

e-hulp.nl

Deze scriptie is aangemeld voor de Scriptieprijs Online Hulp 2011.
Een overzicht van alle scripties over hulpverlening via internet is te vinden op
<http://www.e-hulp.nl/scriptieprijs>. Wij wensen u veel leesplezier.
Stichting E-hulp.nl



De Scriptieprijs is een initiatief van stichting E-hulp.nl, kennis- en adviescentrum voor online hulpverlening.
E-hulp.nl maakt online hulp mogelijk bij instellingen uit o.a. de GGZ, Jeugdzorg en Maatschappelijk Werk.
Kijk voor meer informatie over online hulpverlening en E-hulp.nl op www.e-hulp.nl.

Reguliere Hulpverlening is Zilver, Online Hulpverlening is Goud?

*Over de relatie tussen het stigma op de psychische hulpverlening en de afkomst van een individu in de
online hulpverlening*

F.Bharos

Vrije Universiteit Amsterdam

Faculteit der Psychologie en Pedagogiek

Augustus 2011

Samenvatting

Wereldwijd is het stigma de grootste belemmering in het zoeken naar psychische hulpverlening. Naast het stigma is de afkomst van een individu één van de voorspellende factoren in het zoeken naar psychische hulp. Zo blijkt dat in Nederland allochtonen ondervertegenwoordigd zijn in de geestelijke gezondheidszorg, en dat het stigma daarin een rol speelt. Door de verhoogde anonimiteit biedt de online hulpverlening mogelijkheden om het stigma te doorbreken. De vraag is of het stigma de relatie medieert tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van online hulpverlening.

In dit onderzoek werden 151 westerse en niet-westerse mannen en vrouwen ondervraagd in een online enquête. Het stigma en de attitude ten opzichte van zowel de online hulpverlening als de reguliere hulpverlening werden onderzocht, evenals de factoren die gecorreleerd zijn aan het zoeken naar psychische hulp. Uit de resultaten bleek dat het stigma de relatie tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van online hulpverlening niet medieert. Ondanks dat het stigma minder sterk werd beoordeeld in de virtuele omgeving was de attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening positiever in vergelijking met de online hulpverlening. Van de 7 voorspellers uit de reguliere hulpverlening voorspelden het stigma, de afkomst en de sociaaleconomische status de attitude ten opzichte van online hulpverlening.

De afkomst en het stigma dienen nader te worden onderzocht, gezien deze factoren – ook in de virtuele omgeving- belemmeringen vormen in de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Toekomstig onderzoek dient zich te richten op de cultuurbeleving van een individu in plaats van de afkomst als een statistisch gegeven. Tevens dienen de proefpersonen vooraf bekend te zijn met beide typen hulpverlening, zodat de evaluatie objectiever plaats kan vinden.

Inleiding

Mensen met psychische problemen zoeken vaak geen professionele hulp, zelfs niet wanneer de problemen ernstig zijn (Bebbington, Meltzer & Brugha, 2000). Wereldwijd is de meest genoemde reden waarom mensen geen hulp zoeken het stigma dat geassocieerd wordt met psychische problemen en de behandeling daarvan (Corrigan, 2004). In Nederland is de kans dat een allochtoon professionele psychische hulp zoekt kleiner ten opzichte van een autochtoon (RVZ, 2000). De geestelijke gezondheidszorg (GGZ), oftewel de psychische hulpverlening, aan allochtonen blijkt moeilijk toegankelijk en wordt lager beoordeeld in termen van kwaliteit ten opzichte van de zorg aan autochtonen (Struijs & Wennink, 2000). De problematiek van allochtonen in de GGZ wordt wellicht beïnvloed door de universele belemmering in de psychische hulpverlening; het stigma. Het is van maatschappelijk belang dat de GGZ in de behoefte van allochtone cliënten kan voorzien. Mentale gezondheid is namelijk één van de factoren die de kwaliteit van leven bepaalt (Smith et al., 1999). De cultuurgevoelige hulpverlening staat echter nog in de kinderschoenen (Kortmann, 2003) en cijfers over de aard en prevalentie van verschillende stoornissen en andere vormen van psychische problemen bij allochtonen in Nederland zijn nog schaars. Bekend is dat te weinig allochtonen, in het bijzonder allochtone jongeren (Zwirs, 2006), zelf professionele hulp zoeken bij psychische problemen (Rouvoet & Vogelaar, 2008). Wanneer allochtonen onder behandeling zijn blijft de moeilijkheid bestaan dat vroegtijdige beëindiging, ook wel *drop-out* genoemd, onder allochtone cliënten hoog is (Struijs & Wennink, 2000).

De Nederlandse samenleving wordt steeds meer geconfronteerd met vraagstukken over de psychische hulpverlening aan allochtonen (Knipscheer & Kleber, 1998). Nederland telt een kleine 2 miljoen allochtonen met een niet-westerse achtergrond, de prognose is dat het aantal zal stijgen naar een ruime 3 miljoen over dertig jaar (CBS, 2011). In dit onderzoek wordt nader ingegaan op een potentiële verbetering in de GGZ, namelijk de online hulpverlening. Dit zijn geestelijke gezondheidsdiensten aangeboden via het internet. De invloed van de afkomst, tezamen met de rol van het stigma op de psychische hulpverlening worden onderzocht, evenals de factoren die gecorreleerd zijn aan het zoeken naar psychische hulpverlening.

Het stigma

Het hoofdprobleem in de GGZ is het stigma dat rust op de psychische hulpverlening (Corrigan, 2004). Van alle vormen van medische hulpverlening wordt de GGZ het meest geassocieerd met stigma's (Fischer & Turner, 1970). Een stigma is een sociaal construct waardoor mensen op een negatieve manier getypeerd

worden door een bepaalde eigenschap of karakteristiek (Biernat & Dovidio, 2000). Ondanks het feit dat stigma's subjectief zijn (Byrne, 2000; Goffman, 1963) heeft onderzoek aangetoond dat een negatieve houding naar mensen met psychische problemen veel voorkomt (Crisp et al., 2000). Het stigma kan worden gescheiden in een zelfstigma en een openbaar stigma. Het zelfstigma is geïnternaliseerd in een persoon, het draait hierbij om de wijze waarop een persoon zichzelf waarneemt. Het openbare stigma heeft te maken met het label dat andere mensen toekennen aan een persoon met psychische problemen (Vogel et al., 2007). Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met een mentale aandoening meer worden gestigmatiseerd dan mensen met een lichamelijke aandoening. Ten opzichte van mensen met lichamelijke aandoeningen wordt er vaker gedacht dat mensen met mentale aandoeningen de problemen zelf hebben veroorzaakt (Corrigan et al., 2000; Weiner et al., 1998). Vooral in de zoektocht naar psychische hulp tegen depressie en suïcide is het stigma de belemmerende hoofdfactor (Docherty, 1997; Appleby, 1999).

Het stigma is een sociaal verschijnsel en wordt beïnvloed door culturele aspecten. De cultuur van een individu is bepalend voor de perceptie van de mentale aandoening, en heeft effecten op de ziekteherkenning, ziektebenaming, de houding naar het zoeken van psychische hulp (Cauce et al., 2002), en het beloop van de aandoening (Ng, 1997). De ondervertegenwoordiging van allochtonen in de GGZ wordt wellicht gemedieerd door de effecten van het stigma. Hoe het stigma de belemmering in de psychische hulpverlening aan allochtonen vormt wordt uiteengezet aan de hand van een aantal componenten van het stigma, namelijk: schaamte, schuldgevoelens, geheim houden, isolatie en sociale exclusie (Byrne, 2000). Deze componenten hangen sterk met elkaar samen en beïnvloeden elkaar.

De belemmering van het stigma bij allochtonen

In veel culturen worden psychische problemen niet beschouwd als een gezondheidsprobleem, maar als een sociaal of moreel probleem (Yen et al., 2000). Psychische problemen worden in dat geval gezien als een straf die iemand krijgt omdat hij of zij het heeft verdiend. Schaamte- en schuldgevoelens ten opzichte van een mentaal probleem zorgen er onder sommige allochtonen voor dat er minder openlijk wordt gesproken over psychische problemen (Hofstede, 1991). Klachten worden veelal lichamelijk geuit. Vooral onder mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst is het somatiseren van psychische klachten een veelvoorkomend probleem (RVZ, 2000). Dit wil overigens niet zeggen dat er geen sprake kan zijn van fysieke pijn, het accent wordt gelegd op het fysieke terwijl de mentale problemen groter zijn. Er is aangetoond dat er een verband is

tussen het stigmatiseren en het somatiseren van klachten; hoe groter de angst is gestigmatiseerd te worden, hoe meer de klachten somatisch worden geuit (Raguram et al., 1996). Somatisatie leidt ertoe dat klachten in veel gevallen onvoldoende herkend worden, bijvoorbeeld door de huisarts, omdat er weinig rekening wordt gehouden met het feit dat patiënten uit andere culturen ziektebeleving en ziektegedrag anders typeren (RVZ, 2000). Het niet openlijk spreken over onderwerpen waarop schaamte- en schuldgevoelens overheersen is een natuurlijke, adaptieve reactie van de mens. Hetgeen waarvoor iemand zich schaamt of schuldig over voelt wordt namelijk geheimgehouden (Byrne, 2000). Er wordt vaak geen psychische hulp gezocht omdat men probeert de mentale aandoening geheim te houden. In een uitgebreid onderzoek naar stigmatisering, onder mensen met psychische problemen, bleek dat het geheim houden van de psychische problemen voor de omgeving hoofdprioriteit was. Eén van de grootste angsten van deze onderzoekspopulatie was dat een ander achter de psychische problemen zou komen, en als gevolg daarvan afstand zou nemen van de persoon met psychische problemen (Wahl, 1999). Het geheim houden van de problemen is onder andere gebaseerd op de angst voor sociale exclusie en zorgt tegelijkertijd voor de isolatie van het individu; er wordt een afstand gecreëerd tussen het individu en de omgeving door de psychische problemen. Niet-westerse allochtonen die afkomstig zijn uit een collectivistische cultuur hechten meer waarde aan het behoren tot een groep dan mensen uit een individualistische cultuur (Hofstede, 1995). De angst om buiten de groep geplaatst te worden en in een isolement te raken is in dit geval groot. Dat deze angst werkelijkheidswaarde heeft, toonde het onderzoek van Eker (1985) aan: er wordt daadwerkelijk meer afstand genomen van mensen met psychische problemen. Over het algemeen vertonen mannen meer deze neiging tot het bewaren van afstand van een persoon met psychische problemen dan vrouwen. Ook toonde dit onderzoek aan dat hoe ernstiger de psychische problemen werden, des te groter de afstand werd die de proefpersonen wenste van de persoon met psychische problemen. Sociale exclusie is een klinisch bewezen vorm van pijn, welke in ernstige gevallen kan leiden tot emotionele ongevoeligheid (DeWall & Baumeister, 2006). De angst voor stigmatisering, isolement en sociale exclusie heeft dus een gegronde reden. Deze angst speelt een grotere rol in collectivistische culturen dan in individualistische culturen door de mate waarin men waarde hecht aan het behoren tot een groep. De rol die de afkomst claimt op het zoeken naar psychische hulpverlening wordt mogelijk bepaald door de effecten van de componenten van het stigma.

Doorbreken van het stigma in de virtuele omgeving

De online hulpverlening biedt, ten opzichte van de reguliere hulpverlening, mogelijkheden om de processen ten gevolge van het stigma te doorbreken. De hulpverlening is al enige tijd aan het moderniseren (Rafferty & Steyaert, 2007). Online hulpverlening wordt ook wel *mental e-health* genoemd (Nikken, 2007; Eysenbach, 2001). Hoewel er al meer dan tien jaar gebruik wordt gemaakt van online hulpverlening in Nederland, bestaat de cultuurgevoelige online hulpverlening nog niet. Dit terwijl de componenten van het stigma veranderen van dimensie in de virtuele omgeving. Schaamte, schuldgevoelens, het geheim houden, isolatie en sociale exclusie vormen in de reguliere hulpverlening een belemmering in het zoeken naar psychische hulp, omdat de psychische problemen aan de persoonlijke identiteit van de hulpvrager wordt gekoppeld (Suler, 2004). De problemen lijken onlosmakelijk verbonden aan de hulpvrager. In een virtuele omgeving speelt dit in minder mate; mensen voelen zich minder kwetsbaar omdat online activiteiten gemakkelijker kunnen worden gescheiden van de persoonlijke identiteit (Suler, 2004). Online wordt er een nieuwe identiteit gecreëerd. De absentie van verbale en visuele kenmerken veroorzaken een gevoel van anonimiteit. Deze anonimiteit wordt aangegeven als één van de hoofdredenen waarom mensen gebruik maken van de online hulpverlening (Vanhuele & Vertommen, 2008). Het is bewezen dat potentiële cliënten die zich gestigmatiseerd voelden eerder geneigd waren online hulp te zoeken dan op de reguliere manier. Als hoofdreden werd aangegeven dat zij minder schaamte voelen doordat de hulpverlener niet fysiek aanwezig is (Rochlen et al., 2004). De relatieve anonimiteit in de virtuele omgeving veroorzaakt 'disinhibitie': sociale gewenstheid wordt onmiddellijk losgelaten omdat het probleem centraal staat in plaats van de persoon (Suler, 2004). De cliënt geeft uitsluitend de gewenste informatie over zichzelf of over de situatie, waardoor er een hoge mate van eerlijkheid ontstaat (Rochlen et al., 2004). Uit onderzoek bleek dat cliënten in de virtuele omgeving de moed hebben zelf gevoelige onderwerpen aan te snijden en deze gedetailleerd durven te bespreken, zonder de angst op stigmatisering. Dergelijke onderwerpen zouden zij verbaal niet aan bod laten komen (Cotton & Gupta, 2004; Beattie et al., 2006). De cliënt is zich bewust van het feit dat de hulpverlener het niet hoort wanneer de cliënt het moeilijk krijgt, waardoor de cliënt in mindere mate blokkeert. Onderwerpen waarop schaamte- en schuldgevoelens rusten worden op deze wijze bespreekbaar gemaakt naarmate de anonimiteit toeneemt. Onderzoek wees uit dat dergelijke gevoelige onderwerpen vaker online ter sprake komen dan aan de telefoon (Vanhuele & Vertommen, 2008). De virtuele omgeving zorgt voor onafhankelijkheid van locatie; men hoeft niet gespannen in een wachtkamer te zitten of bang zijn een

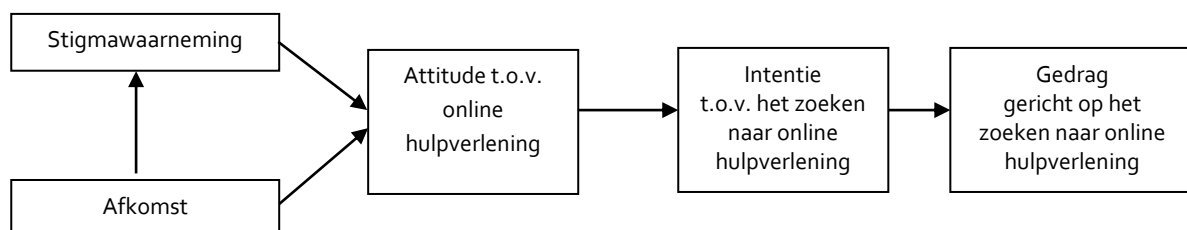
bekende tegen te komen. Immers, niemand hoeft te weten dat er online een psychische behandeling wordt gevolgd. De kans op sociale exclusie vermindert sterk.

Het onderzoek

Online behandelingen kunnen een manier zijn om het stigma te verminderen en de drempel naar de geestelijke gezondheidszorg te verlagen, waardoor met name de zorg aan allochtone cliënten zou kunnen verbeteren. De ondervertegenwoordiging van allochtonen in de GGZ betekent dat er mensen zijn met psychische aandoeningen die niet onder behandeling zijn in de GGZ. Zo blijkt uit onderzoek dat psychische aandoeningen in Nederland een hoge prevalentie hebben (Bijl et al., 1998). Er is gekeken naar de prevalentie van psychische problemen in de Nederlandse bevolking, gezien er geen cijfers zijn over de prevalentie bij allochtonen. Eén op de vier Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar oud heeft gedurende de levensloop te maken met een mentale aandoening (Bijl et al., 1998). De kans dat iemand last krijgt van een mentale aandoening is reëel, om deze reden is ervoor gekozen dit onderzoek uit te voeren in de algemene populatie.

Het onderzoek probeert – toekomstig - gedrag gericht op het zoeken naar online hulpverlening in kaart te brengen, aan de hand van het stigma op de psychische hulpverlening en de afkomst van een individu. Gedrag wordt bepaald op basis van de intentie, welke op haar beurt wordt gevormd door attitudes (Ajzen & Fishbein, 1980). Een attitude is een hypothetisch construct welke de opvatting van een individu ten opzichte van een bepaald object weergeeft. Attitudes zijn één van de beste voorspellers voor het gedrag gericht op het zoeken naar psychische hulp (Komiti, Judd & Jackson, 2006).

Op basis van de literatuur wordt er verondersteld dat het stigma de relatie tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van online hulpverlening medieert; dit betekent dat de rol die de afkomst claimt op de houding ten opzichte van online hulpverlening verklaart kan worden door de stigmawaarneming (figuur 1).



Figuur 1. Het model waarop het onderzoek is gebaseerd. Verondersteld wordt dat de invloed van de afkomst op de attitude ten opzichte van de online hulpverlening wordt gemedieerd door de stigmawaarneming. De attitude is bepalend voor de intentie. De intentie bepaalt het uiteindelijke gedrag van het individu.

Ten tweede wordt er een vergelijking gemaakt tussen de stigmawaarneming in de reguliere hulpverlening en de online hulpverlening. Op basis van de literatuur wordt er verwacht dat de stigmawaarneming in de virtuele omgeving lager zal zijn. Ten derde wordt de attitude ten opzichte van online hulpverlening vergeleken met een aantal factoren die een rol spelen in het zoeken naar reguliere psychische hulp. In het algemeen speelt de mentale gezondheidstoestand (Bland et al., 1997) de grootste rol; de ernst van de symptomen bepalen de druk van een psychisch probleem (Bebbington et al., 2000). Ook leeftijd en geslacht zijn gecorreleerd aan het zoeken naar psychische hulp (Surgenor, 1985; Fischer & Turner, 1970); vrouwen zoeken meer professionele hulp dan mannen. Onderzoek heeft aangetoond dat sociale normen met betrekking tot het beeld van de traditionele mannelijkheid zorgen voor remming van emotionele uitingen bij mannen (Moller-Leimkuhler, 2002). Vooral jonge mannen lijken hier last van te hebben, zij zoeken het minst psychische hulp (Biddle et al., 2004). Uit onderzoek in Nederland blijkt dat jongvolwassenen tussen de 18 en 24 jaar oud minder snel professionele hulp zoeken dan volwassenen met een hogere leeftijd (Bijl & Ravelli, 2000). Een andere factor is de sociale steun uit de omgeving. Hoe meer steun er wordt waargenomen, des te minder er naar hulp wordt gezocht (Sayal, 2006); sociale steun bevordert de psychische gezondheid waardoor er relatief minder psychische hulp wordt gezocht. Ook speelt de sociaaleconomische status (SES) een rol. Een relatief hoger inkomen en opleidingsniveau voorspellen een hogere mate van hulp zoeken bij psychische problemen (Surgenor, 1985). Op basis hiervan wordt verondersteld dat de attitude ten opzichte van online hulpverlening wordt voorspeld door de mentale gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht, sociale steun en de SES.

Methode

Proefpersonen

In dit kwantitatieve survey onderzoek participeerden zowel westerse als niet-westerse respondenten. Het onderscheid tussen westerse en niet-westerse landen wordt bepaald door de sociaaleconomische en culturele verschillen met de herkomstlanden ten opzichte van Nederland. Een persoon behoort tot de niet-westerse allochtonen wanneer hij of zij woonachtig is in Nederland en tenminste één ouder heeft die in een niet-westers herkomstland is geboren. Tot deze landen wordt Turkije gerekend en alle landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (CBS, 2007). De deelnemers werden geworven via een sneeuwbalsteekproeftrekking; de link van het onderzoek werd doorgestuurd via de e-mail en geplaatst op diverse fora. Deelname was geheel vrijwillig, er werd geen beloning tegenovergesteld in de materiële of informatieve vorm.

Materiaal

Om de attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening in kaart te brengen werd de *Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale* (ASPH) gebruikt (Fischer & Turner, 1970). Dit is een ééndimensionale schaal bestaande uit 10 items, ($\alpha = .83$). Elk item werd op een 4-punt Likert schaal gemeten, waarbij een 1 = helemaal mee oneens, 4 = helemaal mee eens. De ASPH is vertaald naar het Nederlands. Voorbeeld items zijn "Ik zou reguliere professionele hulp zoeken wanneer ik psychische problemen zou hebben die daarom vragen" en "In de toekomst zoek ik misschien reguliere professionele psychische hulp". Ook om de attitude ten opzichte van de online hulpverlening te meten is de ASPH gebruikt, hierbij zijn de 10 items ($\alpha = .80$) parallel aan de originele ASPH aangepast. Voorbeeld items zijn "Ik zou een online behandeling aanvragen wanneer ik psychische problemen zou hebben die daarom vragen" en "In de toekomst vraag ik misschien een online behandeling aan". Voorafgaand aan de ASPH werd er kort een introductie gegeven over het type hulpverlening. Het stigma werd onderzocht door de *Opinions about Mental Illness* (OMI) toe te passen; dit zijn 9 items ($\alpha = .81$) waarbij dezelfde 4-punt Likert schaal werd gebruikt. "Mensen met psychische problemen hebben een lagere intelligentie" is een voorbeeld item uit de OMI. In dit onderzoek werd, tenzij anders vermeld, deze schaal gebruikt voor het meten van de stigmawaarneming.

Om het stigma specifiek in de reguliere en online hulpverlening te onderzoeken werd er voor elk van de vijf componenten van het stigma – schaamte, schuld, geheimhouding, isolatie en sociale exclusie - drie stellingen voorgelegd. Op deze manier ontstonden er 15 items ($\alpha = .85$) voor de reguliere hulpverlening en 15 items ($\alpha = .86$) voor de online hulpverlening. Er werd een item analyse uitgevoerd op de 30 items waaruit bleek dat 28 van de 30 items een hogere correlatie had dan .30. Deze correlatie heeft betrekking op de stigma schaal in het geheel; de items werden onderling met elkaar vergeleken. De twee items die een lagere correlatie hadden waren twee parallelle stellingen van de sociale exclusie; "Als iemand in mijn omgeving een reguliere behandeling bij een psycholoog krijgt, dan zou ik toenadering tot hem/haar zoeken" en "Als iemand in mijn omgeving een behandeling via het internet krijgt, dan zou ik toenadering tot hem/haar zoeken". Omdat deze items een lage correlatie hadden met de gecreëerde stigmaschaal zijn deze items verwijderd uit de overige statistische analyses. Zie tabel 1 voor een gedetailleerd overzicht van de items en de bijbehorende betrouwbaarheidscoëfficiënten.

Tabel 1
Correlaties van elk item met het stigma in het geheel

	Items van het stigma	Stigma
<i>Reguliere hulpverlening</i>		
Schaamte	Als ik in de reguliere hulpverlening met een psycholoog zou praten over mijn psychische problemen zou ik gevoelens van schaamte ervaren	.67
	Als ik tegenover een psycholoog zou zitten, zou ik mij schamen voor mijn problemen	.79
	Ik zou uit schaamte niet over mijn problemen durven te vertellen wanneer ik tegenover een psycholoog zou zitten	.76
Schuld	Ik zou me verantwoordelijk voelen voor mijn psychische problemen wanneer ik deze in de reguliere hulpverlening zou vertellen aan een psycholoog	.32
	Ik zou me schuldig voelen wanneer ik mijn problemen op de reguliere manier aan de psycholoog vertel	.75
	In de reguliere hulpverlening zou ik mij geconfronteerd voelen met mijn psychische problemen	.59
Geheimhouding	Ik vertel mijn psychische problemen liever niet aan een psycholoog in de reguliere hulpverlening	.55
	Als ik een reguliere behandeling zou volgen, zou ik dit geheim houden	.69
	Ik zou me opgelaten voelen als ik een bekende in de wachtkamer zou tegenkomen	.50
Isolatie	Ik zou niet naar een psycholoog durven gaan omdat ik bang ben voor de reacties van mijn omgeving	.69
	Ik zou bang zijn reguliere hulpverlening te krijgen omdat mensen mij dan raar aankijken in de wachtkamer	.68
	Mensen zouden mij uit de weg gaan als ze weten dat ik naar een psycholoog ga	.57
Sociale exclusie	Als iemand in mijn omgeving een reguliere behandeling bij een psycholoog krijgt, dan zou ik toenadering tot hem/haar zoeken (<i>reverse gescoord</i>)	.14
	Ik kan geen vriend(in) zijn van iemand die een reguliere behandeling van een psycholoog volgt	.34
	Ik heb liever niet dat mijn vrienden/vriendinnen naar de psycholoog gaan	.43
<i>Online hulpverlening</i>		
Schaamte	Als ik een e-mail zou sturen over mijn psychische problemen zou ik gevoelens van schaamte ervaren	.68
	Ik zou mij schamen voor mijn problemen bij een behandeling via het internet	.70
	Ik zou uit schaamte niet over mijn problemen durven te communiceren	.57
Schuld	Ik zou me verantwoordelijk voelen voor mijn psychische problemen wanneer ik deze zou vertellen aan een psycholoog via het internet	.35
	Ik zou me schuldig voelen wanneer ik over mijn problemen zou chatten met een psycholoog	.72
	Via het internet zou ik mij geconfronteerd voelen met mijn psychische problemen	.34
Geheimhouding	Ik vertel mijn psychische problemen liever aan niemand, ook niet via het internet aan een psycholoog	.53
	Als ik een behandeling via het internet zou volgen, zou ik dit geheim houden	.58
	Ik zou me opgelaten voelen als iemand de kamer in zou lopen terwijl ik een behandeling via het internet volg	.57
Isolatie	Ik zou geen internet behandeling durven aan te vragen omdat ik bang ben voor de reacties van mijn omgeving	.54
	Ik zou bang zijn een behandeling via het internet aan te vragen omdat mensen mij dan raar aan zouden kijken	.68
	Mensen zouden mij uit de weg gaan als ze weten dat ik een behandeling via het internet volg	.58
Sociale exclusie	Als iemand in mijn omgeving een behandeling via het internet krijgt, dan zou ik toenadering tot hem/haar zoeken (<i>reverse gescoord</i>)	.04
	Ik kan geen vriend(in) zijn van iemand die een behandeling via het internet volgt	.30
	Ik heb liever niet dat mijn vrienden/vriendinnen een behandeling via het internet volgen	.38

De mentale gezondheid werd gemeten aan de hand van de 12 items ($\alpha = .93$) van de *General Health Questionnaire* (GHQ). Er werden 12 vragen gesteld over de mentale gezondheidstoestand, bijvoorbeeld: "Heb je de afgelopen 3 weken het gevoel gehad voortdurend onder druk te staan?". De bijbehorende 4-punts scoringsmethode werd gehanteerd. Waargenomen sociale steun werd in kaart gebracht middels 6 items ($\alpha = .89$) van de *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) (Zimet et al., 1988). Voorbeelditems zijn "Er is een speciaal persoon in mijn leven die mij altijd helpt" en "Ik kan met mijn familie over problemen praten". Er werd eveneens een 4-punts schaal gehanteerd, waarbij 1= helemaal mee oneens, 4= helemaal mee eens. In het onderzoek werd er tevens gevraagd naar de leeftijd, het geslacht, de sociaaleconomische status en het geboorteland van de respondent zelf en diens ouders.

Procedure

Het onderzoek werd online afgenomen. Dit stelde de respondent in staat om de vragen te beantwoorden wanneer het hem of haar schikte. Tevens werd de anonimiteit gewaarborgd op deze manier. Bij de introductie van het onderzoek werd er niet vermeld dat online hulpverlening centraal stond in het onderzoek; er werd verteld dat het gericht was op de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Online hulpverlening werd bewust niet genoemd zodat men zich voor aanvang van het onderzoek niet kon verdiepen in het onderwerp. De respondent werd geïnformeerd dat het onderzoek ongeveer 10 minuten kon duren en dat de antwoorden vertrouwelijk en anoniem waren. Het onderzoek startte met de GHQ, met als introductie dat de vragen gericht waren op de gezondheid van de respondent in de afgelopen weken. Daarna werd in een kort informatieblok verteld dat men bij psychische klachten via de reguliere hulpverlening een behandeling kan aanvragen; men kan naar een instelling gaan en face-to-face communiceren met een psycholoog. De respondent werd gevraagd aan deze vorm van hulpverlening te denken tijdens het beantwoorden van de ASPH gericht op de reguliere hulpverlening en de 15 stigma items uit de reguliere hulpverlening. Na de stigma items volgde een kort informatieblok over de online hulpverlening. Verteld werd dat men bij psychische klachten online een behandeling kan aanvragen; er wordt niet naar een instelling toegegaan, in plaats daarvan wordt er via de e-mail of chat gecommuniceerd met een psycholoog. Bij de beantwoording van de ASPH gericht op de online hulpverlening en de stigma items uit de online hulpverlening werd gevraagd aan deze vorm van hulpverlening te denken. Vervolgens werden respectievelijk de MSPSS en de OMI voorgelegd. Er werd afgesloten met de achtergrondgegevens.

Resultaten

Proefpersonen

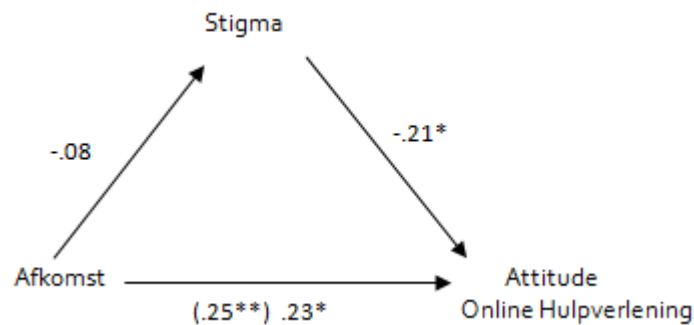
Van de 251 vragenlijsten die werden geopend werden er 151 compleet ingevuld; alleen de compleet ingevulde vragenlijsten (60,2%) zijn gebruikt voor de analyse. Er hebben 90 niet-westerse respondenten (59,6%) en 61 westerse respondenten (40,4%) aan het onderzoek meegedaan. De niet-westerse respondenten werden hoofdzakelijk vertegenwoordigd door de Surinaamse (30%) en Marokkaanse (28,8%) bevolkingsgroepen. Er deden 119 vrouwen (79%) en 32 mannen (21%) aan het onderzoek mee in de leeftijd van 16-72 jaar ($M = 30.82$, $SD = 12.98$).

Toetsingsresultaten

Hypothese 1.

De hoofdhypothese waarin werd verondersteld dat het stigma het effect tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van internet hulpverlening medieert, werd getest volgens de methode van Baron en Kenny (1986). Een drietal voorwaarden ging aan deze mediatie analyse vooraf; de regressie analyses tussen de variabelen onderling dienden significant te zijn. De eerste regressie laat zien dat de afkomst een significant effect heeft op de attitude ten opzichte van online hulpverlening ($\beta = .25$, $t = 3.11$, $p = .002$). Vervolgens toont de tweede regressie eveneens een significant effect van het stigma op de attitude ten opzichte van online hulpverlening ($\beta = -.21$, $t = -2.64$, $p = .009$). Echter blijkt bij het uitvoeren van de derde regressie, die de relatie uitdrukt tussen de afkomst en het stigma, dat er geen significante relatie bestaat tussen de afkomst en het stigma ($\beta = -.08$, $t = -0.96$, $p = .340$). Tevens bleek voor de reguliere hulpverlening te gelden dat er een effect was van het stigma op de attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening ($\beta = -.39$, $t = -5.14$, $p < .01$), en een significante relatie tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening ($\beta = .21$, $t = 2.74$, $p = .007$). De relatie tussen de afkomst en het stigma had uiteraard eveneens geen significant effect. Om de relatie tussen de afkomst en het stigma nader te onderzoeken, werd de variabele afkomst verdeeld in 5 groepen om te testen of de gemiddelden van specifieke etnische groepen van elkaar verschilden op de stigmascore. De groepen bestonden uit mensen van Surinaamse ($N = 27$), Marokkaanse ($N = 26$), Turkse ($N = 9$), Westerse ($N = 61$) afkomst; alle respondenten die niet in één van de voorgenoemde groepen viel werd geplaatst in de vijfde groep ($N = 28$). Een één-weg tussen groepen ANOVA werd uitgevoerd. Er bleek geen

significant effect te zijn tussen de gemiddelden van de 5 groepen op de stigmascore, $F(4, 146) = 0.53, p = 0.72$. Concluderend spelen de afkomst en het stigma een rol in de attitude ten opzichte van zowel de reguliere – als de online hulpverlening, echter is een mediërende rol van het stigma op basis van de regressie analyse en de ANOVA uitgesloten (zie figuur 2).



Figuur 2. Het stigma als mediator tussen de afkomst en attitude ten opzichte van online hulpverlening. De relatie tussen de afkomst en het stigma is niet significant waardoor de mediatie is uitgesloten. ** $p < .01$; * $p < .05$.

Hypothese 2.

Om vast te stellen of het stigma in de online omgeving minder sterk is ten opzichte van het stigma in de reguliere hulpverlening werd een gepaarde t-toets uitgevoerd onder alle respondenten. Het gemiddelde van het stigma in de online hulpverlening ($M = 31.01, SD = 6.79$) was significant lager dan het stigma gemiddelde in de reguliere omgeving ($M = 32.09, SD = 6.75$), $t(150) = 2.561, p = 0.011$. De hypothese dat het stigma minder sterk wordt waargenomen in de virtuele omgeving werd om deze reden aangenomen. Vervolgens werd er gekeken naar de gemiddelden van de attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening en online hulpverlening. Middels een gepaarde t-toets werd nagegaan of de attitude score tussen de reguliere hulpverlening en online hulpverlening van elkaar verschilden. De gemiddelde score op de attitude ten opzichte van reguliere hulpverlening was significant hoger ($M = 27.32, SD = 4.67$) in vergelijking met het gemiddelde op de attitude ten opzichte van online hulpverlening ($M = 24.91, SD = 4.71$), $t(150) = 5.84, p < .01$. Op basis hiervan kan worden geconcludeerd dat men reguliere hulpverlening gunstiger beoordeeld. Dit is een opmerkelijke bevinding; de respondenten nemen minder stigma waar in de virtuele omgeving, maar hebben een gunstigere attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening. Deze bevinding wordt zowel ondersteund door de lineaire regressie analyse van de componenten van het stigma op de attitude ten opzichte van de reguliere

hulpverlening, $F(5, 145) = 10.56, p < .01$, als de regressie analyse van de componenten van het stigma op de attitude ten opzichte van de online hulpverlening $F(5, 145) = 1.44, p = 0.22$. In tabel 1 is een overzicht van de stigma componenten op de attitude weergegeven. Mogelijke verklaringen voor de bevindingen van de tweede hypothese zullen in de discussie worden besproken.

Tabel 1

De gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en gestandaardiseerde bèta coëfficiënten van de componenten van het stigma op de attitude ten opzichte van respectievelijk de reguliere en online hulpverlening

Stigma componenten	M	SD	Gestandaardiseerde Bèta Coëfficiënten
<i>Reguliere hulpverlening</i>			
Schaamte	6.71	2.31	-.11
Schuld	7.06	1.62	.03
Geheimhouding	7.34	1.93	-.42**
Isolatie	5.50	1.82	-.37**
Sociale exclusie	5.49	1.28	-.38**
<i>Online hulpverlening</i>			
Schaamte	6.18	2.00	-.14
Schuld	6.61	1.77	.11
Geheimhouding	7.13	2.12	-.05
Isolatie	5.31	1.82	.02
Sociale exclusie	5.79	1.31	-.13

** $p < .01$, * $p < .05$

Hypothese 3.

Om de derde hypothese te onderzoeken werd een multiple regressie analyse uitgevoerd om in kaart te brengen welke factoren de attitude ten opzichte van online hulpverlening voorspellen. De zeven voorspellers van de reguliere hulpverlening uit het literaire vooronderzoek werden hierin opgenomen, namelijk: geslacht, leeftijd, SES, afkomst, stigma, mentale gezondheid en sociale steun. De regressie analyse bleek significant, $F(7, 143) = 4.55, p < .01$. De steekproef multiple correlatie, $R = .43$, geeft aan dat ongeveer

18% van de variantie wordt verklaard door het model, $R^2 = .18$. In Tabel 2 is de correlatie per factor aangegeven. De correlaties geven het volgende aan; de voorspellers leeftijd, stigma en sociale steun hebben een negatief verband met de attitude ten opzichte van online hulpverlening. Dit betekent dat online hulpverlening is geassocieerd met een jongere leeftijd, een lagere score op het stigma en een lagere score op sociale steun. De voorspellers afkomst, geslacht, SES en mentale gezondheid hebben een positief verband. Online hulpverlening wordt zodoende geassocieerd met een westerse afkomst, het vrouwelijke geslacht, een hogere SES, en een hogere score op de mentale gezondheid. De bèta coëfficiënten van slechts drie voorspellers bleken significant, namelijk afkomst ($\beta = .18, p = .022$), SES ($\beta = .25, p = .004$), en het stigma ($\beta = .25, p = .002$). Van de 18% variantie die door het model wordt verklaard zijn deze drie voorspellers verantwoordelijk voor 11% van de variantie. Concluderend spelen drie van de zeven voorspellers van de reguliere hulpverlening een rol in de attitude ten opzichte van online hulpverlening. De richting van deze voorspellers; een westerse afkomst, een hogere SES en een relatief lage stigmawaarneming komen overeen met de richting van de voorspellers uit de reguliere hulpverlening.

Tabel 2

De gestandaardiseerde bèta coëfficiënten, partiële correlaties van de voorspellers op de attitude ten opzichte van online hulpverlening, en de percentages van de verklaarde variantie door elke voorspeller afzonderlijk

Voorspellers	Gestandaardiseerde Bèta Coëfficiënten	Correlatie tussen elke voorspeller en attitude online hulpverlening gecontroleerd door alle andere voorspellers	Percentage verklaarde variantie door voorspeller afzonderlijk (R^2)
Leeftijd	-.11	-.12	<.000
Afkomst	.18*	.19*	.061
Geslacht	.16	.16	.047
SES	-.25**	.24**	<.007
Mentale gezondheid	.15	.14	.013
Stigma	-.26**	-.26**	.045
Sociale steun	-.06	-.06	<.000

** $p < .01$, * $p < .05$

Discussie

In tegenstelling tot de hoofdhypothese medieert de stigmawaarneming de relatie tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van de hulpverlening niet. Reden hiervoor was dat er geen significante relatie is tussen de afkomst van een individu en de stigmawaarneming. Er zijn een aantal verklaringen denkbaar om dit verband uit te leggen. De afkomst van een persoon en de bijbehorende cultuur zijn in dit onderzoek als synoniemen van elkaar gebruikt. De achtergrond van een individu is geoperationaliseerd door te vragen naar het geboorteland van de desbetreffende persoon en diens ouders. Voor effecten tussen het stigma en de afkomst c.q. de cultuur, is het waarschijnlijk effectiever om behalve de afkomst, ook de cultuurbeleving van een persoon in kaart te brengen. Zo kan een allochtone Nederlander in theorie worden geclassificeerd als een niet-westerse allochtoon, maar in de praktijk dichterbij de westerse cultuurbeleving staan. Dit onderzoek bewijst dat de stigmawaarneming geen relatie heeft met de afkomst als een statistisch gegeven. Daarentegen kan de cultuur van een individu mogelijk wel invloed hebben op de stigmawaarneming en de uitingen daarvan.

Hoewel het stigma is aangeduid als de kern van de belemmering in het zoeken naar psychische hulpverlening (Corrigan, 2004), ondersteunen de onderzoekresultaten van de tweede hypothese dit niet volledig. Zoals verwacht werd de theorie dat het stigma minder sterk wordt waargenomen in de virtuele omgeving ondersteund in dit onderzoek. Ook is bewezen dat het stigma een significante rol speelt in de attitude ten opzichte van de hulpverlening; echter is het niet de bepalende hoofdfactor in de attitude. Ondanks dat het stigma hoger werd ingeschat in de reguliere omgeving dan in de virtuele omgeving, was de attitude ten opzichte van de reguliere hulpverlening gunstiger in vergelijking met de online hulpverlening. De oorzaak van deze bevinding zou kunnen liggen in het feit dat de respondenten niet daadwerkelijk participeerden in reguliere of online behandelingen, maar dat zij zich een voorstelling daarvan moesten maken door na te denken over de stellingen. De reguliere hulpverlening kan een voorsprong hebben gehad door de effecten van het 'mere exposure effect' (Cacioppo & Petty, 1989); reguliere hulpverlening is bekender dan de online hulpverlening waardoor het automatisch positiever wordt waargenomen. In vervolgonderzoek zou er een experiment moeten worden uitgevoerd waarin de proefpersonen daadwerkelijk participeren in reguliere- of online hulpverlening. Op deze wijze is de evaluatie gebaseerd op ervaringen in plaats van voorstellingen, en is men niet – volledig- onbekend met online hulpverlening.

De bevindingen van de derde hypothese geven aan dat de online hulpverlening in Nederland niet veel afwijkt in termen van voorspellers ten opzichte van de reguliere hulpverlening. De richting van de significante

voorspellers waren identiek aan de voorspellers van de reguliere hulpverlening. De twee factoren die in dit onderzoek centraal stonden met betrekking tot de online hulpverlening, namelijk de afkomst en het stigma, bleken allebei een significant deel van het zoekgedrag naar psychische hulp te voorspellen.

Beperkingen van dit onderzoek zijn onder andere dat het onderzoek online is uitgevoerd. Dit heeft er toe geleid dat louter mensen die gebruik maken van het internet zijn ondervraagd. Doordat de respondenten via een sneeuwbal steekproeftrekking zijn geworven, was de etnische spreiding van de respondenten niet optimaal. Om deze redenen is de generalisatie van het onderzoek beperkt.

Echter, in Nederland is niet eerder de onderlinge relatie tussen het stigma, de afkomst en de attitude ten opzichte van de hulpverlening op deze wijze onderzocht. Het is evident dat er een relatie is tussen de afkomst en de attitude ten opzichte van de hulpverlening, en tussen het stigma en de attitude ten opzichte van de hulpverlening. Het niet-significante resultaat tussen de afkomst en het stigma kan veroorzaakt zijn door de cultuurperceptie, in plaats van de afkomst als een statistisch gegeven. Experimenteel onderzoek op het gebied van attitudes ten opzichte van de hulpverlening, rekening houdend met de cultuurperceptie van een individu, zou meer duidelijkheid over de verbanden tussen de variabelen kunnen verschaffen. De resultaten van het huidige onderzoek geven indicaties in welke richting de belemmeringen van de hulpverlening gezocht dienen te worden. De ondervertegenwoordiging van allochtonen in de GGZ is een feit, welke van essentieel belang is nader te onderzoeken. Gezien er steeds meer sprake is van de invloed van internet in het dagelijks leven, zal de rol van de online hulpverlening waarschijnlijk toenemen. Het is dan ook vanzelfsprekend deze te betrekken in onderzoek. Vervolgonderzoek gericht op afkomst/cultuur, stigma en attitudes ten opzichte van de hulpverlening dienen te leiden tot ontwikkelingen van interventies om de belemmeringen in de GGZ te doen doorbreken. Verbeteringen op dit gebied betekenen niet alleen een beter welzijn voor het individu, welke essentieel is voor de kwaliteit van leven, maar hebben ook verstrekkende positieve gevolgen voor de maatschappij.

Referenties

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Appleby, L. (1999). *Safer Services*. London: Department of Health.
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beattie, D., Cunningham, S., Jones, R. & Zelenko, O. (2006). I use online so the counselors can't hear me crying: Creating design solutions for online counselling. *Media International Australia Incorporating Culture and Policy*, 118, 43-52.
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1367.
- Biernat, M. & Dovidio, J. F. (2000). Stigma and stereotypes. *The Social Psychology of Stigma*, 88-125.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., et al (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed adults: a cross sectional survey. *British Journal of General Practice*, 54, 248-253.
- Bijl, R. V. & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.
- Bland R.C., Newman S.C., Orn H. (1997). Help-seeking for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 935-942.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E., & Tassinary, L. G. (1989). Social psychophysiology: A new look. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 39-91.
- Cauce, A.M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B.N., Shea, J.M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 44-55.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2007). *Bevolking naar herkomst en generatie*. Statline. Den Haag/Heerlen, Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Cotton, S. R., Gupta, S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59, pp. 1795-1806.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.

- DeWall, C. N., & Baumeister, R. F. (2006). Alone but feeling no pain: Effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 1–15
- Docherty, J. B. (1997) Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 5–10.
- Eker, D. (1985). Effect of type cause on attitudes toward mental illness and relationships between attitudes. *International Journal of Social Psychiatry, 31*, 243-251
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research, 3*.
- Fischer E.H. & Turner J.L. (1970). Orientation to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 79–90.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. New York: McGraw-Hill
- Hofstede, G. (1995), 'Multilevel Research of Human Systems: Flowers, Bouquets and Gardens', *Human System Management, 14*(3), 207-218.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog, 33*, 151-157.
- Komiti, A., Judd, F. & Jackson, H. (2006). The influence of stigma and attitudes on seeking help from a GP for mental health problems: a rural context. *Social Psychiatry Epidemiology, 73*8-745.
- Kortmann, F.A.M. (2003). Interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Een studie naar de 'state of the art' van de transculturele hulpverlening. Utrecht/Rotterdam: ggz Nederland/Mikado.
- Moller-Leimkuhler, 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*, 1-9.
- Ng, C.H. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31*, 382–39.
- Nikken, P. (2007). *Online hulp verdient nog veel aandacht*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Interculturalisatie van de Gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ; 2000
- Rafferty, J. & Steyaert, J. (2007). 'Social work in a digital society' hoofdstuk 16 van het boek: Lymbery, M., Postle, K., (2007). *Social work: a companion to learning*. London: Sage Publications.
- Raguram, R., Weiss, M.G., Channabasavanna, S.M. & Devins, G.M. (1996) *Stigma, depression, and somatization in South India*. In: *American Journal of Psychiatry, 153*: 1043-1049.
- Rochlen, A.B., Zack, J. S., Speyer, C. (2004). Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 269-283.

- Rouvoet, A. & Vogelaar, E. (2008). *Diversiteit in het Jeugdbeleid*. Beleidsbrief aan Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31001, 52. Den Haag, ministerie van Jeugd en Gezin.
- Sayal, K. (2006) Annotation: pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 649–659.
- Smith, K.W., Avis, N.E. & Assman, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta analysis. *Medicine*, 8-5, 447-459.
- Struijs, A., & Wennink H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht/Zoetermeer: Trimbos-instituut en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *Cyber Psychology & Behavior*, 7, 321-326.
- Surgenor, L.J.(1985). Attitude toward seeking professional psychological help. *New Zealand Journal of Psychology*, 14, 27-33.
- Vanhuele, H., Vertommen, M. (2008). Online: een meerwaarde voor de eerstelijns hulpverlening? *Sociale interventie*, 17, 47-57.
- Vogel, D.L., Wade, N.G., & Hackler, A.H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counselling: The mediating roles of self stigma and attitudes toward counselling. *Journal of Counselling Psychology*, 54, 40-50.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Yen, S., Robins, C. & Lin, N. (2000). *A cross-cultural comparison of depressive symptom manifestation China and the United States*. In: *Journal of Counselling and Clinical Psychiatry*, 68, 993-999.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41
- Zwirs, B. (2006). *Externalizing disorders among children of different ethnic origin in the Netherlands*. Utrecht:UMC Utrecht.