

In hoeverre bestaat er een samenhang tussen het ontwikkelen van agency in e-mails en de vermindering van depressieve klachten bij het volgen van de zelfhulpcursus “Voluit leven”?

Student: Lisa Wewering (s0119334)

Begeleiders: Prof. dr. K. M. G. Schreurs

Dr. M. Fledderus

Datum: 28-09-2012

Bachelorthesis Psychologie Veiligheid en Gezondheid

Samenvatting

Doel: Het doel van het voorliggend onderzoek was meer inzicht te krijgen in de werkwijze van Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Deze therapie blijkt werkzaam te zijn bij de vermindering van lichte tot matige psychische klachten, maar tot nu toe is nog niet duidelijk op welke wijze ACT precies functioneert. **Achtergrond:** Deze studie is een pilotstudie (N=50) uit de effectstudie van Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse en Schreurs (2012). Om meer inzicht te krijgen in de werkwijze van ACT werd het concept agency gebruikt. Agency komt overeen met het doel van ACT - psychologische flexibiliteit – en werd via een coderingsschema geoperationaliseerd. **Methode:** Participanten met lichte tot matige depressieve klachten (gemeten door de CES-D) hebben negen weken het zelfhulpboek “Voluit leven” doorgewerkt waarbij zij werden ondersteund door een begeleider via e-mail. De e-mails van de participanten werden vervolgens op agency gecodeerd. Er werd verwacht dat agency scores in de loop van de cursus omhoog gaan en dat toename van agency met afname van psychische klachten correleert. **Resultaten:** Terwijl depressieklachten tijdens de cursus significant omlaag gaan ($p < .05$) is er geen significante toename van agency gevonden. Noch bevestigen de gevonden resultaten een correlatie van depressie en agency. **Conclusie:** Voor verder onderzoek is een grotere steekproef en een aanpassing in het coderingsschema aan te raden. Tenslotte is onderzoek naar hoe agency zich na afloop van de cursus verder gaat ontwikkelen wenselijk.

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to gain more insight in the functioning of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). This therapy has shown to be helpful in reducing mild to moderate psychological problems. But so far little is known about how ACT exactly works. **Background:** This research is a pilot study (N=50) of the investigation by Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse and Schreurs (2012). To gain more insight in the functioning of ACT, the concept of agency was used. Agency is similar to the main purpose of ACT – psychological flexibility. For the measurement of agency a coding system was developed. **Method:** Participants with mild to moderate depressive symptoms (measured by CES-D) worked through the self-help book “Living to the full” for nine consecutive weeks. During this process they were given e-mail support by a therapist. Subsequently the e-mails were coded on agency. An increase of agency and a correlation of increase of agency and decrease of psychological problems were expected. **Results:** While a significant decrease in depressive symptoms was found ($p < .05$), a significant increase of agency could not be shown. Neither could a correlation of psychological troubles and agency be found. **Conclusion:** For further research a larger sample size and modifications of the coding system are recommended. Moreover a follow-up measurement of agency could be informative.

Inleiding

Depressie is een bedreigend fenomeen. Rond 750 000 Nederlanders (6 procent van de volwassenen en 2 procent van ouderen en jongeren) lijden aan een depressie of hebben daar pas geleden mee te kampen gehad (van 't Land, Schoemaker & de Ruiter, 2008). De life-time prevalentie van depressie is 17 procent, dat betekent dat bijna één van de vijf Nederlandse volwassenen ooit een depressie krijgt (van der Does & Zitman, 2008). Van de mensen met een depressie lijdt 60 % ook aan een andere psychische stoornis (van 't Land et al., 2008). Hierbij is vooral de comorbiditeit van depressie met angststoornissen te noemen. Meer dan de helft van de patiënten met een depressie lijdt ook aan angststoornissen (van der Does & Zitman, 2008).

Om twee redenen zijn deze getallen alarmerend: ten eerste is een depressie een zeer ernstige ziekte die veel leed onder de getroffensten veroorzaakt. Zij is gekenmerkt door een zeer neerslachtige stemming en een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag. Verder kunnen er eet-, slaap- en concentratieproblemen optreden en het ziektebeeld verscherpen (van 't Land et al., 2008). Depressie verhoogt bovendien het risico op andere medische aandoeningen, bijvoorbeeld hartziektes, en ongeveer de helft van de depressieve patiënten heeft vrij indringende suicidale gedachten (van der Does & Zitman, 2008). Daarnaast is een depressie een belasting voor zowel de relaties als ook voor echtgenoten, familie en vrienden van patiënten. Ten tweede veroorzaakt depressie enorme kosten: de jaarlijkse behandelingskosten worden geschat op 388 miljoen euro. Verder ontstaan er kosten door het niet of niet effectief kunnen werken van depressieve werknemers zodat de maatschappelijke kosten op 2,1 miljard euro per jaar worden geschat (van 't Land et al., 2008). Prognoses voorspellen dat depressie onder volwassenen steeds meer voor gaat komen en daarmee gaan de kosten voor behandelingen en maatschappij steeds meer omhoog (Klerman & Weissman, 1989).

Meestal ontstaat een depressie niet van de ene op de andere dag. Eerder is er sprake van een proces waarbij zich eerst lichte tot matige depressieve klachten ontwikkelen. Deze symptomen zijn (nog) niet pathologisch en zo wordt deze vroege vorm van depressie ook subklinische depressie genoemd. Subklinische depressie is de voornaamste voorspeller van een depressieve episode (Cuijpers & Smit, 2004) en ook deze matige depressieklachten veroorzaken elk jaar maatschappelijke en behandelingskosten van enorme hoogte die bijna

even hoog zijn als die kosten die een manifeste depressie veroorzaakt (Cuijpers, Smit, Oostenbrink, de Graaf, ten Have & Beekman, 2007). Om het lijden van mensen met een lichte depressie te verminderen, veel geld te besparen en het ontstaan van een depressie te voorkomen is het noodzakelijk om zo vroeg mogelijk met een behandeling te beginnen. Hoe korter en lichter een depressie is, hoe groter de kans op genezing is en hoe kleiner de kans op terugval. Of anders gezegd: hoe vroeger de therapie begint hoe beter een chronisch beloop kan worden verhinderd (van 't Land et al., 2008).

Er zijn twee alternatieve verklaringen voor de hoge comorbiditeit van depressie en angst. De eerste is dat depressie het gevolg kan zijn van een onderliggende angststoornis of vice versa. Zo is het bij de behandeling van patiënten met depressie en angst noodzakelijk om aan het begin van de therapie te kijken welke stoornis primair en welke secundair is. De tweede verklaring is dat angststoornis en depressie een gemeenschappelijke oorsprong hebben en dan is een onderscheiding tussen primaire en secundaire aandoening bij een therapie niet noodzakelijk en is een behandeling met dezelfde therapie mogelijk (Van 't Land et al., 2008).

Depressieve klachten kunnen worden behandeld door medicatie, preventie (van terugval) en/of psychotherapie (van der Does & Zitman, 2008). De meest bekende vorm van psychotherapie is gedragstherapie. De geschiedenis van gedragstherapie begon met klassieke en operante conditionering in de eerste helft van de vorige eeuw. Er werd gesteld dat gedrag bepaald wordt door de context. Dientengevolge was het doel van een therapie een verandering van de relatie tussen context en gedrag.

Tijdens de tweede fase, die in de late jaren zestig begon, kwam cognitieve gedragstherapie (CGT) naar voren. Hierbij wordt ervan uit gegaan dat gedrag cognitief wordt bepaald. Door haar probleem-georiënteerde aanpak is deze therapie gericht op de verandering van irrationele of disfunctionele cognities (inclusief gedachte, opvattingen en schema's). Eerst wordt geprobeerd om deze te identificeren om hun inhoud vervolgens te veranderen (Hayes, 2004). CGT is vandaag nog steeds de meest toegepaste gedragstherapeutische behandelingsvorm van een depressie (van der Does & Zitman, 2008).

De geschiedenis van gedragstherapie mondt uit in zogenoemde derde generatie gedragstherapieën. Deze stellen dat psychologische responsen tot gedrag behoren en contextueel worden bepaald. Door overmatige focus op de inhoud van deze responsen komen volgens deze therapieën psychologische problemen naar voren. Als bijvoorbeeld iemand in een situatie angst ervaart en zich vervolgens sterk op deze angst concentreert, zich afvraagt

waarom hij of zij nu zo angstig is en tegen zichzelf zegt, dat hij of zij in deze situatie niet angstig mag worden, kan de grote aandacht die de angst krijgt ervoor zorgen, dat de angst nog wordt versterkt. Een veelbelovend vertegenwoordiger van deze nieuwe categorie gedragstherapieën is Acceptance and Commitment Therapy, kort ACT.

ACT

ACT is een acroniem dat staat voor accept (aanvaarden), choose (kiezen) en take action (actie ondernemen) (Hayes, Strosahl & Wilson, 2008; p 97). De kern van ACT is, dat aversieve gedachten of nare gevoelens meer impact en consequenties krijgen naarmate er wordt geprobeerd deze te begrijpen, te bestrijden of te vermijden (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2005). Als men bijvoorbeeld tegen iemand zegt “Denk niet aan een olifant!” gaat hij of zij automatisch meteen aan een olifant denken. Op dezelfde manier werkt het volgens ACT met emoties die men niet wil beleven of gedachten waaraan men juist niet wilt denken. Het probleem is dat we in een maatschappij leven waar geluk een culturele norm is. Als mensen vinden dat aversieve gedachten of emoties niet bij geluk horen en niet normaal zijn, proberen zij deze te bestrijden, begrijpen, vermijden, verbergen, behandelen. Deze overmatige focus op de inhoud van psychologische responsen (symptomen, emoties, gedachten) veroorzaakt psychische problemen. De oplossing om deze vicieuze cirkel te doorbreken is te leren dat psychologische problemen en emotionele pijn niet noodzakelijk psychopathologisch maar inherent aan het menselijk bestaan zijn (Hayes et al., 2005).

Het voordeel van ACT tegenover cognitieve gedragstherapie is dat er door de combinatie van nieuwe gedachten en gedachten uit de eerste en tweede generatie een ander, positiever doel ontstond. ACT is namelijk niet meer gebaseerd op een ziektemodel, maar op een gezondheidsmodel: de focus tijdens de therapie wordt niet meer op de ziekte of op het problemen gelegd maar op de gezondheid en de vergroting van deze (Hayes, 2004). Dat betekent dat ACT zowel mensen kan aanspreken die vooroordelen tegenover een klassieke therapie hebben omdat zij denken dat zij hun problemen urenlang moeten bespreken en analyseren, als ook mensen die vinden dat zij eigenlijk geen problemen hebben. Voor deze mensen kan ACT een mogelijkheid bieden om toch aan de slag te gaan en hun psychische gezondheid te vergroten. Een ander voordeel is dat zeer verschillende inzichten en technieken uit uiteenlopende richtingen en referentiekaders in ACT werden gecombineerd. Het gevolg hiervan is dat ACT meer flexibel is en meer mogelijkheden biedt om op verschillende

manieren te worden toegepast. Zo is het mogelijk om ACT voor bepaalde doelgroepen of settings aan te passen. Bovendien heeft ACT een breed toepassingsgebied en is het niet belangrijk welke soort van klachten of problemen iemand heeft omdat zij geen centrale rol spelen. Dat is vooral een belangrijk aspect bij comorbiditeit (bijvoorbeeld angststoornis en depressie): bij een op ACT gebaseerde therapie is het niet noodzakelijk om te weten welke stoornis primair en welke stoornis secundair is. Daarnaast heeft ACT ook bewezen werkzaam te zijn bij milde symptomen (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2011). Er kan dus worden geconcludeerd dat ACT een veelbelovend aanvulling op traditionele therapieën is of zelfs een alternatief kan worden (Hayes, 2008).

Het doel van ACT is niet in eerste plaats de vermindering van klachten, maar het vergroten van psychologische flexibiliteit. Psychologische flexibiliteit betekent dat iemand voluit in contact staat met het hier en nu en zijn gedrag in relatie tot de actuele situatie of zijn eigen waarden kan aanpassen of juist ervoor kan kiezen aan zijn gedrag vast te houden. Door de vergroting van psychologische flexibiliteit kan er een afname van psychische klachten ontstaan. Om dit doel te bereiken kent ACT zes principes, namelijk waarden, commitment, zelf als context, cognitieve defusie, acceptatie en mindfulness (Hayes et al., 2005).

- Waarden De persoon weet wat voor hem/haar belangrijk is en welke richting hij/zij met zijn/haar leven in wil gaan
- Gecommitteerd gedrag De persoon doet wat voor hem/haar werkt om volgens zijn/haar waarden te leven
- Zelf als context De persoon weet wie hij/zij is en laat zich in zijn/haar handelen niet leiden door cognitieve constructies, zelfconcepten et cetera maar concentreert zich op daadwerkelijke ervaringen in het hier en nu
- Cognitieve defusie De persoon neemt gedachten als gedachten waar en leert dat cognitieve, emotionele en lichamelijke belevingen geen weergave van de werkelijkheid zijn, maar slechts een reactie op de werkelijkheid
- Acceptatie: De persoon stelt zich open voor zijn/haar eigen belevingen en is bereid om ook nare gevoelens toe te laten en te beleven
- Mindfulness De persoon maakt contact met het hier en nu door stil te staan en aandachtig te observeren welke gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties er op dit moment zijn.

Een groot aantal onderzoeken heeft aangetoond dat ACT een effectief middel is om depressie, angststoornissen en vele andere aandoeningen te bestrijden (zie voor reviews o.a. Powers, Zum Vörde Sive Vörding, Emmelkamp, 2008, Forman, Herbert, Moitra, Yeoman & Geller, 2007 en Öst, 2008). Bovendien is er aangetoond dat ACT ook in een vroeg stadium van depressie werkzaam is (Bohlmeijer et al., 2011). Hoewel de werkzaamheid van ACT goed onderzocht en bevestigd is, is er nog weinig bekend over de wijze waarop ACT precies functioneert. Om te leren hoe ACT werkt is het zinvol om een al geoperationaliseerd concept te gebruiken en te bekijken waar overeenstemmingen van het concept en ACT liggen. Een begrip dat verwant is met het hoofddoel van ACT, psychologische flexibiliteit, heet agency.

Agency

Agency is een concept uit de narratieve psychologie en betekent dat iemand zichzelf als individu kan ervaren (McAdams, Hoffmann, Mansfield & Day, 1996). Iemand die agency heeft ziet zich zelf in staat zijn leven in eigen handen te houden en ook bij tegenslag niet de controle over zijn leven te verliezen (Adler, Skalina & McAdams, 2008). Het is in de literatuur aangetoond dat een toename van agency tijdens een psychotherapie een belangrijk doel is. Waarom dat zo is hebben Adler et al. (2008) in hun onderzoek aangetoond. Zij hebben de rol van agency voor het succesvol afronden van een psychotherapie onderzocht. Hiertoe hebben zij 104 voormalige patiënten gevraagd om na afloop van hun therapie over deze te schrijven. Om agency te kunnen meten hebben Adler et al. agency geoperationaliseerd en een gekwantificeerd codeeringsschema ontwikkeld (zie bijlage 1). Uit kwantitatieve analyses bleek dat patiënten waarbij een verhoging van subjectief welzijn plaats vond in hun verhaal over de therapie, zich op hun eigen agency beroepen. Voor hen was hun agency de reden waarom zij een bepaald probleem konden bestrijden. De ontwikkeling van agency was in dit onderzoek gerelateerd aan de afname van klachten. Er kan dus worden geconcludeerd dat het wenselijk is om de ontwikkeling van agency tijdens een psychotherapie te bevorderen om het subjectief welzijn te verhogen en om patiënten te helpen hun problemen op te lossen.

Dat dit door verschillende therapeutische richtingen heen geldig is hebben Williams en Levitt (2007) in hun onderzoek aangetoond. Zij hebben hiervoor veertien psychotherapeuten uit 10 verschillende psychotherapiescholen naar hun concepten van agency gevraagd en een gemeenschappelijk model ontwikkeld.

Het lijkt als of er grote overeenstemmingen tussen psychologische flexibiliteit en een optimaal niveau van agency bestaat, want beide concepten stellen de controle over het eigen leven centraal. Mensen die een hoog niveau van agency of goede psychologische flexibiliteit hebben houden hun leven in eigen handen en zijn kundig om ook bij tegenslag middelen te vinden om hun situatie te verbeteren en/of hun gedrag flexibel aan te passen. We gaan er dus van uit dat een hoog niveau van agency op een hoge psychologische flexibiliteit duidt.

Eerder onderzoek toont aan dat het coderingsschema van Adler et al. geschikt is om de effectiviteit van een op ACT gebaseerde therapie te meten en om psychologische flexibiliteit te operationaliseren (Pablowski, 2010). Verder weten we uit het onderzoek van Pablowski dat agency zich in een psychotherapie niet lineair ontwikkelt. Eerder is er sprake van een dieptepunt waarop een hoogte volgt. Pablowski verklaarde deze ontwikkeling aan de hand van de karakteristieke afloop van een psychotherapie. Aan het begin worden eerder kleiner problemen besproken zoals een effectiever tijdsplanning en de patiënt is erg gemotiveerd omdat hij zijn problemen nu gaat aanpakken. Pas daarna worden de meer ingewikkelde problemen besproken die de reden voor de psychotherapie zijn. Dat is voor de patiënt moeilijk omdat hij zijn ouder (slechte) gewoontes moet overwinnen en dat vergt veel inzet en autonomie van hem. Het gevoel van machteloosheid heeft een negatieve invloed op agency, zorgt ervoor dat agency daalt. Maar als de patiënt het probleem aanpakt en oplost, voelt hij zich in staat zijn eigen leven in eigen handen te houden en zijn agency stijgt weer. We verwachten dat de ontwikkeling van agency ook in dit onderzoek een dieptepunt ervaart en dat agency daarna een hoger niveau bereikt.

Huidig onderzoek

Dit onderzoek gaat over de preventieve zelfhulpcursus “Voluit leven” die gebaseerd is op ACT. De interventie wordt aangeboden in vorm van bibliotherapie. De deelnemers krijgen het zelfhulpboek “Voluit leven” thuis gestuurd en zij werken het zelfstandig door. Bibliotherapie heeft al bewezen werkzaam te zijn bij behandeling van depressie en angststoornissen en er is aangetoond dat het ook als preventiemiddel kan worden ingezet (Newman, Szkodny, Llera & Przeworski, 2010). Tijdens de interventie vindt geen traditioneel contact met een therapeut plaats, wel is er sprake van ondersteunend contact via e-mail. De cursus is gericht op mensen met lichte tot matige depressieve klachten of angstklachten en duurt negen weken. Tijdens deze periode lezen de deelnemers elke week telkens een

hoofdstuk uit het zelfhulpboek “Voluit leven”, doen oefeningen en opgaven uit het boek, schrijven hun counselor een e-mail over hun belevingen van de week en krijgen feedback op deze e-mail. De e-mails van de deelnemers werden vervolgens op agency gecodeerd. De onderzoeksvragen luiden: Ontwikkelen de deelnemers een hoger niveau van agency? En: hoe hangen de ontwikkelingen van agency en psychische klachten (depressie, angst) samen? Hieruit volgen de hypotheses

- De deelnemers ontwikkelen tijdens de cursus een hoger niveau van agency (H1) en
- Er bestaat een samenhang tussen toename van agency en afname van psychische klachten (H2)

Methode

Deelnemers

Dit onderzoek is een pilotstudie die gebaseerd is op gegevens uit “Voluit leven”, een gerandomiseerde, gecontroleerde studie naar de effecten van een zelfhulp cursus interventie gebaseerd op Acceptance and Commitment Therapy voor volwassenen met lichte tot matige psychische klachten (Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse & Schreurs, 2012). Uit eerder onderzoek over deze cursus bleek dat de cursus werkzaam is in de vermindering van depressieve klachten en angstklachten en dat het geestelijke welzijn van de deelnemers tijdens de cursus significant toeneemt. Participanten van deze studie zijn in september 2009 geworven via advertenties in landelijke Nederlandse dagbladen. Het inclusie criterium voor het mogen volgen van de cursus is de aanwezigheid van lichte tot matige depressieve klachten en/of angstklachten. Voorts zijn er een aantal exclusiecriteria: de aanwezigheid van ernstige depressieve klachten of angstklachten, kort geleden gestart zijn met medicatietherapie, het ontvangen van een lopende psychologische (zelfhulp)behandeling, ontbreken van klachten, niet voldoende tijd hebben om de cursus goed te volgen, slechte beheersing van de Nederlandse taal en/of geen e-mailadres hebben. De demografische variabelen van de deelnemers zijn in Tabel 1 weergegeven. De meeste participanten zijn vrouwelijk, Nederlands en hebben een hogere opleiding gevolgd. De gemiddelde leeftijd bedraagt rond 42 jaar.

Tabel 1. *Demografische variabelen van de deelnemers*

Demografische variabelen		Totaal (N=50)
Geslacht	Man	13
	Vrouw	37
Gemiddelde leeftijd (SD)		41.9 (11.56)
Nationaliteit	Nederlands	46
	Anders	4
Burgerlijke staat	Getrouwd	23
	Gescheiden	5
	Weduw	1
	Ongetrouwd	21
Opleiding	Hoog	40
	Middelbaar	10
	Laag	0
Dag besteding	Betaald werk	33
	Werkloos	17

Procedure

Alle geïnteresseerden die na controle van in- en exclusiecriteria aan het onderzoek mochten deelnemen (N=376) werden gerandomiseerd verdeeld naar drie condities: 2 experimentele [proces ondersteuning (N=125)/proces en inhoudelijke ondersteuning (N=125) en een controle conditie (N=126). De deelnemers uit de experimentele condities krijgen alle gratis het zelfhulpboek „Voluit leven“ toegestuurd.

Deze pilotstudie maakt gebruik van de data van 50 participanten uit de intensieve begeleiding (proces én inhoudelijke ondersteuning). In de effectstudie van Fledderus et al. (2012) werd al gevonden, dat intensieve en proces begeleiding even effectief zijn in de vermindering van klachten en in het vergroten van psychisch welzijn. Er werd voor gekozen om de e-mails uit de intensieve begeleiding op agency te coderen omdat verwacht kan worden dat in deze groep een groter percentage codeerbare e-mails te vinden is. De e-mails uit de intensieve begeleiding zijn langer en geven meer inhoudelijke informatie.

De codering van agency werd uitgevoerd door drie bachelorstudenten Psychologie aan de Universiteit Twente. Zij hebben eerst in een workshop samen met docenten van de Universiteit Twente het coderingsschema uit Adler et al. (2008) voor dit onderzoek aangepast. Vervolgens hebben docenten en studenten een aantal random geselecteerde e-mails (afkomstig

uit de hele effectstudie) onafhankelijk van elkaar beoordeeld en in een tweede workshop werden de resultaten vergeleken en bediscussieerd en het coderingsschema aangepast. Op dezelfde manier vond nog een derde workshop plaats.

In aansluiting hierop hebben de studenten zonder de docenten een deel van de e-mails uit de pilotstudie (N=108) onafhankelijk van elkaar beoordeeld en samen bediscussieerd om de interbeoordelaars betrouwbaarheid te bepalen en nogmaals te verbeteren. Uiteindelijk werd de rest van de e-mails onder de studenten verdeeld en onafhankelijk van elkaar gecodeerd. De e-mails zijn anoniem verwerkt en voor de studenten was niet herkenbaar uit welke week een e-mails afkomstig was. Om de interbeoordelaars betrouwbaarheid te bepalen is op basis van de 108 e-mails Cohen's kappa berekend. De gevonden scores van kappa hebben waarden van .53, .52 en .48 ($p < .001$). De overeenstemming tussen de beoordelaars kan als gemiddeld worden beschouwd.

Interventie

Het boek „Voluit leven“ (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009) bestaat uit drie delen. Deel een (hoofdstukken 1-3) heet „Wat is voluit leven?“. Hier wordt uitgelegd wat Acceptance and Commitment Therapy überhaupt is. Ook onderzoekt de deelnemer zijn eigen psychisch leed en leert hoe experimentele vermijding (het tegenovergestelde van psychologische flexibiliteit) op lange termijn niet behulpzaam is. Deel twee van het boek (hoofdstukken 4-6) gaat over „Hulpbronnen van voluit leven“. De deelnemer oefent nu allerlei strategieën om te leren accepteren en toe te staan wat er is zonder hierbij te oordelen. Het laatste deel heet „Voluit leven in de praktijk“ en bestaat uit hoofdstukken 7 tot 9. De deelnemer leert hier zijn belangrijkste waarde te identificeren en te vertalen naar concrete acties in de praktijk.

De deelnemers hebben negen weken de tijd om de negen modules van het boek door te werken. Het onderscheid tussen de experimentele groepen bestaat in de intensiteit van het e-mail contact met de begeleiders. De groep met proces ondersteuning krijgt elke week op een afgesproken dag een e-mail van hun counselor met daarin vragen over de vorderingen van de afgelopen week en over mogelijke problemen. De deelnemer schrijft binnen een bepaald tijdstip een antwoord en krijgt vervolgens nog een feedback ter ondersteuning van het doorwerken van het boek. Er wordt niet ingegaan op persoonlijke aangelegenheden. De andere groep krijgt proces én inhoudelijke ondersteuning. Dat betekent dat de deelnemers meer inhoudelijke en persoonlijke feedback krijgen. De counselor kan bijvoorbeeld vragen over

bepaalde oefeningen uit het boek stellen of de deelnemer kan persoonlijke problemen met de counselor bespreken. De e-mail begeleiding werd uitgevoerd door masterstudenten Psychologie aan de Universiteit Twente.

De mensen uit de controle groep werden op een wachtlijst gezet en ontvangen het zelfhulpboek „Voluit leven“ pas na afloop van de interventie.

Meetinstrumenten

Meetmomenten

De vragenlijsten worden voorafgaand aan de interventie (t0), na afronding van het eerste deel van het boek (t1), na het tweede deel (t2), direct na afloop van de interventie (t3) en drie maanden na afloop van de interventie (t4) afgenomen.

Depressie

Om het niveau van *depressie* te meten wordt de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) afgenomen. Deze korte, self-report vragenlijst heeft 20 items. Scores lopen van 0 tot 60 waarbij hoger scores op meer depressieve symptomen duiden. De CES-D heeft een hoge betrouwbaarheid en een hoge interne consistentie. Dat is zowel voor de Engelse (Radloff, 1977) als ook voor de in dit onderzoek gebruikte Nederlandse versie geldig (Bouma, Ranchor, Sanderman, van Sonderen, 1995).

Agency

Het coderingsschema van *agency* ziet als volgt uit:

- 0 = *Cliënt is niet actief bezig met het boek. Controle ligt volledig bij externe omstandigheden. De motivatie voor zijn acties ligt bij anderen, maar niet bij hem zelf. Cliënt past het boek niet toe in het dagelijkse leven en heeft hierbij ook geen voornemens om dit te gaan doen.*
- 1 = *Cliënt is een beetje bezig met boek, maar niet actief, past het niet toe, kan mogelijk wel aangeven wat hij gedaan heeft. Controle ligt grotendeels bij externe omstandigheden. De cliënt heeft zelf nog weinig controle over zijn acties. Cliënt past het boek niet toe in het dagelijkse leven. De cliënt heeft nog niet besloten of is heel aarzelend over of hij wat gaat doen of wat gaat veranderen.*
- 2 = *Cliënt is actief bezig met het boek. Er is evenwicht tussen de controle over zijn acties en bij externe omstandigheden. De cliënt past het boek nog niet toe in het dagelijkse leven. De cliënt beschrijft wel (positieve) voornemens/intenties om het boek toe te passen in het dagelijks leven, maar probeert of doet het nog*

- niet. Er kan sprake zijn van twijfel.*
- 3 = *Cliënt is actief bezig met het boek. Controle ligt grotendeels bij de cliënt, die in staat is zijn eigen leven te bepalen. De cliënt probeert het boek toe te passen in het dagelijkse leven en maakt de oefeningen eigen.*
- 4 = *Cliënt is actief bezig met het boek. Controle ligt volledig bij de cliënt, optimaal niveau van flexibiliteit en heeft eerst geworsteld met ervaringen die de flexibiliteit bedreigden, maar heeft leven in eigen hand en laat zich niet afleiden (laat de controle niet los). Cliënt past het boek daadwerkelijk toe in het dagelijkse leven. Heeft het eigen gemaakt.*

Als bij een e-mail meerdere codes van toepassing zijn en geen keus mogelijk is, wordt de e-mail als ambivalent beschouwt en met 8 gecodeerd. E-mails die te kort (minder dan 5 zinnen) zijn of geen inhoudelijke reactie geven krijgen en 9.

Analyse

Om de onderzoeksvragen na te gaan werden met PASW statistics versie 18 verschillende soorten analyses uitgevoerd. T-toetsen en de toets van Friedman werden gebruikt om hypothese 1 na te gaan en correlaties werden gebruikt om hypothese 2 te toetsen. Om de afname van depressie en een eventuele toename van agency te correleren zijn een verschilscore depressie ($t_4 - t_0$) en de grootste verschilscore agency (hoogste – laagste score) berekend. De verschilscore depressie werd aansluitend nog in relatie gezet met de gemiddelde score op agency van een deelnemer om te onderzoeken of een grote toename van agency tijdens de cursus een grotere invloed op de vermindering van klachten heeft dan een gemiddeld hoog niveau van agency. Er werd een significantieniveau van .05 gehanteerd.

Resultaten

Agency

In totaal zijn er 342 e-mails door de deelnemers opgestuurd (gemiddeld 6.84 per deelnemer). Hiervan kunnen er 306 op agency worden gecodeerd (36 e-mails zijn te kort of bevatten te weinig inhoudelijke informatie). Het totale aantal e-mails, de aantal codeerbare e-mails, en de gemiddelden, standaarddeviaties en ranges van agency zijn per week in Tabel 2 gepresenteerd. Het aantal e-mails neemt bijna continu af. Terwijl er in week één nog 48 van 50 e-mails zijn, zijn het in week drie nog maar 42, in week zes 38 en in week negen nog maar

21 e-mails. Het percentage codeerbare e-mails blijft tot en met week zeven op een niveau van rond 90% of hoger en daalt daarna op 74% in week acht en 57% in week negen. Gemiddeld zijn er 6.12 codeerbare e-mails per deelnemer.

De scores van agency variëren tot week acht rond een waarde van 2 en stijgen vervolgens naar 2.26 in week acht en 2.83 in week negen. Twee kleine dieptepunten zijn in week vier en week zeven te vinden. De range van agency is in het begin en in het eind smaller (3 van 5 punten) dan in het midden (4 punten). In week negen ligt de range duidelijk hoger dan in de weken daarvoor.

Tabel 2. *Aantal totale en codeerbare e-mails, gemiddelde score (SD) en range agency en gemiddelde score depressie (SD) per week*

Meetmoment	Totale aantal e-mails	Aantal codeerbare e-mails (percentage)	Gemiddelde score agency (sd)	Range agency	Gemiddelde score depressie (SD; N)
T0					23.7 (7.13; 50)
Week 1	48	47 (98)	1.96 (0.2)	1-2	
Week 2	43	38 (88)	2 (0.33)	1-3	
Week 3 (t1)	42	41 (98)	1.95 (0.5)	0-3	18.84 (8.04; 48)
Week 4	42	40 (95)	1.9 (0.71)	0-3	
Week 5	40	35 (86)	2.03 (0.57)	0-3	
Week 6 (t2)	38	35 (92)	2.03 (0.38)	1-3	15.53 (7.8; 44)
Week 7	37	35 (95)	1.97 (0.57)	0-3	
Week 8	31	23 (74)	2.26 (0.75)	1-4	
Week 9 (t3)	21	12 (57)	2.83 (0.72)	2-4	12.46 (7.0; 42)
T4					12.66 (7.8; 41)

De toets van Friedman geeft net geen bewijs voor significante verschillen tussen de gemiddelden van agency per week ($\chi^2(8) = 15.2$; $p = 0.055$). Maar de toets berekent alleen op basis van die deelnemers die elke week een codeerbare e-mail hebben opgestuurd ($N=7$). Aangezien het feit dat zeven deelnemers slechts een klein percentage van het totale aantal is en de toets slechts net geen bewijs geeft, wordt met de t-toets voor gekoppelde paren verder nagegaan waar verschillen tussen de gemiddelden per week liggen.

In totaal zijn het 36 aparte toetsen. Deze groot aantal toetsen maakt een aanpassing van de alpha eisen noodzakelijk. Hiervoor wordt de Bonferroni-Holm procedure toegepast. Het

gebruik van deze methode met bijvoorbeeld $\alpha = .05$ garandeert dat de kans op minstens één foutieve verwerping onder alle gemaakte vergelijkingen niet groter is dan $.05$. Dat is een veel sterkere bescherming dan het beperken van de kans op foutieve verwerping tot $.05$ voor elke vergelijking afzonderlijk (Moore & McCabe, 2005; p 630).

De Bonferroni-Holm procedure bestaat uit sommige stappen. Ten eerste wordt een globaal niveau van α bepaald (in dit onderzoek $.05$). Vervolgens worden de t-toetsen uitgevoerd en de overschrijdingskansen bepaald. De derde stap is het rangorden van de overschrijdingskansen van klein tot groot. Daarna wordt voor elke overschrijdingskans een lokaal niveau van α bepaald. Vereenvoudigd uitgedrukt wordt een lokaal niveau berekend door het globaal α -niveau te delen door de aantal vergelijkingen min de rangsom van de overschrijdingskansen. In stap vijf worden dan de overschrijdingskansen en de corresponderende aangepaste significantieniveaus vergeleken. Tenslotte worden alle toetsen als significant geaccepteerd diens overschrijdingskans kleiner dan of gelijk is aan het aangepaste significantieniveau.

In Tabel 3 is elke mogelijke combinatie van twee weken weergegeven. Te zien is dat twee combinaties van twee weken significante resultaten opleveren. De kleinste overschrijdingskans levert de gekoppelde t-toets voor de combinatie van week negen – week drie op ($p = .000 \leq .05/36 = .000$). Bovendien brengt ook de combinatie van week negen – week vijf een significant resultaat ($p = 0.001 \leq .05/35 = .001$). De overschrijdingskans met rangsom drie ($.004$) behoort tot de t-toets week negen – week een en is groter dan het aangepaste niveau van α ($.05/34 = .001$). Dientengevolge kunnen alle toetsen vanaf rangsom drie niet als significant worden beschouwd.

Tabel 3. *Matrix gekoppelde t-toetsen*

		Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7	Week 8	Week 9
Week 1	T	-.44	0	.42	-.83	-1.14	-.27	-2.39	-3.73
	N	37	39	39	34	34	34	22	11
	Sig.	.66	1	.68	.41	.26	.79	.029	.00
Week 2	T		1	1	.53	0	1	-1.16	-3.13
	N		32	33	30	30	29	21	11
	Sig.		.33	.33	.6	1	.33	.26	.011
Week 3	T			0	.27	-1.14	-.53	-1.67	-4.02
	N			35	32	32	33	21	12
	Sig.			1	.79	.26	.60	.11	.00*
Week 4	T				.4	-.49	.59	-1.67	-2.55
	N				33	34	34	22	12
	Sig.				.69	.62	.56	.11	.03
Week 5	T					0	.57	-.77	-4.5
	N					30	30	22	11
	Sig.					1	.57	.45	.00*
Week 6	T						0	-1.16	-2.61
	N						31	21	11
	Sig.						1	.26	.03
Week 7	T							-1.23	-3.07
	N							22	11
	Sig.							.23	.01
Week 8	T								-1.46
	N								10
	Sig.								.18

Depressie

De scores van depressie nemen significant af. Het baselinegemiddelde ligt bij 23.7 (SD 7.13) en daalt continu tot 12.46 (SD 7.0) in week negen. Ook bij follow-up is depressie op een laag niveau (12.66; SD 7.8). De gemiddelde afname van depressie is 9.99 punten (sd = 8,67; $p=0.00$), dus meer dan één standaardafwijking.

Correlatie agency en depressie

De correlatiematrix is in Tabel 4 weergegeven. De correlatie tussen grootst verschil agency en afname van depressie is $-.16$. Deze correlatie is niet significant ($p=.2$ is $p>.05$). De correlatie tussen agency gemiddeld en afname depressie bedraagt $-.2$ en is eveneens niet significant ($p=.14$ is $p>.05$). Verder is er ook geen samenhang tussen beide scores van agency gevonden ($p=.44$ is $p>.05$).

Tabel 4. *Correlatiematrix Agency gemiddeld, Agency grootst verschil, Afname depressie*

		Agency grootst verschil	Afname depressie
Agency gemiddeld	P	-.03	-.2
	sig.	.44	.14
	N	33	31
Agency grootst verschil	P		-.16
	sig.		.2
	N		31

Om na te gaan of de scores van agency aan het eind van de cursus invloed hebben op de afname van depressieklachten wordt verder ingegaan op de e-mails uit week acht en negen. Voor elke deelnemer die in week acht en/of week negen een codeerbare e-mail heeft opgestuurd wordt een eindscore agency bepaald. Deze stemt overeen met de laatste score die de participant in deze tijdsruimte heeft bereikt. Op deze manier kon voor 24 deelnemers een eindscore agency worden bepaald. In tabel 5 is de gemiddelde afname van depressieklachten per eindscores agency weergegeven.

Te zien is dat de deelnemer (N=1) met agencyscore “1” een (gemiddelde) afname depressieklachten van 2 punten bereikt. Bij de participanten met de scores “2” en “3” nemen de depressieklachten gemiddeld 11.9 punten respectievelijk 12 punten af. De drie deelnemers met de eindscore “4” van agency bereiken een gemiddelde afname van 14.7 punten op de depressievragenlijst.

Tenslotte werd een correlatie tussen eindscore agency en afname van depressieklachten berekend. Deze is bij een alpha van .05 niet significant ($p=.094$).

Tabel 5. *Eindscores agency en gemiddelde afname van depressieklachten*

Eindscore agency	N	Gemiddelde afname depressie
1	1	2
2	12	11.9
3	8	12
4	3	14.7

Discussie

Dit onderzoek gaat over de ontwikkeling van agency tijdens de preventieve zelfhulpcursus “Voluit leven” die gebaseerd is op ACT. Het doel van het onderzoek was meer inzicht te krijgen over hoe agency zich ontwikkelt en via de operationalisering van agency ook inzicht te krijgen in onderliggende mechanismen van ACT. Ten tweede werd de vraag nagegaan hoe agency met depressie samen hangt.

Belangrijkste Resultaten

Agency

In dit onderzoek vinden we niet dat agency zich in de loop van de zelfhulpcursus significant gaat ontwikkelen. De gemiddelde scores van agency per week blijven lange tijd op een zelfde niveau en gaan pas vanaf week 8 omhoog. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat pas aan het eind van het boek werd begonnen om strategieën in het dagelijkse leven toe te passen en op dit moment komt agency naar voren. Bij nader inzien zijn kleine dieptepunten in week 4 en week 7 te zien. Zij vallen samen met het begin van een nieuw deel van het boek en zijn inhoudelijk te verklaren door de nieuwe opgaven die elk deel van het boek brengt en die mogelijk moeilijk zijn. Dieptepunten zijn in overeenstemming met eerder onderzoek (Pablowski, 2010) en per definitie noodzakelijk voor het bereiken van een hoog niveau van agency. Zo heet het in het codeeringsschema onder niveau 4: “Client (...) heeft eerst geworsteld met ervaringen die de flexibiliteit bedreigden, maar heeft leven in eigen hand en laat zich niet afleiden (...)”.

De toets van Friedman geeft net geen bewijs voor groepsverschillen maar de t-toets voor gekoppelde paren geeft aan, dat week negen significant van week drie en week vijf verschilt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat die mensen, die in week drie of week vijf een lage agency score bereiken (bijvoorbeeld door worstelingen met bedreigende ervaringen) maar toch verder gaan met de cursus en met mailen, aan het eind van de cursus een hoger score agency bereiken dan tijdens hun worstelingen.

Zo moet de eerste hypothese “De deelnemers ontwikkelen tijdens de cursus een hoger niveau van agency” in tegenspraak tot eerder onderzoek van Adler et al. (2008) worden verworpen.

Depressie en de correlatie met agency

In deze studie vinden we niet dat agency de mechanisme is die de ontwikkeling van depressieklachten voorspelt. Aan de ene kant is, in overeenstemming met de resultaten van de effectstudie van Fledderus et al. (2012), ook in deze pilotstudie een significante afname van scores op de CES-D te vinden ($p < .05$). Depressieklachten nemen dus tijdens deze zelfhulp cursus, zoals in andere interventies gebaseerd op ACT, significant af (zie o.a. Powers et al., 2008, Forman et al., 2007 en Öst, 2008). Aan de andere kant werd er geen bewijs voor significante correlaties tussen de verschilscores en gemiddelden van agency per deelnemer en afname van depressieklachten gevonden.

Terwijl de afname van depressieklachten toeneemt hoe groter de eindscore agency wordt, levert op grond van kleine deelpopulaties ook de correlatieanalyse eindscore agency – afname depressieklachten geen significante resultaten op ($p = .094$).

De oorzaak van de niet gevonden samenhang tussen ontwikkeling van agency en afname van depressieklachten is de niet gevonden statistisch significante ontwikkeling van agency tijdens de cursus (voor mogelijke oorzaken hiervan zie benden). Ook de tweede hypothese “Er bestaat een samenhang tussen toename van agency en afname van psychische klachten” moet worden verworpen.

Beperkingen

Dit onderzoek heeft inhoudelijke en methodische beperkingen. Het voornaamste methodische probleem is de kleine steekproef ($N=50$) en dat er bij de kleine steekproef vele e-mails ontbreken of niet codeerbaar zijn omdat zij te weinig inhoudelijke informatie bevatten. Vooral aan het eind van de cursus is het percentage codeerbare e-mails zeer klein en zorgt voor een attrition bias (mensen die gestopt zijn met mailen hadden mogelijk anders scores van agency bereikt). Bovendien is het niveau van de interbeoordelaars betrouwbaarheid slechts op een gemiddeld niveau.

Inhoudelijk is te noemen dat het denkbaar en logisch zou zijn dat de ontwikkeling van agency niet meteen aan het begin van het boek aanvangt en ook langer dan negen weken duurt. Reden hiervoor is dat pas aan het eind van het boek (vanaf week zeven) werd begonnen om strategieën in het dagelijkse leven toe te passen. En daar komt agency uiteindelijk naar voren.

Aanbevelingen

Voor verder onderzoek met wekelijkse e-mail begeleiding is het aan te raden om de steekproef te vergroten en/of de percentage codeerbare e-mails te vergroten. Dat kan door strategieën te ontwikkelen om de deelnemers gemotiveerd te houden om wekelijks de e-mails te schrijven en door het coderingsschema aan te passen, bijvoorbeeld door het aantal categorieën te verminderen (de hele range van het schema werd bijna nooit gebruikt) om ambivalente e-mails te verhinderen.

Het tweede methodische probleem – het lage interbeoordelaars betrouwbaarheidsniveau – kan eveneens worden bestreden door de aantal antwoordcategorieën van het coderingsschema te verminderen. Bovendien zou het wenselijk zijn om meer training aan de beoordelaars te geven om een wenselijk niveau van kappa (0,7) te bereiken.

Om het inhoudelijke probleem aan te pakken zou het interessant zijn om het niveau en de ontwikkeling van agency ook na afloop van de cursus te bekijken door patiënten achteraf te vragen over het beloop van de cursus te schrijven. Het kan namelijk verwacht worden dat de ontwikkeling van agency zich pas in deze fase gaat ontwikkelen en/of manifesteren. Pablowski (2010) heeft in haar onderzoek aangetoond dat agency zich niet meteen aan het begin van een therapie gaat ontwikkelen en ook Adler et al. (2008) hebben in hun studie agency *na afloop* van een therapie gemeten. Voordelen van het achteraf meten van agency zijn dat het economischer is (vergt minder tijd van participant en therapeut), de verhalen bevatten voldoende inhoudelijke informatie (een probleem dat vooral aan het eind van de cursus optrad wanneer de deelnemers zich wilden bedanken aan hun therapeut) en dat het probleem van ontbrekende e-mails wegvalt.

Referenties

- Adler, J.M., Skalina, L.M. & McAdams, D.P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapie and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 719-734.
- Biglan, A., Hayes, S.C. & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prevention Science*, 9 (3), 139-152.
- Bohlmeijer, E.T., & Hulsbergen, M., (2009). *Voluit leven*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M., Rokx, T.A.J.J. & Pieterse, M.E., (2011). Efficacy of an early intervention based on Acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67.
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., van Sonderen, F.L.P. 1995. Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een handleiding. *Rijksuniversiteit Groningen*.
- Cuipers, P. & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator of major depressive disorders: a systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 325-331
- Cuipers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., ten Have, M., & Beekman, A., (2007). Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 229-236.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E. & Schreurs, K. M. G. (2012). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 485-495.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31 (6), 772-799.
- McAdams, D.P., Hoffman, B.J., Mansfield, E.D. & Day, R. (1996). Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes. *Journal of Personality*, 64 (2), 339-377.
- McAdams, D.P. (2001). Coding autobiographical episodes for themes of agency and communion. *Northwestern University*.
- Hayes, S.C., (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame therapy, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F. W., Masuada, A. & Lillis, J. (2005). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1- 25.

- Hayes, S.C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2008). *ACT: Een experimentele weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Klerman, G. L. & Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261 (15), 2229-35.
- Moore, D. S. & McCabe, G. P., (2005). *Statistiek in de Praktijk*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv
- Newman, M.G., Szkodny, L.E., Llera, S.L. & Przeworski, A., (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy?. *Clinical Psychology Review*, 31, 89-103.
- Öst, L.-G. (2007). Efficacy of the third waves of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Paplowski, Y., (2010). De ontwikkeling van agency binnen acceptance and commitment therapie bij patiënten met chronische pijn. *Universiteit Twente*.
- Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B. & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-82.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1.
- Spinoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Van der Does, A.J.W. & Zitman, F.G. (2008). Stemmingsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie deel 1* (pp. 195-230). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van 't Land, H., Schoemaker, C. & de Ruiter, C. (red.) (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen* (pp. 25-40). Utrecht: de Tijdstroom.
- Williams, D.C. & Levitt, H.M. (2007). Principles for facilitating agency in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(1), 66-82.

Appendix

Bijlage 1

Coderingsschema uit Adler et al. (2008)

- 0= Protagonist is completely powerless, at mercy of circumstances, all action is motivated by external powers, or narrative is not written in first person.
- 1= Protagonist is largely at the mercy of circumstances, with primary control of the plot at the hands of external powers.
- 2= Protagonist equally shares control of his or her actions with external powers. Protagonist is neither entirely at the mercy of circumstances.
- 3= Protagonist is highly agentic, able to affect his or her own life, initiate changes on his or her own, and achieve some degree of control over the course of his or her experiences. May or may not include description of some struggles to achieve agentic status.
- 4= Protagonist has struggled to overcome an agency-threatening experience wherein he or she was disempowered and has emerged empowered and victorious (often through self-insight, gaining control of the situation, or increased power).