

Lijdensdruk en culturele dimensies bij mantelzorgers

Individualisme en collectivisme gecorreleerd met rouw en depressieve gemoedsgesteldheid bij mantelzorgers met een familielid met de ziekte van Alzheimer



Universiteit Utrecht: Departement
Klinische en Gezondheids Psychologie

Datum: 2 juli 2008

Begeleiding: Dr. Henk Schut

Auteurs: Mehmet Hacıhasanoglu (03121974)
Arnold Scholten (0315680)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship of cultural background of family caregivers who care for a person with Alzheimer's disease, with two components of suffering: grief and depressive affect. Cultural background is defined by two dimensions, individualism and collectivism. The expectation that caregivers with a more collectivistic cultural background would experience less suffering was based on the notion that this group would experience less stress by giving up their individual freedoms for the care of the chronic ill family member, as opposed to caregivers with a more individualistic cultural background. Results suggested that there was a negative correlation between collectivism and grief; higher collectivism scores were associated with a lower level of grief. No correlations were found regarding depressive affect and individualism. The lowest level of grief was measured in the final phase of Alzheimer's disease with reference to the middle and early phases of the disease. Results are discussed in terms of understanding grief-like reactions when a loved one suffers from Alzheimer's disease.

Paradox van Alzheimer

"Weggaan kun je beschrijven als
een soort van blijven. Niemand
wacht want je bent er nog.
Niemand neemt afscheid
want je gaat niet weg."

Dit is een strofe uit het gedicht 'Weggaan' uit: Het orgeltje van yesterday, 1968 van Rutger Kopland, pseudoniem van de op 4 augustus 1934 te Goor geboren dichter, psychiater, essayist en emeritus hoogleraar biologische psychiatrie, Rutger Hendrik van den Hoofdakker. Kopland schetst in dit gedicht de betekenis van de ziekte van Alzheimer voor de belevingswereld van zowel patiënt als zijn familie en vrienden. Het specifieke aan de ziekte van Alzheimer, gezien vanuit het perspectief van de familie en de mantelzorgers, is dat de familie rouwt om het verlies van het familielid dat Alzheimer heeft, terwijl de patiënt fysiek nog aanwezig is. Onder deze mantelzorgers verstaan we personen die aanvullende hulp, niet beroepshalve, aan bejaarden, zieken en andere hulpbehoevenden verlenen (Van Dale, 2005). Mantelzorgers zullen hier gedefinieerd worden als diegenen die zorg dragen voor patiënten die lijden aan de ziekte van Alzheimer en familielid zijn.

De ziekte van Alzheimer is een progressief, gestaag verlies van de geestelijke vermogens, gekenmerkt door degeneratie van het hersenweefsel, waaronder verlies van zenuwcellen en de vorming van seniele plaques en neurofibrillaire knopen. (Medisch Handboek Merck Manual, 2005). De ziekte van Alzheimer is, vooral bij ouderen, de meest voorkomende vorm van dementie (Kertesz, Salmon, Galasko & Rascovsky, 2005). Dementie is een geleidelijke, progressieve afname van het geestelijk functioneren waarbij geheugen, denkvermogen, beoordelingsvermogen en leervermogen aangetast raken (Medisch Handboek Merck Manual, 2005).

Met het voortschrijden van de ziekte van Alzheimer krijgen mensen moeite om zich gebeurtenissen uit het verleden te herinneren. Ze kunnen hulp nodig hebben bij het eten, aankleden, in bad gaan en toiletbezoek. De patiënten kunnen zelfs thuis de weg naar het toilet kwijtraken. Ze kunnen incontinent zijn en kunnen vaak niet meer slikken, eten of spreken

(Medisch Handboek Merck Manual, 2005). Door dit progressieve karakter zullen de patiënten uiteindelijk niet meer kunnen lopen of voor zichzelf kunnen zorgen. Hierdoor raken zij in ernstige mate afhankelijk van anderen.

Door het progressieve karakter van de ziekte van Alzheimer hebben mantelzorgers een dagelijkse, lichamelijk en emotioneel zware opgave die vaak jaren kan duren. Familieleden zorgen vaak tien jaar of langer voor mensen met Alzheimer voordat patiënten worden opgenomen of sterven (Wackerbath & Johnsen, 2001). Het is niet precies duidelijk hoeveel mantelzorgers zorg dragen voor mensen met de ziekte van Alzheimer. Het staat wel vast dat 60% van de hulp aan dementerenden wordt verleend door familieleden, vooral gezinsleden (Duijnstee, 1996).

De belangrijkste taken van mantelzorgers zijn ondersteuning bij de dagelijkse activiteiten zoals eten, boodschappen doen, schoonmaken, aankleden en wassen. Daarnaast verrichten mantelzorgers medisch-verpleegkundige taken (insuline injecties en hygiënische verzorging) en de zorg voor financiële zaken, het bieden van emotionele ondersteuning en het functioneren als oppas voor als de Alzheimer patiënt niet alleen kan blijven (www.alzheimer.nl). De zorg voor patiënten met Alzheimer veroorzaakt vaak chronische stress en heeft negatieve fysieke en mentale effecten op de mantelzorger (Grant, 1999; Schultz, O'Brien & Bookwala, 1995; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). Een moeilijke taak voor mantelzorgers is dat men tijdens het proces van zorg dragen en in de fysieke nabijheid van hun geliefde of familielid met Alzheimer, zij tevens aan het rouwen zijn om de mentale achteruitgang en het verdwijnen van de persoonlijkheid van hun geliefde. De rouw bij mantelzorgers komt vooral tot uiting door het gevoel van ongeloof dat de patiënt er niet meer is maar dat zijn fysieke omhulsel nog wel aanwezig is, woede en bitterheid over het verlies van het desbetreffende familielid, terugkerende heftige negatieve emoties met een intens verlangen naar de pre-Alzheimer situatie en de preoccupatie van gedachten over de patiënt (Shear, Frank, & Houck, 2005). De mantelzorger en patiënt raken steeds verder verwijderd van de onderdelen van het leven dat ze deelden. De mantelzorger rouwt om het verlies van wie de persoon was (Gezondheidsraad, 2002).

Cultuur

In hoeverre speelt de culturele achtergrond van een mantelzorger een rol in het verwerken van de rouw die tijdens het verloop van de ziekte en bij het verlenen van de mantelzorg ontstaat? Uit eerder onderzoek blijkt dat afro-Amerikaanse mantelzorgers lagere niveaus van stress, belasting en depressie ervaren dan hun witte landgenoten (Haley, Roth, Coleton, Ford, West, Collins, & Isobe, 1996; Haley, West, Wadley, Ford, Anglo, Barret, Harrel, & Roth, 1995; Hinrichsen & Ramirez, 1992; Lawton, Rajagopal, Brody & Kleban, 1992; Miller, Campbell, Farran, Kaufman & Davis, 1995; Morycz, Malloy, Bozich & Martz, 1987). Zelfs nadat er gecontroleerd is voor socio-economische status en leeftijd (Haley et al., 1995; Haley et al., 1996). Dit impliceert dat deze groepen mensen op verschillende manieren met hun zorgtaak omgaan en dat deze andere omgangswijze gerelateerd kan zijn aan de cultuurverschillen die tussen deze groepen bestaan.

De verschillende (familie) culturen die verschillende groepen mensen met zich meedragen zijn ruwweg te onderscheiden in individualistische en collectivistische culturen. Waarbij de Angelsaksische wereld een typische individualistische cultuur is en de oosterse wereld een typische collectivistische cultuur. Alhoewel alle mensen een persoonlijke en sociale identiteit hebben, wordt deze identiteit versterkt of verzwakt door de cultuur waarin men leeft. De individualistische cultuur versterkt de persoonlijke identiteit terwijl de collectivistische cultuur de sociale identiteit versterkt. Mensen in een individualistische cultuur definiëren hun levens in termen als zelfontplooiing, terwijl mensen in collectivistische culturen hun levens meer definiëren in termen van het volbrengen van taken en het waarborgen van het welzijn van de groep waartoe zij behoren. Mensen uit individualistische culturen vinden persoonlijke vrijheid en creativiteit belangrijker dan de mogelijke eenzaamheid dat dit met zich mee zou kunnen brengen. Mensen uit collectivistische culturen vinden het gevoel om bij een groep te horen en het gevoel van veiligheid belangrijker dan de verminderde persoonlijke vrijheid en creativiteit dat dit met zich mee zou kunnen brengen (Triandis, 1995). Tevens vertonen zij sterkere verticale relaties (vader-zoon, moeder-dochter) dan mensen uit individualistische culturen die sterkere horizontale (broers, vrienden) banden hebben (Hart & Poole, 2001).

Gekeken naar het feit dat het in collectivistische culturen belangrijker is om voor de eigen groep te zorgen en de ouder-kind relaties hier sterker zijn dan in individualistische culturen, lijkt het aannemelijk dat het opgeven van vrijheden en tijd minder lastig en stressvol zal zijn, en dat het de mantelzorg meer voldoening (Adams, Aranda, Kemp & Takagi, 2002) oplevert

dan bij personen uit individualistische culturen. De interne sociale netwerken in de collectivistische culturen zijn sterker dan die van de individualistische culturen (Matsumoto, 2000). Dit impliceert dat mensen met deze collectivistische culturele achtergrond sneller geneigd zijn om elkaar te steunen en hier relatief meer tijd aan zouden besteden dan personen met een individualistische achtergrond. Deze steun is dan ook zeer welkom omdat is aangetoond dat meer ervaren sociaal-emotionele steun gerelateerd is aan een verminderde belasting voor de mantelzorger (Harwood, Ownby, Burnett, Barker & Duara, 2000).

Dit onderzoek is er dan ook op gericht om de relatie te onderzoeken tussen de lijdensdruk die mantelzorgers ervaren en hun culturele achtergrond. De ervaren lijdensdruk bestaat uit drie componenten die onderzocht zullen worden. Deze componenten zijn de mate van rouw, stress en depressie die mantelzorgers ervaren tijdens het zorgen voor de persoon met Alzheimer.

De verwachting is dat personen met een meer collectivistische culturele achtergrond minder lijdensdruk zullen ervaren omdat deze personen het minder stressvol vinden om hun individualistische vrijheden op te geven en dat zij meer voldoening ervaren tijdens de zorg voor de persoon met de ziekte van Alzheimer (Adams et. al, 2002; Triandis, 1995). Door deze verminderde stress zullen depressieve verschijnselen waarschijnlijk minder snel optreden en mede hierdoor zal de ervaren lijdensdruk minder groot zijn dan bij de mantelzorgers met een meer individualistische culturele achtergrond.

De hypothesen van dit onderzoek zijn:

1. Mantelzorgers uit collectivistische familieculturen ervaren minder lijdensdruk dan mantelzorgers uit individualistische familieculturen.
- 1A. Mantelzorgers uit collectivistische culturen ervaren minder rouw dan mantelzorgers uit individualistische familieculturen.
- 1B. Mantelzorgers uit collectivistische familieculturen zijn minder depressief dan mantelzorgers uit individualistische familieculturen.

Methode

Het design van de studie wordt gekenmerkt door een eenmalige meting met behulp van vragenlijsten.

Participanten

De participanten van dit onderzoek zijn echtgenoten of eerste of tweede graad familieleden van patiënten met de ziekte van Alzheimer. De vraagstelling verlangt dat de onderzochte respondenten familie zijn, dit omdat de band die binnen familieculturen bestaan zou kunnen samenhangen met verwantschap. De participanten zijn geworven via Zorgpartners Midden Holland (Verpleeghuis De Riethoek te Gouda, Zorgcentrum Boskoop te Boskoop, Zorgcentrum Souburgh te Waddinxveen) en via Verzorgingshuis Transwijk te Utrecht.

In totaal hebben 82 respondenten meegedaan aan het onderzoek. Negen participanten zijn bij de analyse verwijderd, omdat de gegevens van deze respondenten ontoereikend waren voor verwerking. Deze 9 participanten, 2 mannen en 7 vrouwen, hadden een gemiddelde leeftijd van 79.2 met een SD van 6.5. De respondentengroep waar de analyse op is gebaseerd bestond uit 21 mannen (28.8%) en 52 vrouwen (71.2%) met een gemiddelde leeftijd van 64.4 (SD 13.5), waarbij de jongste participant 41 en de oudste 87 was (zie Tabel 1).

Tabel 1. Gemiddelden en Standaarddeviaties van de Leeftijd van de Participanten.

	Gemiddelde leeftijd	Standaarddeviatie leeftijd
Man (N=21)	69.95	10.71
Vrouw (N=52)	62.17	13.89
Totaal (N=73)	64.41	13.46

De leeftijd van de participanten is niet normaal verdeeld, er bestaan twee clusters van leeftijden. Deze twee clusters komen ruwweg overeen met eerstegraads verwanten (voornamelijk kinderen van patiënten) voor de groep 41-59 (32 participanten) en echtgeno(o)t(e) voor de groep 67-87 (41 participanten). Uit de gerapporteerde relatie met de patiënt bleek dat 33 personen echtgeno(o)t(e) waren, 31 personen waren eerste graad (ouder of

kind) verwant en 9 personen waren tweede graad (grootouder, broer, (schoon)zus of zwager) verwant.

Het overgrote deel, 84.9%, van deze groep is gehuwd en samenwonend, 6.8% is gescheiden, 5.5% is weduwe en 2.7% is nooit getrouwd geweest. Het opleidingsniveau is verdeeld in lager onderwijs (20.5%), beroepsonderwijs (20.5%), MAVO (13.7%), MBO (12.3%), HAVO(4.1%), HBO (26.0%) en WO (2.7%). 34.2% van de ondervraagde respondenten was werkzaam ten tijde van afname.

De ziekte van Alzheimer valt onder te verdelen in drie fasen. De respondenten gaven, mede door middel van gegeven criteria, aan in welke fase het familielid met de ziekte van Alzheimer zich bevond. Fase 1, de vroege fase 8.2%; fase 2, de middelfase 65.8% en fase 3, de late fase 26.0%.

Meetinstrumenten

Het meetinstrument bestaat uit vier vragenlijsten, die vooraf wordt gegaan door een inleidende brief waarin het doel van het onderzoek wordt verduidelijkt. De eerste vragenlijst vraagt naar demografische gegevens, de tweede lijst is een instrument dat een sombere gemoedstoestand meet, de derde vragenlijst meet ervaren rouw en de laatste lijst meet de culturele achtergrond van de participant.

Demografische gegevens

De eerste lijst vraagt naar demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, aard van de relatie met de Alzheimer patiënt, de fase van de ziekte van Alzheimer, de huwelijkse staat, het aantal kinderen en het aantal uren mogelijke verzorging van de Alzheimer patiënt door de participant van het onderzoek.

Vropsom

De tweede vragenlijst is een instrument (VROPSOM) dat de sombere stemming meet. Dit instrument geeft een lijst met een aantal gemoedstoestanden; aan de participant wordt gevraagd de ervaren gemoedstoestanden aan te vinken. Deze lijst dient primair om een

schatting te verkrijgen van de sombere gemoedstoestand (Van Rooijen, 1977; 1980). Andere aspecten of symptomen van de medische syndromen die onder de noemer “depressie” vallen, zoals cognitieve en vegetatieve verschijnselen of gedragingen behoren in de eerste instantie niet tot de meetpretentie van de VROPSOM-lijsten. De VROPSOM-M is de Nederlandse versie vertaald door Van Rooijen (1985) van de Depression Adjective Checklist van Lubin (1965). De betrouwbaarheid en (concurrente) validiteit zijn gebleken bij een reeds survey-onderzoeken bij studenten, bij weduwen die nog de rouw om hun man doormaakten en bij de algemene bevolking (Van Rooijen 1977; 1979; 1980; 1981; 1986b; Vlaander & Van Rooijen, 1981) en in een experiment waarin de deelnemers stemmingsinductie ondergingen (Van Rooijen, 1980; Van Rooijen & Vlaander, 1984). De betrouwbaarheid is goed, de begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit voldoende (Cotan, 1981). In dit onderzoek bedroeg Cronbach's Alpha .80 voor de Dysforie-subschaal en .81 voor de Euforie-subschaal. De VROPSOM-M bevat 34 woorden die stemming of gevoelens weergeven, zoals *somber* of *blij*. Hiervan drukken 22 woorden onplezierige gevoelens uit. Deze vormen samen de Dysforie-subschaal. Van de 34 woorden drukken 12 woorden plezierige gevoelens uit. Deze 12 woorden vormen de Euforie-subschaal. De totaalscore, die een depressief gevoel tracht te meten, is opgebouwd uit de som van het aantal aangestreepte onplezierige woorden plus de som van de niet-aangevinkte plezierige woorden. Hoe hoger de score, hoe sterker het depressief affect.

Rouwvragenlijst

De derde vragenlijst probeert de mate van ervaren rouw te meten. Participanten kunnen aangeven in hoeverre ze het eens zijn met stellingen aangaande rouw of verliesverwerking. Voor het meten van Rouw is in dit onderzoek de Rouw Vragenlijst (RVL) gebruikt. De RVL is een vertaling door Keijser (1998) van de *Inventory of Complicated Grief- revised*, (ICG-r) van Prigerson, Kasl en Jacobs. De ICG-r is uitgebreid met tien items van de versie van de *Inventory of Complicated Grief* (ICG) van Prigerson, Maciejewski et al. (1995). Aan de ICG zijn negentien items toegevoegd die verdoofdheid, een verminderd gevoel van veiligheid, gespannenheid en slaapproblemen als rouwreacties meten.

De ICG-r is ontwikkeld om ongezonde symptomen van rouw te meten en om het verschil te meten tussen traumatische rouw en rouw zonder trauma, gedefinieerd door Prigerson, Shear et al. (1999). De RVL als vertaling van de ICG-r is in dit onderzoek gebruikt om rouw te meten.

Er is echter voor zover bekend bij de onderzoekers, geen onderzoek gedaan naar rouwreacties bij familieleden waarvan het familielid niet is overleden. Toch is gekozen voor de ICG-r omdat deze a- theoretische, descriptieve symptomen meet in plaats van verschijnselen die op grond van een bepaalde theorie verwacht worden in een rouwproces voor te komen (De Keijser, Van den Bout & Boelen, 1998). De Keijser, Van den Bout en Boelen (1998) hebben de psychometrische eigenschappen van de RVL onderzocht en die bleek een goede interne consistentie te hebben met een Cronbach's alfa van .94. In ons onderzoek vonden wij een Cronbach's Alpha van .92. Hoe hoger de score, hoe sterker de rouwreactie.

Cultuurvragenlijst

De vierde vragenlijst is opgesteld om collectivistische en individualistische culturele waarden te meten. Bij het inventariseren van cultuur wordt in dit onderzoek onderscheid gemaakt in mate van Individualisme en Collectivisme. De vragenlijst die is gehanteerd in dit onderzoek is ontleend aan Triandis en Singelis (1995); Subjective Individualism and Collectivism (SINDCOL). De initiële vragenlijst van 22 items werden gesplitst in een individualistische en collectivistische component. De individualistische schaal bestond uit 9 items en had een Cronbach's Alpha van .71; de collectivistische schaal bestond uit 11 items en had een Cronbach's Alpha van .69. Wij hebben de vragenlijst vertaald en aangepast aan de Nederlandse taal en cultuur, daarbij hebben wij twee items uit de oorspronkelijke lijst niet overgenomen, deze items waren slecht te vertalen en zouden waarschijnlijk niet begrepen worden door onze respondenten. De aangepaste vragenlijst bestond uit 22 stellingen die een individualistische of collectivistische culturele achtergrond trachtte te inventariseren. Participanten konden aangeven in hoeverre ze met een stelling eens of oneens waren. De antwoordmogelijkheden liepen van 0 tot 10 waarbij 0 'helemaal mee oneens' is en 10 'helemaal mee eens' is. Omdat de interne consistentie van de schalen dermate laag was, een Alpha van .30 voor de individualistische schaal en een Alpha van .16 voor de collectivistische schaal, zijn er een aantal laagladende items weggelaten. De Individualismeschaal is teruggebracht tot 6 items met een Cronbach's Alpha van .60 en de Collectivismeschaal is tevens teruggebracht tot 6 items met een Cronbach's Alpha van .51. De interne consistentie van beide schalen is eigenlijk niet voldoende, toch is besloten om met deze schalen te werken.

Procedure

De onderzoekers hadden initieel het idee om via diverse Alzheimer cafés in Nederland respondenten te werven. Aangezien na diverse pogingen geen toestemming of medewerking werd gegeven of verleend is er van dit idee afgestapt en is contact tot stand gekomen met het bestuur van Zorgpartners Midden-Holland. Deze stelden de onderzoekers in de gelegenheid om de aangesloten verpleeg- en verzorgingstehuizen te contacteren over mogelijkheid tot afname van de vragenlijst. In samenspraak met het bestuur is een memo rondgestuurd met daarin de opzet en bedoeling van het onderzoek. Vervolgens is telefonisch contact opgenomen met 6 van de aangesloten verpleeg- en verzorgingstehuizen. Drie van deze instellingen gaven toestemming voor afname van het onderzoek. Na individuele bijeenkomsten met de betreffende managers is besloten om de enquêtes op te sturen. Twee instellingen (Verpleeghuis De Riethoek te Gouda en Zorgcentrum Souburgh te Waddinxveen) leverden de adresgegevens van de personen die voldeden aan de criteria van het onderzoek. Eén instelling (Zorgcentrum Boskoop te Boskoop) heeft de enquêtes zelf verstuurd. Bij de enquête was een gefrankeerde envelop ingesloten zodat de participanten de ingevulde vragenlijsten konden retourneren. Om de gegevens zo gevarieerd mogelijk te maken is tevens contact gezocht met de managerzorg van Verzorgingshuis Transwijk te Utrecht, op deze manier zijn 2 kleine gemeentes, 1 middelgrote gemeente en 1 grote gemeente betrokken bij het onderzoek. De managerzorg gaf een adressenlijst met mogelijke kandidaten voor het onderzoek, waarna dezelfde procedure volgde als in Midden-Holland. In totaal zijn er 136 adressen (eerste contactpersoon van de patiënt) aangeschreven, van deze 136 hebben 82 de vragenlijst geretourneerd (60.3%). Bij de enquête was een inleidende brief toegevoegd met daarin een uiteenzetting over het doel van het onderzoek en het verlenen van toestemming voor de verwerking van de geanonimiseerde gegevens. De gegevens zijn verzameld in de periode juni-oktober 2007.

Resultaten

Analyses voor aanvang van het toetsen van de hypothesen.

Om te kunnen zien of de data uit de diverse vragenlijsten normaal verdeeld zijn, is er voor elke lijst een Kolmogorov-Smirnov-toets en een Shapiro-Wilk-toets uitgevoerd. Bij de rouwvragenlijst (Kolmogorov-Smirnov, $p = .20$; Shapiro-Wilk, $p = .55$) en de Vropsom (Kolmogorov-Smirnov $p = .06$; Shapiro-Wilk $p = .22$) werden geen significante resultaten gevonden. Hieruit mag geconcludeerd worden dat de scores op deze lijsten normaal verdeeld zijn. De subschalen van de cultuurvragenlijst waren echter niet normaal verdeeld. De individualistische subschaal (Kolmogorov-Smirnov, $p = .00$; Shapiro-Wilk, $p = .06$) en de collectivistische subschaal (Kolmogorov-Smirnov, $p = .00$; Shapiro-Wilk, $p = .01$). De variabelen zijn getransformeerd door middel van vierkantswortel ($\text{SQRT}(\text{Individualisme})$) en de inverse van de vierkantswortel ($\text{SQRT}(1-\text{Collectivisme})$), vervolgens zijn de uitbijters die meer dan 3 maal de SD verwijderd waren van het gemiddelde getransformeerd in een minder extreme waarde (Pallant, 2007); respectievelijk 2 en 6 items. De getransformeerde schalen zijn normaal verdeeld; individualisme (Kolmogorov-Smirnov, $p = .06$; Shapiro-Wilk, $p = .02$) en collectivisme (Kolmogorov-Smirnov, $p = .09$; Shapiro-Wilk, $p = .03$).

Tabel 2. Gemiddelden en Standaarddeviaties van de Rouwvragenlijst, de Vropsom, en de twee subschalen van de Cultuurvragenlijst.

	Gemiddelde	SD
Rouwvragenlijst	47.32	10.82
Vropsom	10.34	4.92
Individualistische schaal	33.33	6.74
Collectivistische schaal	33.70	7.89

Collectivisme en individualisme in relatie tot rouw

De relatie tussen collectivisme en rouw (Rouwvragenlijst) werd onderzocht door middel van een Pearson correlatie. Er bestaat een negatieve correlatie tussen de twee variabelen, $r = -.26$,

$n = 73, p = .025$, de hogere collectivistische achtergrond is geassocieerd met een mindere mate van gerapporteerde rouw. De relatie tussen individualisme en rouw blijkt nagenoeg non-existent en daarbij niet significant te zijn, $r = .01, n = 73, p = .40$. De gevonden relatie tussen collectivisme en rouw ondersteunt onze eerste subhypothese (1A). De relatie tussen individualisme en rouw biedt evenwel geen ondersteuning voor deze hypothese.

Collectivisme en individualisme in relatie tot depressie (Vropsom)

De relatie tussen collectivisme en depressieve stemming (Vropsom) werd eveneens onderzocht door middel van Pearson correlatie coëfficiënt. Er bestaat een negatieve, niet significante, correlatie tussen de twee variabelen, $r = -.09, n = 73, p = .451$. De relatie tussen individualisme en depressie, $r = .17, n = 73, p = .16$, is eveneens niet significant en de beide correlaties zijn daarnaast dermate laag dat we op basis van deze gegevens geen ondersteuning vinden voor de tweede subhypothese (1B).

Fases van de ziekte van Alzheimer en Woonsituatie

Een one-way is uitgevoerd om de relatie van de fases van de ziekte van Alzheimer op ervaren rouw bij de mantelzorger te meten. De participanten zijn onder te verdelen in drie groepen; de vroege fase, de middel fase en de late fase. Een significant verschil is gevonden voor de drie groepen: $F(2, 70) = 5.9, p = .00$. De effectgrootte, berekend door middel van eta squared, is groot (.14). De Post-hoc Tukey HSD wijst uit dat er een significant verschil bestaat tussen de gemiddelde score van de late fase ($M = 40.6, SD = 7.6$) met de vroege fase ($M = 52.3, SD = 9.9$) en tussen de late fase en de middel fase ($M = 49.4, SD = 11.0$). Dit zou betekenen dat de mantelzorgers die een familielid hebben in de late fase van de ziekte van Alzheimer minder rouw ervaren dan mantelzorgers die een familielid hebben in de middel fase of vroege fase. Deze uitkomsten zijn mogelijk ook te verklaren door het feit dat 89.5% van de patiënten in de late fase niet meer thuis wonen tegenover 33.3% in de vroege fase en 68.8% in de middel fase. De gemiddelde rouwscores zijn vergeleken door middel van een t -test. De scores verschilden significant of een patiënt thuis woonachtig ($M = 53.0, SD = 10.9$) was of niet ($M = 45.0, SD = 10.0$), $t(71) = 2.98, p = .00$. Deze alternatieve verklaring is onderzocht door middel van een two-way Anova met de fase van Alzheimer en woonsituatie als factoren. Het

interactie effect tussen de fase van Alzheimer en woonsituatie is niet significant, $F(2, 67) = 2.44, p = .10$. Het hoofdeffect voor de fase van Alzheimer is significant, $F(2, 67) = 3.92, p = .02$, met een gemiddelde effectgrootte (.11). Het hoofdeffect van woonsituatie is niet significant, $F(2, 67) = .00, p = .99$. Deze gegevens laten zien dat de verschillen in de gemiddelde scores van rouw voor de drie groepen van de fases van Alzheimer alleen toe te schrijven is aan de fase waarin men verkeert en niet aan de woonsituatie.

Verwantschap

Een ANOVA is uitgevoerd om de impact van verwantschap op ervaren rouw, depressieve stemming, individualisme en collectivisme bij de mantelzorger te meten. De participanten bestaan uit drie groepen; echtgeno(o)t(e), eerste graad en tweede graad verwant. De gemiddelde scores voor depressieve stemming, $F(2, 70) = 1.87, p = .16$ en individualisme, $F(2, 70) = .51, p = .60$ verschilden niet significant van elkaar. De gemiddelde scores voor rouw, $F(2, 70) = 3.71, p = .03$ en collectivisme, $F(2, 70) = 3.63, p = .03$ verschilden significant voor de drie groepen. De effectgrootte, berekend door middel van eta squared, is gemiddeld voor rouw (.10) en collectivisme (.09). De Post-hoc Tukey HSD wijst uit dat er een significant verschil bestaat bij de gemiddelde score van rouw tussen echtgeno(o)t(e) ($M = 49.9, SD = 11.7$) en 2^e graad verwantschap ($M = 39.3, SD = 10.3$). En bij collectivisme eveneens tussen echtgeno(o)t(e) ($M = 3.7, SD = 1.0$) en 2^e graad verwantschap ($M = 4.5, SD = 1.1$). Deze gegevens laten zien dat participanten die 2^e graad verwant zijn meer collectivisme en minder rouw ervaren dan de echtgeno(o)t(e).

Leeftijd en Sekse

Om te kunnen controleren of sekseverschillen een rol zouden spelen bij de gevonden uitkomsten zijn de vier variabelen vergeleken door middel van een t-test. Mannen en vrouwen blijken op geen van de variabelen significant te verschillen: Individualisme, $t(71) = -.37, p = .71$; Collectivisme, $t(71) = .66, p = .51$; Rouw, $t(54) = -.57, p = .57$ en Vropsom, $t(71) = -.32, p = .75$. Aangezien leeftijd niet normaal verdeeld is en deze onder te verdelen valt in twee clusters van leeftijden zijn deze clusters met elkaar vergeleken door middel van een t-test. De leeftijdsgroep 41-59 blijkt niet te verschillen van de groep 67-87 op de vier variabelen:

Individualisme, $t(71) = 1.77, p = .08$; Collectivisme, $t(71) = .60, p = .55$; Rouw, $t(54) = -.76$
 $p = .45$ en Vropsom, $t(71) = -1.65, p = .10$.

Discussie

Het doel van dit onderzoek is het exploreren van de relatie tussen de lijdensdruk die mantelzorgers ervaren en hun culturele achtergrond. Uit onderzoek blijkt dat het in collectivistische culturen belangrijker is om voor de eigen groep te zorgen en dat de ouder-kind relaties hier sterker zijn dan in individualistische culturen. Uit deze gedachte redenerend lijkt het aannemelijk dat het opgeven van vrijheden en tijd minder lastig en stressvol zal zijn en dat daarnaast de mantelzorger meer voldoening zal ervaren bij de zorg voor het familielid (Adams, Aranda, Kemp & Takagi, 2002).

Collectivisme en individualisme als twee afzonderlijke dimensies

Psychologen importeerden het construct van individualisme en collectivisme in intercultureel onderzoek om nationale, culturele en individuele variaties in gedrag te verklaren (Triandis, Leung, Villareal, & Clark, 1985). Het individualisme en collectivisme was initieel geconceptualiseerd als twee polen van een unidimensionaal construct. Echter Chen en West (2007) stellen dat dit construct zulke diverse aspecten van cultuur meet dat de dimensies heterogeen neigen te worden. Ho and Chiu (1994) beargumenteren eveneens dat individualisme en collectivisme twee afzonderlijke constructen zijn met elk een constellatie van componenten. Zelfs binnen de afzonderlijke dimensies zijn er twee aspecten waar rekening mee gehouden dient te worden, namelijk de verticale en horizontale oriëntatie. Horizontaal collectivisme staat bijvoorbeeld voor de mate van maatschappelijke cohesie binnen een samenleving en verticaal collectivisme benadrukt de intensiteit van de familiebanden en dan voornamelijk de ouder-kind relatie (Singelis, Triandis, Bhawuk & Gelfand, 1995).

Collectivistische- en individualistische culturele achtergrond en rouw

De verwachting dat er een verband bestaat tussen de collectivistische culturele achtergrond met rouw, wordt in dit onderzoek ondersteund. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat hoe sterker de collectivistische achtergrond is des te minder rouw er wordt ervaren bij mantelzorgers van familieleden met de ziekte van Alzheimer. Er is echter geen verband tussen

de individualistische culturele achtergrond met rouw. Twee componenten van lijdensdruk zijn onderzocht: mate van rouw en depressieve gemoedsgesteldheid. De verwachting dat personen met een meer collectivistische culturele achtergrond minder lijdensdruk zullen ervaren omdat deze personen het minder stressvol vinden om hun individualistische vrijheden op te geven tijdens de zorg voor de persoon met de ziekte van Alzheimer (Adams et. al, 2002; Triandis, 1995), wordt dan ook maar deels ondersteund.

Een mogelijke verklaring van het gevonden verband zou kunnen liggen in het waargenomen gevoel van de aanwezigheid van sociale steun. Dit zou als een soort buffer geïnterpreteerd kunnen worden bij de relatie van stress en depressie op mantelzorgers (Majerovitz, 2001). Sociale contacten zijn bevorderlijk voor de gezondheid en het welzijn. De (emotionele en instrumentele) steun die men krijgt van anderen beschermt tegen de stress die gepaard gaat met rouw (House, Landis, & Umberson, 1988). Dit kan dus voor beide culturele dimensies gelden. Het ontvangen en ervaren van sociale steun voor personen met een individualistische culturele achtergrond, hoeft wellicht niet perse bij familieleden vandaan te komen. De interne sociale netwerken in de collectivistische culturen zijn sterker dan die van de individualistische culturen (Matsumoto, 2000). Het kan echter zo zijn dat individualistische personen een ander soort hulp behoeven en zoeken dan personen met een meer collectivistische achtergrond. Er is veel bewijs dat de meeste mensen de drang hebben om met iemand te praten, in hun dagelijks leven, over de negatieve gebeurtenissen, inclusief het verlies van een geliefde (Rime, Mesquita, Philippot, & Boca, 1991). Dit zou wellicht voor beide culturele oriëntaties kunnen gelden. Wellicht zullen personen met een meer collectivistische culturele achtergrond geneigd zijn om sociale steun en hulp binnen de familiesfeer te zoeken en zouden personen met een meer individualistische culturele achtergrond eerder hulp zoeken bij instellingen met verschillende zorgprogramma's en psycho-educatiecursussen. Interdisciplinaire psycho-educatieve groepsinterventies blijken stressreducerend voor mantelzorgers die zorg dragen voor een persoon met dementie (Ostwald et al.1999). Eveneens is gesuggereerd dat meer ervaren sociaal-emotionele steun gerelateerd is aan een verminderde belasting voor de mantelzorger (Harwood, Ownby, Burnett, Barker & Duara, 2000). Een overeenkomstige factor blijft dat mantelzorgers uit beide culturele dimensies sociaal-emotionele steun zoeken en hier baat bij hebben.

Rouw bij de fases van Alzheimer

Uit de resultaten blijkt dat mantelzorgers die een familielid hebben in de late fase van de ziekte van Alzheimer minder rouw ervaren dan mantelzorgers die een familielid hebben in de middelfase of vroege fase. Een verklaring hiervoor zou mogelijkwijs toegeschreven kunnen worden aan het feit dat familieleden vaak tien jaar of langer voor mensen met Alzheimer zorgen voordat patiënten worden opgenomen of sterven (Wackerbath & Johnsen, 2001). Dit zou indicatief kunnen zijn voor een acceptatieproces.

De gemiddelde rouwscore van de late fase verschilt dus met de vroege fase en de middel fase. In de vroege fase, als de diagnose gesteld wordt, uit men vaak diepe gevoelens van rouw (Blieszner & Shifflett, 1990; Morgan & Laing, 1991). Jones en Martin (1992) vonden dat rouw het sterkst was tijdens de middel fase, als de mantelzorger niet meer herkend zou worden door de verzorgde. Ponder en Pomeroy (1996) suggereren dat het rouwniveau in eerste instantie hoog is om vervolgens tijdens de middelfase af te zwakken en om vervolgens tijdens de late fase weer aan te sterken. Deze niet-lineaire correlatie wordt ondersteund door Meuser en Marwit (2001). Aangezien de bevindingen, betreffende rouw voor de drie fases, van dit onderzoek afwijken van eerder onderzoek is het wenselijk dat dit fenomeen uitvoeriger onderzocht wordt. Men dient dan voornamelijk rekening te houden met een objectieve bepaling van de fase van Alzheimer waarin de persoon zich bevindt.

Collectivisme en individualisme in relatie met depressieve gemoedsgesteldheid

De resultaten van dit onderzoek laten ook voor de afzonderlijke culturele oriëntaties geen relatie zien in verband met de depressieve gemoedsgesteldheid. Dit zou suggereren dat er geen relatie bestaat tussen collectivisme en individualisme betreffende de depressieve gemoedsgesteldheid. Uit diverse onderzoeken blijkt echter dat mantelzorgers verhoudingsgewijs meer aan depressie lijden dan verwacht mag worden als er gekeken wordt naar de prevalentie binnen de algehele populatie, zelfs nadat deze is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en personen die geen mantelzorgers zijn (Cohen & Eisdorfer, 1988; Coppel, Burton, Becker, & Fiore, 1985; Drinka, Smith, & Drinka, 1987; Gallagher, Rose, Rivera, Lovett, & Thompson, 1989; Gallagher, Wrabetz, Lovett, Del Maestro, & Rose, 1989; Haley, Levine, Brown, Berry, & Hughes, 1987; Pruchno & Resch, 1989). Schulz, Tompkins en Rau (1988) vonden dat de prevalentie voor depressie onder mantelzorgers driemaal hoger was dan bij algehele populatie binnen dezelfde leeftijdscategorie. Deze uitspraken dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden, omdat de mantelzorgers in deze onderzoeken veelal geworven werden nadat deze op eigen initiatief hulp zochten, deze participanten hebben waarschijnlijk ernstigere depressieve symptomen dan de participanten binnen dit onderzoek.

In dit onderzoek dient rekening gehouden te worden met de instrumentele beperkingen van de Vropsom-lijst. Deze meet namelijk iemands meer of mindere depressieve gemoedsgesteldheid. De andere aspecten of symptomen van depressie, zoals cognitieve en vegetatieve verschijnselen of gedragingen behoren in eerste instantie niet tot de meetpretentie van de lijst (Van Rooijen, 1977; 1980). Binnen dit onderzoek zijn rouw en depressie twee aparte factoren. Gezien het multidimensionele aspect van rouw, met fysieke, emotionele en psychische uitingen (Fitzenpatrick, 1998), zijn de klinische symptomen van rouw vaak gemisinterpreteerd met de symptomen van depressie (Walker & Pomeroy, 1996). De depressieve symptomen bij familieleden van Alzheimerpatiënten zou mede toe te schrijven zijn aan de situatie van de fysieke aanwezigheid met daarnaast het verlies van de persoonlijkheid van de patiënt. Deze situatie zorgt veelal voor verwarring binnen de relatie over de rol tussen mantelzorger en patiënt (Boss, 1999a). Boss (1999b) stelt verder dat de 'depressie' bij mantelzorgers van familieleden met de ziekte van Alzheimer, waarschijnlijk met de ambiguïteit van het verlies te maken heeft. Dit suggereert dat depressie mogelijk als onderdeel van rouw gezien kan worden. 'Klinische depressie' onder mantelzorgers zou meer vergankelijk en meer direct gerelateerd kunnen zijn aan de persoonlijkheidsverandering van het familielid met de ziekte van Alzheimer (Walker & Pomeroy, 1996).

Design

In verband met de beperkte onderzoekspopulatie en het cross-sectionele karakter van het design moeten de resultaten van het onderzoek behoedzaam geïnterpreteerd worden. Het is sterk aan te bevelen om een prospectief of longitudinaal onderzoek te doen om de verschillen van rouw en depressie bij de verschillende fases van de ziekte van Alzheimer tussen individualistische en collectivistische culturele achtergronden te onderzoeken en van daaruit causale verbanden te trekken.

Om de collectivistische en individualistische culturele waarden te meten is in dit onderzoek de vragenlijst gebruikt die ontleend is aan Singelis en Triandis (1995). Voor dit onderzoek is de vragenlijst door de onderzoekers zelf vertaald en aangepast aan de Nederlandse taal en cultuur. Bij enkele geretourneerde vragenlijsten is aangegeven dat enkele vragen niet begrepen zijn. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat specifieke Engelse betekenissen van woorden in het Nederlands een andere nuance kunnen hebben wat betreft de betekenissen van de aspecten van cultuur. De interne consistentie van de schalen van de cultuurvragenlijst was tevens dermate laag dat een aantal laagladende items zijn weggelaten. Zelfs na weglating van deze items was er onvoldoende interne consistentie om van betrouwbare en valide schalen te spreken. Mogelijk vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of dit door de Nederlandse vertaling komt.

De onderzoekspopulatie bestond uit mantelzorgers uit twee kleine gemeentes, 1 middelgrote gemeente en 1 grote gemeente. Al komen de mantelzorgers uit verschillende gemeenten wat grootte betreft, ze komen allen uit de Randstad. De mate van individualisme en collectivisme zou specifiek kunnen zijn voor de populatie binnen de Randstad, vergeleken met andere delen van Nederland en er zou in principe een 'Randstadfenomeen' gemeten kunnen zijn. Een aanbeveling is om de collectivistische en individualistische culturele waarden uit andere delen van Nederland te vergelijken met de Randstad.

De vragenlijsten zijn opgestuurd naar de onderzoekspopulatie. Gezien de vaak hoge leeftijd van de respondenten is het wenselijk om op een structurele wijze een vragenlijst in interviewvorm af te nemen. Op deze manier is het mogelijk de vragen die niet goed begrepen zijn uit te leggen, zodat er geen informatie verloren kan gaan door onduidelijkheden.

Conclusie

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat hoe sterker de collectivistische achtergrond is des te minder rouw er wordt ervaren bij mantelzorgers van familieleden met de ziekte van Alzheimer. Rouw bij de mantelzorger blijkt ook samen te hangen met de fase waarin de persoon met de ziekte van Alzheimer verkeert. De drie fases van Alzheimer worden onderscheiden in een vroege fase, een middel fase en een late fase. Uit het onderzoek blijkt dat men in de late fase minder rouw ervaart dan in de vroege fase of de middel fase. Daarnaast zijn er geen verbanden gevonden tussen familieculturen en depressie. De gedachte dat een mantelzorger met een collectivistische instelling minder rouw ervaart wordt ondersteund in dit onderzoek. Maar in hoeverre zou de mate van deze collectivistische instelling op andere gebieden van psychisch lijden van invloed zijn?

Literatuur

Adams, B., Aranda, M.P., Kemp, B. & Takagi, K. (2002). Ethnic and Gender Differences in Distress Among Anglo American, African, Japanese American, and Mexican American Spousal Caregivers of Persons With Dementia. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 279-301.

Beers, M.H. (2005). Merck Manual *Medisch Handboek (tweede, geheel herziene versie)*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.

Blieszner, R., & Shifflett, P.A. (1990). The effects of Alzheimer's disease on close relationships between patients and caregivers. *Family Relations*, 39, 57-62.

Boon, T. den & Geeraerts, D. (2005). *Van Dale: Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

Boss, P. (1999a). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Boss, P. (1999b). Ambiguous loss: Living with frozen grief. *Harvard Mental Health Letter*, 16, 4-7.

Cohen, D., & Eisdorfer, D. (1988). Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatric Society*, 36, 885-889.

Coppel, D.B., Burton, C., Becker, J., & Fiore, J. (1985). The relationships of cognitions associated with coping reactions to depression in spousal caregivers of Alzheimer's disease patients. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 253-266.

Chen, F.F., & West, S.G. (2007). Measuring individualism and collectivism: The importance of considering differential components, reference groups, and measurement invariance. *Journal of Research in Personality*, 42, 259-294.

Dijkstra, P. (1974). De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In H.M. Praag van & H.G.M. Rooijmans (Red.), *Stemming en ontstemming. Theorie en praktijk bij de diagnostiek en behandeling van depressie*. Amsterdam: Erven Bohn.

Drinka, T.J., Smith, J., & Drinka, P.J. (1987). Correlates of depression and burden for informal caregivers of patients in a geriatric referral clinic. *Journal of the American Geriatric Society*, 35, 522-525.

Duijnste, M. (1996). *Het verhaal achter de feiten. Over de belasting van familieleden van dementerenden*. Baarn: Intro.

Fitzpatrick, T. (1998). Bereavement events among elderly men: The effects of stress and health. *Journal of Applied Gerontology*, 17, 204-229.

Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S., & Thompson, L.W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist*, 29, 449-456.

Gallagher, D., Wrabetz, A., Lovett, S., Del Maestro, S., & Rose, J. (1989). Depression and other negative affects in family caregivers. In E. Light & B. D. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research* (DHHS Publication No. ADM89-1569, pp. 218-244). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Gezondheidsraad (2002). *Dementie: Advies van een commissie van de Gezondheidsraad*. Den Haag: VWS.

Grant, I. (1999). Caregiving may be hazardous to your health. *Psychosomatic Medical Journal*, 83, 420-423.

Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., Berry, J.W., & Hughes, G.H. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 35, 405-411.

Haley, W.E., Roth, D.L., Coleton, M.I., Ford, G.R., West, C.A.C., Collins, R.P. & Isobe, T.L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and Anglo family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consultancy in Clinical Psychology*, 64, 121-129.

Haley, W.E., West, C.A.C., Wadley, V.G., Ford, G.R., Anglo, F.A., Barret, J.J., Harrel, L.E. & Roth, D.L. (1995). Psychological, social, and health impact of caregiving: A comparison of Black and Anglo dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychological Aging, 10*, 540-552.

Hart, I. & Poole, G.D. (2001). Individualism and Collectivism as Considerations in Cross-Cultural Health. *The Journal of Social Psychology, 135*, 97-99.

Harwood, D.G., Barker, Cantillon, W.W., Loewenstein, D.A., Ownby, R. & Duara, R. (1998). Depressive symptomatology in first-degree family caregivers of Alzheimer disease patients: A cross-ethnic comparison. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 12*, 340-346.

Harwood, D.G., Ownby, R.L., Burnett, K., Barker, W.W. & Duara, R. (2000). Predictors of Appraisal and Psychological Well-Being in Alzheimer's Disease Family Caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology, 6*, 279-297.

Hinrichsen, G.A. & Ramirez, M. (1992). Black and Anglo dementia caregivers: A comparison of their adaptation, adjustment and service utilization. *Gerontologist, 32*, 375-381.

Ho, D.Y., C.Y. Chiu. 1994. Component ideas of Individualism, collectivism, and social organization: An application in the Study of Chinese Culture, in M. Kim, H.C. Triandis, C. Kagitcibasi, S.C. Choi, & G. Yoon, Eds., *Individualism and collectivism: Theory, method and application*. Thousand Oaks, CA: Sage.

House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540-545.

Jones, P.S., & Martin, M. (1992). The experience of bereavement in caregivers of family members with Alzheimer's disease. *Journal of Nursing Scholarship, 24*, 172-176.

Kagitcibasi, C. (1996). Individualism and collectivism. In J.W. Berry, M.H. Segall & C. Kagitcibasi (Eds.) *Handbook of cross-cultural psychology* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon

Keijser, J., Bout, J. de & Boelen, P.A. van den (1998). *Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kertesz, A., Salmon, D.P., Galasko, D. & Rascovsky, K. (2005). Rate of progression differs in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Neurology*, 65, 397-403.

Lawton, M.P., Rajagopal, D., Brody, E., & Kleban, M.H. (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among Black American and Anglo families. *Journal of Gerontology*, 47, 156-164.

Lubin, B. (1965). Adjective checklist for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 12, 57-62.

Majerovitz, S.D. (2001). Formal versus informal support: stress buffering among dementia caregivers. *Journal of Aging & Mental Health*, 7, 413-423.

Meuser, T.M., & Marwit, S.J. (2001). A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *The Gerontologist*, 47, 658-670.

Miller, B., Campbell, R.T., Farran, C.J., Kaufman, J.E., & Davis, L. (1995). Race, control, mastery, and caregiver distress. *Journal of Gerontology*, 50, 374-382.

Morycz, R., Malloy, J., Bozich, M., & Martz, P. (1987). Racial differences in family burden: Clinical implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*, 10, 13-154.

Osterweis, M., Solomon, F., & Green, M. (1984) (Eds.). *Bereavement: Reactions, Consequences and Care*. Washington DC: National Academy Press.

Ostwald S.K., Hepburn K.W., Caron W., Burns T., & Mantell R. (1999). Reducing caregiver burden: A randomized psycho-educational intervention for caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist* 39, 299–309.

Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows, third edition*. Berkshire: McGraw-Hill.

Ponder, R.J., & Pomeroy, E.C. (1996). The grief of caregivers: How pervasive is it? *Journal of Gerontological Social Work*, 27, 3-21.

Prigerson, H.G., Kasl, S.V., & Jacobs, S.C. (1997). *The Inventory of Complicated Grief Revisited*. Niet-gepubliceerd manuscript.

Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*, 65-79.

Prigerson, H.G., Shear, M.K., Jacobs, S.C., Reynolds, C.F., Reynolds III, C.F., Maciejewski, P.K., Davidson, J., Roseneck, R., Pilkonis, P.A., Wortman, C.B., Williams, J.W.B., Widiger, Frank, E., Kupfer, D.J., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 6-15.

Pruchno, R.A., & Resch, N.L. (1989). Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden. *Gerontologist*, *29*, 159-165.

Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P., & Boca, S. (1991). Beyond the emotional events: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, *5*, 435-465.

Rooijen, L. van (1977). *Enige gegevens van de VROPSOM-lijsten voor de bepaling van depressieve gevoelens* (Onderzoeksmorandum RM-PS 77-01). Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociale Psychologie.

Rooijen, L. van (1979). Widows' bereavement: Stress and depression after 1.5 years. In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety*, *6*, 24-37 Washington DC: Hemisphere.

Rooijen, L. van (1980). *Depressiegevoelens van sociale oorsprong*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Rooijen, L. van (1981). Problem drinking among students in a Dutch University. *Gezondheid en Samenleving*, *2*, 65-77.

Rooijen, L. van (1986a). Advanced students' adaptation to college. *Higher Education*, *15*, 197-209.

Rooijen, L. van (1986b). Depressiegevoelens bij de gewone bevolking. *Gezondheid & Samenleving*, 7, 115-124.

Rooijen, L. van, & Arrindell, W.A. (1985). *Depressiegevoelens bij psychiatrische patiënten en hun partners: validiteit van de VROPSOM-lijsten*. Onderzoeksmemorandum RM-PS 85-20). Amsterdam: Vrije Universiteit, Vakgroep Sociale Psychologie.

Rooijen, L. van & Vlaender, G.P.J. (1984). Dramatic induction of depressive mood. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1318-1322.

Schoenmaker, B.F., & Buntinx (2002). Impact op het welzijn van mantelzorgers. *Huisarts Nu*, 31, 296-302.

Schultz, R., O'Brien, A., & Bookwala, J. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, 45, 181-191.

Schulz, R., Tompkins, C.A., & Ran, M.T. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychology and Aging*, 3, 131-141.

Shear, K., Frank, E., & Houck, P. (2005). Treatment of complicated grief: a randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608.

Singelis, T.M., Triandis, H.C., Bhawuk, D.S., & Gelfand, M. (1995). Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: A theoretical and measurement refinement. *Cross-Cultural Research*, 29, 240-275.

Triandis, H.C. (1995). Individualism and collectivism. *Boulder, CO: Westview*.

Triandis, H.C., Leung, K., Villareal, M., & Clack, F. (1985). Allocentric vs. idiocentric tendencies: Convergent and discriminant validation. *Journal of Research in Personality* 19, 395-415.

Triandis, H.C., & Singelis, T.M. (1998). Training to recognize individual differences in collectivism and individualism within culture. *International Journal of Intercultural Research*, 22, 35-47.

Vitaliano, P., Zhang, J.R., & Scanlan, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 1-27.

Wackerbath, S.B., & Johnson, M.M.S. (2002). Essential information and support needs of family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 47, 95-100.

Walker, R.J., & Pomeroy, E.C. (1996). Depression or grief? The experience of caregivers of people with dementia. *Health & Social Work*, 21, 247-254.

Internetpagina:

Alle dagse problemen. Gevonden 10 oktober 2007 op,

http://www.alzheimer.nl/pagina_46.html