongeren zonder depressie en hun moeder in dezelfde situatie. De oorsprong van de reactie is dezelfde namelijk het uiten van depressieve gevoelens door de jongere en de uitkomst ook, namelijk het verergeren van depressieve gevoelens. Uit de analyse van de gesprekken bleek dat moeders van depressieve jongeren minder liefdevol en geduldig reageerden dan de moeders van niet depressieve jongeren. Als reden voor het afstand nemen geven de onderzoekers een soort van zelfprotectie. Er was geen duidelijk verschil te merken in de mate van kritiek die de moeders van depressieve en niet-depressieve jongeren geven. Geconcludeerd kan worden dat het tweede perspectief, de *Social interaction theory*, beter past bij de onderzoeksresultaten. Het afstand nemen kan de depressieve gedachtes, zoals 'ik ben niet geliefd' van jongeren versterken. Op deze manier kunnen ouders indirect een sterke invloed hebben op de depressie van hun kind en ook het beeld beïnvloeden dat hun kinderen hebben over de mening van hun ouders over de depressie.

In het onderzoek van Wisdom en Agnor (2007) wordt de hypothese getoetst dat wanneer jongeren een positief beeld hebben over de reactie van hun ouders op hun depressie zij eerder besluiten hulp te zoeken. Omgekeerd luidde de hypothese dat als jongeren een negatief beeld hebben over de mening van hun ouders, zij hun depressieve gevoelens verborgen houden en minder snel hulp vragen. Uit het onderzoek bleek deze hypothesen te kloppen. In sommige gezinnen bleven de depressieve gevoelens verborgen. Als de ouders de symptomen al herkenden, werd daar geen aandacht aan geschonken. Een aantal participanten hadden het idee dat hun ouders weigerden in te zien dat zij last hebben van depressieve gevoelens of de ernst van deze gevoelens negeerden. In deze gezinnen zochten en ontvingen depressieve jongeren minder vaak hulp dan in gezinnen waarin wel open werd gesproken over de depressieve gevoelens. In deze gezinnen werden de symptomen eerder herkend en werd hiervoor ook sneller professionele hulp gezocht.

2.5. Conclusie

Dit literatuurverslag beoogt antwoord te geven op de vraag: *“Op welke manier zoeken depressieve jongeren professionele hulp en welke obstakels komen zij daarbij tegen?”*.

Veel inwoners van Nederland hebben last van depressieve gevoelens. Volgens het RIVM ligt dit aantal op 856.00 mensen, wat neerkomt op 6,3% van de totale bevolking. Het aantal jongeren dat tussen hun 12 en 17 levensjaar last heeft gehad van depressieve gevoelens is 17% en voor de jongvolwassenen tussen 18 en 23 is dit percentage 31%. Toch blijkt uit verschillende onderzoeken dat jongeren niet vaak genoeg professionele hulp krijgen voor hun depressie.

Eén van de obstakels waar de jongeren tegen aan lopen is het weinige huisarts bezoek. Als jongeren geen vertrouwd gevoel hebben bij hun huisarts zullen zij niet snel over hun emotionele problemen vertellen. Ook hebben jongeren meestal minder lichamelijke klachten dan volwassenen waardoor het huisartsbezoek sowieso al lager is.

Naast de hulpvraag van jongeren zelf, kunnen ouders besluiten professionele hulp te zoeken voor hun kind. Hiervoor moeten zij volgens Pavuluri drie stappen nemen. Zij moeten ten eerste de symptomen van een depressie herkennen bij hun kinderen. Dit is het eerste obstakel voor de ouders omdat voor 79% geldt dat zij de symptomen van depressie bij hun kind niet herkennen terwijl hier wel sprake van is. De ouders die de symptomen wel herkennen moeten dit vervolgens zien als een dermate groot probleem dat zij besluiten hier hulp voor te zoeken. Een obstakel hierbij vormt hun eigen perceptie. Sommige ouders willen proberen de problemen zelf met hun kind op te lossen of schamen zich voor de situatie. Dit is de tweede stap volgens Pavuluri. De derde stap is het daadwerkelijk vinden van hulp. Ouders weten soms niet waar ze hulp moeten vinden of zijn bang voor een gebrek aan tijd of financiële middelen.

Het sociale netwerk en de steun die daarvan ervaren wordt speelt een belangrijke rol bij het hulpzoekproces van jongeren. Maar er zijn ook een aantal obstakels te noemen. Deze obstakels kunnen betrekking hebben op het sociale netwerk, zoals de gezinssamenstelling. In gezinnen waar de vader aanwezig is wordt minder snel hulp gezocht voor kinderen met depressieve gevoelens. Dit geldt ook voor kinderen die middelste kinderen zijn binnen een gezin. De obstakels in dit literatuurverslag hebben met name te maken met de obstakels die voortkomen uit de perceptie van jongeren.

Veel jongeren weten helemaal niet dat zij aan een depressie lijden. De jongeren die dat wel weten willen geen hulp vragen omdat zij zich normaal willen voelen en daarom hun ongelukkige gevoelens proberen te minimaliseren. Ook hopen jongeren dat hun depressieve gevoelens snel weer weg zullen gaan. Een ander belangrijk obstakel bij het hulpzoeken kan de perceptie zijn die de depressieve jongere heeft over de mening van zijn ouders. Dit laatste obstakel zal in dit onderzoek in kaart worden gebracht.

Uit verschillende onderzoeken blijkt hoe groot de rol van de ouders direct en indirect kan zijn op depressies bij jongeren. Ouders kunnen indirect invloed hebben op de ontwikkeling van een depressie door genetische factoren. Overerving is ook mogelijk door omgevingsfactoren, zoals een slechte communicatie binnen het gezin of een gebrek aan ondersteuning van de ouders. Op een directe manier kunnen ouders een rol spelen door hun kind te informeren over mogelijke geestelijke gezondheidszorg of door als ouder zelf actief op zoek te gaan naar hulp. Naar deze factoren zijn verschillende onderzoeken gedaan.

Onderzoeken naar de perceptie die jongeren hebben over de invloed van hun ouders op de hulpzoekvraag zijn nog niet veel gedaan. Jongeren kunnen uit de reacties die zij krijgen van hun ouders een perceptie vormen over de manier waarop hun ouders denken over de depressieve gevoelens die de jongeren uiten. In dit verslag zijn twee perspectieven aan bod gekomen die kunnen voorspellen wat de invloed van de ouderlijke reactie op de depressie van hun kind kan zijn. De uitkomst is volgens beide modellen hetzelfde. Jongeren zullen door een positieve reactie op hun uiting van depressieve gevoelens, dit gedrag weer vertonen. Terwijl een negatieve reactie het slechte zelfbeeld van deze jongeren versterkt en waardoor de depressieve gevoelens en de uiting hiervan ook toenemen.

De reactie van de ouder kan van invloed is op de depressie van de jongere, maar ook op hun hulpzoekvraag. Jongeren die denken dat hun ouders een negatief beeld hebben over depressie vragen minder snel hulp dan jongeren die een positief beeld hebben over de mening van hun ouders. Maar op welke manier beïnvloedt dit de hulpzoekvraag? Hebben jongeren zelf het gevoel dat zij beïnvloed worden door de mening van hun ouders en hoe gaan zij hiermee om? Verzwijgen zij misschien het feit tegenover hun ouders dat ze professionele hulp krijgen of krijgen zij juist steun? En welke invloed heeft dit op de continuering van de behandeling? In dit onderzoek zal in kaart worden gebracht op welke manier jongeren de invloed van hun ouders ervaren op hun hulpzoekvraag en de behandeling.

In het filtermodel van Goldberg en Huxley (1980,1992 in Zwaanswijk e.a. 2006) zal dit onderzoek zich bevinden tussen de eerste fase, het hebben van emotionele problemen en de tweede fase, het vragen van eerstelijns hulp voor deze problemen. Hierbij moet vermeld worden dat het onderzoek zich alleen richt op de jongeren die voorbij het eerste filter zijn gekomen en daadwerkelijk hulp hebben gezocht. Bij deze jongeren wordt gekeken naar de rol van de ouders. De jongeren die psychische problemen hebben, maar hier geen hulp voor zoeken, komen niet aan bod in dit onderzoek.

Hoofdstuk 3 Methoden

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden, de dataverzameling en operationalisering besproken. Tevens wordt gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksinstrument

De vraagstelling van dit onderzoek is naar de perceptie van studenten met depressieve symptomen. De vraagstelling laat zich dan ook het beste beantwoorden door een kwalitatief onderzoeksinstrument te gebruiken. Bij dit onderzoek is het belangrijk een beeld te krijgen van de perceptie van de jongeren, over zichzelf en hun ouders. Door middel van een interview met een student kan een beeld ontstaan over de beleving van depressieve symptomen en de rol die ouders hierbij spelen. De vraag van dit onderzoek laat zich niet beantwoorden door directe vragen, omdat ouders op verschillende manieren en op verschillende facetten van de hulpzoekvraag en behandeling een rol kunnen spelen.

De geïnterviewde participanten zijn jongeren die zelf aangeven last te hebben van een depressie of depressieve symptomen en daarvoor hulp hebben gevraagd aan een studentepsycholoog. De onderzoeksgroep betreft daardoor een homogene groep omdat de interviews worden afgenomen bij depressieve studenten die hulp krijgen van een studentepsycholoog. Het onderscheid tussen wel of geen depressie wordt individueel aangegeven door de respondenten zelf.

Het interview wordt afgenomen aan de hand van een topiclijst (bijlage 1). Hierdoor is het interview semi- of halfgestructureerd. De topiclijst bestaat uit zes hoofdt topics en deze volgorde wordt getracht te handhaven tijdens de gesprekken. Als dit echter niet gebeurt omdat de geïnterviewde daardoor niet ‘vrij’ zijn verhaal kan vertellen, wordt de volgorde losgelaten. De zes topics zijn:

- 1) Persoonsgegevens
- 2) Relatie met de ouders
- 3) Studentepsycholoog
- 4) Betrokkenheid ouders
- 5) Perceptie ouders en depressie
- 6) Behandeling

Bij het opstellen van de topiclijst is rekening gehouden met het gevoelige karakter van depressieve symptomen en de relatie met de ouders. Hierdoor wordt er begonnen met een neutrale topic, de persoonsgegevens, en wordt afgesloten met de topic over tevredenheid met de behandeling. De topics in het midden liggen vaak wat gevoeliger bij de studenten.

3.2 Operationalisering

De vraagstelling van dit onderzoek moet voordat de interviews worden afgenomen geoperationaliseerd zijn. De verschillende onderdelen van de vragen moeten helder gedefinieerd worden zodat er geen dubbelzinnigheid optreedt en er overeenstemming ontstaat over wat er wordt onderzocht (Boeije, 2005). Er worden in dit onderzoek een aantal begrippen gebruikt die een duidelijke definiëring nodig hebben.

Depressie wordt vaak gedefinieerd aan de hand van het *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*. Volgens DSM-IV kan van een depressie worden gesproken als iemand tenminste twee weken lang elke dag een zeer neerslachtige stemming en een gebrek aan interesse in alle activiteiten heeft gedurende het grootste gedeelte van de dag. Daarnaast kan er nog sprake zijn van eetstoornissen, slaapproblemen, vermoeidheid, rusteloosheid, gevoelens van waardeloosheid, concentratie problemen en terugkerende gedachten aan de dood of zelfdoding. Voor dit onderzoek geldt de eigen ervaring van de respondent als criterium van wie een depressie heeft. Als de respondent aangeeft depressief te zijn of te zijn geweest, geldt dit als een depressie en kan de respondent meewerken aan het onderzoek. Aan deze operationalisering zit wel een beperking want het is subjectief en gebaseerd op de eigen ervaring. Studenten die door plotselinge omstandigheden erg depressief zijn kunnen meedoen. Maar ook studenten die even niet zo lekker in hun vel zitten en verder geen feitelijke symptomen hebben van een depressie kunnen meedoen. Op deze manier kunnen de gevoelens van de participanten enorm van elkaar verschillen terwijl ze allemaal de stempel ‘depressief’ krijgen. Hierdoor zouden de onderzoeksresultaten in mindere mate generaliseerbaar kunnen zijn voor studenten, maar dit hoeft geen probleem te vormen. In dit onderzoek gaat het om de invloed op de beslissing hulp te zoeken en voor alle respondenten geldt dat zij de emotionele problemen bij zichzelf ernstig genoeg vinden om daarvoor een studentepsycholoog te raadplegen. Hierdoor is de groep die wordt onderzocht alsnog een homogene groep.

Met jongeren wordt in dit onderzoek studenten bedoeld met een leeftijd tussen de 17 en 26 jaar (jongvolwassenen).

Een ander begrip dat gedefinieerd moet worden is de professionele hulpvraag. Er is sprake van een professionele hulpvraag als een jongvolwassene zelf een afspraak wil maken met een hulpverlener die kan helpen bij de behandeling van hun depressie. Ook wordt met de professionele hulpvraag de keuze voor de behandeling en de continuering hiervan bedoeld. De jongvolwassene erkent bij zichzelf een psychisch probleem en vraagt hier hulp voor aan een deskundige.

3.3 Analyse

De interviews zijn tijdens het gesprek opgenomen en na afloop letterlijk getranscribeerd. Vervolgens zijn deze uitgewerkte interviews met behulp van het analyse programma MAX-QDA gecodeerd. Overeenkomstige tekstfragmenten worden gecategoriseerd en krijgen een code. Deze coderingen ontstaan na analyse van de gesprekken, maar komen ook voort uit het voorgaande literatuuronderzoek. Tijdens de analyse zijn hoofdcodes gebruikt die voornamelijk voortkomen uit de topiclijst. Deze hoofdcodes zijn vervolgens onderverdeeld in subcodes. In bijlage 2 is deze codeboom terug te vinden. Door subcodes uit dezelfde categorie met elkaar te vergelijken kunnen verbanden gevonden worden. Het nadeel van deze manier van analyseren is dat de context van het fragment verdwijnt. Met het programma MAX-QDA kon het gecodeerde fragment teruggekoppeld worden binnen het gehele interview. Hierdoor was het alsnog mogelijk zonder veel moeite de context te bekijken.

De analyse heeft plaats gevonden in een cyclisch proces. De eerste drie interviews zijn kort na plaatsvinden getranscribeerd en geanalyseerd. Hierna heeft een reflectie plaats gevonden en is de topiclijst aangepast. De eerste topic met persoonsgegevens is uitgebreid zodat er meer interactie heeft plaats gevonden voordat er over de relatie met de ouders werd gesproken. Dit tweede topic bleek namelijk gevoelig te liggen aangezien de relatie met de ouders samenhang met de gesprekken bij de studentenpsycholoog. Door eerst te vragen naar de hobby's, tijdbesteding en studentenleven raakten de geïnterviewde studenten meer op hun gemak en gewend aan persoonlijke vragen. Al snel tijdens de eerste analyse bleek dat het lastig was op een directe manier te vragen naar de perceptie van de studenten over de mening van hun ouders met betrekking tot depressie en behandeling. Er is daarom geprobeerd op een indirecte manier deze perceptie in beeld te brengen. Dit gebeurde onder andere door geregeld de antwoorden terug te koppelen naar de ouders. Op deze manier kon toch een duidelijk beeld gekregen worden van de rol die ouders hebben gespeeld en de invloed die zij gehad hebben op de hulpzoekvraag en de gesprekken met de studentenpsycholoog.

3.4 Dataverzameling

In eerste instantie was het plan via de studentenpsycholoog van de Universiteit Utrecht in aanraking te komen met studenten die met depressieve symptomen hulp hadden gevraagd. Na afloop van het gesprek zou de studentenpsycholoog dan de student een kaartje kunnen geven met informatie over het onderzoek en de contactgegevens. Mochten er binnen een korte tijd niet genoeg reacties komen, zouden andere universiteiten en HBO-scholen benaderd worden. Al snel bleek dat dit nodig was en verschillende studentenpsychologen van universiteiten en HBO-instellingen wilden aan het onderzoek meewerken. Er mochten kaartjes in de wachtruimte worden gelegd, sommige studentenpsychologen wilden een kaartje na afloop van een gesprek uitdelen en één universiteit heeft een oproepje op de website van de universiteit geplaatst. Dit alles mocht echter niet baten, geen enkele student reageerde.

Na het teleurstellend gebrek aan reacties, is besloten een onderzoekspopulatie te realiseren door middel van het sneeuwbaaleffect. Er is op een persoonlijke manier actief gezocht naar studenten die bij de studentenpsycholoog zijn geweest. Vervolgens zijn deze personen na afloop van het interview gevraagd of zij meer mensen kennen die de studentenpsycholoog hebben bezocht en of daar contact mee opgenomen mocht worden. Deze manier van dataverzameling bleek erg doeltreffend. Doordat bekenden al aan het onderzoek hebben meegewerkt werd de stap veel kleiner om vervolgens ook aan het onderzoek mee te werken. Deze benadering is persoonlijker omdat er zich tussen de onderzoeker en de geïnterviewde maar één persoon bevond. Binnen redelijk korte tijd zijn er op deze manier toch 13 studenten gevonden die bereid waren meer te werken aan het onderzoek.

Het nadeel van deze manier van dataverzameling is dat er kans bestaat dat de groep te homogeen is waardoor de onderzoeksresultaten niet te generaliseren zijn. De populatievaliditeit zou hierdoor te laag kunnen zijn. Echter, er is op verschillende manieren gezocht naar zogenaamde eerstelijns studenten die vervolgens andere respondenten aan zouden kunnen wijzen. Uiteindelijk is hierdoor toch een redelijk heterogene onderzoekspopulatie ontstaan. Er is een evenwichtige verhouding van mannen en vrouwen, en dit geldt ook voor het aantal HBO en universitaire studenten.

Het contact met de meeste studenten verliep in eerste instantie via de email. Tijdens het maken van een afspraak werden opties genoemd met betrekking tot mogelijke dagen waarop het interview plaats zou kunnen vinden, alsook de locatie van dit interview. Er werd

de geïnterviewde studenten op deze manier veel ruimte gelaten. Negen studenten hadden de voorkeur thuis af te spreken. Voor drie studenten is een vergaderruimte gehuurd en één interview heeft plaats gevonden bij de tussenpersoon. Alle interviews zijn in een besloten ruimte één op één afgenomen. De interviews duurden 45 minuten tot een uur en mochten in alle gevallen opgenomen worden op een bandrecorder.

3.5 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit HBO en universitaire studenten die met depressieve klachten een studentenpsycholoog hebben bezocht. Één geïnterviewde heeft bewust gekozen niet naar een studentenpsycholoog te gaan, maar een reguliere psycholoog te raadplegen. Voor dit onderzoek zijn 13 studenten geïnterviewd, waarvan 5 mannen en 8 vrouwen. De leeftijd van de onderzoeksgroep ligt tussen de 19 en 26 jaar. Ten tijde van het interview zijn 2 HBO studenten en 2 universitaire studenten afgestudeerd en werkzaam. Van de geïnterviewde studenten heeft één vrouw nominaal afgestudeerd, de anderen hebben een studievertraging variërend van 1 tot 5 jaar. Ten tijde van het onderzoek studeren zes studenten aan de Universiteit Twente, één student aan de Radboud Universiteit Nijmegen en twee studenten aan de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Van de afgestudeerde studenten hebben twee dit gedaan bij de Universiteit Twente, één bij het Saxion Enschede en één bij de Fontyus Hogeschool in Tilburg. Alle studenten zijn uitwonend en tien hebben een vaste relatie.

Betrouwbaarheid en validiteit

Met betrekking tot de betrouwbaarheid en de validiteit van dit onderzoek zijn er een aantal kanttekeningen waar rekening mee gehouden moet worden. Een voordeel van kwalitatief onderzoek is dat er veel ruimte is voor de studenten om over hun ervaringen te vertellen. Tijdens de interviews ontstond hierdoor een duidelijk beeld van de perceptie van de student en de context van deze perceptie. Tijdens het interview werden de antwoorden af en toe kort herhaald om te controleren of de student dit zo bedoeld heeft. Ook werden tegenstrijdige antwoorden teruggekoppeld waarna deze opgehelderd konden worden. De betrouwbaarheid van het onderzoek neemt hierdoor toe omdat de kans op een misinterpretatie of toevallige fout verkleint wordt.

De interviews zijn in een besloten ruimte één op één afgenomen. Doordat de omstandigheden steeds hetzelfde waren is het betrouwbaar de interviews met elkaar te vergelijken. Na afloop zijn de interviews letterlijk getranscribeerd zodat de precieze woorden

van de geïnterviewde student behouden blijven. Ook hierdoor is de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd.

Hoofdstuk 4 Resultaten

De interviews zijn gehouden met studenten die tijdens hun studieperiode één of meerdere gesprekken hebben gehad met een studentenpsycholoog. Naar aanleiding van de analyse van deze interviews wordt gepoogd antwoord te geven op de hoofdvraag van dit onderzoek:

“Hoe ervaren depressieve studenten de invloed van hun ouders bij de professionele hulpzoekvraag en de continuering van de behandeling?”.

Deze hoofdvraag is onderverdeeld in deelvragen die gebruikt zullen worden om de resultaten van de analyse te beschrijven en ter conclusie een antwoord op de hoofdvraag te formuleren. Ten eerste zal beschreven worden welke factoren van invloed zijn bij de beslissing van studenten met depressieve symptomen om professionele hulp te zoeken. Wie zijn de studenten die hulp zoeken bij een studentenpsycholoog? Waarom besloten zij hulp te zoeken en wat is de ervaring met de gesprekken? Vervolgens wordt gekeken naar de rol die ouders hebben gespeeld bij de opvoeding. Hoe was het contact toen zij thuis woonden en hoe is dat nu? Hoe beschrijven studenten de band met hun ouders en op welke manier gaan zij om met gevoelens? Tot slotte wordt gekeken naar de rol die ouders hebben gespeeld tijdens het hulpzoekproces en de behandeling. Hebben de studenten verteld dat zij hulp zoeken en waarom zij dit doen? Op welke manier zijn de ouders betrokken geweest bij de gesprekken en hoe ervaren de studenten dit?

Aan de hand van de gesprekken met de studenten zijn deze vragen te beantwoorden en kan een beeld ontstaan bij het proces van de student bij de studentenpsycholoog.

4.1 De studenten

Er zijn 13 studenten geïnterviewd die tijdens de studieperiode contact hebben gehad met een studentenpsycholoog. Tien van deze studenten hebben via de Rode Balie Studentenbegeleiding van de Universiteit Twente twee of meer gesprekken gehad met een studentenpsycholoog. Van deze studenten hebben drie naar aanleiding van gesprekken met de studentenpsycholoog een zelfmanagement cursus gevolgd. Bij deze cursus werden zij geleerd een haalbare studieplanning te maken en zichzelf te motiveren voor de studie. Twee van de tien studenten die naar de Rode Balie zijn geweest zijn na een intakegesprek doorverwezen naar een psychotherapeut en één besloot zelf na gesprekken met de studentenpsycholoog een reguliere psycholoog te raadplegen. Eén geïnterviewde student heeft gesprekken gehad met een studentenpsycholoog verbonden aan de Universiteit Nijmegen en een andere student met

een studentenpsycholoog verbonden aan de Fontys Hogeschool in Tilburg. Één geïnterviewde student heeft gesprekken gehad met een reguliere psycholoog. Van de 13 geïnterviewden zijn 8 vrouw en 5 man. De leeftijd tijdens het interview ligt tussen de 19 en 26 jaar. Het aantal gesprekken dat de studenten gehad hebben verschilt van twee tot 40. Alle geïnterviewden wonen op zichzelf. Er bestaan een aantal grote verschillen tussen de gezinssituaties van de geïnterviewde studenten. Voor drie van de geïnterviewden geldt dat hun vader is overleden terwijl zij in de puberteit zaten of al studeerden. De ouders van twee geïnterviewden zijn gescheiden tijdens de puberteit of daarna en de vader van één van de geïnterviewden heeft een ernstig herseninfarct gekregen tijdens de studie van de geïnterviewde student. Één geïnterviewde student is slachtoffer geweest van een geweldsdelict. De andere vijf geïnterviewden hebben geen feitelijke problemen met betrekking tot de gezinssituatie.

4.2 Keuze studentenpsycholoog

De studenten die met een studentenpsycholoog hebben gesproken geven als belangrijkste reden voor de keuze van deze vorm van hulp de laagdrempeligheid en de weinige administratieve rompslomp bij het maken van een afspraak. Daarnaast speelde mee bij de keuze voor een studentenpsycholoog de bekendheid van deze met het studentenleven. Gesprekken met een studentenpsycholoog gaan buiten de verzekering om en er is dus geen doorverwijzing van de huisarts nodig.

“Omdat dat gratis is en omdat het binnen de mogelijkheden behoort. Het is heel simpel, je belt de Rode Balie en vraagt om een afspraak, je gaat daar naartoe en je praat daar. Het kost niets. Verder was er geen reden dat ik daarvoor kies.”(M, 23)

Van de jongeren met depressieve gevoelens bezoekt slechts 30% de huisarts (Bidle, e.a. 2004). Dit heeft te maken met een aantal obstakels waar jongeren tegen aanlopen bij het vragen om professionele hulp, zoals het weinige bezoek aan de huisarts en de beperkte herkenning van psychische problemen als de huisarts wel geconsulteerd wordt (Zwaanswijk, e.a. 2006). Dit zou een verklaring kunnen zijn van het belang dat studenten hechten aan de laagdrempeligheid van de studentenpsycholoog.

Het besluit om daadwerkelijk professionele hulp te zoeken voor depressieve symptomen wordt meestal niet alleen genomen. Voor acht van de geïnterviewden geldt dat zij hulp hebben gezocht bij een studentenpsycholoog na aanraden van een ander. Voor de meeste gaat het dan om iemand die dichtbij staat, zoals de huidige vriend of vriendin, vrienden en één

of beide ouders. Drie studenten besloten hulp te vragen na advies van een studiebegeleider. Hieruit blijkt dat de sociale omgeving van iemand een grote rol speelt om hulp te zoeken. Uit onderzoek van Maulik e.a. (2009) blijkt dat het hebben van een bevredigd sociaal netwerk leidt tot sneller hulp vragen voor emotionele problemen. Net zoals dat buitenstaanders de jongere kunnen helpen depressieve symptomen te herkennen en serieus te nemen (Frojd, e.a. 2007). Studenten met depressieve symptomen kunnen hier al enige tijd meer rondlopen en hierover praten met mensen uit de sociale omgeving.

“Het is dat er gewoon tegen mij gezegd is je gaat gewoon die kant op en je gaat gewoon z’n gesprek aan want op deze manier loop je alleen maar vast. En dat hebben vrienden tegen mij gezegd en mijn vriendin heeft me ook die kant opgeduwd van nou ja zoek het maar eens even uit en ga er even wat mee doen. En zo is het oorspronkelijke contact erin gekomen.” (M, 24)

Voor anderen geldt dat de slechte schoolprestaties leiden tot het besluit hulp te zoeken bij een studentepsycholoog. Vooral een gebrek aan motivatie om te studeren geeft voor sommigen aan dat zij hulp nodig hebben. Deze hulp zou ook afkomstig kunnen zijn van een studiebegeleider, maar de geïnterviewden geven aan dat er bij hun sprake was van een probleem dat van hun zelf uitkwam en dat niet zo zeer het gevolg van de cursusplanning of de studie zelf was.

4.3 Beoordeling studentepsycholoog

Er zijn dus veel overeenkomsten tussen de geïnterviewde studenten met betrekking tot de keuze voor de studentepsycholoog en het besluit hulp te vragen. De grote verschillen tussen de studenten zijn op te merken als gevraagd wordt naar de tevredenheid over de studentepsycholoog en de zinvolheid van de gesprekken. Zes van de geïnterviewden geven aan tevreden te zijn over de studentepsycholoog en de gesprekken die zij gehad hebben. Het gesprek werd gezien als een rustpuntje in de week en het moment waarop mensen hun verhaal kwijt konden. Deze personen vonden de gesprekken zinvol omdat de depressieve symptomen afnamen en zij zich beter voelden. Zij kregen hun zelfvertrouwen en zelfverzekerdheid terug dankzij de gesprekken. Één student geeft aan door de gesprekken veel opener te zijn geworden.

De meerderheid van de geïnterviewde studenten geeft aan niet tevreden te zijn geweest met de studentepsycholoog en de gesprekken. De redenen hiervoor zijn zeer verschillend maar hebben voornamelijk te maken met de manier waarop de studentepsycholoog de

student probeert te helpen. Één geïnterviewde geeft aan heel sterk het gevoel te hebben gehad dat de studentenpsycholoog vanuit één oorzaak haar depressieve gevoelens afleidde en vanuit die gedachte met oplossingen kwam. Er worden volgens de geïnterviewden tips gegeven die niet uitvoerbaar zijn of veel te praktisch een oplossing moeten voorstellen. Ook gaf de studentenpsycholoog bij twee studenten aan dat de gesprekken niet meer nodig waren.

“Nou niet heel erg tevreden. Ik vond dat ze wel heel erg praktisch dacht, zo van nou ga maar in een boekje schrijven hoe je je voelt en dan moet het klaar zijn, dat moet de oplossing zijn. En zij vond dus eigenlijk dat we klaar waren, en ik niet. Dus ik was niet zo tevreden.(..) Ja niet fijn, je voelt je niet begrepen.” (V, 24)

Ondanks dat voor sommigen de gesprekken zelf met de studentenpsycholoog niet naar tevredenheid zijn geweest, hebben de gesprekken wel een positieve invloed op het zelfbeeld gehad. Het zelf nemen van de stap om hulp te vragen werd als positief ervaren en ook al waren de gesprekken zelf niet zinvol, het zette de studenten wel aan het denken over zichzelf.

Het is opvallend dat naar aanleiding van de gesprekken met de studentenpsycholoog drie studenten met hun professionele hulpvraag naar een psychotherapeut zijn gegaan die niet verbonden is aan de universiteit. Voor alle drie was de aanleiding het gevoel niet begrepen te worden door de studentenpsycholoog en niet tevreden te zijn met de gesprekken.

“Ik had bij de studentenpsycholoog heel erg het gevoel dat er iemand tegenover je zit en dat is de universiteit en jij bent het studentje. Dat ze niet met je meedenken. Mijn studiebegeleider heeft een afspraak voor mij gemaakt en ik had altijd een idee van jullie hebben een doel. Dat is een beetje paranoïde misschien, maar ik had heel erg het gevoel van het gaat niet om mij, het gaat om de universiteit. Dat het zo is, dat zal vast niet, maar dat idee had ik. Dat het niet helemaal onafhankelijk was. En bij Mediant (geestelijk gezondheidszorg Twente, red.) had ik dat niet, want die dachten, wij gaan jou helpen.” (M, 26)

De meeste geïnterviewden geven aan dat zij voor de studentenpsycholoog hebben gekozen door de laagdrempeligheid. Vervolgens blijken voor sommigen de gesprekken tegen te vallen en kiezen zij voor psychotherapie waar wel een doorverwijzing van de huisarts voor nodig is en dat niet standaard gratis is. De eerste stap richting professionele hulpverlening is gezet waardoor de volgende stap gemakkelijker te nemen wordt.

4.4 De symptomen

Ondanks dat het onderzoek zich niet direct richt op studenten die behandeld worden voor een klinische depressie, zijn er veel overeenkomsten te vinden tussen de manier waarop zij hun gemoedstoestand op het moment van hulp vragen beschrijven en de symptomen die het DSM-IV noemt behorende bij een depressie. Volgens het DSM zijn er twee hoofdsymptomen namelijk een zeer neerslachtige stemming en een gebrek aan interesse in activiteit gedurende het grootste gedeelte van de dag, elke dag. Deze symptomen kunnen gepaard gaan met eetproblemen, slaapproblemen, concentratieproblemen, rusteloosheid, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid en gedachten aan de dood of zelfdoding.

Uit de interviews bleek dat de meeste studenten deze symptomen hebben ervaren op het moment dat zij besloten hulp te zoeken. Het symptoom dat het meest genoemd werd was het op zien tegen sociale contacten. Vooral de studenten die actief zijn of zijn geweest bij een studentenvereniging noemden dit. Ze zagen er tegen op om naar de verenigingskroeg te gaan of borrels te bezoeken. Sociale contacten werden op een afstand gehouden. Uit onderzoek van Hugthenberg (2002) is de neiging zich sociaal terug te trekken een symptoom van depressie die bij jongeren vaker voorkomt dan bij volwassenen. Andere veel genoemde symptomen zijn het verlies van controle over het leven, oververmoeidheid en lusteloosheid. Eén van de geïnterviewden verteld over haar RSI en de samenhang met haar gemoedstoestand. Over het algemeen valt op dat de studenten met redelijk ernstige depressieve symptomen de studentenpsycholoog bezoeken.

“Ik was oververmoeid, ik had concentratieproblemen. Ik was vooral oververmoeid, ik sliep ook niet meer. Ik was gewoon kapot en mijn hoofd was zover op hol, dat was gewoon constant aan het ratelen en ik kon niet meer dingen even aan de kant zetten van dit is even niet of dit is belangrijker voor nu dus dat ga ik even doen. En ik werd er ook gewoon compleet lusteloos van, ik kon ook gewoon echt niets meer doen en liep met alles vast. Tv kijken was eigenlijk al te lastig want dan moet ik ook nog op tv volgen wat daar gebeurd. Het was van hallo dit werkt niet.” (M, 24)

Voor sommige studenten lieten de slechte schoolprestaties zien dat zij emotionele problemen hadden die niet direct school gerelateerd waren. Voor bijna alle geïnterviewden geldt dat zij geen interesse in hun studie hadden en zichzelf niet konden motiveren tijd aan de studie te

besteden. Ook een gebrek aan concentratie werd genoemd als symptoom dat er iets mis was met de gemoedstoestand.

De doelgroep van dit onderzoek zijn studenten en het valt op dat de meeste van de geïnterviewden aan de hand van hun studieprestaties afleidden dat zij niet lekker in hun vel zaten en professionele hulp nodig hadden. Twee geïnterviewden moesten stoppen met de stage omdat zij zich niet in staat voelden deze af te ronden.

Het hulp zoeken en nodig hebben van een studentenpsycholoog had bij een aantal studenten invloed op het zelfbeeld. Teleurstelling dat deze hulp nodig was en onzekerheid speelden onder de geïnterviewden. Jongeren hebben de behoefte zich normaal te voelen (Wisdom, e.a. 2006) en 37% van de jongeren met depressieve symptomen denken en hopen dat deze vanzelf weg zullen gaan (Vanheusden, e.a. 2008). Het gevoel de controle over hun leven te missen tastte bij een aantal hun zelfbeeld negatief aan. De onzekerheid die genoemd werd had betrekking op de schoolprestaties, maar ook op het eigen presteren.

“Ja je word er wel een beetje onzeker van. En dat sleep ik nu nog wel een beetje met me mee, dat ik denk van stel dat ik nu weer zo’n terugslag krijg en dat ik weer helemaal dichtklap. Het geeft je toch wel een knauw van oké als ik nu al hier problemen mee heb, hoe moet dat dan in de toekomst als er weer hele erge dingen gebeuren? Ben ik daar dan wel weerbaar genoeg voor?” (M, 25)

Dat het hulp vragen aan de studentenpsycholoog een negatieve invloed kan hebben op het zelfbeeld is ook af te leiden uit de mening die de geïnterviewden hebben over professionele hulp voordat zijzelf gesprekken hebben gehad. Sommigen vonden het zwak lijken of hadden een probleem met het ‘in je zitten roeren’. Voor een aantal was hulp nodig hebben een duidelijk teken dat er iets mis was. Dit beeld dat sommigen hadden voor de gesprekken kan een rol hebben gespeeld bij het moment waarop hulp werd gevraagd. Zeven van de geïnterviewden hebben redelijk lang gewacht met hulp vragen, zeker als wordt gekeken naar de ernst van de symptomen. De periode tussen het niet goed voelen en hulp vragen in deze groep loopt van minimaal een half jaar tot twee a drie jaar. Één geïnterviewde heeft niet lang gewacht.

“Ik snap dat heel veel mensen dat hebben van ik ga dat zelf oplossen en ik moet dat zelf kunnen maar ik voelde dit gewoon heel duidelijk aankomen. (...) Ik denk dat er anderhalve maand zat tussen het gevoel dat ik denk van ik zit niet echt lekker in mijn vel totdat ik echt

gewoon thuis zat. En daarna voelde ik me wel heel erg rot, maar ik wist ook meteen dat ik daar niet zelf uit ging komen. Ik vind het gewoon ook heel erg zonde dat zoveel mensen iets hebben van ik los dit zelf op of gewoon maar door moeten gaan en dat ze het niet goed doen. En dan denk ik van hallo, je bent zelf ook nog iemand en als jij niet lekker in je vel zit kan je wel gewoon doorgaan en je werk maar gaan doen en het voor jezelf goed willen doen. En dan denk ik van ja je bent zelf ook nog iemand waaraan gewerkt moet worden. Ik werd daar gewoon heel gelukkig van. Uiteindelijk ben ik er weer heel erg snel bovenop gekomen en dat kwam omdat ik heel erg snel hulp heb gezocht. Maar ja, dat is natuurlijk ook een beetje hoe Nederlanders zijn ingesteld en ik probeer dat taboe te verbreken.” (V, 22)

De manier waarop de studenten oordelen over het hulp zoeken bij een studentepsycholoog kan samen hangen met de manier waarop hun ouders oordelen over psychische hulp of het beeld dat de studenten hebben over de mening van hun ouders.

4.5 De rol van ouders

Alle geïnterviewde studenten hebben verteld over de band en het contact met hun ouders. De geïnterviewde studenten geven allemaal aan dat de band met één of beide ouders goed is. Sommigen hebben een betere band met hun vader en anderen met hun moeder, maar allemaal geven ze aan een goede ‘normale’ band te hebben met hun ouders. Dit blijkt ook uit de hoeveelheid contact tussen de student en de ouders. Voor de meeste geldt dat er s’avonds samen werd gegeten toen zij nog thuis woonden of gezinsuitstapjes werden gemaakt. De geïnterviewde studenten wonen allemaal op zichzelf, maar ook nu nog is er veel contact tussen de ouders en de student. Vooral via de telefoon wordt contact gehouden en de meerderheid van de studenten gaat wel eens een weekend naar ‘huis’. Eén student geeft aan het contact met de ouders wat te veel te vinden, maar geen enkele geïnterviewde vindt dat er te weinig contact met de ouders is. Over het algemeen wordt gesproken van ‘gewoon een goede band en normaal contact’.

Verschillende reacties komen pas op de vraag hoe open de studenten met hun ouders over gevoelens praten. Hierbij werd niet direct het soort gevoel gespecificeerd, maar bewust open gelaten. Drie van de geïnterviewde studenten geven aan dat ze wel gemakkelijk over hun gevoel konden praten en dat ook wel deden. Volgens de anderen werd er niet gemakkelijk over gevoel gepraat. In twee gevallen speelt de scheiding van de ouders hierbij een rol. Het delen van emoties werd als een te zware belasting voor de ouders gezien, zij voelden zich op

dat moment niet op de eerste plaats staan bij hun ouders. In twee gezinnen speelde het overlijden van de vader een rol bij het moeilijk delen van emoties.

“Ja dat gevoel had ik wel dat ik open over gevoelens kon praten, maar nadat mijn vader overleden was deed ik dat niet. Dat wilde ik niet. We aten dan wel elke avond samen, maar dan ging het niet daar over, dat was meer van hoe was het op school en dagelijkse dingen. Maar mijn gevoel enzo, nee die uitte ik niet. Later heb ik daar dus ook problemen mee gekregen” (M, 25)

“Ik denk dat mijn moeder het allemaal wel weer goed opgepakt heeft.(..) Daar denk ik wel over na en daar praat ik ook wel over, maar niet echt diep op de gevoelens in. Maar zo is volgens mij mijn moeder ook niet echt. En zo zijn mijn broertje en zusje ook niet echt en mijn vader was ook niet zo.” (M, 23)’

De puberteit wordt ook genoemd als oorzaak van het moeilijk met de ouders kunnen praten. Volgens de geïnterviewden is er genoeg contact met de ouders, toen zij nog thuis woonden en nu ook, maar de gesprekken zijn praktisch en algemeen. De nadruk ligt op wat er gebeurd in het leven van de geïnterviewde en veel minder op hoe de geïnterviewde zich daarbij voelt. Onzekerheden over zichzelf en relaties werden niet gedeeld en sommigen hebben behoefte juist dingen voor zichzelf te hebben.

De meeste van de geïnterviewden geven aan wel met de ouders te kunnen praten over de schoolprestaties. Pas als de schoolprestaties niet aansluiten bij de verwachtingen van ouders wordt het moeilijker gevonden hier over te praten. De verwachtingen van de ouders kunnen voortkomen uit het verlangen van de ouders zelf naar een goed diploma of de wens dat er nominaal gestudeerd wordt. De manier waarop studenten hier met hun ouders over praten verschilt. Voor sommigen is het moeilijk toe te moeten geven dat er een probleem is met de studie. Ze willen dat hun ouders trots op hun zijn en zijn bang hun ouders teleur te stellen. Één geïnterviewde stelt zich op als ‘faler’ om een bepaalde reactie uit te lokken en in een daaropvolgende discussie zijn frustraties te kunnen uiten. Een ander schotelt zijn ouders een rooskleurig beeld voor.

“Ja, kijk iedereen heeft wel eens een mindere periode tijdens de studie en dan hoef ik voor mijn gevoel niet gelijk te zeggen van het gaat helemaal niet goed. Dat wordt wel weer beter morgen of overmorgen. Maar bij mij werd het een jaar, en toen twee jaar en drie jaar. En op

gegeven moment denk je van shit en als je ouders dan vragen hoe het gaat en dan zeg je een keer dat je een tentamen hebt gemaakt die je helemaal niet hebt gedaan en zo gaat het verder en verder en verder. En je beseft zelf heel goed dat dit helemaal niet de manier is en je wordt er ook behoorlijk ongelukkig van. Maar je hebt er dan net niet de ballen voor om het om te draaien zeg maar.” (M, 26)

Uit de interviews blijkt hoe groot de invloed van ouders is, bewust of onbewust, op de manier waarop studenten vertellen over hun studieprestaties. Het beeld wat hier geschetst wordt met de moeilijkheden die de studenten hebben om over tegenvallende schoolprestaties te vertellen, is ook te herkennen in de manier waarop studenten vertellen over hun bezoek aan de studentepsycholoog.

Voor bijna alle geïnterviewden, op één na, geldt dat zij een afspraak met de studentepsycholoog hebben gemaakt, zonder daar eerst met hun ouders over te praten. Vervolgens hebben de meesten dit kort verteld aan hun ouders. Dit gebeurde op een redelijk ‘zakelijke’ manier. Zeker in de beginperiode werd er niet uitgebreid verteld over het bezoeken van een studentepsycholoog. De inhoud van de gesprekken werd nog niet besproken en veel geïnterviewden noemden de slechte schoolprestaties als voornaamste reden voor de gesprekken. Ondanks deze koele manier van vertellen, geven de studenten aan het lastig te vinden hun ouders dit te vertellen. Opvallend is dat de meeste studenten niet meer precies kunnen beschrijven hoe hun ouders op dit nieuws reageerden. De moeilijkheid van het gesprek had meer te maken met het moeten vertellen van de afspraak met de studentepsycholoog, dan de daadwerkelijke reactie van de ouders. Dit blijkt ook uit de reactie die de studenten verwachtten van hun ouders. Allemaal denken zij dat hun ouders positief zullen reageren op het bericht dat hun zoon of dochter naar de studentepsycholoog gaat. Deze verwachte reactie blijkt vaak realistisch te zijn want volgens alle geïnterviewden reageerden hun ouders positief. De meeste ouders waren blij dat hun zoon of dochter deze stap had genomen en hoopten dat het ze zou kunnen helpen. In een aantal gevallen gaven de ouders aan dat ze het jammer vonden dat hun zoon of dochter niet eerst naar hun toe was gegaan, maar dat kwam voornamelijk omdat deze ouders niet wisten dat hun kind zich slecht voelde. Slechts één geïnterviewde heeft in het beginproces een uitgebreid gesprek gehad met zijn ouder over hoe hij zich voelde en wat er gebeurd was. Het is frappant dat de geïnterviewde studenten op zien tegen het gesprek met hun ouders of dit als moeilijk

beschrijven, terwijl ze allemaal een positieve reactie verwachtten en deze ook krijgen. Teleurstelling speelt hierbij een rol, net zoals het willen dat hun ouders een positief beeld hebben over hun zoon of dochter.

“Ja, want ik wilde hun niet teleurstellen, ik wilde namelijk dat zij trots op me konden zijn, dat ze het goed vinden wat ik doe. En dat, ze willen natuurlijk ook dat die dingen goed gaan. Maar als je niet eerlijk bent, of in ieder geval het is helemaal niet erg als dingen niet goed gaan, maar als je daar niet eerlijk over bent en dat niet zegt, ja dan wordt het alleen maar erger en opgegeven moment als er dan wel iets zou gebeuren, ja dan zou natuurlijk dat behoorlijk heftig kunnen zijn. En dat wil je voorkomen dus dan wordt het alleen maar erger en erger en erger.

(Wat bedoel je met iets dat zou kunnen gebeuren?)

Nou bijvoorbeeld dat iets zeg maar dat ik op gegeven moment moet vertellen wat er aan de hand is en dan is dat natuurlijk gewoon een klap in hun gezicht. En dat zou nooit goed zijn.”(M, 26)

Voor bijna alle geïnterviewden geldt dat hun ouders niet wisten dat zij depressieve symptomen hadden. Zelfs niet als wel verteld werd dat de student een afspraak met de studentenpsycholoog had gemaakt. De meesten hadden wel het idee dat hun ouders wisten dat zij zich niet goed voelden. Maar als de ouders ernaar vroegen werd als oorzaak de studie genoemd, de drukte van het studentenleven of lichamelijke klachten. Ouders konden geen hoogte krijgen van hoe hun kind zich voelde.

“Ja, ze wisten sowieso van die hyperventilatie want dat kregen ze wel eens mee omdat ik dat in het weekend ook had, omdat ik het dan eng vond om in de trein te stappen. Maar hoe ik zelf worstelde wisten ze niet precies. Dus ik heb niet gezegd hoe ik me echt voelde maar de klachten wisten ze wel. Juist die lichamelijke klachten en die angst ook wel, maar het verdriet erachter niet.” (V, 25)

Bij een aantal geïnterviewde studenten ontstaat tijdens de therapie een gevoel van boosheid en teleurstelling richting de ouders. De depressieve gevoelens die zij ervaren komen mede voort uit hun opvoeding of de manier waarop hun ouders met hun omgaan. Deze studenten betrekken hun ouders niet bij het proces omdat zij niet de gewenste reactie krijgen of het

gesprek uitloopt op een ruzie. Maar de keuze om de ouders niet te betrekken is een gevolg en geen bewuste keuze. De betrokkenheid van de ouders wordt wel gemist door de studenten. Zij delen vervolgens moeilijker de inhoud van de gesprekken, ze houden het luchtig en oppervlakkig. In sommige gevallen hadden de studenten het idee dat hun ouders niet betrokken konden zijn omdat ze te druk waren met de eigen problemen. Deze studenten wilden hun ouders niet lastig vallen door over de gesprekken met de studentepsycholoog te vertellen.

De meerderheid van de geïnterviewde studenten geeft aan dat hun ouders betrokken zijn geweest voor hun gevoel. Wat hierbij het meest belangrijk werd gevonden was dat de ouders wisten wanneer de afspraak stond. Deze vorm van betrokkenheid en interesse werd als fijn ervaren. Wat opvalt is dat het bespreken van de gesprekken vervolgens niet belangrijk wordt gevonden. De meeste studenten geven aan niet het gesprek met de studentepsycholoog nog eens over te willen doen met hun ouders. Hierbij is geen onderscheid te maken tussen studenten die wel het gevoel hadden dat hun ouders betrokken waren en studenten die dit niet hadden. Door de gesprekken gaan de studenten nadenken over zichzelf en hun ouders, ontstaan vragen waarmee ze aan het kronkelen zijn. Hierdoor worden de ouders bewust op een afstand gehouden.

Tegenwoordig wordt er door de meeste studenten niet meer met hun ouders gepraat over de gesprekken. Dit kan komen omdat er een flinke tijd verstreken is of omdat de student de periode voor zijn gevoel heeft afgerond. In de meeste gevallen is de relatie met de ouders verbeterd en is er meer ruimte gekomen om over gevoelens te praten. Ook een confrontatie tussen de student en ouder(s) heeft positief uitgedaakt. Sommige studenten geven aan te merken dat hun ouders de relatie zelf ook proberen te verbeteren. In andere gevallen is er na de gesprekken een gevoel van acceptatie ontstaan.

“Ik heb me er ook bij neergelegd hoor, soms heb ik wel het gevoel dat ik aan een dood paard aan het trekken ben. Het zit er gewoon niet in (emoties delen, red.). Ik had het leuk gevonden als het anders was geweest, maar ik heb me er bij neergelegd en geaccepteerd dat het zo is.”(V, 22).

Voor bijna alle geïnterviewde studenten geldt dat de relatie met de ouders is verbeterd na de gesprekken met een studentenpsycholoog. Bij vier studenten hebben de gesprekken geen invloed gehad op de relatie met de ouders. Voor twee van hun geldt dat de ouders geen rol speelden bij de depressieve gevoelens. De andere twee studenten hebben hun ouders dusdanig op een afstand gehouden dat de relatie niet is beïnvloed.

De rol van de ouders tijdens het hulpzoekproces en de gesprekken zelf is niet erg groot in de ogen van de geïnterviewde studenten. Maar op welke manier is dit beïnvloed door het beeld dat zij over hun ouders hebben met betrekking tot depressie en behandeling? Daar wordt in de volgende paragraaf op in gegaan.

4.6 Perceptie jongeren over de ouders

Het beeld dat studenten hebben over hoe hun ouders denken over depressies kan het moeilijker maken over het bezoeken van de studentenpsycholoog te praten. De meeste van de geïnterviewde studenten, namelijk acht, hebben een positief beeld over de mening van hun ouders. Hun ouders nemen een depressie serieus, ze hebben er begrip voor of zijn ermee bekend. Deze studenten geven aan dat de mening van hun ouders sterk overeenkomt met de mening van zichzelf. Twee geïnterviewden gaven aan dat hun ouders te dramatiserend reageren op depressie. Voor één student was dit de aanleiding om niet te vertellen over het bezoeken van de studentenpsycholoog. In vier gevallen hebben de studenten een negatief beeld over de mening van hun ouders. Ze vinden hun ouders te ouderwets om dit te begrijpen of het ligt te ver van hun bed. Twee geïnterviewden denken dat hun ouders het overdreven vinden.

“Nou mijn ouders zijn heel erg van het je ergens over heen zetten, niet teveel aandacht aan besteden en het niet erger maken dan dat het is. Dat was vroeger ook als wij ziek waren of iets hadden. Zo van je moet gewoon maar doorgaan want als je er aandacht aan gaat besteden maak je het alleen maar erger. Dat was altijd hun insteek en dat was ook altijd mijn insteek en dat heb ik echt af moeten leren. Want ik wilde mezelf dan ook heel snel ergens overheen zetten zo van nou dat komt wel goed.” (V, 22)

Het beeld dat de studenten hebben over hun ouders met betrekking tot behandeling van depressie is voornamelijk positief. De meeste studenten hebben het idee dat hun ouders depressie serieus nemen en dus ook positief staan tegenover een behandeling. Ouders begrijpen dat sommige problemen niet vanzelf opgelost kunnen worden en dat professionele hulp een oplossing kan bieden. Qua voorkeur denken de meeste studenten dat hun ouders liever hebben dat ze met iemand gaan praten dan medicijnen gebruiken. Voor twee studenten geldt dat hun ouders positief tegenover medicatie staan, mits dat gecombineerd wordt met therapie.

“Van mijn vader weet ik dat wel heel zeker. Antidepressiva zijn medicijnen die goed zijn alleen maar als er ook sprake is van een goede persoonlijke begeleiding en nooit los van elkaar. Mijn vader kan zich ook heel erg ergeren aan huisartsen die alleen maar antidepressiva voorschrijven bijvoorbeeld. Dat mag nooit het enige zijn. Daar is hij heel duidelijk in en ik denk dat dat voor mijn moeder ook wel geldt. Als een professional zegt dat het goed is, dan moet je daar eens over nadenken, dit zijn de voor en nadelen, maar zorg dat je in ieder geval de begeleiding erbij hebt en niet alleen de medicijnen.” (V, 24)

Het beeld dat de studenten hebben over hun ouders kan hun hulpzoekvraag hebben beïnvloed, maar dit is meer op een indirecte manier gegaan. De meesten studenten denken dat hun ouders hetzelfde beeld hebben als zij over depressies en behandelingen, en ook als dat niet het geval is hoeft dat niet van invloed te zijn.

“Kijk ik weet nu wat mij gelukkig maakt en ik weet ook heel goed hoe ik me in de puberteit voelde en omdat ik nu zo goed weet wat me wel gelukkig maakt, en bij mij dus zo goed werkt, beïnvloed het me niet wat mijn ouders er van vinden. Ik vind het jammer dat ze zo denken maar het beïnvloed mij niet.” (V, 22)

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

5.1 Beantwoording onderzoeksvraag

De interviews met studenten met depressieve symptomen hebben veel informatie gegeven over het proces van hulpzoeken bij de studentenpsycholoog. Daarbij is voornamelijk aandacht besteed aan de rol die ouders in dat proces hebben gespeeld. Met deze informatie kan de vraagstelling van het onderzoek beantwoord worden. De vraagstelling luidt:

“Hoe ervaren depressieve studenten de invloed van hun ouders bij de professionele hulpzoekvraag en de continuering van de behandeling?”

Deze hoofdvraag is onderverdeeld in drie deelvragen die hier eerst beantwoord zullen worden. De eerste deelvraag luidt: *“Welke factoren zijn van invloed bij de beslissing van studenten met depressieve gevoelens om professionele hulp te zoeken?”*. Tijdens de interviews zijn er een aantal factoren besproken die bij deze beslissing van invloed zijn geweest. De belangrijkste factor zijn de depressieve symptomen. De meeste geïnterviewde studenten gaven aan last te hebben van ernstige depressieve symptomen zoals onzekerheid, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid, slaapproblemen. Het symptoom die voornamelijk een rol speelde was het ontlopen van sociale contacten. Sommige studenten hebben erg lang met deze gevoelens rondgelopen. De meeste studenten hadden zelf door dat zij niet lekker in hun vel zaten, maar gaven aan advies vanuit de sociale kring nodig te hebben om daadwerkelijk hulp te zoeken. In de meeste gevallen was dit de vriend of vriendin, vrienden of de studiebegeleider. De geïnterviewde studenten hebben, op één na, gesprekken gehad met een studentenpsycholoog. Deze vorm van professionele hulp is voornamelijk gekozen vanwege de laagdrempeligheid en het gemak waarmee een afspraak gemaakt kan worden. Er gaat geen administratieve rompslomp aan vooraf en er is geen doorverwijzing van de huisarts vereist. De bekendheid van de studentenpsycholoog met het studentenleven speelt ook een rol. Vervolgens bleek de ruime meerderheid niet tevreden te zijn geweest met de manier waarop de gesprekken verliepen. Drie geïnterviewde studenten hebben na de gesprekken met de studentenpsycholoog besloten een reguliere psycholoog te raadplegen. Dankzij de laagdrempeligheid van de studentenpsycholoog was de eerste stap gezet. De stap om daarna alsnog met een reguliere psycholoog te praten en een doorverwijzing van de huisarts te vragen werd daardoor een kleinere stap.

De tweede deelvraag luidt: “*Hoe ervaren studenten de invloed van hun ouders bij deze beslissing?*”. Deze deelvraag kan aan de hand van de antwoorden van de studenten niet op een directe manier beantwoord worden. Om deze vraag te beantwoorden moet naar factoren worden gekeken zoals de manier waarop over gevoelens in het algemeen wordt gepraat tussen ouder en kind en hoe de studenten hun ouders vertelden over hun bezoek aan de studentepsycholoog en hun depressieve gevoelens. Alle studenten, op één na, hebben hun ouders verteld dat zij hulp hebben gezocht bij de studentepsycholoog. Degene die de ouders niets heeft verteld was bang voor dramatisering, dat de ouders het erger zouden maken dan het is. Dit speelt ook bij de manier waarop de andere studenten hun ouders verteld hebben over de gesprekken. Één student heeft een lang en uitgebreid gesprek gehad met de ouder, maar de anderen hebben als reden studieproblemen en motivatieproblemen genoemd. Zij hebben op een zakelijke manier meegedeeld dat zij de studentepsycholoog raadplegen. Opvallend is dat de meeste studenten dit gesprek met de ouders erg lastig vond, terwijl zij dachten dat hun ouders wel positief zouden reageren. De moeite komt dan ook niet voort uit het gesprek zelf, maar komt doordat de studenten willen dat hun ouders een positief beeld van hun hebben. Ze willen hun ouders niet teleurstellen. Ook de depressieve symptomen zijn minimaal besproken met de ouders. De meeste hadden het idee dat hun ouders wel wisten dat zij niet lekker in hun vel zaten, maar er werd niet veel over gepraat. Aan de mening van de ouders wordt een grote waarde gehecht, maar de rol die zij spelen is indirect. Doordat de studenten willen dat hun ouders een positief beeld hebben, vertellen zij op een zakelijke manier dat zij hulp hebben gezocht en noemen studieproblemen als voornaamste oorzaak.

Vervolgens kan de derde deelvraag beantwoord worden, deze luidt: “*Hoe ervaren studenten de invloed van hun ouders op de continuering van de behandeling?*”. Net zoals bij de beslissing om hulp te vragen, spelen ouders tijdens de gesprekken ook een indirecte rol. De meeste ouders reageerden erg positief toen de student vertelde dat hij of zij hulp had gezocht bij een studentepsycholoog. Maar tijdens dit gesprek werden de ouders door de studenten op een afstand gehouden door studieproblemen als voornaamste reden te noemen en niet te vertellen over de depressieve gevoelens achter deze studieproblemen. Deze afstand werd ook bewaard tijdens de behandeling. De ouders werd weinig verteld over de inhoud van de gesprekken. Dit komt omdat de studenten voor zichzelf op een rijtje moesten zetten wat er besproken werd, en hun ouders vaak een rol speelden in datgene wat er werd besproken. Ruim de helft van de geïnterviewde studenten geeft aan het gevoel te hebben dat hun ouders betrokken zijn bij de gesprekken. Maar vervolgens blijkt dat dit gevoel ontstaat wanneer de

ouders weten wanneer de gesprekken plaats vinden. Op deze manier definiëren de studenten de betrokkenheid van hun ouders. Hierbij speelt ook dat zij het gevoel hebben dat zij met hun ouders erover kunnen praten mochten zij dat willen. De studenten geven aan dit gevoel zeer te waarderen. De student die deze betrokkenheid erg mist, vindt dit erg jammer. Voor 11 van de 13 geïnterviewde studenten is te zeggen dat de relatie met hun ouders verbeterd is na aanleiding van de gesprekken met de studentenpsycholoog. Dit kan ook komen omdat deze studenten zich beter voelden na de gesprekken en hierdoor een betere relatie met hun ouders aan kunnen gaan.

De invloed van ouders op de professionele hulpzoekvraag en de behandeling is voornamelijk indirect. Zij spelen geen rol bij de beslissing hulp te zoeken maar wel bij de manier waarop studenten vertellen dat zij hulp hebben gezocht. De geïnterviewde studenten willen hun ouders niet teleurstellen. Het beeld dat de ouders hebben van hun zoon of dochter speelt hierbij een rol. Ook tijdens de behandeling spelen ouders een indirecte rol. Ervaringen of de inhoud van de gesprekken worden bijna niet met de ouders gedeeld. Zij worden op een afstand gehouden. Maar het is voor de studenten wel belangrijk dat zij het gevoel hebben dat hun ouders betrokken zijn en dat zij, als ze dat willen, kunnen vertellen over de gesprekken.

5.2 Theoretische reflectie

De onderzoeksresultaten vertonen een aantal gelijkenissen en verschillen met onderzoeksresultaten uit eerdere onderzoeken. In deze paragraaf wordt eerst op de overeenkomsten ingegaan. Vervolgens wordt gekeken naar de verschillen en gepoogd hier een verklaring voor te geven.

Depressie komt de laatste jaren steeds meer voor (Dehue, 2008) en ook jongeren krijgen hier vaker mee te maken. Bij jongeren gaan depressieve symptomen vaak samen met lichamelijke klachten, prikkelbaar gedrag en sociale terugtrekking (Hugtenburg, 2002). De studenten in dit onderzoek vertonen ook vaak sociale terugtrekking. Zeker de geïnterviewden die actief bij een studentenvereniging zijn, merkten dat zij hier geen plezier meer in beleefden terwijl dat eerder wel zo was. Gezellig dat stad in gaan en wat drinken met vrienden werd iets waar tegen op gezien werd. Opvallend is dat de studenten zelf wel aanvoelden dat zij niet lekker in hun vel zaten, maar dat er iemand uit de sociale omgeving het advies moest geven eens met iemand te praten. Voor 36% van de jongeren die geen hulp zoeken geldt dat zij dit niet doen omdat zij niet weten dat ze lijden aan een depressie (Vanheusden e.a. 2008). Vaak

werd pas na aanraden van de vriend of vriendin, vrienden of de studiebegeleider besloten hulp te zoeken. Uit een onderzoek van Maulik e.a. (2009) blijkt dat mensen die beschikken over een bevredigend sociaal netwerk eerder professionele hulp vragen dan mensen die hier niet over beschikken. Familie en vrienden uit het sociale netwerk kunnen helpen bij het herkennen van depressieve symptomen (Frojd e.a. 2007). Dat het sociale netwerk een belangrijke rol speelt blijkt ook uit dit onderzoek. De drempel om hulp te vragen kan verkleint worden als mensen uit de omgeving dit aanraden. Een aantal studenten in dit onderzoek hebben lang rondgelopen met hun depressieve symptomen. Dit kan komen omdat ze deze niet herkennen, maar ook omdat ze hopen dat de symptomen zullen verdwijnen. Van de jongeren met depressieve symptomen denkt namelijk 36% dat hun gevoelens vanzelf weer weg zullen gaan (Vanheusden e.a. 2008).

Volgens Zwaanswijk e.a. (2006) zijn er een aantal obstakels op de weg naar professionele hulp waar depressieve jongeren tegen aan lopen. Zo bezoekt slechts 15 % van de jongeren met emotionele problemen de huisarts waardoor de rol van huisarts als poortwachter naar de geestelijke gezondheidszorg erg beperkt is. De studenten die aan dit onderzoek meewerken noemen als belangrijkste reden om voor een studentenpsycholoog te kiezen de laagdrempeligheid. Om een afspraak te maken met de studentenpsycholoog is geen verwijzing van de huisarts nodig en krijgen de studenten niet te maken met administratieve rompslomp. Uit dit onderzoek blijkt ook dat het huisartsbezoek een obstakel vormt op de weg naar professionele zorg. Drie van de geïnterviewde studenten besloten na de gesprekken met de studentenpsycholoog alsnog met een reguliere psycholoog te praten. Hiervoor was alsnog een verwijsbriefje van de huisarts nodig. Door eerst met een studentenpsycholoog te praten is de stap verkleint om alsnog via de huisarts professionele zorg te vragen.

Ouders kunnen een belangrijke rol spelen bij de hulpzoekvraag van jongeren. Volgens Pavuluri e.a. (1996) zijn er drie stappen die ouders moeten zetten voordat zij hun kind daadwerkelijk stimuleren hulp te zoeken. Zo moeten de ouders de depressie herkennen bij hun kind, vervolgens deze herkennen als een dusdanig groot probleem en hier daadwerkelijk hulp voor willen vinden. Bij deze drie stappen zijn er een aantal obstakels die ouders moeten overwinnen. Uit onderzoek blijkt dat ouders naast het kind zelf, het vaakst een professionele hulpvraag hebben voor hun kind (Zwaanswijk e.a. 2003). Dit onderzoek vertoont op deze punten geen gelijkens. Ouders spelen geen directe rol, zij zijn niet degenen die de jongere aanraden hulp te zoeken. Zij worden juist een beetje op een afstand gehouden. De

geïnterviewde studenten zijn niet helemaal open over hun emoties en noemen studieproblemen als reden voor het bezoek. Indirect spelen de ouders wel een rol. De jongeren vinden het heel lastig om hun ouders te vertellen dat zij gesprekken met een studentepsycholoog hebben. Dit wordt op een zakelijke manier verteld. De studenten willen hun ouders niet teleurstellen. Zij willen dat het beeld dat hun ouders over hun hebben positief is. Ondanks de moeite die de studenten hadden met vertellen over hun hulpzoekvraag, verwachtten zij van hun ouders een positieve reactie. Deze verwachting kan ertoe geleid hebben dat zij eerder besloten hulp te vragen. Wanneer jongeren een positief beeld hebben over de reactie van hun ouders op hun depressie, besluiten zij eerder hulp te zoeken (Wisdom & Agnor, 2007). Op een indirecte manier kunnen ouders dus een grote invloed hebben op de hulpzoekvraag van hun zoon of dochter.

Tijdens de behandeling spelen de ouders geen actieve rol. Zij worden niet betrokken bij de ervaringen en krijgen niet veel te horen over de inhoud van de gesprekken. Uit onderzoek van Pineda e.a. (2007) blijkt dat moeders van depressieve jongeren minder liefdevol en geduldig reageren op hun zoon of dochter. De moeder neemt in dit geval zelf afstand. Dit kan ook hebben gespeeld bij de geïnterviewde studenten. Niet alleen zichzelf namen afstand, onbewust deed hun moeder of beide ouders dat ook. Ondanks deze afstand hadden de meeste studenten wel het gevoel dat hun ouders betrokken waren. Hierbij was het vooral van belang dat de ouders wisten wanneer afgesproken was met de studentepsycholoog.

5.3 Methodische reflectie

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag zijn studenten benaderd die met depressieve symptomen een studentepsycholoog hebben geraadpleegd. Zoals gezegd is in het hoofdstuk over de onderzoeksmethode, is de externe validiteit hierdoor niet erg groot. De resultaten zullen niet gelden voor alle jongeren met depressieve symptomen. De onderzoeksgroep is een homogene groep die een HBO of universitaire studie volgen of hebben afgerond. De onderzoeksresultaten zijn echter wel goed generaliseerbaar voor studenten. Ondanks dat de onderzoekspopulatie slechts uit 13 personen bestaat, was er veel overeenstemming te vinden met betrekking tot de ouders en de keuze voor de studentepsycholoog. Hierdoor is het inzicht in de hulpzoekvraag van studenten vergroot.

Een kanttekening bij dit onderzoek is dat er via een sneeuwbal methode studenten zijn gevonden die aan het onderzoek mee willen werken. Hierdoor is de onderzoekspopulatie geen afspiegeling van alle studenten. De meeste geïnterviewde studenten zijn namelijk sociaal actief bij een studentenvereniging of binnen een vriendengroep. Hierdoor zijn zij eerder benaderd dan studenten die minder contacten hebben met andere studenten. De bevinding dat studenten met een groot sociaal netwerk eerder hulp vragen wordt bevestigd met dit onderzoek, maar het kan nuttig zijn dit te onderzoeken bij studenten die weinig contact hebben met andere mensen. Een symptoom van depressie kan sociale terugtrekking zijn waardoor deze groep minder beïnvloed wordt door een sociaal netwerk bij de hulpzoekvraag. Dit zou in een vervolgonderzoek nader bestudeerd kunnen worden.

Het onderzoek richt zich naar de rol van ouders tijdens het hulpzoekproces en de behandeling van studenten met depressieve symptomen. Maar deze rol is door middel van het interview slechts indirect in beeld gebracht. Door met de studenten te praten over het proces van hulp zoeken en welke rol de ouders hierbij hebben gespeeld is getracht de manier waarop studenten zich beïnvloed voelen door hun ouders in kaart te brengen. Het zou een uitbreiding van dit onderzoek kunnen zijn om daadwerkelijk de resultaten voor te leggen aan ouders van depressieve jongeren en hun verhaal te horen. Ook zouden de resultaten aan studentenpsychologen kunnen worden voorgelegd. Op deze manier kan gekeken worden naar de manier waarop zij merken dat studenten door hun ouders worden beïnvloed.

Hoofdstuk 6 Literatuurlijst

Bandura, A. & Locke, E. A. (1987). Social foundations of thought and action: A social-cognitive view. *Academy of management review*, 12(1), 169-171.

Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., Leigh, P. & Robbins, J. A. (2001) Patient gender differences, in the diagnosis of depression in primary care. *Journal of women's health & gender-based medicine*, vol 10, nr 7.

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, 248-253.

Bouma, E. M. C., Ormel, J., Verhulst, F. C. & Oldehinkel, A. J. (2008). Stressful life events and depressive problems in adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of affective disorders*, 105, 185-193.

CBS (2003) *Jeugd 2003, cijfers en feiten*. Geraadpleegd op 29-12-2009 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/9CF19548-A0B9-42BF-9D67-15C6C903AFE6/0/2003g87p051art.pdf>

CBS (2008). *Gezondheid en zorg in cijfers*. Geraadpleegd op 3-11-2009 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/516BE7D7-B35E-4CFA-BF66-9B48ADF6995F/0/2008c156pub.pdf>

Chandra, A., Scott, M. M., Jaycox, L. H., Meredith, L. S., Tanielian, T. & Burnam, A. (2009) Racial/ethnic differences in teen and parent perspectives toward depression treatment. *Journal of adolescent health*, 44, 546-553.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38, 300-314.

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*, vol 12, 431-438.

David Crews Jr, W. & Harrison, D. W. (1995) The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology review*, vol 5, nr 2.

Dehue, T. (2008). *De depressie epidemie*. Augustus.

Donker, A. G. & Slotboom, A. (2009). Adolescentie en delinquentie. In I. Weijers & C. Eliaerts (red.), *Jeugdcriminaliteit* (p. 91-108). Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Douma, J. C. H., Dekker, M. C., De Ruiter, K. P., Verhulst, F. C. & Koot, H. M. (2006). Help-seeking process of parents for psychopathology in youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 45 (10), 1232-1242.

Essau, C. A. (2004) The association between family factors and depressive disorders in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, vol 33, nr 5, 365-372.

Frojd, S., Marttunen, M., Pelkonen, M., Von Der Pahlen, B. & Kaltiala-Heino, R. (2007). Adult and perr involvement in help-seeking for depression in adolescent population: a two year follow-up in Finland. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 945-952.

Gasquet, I., Chavance, M., Ledoux, S. & Choquet, M. (1997). Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 6, 151-159.

Golberstein, E., Eisenberg, D. & Gollust, S. E. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric Services*, 59, 392-399.

Have, M. ten, Meertens, V., Scheepers, P., te Grotenhuis, M., Beekman, A. & Vollebreggh, W. (2005). Demand for mental health care and changes in service use patterns in the Netherlands, 1979 to 1995. *Psychiatric Services*, 56, 1409-1415.

Ho, J., Yeh, M., McCabe, K. & Hough, R.L. (2007). Parental cultural affiliation and youth mental health service use. *Journal of youth and adolescent*, 36, 529-542.

Hugtenburg, J.G. (2002) Een aanpak, naast anderen. Psychofarmaca bij kinderen. *Pharmaceutisch weekblad, jaargang 137, nr 23.*

Kelly, A.E. & Achter, J.A. (1995) Self-concealment and attitudes toward counseling in University students. *Journal of counseling psychology, vol 42, nr 1, 40-46.*

Logan, D. E. & King, C.A. (2002) Parental identification of depression and mental health service use among depressed adolescents. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 41 (3), 296-304.*

Maulik, P.K., Eaton, W.W. & Bradshaw, C.P. (2009). The role of social network and support in mental health service use: findings from the Baltimore ECA study. *Psychiatric services, 60, 1222-1229.*

Mooij, A. (2006). De psychische realiteit, psychiatrie als geesteswetenschap. Amsterdam: Uitgeverij Boom

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet, 370, 851-858.*

O'Neil, M.K., Lancee, W.J. & Freeman, S.J.J. (1985) Sex differences in depressed university students. *Social psychiatry, 20, 186-190.*

Padesky, C.A. & Hammen, C.L. (1981) Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college-students. *Sex roles, vol 7, nr 3.*

Pavuluri, M.N., Luk, S.L., McGee, R. (1996). Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: a community study. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 35, 215-222.*

Pedrelli, P., Feldman, G.C., Vorono, S., Fava, M. & Petersen, T. (2008) Dysfunctional attitudes and perceived stress predict depressive symptoms severity following antidepressant treatment in patients with chronic depression. *Psychiatry research*, 161, 302-308.

Perry, B.L. , Pescosolido, B.A., Martin, J.K., McLeod, J.D. & Jensen, P.S. (2007). Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. *Psychiatric service*, 58, no 5.

Pineda, A. Q., Cole, D.A. & Bruce, A.E. (2007). Mother-adolescent interactions and adolescent depressive symptoms: A sequential analyses. *Journal of social and personal relationships*, 24(1), 5-19.

Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M. & Van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression, the patients perspective explored. *Clinical psychology review*, 28, 1038-1058.

Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (2003) Depressie in de bevolking. Geraadpleegt op 15-01-2010, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1275n17537.html

Tick, N.T., Van Der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2007) Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta psychiatrica scandinavica*, 116, 473-482.

Timko, C., Cronkite, R.C., Swindle, R., Robinson, R.L. & Moos, R.H. (2009) Characteristics of depressed and nondepressed adult offspring of depressed and matched nondepressed parents. *Journal of affective disorders*, 113, 56-65.

Vanheusden, K., Mulder, C.L., van der Ende, J., van Lenthe, 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, 97-104.

Wisdom, J.P. & Agnor, C. (2007) Family heritage and depression guides: Family and peer views influence adolescent attitudes about depression. *Journal of adolescence*, 30, 333-346.

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*, vol. 33, nr 2.

Wright, A., Jorm, A.F., Harris, M.G. & McGorry, P.D. (2007) What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 244-250.

Zimmerman, F.J. (2005). Social and economic determinants of disparities in professional help-seeking for child mental health problems: evidence from a national sample. *HSR: Health services research*, 40:5, part 1.

Zwaanswijk, M., Verhaak, P.F.M., Van Der Ende, J., Bensing, J.M. & Verhulst, F.C. (2006). Obstakels op de weg naar zorg. *Kind en adolescent*, 27,3, 144-156.

Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F.M., Bensing, J. & Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 42 (6), 692-700.

Bijlage 1: Topiclijst

Topiclijst **Marjolein Huizinga**

Onderzoeksvraag: *“Hoe ervaren depressieve jongeren de invloed van hun ouders op de professionele hulpvraag en de continuering van de behandeling?”*

Introductie:

Voordat we met het interview beginnen zal ik even kort wat over mezelf vertellen en waar het onderzoek overgaat. Ik ben Marjolein Huizinga en ik studeer Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit van Utrecht. Voor het afronden van mijn bachelor doe ik een onderzoek naar de perceptie van jongeren die met depressieve symptomen bij een studentenpsycholoog hulp krijgen. Ik zal hierbij voornamelijk vragen stellen naar de beïnvloeding op het hulpzoekgedrag en de continuering van de gesprekken met de studentenpsycholoog. Het in beeld brengen van de manier waarop ouders jongeren beïnvloeden, kan voor een psycholoog nuttig zijn bij het eerste intake-gesprek.

De gegevens naar aanleiding van dit interview zullen op een vertrouwelijke manier behandeld worden. Ik zou het gesprek graag op willen nemen als je dat goed vindt. Na afloop zal de opname worden gewist. Het interview zal ongeveer 45 minuten tot een uur duren en tijdens het interview maak ik aantekeningen om de lijn van het gesprek vast te houden. Als je wilt kan ik na afloop het eindproduct van mijn onderzoek naar je mailen.

Ben je klaar voor de vragen?

1. Persoonsgegevens

Voordat we met het inhoudelijke deel van dit interview beginnen, zou ik graag een aantal algemene vragen willen stellen.

- Leeftijd
- Woonplaats en waar opgegroeid
- Studie/opleiding
- Relatie(s)
- Welke leeftijd uit huis
- Hobby's
- Invulling studentenleven

2. Relatie met de ouders

Ik zou nu graag een aantal vragen willen stellen over jouw gezinssituatie.

- gezinssituatie (*omvang, broertjes/zusjes, gescheiden*)
- relatie ouders (*Hoeveel contact, (denk om uit/thuiswonenden), ruzies*)
- omgang thuis (*brenge jullie veel tijd met elkaar door, zijn jullie open over bepaalde gevoelens, betrokken bij elkaars leven*)

3. Studentenpsycholoog en depressie

Je hebt gesprekken met een studentenpsycholoog en daar zou ik nu graag een aantal vragen over willen stellen.

- Reden gesprekken (*hoeveel gesprekken al gehad, om de hoeveel week, wanneer besloot je hulp te vragen, doorslaggevend moment, aanrading omgeving*)
- Keuze behandeling (*waarom heb je voor deze vorm van behandeling gekozen?*)
- Symptomen (*van welke gevoelens heb je last, welke emoties, wat betekent dit voor je?*)

4. Perceptie ouders en depressie

- Ouders (*weten je ouders dat je last hebt van depressieve symptomen? Zo nee, waarom niet? **Bij nee, alleen laatste vraag van deze topic stellen.** Hoe heb je jouw ouders hierover verteld? Wisten ze het al of kwam dit naar boven tijdens gesprekken, herkenden ze de symptomen? Vond je het moeilijk te vertellen? Waarom wel/waarom niet?*)
- Reactie ouders (*hoe reageerden je ouders toen je vertelde dat je last hebt van depressieve symptomen? Waaruit maakt je deze reactie op? Hoe reageerden je ouders toen je vertelde dat je gesprekken hebt met een studentenpsycholoog?*)
- Betrokkenheid ouders (*Hoe betrokken zijn jouw ouders bij de gesprekken? Vragen ze na afloop hoe het gegaan is? Praat je er met je ouders over?*)
- Rol ouders (*Welke rol spelen jouw ouders voor jouw gevoel tijdens de behandeling? Proberen je ouders je te steunen of te helpen? Op welke manier doen zij dit?*)

5. Invloed perceptie op depressie en behandeling

- Ervaring mening ouders depressie (*Hoe ervaar je de mening van jouw ouders over depressies in het algemeen? Hoe ervaar je de mening over jouw depressie? **Als er een verschil is tussen de ervaringen hierop doorvragen***)
- Ervaring mening ouders behandeling (*Hoe staan jouw ouders tegenover de behandelingen van depressie? Welke voorkeur hebben zij? Denken jouw ouders dat een behandeling zinvol is?*)
- Omgang ouders depressie (*Hoe gaan jouw ouders om met jouw depressieve symptomen? Wordt er makkelijk over gepraat met jou, elkaar of anderen?*)

6. De behandeling

- Gesprekken (*Ben je tevreden over de gesprekken, denk je dat het zinvol is, welke invloed hebben de gesprekken gehad op jouw depressieve symptomen?*)
- Continuering (*Hoe lang wil je nog doorgaan met de gesprekken? Afbouwen of vaker?*)

Hiermee ben ik nu aan het einde gekomen van het interview, wat vond je van het gesprek? Heb je misschien nog vragen die je wilt stellen? Als je achteraf nog vragen bedenkt, kun je me altijd mailen, mijn emailadres is:.....

Ik ga de gegevens uittypen en analyseren, wil je misschien een eindverslag lezen? (**dan emailadres noteren**).

Dan wil ik je heel hartelijk bedanken voor je tijd en medewerking

Bijlage 2: Codeerboom

Code System [384]

- studentenleven [13]
- Behandeling [0]
 - opnieuw deze hulp [3]
 - Afronding [7]
 - Zinvol gesprekken [11]
 - Tevredenheid gesprekken [19]
- Perceptie ouders [0]
 - Perceptie behandeling algemeen [9]
 - Perceptie depressie algemeen [17]
- Ouders [0]
 - Ervaringen delen [12]
 - Rolverdeling [7]
 - Betrokkenheid [17]
 - Tegenwoordig [7]
 - Teleurstelling [6]
 - Verwachtte reactie ouders [10]
 - Reactie ouders [13]
 - symptomen verteld [19]
 - bezoek verteld [15]
- Relatie met ouders [0]
 - Verwachtingen ouders [4]
 - Verandering relatie [4]
 - Rolverdeling ouders [9]
 - Open over gevoelens [25]
 - Contact [21]
 - Band [20]
- Studentenpsycholoog [0]
 - Eigen oordeel voor gesprek [10]
 - Zelf-management cursus [5]
 - Doorverwijzing [6]
 - Zelfbeeld [14]
 - Gekozen vorm hulp [11]
 - Besluit hulp te vragen [18]
 - Symptomen [22]
 - studie gerelateerde symptomen [8]
 - Reden gesprekken [9]
 - Aantal gesprekken en periode [13]