



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2015 - 2016

PSYCHOTHERAPIE BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN
Onderzoek naar factoren die het zoeken van psychotherapeutische hulp faciliteren

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

Door Karen De Waele

Promotor: prof. dr. Dominique Vandijck



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2015 - 2016

PSYCHOTHERAPIE BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN
Onderzoek naar factoren die het zoeken van psychotherapeutische hulp faciliteren

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg

Door Karen De Waele

Promotor: prof. dr. Dominique Vandijck

Abstract

Bijna één op drie Belgen heeft psychische problemen. Naast de gevolgen voor de persoon zelf hebben deze een grote economische en maatschappelijke impact. Psychotherapie is een kostenefficiënte behandeling voor psychische problemen, maar slechts weinig mensen zoeken hulp bij een psychotherapeut.

Om dit te verklaren onderzoeken de meeste studies de drempels die mensen ervaren bij het zoeken van psychotherapeutische hulp. Ze bevragen daartoe niet-klinische populaties naar hun attitude tegenover het zoeken van psychotherapeutische hulp.

Geïnspireerd door het nieuwe zorgmodel dat de patiënt centraal stelt, wordt in deze masterproef onderzocht welke factoren het hulpzoekgedrag bevorderen.

Op basis van de literatuurstudie werd een vragenlijst ontwikkeld en afgenomen bij cliënten. Hiermee werd nagegaan welke faciliterende factoren een rol speelden bij het zoeken van hulp bij een psychotherapeut en welke volgens hen de belangrijkste faciliterende factoren zijn. Bijkomend werd deze laatste vraag naar belangrijkste faciliterende factoren ook aan psychotherapeuten gesteld.

Uit de resultaten blijken het erkennen van een probleem en de nood aan hulp, de toegankelijkheid en de expertise van de psychotherapeut de grootste rol te spelen bij het zoeken van psychotherapeutische hulp. Er waren duidelijke verschillen binnen cliëntengroepen en tussen cliënten en psychotherapeuten over de volgens hen belangrijkste faciliterende factoren.

Deze resultaten tonen aan dat de inbreng van zowel cliënten als psychotherapeuten belangrijk zijn voor het toekomstig gezondheidszorgbeleid. Zeker in het licht van het patiënt/cliëntgerichte zorgmodel is het een meerwaarde om te vertrekken van wat cliënten belangrijk vinden en nodig hebben om bij psychische problemen sneller de stap naar een psychotherapeut te kunnen zetten.

Aantal woorden masterproef: 21281 (exclusief bijlagen en bibliografie)

Inhoudstafel

Abstract	5
Inhoudstafel	7
Woord vooraf	9
Introductie	11
Situering	13
Oplossingsgerichte aanpak	14
Verklarende woordenlijst	17
Literatuurstudie	19
1. Definities	19
1.1. Psychische problemen	19
1.2. Hulpzoekgedrag	20
1.3. Psychotherapeut	21
2. Prevalentie	22
3. Persoonlijke en economische impact van psychische problemen	23
3.1. Ziektelast	24
3.2. Ziektekost.....	24
4. Behandeling van psychische problemen	26
4.1. Medicatie	26
4.2. Psychotherapie	26
4.3. Andere behandelingen	27
4.4. Treatment gap.....	27
5. Theoretisch kader	28
5.1. Demografische factoren	32
5.2. Barrières	33
5.3. Ondersteunende factoren	36
5.4. Interventies om hulpzoekgedrag te bevorderen	40
6. Conclusie	41
Methodologie	43
1. Onderzoeksopzet	43
2. Vragenlijst	43
2.1. Demografische gegevens en context	43
2.2. Faciliterende factoren.....	44
2.3. Validatie van de vragenlijst	45
3. Steekproef	46
3.1. Cliënten	46
3.2. Psychotherapeuten	47

4. Procedure.....	47
5. Statistische analyse.....	48
Resultaten	51
1. Beschrijvende statistiek.....	51
1.1. Demografische variabelen cliënten.....	51
1.2. Contextuele variabelen cliënten.....	52
1.3. Demografische variabelen psychotherapeuten.....	56
1.4. Faciliterende factoren.....	56
2. Niet-parametrische toetsen	61
2.1. Verschillen tussen subgroepen.....	61
2.2. Verschillen tussen cliënten en psychotherapeuten	67
Discussie	71
1. Bespreking van de voornaamste resultaten	71
1.1. Demografische gegevens	73
1.2. Faciliterende factoren die een rol hebben gespeeld.....	75
1.3. Belang van faciliterende factoren	77
1.4. Verschillen tussen cliëntengroepen.....	78
1.5. Verschillen tussen cliënten en psychotherapeuten	80
2. Beperkingen en sterktes van dit onderzoek	81
3. Beleidsaanbevelingen en toekomstig onderzoek.....	83
Conclusie.....	87
Literatuurlijst.....	91
Bijlagen.....	103
Lijst van figuren.....	115
Lijst van tabellen.....	117

Woord vooraf

Deze masterproef is het sluitstuk van de opleiding tot Master in het Management en het Beleid van de Gezondheidszorg. De keuze voor het onderwerp is ontstaan vanuit mijn eigen ervaring als psycholoog en psychotherapeut en mijn interesse in een mensgerichte aanpak. Deze masterproef tot een goed einde te brengen, in combinatie met een fulltime job en een gezin, vergde heel wat planning en organisatie. Een aantal mensen verdienen daarom een welgemeende dankjewel en een vermelding in dit dankwoord.

Eerst en vooral wil ik mijn promotor, prof. dr. Vandijck, bedanken voor zijn hulp bij het afbakenen van het onderwerp en voor zijn correcte begeleiding en motiverende ondersteuning tijdens het voorbije jaar. Zijn kritische vragen en bedenkingen zorgden ervoor dat ik de juiste focus hield en meer verdieping zocht als dat nodig was.

Daarnaast wil ik alle cliënten en psychotherapeuten bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek door het invullen van een vragenlijst of door het voorleggen van de vragenlijst aan hun cliënten. Een speciale dankjewel gaat uit naar Annelies, Lou, Nele en Tine die de vragenlijst valideerden.

Ook wil ik Stijn, Maaike en Sonja hartelijk bedanken voor hun kritische blik tijdens het nalezen van deze tekst. Elk vanuit hun invalshoek gaven ze constructieve feedback.

Mijn man, Stijn, verdient een belangrijke plaats in dit dankwoord. Bedankt voor je steun tijdens deze opleiding en vooral tijdens het laatste jaar bij het schrijven van dit werk. De weekends waarop je met de kinderen op zwier ging, zodat ik kon schrijven, heb ik enorm gewaardeerd. Ik hoop dat onze dochtertjes van deze periode vooral de leuke momenten met hun papa onthouden en niet enkel de woorden “mama werken”.

Een extra dankjewel gaat tenslotte uit naar mijn ouders voor het grote aantal uren dat ze het voorbije jaar onze kinderen opvingen, zodat ik in alle rust aan deze masterproef kon werken. Ik hoop dat ze samen met mij trots kunnen zijn op het resultaat.

Karen De Waele, mei 2016

Introductie

*Pijn is verder weg
Bij samen-zijn en delen
Leve het leven*

(Herman Van Rompuy)

Als zelfstandig klinisch psycholoog en psychotherapeut ontmoet ik vaak mensen die pas na lang aarzelen bij een psychotherapeut terecht komen. Ook in contacten met collega-hulpverleners blijken veel mensen het moeilijk te hebben om hulp te zoeken bij een psycholoog of psychotherapeut.

Recente nieuwsberichten bevestigen deze trend en wijzen op twee grote problemen met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg: het taboe dat nog steeds op psychische problemen rust en de prijs van de consultaties bij een psycholoog of psychotherapeut. In België heerst nog steeds een sociaal taboe op psychische problemen. Mensen die toegeven dat ze psychische problemen hebben worden nog al te vaak scheef bekeken: ofwel krijgen ze de reactie dat ze niet flauw moeten doen en zich niet moeten aanstellen, ofwel worden ze als ‘gek’ beschouwd (Sommers, 2015). Bovendien is er ook sprake van zelfstigma: veel mensen associëren psychologische begeleiding of psychotherapie nogal snel met ‘gek’ zijn en ernstige psychiatrische stoornissen en durven bijgevolg niet openlijk over hun problemen praten. Ook Lieven Scheire geeft toe dat hij jarenlang rondliep met het idee dat hij binnen de kortste keren volledig zou doorslaan en ze hem voor de rest van zijn leven in een wit kamertje zouden stoppen. Toch was hij liever al op zijn zeventiende bij een gedragstherapeut terecht gekomen, dan zou zijn leven misschien iets comfortabeler zijn gelopen (Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2015).

Ook het prijskaartje speelt een rol. Psychotherapie of psychologische begeleiding wordt niet terugbetaald door de ziekteverzekering, behalve bij een psychiater omdat deze een arts is. Consultaties bij psychologen of psychotherapeuten kosten gemiddeld 50 euro per sessie van 45 minuten. Als je dit vergelijkt met de prijs van antidepressiva is de rekening snel gemaakt (Sommers, 2015). Prof. Mattias Desmet is ervan overtuigd dat er een

wisselwerking bestaat tussen de financiële en de psychologische drempel en dat een terugbetaling van psychotherapie ervoor kan zorgen dat mensen het op termijn normaal zullen vinden dat iemand naar een psycholoog of psychotherapeut gaat (“Terugbetaling psychotherapie ...”, 2015).

Maar misschien is er wel meer aan de hand? Veel psychologen hekelen het gebrek aan titelbescherming van het beroep van psychotherapeut met een wildgroei aan psychotherapeuten allerhande als gevolg. Dit maakt het ook moeilijk om het aanbod te overschouwen en te weten welke hulpverlener nu het meest geschikt is voor welke hulpvraag. Bovendien is het voor veel mensen onduidelijk wat het verschil is tussen een psychiater, een psycholoog en een psychotherapeut. De website ‘geestelijk gezond Vlaanderen’ tracht hierop een antwoord te bieden, maar het is onduidelijk hoe gekend deze website is bij de bevolking.

De Vlaamse en Federale Overheid zien de zesde staats hervorming als een unieke kans om een nieuw zorgmodel op te bouwen, waarbij de patiënt centraal staat en de samenwerking rond de patiënt geïntegreerd verloopt. In de toekomst zullen de wensen en doelstellingen van de patiënt de organisatie van de zorg en de hulp bepalen. Wat heeft de patiënt nodig? Welke krachten en mogelijkheden kan hij zelf inzetten en hoe kunnen zorgverleners daar rekening mee houden (De Block, 2014; Vandeurzen, 2014)? Deze shift van een probleemgestuurd naar een doelgericht zorgmodel heeft mee een rol gespeeld bij de keuze van het onderwerp van deze masterproef.

Vanuit de empowerment-gedachte en een doelgerichte focus, is het evident om de zorgvragers zelf aan het woord te laten en te peilen naar hun krachten en mogelijkheden. Want er zijn ook veel mensen die de weg naar een psychotherapeut wél vinden. Wat heeft hen geholpen om contact op te nemen met een psychotherapeut, ondanks de drempels en de uitdagingen? Welke barrières ervaren zij en hoe zijn ze erin geslaagd deze te doorbreken, maar vooral wat heeft hen geholpen om de stap naar een psychotherapeut te zetten en hoe kan deze informatie een toekomstig beleid mee aansturen?

Situering

Nog nooit worstelden zoveel Belgen met geestelijke problemen. De voorbije jaren is het aantal mensen met emotionele, sociale en psychische problemen opvallend gestegen. In België rapporteerde bijna één op drie mensen ooit in hun leven minstens één psychische stoornis te hebben meegemaakt (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest & Demyttenaere, 2004; Kessler et al., 2007).

De meerderheid van de mensen met een depressie verkiest psychotherapie boven medicatie (Brody et al., 1997; Weddingtong, 1983 in Mohr et al., 2006). Psychotherapie, al dan niet in combinatie met medicatie, is een kostenefficiënte behandeling voor psychische problemen (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004). Toch zoekt minder dan een derde van de personen met psychische problemen professionele hulp (Andrews, Issakidis & Carter, 2001).

Naast de emotionele last voor de persoon zelf, hebben psychische stoornissen ook aanzienlijke sociale en economische gevolgen. Naast de directe kosten zoals medicatie en doktersconsultaties, zijn er ook heel wat indirecte kosten: een lager onderwijsrendement, vroegtijdige schoolverlating, meer geweld en jeugddelinquentie, ziekteverzuim op het werk, verlies aan productiviteit, arbeidsongeschiktheid, een zware druk op sociale uitkeringen en sociale ongelijkheid (Lievens, 2000).

De factoren die het zoeken naar professionele hulp beïnvloeden zijn reeds uitgebreid onderzocht. Er is echter weinig consensus in dit onderzoeksdomein: er is geen universeel aanvaard conceptueel model en ook de meetinstrumenten variëren per studie (Rickwood, Deane, Wilson & Ciarocchi, 2005; Rickwood & Thomas, 2012).

De meeste studies richten zich bovendien op de intentie om hulp te zoeken en bevragen de algemene populatie of een studentengroep naar hun toekomstig hulpzoekgedrag als ze psychische problemen zouden ervaren. Er bestaan hiervoor geen gestandaardiseerde vragenlijsten. De meeste vragenlijsten die ontwikkeld werden, vertrekken van hypothetische vragen en focussen zich vooral op de intentie om psychotherapeutische hulp

te zoeken en de attitude tegenover psychotherapie. Daarnaast zijn er weinig studies met een klinische steekproef, zoals personen met lichte symptomen of personen die reeds in therapie zijn (Gulliver, Griffiths, Christensen & Brewer, 2012; Rickwood & Thomas, 2012).

Tenslotte besteden de meeste onderzoeken hun aandacht aan de barrières: kost, tijd, vervoer, oppas voor de kinderen, schaamte of terughoudendheid om over persoonlijke zaken te praten, gedachten over wat anderen zouden kunnen denken (Alvidrez & Azocar, 1999; Blumenthal & Endicot, 1996). Het aantal onderzoeken dat naast de barrières ook de faciliterende factoren in kaart brengt, is eerder beperkt (Gulliver et al., 2012). Uit onderzoek van O'Connor en collega's (2014) blijkt echter dat de barrières minder relevant worden als de voordelen van hulpzoekgedrag als hoog ervaren worden. Daarom is het belangrijk om ook de faciliterende factoren in kaart te brengen.

Oplossingsgerichte aanpak

Er zijn verschillende manieren om een probleemstelling te benaderen. Beleidsproblemen zoals het onderwerp van deze masterproef kunnen volgens Rittel en Webber (1973) beschouwd worden als 'wicked problems'. Deze problemen zijn moeilijk definieerbaar, maar de omschrijving van Ritchey (2013) omvat de essentie:

“WPs [wicked problems] are about people – the most ‘complex adaptive systems’ that we know of. They are subjective problems. Everything that has to do with people and society is ultimately subjective. Above all, WPs are about people as stakeholders: competing and cooperating, vying for position, willing to reflect, and to change their positions on the basis of this self-reflection. This is why such problems do not have stable problem formulations; do not have predefined solution concepts; and why their course of development cannot be predicted” (Ritchey, 2013, p. 3).

In de context van deze wicked problems is een oplossingsgerichte aanpak interessant. In plaats van het probleem verder te analyseren, wordt de focus gelegd op mogelijke oplossingen (Garcia, 2012).

De oplossingsgerichte aanpak werd ontwikkeld door Steve De Shazer en Insoo Kim Berg en hun collega's van het Brief Family Therapy Centre in Milwaukee. Deze aanpak wordt vandaag de dag ook vaak toegepast in domeinen buiten de psychotherapie of coaching, zoals in organisatieontwikkeling, HRM, marketing, project management, leiderschapsontwikkeling en andere (Lueger & Korn, 2006; McKergow, 2011). Eén van de basisprincipes van de oplossingsgerichte benadering is de focus op 'wat werkt' (zodat we er meer van kunnen doen) (De Shazer en Berg, 1997).

Toegepast op het 'wicked problem' van deze masterproef, wordt van de volgende algemene onderzoeksvraag vertrokken:

Wat heeft mensen geholpen om contact op te nemen met een psychotherapeut?

Deze algemene vraag wordt aangevuld met een aantal subvragen:

Is er een verschil in het belang van de faciliterende factoren afhankelijk van bepaalde kenmerken van de steekproef (mannen vs. vrouwen, leeftijd, hulpvraag,...)?

Welke van de faciliterende factoren worden als meest belangrijk gezien door cliënten¹ enerzijds en door psychotherapeuten anderzijds?

¹ Tijdens de opleiding tot master in de klinische psychologie en aansluitend in de psychotherapie-opleiding werd de studenten ingepeperd om 'cliënten' in plaats van 'patiënten' te gebruiken om te verwijzen naar die mensen die behandeld worden door een psycholoog/psychotherapeut. Dit om toch een onderscheid te maken met de gebruikte terminologie in de geneeskunde, want niet bij alle cliënten van een psychotherapeut is een diagnose die hen tot patiënt maakt. Voor de leesbaarheid van dit werkstuk werd geopteerd om in plaats van de 'cliënt/patiënt' het woord 'cliënt' te gebruiken. Wanneer in deze masterproef het woord 'cliënt' gebruikt wordt, verwijst dit naar de persoon met psychische problemen die daarvoor hulp zoekt bij een psychotherapeut, deze persoon kan zowel een patiënt als een cliënt zijn.

Deze masterproef is opgebouwd uit twee grote delen. Het eerste deel omvat de literatuurstudie, waarin nagegaan wordt welke factoren het zoeken van psychotherapeutische hulp beïnvloeden. Omdat faciliterende factoren en barrières kunnen beschouwd worden als uiteinden van een continuüm en sommige faciliterende factoren kunnen bestaan uit het wegnemen van een barrière (Rickwood et al., 2005), wordt in dit literatuuronderzoek zowel aandacht besteed aan de barrières als aan de faciliterende factoren. In het tweede deel wordt deze onderzoeksvraag empirisch getoetst door aan de hand van enquêtes een kwantitatief onderzoek uit te voeren. Enerzijds bij de cliënten van psychotherapeuten om meer zicht te krijgen op de faciliterende factoren die zij hebben ervaren in het zoeken naar psychotherapeutische hulp. Anderzijds bij een groep psychotherapeuten om na te gaan wat volgens hen faciliterende factoren zijn. Dit onderzoek is vernieuwend omwille van de focus op faciliterende factoren. Door het bevragen personen die op dit moment psychotherapie volgen, wordt niet de attitude tegenover het zoeken van psychotherapeutische hulp gemeten, maar wel het effectieve hulpzoekgedrag. Deze insteek sluit ook aan bij de veranderende tendens naar mensgericht denken en een patiënt/cliëntgericht zorgmodel.

Verklarende woordenlijst

Treatment gap: het absolute verschil tussen het aantal mensen met een aandoening of ziekte die behandeling nodig hebben en het aantal mensen dat behandeld wordt. Dit wordt vaak weergegeven als het percentage mensen dat een behandeling nodig heeft, maar deze niet krijgt (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004).

Lifetime prevalentie: de prevalentie van stoornissen die ooit in het leven van de respondenten zijn voorgekomen (Bruffaerts et al., 2004).

Self-efficacy: het geloof dat iemand heeft over zijn of haar mogelijkheden of competenties om een bepaalde taak uit te voeren of om te gaan met bepaalde uitdagingen in het leven (Bandura, 1977).

(Mental) Health Literacy: kennis die mensen hebben over de symptomen, de mogelijke hulpverleners en wat men van elke hulpverlener kan verwachten. Toegepast op geestelijke gezondheidszorg omvat 'mental health literacy' de kennis over het voorkomen van mentale problemen, het herkennen van symptomen of signalen, de kennis over mogelijke behandelingen en beschikbare hulpverlening, de kennis over effectieve zelfhulpstrategieën voor mildere problemen en de mogelijkheid om anderen die mentale problemen hebben te ondersteunen (Jorm, 2012).

Awareness: het bewust worden van symptomen en het erkennen dat men een probleem heeft waarvoor misschien hulp nodig is (Rickwood et al., 2005)

Literatuurstudie

Omdat er in de literatuur rond geestelijke gezondheidszorg, hulpzoekgedrag en behandelingen voor mentale problemen veel verschillende termen circuleren, is het belangrijk om bij aanvang een overzicht te geven van de meest voorkomende termen en de betekenis ervan in deze masterproef.

Naast een beschrijving van de prevalentie van psychische problemen en de impact daarvan op persoonlijk, sociaal en economisch vlak, worden ook de mogelijke behandelingen bij psychische problemen en de effectiviteit ervan aangehaald. Daarna worden een aantal theoretische kaders over hulpzoekgedrag omschreven, die een verklaring trachten te bieden voor de zogenaamde *treatment gap*. Tenslotte wordt aandacht besteed aan de belangrijkste factoren die een rol kunnen spelen bij het zoeken van hulp bij mentale problemen. Zowel mogelijke barrières als faciliterende factoren komen aan bod, waarna in een besluit de keuze voor de onderzoeksvragen van deze masterproef verduidelijkt wordt.

1. Definities

1.1. Psychische problemen

Iedereen heeft wel eens last van psychische problemen zoals neerslachtigheid, verdriet, angst, stress,.... Vaak zijn dit normale reacties op bepaalde gebeurtenissen, zoals het verlies van een geliefde of het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Wanneer deze psychische moeilijkheden echter langere tijd aanslepen, gepaard gaan met emotioneel lijden en zorgen voor moeilijkheden in het functioneren, kunnen we volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – fourth edition – Text Revised (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2001) spreken van een psychische stoornis. De definitie gehanteerd in de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013) is nog iets breder en laat een sterke culturele invloed toe door volgende toevoeging:

“Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, religieus of seksueel

bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn geen psychische stoornissen, tenzij de deviantie of het conflict het gevolg is van disfunctioneren van het individu, zoals in het voorgaande wordt beschreven.” (APA, 2014, p. 75-76)

In de voor deze masterproef geraadpleegde literatuur werd meestal de definitie van de DSM-IV gehanteerd.

Psychische problemen kunnen variëren van mild tot ernstig, maar dit betekent niet dat milde vormen minder nood hebben aan een behandeling. In tegendeel, een milde vorm kan zonder behandeling in de toekomst tot ernstige problemen in het functioneren leiden, zoals werkverzuim, suicide of een opname (Kessler et al., 2003).

Omdat het binnen deze masterproef niet mogelijk is om alle psychische problemen in te sluiten, ligt de focus op de meest voorkomende psychische problemen: stemmingsstoornissen (zoals bijvoorbeeld depressie) en angststoornissen (Steel, 2014; Witchen et al., 2011). Daarnaast zullen ook relatieproblemen meegenomen worden, omdat meerdere onderzoeken aantonen dat er een verband is tussen relatieproblemen en individuele psychische problemen (Lebow, Chambers, Christensen & Johnson, 2012; Shonbrun & Whisman, 2010; Whisman, 2007; Whitton & Whisman, 2010).

1.2. Hulpzoekgedrag

Rickwood en Thomas (2012) argumenteerden dat het belangrijk is om hulpzoekgedrag duidelijk te definiëren en stelden volgende definitie voor: “an adaptive coping process that is the attempt to obtain external assistance to deal with a mental health concern”.

Deze definitie omvat zowel informeel als formeel hulpzoekgedrag. Informeel hulpzoekgedrag verwijst naar het zoeken van steun in de sociale context, zoals familie en vrienden. Het gebruik van hulp via het internet of de telefoon wordt gezien als zelfhulp (Rickwood et al., 2005; Rickwood & Thomas, 2012). Er is weinig geweten over het gebruik en het succes van informeel hulpzoekgedrag (Griffiths, Crisp, Barney & Reid, 2011). Formeel hulpzoekgedrag verwijst naar het zoeken van hulp bij professionele hulpverleners, zoals psychiaters, huisarts, psycholoog, psychotherapeut,.... In onderzoek

wordt vooral het formeel hulpzoekgedrag onderzocht (Rickwood & Thomas, 2012). Ook in wat volgt wordt de algemene term ‘hulpzoekgedrag’ gebruikt om te verwijzen naar formeel hulpzoekgedrag.

1.3. Psychotherapeut

De behandeling van psychische problemen in België wordt gekenmerkt door een trapsgewijze zorg. Op de nulde lijn situeert zich de zelfzorg, de mantelzorg en de zelfhulpgroepen. Op de eerste lijn kunnen mensen terecht bij de huisarts en Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) (Bouverne-De Bie, 2004). In sommige steden zijn ook al een aantal eerstelijnspsychologen werkzaam. Zij werken samen met huisartsen of in wijkgezondheidscentra en geven advies en kortdurende psychologische hulp. Als meer ondersteuning nodig is, kan worden doorverwezen naar de tweede lijn (Werkgroep Eerstelijnspsychologie VVKP, 2015). Op de tweede lijn situeren zich de privépsychiaters, psychotherapeuten, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en psychiatrische thuiszorg. Op de derde en vierde lijn bevinden zich de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische verzorgingstehuizen (Bouverne-De Bie, 2004).

Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen psychotherapie en psychologische begeleiding. Psychotherapie gebeurt door psychotherapeuten en vergt een specifieke opleiding in een van de bestaande therapierichtingen. Psychologische begeleiding is het opvangen van personen met psychologische en/of psychiatrische problemen via verkennende en ondersteunende gesprekken, adviezen rond levensstijl en psycho-educatie. Dit is een rol die nu vaak door de eerstelijns hulpverlening, met name de huisarts, wordt waargenomen, hoewel intussen ook pilootprojecten met eerstelijnspsychologen succesvol bleken en verdergezet worden (Vandeurzen, 2014).

Omdat de regeling tot erkenning van de psycholoog nog in volle gang is en het dossier van de psychotherapeut daar onlosmakelijk mee verbonden is, heb ik mij gebaseerd op de tot nu toe gekende wetteksten en wetsvoorstellen zoals ter beschikking op de website van de Belgische Federatie voor Psychologen (<http://www.bfp-fpb.be>). Vanuit mijn ervaring en

contacten met collega-psychotherapeuten in binnen- en buitenland, ben ik er van overtuigd dat de focus meer dient te liggen op de kwaliteit van de psychotherapie-opleidingen dan op de vooropleiding van een (toekomstig) psychotherapeut. Naast masters in de psychologie/orthopedagogie en psychiaters met een bijkomende erkende psychotherapie-opleiding, zijn er ook heel wat ervaren maatschappelijk assistenten, criminologen en anderen met een menswetenschappelijke vooropleiding, die daarna een erkende psychotherapie-opleiding volgden en nu ook kwaliteitsvolle psychotherapeuten zijn.

In deze masterproef omvat de term ‘psychotherapeut’ dan ook die hulpverleners die een menswetenschappelijke vooropleiding genoten en bijkomend een psychotherapie-opleiding volgden binnen één van vier psychotherapeutische stromingen die erkend zijn door de Hoge Gezondheidsraad (FOD Volksgezondheid, 2005): psychoanalytische en psychodynamische therapie, cognitieve en gedragstherapeutische psychotherapie, systeem- en familietherapie en cliëntgerichte-experiëntiële psychotherapie. Deze wetenschappelijk onderbouwde vormen van psychotherapie omvatten slechts een deel van het psychotherapeutisch aanbod in België, aangezien de titel van psychotherapeut niet beschermd is en er (nog) geen officiële erkenning is van het beroep van psychotherapeut.

2. Prevalentie

De prevalentie van psychische problemen is reeds vaak onderzocht. Het is echter moeilijk om de gegevens onderling te vergelijken omdat de term ‘psychische stoornissen’ verschillende klinische condities omvat (gaande van mild tot zeer ernstig) en in onderzoek niet altijd alle mentale stoornissen onderzocht worden. Bovendien komen mentale stoornissen vaak samen voor, wat kan leiden tot dubbele tellingen en wordt er vaak gebruik gemaakt van verschillende instrumenten en methodologieën. Tenslotte is er ook een grote diversiteit tussen landen of regio’s wat betreft de cultuur, de sociodemografische en socio-economische kenmerken en de structuur, organisatie en financiering van de (geestelijke) gezondheidszorg (Wittchen & Jacobi, 2005).

Verschillende internationale studies geven aan dat naar schatting elk jaar 27% van de

bevolking te maken krijgt met minstens één psychische stoornis (Kessler et al., 2007; Kessler et al., 2009; Wittchen & Jacobi, 2005). De recentste studie van Wittchen en collega's (2011) suggereert zelfs 38,2% . De lifetime prevalentie van mentale stoornissen varieert (afhankelijk van land of regio) tussen 18% en 36% (Bijl et al., 2003; Kessler et al., 2007; Kessler et al., 2009).

De meest voorkomende mentale stoornissen zijn angststoornissen en stemmingsstoornissen (Steel et al., 2014; Wittchen et al., 2011). Wereldwijd wordt de lifetime prevalentie van angststoornissen geschat op ca. 12,9%. (Steel et al., 2014; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011). Jaarlijks krijgt ongeveer 1 op 15 personen een angststoornis (Steel et al., 2014). Voor stemmingsstoornissen, waaronder depressie, is de lifetime prevalentie 9,6% en de 12-maanden prevalentie ca. 5% (Steel et al., 2014; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen, et al., 2011).

In België rapporteerde 29%, dat is bijna één op drie, ooit in hun leven minstens één psychische stoornis te hebben meegemaakt. Eén op tien had een mentale stoornis het voorbije jaar (Bruffaerts et al., 2004; Kessler et al., 2007; Kessler et al., 2009). De lifetime prevalentie van angststoornissen in België is ca. 13%, de 12-maandenprevalentie 6%. Bijna 15% van de Belgen kreeg in zijn leven te maken met een stemmingsstoornis. Jaarlijks is dit zo'n 5% (Kessler et al., 2007). De resultaten van de gezondheidsenquête, in 2013 uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid bij een steekproef van de Belgische bevolking van 15 jaar of ouder, bevestigen deze cijfers (Gisle, 2014). Als we de cijfers van België vergelijken met andere landen, liggen de prevalentiecijfers voor angststoornissen in dezelfde lijn, maar liggen ze iets hoger voor stemmingsstoornissen.

Behalve bovenstaande meest voorkomende psychische stoornissen komen ook relatieproblemen, ontevredenheid in de relatie of relationele conflicten vaak voor in de Westerse landen. Ongeveer 40 à 50% van de huwelijken eindigt in een echtscheiding (Carr, 2009; Lebow et al., 2012). Relatieproblemen zijn bovendien vaak geassocieerd met angststoornissen en depressie (Whisman & Uebelacker, 2006 in Lebow et al., 2012).

3. Persoonlijke en economische impact van psychische problemen

3.1. Ziekte­last

In tegenstelling tot vroeger waar de focus lag op het aantal doden als gevolg van een ziekte of aandoening, wordt nu meer gekeken naar de ziekte­last (Murray & Lopez, 1996).

Psychische stoornissen leiden slechts in een beperkt aantal gevallen tot de dood, maar hebben wel een grote impact op het functioneren van een individu en gaan vaak gepaard met pijn, psychosociale problemen en moeilijkheden op sociaal vlak of in het dagelijks functioneren. Deze ziekte­last kan gemeten worden in Disability Adjusted Life Years ('DALY'). DALY's zijn de som van twee andere maten: de jaren die iemand verliest als gevolg van vroegtijdige sterfte (Years of Life Lost, YLL) en de jaren die iemand leeft met een beperking (Years Lived with a Disability, YLD). Eén DALY staat voor het verlies van één gezond levensjaar als gevolg van sterfte, ziekte of beperking (Murray & Lopez, 1996; Murray et al., 2012; World Health Organization, 2008 in Wittchen et al., 2011). Volgens overzichts­studies (Murray et al., 2012; Whiteford et al., 2013) waren in 2010 psychische stoornissen verantwoordelijk voor 7,4% van alle DALY's in de wereld. Dat is ca. 184 miljoen DALY's, waarvan 40,5% als gevolg van stemmingsstoornissen en 14,6% als gevolg van angststoornissen.

Sommige studies over de ziekte­last van psychische stoornissen, presenteren hun data in termen van YLD's, omdat sterftes zelden toegewezen worden aan onderliggende psychische problemen en studies naar interventies en behandeling van psychische problemen nooit de mortaliteit meenemen als resultaat (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004). YLD's omvatten 95% van de totale verloren DALY's als gevolg van psychische stoornissen (Mathers et al., 1999 in Andrews et al., 2004).

3.2. Ziekte­kost

Naast de gevolgen voor de persoon zelf, hebben psychische stoornissen ook een grote economische en maatschappelijke impact. Psychische stoornissen (meerbepaald: stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, angststoornissen, middelenmisbruik, mentale retardatie, persoonlijkheidsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, somatoforme stoornissen en eetstoornissen) zorgden in 2010 voor € 461 miljard kosten in Europa. Dat is 58% van alle kosten in verband met hersenstoornissen (Gustavson et al., 2011). Volgens de

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2013) ligt de totale kost van geestelijke gezondheidsproblemen voor de Belgische economie en maatschappij jaarlijks rond 3,4% van het BBP, of € 13 miljard. In 2010 zorgden stemmingsstoornissen voor ca. € 2,7 miljard kosten in België. Angststoornissen waren goed voor ca. € 1,8 miljard (Gustavson et al., 2011).

Deze ziektekost omvat alle kosten, zowel voor het individu, als voor de werkgever en voor de maatschappij. Ze worden vaak opgedeeld in directe medische kosten, directe niet-medische kosten en indirecte kosten. Directe medische kosten zijn alle kosten in verband met preventie, diagnose, behandeling en herstel van de ziekte of stoornis, zoals een bezoek aan de huisarts, medicatie en een ziekenhuisopname. Dit zijn kosten die betaald worden door de overheid, de ziekteverzekering en/of de patiënt. Directe niet-medische kosten zijn alle andere kosten die te maken hebben met de ziekte of de stoornis, zoals vervoer naar de arts, de apotheek of het ziekenhuis, de tijd die familieleden of mantelzorgers besteden aan zorg, aanpassingen aan de accommodatie, enzovoort. Indirecte kosten hebben te maken met verminderde productiviteit, afwezigheid op het werk of vervroegd pensioen na ziekte (Gustavson et al., 2011). Bijna de helft van de totale kosten van psychische stoornissen zijn indirecte kosten (Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen & Olesen, 2005; Gustavson et al., 2011). Zo is een derde van alle afwezigheden op het werk in verband met chronische of terugkerende gezondheidsproblemen in de Verenigde Staten toe te schrijven aan mentale stoornissen (Merikangas et al., 2007). Wereldwijd zijn psychische problemen verantwoordelijk voor 16,5% van het aantal dagen per jaar dat een werknemer niet kon werken (Alonso et al., 2011). Werkverzuim omwille van stemmings- of angststoornissen is bovendien vaak langdurig en de kans op herval is vrij hoog (Knudsen, Harvey, Mykletun & Øverland, 2013; Koopmans et al., 2011).

In België is 27% van het langdurig ziekteverzuim te wijten aan een psychische oorzaak. Vier op vijf werknemers met een psychische stoornis functioneert minder op het werk en ziekteverzuim komt bij deze groep twee tot drie keer meer voor dan bij mensen zonder psychische problemen (OECD, 2013).

Het valt niet te ontkennen dat psychische problemen zorgen voor een hoge ziektelast. Ook

de ziektekost, zowel voor de persoon zelf, als voor de werkgever en meer uitgebreid de hele maatschappij, is hoog.

4. Behandeling van psychische problemen

4.1. Medicatie

Verschillende meta-analyses bevestigden de effectiviteit van medicatie bij de behandeling van depressie (Wolff, Hölzel, Westphal, Härter & Kriston, 2012) en angststoornissen (Eddy, Dutra, Bradley & Westen, 2004). Andere studies stelden het gebruik van antidepressiva echter in vraag bij mildere vormen van depressie (Kirsch et al., 2008). Uit de nationale gezondheidsenquête, afgenomen in 2013, blijkt het gebruik van psychotrope geneesmiddelen (slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen, antidepressiva) in België sterk gestegen te zijn tussen 1997 (10%) en 2004 (15%). Het laatste decennium blijven de cijfers echter stabiel (15 – 16 %). Een lichte stijging kan toegeschreven worden aan de verouderende bevolking. Op het moment van de nationale gezondheidsenquête in 2013 had 16% van de Belgen van 15 jaar en ouder één of meerdere voorgeschreven psychotrope geneesmiddelen genomen in de twee weken die voorafgingen aan het interview. Slaap- en kalmeringsmiddelen (13%) werden vaker gebruikt dan antidepressiva (8%). In totaal neemt vijf procent van de bevolking deze twee soorten van geneesmiddelen samen (Gisle, 2014).

4.2. Psychotherapie

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het behandelen van psychische stoornissen met psychotherapie en/of medicatie efficiënt en kosteneffectief is. Psychotherapie, al dan niet in combinatie met medicatie, zorgt voor meer verbetering dan enkel medicatie. Bij langdurige therapieën zorgt psychotherapie ook voor een hogere therapietrouw en personen die behandeld werden met een combinatie van medicatie en psychotherapie hadden een kleiner risico op herval (Oestergaard & Møldrup, 2011; Pampallona et al., 2004).

Psychotherapie is de meest voorkomende niet-farmaceutische behandeling als aanvulling op medicatie bij depressie. De bedoeling van psychotherapie is self-efficacy te verhogen,

het sociaal functioneren van cliënten en de levenskwaliteit te verbeteren en herval te verminderen of te voorkomen (Pampallona et al., 2004). Verschillende recente studies bevestigen de effectiviteit van psychotherapie bij depressieve personen (Cuijpers, 2015; Linde et al., 2015).

Antidepressiva en kortdurende psychotherapie blijken zelfs even effectief in het behandelen van depressie (Cuijpers et al., 2013; Hollon et al., 2005; Schulberg, Katon, Simon & Rush, 1998; Ward et al., 2000). Omdat het moeilijk te voorspellen is welke behandeling de beste is voor welke patiënt lijkt het best om de keuze tussen deze behandelingen te laten afhangen van de voorkeur van de patiënt (Schulberg et al., 1998).

Ook in de behandeling van angststoornissen zijn zowel medicatie als psychotherapie effectief (Leichsenring et al., 2009; Mitte, 2005). Voor de obsessief-compulsieve stoornis blijkt psychotherapie zelfs effectiever dan medicatie (Carr, 2009; Cuijpers et al., 2013).

Bij koppels met relatieproblemen tenslotte is psychotherapie ook een effectieve behandeling. Zo'n 70% van de koppels in relatietherapie vertonen positieve veranderingen (Lebow et al., 2012). Het behandelen van relatieproblemen kan zelfs gezien worden als preventief voor latere gezondheidsproblemen, die bijvoorbeeld ontstaan als gevolg van een echtscheiding (Caldwell et al., 2007 in Carr, 2009).

4.3. Andere behandelingen

Naast medicatie en psychotherapie worden psychische problemen ook opgevangen door zorg in een dagziekenhuis, crisisteams en sociale steun. Er bestaan ook programma's om de fysieke activiteit te stimuleren en begeleide zelfhulpgroepen (National Collaborating Center for Mental Health, 2010).

4.4. Treatment gap

Ondanks het grote aantal mensen met psychische problemen, de bijhorende sociale en maatschappelijke kosten en het feit dat psychotherapie een effectieve manier is voor het behandelen van deze problemen, vinden weinig mensen de weg naar een psychotherapeut

(Kessler et al., 2009; Kohn et al., 2004; Wang et al., 2007; Whiteford et al., 2013). Slechts één op vier van de personen met een psychische stoornis in Europa nam in het voorbije jaar contact op met een professionele hulpverlener (Alonso et al., 2004; Wittchen et al., 2011). Nog niet de helft van de ondervraagde Belgen met een psychische stoornis nam in hun leven contact op met een hulpverlener (Kovess-Masfety et al., 2007).

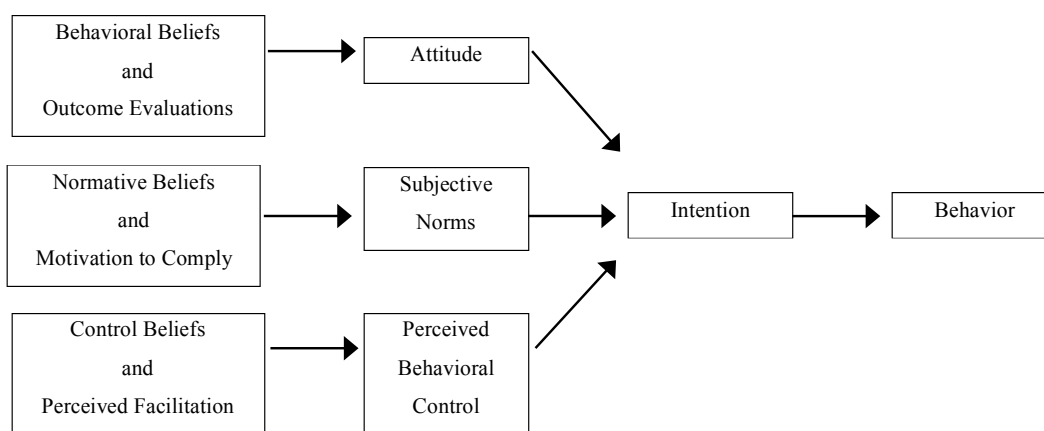
Studies rapporteren herhaaldelijk dat de meerderheid van mensen met psychische problemen zoals een depressie of een angststoornis, psychotherapie verkiezen boven medicatie (Alvidres & Azocar, 1998; Churchill, et al., 2000; van Schaik et al., 2004). Toch gaat slechts 20% naar een psychotherapeut en ongeveer de helft stopt hun behandeling voor het einde (Andrews et al., 2001; Brody et al., 1997; Weddingtong 1983 in Mohr et al., 2006).

Er is met andere woorden een groot verschil tussen de nood aan psychotherapie en het effectief gebruiken van psychotherapie. Deze treatment gap suggereert dat mensen vaak nog één of meer drempels ervaren om hulp te zoeken bij een psychotherapeut (Hollon et al., 2002; Mohr et al., 2010; Wells et al., 2002). Daarom is het belangrijk om een beter zicht te hebben op de verschillende factoren die een rol spelen in de beslissing om professionele hulp te zoeken.

5. Theoretisch kader

Een theoretisch model over hulpzoekgedrag kan richting geven aan het onderzoek en de veelheid aan barrières en faciliterende factoren structureren. Er bestaan verschillende theorieën en modellen die het zoeken van hulp bij mentale problemen in kaart brengen, maar tot op vandaag bestaat er geen universeel aanvaard model. Rickwood en Thomas (2012) onderzochten hoe hulp-zoeken in de literatuur geconceptualiseerd en gemeten werd. Uit hun literatuurstudie bleek dat 81% van de onderzochte studies beschrijvend was en geen conceptueel model toepaste. Het meest gebruikte model was de Theory of Planned Behavior/Reasoned Action van Azjen (1985, 1991), maar ook dit model werd slechts in 4% van de door hen onderzochte studies gehanteerd. Dit model veronderstelt dat intentie de beste voorspeller van gedrag is en gaat er vanuit dat er drie cognitieve componenten zijn die aan de basis liggen van deze intentie: attitude ten opzichte van het gedrag, subjectieve

norm en de waargenomen controle over het gedrag. Volgens de Theory of Planned Behavior (Figuur 1) zullen mensen sneller een bepaald gedrag stellen als ze een positieve attitude hebben ten opzichte van het gedrag, als ze geloven dat belangrijke mensen in hun omgeving het gedrag zouden waarderen en als ze het gevoel hebben dat ze voldoende bronnen en mogelijkheden hebben om het gedrag uit te voeren (Ajzen, 1985,1991; Mo & Mak, 2009).

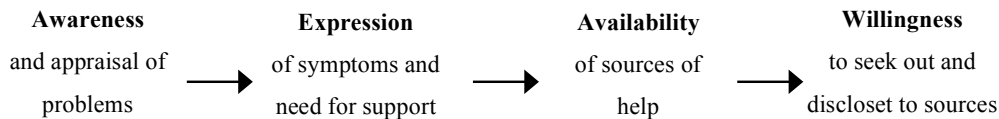


Figuur 1: Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991)

Dit is een heel bruikbaar model voor gedragsverandering, zoals het starten met diëten of sporten of het stoppen met roken omdat men zowel kijkt naar de consequenties van doorgaan met het huidige gedrag als de consequenties van het alternatieve gedrag. Hulp zoeken voor mentale problemen is echter complexer dan starten met sporten. Het is geen eenvoudig proces en er zijn heel wat factoren die het omzetten van een intentie naar een gedrag kunnen beïnvloeden. Dit model lijkt daarom minder bruikbaar voor geestelijke gezondheidszorg (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

De complexiteit van hulpzoekgedrag bij mentale problemen wordt bevestigd door het onderzoek van Rickwood et al. (2005). Zij zien hulp zoeken voor mentale problemen als een sociale transactie tussen het persoonlijke van het individu (gedachten en gevoelens) en het interpersoonlijke domein van sociale relaties en interacties met elkaar. Hulp zoeken is een proces waarbij men actief zoekt en gebruik maakt van sociale relaties om te helpen met

persoonlijke problemen. Zij focusten op het microniveau: persoonlijke en interpersoonlijke factoren en ontwikkelden een model van hulpzoekgedrag waarbij het zoeken van professionele hulp gezien wordt als een proces in meerdere fases (Figuur 2).



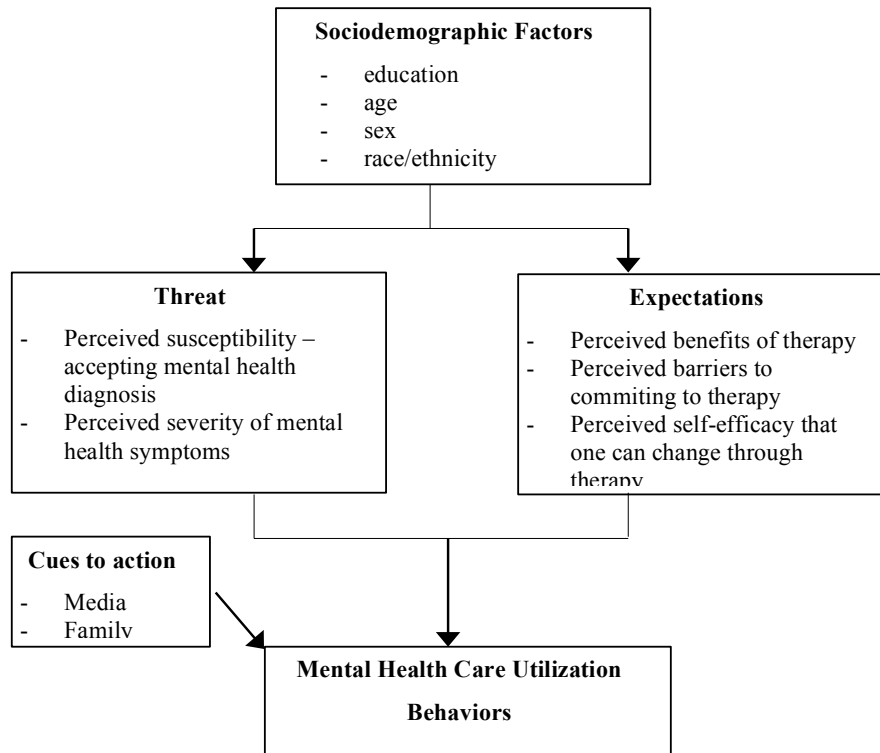
Figuur 2: Theory of Helpseeking (Rickwood et al., 2005)

Het proces begint met het bewust worden van symptomen en het erkennen dat men een probleem heeft waarvoor misschien hulp nodig is (*awareness*). Dit bewust worden en het erkennen van het probleem moet dan kunnen geuit worden en begrepen door anderen (*expression*). Hulpbronnen of mogelijke behandelingen moeten dan beschikbaar en toegankelijk zijn. Tenslotte moet de hulpzoeker bereid zijn zich open te stellen en zijn gevoelens en problemen te uiten tegenover de hulpbron. Het model van Rickwood et al. (2005) is positief geformuleerd en is dan ook heel bruikbaar om de invloed van faciliterende factoren in kaart te brengen. Bovendien houdt dit model rekening met het de bevinding van Wills en DePaulo (1991) dat mensen wellicht eerst hulp zoeken bij informele bronnen zoals familie of vrienden (*expression*) en pas daarna bij beschikbare formele bronnen, zoals een huisarts of een psychotherapeut.

Hulp zoeken is dus geen eenvoudig proces waarbij iemand psychologische stress ervaart en meteen hulp zoekt. Hoewel de ervaring of *awareness* een goed startpunt is, zijn ook andere factoren van belang, waaronder het besef of het aanvaarden dat het nodig is om hulp te zoeken, de wil om hulp te zoeken en sociale steun om dit hulpzoekgedrag te stimuleren, toegankelijkheid van dienstverlening en de keuze van de hulpbron (Rickwood, Deane & Wilson, 2007). Barrières en faciliterende factoren zijn dynamisch en kunnen qua intensiteit verschillen afhankelijk van de fase van het beslissingsproces waarin de cliënt zich bevindt (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Kushner & Sher, 1989). Dit sluit ook aan bij het onderscheid tussen de intentie tot hulp zoeken en het uiteindelijke hulpzoekgedrag. De impact van sommige factoren op de intentie tot hulp zoeken verschilt van de impact op het

hulpzoekgedrag (Nagai, 2015).

Een ander theoretisch model dat vaak gebruikt wordt om hulpzoekgedrag te voorspellen is het Health Belief Model. Dit sociocognitieve model werd ontwikkeld door Rosenstock (1966; 1974 in Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) en aangepast voor de geestelijke gezondheidszorg door Henshaw en Freedman-Doan (2009). Volgens dit model (Figuur 3) zullen mensen sneller gezondheidsgerelateerd gedrag stellen als ze geloven dat er een ernstige dreiging is voor hun geestelijk en fysiek welzijn, dat psychotherapie een positief effect zal hebben en dat er geen negatieve gevolgen aan verbonden zijn.



Figuur 3: Conceptualizing mental health care utilization using the Health Belief Model, adapted from Rosenstock et al. (1990) (Henshaw & Freedman-Doan, 2009)

Eén van de belangrijkste kritieken op het Health Belief Model is het feit dat er geen uitspraak kan gedaan worden over hulpzoekgedrag op lange termijn (Henshaw &

Freedman-Doan, 2009). Om te onderzoeken welke factoren het maken van een afspraak bij een psychotherapeut faciliteren of inhiberen is dit echter een zeer bruikbaar model.

5.1. Demografische factoren

Meerdere onderzoeken bevestigen dat er naast praktische en emotionele barrières of ondersteunende factoren, ook demografische verschillen zijn bij het zoeken van psychotherapeutische hulp.

Geslacht

Uit de literatuur blijkt dat vrouwen een positievere attitude hebben tegenover het zoeken van professionele hulp (Kakhnovets, 2011; Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006; Möller-Leimkuhler, 2002) en eerder geneigd zijn om psychologische hulp te zoeken dan mannen (Andrews et al., 2001; Deane & Todd, 1996 in Cusack, Deane, Coralie, Wilson & Ciarrochi, 2004; Rickwood & Braithwaite, 1994; Topkaya, 2015). Redenen hiervoor hebben te maken met het traditionele rolpatroon en de nadruk op onafhankelijkheid (Addis & Mahalik, 2003; Riska & Ettore, 1999 in Vogel, Wester & Larson, 2010) en het stigma dat rond psychotherapie hangt (Margin, Wrisberg, Beitel & Lounsbury, 1997 en Timlin-Scalera, Ponterrotto, Blumberg & Jackson, 2003 in Vogel et al., 2010).

Leeftijd

Over de invloed van leeftijd op hulpzoekgedrag is de literatuur niet eenduidig. In een studie van Wilson en Deane (2001) hadden de meeste adolescenten een positieve houding tegenover het zoeken van hulp bij psychische problemen.

In tegenstelling tot onderzoek aangehaald in Vogel et al. (2010), bleek uit de studie van Mackenzie et al. (2006) dat ouderen een positievere houding vertoonden tegenover hulpzoekgedrag dan jongeren, maar ze waren eerder geneigd naar hun huisarts te stappen dan naar een psychotherapeut. Oliver, Pearson, Coe en Gunnel (2005) vonden in hun onderzoek dat op middelbare leeftijd (50-65 jaar) bijna tweemaal zo snel hulp gezocht wordt dan op jongere leeftijd (18-25 jaar). Adolescenten zijn dan wel minder snel geneigd om professionele hulp zoeken bij psychische problemen. Ze zoeken wel sneller informele

hulp bij vrienden of familie (Deane, Wilson & Ciarrochi, 2001; Wilson, Deane & Ciarrochi, 2005).

Onderzoek van Choi, DiNitto en Marti (2014) daarentegen vond weinig verschil in het gebruik en de waargenomen nood van therapie bij middelenmisbruik en mentale problemen bij de groep op middelbare leeftijd en de jongere leeftijdsgroepen. Zij vonden bovendien dat 65-plussers minder gebruik maakten van behandeling en er minder nood aan hadden dan jongeren. Dit lijkt samen te hangen met het (h)erkennen van de ernst van de symptomen (Hasin & Link, 1988 in Vogel et al., 2010; Choi et al., 2014).

Burgerlijke status en studieniveau

Uit onderzoek blijkt dat het hebben van een (intieme) relatie een positieve invloed heeft op het zoeken van professionele hulp (Tudiver & Talbot, 1999 in Rickwood et al., 2005), ook bij mannen (Cusack et al., 2004). Ook een hoger opleidingsniveau blijkt een predictor voor hulpzoekgedrag (Blumenthal & Endicott, 1997).

5.2. Barrières

Meestal focust onderzoek zich op de drempels of barrières die mensen ervaren in het zoeken naar psychotherapeutische hulp. Er worden meestal drie grote categorieën onderscheiden: 1) structurele barrières, zoals de kostprijs, de bereikbaarheid/locatie en de beschikbaarheid of toegankelijkheid; 2) kennisgerelateerde barrières zoals het niet herkennen van symptomen en niet weten waar hulp te kunnen vinden; en 3) *attitudinal* of emotionele barrières zoals: stigma, angst of schaamte en de ideeën die men heeft over het zelf oplossen van problemen (Mackenzie, Erickson, Deane & Wright, 2014; Thompson, Hunt & Issidakis, 2004).

Structurele barrières

Onderzoek van Wells, Robins, Bushnell, Jarosz en Oakley-Browne (1994) bevestigt de invloed van structurele barrières zoals kosten van de behandeling, de reisafstand en de openingstijden op het al dan niet inschakelen van psychotherapeutische hulpverlening. Net zoals het onderzoek van Mohr et al. (2006) waar 68,3% van de depressieve patiënten in hun

onderzoek aangaf structurele barrières te ervaren. De emotionele barrières bleken slechts voor 19,2 % van de depressieve patiënten van invloed. Deze onderzoeken suggereren dat de meeste barrières structureel zijn en te maken hebben met de toegankelijkheid, tijdsintensiteit en kostprijs.

Anderzijds zijn er ook studies die de impact van structurele barrières minimaliseren (Handley et al., 2014; Sareen et al., 2007; Thompson et al., 2004). Een mogelijke verklaring hiervoor kan te maken hebben met het onderwerp van de studies. Meestal worden niet-klinische populaties (bijvoorbeeld studenten) bevraagd naar de mate waarin ze hulp zouden zoeken als ze met psychische problemen zouden te maken krijgen. Deze hypothetische vraagstelling lijkt eerder de intentie te meten, in tegenstelling tot het onderzoek van Mohr et al. (2006), waarbij aan depressieve patiënten gevraagd werd welke drempels zij ervaren bij het zoeken van hulp. Hierbij gaat het niet over de intentie om hulp te zoeken, maar om het effectieve zoeken van psychotherapeutische hulp. Ook Gulliver et al. (2012) stelden dat toekomstig onderzoek zich best richt op individuen die reeds symptomen ervaren, aangezien zij een hogere nood ervaren en van daaruit wellicht sneller op zoek zullen gaan naar hulp.

Eigen ervaring bevestigt dat het gemakkelijker is om aan te geven dat je hulp zou zoeken bij een psychotherapeut in geval van psychische problemen, dan het effectief zetten van de stap naar een psychotherapeut bij het ervaren en (h)erkennen van symptomen.

Kennisgerelateerde barrières

Kennisgerelateerde barrières verwijzen naar drempels die mensen ervaren door een gebrek aan kennis over geestelijke gezondheid en de mogelijkheden qua dienstverlening. Niet weten waar hulp te zoeken voor psychische problemen is geassocieerd met langer wachten om hulp te zoeken voor stemmings- of angststoornissen (Christiana et al., 2000). In België gaven drie op de tien personen met een depressie aan dat ze professionele hulp uitstelden omdat ze niet wisten waar ze terecht konden (Bruffaerts et al., 2008). Toch blijkt dat interventies om deze kennis te verhogen wel effect hebben op bepaalde factoren, maar weinig effect hebben op de algemene hulpzoekgedrag (Gulliver et al., 2012; Fox, Blank, Rovnyak & Barnett, 2001). Mogelijk spelen structurele en/of emotionele barrières een

grotere rol.

Bovendien blijkt dat in de literatuur de kennisgerelateerde barrières vaak samengevoegd worden met de emotionele barrières. Bijvoorbeeld in het onderzoek van Thompson et al. (2004) wordt 'ik dacht dat niets me kon helpen' als kennisgerelateerde barrière gezien, terwijl ideeën over de effectiviteit van de behandeling in de meeste studies bij emotionele barrières geplaatst worden. In de Perceived Barriers for Psychotherapeutic Therapy - schaal (PBPT, Mohr, Hart et al., 2006; Mohr, Ho et al., 2010) omvat de factor 'toegankelijkheid van dienstverlening', die eerder structureel is, ook het item 'het niet weten hoe of waar men een psychotherapeut kan vinden', wat eerder een kennisgerelateerd item is.

Emotionele barrières

Emotionele barrières zijn die drempels die te maken hebben met de houding tegenover mentale problemen en geestelijke gezondheidszorg. De meest voorkomende emotionele barrières voor het zoeken van psychologische hulp zijn volgens de meta-analyse van Mackenzie en collega's (2014): het zelf willen oplossen van problemen, denken dat het probleem vanzelf weer zal verdwijnen, twijfels over de voordelen van het hulp zoeken en bezorgdheden over het stigma dat geassocieerd wordt met psychische problemen en psychologische hulpverlening. In België waren de meest voorkomende redenen waarom personen met een depressie het zoeken van hulp uitstellen: het idee dat de depressie wel vanzelf zou overgaan (74%) en het idee dat men het probleem liever zelf zou oplossen (59%) (Bruffaerts et al., 2008).

Gulliver et al. (2010) distilleerden in hun literatuuronderzoek de meest voorkomende barrières voor hulp zoeken bij psychische problemen uit een selectie van kwalitatieve en kwantitatieve studies. Zij weerhielden stigma (openbaar of ervaren) of zelf-stigmatiserende houding, vertrouwelijkheid en vertrouwen, moeite met het herkennen van symptomen, gebrekkige toegankelijkheid (tijd, transport, kostprijs), liever vertrouwen op zichzelf dan externe hulp zoeken, bezorgdheden over de kenmerken van de hulpverlener (leeftijd, betrouwbaarheid, vaardigheid om te helpen), weinig kennis over diensten voor geestelijke

gezondheidszorg, en angst of stress in verband met het hulp zoeken zelf. De meeste van deze barrières zijn emotionele barrières, met uitzondering van ‘moeite met herkennen van symptomen’, ‘weinig kennis over diensten voor geestelijke gezondheidszorg’ (kennisgerelateerd) en ‘gebrekkige toegankelijkheid’ (structureel). In de literatuur wordt dan ook vooral aandacht besteed aan de emotionele barrières. De structurele en de kennisgerelateerde barrières komen veel minder aan bod. Zes van de zeven factoren die Vogel, Wester en Larson (2007) in hun onderzoek onderscheiden zijn emotionele barrières: sociaal stigma, angst voor behandeling, angst voor emoties, zelfonthulling, sociale normen en zelfvertrouwen. Daarnaast benoemen zij ook de factor ‘verwacht gebruik en risico’s’, wat eerder een kennisgerelateerde barrière is. Een aantal van de factoren die Vogel et al. (2007) benoemen, komen ook terug in de PBPT (Mohr, Hart et al., 2006; Mohr, Ho et al., 2010). Deze schaal omvat een combinatie van emotionele barrières: stigma, gebrek aan motivatie, emotionele bezorgdheden, negatieve evaluatie van therapie, misfit van therapie en noden; en structurele barrières: tijdsbeperkingen, deelnamebeperkingen, toegankelijkheid van diensten en de kostprijs van psychotherapie. Op itemniveau blijkt toegankelijkheid van diensten ook een kennisgerelateerde barrière te bevatten: het niet weten hoe men een psychotherapeut kan vinden.

5.3. Ondersteunende factoren

De literatuur naar faciliterende factoren is schaars (Gulliver et al., 2010; O’Connor, Martin, Weeks & Ong, 2014). Faciliterende factoren bevorderen het zoeken van professionele hulp. Ze helpen de nood identificeren, de nood te vertalen naar een hulpzoekende intentie en deze intentie te vertalen naar gedrag. Bovendien blijkt uit onderzoek van O’Connor en collega’s (2014) dat barrières minder relevant worden als de voordelen van hulpzoekgedrag als hoog ervaren worden.

Rickwood et al. (2005) onderscheiden drie groepen faciliterende factoren: 1) emotionele competentie, 2) positieve houding, voorbije ervaringen en *mental health literacy*, en 3) sociale invloeden. Uit de literatuurstudie van Gulliver et al. (2010) bleek geen kwantitatief onderzoek te bestaan dat ondersteunende factoren onderzocht. Ze haalden wel een aantal ondersteunende factoren uit de kwalitatieve studies, met als meest voorkomende: het

hebben van een eerdere positieve ervaring met psychotherapeutische hulpverlening.

Meerdere van de barrières en faciliterende factoren vertonen een overlap en een aantal van de faciliterende factoren bevinden zich aan de andere kant van een continuüm tegenover de barrières. In wat volgt worden op basis van de theoretische modellen en de eerder genoemde categorieën bij barrières een overzicht gegeven van de belangrijkste mogelijke faciliterende factoren bij het zoeken van psychotherapeutische hulp.

Emotionele competentie

Emotionele competentie is de mate waarin mensen gevoelens kunnen identificeren en beschrijven, de mogelijkheid om gevoelens te begrijpen en hoe men op een effectieve en niet-defensieve manier kan omgaan met gevoelens (Mayer, Carso & Salovey, 1999 in Rickwood et al., 2005). Het willen zoeken van professionele hulp en zich comfortabel voelen bij het praten over persoonlijke problemen tegen een professionele hulpverlener hangt positief samen met toekomstig hulpzoekgedrag (Mojtabai, Evans-Lacko, Schomerus, & Thornicroft, 2016). Ander onderzoek bevestigt dat mensen met een mindere emotionele competentie minder snel geneigd waren om hulp te zoeken, zowel bij informele hulpbronnen zoals familie als vrienden (Ciarrochi, Wilson, Deane & Rickwood, 2003; Deane et al., 2001; Rickwood et al., 2005) als bij formele hulpbronnen zoals een professionele hulpverlener (Ciarrochi et al., 2003; Cusack et al., 2004; Rickwood et al., 2005).

Het hebben van een hogere mate van emotionele competentie is dus een ondersteunende factor voor het zoeken van psychotherapeutische hulp (Rickwood et al., 2005).

Positieve houding tegenover psychotherapie

Mensen die minder geneigd zijn om private informatie over zichzelf te delen, zich daar niet comfortabel bij voelen en geen voordeel zien in deze zelfonthulling, hebben een minder positieve houding tegenover psychotherapie (Vogel & Wester, 2003). Of anders gezegd, mensen die bereid zijn om over hun problemen te praten, schakelen sneller psychotherapeutische hulp in (Rickwood & Braithwaite, 1994; Vogel, Wester, Wei &

Boysen, 2005). Negatieve attitudes zoals het idee hebben dat het zoeken van psychotherapeutische hulp een teken is van zwakte (Chew-Graham, Rogers & Yassin, 2003) of het idee hebben dat je zelf in staat moet zijn om je problemen op te lossen (Gulliver et al., 2010; Rickwood et al., 2005; Wells et al., 1994; Wilson & Deane, 2001), hangen samen met een mindere intentie tot het zoeken van psychotherapeutische hulp. De houding tegenover professionele hulp bij mentale problemen hangt sterk samen met het al dan niet ervaren van een stigma of taboe rond psychische problemen en met het hebben van eerdere positieve ervaringen met psychotherapie (Rickwood et al., 2005;). Recent onderzoek wijst uit dat de houding tegenover geestelijke gezondheidszorg de laatste jaren wel positiever geworden is, vooral bij jongeren (Mojtabai et al., 2016).

Afwezigheid van stigma/taboe

Mensen die aangeven (meer) stigma te ervaren, hebben een significant lagere intentie om hulp te zoeken bij een psychotherapeut (Corrigan, 2004; Vogel, Wade & Haake, 2006). Jongeren gaven aan dat het voor hen belangrijk was om op een discrete manier en in vertrouwen naar een professionele hulpverlener te kunnen stappen uit angst voor het stigma dat op psychische problemen rust (Chew-Graham et al., 2003; Wilson & Deane, 2001). Dit vertrouwensaspect verklaart waarom mensen soms wel hulp zoeken bij familie of vrienden, maar een drempel lijken te ervaren om contact te nemen met een psychotherapeut. Corrigan (2004) maakt bovendien een onderscheid tussen publiek stigma en zelf-stigma. Publiek stigma is de mate waarin een groep kijkt naar een gestigmatiseerde groep en het vooroordeel over die groep bevordert. Zelf-stigma is hoe een gestigmatiseerde groep naar zichzelf kijkt en zichzelf beoordeelt. Mogelijks is er ook een interactie tussen beide vormen van stigma (Corrigan, 2004). Onderzoek van Vogel, Wade en Hackler (2007) bevestigt dat publiek stigma leidt tot negatief internaliseren van het stigma (zelf-stigma) en dat dit zelf-stigma, meer nog dan het publieke stigma een grote rol speelt in de negatieve houding tegenover psychotherapie.

Sociale invloed

Met sociale invloed wordt verwezen naar de mate waarin mensen door hun omgeving

gesteund en/of geduwd worden in de richting van psychotherapeutische hulpverlening. Rickwood & Braithwaite (1994) stelden dat het hebben van een steunende sociale omgeving een positief effect heeft op hulpzoekgedrag binnen psychotherapie. Volgens Bayer & Peay (1997 in Vogel, Wade, Wester, Larson & Hackler, 2007) speelde ook de verwachting dat belangrijke anderen de stap naar een psychotherapeut zouden goedkeuren een rol bij het psychotherapeutisch hulp zoeken. Onderzoek van Cusack et al. (2004) bevestigt dat de meerderheid beïnvloed wordt door meerdere bronnen, waaronder intieme partners, huisartsen of andere artsen, ouders of andere familieleden en vrienden.

Eerdere positieve ervaringen met psychotherapie

Een positieve houding tegenover psychotherapie hangt ook samen met eerder positieve ervaringen met psychotherapeutische hulpverlening. Uit onderzoek blijkt dat eerdere ervaringen met psychotherapie positief gecorreleerd zijn met toekomstig hulpzoekgedrag (Blumenthal & Endicott, 1996; Deane & Todd, 1996 in Cusack et al., 2004; Kakhnovets, 2011). Positieve ervaringen met psychotherapie in het verleden zijn faciliterend voor het zoeken van professionele hulp. Deze positieve ervaringen kunnen van zichzelf zijn of van mensen uit de omgeving (Rickwood et al., 2005). Eerdere positieve ervaringen met hulpverlening kunnen ook een positieve invloed hebben op de kennis die men heeft over wat psychotherapie is en/of wat men kan verwachten.

(Mental) Health literacy

In literatuur wordt vaak de term ‘health literacy’ gehanteerd voor de kennis die mensen hebben over de symptomen, de mogelijke hulpverleners en wat men van elke hulpverlener kan verwachten. Toegepast op geestelijke gezondheidszorg omvat ‘mental health literacy’ de kennis over het voorkomen van mentale problemen, het herkennen van symptomen of signalen, de kennis over mogelijke behandelingen en beschikbare hulpverlening, de kennis over effectieve zelfhulpstrategieën voor mildere problemen en de mogelijkheid om anderen die mentale problemen hebben te ondersteunen (Jorm, 2012).

Het niet of te laat herkennen van symptomen of signalen hangt sterk samen met het niet of laat zoeken van hulp (Andrade et al., 2014; Thompson et al., 2008). Volgens de

adolescenten in het onderzoek van Wilson en Deane (2001) zou meer kennis over het zoeken van hulp bij psychische problemen de bestaande barrières kunnen wegnemen. Mensen met weinig kennis over psychische problemen of over behandelmogelijkheden binnen de geestelijke gezondheidszorg schakelen minder snel psychotherapeutische hulp in (Chew-Graham et al., 2003; Gulliver et al., 2010; Kovandžić et al., 2011; Thompson et al., 2004).

Structurele faciliterende factoren

Deze factoren bevinden zich aan de andere kant van de structurele barrières en hebben bijgevolg te maken met de toegankelijkheid, tijdsintensiteit en kostprijs. In de studie van Gulliver et al. (2010) werden deze factoren enkel als structurele barrières genoemd, maar in het onderzoek van Topkaya (2015) kunnen twee van de vier groepen van faciliterende factoren als structurele faciliterende factoren gezien worden: (1) het vergroten van psychologische dienstverlening door onder andere een betere toegankelijkheid en (2) gratis psychologische dienstverlening of steun vanuit de overheid.

5.4. Interventies om hulpzoekgedrag te bevorderen

De grote invloed van emotionele barrières heeft geleid tot heel wat interventies gericht op het veranderen van de negatieve houding tegenover psychotherapie in het algemeen en het verminderen van het stigma rond psychische problemen in het bijzonder (Mackenzie et al., 2014).

Vanuit de assumptie dat mensen met een psychisch probleem zelf verantwoordelijk zijn voor dat probleem door hun zwakke persoonlijkheid of gebrek aan karakter, werd verwacht dat educatie over psychische problemen en focus op de biologische oorzaak ervan ontschuldigend zou kunnen werken (Corrigan & Watson, 2004). Daarom werd ervoor gekozen om psychische problemen te medicaliseren en te focussen op de neurobiologische oorzaken (Corrigan & Watson, 2004; Pehlan, 2005; Pescosolido et al., 2010). Hiertoe werd benadrukt dat psychische problemen een medische aandoening zijn en een geneeskundige behandeling met medicatie vereisen (Rosenthal, Berndt, Donohue, Frank & Epstein, 2002). Deze inspanningen hebben ervoor gezorgd dat het medicatiegebruik toenam, maar ook dat

het stigma tegenover psychische problemen groter werd (Pescosolido et al., 2010). Volgens Pehlan (2005) heeft dit te maken met het feit dat deze geneeskundige verklaring voor psychische problemen ertoe leidt dat psychische problemen gezien worden als genetisch, waardoor ze als meer vaststaand, onveranderlijk en ernstig gezien worden. De focus op neurobiologische oorzaken en behandelingen bij psychische problemen heeft wellicht ook een negatief effect gehad op de attitudes tegenover de niet-biologische behandelingen voor psychische problemen, zoals psychotherapie (Currin et al., 2011; Mackenzie et al., 2014). Andere interventies om hulpzoekgedrag te bevorderen, hebben te maken met het stimuleren van *mental health literacy*. Weten waar je terecht kan voor psychologische hulp heeft een positieve impact op het zoeken van hulp (Rickwood et al. 2005; Gulliver et al., 2010). Een verduidelijking van wat psychotherapie is en wat men kan verwachten, evenals heldere communicatie over de vertrouwelijkheid, duur en kostprijs van consultaties zou drempelverlagend kunnen werken volgens Deane, Wilson & Biro (2003 in Rickwood et al., 2005). Ook andere studies geven aan dat het vergroten van kennis over geestelijke gezondheidszorg en de behandelmogelijkheden het hulpzoekgedrag zouden kunnen bevorderen (Gulliver et al., 2010; Topkaya, 2015; Vogel et al., 2007). Uit onderzoek van Gulliver et al. (2012) bleken interventies die zich focussen op mental health literacy, destigmatisatie en informatie over mogelijke hulpbronnen effectief in het veranderen van de houding tegenover hulp zoeken, maar er is weinig geweten over het effect ervan op hulpzoekgedrag.

6. Conclusie

Op basis van deze literatuurstudie stellen we vast dat er al heel wat onderzoek is gevoerd naar de treatment gap. Het onderzoek besteedt vooral aandacht aan het in kaart brengen van de barrières om deze te kunnen opheffen. Toch blijken niet alle interventies om deze drempels te verlagen effectief. Zicht krijgen op de ondersteunende factoren zou nieuwe inzichten kunnen bieden en mee richting geven aan toekomstige beleidskeuzes.

De meeste onderzoeken focussen op niet-klinische populaties en vertrekken vanuit een hypothetische vraagstelling: ‘hoe groot is de kans dat je hulp zoekt bij een psychotherapeut,

als je in de toekomst psychische problemen zou ervaren?'. Deze onderzoeken meten de intentie om hulp te zoeken. Het aantal studies dat hulpzoekgedrag onderzoekt door individuen te bevragen die reeds de stap naar een psychotherapeut gezet hebben is beperkt. Om daaraan tegemoet te komen wordt in deze masterproef gekozen voor een populatie van mensen die op dit moment in behandeling zijn bij een psychotherapeut. Ook vanuit de huidige maatschappelijke focus op kwaliteit van zorg en patiëntgerichtheid is het een logische keuze om de cliënten zelf te bevragen en niet uit te gaan van hypothetische assumpties.

Een tweede beperking van de besproken studies is het gebrek aan onderzoek naar ondersteunende factoren. Onderzoek naar barrières is heel uitgebreid en van daaruit worden heel wat aanbevelingen gedaan om bepaalde drempels te verlagen of barrières op te heffen. Gedreven door het oplossingsgerichte gedachtengoed en het motto 'doe meer van wat werkt', is het echter belangrijk om te weten wat mensen helpt of geholpen heeft om hulp te zoeken bij een psychotherapeut, zodat men ook daar beleidsmatig (verder) kan op inzetten.

Met deze masterproef wordt vanuit een nieuw perspectief naar hulpzoekgedrag gekeken en achterhaald welke faciliterende factoren een rol speelden bij huidige cliënten van psychotherapeuten om de stap naar psychotherapeutische hulpverlening te zetten. Bovendien wordt de vraag gesteld of de belangrijkste ondersteunende factoren verschillen binnen deze groep cliënten, bijvoorbeeld afhankelijk van hun leeftijd, geslacht, hulpvraag,...

Omdat psychotherapeuten zelf ook heel wat ideeën en suggesties hebben wat betreft mogelijke faciliterende factoren, werd ook een groep psychotherapeuten bevraagd naar wat volgens hen de belangrijkste ondersteunende factoren zijn. Dit om zicht te krijgen op mogelijke verschillen tussen beide groepen en op het subjectieve belang van bepaalde faciliterende factoren voor cliënten en psychotherapeuten.

Methodologie

1. Onderzoeksopzet

Voor deze masterproef werd een kwantitatief onderzoek uitgevoerd, in de vorm van een enquête. Deze beschrijvende methode sluit aan bij beide onderzoeksvragen en zorgt ervoor dat binnen een relatief korte periode een grote groep mensen bevraagd kon worden.

Bijkomend voordeel aan deze methode was de mogelijkheid om de vragenlijst anoniem in te vullen en dus de garantie op anonieme deelname. Kwalitatief onderzoek waarbij dieper kan ingegaan worden op de aangegeven faciliterende factoren zou een goede aanvulling geweest zijn, maar was omwille van tijdsbeperkingen niet mogelijk.

2. Vragenlijst

Voor dit onderzoek werden twee vragenlijsten ontwikkeld. Eén voor de cliënten en een kortere online-versie voor de psychotherapeuten. De ontwikkeling van deze vragenlijsten is gebaseerd op de meest voorkomende barrières en ondersteunende factoren uit het literatuuronderzoek, rekening houdend met het vooropgestelde theoretisch kader. Bij het opstellen van de vragenlijst werd vooraf aan een aantal cliënten de vraag gesteld wat hen geholpen had om de stap naar een psychotherapeut te zetten. De antwoorden op deze open vraag bevestigden de factoren gevonden in het literatuuronderzoek.

2.1. Demografische gegevens en context

Naast een aantal demografische vragen, zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke status, hoogst behaalde diploma, werksituatie, hulpvraag en eventuele belangrijke klinische gegevens zoals een lichamelijke beperking of een chronische ziekte, werden ook een aantal vragen gesteld over de context waarin mensen naar een psychotherapeut gingen, onder andere hoe ze bij de psychotherapeut terecht kwamen, of zij of hun omgeving al ervaring hadden met psychotherapie en of ze op de hoogte waren van de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be. Deze gegevens werden gevraagd om na te gaan of er een verschil is in belangrijkste ondersteunende factoren tussen subgroepen. Rekening houdend met het nieuwe patiëntgerichte zorgmodel waarbij veel belang gehecht wordt aan

het informeren en empoweren van de patiënt (De Block, 2014; Vandeurzen, 2014), werd speciale aandacht gegeven aan de informatie die cliënten kregen van hun verwijzer en de informatie waar ze zelf nood aan hadden. De context werd bevraagd om zicht te krijgen op de nood aan informatie en de bestaande kennis over psychotherapie.

2.2. Faciliterende factoren

De kern van de vragenlijst bestond uit de vraag welke faciliterende factoren een rol hadden gespeeld bij de cliënt om naar een psychotherapeut te stappen. Er waren telkens vijf antwoordmogelijkheden: ‘helemaal niet’, ‘eerder niet’, ‘eerder wel’ en ‘niet van toepassing’. Er is gekozen voor een vierpuntschaal om de deelnemers te dwingen een standpunt in te nemen.

De component *emotionele competentie* werd gemeten door de vragen: ‘ik kan over mijn gevoelens praten’ en ‘ ik kan en wil mij open stellen naar iemand die ik niet goed ken’.

Sociale steun en afwezigheid van stigma werd gemeten door de vragen ‘in mijn omgeving is praten over psychosociale problemen geen taboe’, ‘iemand die ik vertrouw (huisarts, partner, vriend,...) raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan’ en ‘één of meer mensen uit mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan’.

Bewustzijn van het probleem (awareness) en de nood aan hulp werden gemeten door: ‘ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen’, ‘ik wil geholpen worden’ en ‘ik heb nood aan een professionele hulpverlener’.

Structurele factoren in verband met het gezondheidszorgsysteem (het zorgmodel, toegankelijkheid, beschikbaarheid, financiële tegemoetkoming,..) werden bevraagd via: ‘er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt’, ‘ik vind gemakkelijk meer informatie over de psychotherapeut’, ‘de psychotherapeut is makkelijk te contacteren’, ‘de praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar’, ‘ik zie vooraf een foto van de psychotherapeut’, er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts’, ‘ik kan mijn

afpraak online maken’, ‘ik kan snel op gesprek komen’, ‘er is een gedeeltelijke financiële tegemoetkoming voor psychotherapie’, ‘de psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk’, ‘de psychotherapeut werkt in een groepspraktijk’, ‘de psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat’.

Een aantal items focusten op de *mental health literacy* van de cliënten. Enerzijds met betrekking tot hun kennis over psychotherapie: ‘ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten’, ‘ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt’ en anderzijds met betrekking tot hun kennis over de psychotherapeut: ‘de psychotherapeut heeft een goede reputatie’ en ‘de psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door de beroepsvereniging’.

2.3. Validatie van de vragenlijst

Een eerste aanzet van de vragenlijst werd voorgelegd aan vier collega-psychotherapeuten om de inhouds- en constructvaliditeit te beoordelen. Deze collega’s zijn erkende psychotherapeuten, die met verschillende doelgroepen werken (individuen, koppels, gezinnen) en behoren tot minstens twee verschillende stromingen. Eén psychotherapeut uit elke stroming was ook relatietherapeut. Er werden zowel inhoudelijke als vormelijke opmerkingen geformuleerd en de vragenlijst werd overeenkomstig aangepast waar wenselijk. Zo werd op basis van deze suggesties bij de vraag naar de werksituatie de optie ‘andere’ toegevoegd. Ook werd een onderscheid gemaakt tussen de informatie die mensen zelf opzoeken als ze op eigen initiatief bij een psychotherapeut terecht komen en de informatie die gegeven wordt door familie, vrienden of kennissen. De belangrijkste toevoeging was evenwel de optie ‘niet van toepassing’ bij de faciliterende factoren. Op die manier werd geprobeerd om een vertekend resultaat te voorkomen. Als een psychotherapeut bijvoorbeeld niet met online-afspraken werkt, dan is het logischer om ‘niet van toepassing’ aan te kruisen, dan om aan te geven dat het helemaal niet heeft meegespeeld bij het hulp zoeken.

Hierna werd de vragenlijst aan drie cliënten aangeboden om ook van hen feedback te krijgen op gebied van begrijpbaarheid, structuur, lengte en lay-out van de vragenlijst. Op

basis van hun suggesties werd bij de vraag ‘welke informatie wou u graag vooraf weten over de psychotherapeut’, de optie ‘niet van toepassing: ik wou vooraf geen informatie krijgen over de psychotherapeut’ toegevoegd. Verder werd de feedback gegeven dat het niet altijd gemakkelijk was om ‘de situatie bij aanvang van therapie’ voor ogen te blijven houden en dat het veiliger voelde om het deel voor de cliënt niet in bijzijn van de therapeut in te vullen. Deze feedback resulteerde in de uiteindelijke vragenlijst (bijlage 1), een informatiebrief en toestemmingsverklaring (bijlage 2) en een protocol voor afname (bijlage 3).

Omwille van de erkenning van de klinisch psychologen en het mogelijk terugbetaalbaar worden van consultaties bij een psycholoog worden ook door psychologen en psychotherapeuten veel suggesties geuit om de drempel voor psychotherapie te verlagen. Daarom werd geopteerd om naast de cliëntenvragenlijst ook een gelijkaardige vragenlijst op te stellen voor psychotherapeuten (bijlage 4). Voor deze vragenlijst werd het suggestie-deel van de cliëntenvragenlijst gebruikt, aangevuld met een aantal demografische gegevens, zijnde: vooropleiding, therapie-opleiding en het al dan niet uitvoeren van een zelfstandige activiteit als psychotherapeut. Voor de psychotherapeuten werd een online-versie van de vragenlijst voorzien, waarbij de volgorde van de ondersteunende factoren gerandomiseerd werd, om mogelijke bias te vermijden.

3. Steekproef

3.1. Cliënten

De ene doelgroep van deze masterproef omvat de cliënten en patiënten die op het moment van de bevraging psychotherapie volgen bij een erkend psychotherapeut. Om controle te behouden op de doelgroep, werden eigen cliënten bevraagd en werd gevraagd aan een selecte groep van erkende psychotherapeuten om mee te werken. Voorwaarde was dat deze psychotherapeuten erkend moesten zijn door hun beroepsvereniging. Achttien collega-psychotherapeuten gingen in op het voorstel en bevroegen hun cliënten.

Voor de cliënten werden volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- De persoon is meerderjarig (> 18 jaar) bij aanvang van therapie
- De persoon beheerst in voldoende mate het Nederlands
- De persoon volgt op het moment van de bevraging psychotherapie bij een erkend psychotherapeut

Meerderjarigheid werd als criterium gehanteerd omdat dit onderzoek focust op faciliterende factoren bij mensen die uit eigen beweging de stap naar een psychotherapeut zetten. Omdat minderjarigen vaker door hun ouders naar een psychotherapeut gebracht worden en minder vaak uit eigen beweging contact opnemen, werden zij uitgesloten uit dit onderzoek.

Omdat de vragenlijst gericht is op de situatie bij aanvang van de huidige psychotherapie, werd geopteerd om enkel die cliënten te bevragen die op dit moment psychotherapie volgen. Bovendien werd aan de psychotherapeut gevraagd om waar mogelijk deze informatie over de situatie bij aanvang van therapie aan te vullen om een zo correct mogelijke weergave te hebben. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Er werden in totaal 250 vragenlijsten en protocollen opgestuurd naar de collega-psychotherapeuten die hadden aangegeven hun cliënten te willen bevragen. Daarvan zijn er 103 vragenlijsten ingevuld.

3.2. Psychotherapeuten

Een tweede doelgroep behelst psychologen/orthopedagogen en psychotherapeuten. Omdat de focus ligt op mogelijke suggesties vanuit de psychologische en psychotherapeutische hulpverlening, kon iedereen die een menswetenschappelijke vooropleiding had, al dan niet aangevuld met een erkende psychotherapie-opleiding, aan deze enquête deelnemen.

Via de nieuwsbrieven en communicatie op sociale media van de psychotherapeutische beroepsverenigingen en de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen werd geprobeerd om zoveel mogelijk psychologen en psychotherapeuten te bereiken van de verschillende therapeutische stromingen. Er namen in totaal 132 psychologen/orthopedagogen en/of psychotherapeuten deel.

4. Procedure

De studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Gent.

De cliëntvragenlijsten werden per post opgestuurd naar de psychotherapeuten, samen met een protocol voor afname, een informatiebrief en een toestemmingsverklaring. Ook werden voorgefrankeerde enveloppes toegevoegd om de vragenlijst anoniem terug te kunnen bezorgen. Elke psychotherapeut volgde hetzelfde protocol: na het overlopen van de informatiebrief en het ondertekenen van de toestemmingsverklaring werd het eerste deel van de vragenlijst samen met de cliënt ingevuld. Dit vooral omdat de vragen peilen naar de situatie bij aanvang van therapie en de psychotherapeut deze informatie kon opzoeken in het dossier in geval een cliënten het zelf niet meer goed wist. Deel twee werd individueel door de cliënt ingevuld, hetzij ter plaatse, hetzij thuis. Ook hier werd nog eens benadrukt dat de vragen peilen naar de situatie zoals ze was bij aanvang van de therapie. Indien de cliënt de vragenlijst thuis wou invullen, werd een voorgefrankeerde enveloppe meegegeven, zodat de ingevulde vragenlijst gemakkelijk kon teruggestuurd worden.

5. Statistische analyse

Voor de statistische analyse van de data werd gebruik gemaakt van SPSS, versie 23. Eerst werd beschrijvende statistiek gebruikt. Enerzijds om de demografische variabelen en de verschillende ondersteunende factoren in kaart te brengen. Anderzijds voor de contextuele variabelen zoals eerdere ervaringen met therapie of kennis van de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be. Deze statistiek is voornamelijk gericht op de algemene onderzoeksvraag: wat helpt mensen om contact op te nemen met een psychotherapeut of anders gezegd: welke zijn de belangrijkste ondersteunende factoren volgens cliënten die momenteel in therapie zijn? Resultaten worden weergegeven in aantallen en percentages.

Bijkomend werd nagegaan of er een significant verschil is tussen de informatie die de arts geeft en de informatie die de cliënt wil krijgen. Hiervoor werden enkel die cliënten geselecteerd die doorverwezen werden door een arts en zelf een vraag naar informatie hadden. Op deze dichotomie (ja/nee) variabelen werd een Paired-Samples T-Test uitgevoerd. Eenzelfde analyse werd uitgevoerd op de informatie die gegeven werd door familie/vrienden.

Vervolgens werd door middel van niet-parametrische toetsen nagegaan of er significante

verschillen waren tussen bepaalde subgroepen om de twee andere onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Is er een verschil in de faciliterende factoren die een rol gespeeld hebben in het zoeken van hulp bij een psychotherapeut tussen subgroepen op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, werkstatus, burgerlijke status en hulpvraag?
- Is er een verschil tussen bepaalde subgroepen van cliënten en tussen cliënten en psychotherapeuten voor wat betreft de vijf belangrijkste faciliterende factoren?

Hiervoor werden de Mann-Whitney-U-test (dichotome variabelen) of de Chi-Kwadraat-toets gebruikt. Voor deze analyses wordt het significantieniveau weergegeven.

Resultaten

1. Beschrijvende statistiek

1.1. Demografische variabelen cliënten

Tabel 1: Demografische gegevens (cliënten)

		N	%
Geslacht	Man	32	31,1
	Vrouw	71	68,9
Leeftijd	18 – 33 jaar	42	41,6
	34 – 49 jaar	43	42,6
	50 – 65 jaar	11	10,9
	Ouder dan 65	5	5
Burgerlijke status	Gehuwd	44	43,1
	Samenwonend	17	16,7
	Gescheiden	7	6,9
	Alleenstaand	30	29,4
	Anders	4	3,9
Opleidingsniveau	Lager onderwijs	2	1,9
	Middelbaar onderwijs	36	35
	Hoger onderwijs	41	39,8
	Universiteit	24	23,3
Werksituatie	Student	13	12,7
	Werkzoekend	5	4,9
	Werknemer	55	53,9
	Zelfstandige	8	7,8
	Werkongeschikt	9	8,8
	Gepensioneerd	9	8,8
	Anders	3	2,9

In totaal vulden 103 cliënten de vragenlijst in, waarvan 31,1% mannen en 68,9% vrouwen. De leeftijd varieerde tussen 18 en 80 jaar. De gemiddelde leeftijd was 37 jaar. De meerderheid van de cliënten behoorde tot de leeftijdscategorieën 34- 49 jaar (42,6%) en 18-33 jaar (41,6%). De meeste cliënten waren gehuwd (43,1%) en iets meer dan de helft van de cliënten was werknemer (53,9%). Qua opleidingsniveau hadden de meesten een diploma hoger (39,8%) of middelbaar onderwijs (35%). Voor een overzicht van alle demografische variabelen, zie Tabel 1.

1.2. Contextuele variabelen cliënten

1.2.1. Variabelen in verband met de aanmelding

Er zijn vier soorten hulpvragen waarmee de cliënten uit deze steekproef zich bij de psychotherapeut aanmeldden: stemmingsstoornissen (45,1%), angststoornissen (30,4%) en relatieproblemen (28,4%). Een grote groep mensen gaf een andere hulpvraag op (34,2%), waaronder post-traumatische stressstoornis, (gecompliceerde) rouw en verlies, gezinsproblemen, werk gerelateerde problemen en burn-out. De aanmeldingen met persoonlijkheidsstoornis (2%) of alcoholproblematiek (1%) waren eerder beperkt, net zoals het voorkomen van een lichamelijke beperking (5,9%) en een chronische ziekte (6,9%) waardoor deze subgroepen niet zullen meegenomen worden in verdere analyses. Voor een overzicht van de contextuele variabelen wordt verwezen naar Tabel 2.

De meerderheid van de cliënten werd doorverwezen door de huisarts (45,6%) of kwam op eigen initiatief (33%). Bijna de helft van de bevroegde cliënten had reeds ervaring met psychotherapie (45,6%), waarvan 20,4% deze ervaring als positief aanvoelde. De meerderheid van de cliënten kende iemand in zijn of haar omgeving die positieve ervaringen had met psychotherapie (68%) en slechts 15,5% bleek de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be te kennen.

Tabel 2: Contextuele variabelen (cliënten)

	N	%
Hulpvraag		
Stemmingsstoornis	46	45,1
Angststoornis	31	30,4
Relatieproblemen	29	28,4
Persoonlijkheidsstoornis	2	2
Middelenmisbruik	1	1
Anders	35	34,2
Chronische ziekte	7	6,9
Lichamelijke beperking	6	5,9
Andere relevante klinische gegevens	6	5,9
Verwijzer		
Doorverwezen door huisarts	47	45,6
Doorverwezen door arts/specialist	12	11,7
Op aanraden van vrienden/kennissen	14	13,6
Op aanraden van naaste familie	18	17,5
Op eigen initiatief	34	33
Via een andere weg	7	6,8
Eerdere ervaring met therapie		
Geen	56	54,4
Negatief	12	11,7
Neutraal	14	13,6
Positief	21	20,4
Omgeving heeft positieve ervaring met psychotherapie	70	68
Kennis website www.geestelijkgezondvlaanderen.be	16	15,5

1.2.2. Variabelen in verband met de informatie die een cliënt vooraf kreeg

In deze steekproef gaf 17,6% van de cliënten aan vooraf geen informatie te willen weten. Wie wel informatie wou (n=85), gaf aan vooral informatie te willen over specialisaties van de psychotherapeut (44,7%), het soort psychotherapie (42,4%), wat psychotherapie is (40%) en over de ervaring van de psychotherapeut (37,6%). De frequentieverdeling per variabele is terug te vinden in Tabel 3.

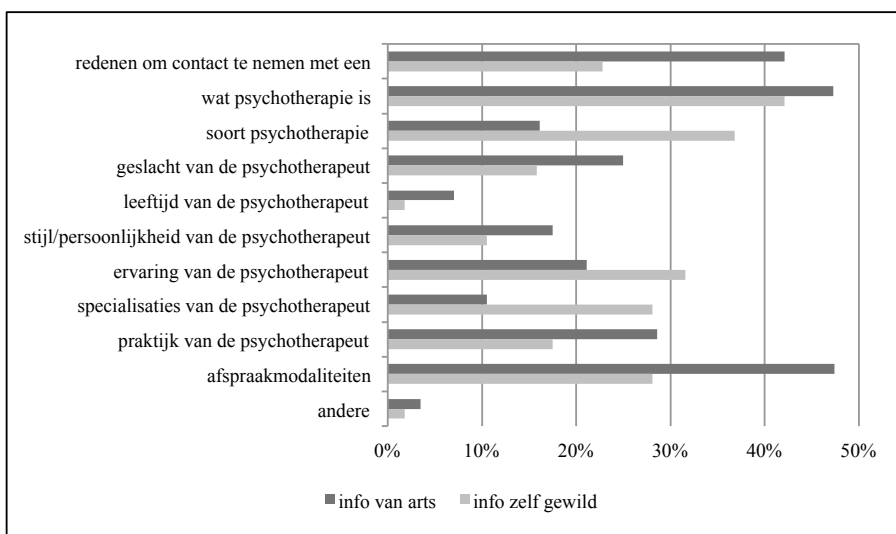
Van de cliënten die doorverwezen werden door een arts (n=55) kreeg ongeveer de helft informatie over wat psychotherapie is (50,9%), hoe een afspraak kon gemaakt worden

(49,1%) en wat mogelijke redenen zijn om naar een psychotherapeut te gaan (43,6%). Wie doorverwezen werd door vrienden of naaste familie (n=24) kreeg vooral informatie over wat psychotherapie is (41,7%), de ervaring van de therapeut (41,7%) en het geslacht en de persoonlijkheid van de psychotherapeut (33,3%).

Tabel 3: Informatie over psychotherapie gegeven door verwijzers en gewild door cliënten

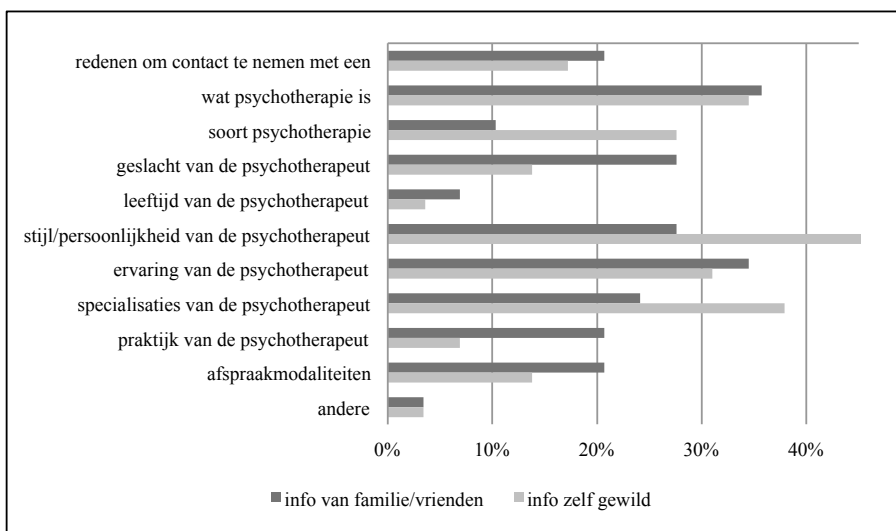
Informatie	Arts (n=57)		Familie/vrienden (n=29)		Cliënten (n=85)	
	N	%	N	%	N	%
	Over redenen om contact op te nemen met een psychotherapeut	24	42,1	6	20,7	16
Over wat psychotherapie is	26	47,3	10	35,7	34	40
Over de soort psychotherapie	9	16,1	3	10,3	36	42,4
Over het geslacht van de therapeut	14	25	8	27,6	17	20
Over de leeftijd van de therapeut	4	7	2	6,9	5	6
Over de stijl of persoonlijkheid van de therapeut	10	17,5	8	27,6	15	17,6
Over de ervaring van de therapeut	12	21,1	10	34,5	32	37,6
Over specialisaties van de psychotherapeut	6	10,5	7	24,1	38	44,7
Over praktijk van de psychotherapeut	16	28,6	6	20,7	14	16,5
Over afspraakmodaliteiten	27	47,4	6	20,7	21	25
Andere	2	3,5	1	3,4	2	2,4

Voor sommige variabelen bleek een significant verschil tussen de informatie die de arts geeft en de informatie die de cliënt wil krijgen: cliënten wensten significant meer informatie over het soort therapie ($t=-3,245$, $p=.002$) en de specialisaties van de psychotherapeut ($t=-2,626$, $p=.011$) dan ze kregen van hun arts. Anderzijds kregen cliënten significant meer informatie over de redenen van therapie ($t=2,51$, $p=.015$) en de afspraakmodaliteiten ($t=2,827$, $p=.007$) dan ze zelf aangaven te willen. Voor een visuele weergave van deze resultaten wordt verwezen naar Figuur 4.



Figuur 4: Informatie over psychotherapie gegeven door arts en gewild door cliënten

Voor de cliënten die doorverwezen werden door vrienden of naaste familie (n=29) bleek maar één variabele significant verschillend: cliënten wensten significant meer informatie over het soort therapie ($t=-2,415$, $p=.023$) dan ze kregen van hun familie of vrienden (zie Figuur 5).



Figuur 5: Informatie over psychotherapie gegeven door vrienden/familie en gewild door cliënten

1.3. Demografische variabelen psychotherapeuten

De therapeutenvragenlijst werd ingevuld door 132 personen, waarvan 87,9% masters in de psychologie. Voor een overzicht wordt verwezen naar Tabel 4.

Tabel 4: Demografische variabelen (psychotherapeuten)

	N	%
Vooropleiding		
Master in de psychologie	116	87,9
Master in de orthopedagogiek	4	3,1
Bachelor in de orthopedagogiek	5	3,8
Master in de geneeskunde	3	2,3
Andere vooropleiding	4	3,1
Meerdere vooropleidingen	9	6,8
Psychotherapieopleiding		
Gedragstherapie	93	71,5
Systeemtherapie	13	10
Ontwikkelingsgerichte psychotherapie	5	3,8
Cliëntcentered psychotherapie	4	3,1
Andere	9	6,9
Geen	6	4,6
Zelfstandig		
Minder dan 5 jaar	47	53,4
Tussen 5 en 15 jaar	29	33
Tussen 15 en 25 jaar	4	4,5
Tussen 25 en 35 jaar	5	5,7
Langer dan 35 jaar	3	3,4
Niet-zelfstandig	43	32,8

Slechts 4,6% had geen bijkomende psychotherapeutische opleiding. De meerderheid (71,5%) had een gedragstherapeutische opleiding gevolgd. Van alle deelnemers waren er 67,2% met een zelfstandig statuut. Het aantal jaren dat iemand als zelfstandig psycholoog/psychotherapeut werkzaam is varieert van één tot 52 jaar. Iets meer dan de helft (53,4%) is de voorbije vijf jaar als zelfstandige beginnen werken.

1.4. Faciliterende factoren

Vooreerst werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd om na te gaan of de items zoals te

verwachten binnen de vooropgestelde schalen pasten. Voor een overzicht zie Tabel 5.

Tabel 5: Betrouwbaarheid van de schalen

Schaal	Betrouwbaarheid (Cronbach's α)
Emotionele competentie	.74
- ik kan over mijn gevoelens praten	
- ik kan en wil mij open stellen naar iemand die ik niet goed ken	
Sociale steun en afwezigheid van stigma	.09
- in mijn omgeving is praten over psychosociale problemen geen taboe	
- iemand die ik vertrouw raadt me aan naar een psychotherapeut te gaan	
- één of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan	
- het is mogelijk om anoniem naar de therapeut te gaan (reverse)	
Perceptie van het probleem en de nood aan hulp	.61
- ik wil geholpen worden	
- ik heb nood aan een professionele hulpverlener	
Praktische factoren in verband met het gezondheidszorgsysteem	.73
- er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt	
- ik vind gemakkelijk meer informatie over de psychotherapeut	
- de psychotherapeut is makkelijk te contacteren	
- de praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar	
- ik zie vooraf een foto van de psychotherapeut	
- er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts	
- ik kan mijn afspraak online maken	
- ik kan snel op gesprek komen	
- er is (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming	
- de psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk	
- de psychotherapeut werkt in een groepspraktijk	
- de psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat	
Mental health literacy (psychotherapie)	.80
- ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten	
- ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt	
Mental health literacy (psychotherapeut)	.73
- de psychotherapeut heeft een goede reputatie	
- de psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door zijn/haar beroepsvereniging	

Deze betrouwbaarheidsanalyse bevestigt een aantal clusters, die ook aansluiten bij de theoretische modellen om hulpzoekgedrag te verklaren.

Omdat voor deze masterproef de focus ligt op het belang van de verschillende items en niet

zozeer op de mogelijke schalen, werd de verdere analyse op itemniveau uitgevoerd. De items die volgens de cliënten in deze steekproef eerder wel of helemaal wel hebben meegespeeld in het zoeken van hulp bij een psychotherapeut zijn: 'ik wil geholpen worden' (98%), 'ik heb nood aan professionele hulp' (97,1%), 'de psychotherapeut is gemakkelijk te contacteren' (97%), 'de praktijk van de psychotherapeut is gemakkelijk bereikbaar' (96,1), 'de psychotherapeut heeft een goede reputatie' (96,2%) en 'de psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door zijn/haar beroepsvereniging' (96,6%). Voor 90,1% van de cliënten speelde het feit of hun therapeut in een huisartsenpraktijk werkte en het feit of er (gedeeltelijk) financiële tegemoetkoming was, eerder niet of helemaal niet mee. De meningen over de andere items waren gespreid, zie ook Tabel 6.

Tabel 6: Faciliterende factoren die meespeelden in het hulpzoekgedrag van cliënten

Faciliterende factor	N	Helemaal	Eerder	Eerder	Helemaal	Gem.	St.Dev.
		niet (%)	niet (%)	wel (%)	wel (%)		
Ik kan over mijn gevoelens praten	103	3,9	14,6	28,2	53,4	3,31	.86
Ik kan en wil mij open stellen naar iemand die ik niet goed ken	102	2,9	20,6	42,2	34,3	3,08	.82
In mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe	97	14,4	29,9	32	23,7	2,65	1.0
Iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan	98	5,1	10,2	25,5	59,2	3,39	.87
Eén of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan	101	6,9	22,8	37,6	32,7	2,96	.92
Ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen	102	6,9	11,8	52	29,4	3,04	.83
Ik wil geholpen worden	103	0	1,9	9,7	88,3	3,86	.40
Ik heb nood aan een professionele hulpverlener	103	0	2,9	29,1	68	3,65	.54
Er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt	81	2,5	13,6	44,4	39,5	3,21	.77
Ik vind gemakkelijk meer informatie over de psychotherapeut	80	1,3	18,8	41,3	38,8	3,18	.78
De psychotherapeut is makkelijk te contacteren	103	1	1,9	25,2	71,8	3,68	.56
De praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar	103	1	2,9	24,3	71,8	3,67	.58
Ik zag vooraf een foto van de psychotherapeut	84	33,3	21,4	10,7	34,5	2,46	1.27
Er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts	65	20	23,1	24,6	32,3	2,69	1.13
Ik kan mijn afspraak online maken	77	41,6	13	18,2	27,3	2,31	1.27
Ik kan snel op gesprek komen	103	2,9	9,7	36,9	50,5	3,35	.78
Er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming voor de psychotherapie	88	83,5	6,6	4,4	5,5	1,69	1.15
De psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk	91	83,5	6,6	4,4	5,5	1,32	.80
De psychotherapeut werkt in een groepspraktijk	89	43,8	9	9	38,2	2,42	1.38
De psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat	97	25,8	28,9	21,6	23,7	2,43	1.12
Het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan	94	20,2	29,8	26,6	23,4	2,53	1.06
Ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten	102	3,9	34,3	44,1	17,6	2,75	.79
Ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt	102	11,8	45,1	32,4	10,8	2,42	.84
De psychotherapeut heeft een goede reputatie	79	1,3	2,5	44,3	51,9	3,47	.62
De psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door zijn/haar beroepsvereniging	87	1,1	2,3	16,1	80,5	3,76	.55

Tabel 7: Top 5 van belangrijkste faciliterende factoren volgens cliënten

Item (n=96)	1^e (%)	2^e (%)	3^e (%)	4^e (%)	5^e (%)	Aanwezig in top 5 (%)
Ik kan over mijn gevoelens praten	17,7	17,7	8,3	4,2	6,3	54,2
Ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken	8,3	7,3	6,3	5,2	10,4	38,5
In mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe	2,1	3,1	2,1	4,2	2,1	14,5
Iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan	9,4	8,3	9,4	2,1	6,3	36,4
Eén of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan	1	1	3,1	2,1	1	8,3
Ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen	6,3	6,3	6,3	6,3	6,3	34,3
Ik wil geholpen worden	45,8	17,7	8,3	8,3	4,2	84,4
Ik heb nood aan een professionele hulpverlener	13,5	14,6	12,5	8,3	8,3	58,3
Er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt	2,1	0	0	0	2,1	4,2
Ik vind makkelijk meer info over e psychotherapeut	1	0	5,2	0	5,2	11,5
De psychotherapeut is makkelijk te contacteren	1	3,1	3,1	4,2	12,5	24
De praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar	1	2,1	1	4,2	5,2	13,5
Ik zag vooraf een foto van de psychotherapeut	1	1	2,1	1	2,1	7,3
Er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts	0	2,1	8,3	11,5	5,2	27,1
Ik kan mijn afspraak online maken	0	0	4,2	1	2,1	7,3
Ik kan snel op gesprek komen	3,1	8,3	6,3	11,5	9,4	38,5
Er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming	2,1	3,1	3,1	5,2	5,2	18,7
De psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk	0	0	1	1	4,2	6,2
De psychotherapeut werkt in een groepspraktijk	0	1	0	1	3,1	5,2
De psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat	0	1	0	1	2,1	4,2
Het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan	1	2,1	2,1	2,1	3,1	10,4
Ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten	2,1	4,2	3,1	1	6,3	16,7
Ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt	1	3,1	4,2	3,1	1	12,5
De psychotherapeut heeft een goede reputatie	4,2	6,3	3,1	9,4	7,3	30,2
De psychotherapeut is erkend of gecertificeerd door zijn/haar beroepsvereniging	3,1	1	6,3	4,2	5,2	19,8

Er werd ook gevraagd aan de cliënten wat volgens hen de meest belangrijke faciliterende factoren zijn om hulp te zoeken bij een psychotherapeut. Voor een overzicht, zie tabel 7. De faciliterende factoren die het meest voorkwamen in de top vijf van de cliënten zijn: ik wil geholpen worden (84,4%), ik heb nood aan professionele hulp (58,3%), ik kan over mijn gevoelens praten (54,2%), ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken (38,5%) en ik kan snel op gesprek komen (38,5%). Bijna de helft van de cliënten (45,8%) gaf 'ik wil geholpen worden' als meest belangrijke faciliterende factor op. De minst belangrijke ondersteunende factoren zijn volgens cliënten: er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt (4,2%), de psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat (4,2%), de psychotherapeut werkt in een groepspraktijk (5,2%), de psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk (6,2%), ik kan mijn afspraak online maken (7,3%) en ik zag vooraf een foto van de psychotherapeut (7,3%). Voor een visuele voorstelling van de belangrijkste ondersteunende factoren volgens cliënten met een bepaalde hulpvraag, wordt verwezen naar Figuur 6 tot en met 8. Tabel 9 geeft een vergelijking van de belangrijkste faciliterende factoren voor cliënten en psychotherapeuten weer.

2. Niet-parametrische toetsen

2.1. Verschillen tussen subgroepen

Voor een aantal dichotome subgroepen zijn significante verschillen gevonden in de mate waarin een faciliterende factor een rol speelde bij het zoeken naar psychotherapeutische hulp. Voor een overzicht van de resultaten zie Tabel 8.

Geslacht

Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen voor de volgende items: ik heb nood aan professionele hulp ($U=781$, $p=.002$), ik kan snel op gesprek komen ($U=832$, $p=.017$), het is mogelijk om anoniem naar de therapeut te gaan ($U=613$, $p=.005$) en ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten ($U=859$, $p=.044$).

Voor vrouwen speelden de faciliterende factoren 'ik heb nood aan professionele hulp', 'ik kan snel op gesprek komen' en 'het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan' een significant grotere rol dan voor mannen. Anderzijds bleek voor mannen de factor

‘ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten’ significant belangrijker dan voor vrouwen.

Tabel 8: Verband tussen faciliterende factoren en geslacht, leeftijd en relatiestatus

Item	Man vs. vrouw (p)	<50 vs. ≥ 50 (p)	In relatie vs. alleen (p)
Ik kan over mijn gevoelens praten	.783	.227	.301
Ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken	.678	.979	.787
In mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe	.399	.023*	.706
Iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan	.872	.767	.403
Eén of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan	.960	.902	.056
Ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen	.594	.769	.502
Ik wil geholpen worden	.134	.560	.001*
Ik heb nood aan een professionele hulpverlener	.002*	.604	.000*
Er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt	.149	.166	.615
Ik vind makkelijk meer info over e psychotherapeut	.619	.367	.420
De psychotherapeut is makkelijk te contacteren	.743	.602	.033*
De praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar	.191	.498	.040*
Ik zag vooraf een foto van de psychotherapeut	.959	.534	.445
Er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts	.356	.275	.159
Ik kan mijn afspraak online maken	.524	.536	.904
Ik kan snel op gesprek komen	.017*	.433	.190
Er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming	.467	.017*	.316
De psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk	.364	.455	.088
De psychotherapeut werkt in een groepspraktijk	.597	.207	.608
De psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat	.773	.987	.045*
Het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan	.005*	.638	.225
Ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten	.044*	.395	.476
Ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt	.511	.499	.833
De psychotherapeut heeft een goede reputatie	.111	.384	.863
De psychotherapeut is erkend of gecertificeerd door zijn/haar beroepsvereniging	.543	.396	.569

* significant verschil, $p < 0.05$.

Leeftijd

Voor personen jonger dan 50 speelden de items 'in mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe' ($U=359$, $p=.023$) en 'er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming' ($U=318$, $p=.017$) significant meer mee in het zoeken van psychotherapeutische hulp in vergelijking tot mensen van 50 jaar of ouder.

Relatiestatus

De variabele burgerlijke status werd gedichotomiseerd naar het al dan niet hebben van een relatie. Bij mensen in een relatie speelden de faciliterende factoren 'ik wil geholpen worden' ($U=889$, $p=.001$), 'ik heb nood aan professionele hulp' ($U=673$, $p=.000$), 'de psychotherapeut is makkelijk te contacteren' ($U=902$, $p=.033$), 'de praktijk is makkelijk bereikbaar' ($U=910$, $p=.040$) en 'de psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat' ($U=770$, $p=.045$) een significant meer belangrijke rol in het zoeken van hulp bij een psychotherapeut dan bij mensen zonder relatie.

Opleidingsniveau

De variabele opleidingsniveau bestaat uit vier categorieën: lager onderwijs, middelbaar onderwijs, hoger onderwijs en universitair onderwijs. Cliënten met een diploma 'lager of middelbaar onderwijs' vinden de factor 'psychische problemen zijn geen taboe in mijn omgeving' significant belangrijker dan cliënten met een diploma hoger of universitair onderwijs ($\chi^2(3)=8,745$; $p=0.03$). Cliënten met een universitair diploma vinden de factor 'iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan' significant minder belangrijk dan de cliënten met een lager diploma ($\chi^2(3)=14,27$; $p=0.00$). Tot slot vinden cliënten met als hoogst behaalde diploma 'lager onderwijs' de factor 'praktijk is makkelijk bereikbaar' significant meer belangrijk dan cliënten die een hoger diploma hebben ($\chi^2(3)=9,79$; $p=0.02$).

Werksituatie

Cliënten met een zelfstandigenstatuut vinden de factor 'ik heb nood aan professionele hulp' significant minder belangrijk dan cliënten in een ander werkstatuut ($\chi^2(6)=16,84$; $p=0.01$).

Cliënten die zich in het statuut ‘werkongeschikt’ bevinden, vinden de factor ‘ik kan snel op gesprek komen’ significant meer belangrijk dan cliënten in een ander werkstatuut ($\chi^2(6)=14,04$; $p=0.03$)

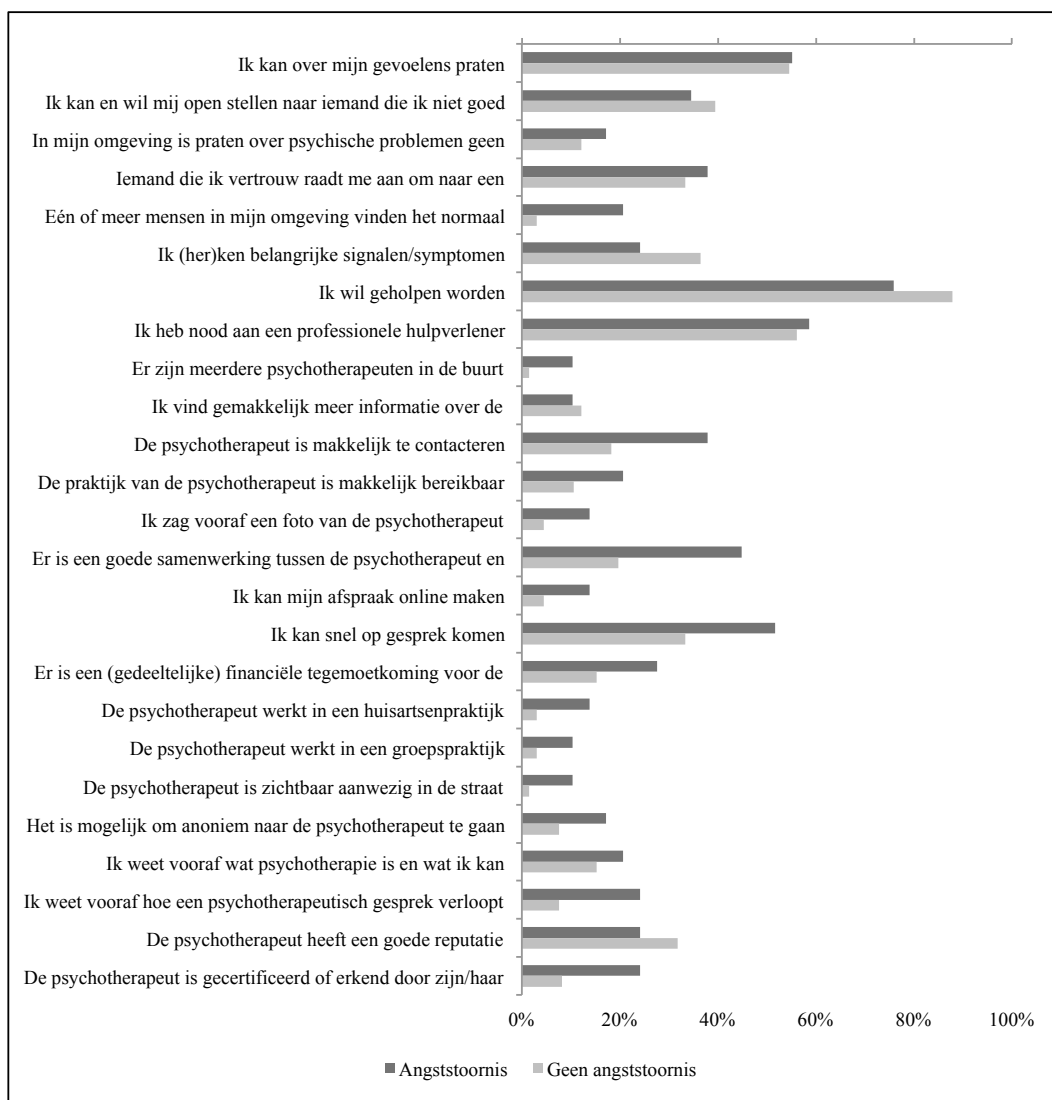
Hulpvraag

Tenslotte werd binnen de groep van cliënten nagegaan of er een significant verschil was in de belangrijkheid van faciliterende factoren rekening houdend met de hulpvraag van cliënten. Cliënten die aangemeld werden met een angststoornis vinden de faciliterende factoren ‘omgeving vindt het normaal om naar een psychotherapeut te gaan’ ($\chi^2(1)=7,40$; $p=0.01$), ‘de therapeut is gemakkelijk te contacteren’ ($\chi^2(1)=4,08$; $p=0.04$) en ‘ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt’ ($\chi^2(1)=4,60$; $p=0.03$) significant belangrijker dan cliënten zonder angststoornis. Figuur 6 geeft de faciliterende factoren volgens cliënten met en zonder angststoornis weer.

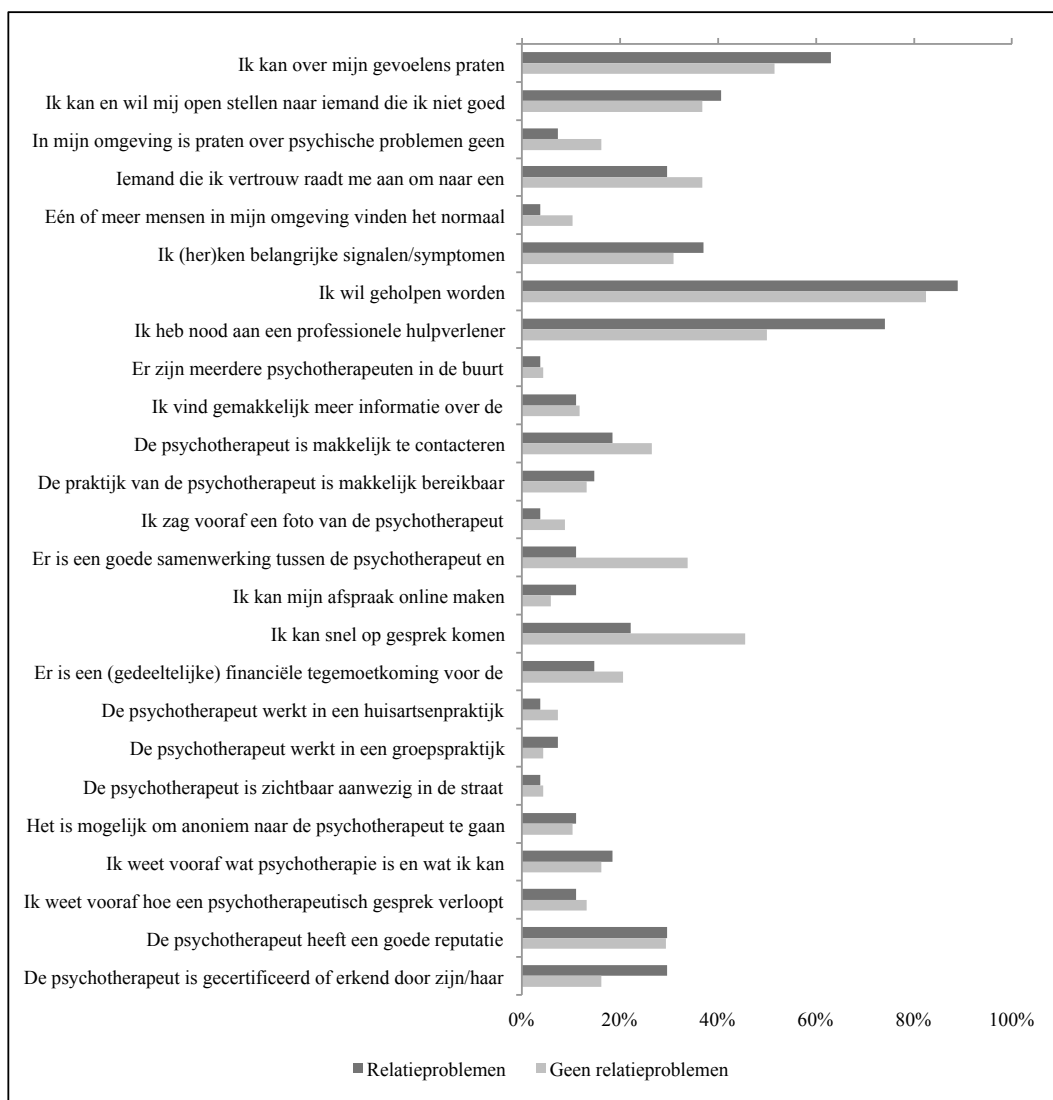
Cliënten die aangemeld werden met relatieproblemen vinden de factor ‘ik heb nood aan professionele hulp’ significant belangrijker ($\chi^2(1)=4,74$; $p=0.03$) en de factor ‘snel op gesprek komen’ significant minder belangrijk dan cliënten zonder relatieproblemen ($\chi^2(1)=4,675$; $p=0.03$). Voor een visuele voorstelling van de resultaten voor cliënten met en zonder relatieproblemen, zie figuur 7.

De belangrijkste faciliterende factoren voor cliënten aangemeld met en zonder stemmingsstoornis worden weergegeven in figuur 8.

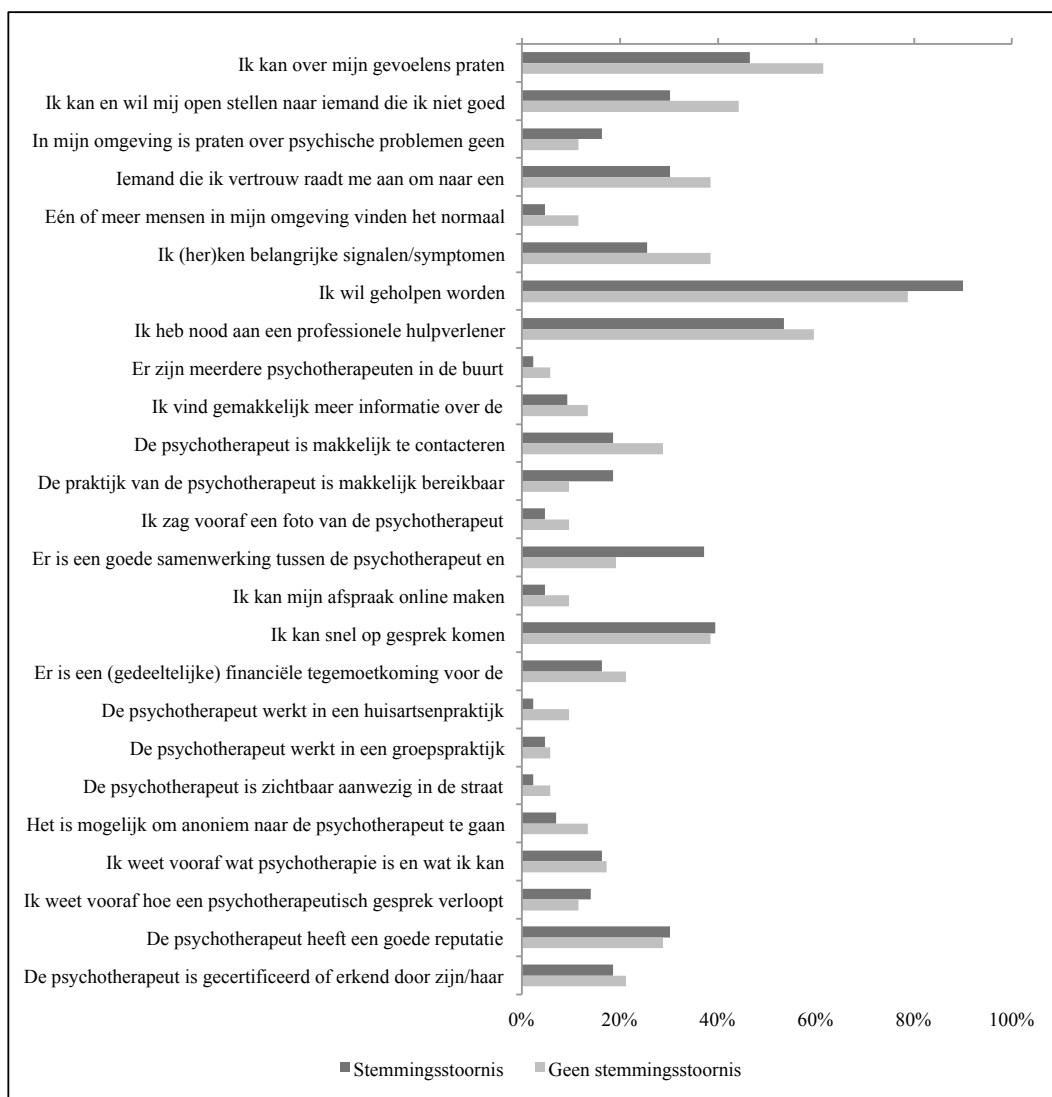
Cliënten met een stemmingsstoornis vinden de factor ‘samenwerking met huisarts’ significant belangrijker dan cliënten zonder stemmingsstoornis ($\chi^2(1)=3,83$; $p=0.05$). Hetzelfde geldt voor cliënten met een angststoornis ($\chi^2(1)=6,12$; $p=0.01$). Voor cliënten met relatieproblemen geldt het omgekeerde. Zij vinden de factor ‘samenwerking met huisarts’ significant minder belangrijk dan cliënten zonder relatieproblemen ($\chi^2(1)=5,64$; $p=0.02$).



Figuur 6: Belangrijkste faciliterende factoren voor mensen met en zonder angstproblemen.



Figuur 7: Belangrijkste faciliterende factoren voor cliënten met en zonder relatieproblemen.



Figuur 8: Belangrijkste faciliterende factoren volgens cliënten met en zonder stemmingsstoornis

2.2. Verschillen tussen cliënten en psychotherapeuten

Een overzicht van de belangrijkste faciliterende factoren voor cliënten en psychotherapeuten is terug te vinden in tabel 9.

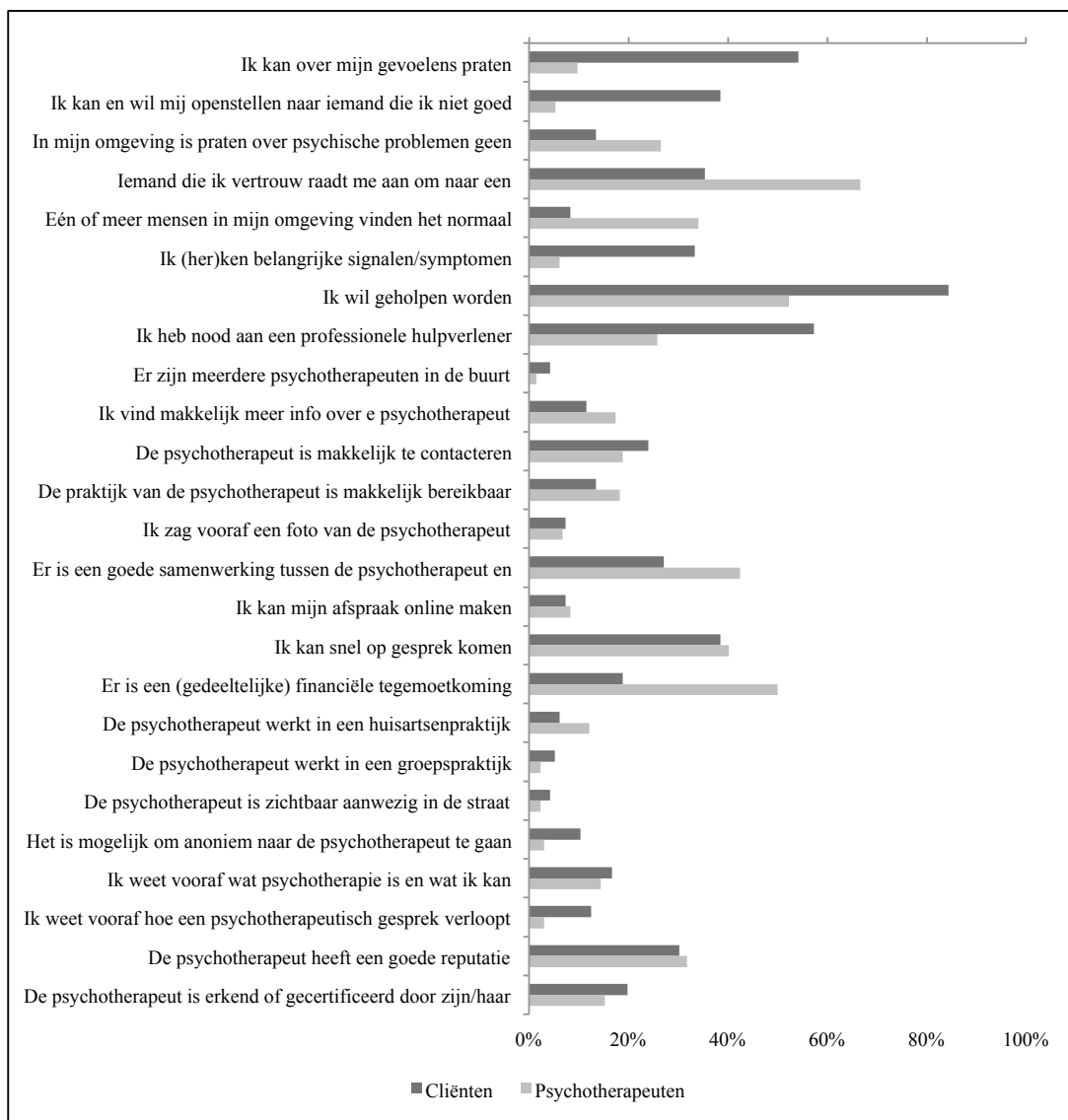
Er zijn een aantal grote verschillen tussen cliënten en psychotherapeuten voor wat betreft de vijf belangrijkste factoren. Voor een visuele weergave van deze verschillen, wordt verwezen naar figuur 9.

Tabel 9: De vijf belangrijkste faciliterende factoren volgens psychotherapeuten en cliënten

Item	Belangrijk volgens hele groep (%) (n=228)	Belangrijk volgens cliënten (%) (n=96)	Belangrijk volgens psychotherapeuten (%) (n=132)	p
Ik kan over mijn gevoelens praten	28,5	54,2	9,8	.000*
Ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken	18,9	38,5	5,3	.000*
In mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe	21,1	13,5	26,5	.018*
Iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan	53,5	35,4	66,7	.000*
Eén of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan	23,2	8,3	34,1	.000*
Ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen	17,5	33,3	6,1	.000*
Ik wil geholpen worden	65,8	84,4	52,3	.000*
Ik heb nood aan een professionele hulpverlener	39	57,3	25,8	.000*
Er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt	2,6	4,2	1,5	.219 ^a
Ik vind makkelijk meer info over e psychotherapeut	14,9	11,5	17,4	.212
De psychotherapeut is makkelijk te contacteren	21,1	24	18,9	.359
De praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar	16,2	13,5	18,2	.348
Ik zag vooraf een foto van de psychotherapeut	7	7,3	6,8	.890
Er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts	36	27,1	42,4	.017*
Ik kan mijn afspraak online maken	7,9	7,3	8,3	.773
Ik kan snel op gesprek komen	39,5	38,5	40,2	.806
Er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming	36,8	18,8	50	.000*
De psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk	9,6	6,3	12,1	.138
De psychotherapeut werkt in een groepspraktijk	3,5	5,2	2,3	.234 ^a
De psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat	3,1	4,2	2,3	.417 ^a
Het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan	6,1	10,4	3	.022*
Ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten	15,4	16,7	14,4	.638
Ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt	7	12,5	3	.006*
De psychotherapeut heeft een goede reputatie	31,1	30,2	31,8	.795
De psychotherapeut is erkend of gecertificeerd door zijn/haar beroepsvereniging	17,1	19,8	15,2	.358

* significant verschil, $p < 0.05$.

^a Likelihood Ratio in plaats van Pearson Chi-Kwadraat omdat meer dan 20% van de cellen een verwacht aantal van minder dan 5 had.



Figuur 9: Belangrijkste faciliterende factoren volgens cliënten en psychotherapeuten

Cliënten vinden zeven faciliterende factoren significant belangrijker dan psychotherapeuten. Namelijk: ik kan en wil over mijn gevoelens praten ($\chi^2(1)=53,560$; $p=0.00$), ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken ($\chi^2(1)=37,650$; $p=0.00$), ik (her)ken belangrijke signalen/symbolen ($\chi^2(1)=28,577$; $p=0.00$), ik wil geholpen worden ($\chi^2(1)=25,449$; $p=0.00$), ik heb nood aan een professionele hulpverlener ($\chi^2(1)=23,224$; $p=0.00$), het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan ($\chi^2(1)=5,261$; $p=0.02$) en ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt ($\chi^2(1)=7,638$; $p=0.01$).

Anderzijds zijn er vijf faciliterende factoren die psychotherapeuten significant belangrijker vinden dan cliënten. Deze faciliterende factoren zijn: in mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe ($\chi^2(1)=5,628$; $p=0.02$), iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan ($\chi^2(1)=21,818$; $p=0.00$), één of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan ($\chi^2(1)=20,667$; $p=0.00$), er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en de huisarts ($\chi^2(1)=5,680$; $p=0.02$) en er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming ($\chi^2(1)=23,326$; $p=0.00$).

Discussie

In deze masterproef werd onderzocht welke faciliterende factoren een rol spelen bij het zoeken van psychotherapeutische hulp. Daarnaast werd gekeken of er verschillen zijn in het belang van deze faciliterende factoren binnen bepaalde cliëntengroepen, bijvoorbeeld op basis van geslacht of hulpvraag. Tenslotte werd ook onderzocht of er een verschil is in belangrijkheid van deze ondersteunende factoren tussen cliënten en psychotherapeuten.

De resultaten van dit kwantitatief onderzoek kunnen mee richting geven aan het (geestelijk) gezondheidszorgbeleid in België.

In wat volgt worden de resultaten besproken, wordt aandacht besteed aan de beperkingen en sterktes van dit onderzoek en worden suggesties voor toekomstig onderzoek belicht.

1. Bespreking van de voornaamste resultaten

De voorbije jaren is het aantal mensen met emotionele, sociale en psychische problemen opvallend gestegen. Bijna één op drie Belgen maakte ooit in hun leven minstens één psychische stoornis mee (Bruffaerts et al., 2004; Kessler et al., 2007).

Naast de emotionele gevolgen en ziektelast voor de persoon zelf, hebben psychische stoornissen ook grote sociale en economische gevolgen. Volgens de OECD (2013) ligt de totale kost van de geestelijke gezondheidsproblemen voor België rond 3,4% van het BBP. Bijna de helft van deze kosten zijn indirecte kosten door verminderde productiviteit, werkonbekwaamheid of vervroegd pensioen na ziekte.

Psychotherapie, al dan niet in combinatie met medicatie, is een kostenefficiënte behandeling voor psychische problemen (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004).

Ondanks het grote aantal mensen met psychische problemen, de bijhorende sociale en maatschappelijke kosten en het feit dat psychotherapie een effectieve manier is voor het behandelen van deze problemen, neemt slechts één op vier van de personen met psychische problemen contact op met een professionele hulpverlener (Alonso et al., 2004, Wittchen et al., 2011). Er is met andere woorden een groot verschil tussen de

nood aan psychotherapie en het effectief gebruik ervan.

Verskillende theoretische modellen proberen de veelheid aan barrières en faciliterende factoren te structureren en het zoeken van hulp bij een psychotherapeut in kaart te brengen. Het model van hulpzoekgedrag van Rickwood et al. (2005) en het Health Belief Model, door Henshaw en Freedman-Doan (2009) aangepast voor de geestelijke gezondheidszorg, bieden een goede structuur voor onderzoek naar faciliterende of inhiberende factoren bij het zoeken van psychotherapeutische hulp.

De meeste onderzoeken focussen zich op de drempels of barrières die mensen ervaren bij het zoeken naar psychotherapeutische hulp. Deze worden opgedeeld in structurele barrières (kostprijs, bereikbaarheid,...), kennisgerelateerde barrières (herkennen van symptomen, weten waar hulp te kunnen vinden,...) en emotionele barrières (stigma, angst, schaamte,...) (Mackenzie et al., 2014; Thompson et al., 2004).

Onderzoek naar faciliterende factoren, die het zoeken van professionele hulp bevorderen, is schaars (Gulliver et al., 2010; O'Connor, Martin, Weeks & Ong, 2014). Bovendien was het aantal onderzoeken dat individuen bevraagt die reeds psychotherapie volgen beperkt. Meestal werd een hypothetische vraagstelling voorgelegd aan een niet-klinische groep. De keuze om voor deze masterproef cliënten te bevragen sluit aan bij de huidige maatschappelijke focus op kwaliteit van zorg en patiëntgerichtheid.

Deze masterproef wou vanuit een nieuwe invalshoek naar hulpzoekgedrag kijken en een antwoord bieden op volgende onderzoeksvragen:

- welke faciliterende factoren hebben een rol gespeeld bij cliënten om de stap naar een psychotherapeut te zetten
- zijn er verschillen in het belang van bepaalde faciliterende factoren wat betreft leeftijd, geslacht, hulpvraag en andere demografische factoren?
- is er een verschil in het belang van faciliterende factoren die tussen cliënten en psychotherapeuten?

1.1. Demografische gegevens

De demografische gegevens van de cliënten die deelnamen aan het onderzoek bevestigen een aantal trends die in de literatuur gevonden werden. Zo blijkt uit literatuur dat vrouwen eerder geneigd zijn om psychotherapeutische hulp te zoeken dan mannen (Andrews, Issakidis & Carter 2001; Deane & Todd, 1996 in Cusack et al., 2004; Rickwood & Braithwaite, 1994; Topkaya, 2015). Afgaand op deze literatuur en mijn eigen ervaring als psychotherapeut, kan vermoed worden dat deze steekproef met beduidend meer vrouwen dan mannen representatief is voor het cliëntenbestand van psychotherapeuten. Anderzijds kan het hoge aantal vrouwen in deze steekproef ook te maken hebben met het feit dat vrouwen eerder geneigd waren dan mannen om deel te nemen aan dit onderzoek.

De leeftijd van cliënten die deelnamen aan dit onderzoek varieerde van 18 jaar tot 80 jaar. De meerderheid van de deelnemers was jonger dan 50 jaar, maar hieruit kan zeker niet besloten worden dat ouderen minder snel naar een psychotherapeut stappen dan jongeren. Een mogelijke verklaring valt te vinden in het onderzoek van Mackenzie, Gekoski en Knox (2006): ouderen hebben een positievere houding tegenover hulpzoekgedrag dan jongeren, maar zijn eerder geneigd om naar hun huisarts te stappen dan naar een psychotherapeut. Bovendien hebben veel ouderen al een hulpverleningscontext (huisarts, thuisverpleegkundige, mantelzorger,...), waardoor een psychotherapeut voor hen wellicht geen meerwaarde betekent.

De meerderheid van de cliënten was gehuwd, waardoor deze steekproef een getrouwe weergave is van de realiteit. Uit onderzoek blijkt dat het hebben van een relatie een positieve invloed kan hebben op het zoeken van professionele hulp (Cusack et al., 2004; Tudiver & Talbot, 1999 in Rickwood et al., 2005), maar dat is een conclusie die op basis van deze gegevens niet zomaar kan getrokken worden.

Hetzelfde geldt voor opleidingsniveau en werkstatus. Aangezien psychotherapie betalend is, lijkt het vanzelfsprekend dat de meerderheid van de cliënten aan het werk is. Slechts een kleine minderheid heeft enkel een diploma lager onderwijs, wat congruent is met het onderzoek van Blumenthal en Endicott (1997), waaruit bleek dat een hoger opleidingsniveau een predictor blijkt voor hulpzoekgedrag.

De meest voorkomende hulpvragen waarmee cliënten aangemeld werden sluiten aan bij de meest voorkomende psychische problemen: stemmingsstoornissen, angststoornissen

en relatieproblemen.

De website www.geestelijkgezondvlaanderen.be is slechts door 15% van de cliënten in deze steekproef gekend. Voor een website met als hoofddoelen het wegwijs maken van mensen in het aanbod van de geestelijke gezondheid in Vlaanderen en het meer bespreekbaar maken van geestelijke gezondheid is dat eerder beperkt. Zeker ook omdat de bevraagde cliënten tot de beoogde doelgroep van deze website behoren.

Vertrekkende vanuit het nieuwe zorgmodel waarbij de patiënt centraal staat en er veel belang gehecht wordt aan het informeren van de patiënt (De Block, 2014, Vandeurzen, 2014), focusten een aantal vragen in dit onderzoek op de informatie die cliënten kregen van hun (huis)arts of vrienden/familie vooraleer ze een psychotherapeut contacteerden en de informatie die ze vooraf wensten. Dit om na te gaan in hoeverre de informatie die cliënten kregen, aansluit bij hun noden. Hieruit bleek dat de meeste cliënten vooral informatie wilden over de specialisaties van de psychotherapeut, het soort therapie, wat psychotherapie is en de ervaring van de psychotherapeut. Artsen geven vooral informatie over wat psychotherapie is, hoe een afspraak kan gemaakt worden en wat mogelijke redenen zijn om naar een psychotherapeut te gaan. Vrienden en familie focussen naast wat psychotherapie is vooral op informatie over het geslacht, de ervaring en de persoonlijkheid van de psychotherapeut.

Hierbij valt op dat artsen veel informatie geven die de cliënten minder belangrijk vinden en dat cliënten veel informatie die ze wel belangrijk vinden niet krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zich situeren in het huidige zorgmodel waarbij de arts nog steeds als specialist gezien wordt die de cliënt op basis van zijn of haar verhaal adviseert, waardoor de informatie die gegeven wordt niet altijd beantwoordt aan de informatie die de cliënt zelf wenst. Een andere verklaring kan zijn dat artsen zelf te weinig kennis hebben over de soorten psychotherapieën en de psychotherapeuten in hun buurt, waardoor ze minder kunnen vertellen over de specialisaties van de psychotherapeut. Dit heeft deels te maken met de grote spreiding en het weinig regionaal verankerd zijn van psychologen en psychotherapeuten. Het opstarten van psychologenkringen om psychologen regionaal te groeperen en een stem te geven, lijkt alvast een stap in de goede richting.

De informatie die familie en vrienden geven sluit meer aan bij de informatie die de

cliënt wil. Dit kan te maken hebben met het feit dat de cliënt meer gericht naar informatie vraagt aan familie en vrienden. Bovendien lijkt de informatie die familie en vrienden geven eerder gedeeld vanuit eigen ervaringen.

1.2. Faciliterende factoren die een rol hebben gespeeld

De betrouwbaarheidsanalyse bevestigde de aanwezigheid van een aantal schalen in de vragenlijst en kan een aanzet zijn voor de verdere ontwikkeling van een gestandaardiseerde vragenlijst om op termijn de theoretische modellen verder te gaan onderzoeken en te verfijnen. Dit behoorde echter niet tot de opzet van deze masterproef.

De belangrijkste faciliterende factoren volgens de cliënten in deze steekproef zijn: ik wil geholpen worden en ik heb nood aan professionele hulp. Deze items sluiten aan bij de factor 'awareness' in het theoretisch model van Rickwood et al. (2005) en bij de factor 'thread' in het Health Belief Model van Henshaw en Freedman-Doan (2009). Beiden stellen dat iemand zich eerst moet bewust zijn van het probleem en (h)erkennen dat professionele hulp nodig is. Dit komt als cruciaal element uit dit onderzoek en bevestigt de nood aan meer mental health literacy. Mensen dienen informatie te krijgen over psychisch welbevinden en psychische problemen om nog meer zelf aan te voelen en te kunnen bepalen wanneer professionele hulp nodig is. Ook dit past binnen de focus op empowerment van de zorgvrager. De website www.geestelijkgezondvlaanderen.be is een goed initiatief om de kennis over geestelijke gezondheid breed te verspreiden, maar meer inspanningen zijn nodig om deze website bij de brede bevolking kenbaar te maken. Mogelijk kunnen scholen en werkgevers hierbij een belangrijke rol spelen.

Verder werden ook een aantal items in verband met de toegankelijkheid als heel belangrijk gezien: de psychotherapeut is makkelijk te contacteren en de praktijk van de psychotherapeut is gemakkelijk bereikbaar. Binnen het Health Belief Model (Henshaw & Freedman-Doan, 2009) kan de toegankelijkheid van de psychotherapeut gezien worden als een laatste motiverende factor (cue to action) om de stap naar een psychotherapeut te zetten. Wachtlijsten kunnen in dit opzicht als heel drempelverhogend ervaren worden. Eenmaal iemand beseft dat hij/zij (professionele) hulp nodig heeft en de moeite neemt om een psychotherapeut te contacteren, is het

belangrijk dat deze persoon niet van het kastje naar de muur gestuurd wordt, maar direct bij de juiste persoon terecht komt en een afspraak kan maken. Hierbij aansluitend zullen de mogelijkheden om afspraken te maken aangepast moeten worden aan de cliënten. Sommige mensen nemen snel een telefoon, anderen sturen liever een mailtje en nog anderen verkiezen een online-afsprakensysteem. Het zal belangrijk zijn voor psychotherapeuten om al deze opties open te houden om op die manier heel vlot contacteerbaar te zijn en te blijven.

Tot slot speelden twee items over de expertise/erkenning van de psychotherapeut een belangrijke rol: de psychotherapeut heeft een goede reputatie en de psychotherapeut is erkend door zijn/haar beroepsvereniging. Dit bevestigt dat cliënten belang hechten aan de betrouwbaarheid van hun psychotherapeut. Weten dat ze kunnen vertrouwen op de expertise van de psychotherapeut, hetzij op basis van reputatie, hetzij op basis van erkenning, is een helpende factor in het zoeken van psychotherapeutische hulp. Het kluwen dat psychotherapie vandaag de dag is, bemoeilijkt echter deze factoren aanzienlijk. Cliënten kunnen wel online opzoeken of een psycholoog de titel van psycholoog wettelijk mag dragen en of een psychotherapeut aangesloten is bij een beroepsvereniging. De soorten (psycho)therapieën en bijhorende beroepsverenigingen schieten echter als paddenstoelen uit de grond, waardoor het voor cliënten moeilijk wordt om door de bomen het bos te blijven zien. De erkenning van de klinisch psycholoog is alvast een eerste stap, maar de regeling van het beroep van psychotherapeut mag niet achterblijven. Hier lijkt het vooral belangrijk om binnen de verschillende psychotherapeutische stromingen te focussen op een kwalitatieve en langdurige opleiding (inclusief intervisie en supervisie) tot erkend psychotherapeut. Rekening houdend met de betrouwbaarheidsanalyse van de verschillende schalen, zijn deze faciliterende factoren toe te schrijven aan drie componenten: perceptie van het probleem en de nood aan hulp (awareness), toegankelijkheid van de psychotherapeut en mental health literacy over de (ervaring/expertise van de) psychotherapeut. Ook deze resultaten passen zowel in het theoretische model van Rickwood et al. (2005) als in het Health Belief Model van Henshaw en Freedman-Doan (2009) en zorgen voor een verrijking van deze modellen met positief geformuleerde faciliterende factoren.

Een aantal items speelden duidelijk een minder grote rol in het zoeken van psychotherapeutische hulp: de psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk en er is (gedeeltelijk) financiële tegemoetkoming. Hoewel er een mogelijkheid was om ‘niet van toepassing’ aan te kruisen en dit in geval van deze twee items in de meerderheid van de gevallen effectief niet van toepassing was, gaven toch heel wat cliënten aan dat deze factoren voor hen helemaal niet hebben meegespeeld in het zoeken van psychotherapeutische hulp. Ofwel is dit echt zo en speelden deze zaken voor de cliënten in kwestie geen rol, ofwel hebben cliënten ‘helemaal niet’ aangekruist omdat dit ‘helemaal niet’ klopte voor hun situatie (maar misschien wel een rol gespeeld heeft). Rekening houdend met de realiteit lijkt de tweede optie meest waarschijnlijk. Om uitspraken te kunnen doen over het nut van een eventuele functie in een groepspraktijk of een terugbetaling van psychotherapie, is het relevanter om te kijken naar de resultaten op de vraag naar de vijf belangrijkste faciliterende factoren.

Tenslotte waren de resultaten voor de andere items eerder verspreid, waarbij ongeveer evenveel personen ‘helemaal wel’ en ‘helemaal niet’ hadden aangeduid.

1.3. Belang van faciliterende factoren

De tweede grote vraag op de vragenlijst peilde naar de vijf belangrijkste faciliterende factoren. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat de eerste vraag peilde naar faciliterende factoren die voor de cliënt hadden meegespeeld in het zoeken naar hulp en deze tweede vraag peilde naar de volgens de cliënt belangrijkste faciliterende factoren in het zoeken naar hulp. Bij deze tweede vraag kon de cliënt dan ook breder kijken dan de eigen situatie en zich afvragen wat bijvoorbeeld een buur of vriend zou kunnen helpen om hulp te zoeken bij psychische problemen.

De vijf meest belangrijke faciliterende factoren volgens cliënten zijn: ik wil geholpen worden, ik heb nood aan professionele hulp, ik kan over mijn gevoelens praten, ik kan en wil mij open stellen naar iemand die ik niet goed ken, en ik kan snel op gesprek komen.

Opvallend aan deze resultaten is dat de factoren die meest een rol speelden bij het zoeken van hulp, ook meest belangrijk geacht worden, zijnde: ik wil geholpen worden

en ik heb nood aan professionele hulp.

Volgens de betrouwbaarheidsanalyse kunnen we stellen dat de volgende twee belangrijkste factoren (ik kan over mijn gevoelens praten en ik kan en wil me openstellen naar iemand die ik niet goed ken) de emotionele competentie van mensen omvatten. Deze factoren leken minder uitgesproken een rol te hebben gespeeld bij het zoeken van hulp, maar blijken volgens cliënten toch heel erg belangrijk in het zoeken naar psychotherapeutische hulp.

De laatste belangrijkste ondersteunende factor is 'ik kan snel op gesprek komen'.

Deze resultaten bevestigen het model van Rickwood et al. (2005) waarbij het zoeken van hulp begint met de awareness en expression: het bewust worden van het probleem en het erkennen en uiten van de nood aan hulp. Vervolgens moeten hulpbronnen of mogelijke behandelingen beschikbaar zijn en tenslotte moet men in staat zijn om zich open te stellen en zijn gevoelens en problemen te uiten tegenover de hulpbron.

Bovendien passen deze resultaten ook in het Health Belief Model voor geestelijke gezondheidszorg, waarbij de erkenning van de nood aan hulp onder 'thread' kan geplaatst worden: de cliënt is zich bewust van de dreiging van de psychische problemen op zijn gezondheid. Het zich openstellen naar een vreemde en over gevoelens kunnen praten, past binnen dit model eerder bij het aspect van self-efficacy, waarbij een cliënt gelooft dat hij (mits hulp) zelf in staat is en alles in huis heeft om het probleem op te lossen. Het snel op gesprek kunnen komen tenslotte past eerder bij de 'cues to action', externe factoren die de uiteindelijke stap naar een psychotherapeut een duwtje in de goede richting kunnen geven.

1.4. Verschillen tussen cliëntengroepen

Op basis van de literatuurstudie werd een verschil verwacht tussen mannen en vrouwen. Er werd verwacht dat vrouwen de faciliterende factoren in verband met emotionele competentie belangrijker zouden vinden dan mannen, en dat mannen de faciliterende factoren in verband met stigma belangrijker zouden vinden.

Voor vrouwen speelden de faciliterende factoren 'ik heb nood aan professionele hulp', 'ik kan snel op gesprek komen', 'het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan' een significant grotere rol dan voor mannen. Anderzijds bleek voor mannen de

factor 'ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten' significant belangrijker.

Dit strookt niet met wat verwacht werd, maar geeft wel aan dat mannen een grotere vraag lijken te hebben naar informatie (mental health literacy).

Een ander interessant resultaat was de factor 'ik kan snel op gesprek komen' die significant meer belangrijk was voor cliënten die werkongeschikt waren dan voor cliënten met een ander werkstatuut. Dit kan verklaard worden door het feit dat wie werkongeschikt is, liever zo snel mogelijk terug aan het werk kan, waardoor het voor hen belangrijker is dan voor anderen om snel op gesprek te kunnen komen. Dit resultaat bevestigt dat mensen die werkongeschikt zijn daar vaak niet zelf voor kiezen. Niet iedereen die werkongeschikt wil dus van het gezondheidszorgsysteem profiteren. Dit is belangrijk in het licht van het actieplan van minister Maggie De Block om langdurig zieken terug aan het werk te krijgen (De Block, 2016).

De belangrijkste resultaten wat verschillen tussen cliëntengroepen betreft, hebben te maken met de hulpvraag waarmee een cliënt werd aangemeld. Cliënten die aangemeld werden met een angststoornis vinden de faciliterende factoren 'één of meer mensen in de omgeving vindt het normaal om naar een psychotherapeut te gaan', 'de therapeut is gemakkelijk te contacteren', en 'ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt' significant belangrijker dan cliënten zonder angststoornis. Dit is te verklaren vanuit hun hulpvraag. Angstige personen hebben vermoedelijk ook vaker dan anderen ook schrik voor het mogelijk stigma en schrik voor het psychotherapeutisch gesprek en de psychotherapeut zelf. Meer informatie over het verloop van zo'n gesprek, een eenvoudige manier (eventueel via mail) om de therapeut te contacteren en een steunende omgeving zouden deze angst kunnen verminderen.

Cliënten die aangemeld werden met relatieproblemen vinden de factor 'ik heb nood aan professionele hulp' significant belangrijker en de factor 'snel op gesprek komen' significant minder belangrijk dan cliënten zonder relatieproblemen. Het belang van de factor 'ik heb nood aan professionele hulp' kan verklaard worden door het feit dat mensen die naar een relatietherapeut stappen vaak zelf al heel wat geprobeerd hebben

om de relatie te redden. Een relatietherapeut wordt dan vaak gezien als laatste reddingsmiddel, vandaar het belang van deze ondersteunende factor. Aangezien deze mensen vaak al een hele weg hebben afgelegd is het voor hen misschien ook minder belangrijk dan voor cliënten zonder relatieproblemen om snel op gesprek te kunnen komen.

Cliënten met een stemmingsstoornis vinden de factor ‘samenwerking met huisarts’ significant belangrijker dan cliënten zonder stemmingsstoornis. Hetzelfde geldt voor cliënten met een angststoornis. Voor cliënten met relatieproblemen geldt het omgekeerde: zij vinden de factor ‘samenwerking met huisarts’ significant minder belangrijk dan cliënten zonder relatieproblemen. Dit is te verklaren door het feit dat stemmingsstoornissen en angststoornissen medische ziektebeelden zijn die vaak gediagnosticeerd worden door een (huis)arts, die daarna doorverwijst naar een psychotherapie. Voor relatieproblemen ligt dit anders. Cliënten die aanmelden met relatieproblemen komen meestal niet op doorverwijzing van een (huis)arts, waardoor voor deze cliënten een samenwerking met de huisarts wellicht ook minder belangrijk is.

1.5. Verschillen tussen cliënten en psychotherapeuten

Cliënten vinden zeven faciliterende factoren significant belangrijker dan psychotherapeuten: ik kan en wil over mijn gevoelens praten, ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken, ik (her)ken belangrijke signalen/symbolen, ik wil geholpen worden, ik heb nood aan een professionele hulpverlener, het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan, en ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt.

Vier van deze faciliterende factoren zijn eveneens de belangrijkste faciliterende factoren voor cliënten. De focus ligt op emotionele competentie, erkennen van het probleem en de nood aan hulp. Eén ondersteunende factor heeft te maken met stigma (anonimiteit) en één met mental health literacy (meer informatie over hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt).

Er zijn vijf faciliterende factoren die psychotherapeuten significant belangrijker vinden dan cliënten: in mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe, iemand

die ik vertrouwd raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan, één of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan, er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en de huisarts en er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming.

Geen van deze faciliterende factoren stond in de top vijf van de cliënten. De focus van psychotherapeuten ligt meer op de afwezigheid van stigma en op toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Voor cliënten is de samenwerking met de huisarts en een financiële tegemoetkoming van significant minder belang dan voor psychotherapeuten. Dit kan verklaard worden door het feit dat een grote groep cliënten aangemeld was met relatieproblemen, waarvoor de samenwerking met de huisarts minder een rol speelt. Bovendien is het zo dat de bevroegde cliënten uit deze steekproef op dit moment psychotherapie volgen die voor de meesten onder hen niet terugbetaald wordt, waardoor terugbetaling voor hen minder een faciliterende factor is. Dit verschil zal mogelijks kleiner zijn als de steekproef ook cliënten van een CGG of een psychiatrisch ziekenhuis zou omvatten. Er is ook een grote groep mensen die nu geen psychotherapeutische hulp zoekt omwille van de financiële drempel (Sommers, 2015), deze cliënten werden in dit onderzoek ook niet bereikt.

Wat deze verschillen vooral aantonen is dat het een én-én-verhaal is. Enerzijds zijn de faciliterende factoren die volgens psychotherapeuten van belang zijn, zeker relevant voor verdere beleidskeuzes. Anderzijds en zeker in het licht van het nieuwe patiënt/cliëntgerichte zorgmodel, wordt best ook rekening gehouden met de faciliterende factoren die cliënten aangeven als meest belangrijk.

2. Beperkingen en sterktes van dit onderzoek

Een eerste grote beperking heeft te maken met de steekproef. Deelname aan dit onderzoek was vrijwillig, waardoor niet iedereen bereikt werd en er sprake kan zijn van self-selection bias. Mogelijk was het stigma bij de deelnemers minder dan bij wie niet deelnam. Zo waren er cliënten die initieel wilden meewerken, maar afhaakten omdat ze hun naam op het informed consent moesten invullen. Dit bevestigt het vermoeden dat

cliënten die een grote mate van stigma ervaren, wellicht niet zullen deelgenomen hebben aan dit onderzoek.

Daarbij aansluitend speelt ook een bias bij de psychotherapeuten mee. Zij legden deze vragenlijst niet standaard aan al hun cliënten voor, maar maakten zelf ook al een gerichte selectie uit hun cliëntenbestand, afhankelijk van het moment en de inschatting van de bereidwilligheid van de cliënt.

Bovendien was de steekproef beperkt doordat enkel cliënten van zelfstandige psychotherapeuten bevroegd werden. Uitbreiding van de steekproef door onder andere bevraging van cliënten in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg had een meerwaarde kunnen betekenen. Omdat de kostprijs voor psychotherapie in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg een stuk lager ligt dan bij privé-psychotherapeuten wordt vermoed dat voor cliënten binnen een CGG een financiële tegemoetkoming wel een belangrijke ondersteunende factor is. Ook het bevragen van psychiatrische patiënten in een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, had de steekproef kunnen verrijken. Deze groep kon echter ook voor een bias zorgen omdat psychiatrische patiënten vaker op, al dan niet gedwongen, doorverwijzing van een arts bij een psycholoog terecht komen. Dit onderzoek focuste daarom vooral op de mate van faciliterende factoren bij cliënten met milde psychische problemen.

Een tweede grote beperking was de zelfrapportage. Enerzijds voor wat betreft de hulpvraag waarmee mensen bij de psychotherapeut terecht kwamen. Deze hulpvraag was geen diagnose bevestigd door een arts, maar de hulpvraag zoals aangegeven door de cliënt bij aanmelding. Om dit toch enigszins te controleren werd gevraagd om dit deel van de vragenlijst samen met de psychotherapeut in te vullen. Daartoe was een protocol voorzien voor de deelnemende psychotherapeuten, zodat de vragenlijsten bij iedereen op dezelfde manier zouden afgenomen worden. Er was echter geen controle op het correct toepassen van dit protocol en ook de opgegeven hulpvraag/diagnose werd op geen enkele manier objectief bevestigd. Dit hoeft echter geen probleem te zijn, aangezien psychische problemen kunnen variëren van mild tot ernstig, maar dit betekent niet dat milde vormen minder nood hebben aan een behandeling. In tegendeel, een milde vorm kan in de toekomst tot ernstige problemen in het functioneren leiden, zoals werkverzuim, suïcide of opname (Kessler et al., 2003). In dit geval kan een

‘subjectieve’ diagnose als hulpvraag toch ook van belang zijn.

Anderzijds biedt zelfrapportage geen controle op het correct begrijpen van de vragen en kon ook niet gecontroleerd worden of de cliënt de vragen bleef invullen voor de situatie ‘bij aanvang van therapie’. Deze situatieschets was van belang voor dit onderzoek, maar maakte de vragenlijst voor cliënten wel wat complexer. Een aanvulling met kwalitatief onderzoek, waarbij de vragenlijst aan bod komt tijdens een uitgebreid interview met een beperkter aantal cliënten had een meerwaarde kunnen zijn, maar werd in dit geval niet uitgevoerd omwille van gebrek aan tijd en middelen.

Een laatste beperking heeft te maken met de vragenlijst zelf. Zo waren er geen vragen met betrekking tot gebruik van medicatie, wat tot een interessante aanvulling had kunnen leiden. Bovendien zorgde de opstelling van de vragenlijst op papier ervoor dat de items niet at random aan de cliënt getoond werden, maar steeds in dezelfde volgorde, wat ook een bias met zich meebrengt. Zeker in het geval van het bepalen van de vijf belangrijkste factoren kan dit ervoor zorgen dat mensen vooral aandacht hebben voor de bovenste items en minder voor de onderste.

Naast deze beperkingen zijn er toch ook een aantal sterktes aan dit onderzoek. In tegenstelling tot andere onderzoeken vertrekt deze masterproef niet van een hypothetische of suggestieve bevraging maar worden mensen bevraagd die de stap naar een psychotherapeut al gezet hebben. Dit is een manier om het hulpzoekgedrag in kaart te brengen. Dit gebeurde tot nu toe zelden in onderzoeken, aangezien de meeste studies zich richten op een verandering in attitudes.

Een tweede sterkte is de focus op faciliterende factoren. Deze creatieve insteek biedt een aantal vernieuwende inzichten en aanzetten tot beleidsinterventies.

Tot slot werden op de vraag naar ‘andere factoren die niet in de vragenlijst werden opgenomen’ bijna geen nieuwe factoren opgesomd, wat erop kan wijzen dat de belangrijkste factoren in de vragenlijst werden opgenomen.

3. Beleidsaanbevelingen en toekomstig onderzoek

Rekening houdend met de beperkingen van dit onderzoek kunnen toch een aantal aanbevelingen gedaan worden in functie van het gezondheidszorgbeleid België en

Vlaanderen.

Vertrekkend van het nieuwe zorgmodel waarbij de patiënt centraal staat en voldoende geïnformeerd wordt om zelf bepaalde beslissingen te kunnen nemen, spreekt het voor zich om verder in te zetten op mental health literacy.

Eén manier om dit te doen is het aanpassen van de informatie aan de noden van de cliënten. Uit dit onderzoek bleek dat cliënten vooral nood hadden aan informatie over het soort therapie, over de specialisaties en over de ervaring van de psychotherapeut. Zo kan er tijdens de opleiding tot arts meer aandacht besteed worden aan de verschillende soorten therapie en de werkzaamheid van de psychotherapieën bij bepaalde problematieken. De Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen zet met het opstarten van psychologenkringen een stap in de goede richting. Eenzelfde regionale verankering en samenwerking lijkt echter nodig voor psychotherapeuten.

Ten tweede hebben mensen meer nood aan informatie over psychisch welbevinden en psychische problemen, zodat ze nog sneller of beter zelf kunnen bepalen of ze professionele hulp nodig hebben. Hiervoor lijkt nog steeds een rol weggelegd voor de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be. Eventueel kan samen met cliënten gekeken worden welke functionaliteiten en toepassingen deze website naast het puur informeren nog kan omvatten.

Anderzijds is een website niet voor iedereen even toegankelijk en kan deze informatie over welbevinden en het herkennen van symptomen en de nood aan professionele hulp ook mee opgenomen worden in het onderwijs om zo alle lagen van de bevolking te bereiken.

Een derde manier om in te zetten op mental health literacy is het transparanter communiceren over psychologen en psychotherapeuten. Uit dit onderzoek blijkt dat cliënten belang hechten aan de betrouwbaarheid van hun psychotherapeut. Naast de erkenning van de klinisch psycholoog zal het ook nodig zijn om aan cliënten duidelijk te maken wie een kwalitatieve psychotherapeut is en wie niet. Het hervormen van de opleidingen tot psychotherapeut en garanderen van de kwaliteit van deze opleidingen is daarvoor een minimumvereiste.

Een tweede reeks aanbevelingen heeft te maken met de toegankelijkheid. De geestelijke gezondheidszorg dient zo georganiseerd te worden dat wie psychische problemen heeft,

snel kan geholpen worden en ook snel bij de juiste persoon terecht komt. Een eerstelijnspsychologische functie als triagefunctie lijkt hiervoor een goede oplossing. Wel moet rekening gehouden worden met het feit dat dit een extra drempel en mogelijks bijkomend stigma kan creëren voor cliënten met ernstige psychische problemen. Door een trapsgewijze doorverwijzing, zullen zij vaak meerdere hulpverleners moeten passeren vooraleer ze bij de juiste terecht te komen. Goede opleiding van de eerstelijnspsychologen en correcte doorverwijzing is hierbij van cruciaal belang.

Daarbij aansluitend zal de terugbetaling voor consultaties bij een klinisch psycholoog zeker drempelverlagend zijn voor een groep mensen. En als sneller en dus reeds bij milde symptomen kan opgetreden worden, zal het aantal personen met ernstige psychische problemen ook dalen.

Hierbij zal het vooral belangrijk zijn om alle maatregelen op elkaar te laten aansluiten, zodat niet telkens die cliënten met ernstige psychische problemen uit de boot vallen. Aangezien psychotherapie zich op de tweede lijn bevindt en er voorlopig enkel sprake is van terugbetaling voor psychologen en niet voor psychotherapeuten, kan dit bijkomend een extra drempel zijn voor cliënten met ernstige psychische problemen.

Ten derde is het belangrijk om de emotionele competentie van mensen te verhogen, zodat ze gemakkelijker over hun gevoelens kunnen praten en zich kunnen openstellen naar mensen die ze niet goed kennen. Hoewel dit deels te maken heeft met de persoonlijkheid van mensen, is dit een vaardigheid die kan aangeleerd of getraind worden. Hier lijkt een belangrijke rol weggelegd voor het onderwijs, waar kinderen kunnen leren en ervaren hoe ze hun gevoelens op een goede manier kunnen uiten en hoe ze daar bij anderen goed op kunnen reageren.

Tenslotte toonde dit onderzoek aan dat er verschillen zijn afhankelijk van de hulpvraag. Hiermee kan rekening gehouden worden door niet alle cliënten met psychische problemen over dezelfde kam te scheren. Een goede samenwerking met de huisarts is belangrijk als dit belangrijk is voor de cliënt. Als een cliënt met relatieproblemen liever niet heeft dat de huisarts op de hoogte gebracht wordt, dan moet dit gerespecteerd worden, zonder deze cliënt te straffen door bijvoorbeeld een terugbetaling afhankelijk te

maken van de samenwerking met de huisarts. Binnen een patiënt/cliëntgericht zorgmodel, waarbij de cliënt de regie heeft, moet zoets zeker mogelijk zijn.

Daarnaast biedt deze masterproef ook een aantal handvaten voor verder onderzoek. Enerzijds bevestigt dit onderzoek dat ook onderzoek naar faciliterende factoren belangrijk is om hulpzoekgedrag verder in kaart te brengen. De ontwikkeling van een allesomvattend theoretisch model om de veelheid aan barrières en faciliterende factoren te structureren, kan hierbij helpend zijn. Bovendien zou ook een gestandaardiseerde vragenlijst kunnen ontwikkeld worden om het onderzoek naar faciliterende factoren in een grotere populatie te kunnen uitvoeren.

Naast verder onderzoek om het theoretisch model te ontwikkelen en te verklaren, is ook verder onderzoek nodig naar de effectiviteit van de interventies op hulpzoekgedrag. De meta-analyse van Gulliver et al. (2012) bevestigt dat bepaalde interventies effectief zijn vooral op de attitudes over hulp zoeken. Meer onderzoek naar effectiviteit op hulpzoekgedrag is nodig, evenals onderzoek naar de effectiviteit op langere termijn.

Conclusie

Bijna één op drie Belgen maakte ooit in hun leven minstens één psychische stoornis mee. De gevolgen voor de persoon alsook voor de maatschappij zijn groot. Hoewel psychotherapie een kostenefficiënte behandeling is voor psychische problemen, zoekt minder dan één derde van mensen met psychische problemen professionele hulp.

De meeste onderzoeken focussen zich op de drempels die mensen ervaren bij het zoeken van professionele hulp: kostprijs, bereikbaarheid, herkennen van symptomen, stigma, angst, schaamte,... Interventies zijn dan gericht op het wegnemen van de drempels.

Het is belangrijk voor beleidsmakers om een beter begrip te hebben van de verschillende factoren die een rol spelen in de beslissing om hulp te zoeken bij een psychotherapeut. Daarom werd in deze masterproef op zoek gegaan naar faciliterende factoren bij het zoeken van psychotherapeutische hulp. Voor cliënten speelden volgende factoren het meest een rol bij het zoeken van hulp: ‘ik wil geholpen worden’, ‘ik heb nood aan professionele hulp’, ‘de psychotherapeut is makkelijk te contacteren’, ‘de praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar’, ‘de psychotherapeut heeft een goede reputatie’ en ‘de psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door zijn/haar beroepsvereniging’.

Zowel cliënten als psychotherapeuten gaven aan welke volgens hen de meest belangrijke faciliterende factoren waren. De vijf meest belangrijke faciliterende factoren volgens cliënten zijn: ik wil geholpen worden, ik heb nood aan professionele hulp, ik kan over mijn gevoelens praten, ik kan en wil mij open stellen naar iemand die ik niet goed ken, en ik kan snel op gesprek komen. Hierbij werden een aantal belangrijke verschillen opgemerkt afhankelijk van de hulpvraag waarmee de cliënt werd aangemeld. In vergelijking met psychotherapeuten vinden cliënten zeven faciliterende factoren significant belangrijker dan psychotherapeuten: ik kan en wil over mijn gevoelens praten, ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken, ik (her)ken belangrijke signalen/symbolen, ik wil geholpen worden, ik heb nood aan een

professionele hulpverlener, het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan, en ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt.

Anderzijds zijn er vijf faciliterende factoren die psychotherapeuten significant belangrijker vinden dan cliënten: in mijn omgeving is praten over psychische problemen geen taboe, iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan, één of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan, er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en de huisartsen er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming.

Deze resultaten tonen aan dat niet enkel de visie van psychotherapeuten, maar ook de stem van cliënten van belang is in kader van het (toekomstig) beleid rond geestelijke gezondheidszorg.

Rekening houdend met de beperkingen van dit onderzoek durven toch een aantal aanbevelingen gedaan te worden.

Vertrekkend van het nieuwe zorgmodel, spreekt het voor zich om verder in te zetten op mental health literacy. Dit kan op verschillende manieren: door de artsen beter te informeren over soorten psychotherapie en de werkzaamheid ervan, zodat zij hun patiënten gerichter informatie kunnen geven. Door psycho-educatie over psychisch welbevinden en psychische problemen via onderwijs en door het nog breder bekendmaken van de website www.geestelijkgezondvlaanderen.be. En door een transparantere communicatie over het beroep van psychologen en psychotherapeuten in België, zodat we cliënten een garantie kunnen bieden op kwalitatieve psychotherapie.

Daarnaast kan de focus liggen op de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Niet enkel door het wegwerken van wachtlijsten of voorzien van terugbetalingsmodaliteiten, maar ook door het efficiënt inzetten van psychologen en psychotherapeuten waar ze nodig zijn, zodat iemand met psychische problemen snel door de juiste hulpverlener kan geholpen worden.

Bovendien kan via het onderwijs de emotionele competentie van kinderen en jongeren versterkt worden, zodat ze later geen schroom hebben om over hun gevoelens te praten of zich open te stellen naar een psychotherapeut.

Tenslotte onderstreept dit onderzoek het belang van een patiënt/cliëntgerichte aanpak, waarbij rekening gehouden wordt met de wensen en de sterktes van het individu om zo tot een aanpak op maat te komen.

Omwille van de tekortkomingen van dit onderzoek, zou een bredere studie met een grotere steekproef tot meer algemene conclusies kunnen leiden. Verder onderzoek kan zich ook richten op het opstellen van een allesomvattend theoretisch model, het ontwikkelen van een gestandaardiseerde vragenlijst en het onderzoeken van de effectiviteit van bepaalde interventies om hulpzoekgedrag te bevorderen.

Literatuurlijst

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American psychologist*, 58(1), 5-14.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109(s420), 21-27.
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., ... & Bruffaerts, R. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular psychiatry*, 16(12), 1234-1246.
- Alvidrez, J., & Azocar, F. (1999). Distressed women's clinic patients:: Preferences for mental health treatments and perceived obstacles. *General hospital psychiatry*, 21(5), 340-347.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H. U., & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(s1), 1-27.
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ... & Florescu, S. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine*, 44(06), 1303-1317.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *The British Journal of Psychiatry*, 179(5), 417-425.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 184(6), 526-533.
- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – Swets & Zeitlinger Publishers.
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from

- DSM-5. Amsterdam: Boom.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. J. Kuhl, & J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Bijl, R. V., de Graaf, R., Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., ... & Wittchen, H. U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22(3), 122-133.
- Blumenthal, R. & Endicott, J. (1996). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and anxiety*, 4(6), 273-278.
- Bouverne-De Bie, M. (2004). *Sociale agogiek*. Gent: Academia Press
- Brody, D. S., Khaliq, A. A., & Thompson, T. L. (1997). Patients' perspectives on the management of emotional distress in primary care settings. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 403-406.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2008). Het voorkomen van depressie in België. Stand van zaken en reflecties voor de toekomst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(10), 655-665.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2004). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschr voor Geneeskunde*, 60, 75-85.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 46-74.
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A., & Yassin, N. (2003). 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical education*, 37(10), 873-880.
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., & Marti, C. N. (2014). Treatment use, perceived need, and barriers to seeking treatment for substance abuse and mental health problems among older adults compared to younger adults. *Drug and alcohol*

- dependence, 145, 113-120.
- Churchill, R., Khaira, M., Gretton, V., Chilvers, C., Dewey, M., Duggan, C., ... & Antidepressants in Primary Care (CAPC) Study Group. (2000). Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *Br J Gen Pract*, 50(460), 905-906.
- Ciarrochi, J., Wilson, C. J., Deane, F. P., & Rickwood, D. (2003). Do difficulties with emotions inhibit help-seeking in adolescence? The role of age and emotional competence in predicting help-seeking intentions. *Counselling Psychology Quarterly*, 16(2), 103-120.
- Conklin, J. (2005). *Dialogue mapping: Building shared understanding of wicked problems*. John Wiley & Sons, Inc..
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477-479.
- Cuijpers, P. (2015). Psychotherapies for adult depression: recent developments. *Current opinion in psychiatry*, 28(1), 24-29.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148.
- Currin, J. B., Hayslip, B., & Temple, J. R. (2011). The relationship between age, gender, historical change, and adults' perceptions of mental health and mental health services. *The International Journal of Aging and Human Development*, 72(4), 317-341.
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 271-283.
- Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2001). Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *Journal of clinical psychology*, 57(7), 901-914.
- De Block, M. (2014). *Algemene Beleidsnota gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 1 april

- 2016, van <http://www.maggiedeblock.be/wp-content/uploads/2014/12/BN-Gezondheidszorg-2015.pdf>
- De Block (2016). Langdurig zieken die nog kunnen werken beter en intenser begeleiden naar een job. Geraadpleegd op 30 april, 2016 van <http://www.maggiedeblock.be/2016/04/09/langdurig-zieken-die-nog-kunnen-werken-beter-en-intenser-begeleiden-naar-een-job/>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., ... & Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). 'What works?' Remarks on Research Aspects of Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family therapy*, 19(2), 121-124.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C. D., Liao, D., & Wells, K. B. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of general internal medicine*, 15(8), 527-534.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 24(8), 1011-1030.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2005). Advies van de Hoge Gezondheidsraad. Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden. Geraadpleegd op 13 november 2015 van https://www.bfp-fbp.be/sites/default/files/hgr_7855.pdf
- Fox, J. C., Blank, M., Rovnyak, V. G., & Barnett, R. Y. (2001). Barriers to help seeking for mental disorders in a rural impoverished population. *Community mental health journal*, 37(5), 421-436.
- Garcia, L. M. (2012). Understanding design thinking, exploration and exploitation: Implications for design strategy. *International Design Business Management Papers volume, 2*, 150-161.
- Geestelijk Gezond Vlaanderen (2015). Getuigenis Lieven Scheire: 'Als ik bang was dat ik bang zou worden, werd ik ook doodsbang'. Geraadpleegd van <http://geestelijkgezondvlaanderen.be/getuigenis-lieven-scheire-als-ik-bang-was->

dat-ik-bang-zou-worden-werd-ik-ook-doodsbang%E2%80%99

- Gisle L. (2014). Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014
- Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107-109.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry*, 12(1), 81.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... & Gannon, B. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L., & Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC psychiatry*, 11(1), 196.
- Henshaw, E. J., & Freedman-Doan, C. R. (2009). Conceptualizing mental health care utilization using the health belief model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 420-439.
- Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., Trivedi, M., & Rush, A. J. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment?. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (4), 455-468.
- Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., ... & Linehan, M. M. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological psychiatry*, 52(6), 610-630.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Kakhnovets, R. (2011). Relationships among personality, expectations about

- counseling, and help-seeking attitudes. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 89(1), 11-19.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Uestuen, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., ... & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(01), 23-33.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 1117-1122.
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287-297.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A., Hoedeman, R., van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of occupational and environmental health*, 84(2), 193-201.
- Kovandžić, M., Chew-Graham, C., Reeve, J., Edwards, S., Peters, S., Edge, D., ... & Dowrick, C. (2011). Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: from 'silent suffering' to 'making it work'. *Social science & medicine*, 72(5), 763-772.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M., & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58 (2), 213-220.
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(4), 251-257.

- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family therapy*, 38(1), 145-168.
- Leichsenring D Sc, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., ... & Leibing D Sc, E. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875-881.
- Lievens, S. (2000). Naar een geestelijke gezonde samenleving. In M. De Hert, S. Van den Broucke, & R. Van Nuffel (Eds.), *Naar een geestelijke gezonde samenleving* (pp. 39-66). Diegem: Kluwer.
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 56-68.
- Lueger, G., & Korn, H. P. (2006). *Solution-focused management* (Vol. 1). Rainer Hampp Verlag, p. 257-362.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health*, 10(6), 574-582.
- Mackenzie, C. S., Erickson, J., Deane, F. P., & Wright, M. (2014). Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(2), 99-106.
- McKergow, M. (2012). *Solution-focused approaches in management*. Geraadpleegd op 13 november 2015 van <http://sfwork.com/solution-focused-approaches-in-management>
- Merikangas, K. R., Ames, M., Cui, L., Stang, P. E., Ustun, T. B., Von Korff, M., & Kessler, R. C. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1180-1188.
- Mo, P. K., & Mak, W. W. (2009). Help-seeking for mental health problems among Chinese. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(8), 675-684.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C., & Feldman, M.

- D. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(3), 254-258.
- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L., & Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 394-409.
- Mojtabai, R., Evans-Lacko, S., Schomerus, G., & Thornicroft, G. (2016). Attitudes Toward Mental Health Help Seeking as Predictors of Future Help-Seeking Behavior and Use of Mental Health Treatments. *Psychiatric Services*.
Geraadpleegd op 27 maart, 2016 van
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26876662>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1), 1-9.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA.
Geraadpleegd op 15 september, 2015 van
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf
- Murray, C. J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... & Aboyans, V. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 380(9859), 2197-2223.
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313-322.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2010). Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition) [Elektronische versie]. British Psychological Society. Geraadpleegd op 18 augustus, 2015 van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132433>
- O'Connor, P. J., Martin, B., Weeks, C. S., & Ong, L. (2014). Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the

- Health Belief Model. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2577-2587.
- Oestergaard, S., & Møldrup, C. (2011). Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 131(1), 24-36.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297-301.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD; 2013), *Mental Health and Work: Belgium*, OECD Publishing. Geraadpleegd op 18 augustus, 2015 van <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en>
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 61(7), 714-719.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), 563-572.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychol Res Behav Manag*, 5, 173-183.
- Ritchey, T. (2013). Wicked problems. *Modelling Social Messes with Morphological Analysis*. Geraadpleegd op 13 november, 2015 van swemorph.com/pdf/wp.pdf
- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183.
- Rosenthal, M. B., Berndt, E. R., Donohue, J. M., Frank, R. G., & Epstein, A. M. (2002). Promotion of prescription drugs to consumers. *New England Journal of Medicine*, 346(7), 498-505.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L., ... & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357-364.

- Schonbrun, Y. C., & Whisman, M. A. (2010). Marital distress and mental health care service utilization. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 732.
- Schulberg, H. C., Katon, W., Simon, G. E., & Rush, A. J. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of general psychiatry*, 55(12), 1121-1127.
- Sommers, L. (Knack, 2015). Ja, ik ben een tijdje naar de psycholoog gegaan en ik ben er trots op. Geraadpleegd op 13 november, 2015, van <http://www.knack.be/nieuws/belgie/ja-ik-ben-een-tijdje-naar-een-psycholoog-gegaan-en-ik-ben-er-trots-op/article-opinion-617671.html>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, dyu038.
- Terugbetaling psychotherapie: Ik kreeg het gevoel dat mijn ziekte niet au sérieux werd genomen. (2015) Knack, geraadpleegd op 13 november, 2015, van <http://www.knack.be/nieuws/gezondheid/terugbetaling-psychotherapie-ik-kreeg-het-gevoel-dat-mijn-ziekte-niet-serieus-werd-genomen/article-normal-623425.html>
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(10), 810-817.
- Thompson, A., Issakidis, C., & Hunt, C. (2008). Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behaviour Change*, 25(02), 71-84.
- Topkaya, N. (2015). Factors influencing psychological help seeking in adults: A qualitative study. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 15(1), 21-31.
- Vandeuren, J. (2014). Beleidsnota 2014-2019. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 13 november, 2015, van http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Beleidsnota_2014_2019_Welzijn_Volksgezondheid_Gezin%20%281%29.pdf
- van Schaik, D. J., Klijn, A. F., van Hout, H. P., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M., & van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of

- depressive disorder in primary care. *General hospital psychiatry*, 26(3), 184-189.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325-337.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of clinical psychology*, 63(3), 233-245.
- Vogel, D. L., & Western, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 50(3), 351-361.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling & Development*, 85(4), 410-422.
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 459-470.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... & Haro, J. M. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., ... & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *Bmj*, 321(7273), 1383-1388.
- Wells, J. E., Robins, L. N., Bushnell, J. A., Jarosz, D., & Oakley-Browne, M. A. (1994). Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29(4), 155-164.
- Wells, K. B., Miranda, J., Bauer, M. S., Bruce, M. L., Durham, M., Escobar, J., ... & Lawson, W. (2002). Overcoming barriers to reducing the burden of affective

- disorders. *Biological psychiatry*, 52(6), 655-675.
- Werkgroep Eerstelijnspsychologie VVKP (2015). De Eerstelijnspsycholoog. Eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis. Geraadpleegd op 27 maart, 2016, van http://www.vvkp.be/sites/default/files/pdfs/nota_eerstelijnspsychologie_11032015_layout.pdf
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 638-643.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wills, T. A., & DePaulo, B. M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. *Handbook of social and clinical psychology*, 162, 350-375.
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2001). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12(4), 345-364.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Whitton, S. W., & Whisman, M. A. (2010). Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 791-794.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst voor cliënten

Faciliterende factoren om hulp te zoeken bij een psychotherapeut.

Psychotherapie is een effectieve manier om psychische problemen aan te pakken. Toch nemen weinig mensen contact op met een psychotherapeut. Om na te gaan wat mensen ertoe aanzet hulp te zoeken bij een psychotherapeut, werd een vragenlijst opgesteld.

Het invullen van deze bondige vragenlijst neemt ongeveer 10 minuten in beslag.

Uw antwoorden zijn strikt vertrouwelijk en worden anoniem verwerkt.

Dit onderzoek voldoet aan alle richtlijnen en voorwaarden die de ethische commissie oplegt.

Demografische gegevens van de cliënt/patiënt

in te vullen door de psychotherapeut

Deze vragen hebben betrekking op de situatie bij aanvang van de therapie.

1. Geslacht
 - Man
 - Vrouw

2. Leeftijd: ... jaar

3. Burgerlijke status:
gelieve slechts 1 antwoord aan te kruisen
 - Gehuwd
 - Samenwonend
 - Gescheiden
 - Alleenstaand

4. Hoogst behaalde diploma
gelieve slechts 1 antwoord aan te kruisen
 - Lager onderwijs
 - Middelbaar onderwijs
 - Hoger onderwijs
 - Universiteit

5. Werksituatie
gelieve slechts 1 antwoord aan te kruisen
 - Student
 - Werkzoekende
 - Werknemer
 - Zelfstandige (in hoofdberoep)
 - Werkongeschikt
 - Andere:

6. Hulpvraag:
meerdere antwoorden zijn mogelijk
- Stemmingsstoornis
 - Angststoornis
 - Middelenmisbruik
 - Relatieproblemen
 - Persoonlijkheidsstoornis
 - Andere: ...
7. Andere relevante klinische gegevens
meerdere antwoorden zijn mogelijk
- Chronische ziekte:
 - Lichamelijke beperking: ...
 - Andere: ...
 - Niet van toepassing

Context

in te vullen door de cliënt/patiënt

Deze vragen hebben betrekking op de situatie bij aanvang van de therapie.

8. Hoe kwam u bij een psychotherapeut terecht?
meerdere antwoorden zijn mogelijk
- Doorverwezen door huisarts
 - Doorverwezen door arts/specialist
 - Op aanraden van vrienden/kennissen
 - Op aanraden van naaste familie
 - Op eigen initiatief
 - Anders:....
9. indien u werd **doorverwezen door uw huisarts of een arts/specialist**, welke informatie kreeg u van uw arts?
meerdere antwoorden zijn mogelijk
- Niet van toepassing
 - Overzicht van mogelijke redenen om contact op te nemen met een psychotherapeut
 - Informatie over wat psychotherapie is en hoe het u kan helpen
 - Informatie over het soort psychotherapie (vb.: gedragstherapie, systeemtherapie,...)
 - Geslacht van de psychotherapeut
 - Leeftijd van de psychotherapeut
 - Informatie over de stijl of persoonlijkheid van de psychotherapeut
 - Informatie over de ervaring van de psychotherapeut
 - Informatie over de specialisaties van de psychotherapeut
 - Informatie over de praktijk van de psychotherapeut (vb. solopraktijk, groepspraktijk,...)
 - Informatie over het maken van een afspraak bij de psychotherapeut
 - Andere: ...

10. Indien u **op aanraden van vrienden/kennissen of familie** bij de psychotherapeut terecht kwam, welke informatie kreeg u van hen? *(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*
- Niet van toepassing
 - Overzicht van mogelijke redenen om contact op te nemen met een psychotherapeut
 - Informatie over wat psychotherapie is en hoe het u kan helpen
 - Informatie over het soort psychotherapie (vb.: gedragstherapie, systeemtherapie,...)
 - Geslacht van de psychotherapeut
 - Leeftijd van de psychotherapeut
 - Informatie over de stijl of persoonlijkheid van de psychotherapeut
 - Informatie over de ervaring van de psychotherapeut
 - Informatie over de specialisaties van de psychotherapeut
 - Informatie over de praktijk van de psychotherapeut (solopraktijk, groepspraktijk,...)
 - Informatie over het maken van een afspraak bij de psychotherapeut
 - Andere: ...
11. Indien u **op eigen initiatief of via een andere weg** bij de psychotherapeut terecht kwam; hebt u vooraf informatie opgezocht over de psychotherapeut? *(meerdere antwoorden zijn mogelijk)*
- Niet van toepassing
 - Ja, op de website van de psychotherapeut
 - Ja, op een andere website:
 - Ja, elders: ...
 - Nee
12. Welke informatie wou u graag vooraf weten over de psychotherapeut?
meerdere antwoorden zijn mogelijk
- Niet van toepassing: ik wou vooraf geen informatie krijgen over de psychotherapeut
 - Overzicht van mogelijke redenen om contact op te nemen met een psychotherapeut
 - Informatie over wat psychotherapie is en hoe het kan helpen
 - Informatie over het soort psychotherapie (vb.: gedragstherapie, systeemtherapie,...)
 - Geslacht van de psychotherapeut
 - Leeftijd van de psychotherapeut
 - Informatie over de stijl of persoonlijkheid van de psychotherapeut
 - Informatie over de ervaring van de psychotherapeut
 - Informatie over de specialisaties van de psychotherapeut
 - Informatie over de praktijk van de psychotherapeut (vb. solopraktijk, groepspraktijk,...)
 - Informatie over het maken van een afspraak bij uw psychotherapeut
 - Andere: ...
13. Heeft u in het verleden al hulp gezocht bij een psychotherapeut?
gelieve slechts 1 antwoord aan te kruisen
- Nee
 - Ja, de ervaring was positief
 - Ja, de ervaring was negatief
 - Ja, de ervaring was niet positief en niet negatief
14. Kent u mensen in uw omgeving die positieve ervaringen hadden met psychotherapie?
- Ja
 - Nee
15. Kent u de website "Geestelijk Gezond Vlaanderen" (www.geestelijkgezondvlaanderen.be)?
- Ja
 - Nee

Faciliterende factoren

in te vullen door de cliënt

Deze vragen peilen naar de mate waarin een bepaalde factor voor u heeft meegespeeld om hulp te zoeken bij een psychotherapeut en hebben betrekking op de situatie bij aanvang van de therapie.

U kan steeds kiezen tussen 4 antwoordmogelijkheden, gaande van "helemaal niet" tot "helemaal wel".
Gelieve per vraag slechts 1 bolletje aan te kruisen

	Helemaal niet	Eerder niet	Eerder wel	Helemaal wel	Niet van toepassing
16. Ik kan over mijn gevoelens praten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ik kan en wil mij open stellen naar iemand die ik niet goed ken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. In mijn omgeving is praten over psychosociale problemen geen taboe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Iemand die ik vertrouw (vb. huisarts, partner, vriend,...) raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eén of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ik wil geholpen worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ik heb nood aan een professionele hulpverlener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ik vind gemakkelijk meer informatie over de psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. De psychotherapeut is gemakkelijk te contacteren (telefonisch, via mail,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. De praktijk van de psychotherapeut is gemakkelijk bereikbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ik zie vooraf een foto van de psychotherapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en mijn huisarts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ik kan mijn afspraak online maken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Ik kan snel op gesprek komen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming voor de psychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. De psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. De psychotherapeut werkt in een groepspraktijk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. De psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat (vb. met een duidelijk naambord of paneel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Het is mogelijk om anoniem naar de therapeut te gaan (afgeschermd parking, geen duidelijk naambord,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. De psychotherapeut heeft een goede reputatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. De psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door zijn/haar beroepsvereniging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suggesties

in te vullen door de cliënt/patiënt

Hieronder worden alle voorgaande factoren opnieuw opgesomd. Gelieve een **top 5** op te stellen van de **factoren die voor u het meest belangrijk zijn**. Geef hiervoor een 1 aan de voor u meest belangrijke factor, een 2 voor de volgende belangrijkste factor en zo tot en met 5.

- ... Ik kan over mijn gevoelens praten
- ... Ik kan en wil mij openstellen naar iemand die ik niet goed ken
- ... In mijn omgeving is praten over psychosociale problemen geen taboe
- ... Iemand die ik vertrouw raadt me aan om naar een psychotherapeut te gaan
- ... Eén of meer mensen in mijn omgeving vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan
- ... Ik (her)ken belangrijke signalen/symptomen
- ... Ik wil geholpen worden
- ... Ik heb nood aan een professionele hulpverlener
- ... Er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt
- ... Ik vind gemakkelijk meer informatie over de psychotherapeut
- ... De psychotherapeut is makkelijk te contacteren (telefonisch, via mail,...)
- ... De praktijk van de psychotherapeut is makkelijk bereikbaar
- ... Ik zie vooraf een foto van de psychotherapeut
- ... Er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en de huisarts
- ... Ik kan mijn afspraak online maken
- ... Ik kan snel op gesprek komen
- ... Er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming
- ... De psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk
- ... De psychotherapeut werkt in een groepspraktijk
- ... De psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat (vb. met een duidelijk naambord of paneel)
- ... Het is mogelijk om anoniem naar de psychotherapeut te gaan (afgeschermd parking, geen duidelijk naambord,...)
- ... Ik weet vooraf wat psychotherapie is en wat ik kan verwachten
- ... Ik weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt
- ... De psychotherapeut heeft een goede reputatie
- ... De psychotherapeut is erkend/gecertificeerd door zijn/haar beroepsvereniging

Zijn er nog andere factoren, die in deze vragenlijst niet aan bod kwamen, maar die voor u ook zeer helpend zouden kunnen zijn?

Dit is het einde van de vragenlijst.
Hartelijk dank voor de medewerking!

Als u graag op de hoogte gebracht wordt van de resultaten van dit onderzoek, laat dit dan weten aan uw psychotherapeut of contacteer mij via 0486/67 95 50 of karena.dewaele@ugent.be

Bijlage 2: Informatiebrief en informed consent



Informatie voor de deelnemer:

Project:

Psychotherapie bij psychische problemen: onderzoek naar factoren die het zoeken van psychotherapeutische hulp faciliteren.

Beschrijving en doel van het project.

U zal binnenkort een gesprek hebben met uw psychotherapeut.

De vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde van de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar de factoren die het zoeken van psychotherapeutische hulp faciliteren.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer vijftien minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Vandijck.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere psychotherapie en de relatie met de psychotherapeut.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot aanbevelingen voor het gezondheidszorgbeleid op vlak van psychotherapie.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.



Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De deelnemer kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere psychotherapie en de relatie met de psychotherapeut.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker:

Naam deelnemer:

Datum:

Datum:

Handtekening

Handtekening

Bijlage 3: Protocol voor afname



Protocol Vragenlijst “Faciliterende factoren om hulp te zoeken bij een psychotherapeut”

Gelieve eerst de begeleidende brief te overlopen en aan de cliënt/patiënt te vragen om het toestemmingsformulier te ondertekenen. Al uw huidige cliënten/patiënten kunnen deelnemen aan dit onderzoek, op voorwaarde dat ze meerderjarig zijn.

Bij cliënten/patiënten die het toestemmingsformulier ondertekenden, kan u de vragenlijst als volgt afnemen:

De vragenlijst bestaat uit twee delen. Eén deel (7 vragen) dat u samen met de cliënt/patiënt kan invullen (met demografische gegevens) en één deel dat de cliënt/patiënt individueel dient in te vullen. In de ideale situatie neemt u de vragenlijst af na een gesprek. Het duurt slechts 10 minuten.

Deel voor de psychotherapeut

De eerste 7 vragen dienen ingevuld te worden door de therapeut, maar het is voor de cliënt/patiënt wellicht het meest aangenaam als u dit deel in bijzijn van de cliënt invult. Belangrijk bij dit deel is dat u hierbij vertrekt van de situatie zoals ze was bij aanvang van de therapie.

(bijvoorbeeld: stel dat de cliënt/patiënt bij aanvang van de therapie gehuwd was, maar intussen gescheiden is, dan is “gehuwd” het correcte antwoord.)

Deel voor de cliënt/patiënt

Het geniet de voorkeur om dit deel individueel door de cliënt/patiënt te laten invullen, maar dat u wel in de buurt bent in geval dat de cliënt/patiënt vragen zou hebben. Best hier ook nog eens beklemtonen dat het gaat om de situatie bij aanvang van de therapie.

Indien de cliënt/patiënt de vragenlijst liever thuis zou willen invullen, dat kan, maar gelieve dan een gefrankeerde envelop met mijn adres op mee te geven, zodat de cliënt/patiënt op een anonieme manier de vragenlijst kan opsturen.

Gelieve de ondertekende informed consents en de ingevulde vragenlijsten apart te bewaren en mij ten laatste op 29 februari terug te sturen met behulp van bijgevoegde gefrankeerde envelop.

Ik breng u als psychotherapeut zeker ook op de hoogte van de resultaten van dit onderzoek. Als u zelf een lijst bijhoudt van de cliënten die meededen, kan u hen nadien ook op de hoogte brengen.

Alvast bedankt!
Karen De Waele

Bijlage 4: Vragenlijst voor psychotherapeuten

Faciliterende factoren om hulp te zoeken bij een psychotherapeut.

Psychotherapie is een effectieve manier om psychische problemen aan te pakken. Toch nemen weinig mensen contact op met een psychotherapeut.

Om na te gaan wat volgens psychotherapeuten faciliterende factoren zijn om psychotherapeutische hulp te zoeken, werd een vragenlijst opgesteld.

Het invullen van deze bondige vragenlijst neemt 10 minuten in beslag.

Uw antwoorden zijn strikt vertrouwelijk en worden anoniem verwerkt.

Dit onderzoek voldoet aan alle richtlijnen en voorwaarden die de ethische commissie oplegt.

Demografische gegevens

1. Welke opleiding hebt u gevolgd of bent u aan het volgen?

- Bachelor in de orthopedagogie
- Bachelor sociaal werk
- Bachelor maatschappelijk assistent
- Master in de psychologie
- Master in de (ortho)pedagogie
- Master in de psychiatrie
- Master in de criminologie
- Verpleegkunde
- andere:...

2. Welke psychotherapie-opleiding hebt u gevolgd of bent u aan het volgen?

- Niet van toepassing
- gedragpsychotherapie
- familie-, relatie en systeempsychotherapie
- ontwikkelingsgerichte en experiëntiële psychotherapie
- cliënt-centered psychotherapie
- psychodynamische therapie
- andere:

3. Sinds wanneer werkt u als zelfstandig psycholoog/psychotherapeut?

Gelieve een jaartal in te vullen "jjjj"

Indien u niet als zelfstandig psycholoog/psychotherapeut werkt, vul dan "0000" in.

... ..

Faciliterende factoren

Gelieve 5 factoren aan te kruisen, die volgens u het meest doorslaggevend zijn voor cliënten om hulp te zoeken bij een psychotherapeut.

- ... De cliënt kan over zijn/haar gevoelens praten
- ... De cliënt kan zich open te stellen naar iemand die hij/zij niet goed kent
- ... in de omgeving/familie van de cliënt is praten over psychosociale problemen geen taboe
- ... de cliënt wordt aangeraden naar een psychotherapeut te gaan door iemand die hij/zij vertrouwt
- ... één of meer mensen in de omgeving van de cliënt vinden het normaal om naar een psychotherapeut te gaan
- ... de cliënt kan symptomen/signalen (her)kennen
- ... de cliënt wil geholpen worden
- ... de cliënt heeft nood aan een professionele hulpverlener
- ... er zijn meerdere psychotherapeuten in de buurt
- ... er is gemakkelijk meer informatie over de psychotherapeut te vinden
- ... de cliënt ziet vooraf een foto van de psychotherapeut
- ... de psychotherapeut is gemakkelijk bereikbaar
- ... er is een goede samenwerking tussen de psychotherapeut en de huisarts
- ... de cliënt kan online een afspraak maken
- ... de cliënt kan snel op gesprek komen
- ... er is een (gedeeltelijke) financiële tegemoetkoming voor psychotherapie
- ... de psychotherapeut werkt in een huisartsenpraktijk
- ... de psychotherapeut werkt in een groepspraktijk
- ... de psychotherapeut is zichtbaar aanwezig in de straat (een duidelijk naambord of paneel).
- ... het is mogelijk om anoniem op gesprek te komen (parking is afgeschermd, geen duidelijk naambord,...)
- ... de cliënt weet vooraf goed wat psychotherapie is en wat te verwachten
- ... de cliënt weet vooraf hoe een psychotherapeutisch gesprek verloopt
- ... de psychotherapeut heeft een goede reputatie
- ... de psychotherapeut is gecertificeerd of erkend door zijn/haar beroepsvereniging

Zijn er nog andere factoren, die hierboven niet opgesomd werden, maar die volgens u ook zeer helpend zouden kunnen zijn voor cliënten?

.....
.....

Dit is het einde van de vragenlijst.

Hartelijk dank voor de medewerking!

Als u graag op de hoogte gebracht wordt van de resultaten van dit onderzoek, kan u mij contacteren via 0486/67 95 50 of karena.dewaele@ugent.be

Lijst van figuren

Figuur 1: Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991)

Figuur 2: Theory of Helpseeking (Rickwood et al., 2005)

Figuur 3: Conceptualizing mental health care utilization using the Health Belief Model, adapted from Rosenstock et al. (1990) (Henshaw & Freedman-Doan, 2009)

Figuur 4: Informatie over psychotherapie gegeven door arts en gewild door cliënten

Figuur 5: Informatie over psychotherapie gegeven door familie/vrienden en gewild door cliënten

Figuur 6: Belangrijkste faciliterende factoren voor mensen met en zonder angstproblemen

Figuur 7: Belangrijkste faciliterende factoren voor mensen met en zonder relatieproblemen

Figuur 8: Belangrijkst faciliterende factoren voor mensen met en zonder stemmingsproblemen

Figuur 9: Belangrijkste faciliterende factoren volgens cliënten en psychotherapeuten

Lijst van tabellen

Tabel 1: Demografische gegevens (cliënten)

Tabel 2: Contextuele variabelen (cliënten)

Tabel 3: Informatie over psychotherapie gegeven door verwijzers en gewild door cliënten

Tabel 4: Demografische variabelen (psychotherapeuten)

Tabel 5: Betrouwbaarheid van de schalen

Tabel 6: Faciliterende factoren die meespeelden in het hulpzoekgedrag van cliënten

Tabel 7: Top 5 van belangrijkste faciliterende factoren volgens cliënten

Tabel 8: Verband tussen faciliterende factoren en geslacht, leeftijd en relatiestatus

Tabel 9: De vijf belangrijkste faciliterende factoren volgens psychotherapeuten en cliënten

