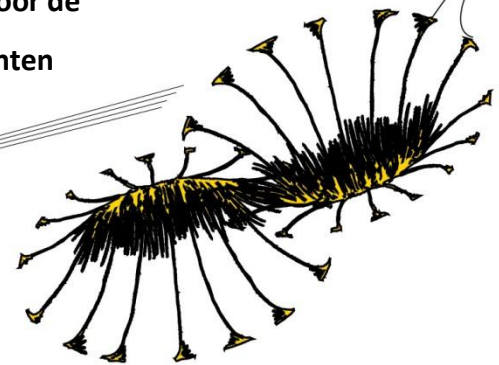




‘Haal meer uit je leven’



Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de
effectiviteit van een groepscursus gebaseerd op
acceptance-based behavioral therapy (ABBT) voor de
preventie van depressieve klachten bij studenten



Marlot Raanhuis

Februari 2013

‘Haal meer uit je leven’

Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van een groepscursus gebaseerd op acceptance-based behavioral therapy (ABBT) voor de preventie van depressieve klachten bij studenten

Masterthese

Enschede, februari 2013

Auteur: Marlot Raanhuis
s0200530

Universiteit Twente, Enschede
Faculteit Gedragwetenschappen
Opleiding Psychologie
Thema Geestelijke Gezondheidsbevordering

Afstudeercommissie:

1^e begeleider: Dr. M. Fledderus

2^e begeleider: Prof. Dr. K.M.G. Schreurs

Abstract

Background: Mental disorders like major depression are highly prevalent among young adults. Depression reduces quality of life significantly and entails high costs in health care. Although mental disorders are common among young adults, the reach of interventions that focus on reducing psychological (depressive) symptoms is minimal. Attention has to be paid to an accessible way of reaching young adults. In this context, the course “Living to the full” was developed, based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and mindfulness. Given the positive effects of “Living to the full,” the University of Twente developed a preventive group course named “Get more out of your life,” for students, based on the principles of “Living to the full.” The primary goal of this research is to evaluate the preventive group course “Get more out of your life,” aimed at college and university students with mild to moderate depression or anxiety symptoms, by using a randomized controlled trial on the effectiveness of depressive symptoms.

Methods: A total of 30 college or university students that suffered from mild to moderate depressive and anxiety symptoms were randomly assigned to an experimental group or a wait-list control group. The group course consisted of four sessions of 3,5 hours and were guided by two GZ-psychologists. The participants completed questionnaires prior to the course at baseline measurement (T0) and immediately after the course at post-measurement (T1), to measure depressive symptoms (CES-D), procrastination (GP), mental health (MHC-SF), psychological flexibility (AAQ-II) and mindfulness (FFMQ-SF).

Results: The experimental group that followed the group course did not show a greater reduction in depressive symptoms on T1 compared to the wait-list control group. In both experimental and wait-list control group there were significant reductions in terms of depressive symptoms between the pre- and post-test. The experimental group showed a significant increase in psychological flexibility on the post-test compared to the wait-list control group. The ‘get more out of your life’ group scored significantly higher on mindfulness skills ‘conscious action’ compared to the wait-list control group. After attending the group course, the experimental group showed a significant increase in ‘conscious action’ and ‘non-judge.’ For positive mental health it was found that no significant improvement occurred.

Conclusion: This research supports the effectiveness of preventive interventions based on ACT and mindfulness in improving psychological flexibility and mindfulness of students with mild to moderate depressive symptoms. It is unclear whether the course contributes to the reduction of depressive symptoms. More research is needed to study the effectiveness of ‘Get more out of your life.’

Samenvatting

Achtergrond: Een veelvoorkomende psychische stoornis onder jongvolwassenen is depressie. Depressie vermindert de kwaliteit van leven aanzienlijk en brengt hoge zorgkosten met zich mee. Ondanks dat psychische stoornissen veel voorkomen onder jongvolwassenen, is het bereik van interventies die zich richten op het verminderen van psychische (depressieve) klachten minimaal. Er zal aandacht moeten worden besteed aan de een laagdrempelige manier waarop jongvolwassenen bereikt kunnen worden. In dit kader is de cursus “Voluit Leven” ontwikkeld, gebaseerd op Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en mindfulness. Gezien de positieve effecten van “Voluit Leven” op de afname van psychische klachten en de toename van geestelijke gezondheid en psychologische flexibiliteit, heeft de Universiteit Twente een preventieve groepscursus, genaamd ‘Haal meer uit je leven’ voor studenten ontwikkeld, gebaseerd op de uitgangspunten van “Voluit Leven.” Het primaire doel van deze studie was de preventieve groepscursus “Haal meer uit je leven” voor studenten op het hbo of op de universiteit met lichte tot matige depressieve klachten of angstklachten te evalueren in een gerandomiseerde gecontroleerde trial op de effectiviteit in termen van depressieve klachten.

Methode: In totaal werden 30 studenten van het hbo of de universiteit die last hadden van milde tot matige depressieve klachten en angstklachten random toegewezen aan een experimentele groep of aan een wachtlijstcontrolegroep. De groepscursus bestond uit vier sessies van 3,5 uur en werd begeleid door twee GZ-psychologen. De deelnemers vulden voorafgaand aan de cursus op de baselinemeting (T0) en na afloop van de cursus op de nameting (T1) vragenlijsten in om depressieve klachten (CES-D), uitstelgedrag (GP), geestelijke gezondheid (MHC-SF), de psychologische flexibiliteit (AAQ-II) en mindfulness (FFMQ-SF) te meten.

Resultaten: De experimentele groep die de groepscursus volgden lieten op T1 geen grotere afname in depressieve klachten zien vergeleken met de wachtlijstcontrolegroep. In zowel de experimentele als de wachtlijstcontrolegroep was sprake van significante afname van depressieve klachten tussen de voor- en nameting. De experimentele groep liet een significante toename in psychologische flexibiliteit zien op de nameting vergeleken met de wachtlijstcontrolegroep. De ‘haal meer uit je leven’ groep scoorde op de nameting significant hoger op mindfulnessvaardigheid ‘bewust handelen’ in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep. De experimentele groep liet na het volgen van de cursus een significante toename zien op ‘bewust handelen’ en ‘niet oordelen.’ Voor positieve geestelijke gezondheid bleek geen significante verbetering te zijn opgetreden.

Conclusie: Deze studie ondersteunt de effectiviteit van preventieve interventies gebaseerd op ACT en mindfulness op psychologische flexibiliteit en mindfulness bij studenten met lichte tot matige depressieve klachten. Het is onduidelijk of de cursus een bijdrage levert aan de afname van depressieve klachten. Er is nog meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van ‘Haal meer uit je leven.’

Inhoudsopgave

Abstract	2
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	4
Voorwoord	5
1. Inleiding.....	6
2. Methoden.....	12
2.1 Participanten.....	12
2.2 Procedure	12
2.3 Meetinstrumenten en meetmomenten	15
2.3.1 Primaire uitkomstmaten.....	15
2.3.2 Secundaire uitkomstmaten.....	15
2.3.3 Procesmaten	16
2.4 Interventie – en controlegroepen.....	17
2.4.1 Experimentele groep	17
2.4.2 Wachtlijstcontrolegroep	18
2.5 Statistische analyse	19
3. Resultaten.....	20
3.1 Baseline karakteristieken.....	20
3.2 Opkomst interventie ‘Haal meer uit je Leven’	20
3.3 Beschrijving en effecten van de primaire uitkomstmaat	20
3.4 Beschrijving en effecten van de secundaire uitkomstmaten.....	21
3.5 Beschrijving en effecten van de procesmaten	21
4. Discussie	24
5. Conclusie en aanbevelingen	26
5.1 Conclusie.....	26
5.2 Sterke kanten en beperkingen.....	26
5.3 Aanbevelingen	27
6. Referentielijst	28
Bijlage 1: Uitkomsten ANCOVA completersanalyse.....	32
Bijlage 2: Uitkomsten paired sample t-test completersanalyse	33
Bijlage 3: Stroomschema van deelnemers	34
Bijlage 4: Stroomschema van meetmomenten	35

Deze scriptie is een onderdeel van de opleiding Psychologie in de master *Geestelijke Gezondheidsbevordering*. In deze richting lag de focus voornamelijk op de positieve geestelijke gezondheid. Het onderwerp van deze scriptie vond ik goed aansluiten op dit centrale thema, en het bood me de mogelijkheid tot een toepasselijke afronding van de opleiding. De veelbelovende effecten van de cursus 'Voluit Leven' voor volwassenen met depressieve klachten, maakte dat er een volgend onderzoek werd gestart naar een aangepaste vorm voor studenten, genaamd 'Haal meer uit je Leven.' De positieve benaming van de cursus en de doelgroep maakten me nieuwsgierig. De leerzaamheid en de uitdaging van het schrijven van een onderzoeksproces en het uitvoeren van de bijbehorende analyses, maakten dat ik met goede zin van start ging met afstuderen. De betrokkenheid van mijn begeleidsters Martine Fledderus en Karlein Schreurs bij hun eigen onderzoek was erg prettig en zorgden ervoor dat zij goede begeleiding konden bieden. Kritische feedback en een frisse blik hebben meegeholpen aan het bereiken van dit resultaat. Ik wil jullie daar beide hartelijk voor bedanken.

Ik ben blij dat ondanks een moeilijke start door afleiding van een stage, ik met goede moed heb doorgewerkt aan deze scriptie. Hierbij kon ik uiteraard niet zonder de steun van mijn ouders, mijn vriend en opnieuw Martine Fledderus. Zij hebben mij allen gemotiveerd en daarmee geholpen om het uiteindelijke doel te bereiken: het behalen van mijn master of science in de Psychologie.

Enschede, januari 2013
Marlot S. Raanhuis

1. Inleiding

Jongvolwassenheid is de periode waarin de meeste psychische stoornissen zoals depressie voor het eerst optreden (Meijer, Smit, Schoemaker, & Cuijpers, 2006). In een studie van de Graaf, Have & Dorsselaer (2010) werd een 12 maandelijks prevalentie gevonden van 6,7% in de leeftijdsgroep van 18 tot 24 jaar. Dit prevalentie cijfer voor een depressieve stoornis is in deze leeftijdsgroep hoger dan in alle andere volwassen leeftijdsgroepen. Depressie beïnvloedt de kwaliteit van leven aanzienlijk: er is sprake van een verhoogd risico op voortijdig overlijden (Cuijpers & Smit, 2002) en verminderd welbevinden door de grote beperkingen in sociaal, emotioneel en lichamelijk functioneren (Bijl & Ravelli, 2000; Greden, 2001). Daarnaast veroorzaakt depressie hoge zorgkosten: in 2005 kostte de zorg voor depressie 773 miljoen euro, dit komt neer op 1,1% van de totale kosten van de gezondheidszorg. Depressie is daarmee een van de duurere ziekten van de gezondheidszorg (Poos, Smit, Groen, Kommer, & Slobbe, 2008).

In de afgelopen twee decennia zijn behandelingen voor jongeren met psychische stoornissen steeds meer verbeterd. Er zijn meer effectieve farmaceutische behandelingen en betere vormen van psychosociale interventies. Meerdere meta-analyses (Burns, 1999; Kazdin & Weisz, 2003) ondersteunen de effectiviteit van verschillende behandelmethoden, waaronder individuele- en groepstherapieën. Voornamelijk behandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapieën blijken effectief te zijn voor een reeks aan psychische- en gedragsstoornissen onder jongvolwassenen (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is wereldwijd de meest gebruikte psychologische behandeling voor depressie. CGT legt de nadruk op het veranderen van gedachten en gedragingen die kunnen bijdragen aan de symptomen van depressie en is effectief in het behandelen van depressie bij zowel volwassenen als jongeren (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Compton et al., 2004).

Ondanks dat behandeling van depressie een effectieve manier is om de ziektelast van depressie in de Nederlandse bevolking te verminderen, lukt dit maar gedeeltelijk (Meijer et al., 2006). Studies in Australia hebben laten zien dat de bestaande farmaceutische en psychologische behandelingen de ziektelast van depressieve stoornissen met niet meer dan 40% kunnen verminderen, zelfs onder ideale omstandigheden (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry, & Lapsley, 2004; Andrews & Wilkinson, 2002). Naast depressiebehandeling kan preventie van nieuwe gevallen een effectieve manier zijn om de enorme ziektelast van depressie te verminderen (Cuijpers, Van Straten, Smit, Mihalopoulos, & Beekman, 2008). Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met beginnende depressieklachten, die nog niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een volledige depressieve stoornis, maar wel een sterk verhoogde kans lopen om een depressie te ontwikkelen

(Hermens et al., 2004). Uit een meta-analyse van 19 studies blijkt dat dit soort preventieve interventies de incidentie van depressieve stoornissen bij mensen in de interventiegroep met 22% kunnen verminderen vergeleken met controlegroepen die geen interventie ontvangen (Cuijpers et al., 2008). Dit betekent dat preventie wellicht een grotere rol moet gaan spelen in de verdere vermindering van de ziektelast van depressieve stoornissen.

De in Nederland beschikbare interventies gericht op preventie van depressie bij jongeren zijn schaars. Een uitzondering is de groepscursus “Grip op je dip,” die gebaseerd is op de door Lewinsohn, Antonucci, Breckenridge & Teri (1984) ontwikkelde cursus “Coping with Depression.” De cursus maakt gebruik van principes van CGT en blijkt effectief te zijn in termen van afname van depressieve klachten (Gerrits, van der Zanden, Visscher, & Conijn, 2007).

Ondanks het bestaan van effectieve interventies, maakt slechts 28% van de Nederlandse jongeren met psychische problematiek gebruik van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg (Vanheusden et al., 2008a). Het blijkt dat voornamelijk jongeren met een hoger opleidingsniveau weinig hulp zoeken (Vanheusden et al., 2008b), terwijl deze groep tijdens de studieperiode juist geconfronteerd wordt met een groot aantal academische, financiële en sociale stressoren die mogelijk negatieve gevolgen kunnen hebben voor de geestelijke gezondheid (Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012). Hierbij is één van de belangrijkste barrières voor het zoeken van hulp de negatieve houding die jongeren hebben ten opzichte van gezondheidsdiensten: zij geloven niet dat een behandeling hen zal helpen en dat het zwak is om hulp te zoeken (Vanheusden et al., 2008b).

Om de hoge prevalentie van depressie onder jongvolwassenen te verminderen, zal aandacht moeten worden besteed aan de manier waarop jongeren kunnen worden bereikt. Gezien de zeer hoge comorbiditeit van depressie met angstklachten, zou de interventie zich tevens moeten focussen op andere psychische stoornissen om een grotere groep te bereiken voor preventieve diensten (Preisig, Merikangas, & Angst, 2001). Een manier om de drempel te verlagen is de preventieve interventie in de vorm van een cursus aan te bieden en niet als een therapie of behandeling. Door de verminderde associatie met ziekte kan dit ervoor zorgen dat de weerstand van mensen met een depressie om hulp te zoeken wordt verminderd (Lewinsohn & Clarke, 1984). Door zich te richten op het ontwikkelen van positieve geestelijke gezondheid en minder nadruk te leggen op het reduceren van klachten, kunnen jongeren minder worden afgeschrikt. Een dergelijke laagdrempelige, brede aanpak kan nuttig zijn om zoveel mogelijk jongvolwassenen te bereiken.

Een vorm van gedragstherapie die hierbij aansluit is Acceptance and Commitment Therapy (ACT), wat als doel het versterken van de geestelijke gezondheid heeft (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Hierbij kijkt ACT niet alleen naar ziekte, maar benadrukt voornamelijk het belang van positieve psychologische eigenschappen (Sin & Lyubomirsky, 2009). Dit maakt dat ACT een geschikte methode lijkt om de doelgroep te kunnen bereiken, mede doordat het een breed model is voor hoe gezond of

positief kan worden geleefd zonder zich per se te concentreren op het elimineren van ziekte (Biglan, Hayes, & Pistorello, 2008).

ACT richt zich op het vergroten van de psychologische flexibiliteit, die volgens Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis (2006) het vermogen inhoudt om “innerlijke ervaringen zoals emoties, gedachten en gevoelens, in het hier en nu te accepteren en te volharden in waardevol gedrag” (p.7). Het centrale uitgangspunt hierbij is dat emotionele pijn niet als pathologisch moet worden gezien, maar als iets wat bij het leven hoort. De Acceptance and Commitment Therapy leert dat er een alternatief is voor experieëntiële vermijding, een proces waarbij iemand (negatieve) innerlijke ervaringen, zoals gedachten, gevoelens, herinneringen en lichamelijke sensaties, onder controle wil brengen, uit de weg gaat of onderdrukt (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). Experieëntiële vermijding kan worden gezien als een risicofactor voor tal van psychische stoornissen waaronder depressie (Biglan et al., 2008; Hayes et al., 1996). Uit onderzoek blijkt dat het onderdrukken van deze ervaringen juist leidt tot een toename van deze (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Experieëntiële vermijding is dus geen effectieve strategie om om te gaan met negatieve innerlijke ervaringen en heeft psychologische inflexibiliteit als gevolg (Hayes et al., 2006). Tegenover experieëntiële vermijding staat acceptatie van ongewenste private ervaringen, wat binnen ACT een onderdeel is van de hierboven beschreven ‘psychologische flexibiliteit’ (Hayes et al., 2006). Psychologische flexibiliteit wordt binnen ACT bevorderd aan de hand van de volgende zes processen (Hayes, et al., 2006; Jacobs, Kleen, de Groot, & A-Tjak, 2008):

Acceptatie en bereidheid: het vermogen om een meer accepterende houding aan te nemen ten aanzien van negatieve emoties, gevoelens en gedachten ofwel bereid zijn om psychisch leed te aanvaarden.

Cognitieve defusie: afstand kunnen nemen van gedachten, waarbij gedachten als mentale gebeurtenissen worden gezien die komen en gaan en niet de werkelijkheid hoeven weer te geven.

Zelf-als-context: het observerende zelf dat het vermogen heeft om emoties, gedrag, gedachten, fysieke gewaarwordingen en zintuiglijke prikkels op te merken.

Mindfulness of contact met het huidig moment: aanwezig zijn in het hier-en-nu en bewustwording van automatische reactiepatronen.

Waarden: dat wat het leven zinvol en betekenisvol maakt, een levensrichting in verschillende domeinen zoals familie, carrière en spiritualiteit.

Toegewijd gedrag: het daadwerkelijk naar eigen waarden leven en deze te vertalen in concrete acties in de richting van de waarden.

Een vorm van therapie die ook helpt om experieëntiële vermijding te doorbreken is mindfulness. Mindfulness wordt gedefinieerd als het zonder oordeel en met aanvaarding richten van de aandacht op ervaringen in het hier en nu (Kabat-Zinn, 2004). Mindfulness werd door Jon Kabat-

Zinn geïntroduceerd binnen de behandeling van mensen met chronische gezondheidsklachten. Hij ontwikkelde het Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) programma. Dit programma vond volop navolging en is later aangepast voor diverse klachtgebieden. Zo hebben Segal, Williams en Teasdale (2004) het programma Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) opgesteld voor mensen met recidiverende depressieve klachten.

Uit onderzoek van Pull (2009) naar de huidige wetenschappelijke status van ACT komt naar voren dat acceptatiegerichte benaderingen van ACT behulpzaam kunnen zijn voor verschillende stoornissen, waarbij ACT in het bijzonder effectief lijkt te zijn voor de behandeling van depressie. Verschillende meta-analyses hebben aangetoond dat ACT effectief is voor een reeks aan psychische en lichamelijke problemen of stoornissen, waaronder depressie (Hayes, et al., 2006; Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009). In een gerandomiseerde studie van Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller (2007) waarin ACT en Cognitieve Therapie (CT) werden vergeleken, bleek dat beide behandelvormen tot gelijkwaardige vermindering van depressie leidden.

Wat betreft mindfulness heeft ook MBCT zich met betrekking tot de preventie van terugval bij een depressie (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) als effectief bewezen. Naast studies naar het effect van MBCT bij mensen met terugval van depressie zijn er een aantal voorlopige, meestal ongecontroleerde studies die hebben aangetoond dat MBCT effectief blijkt te zijn in het verminderen van depressieve symptomen (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2008; Finucane & Mercer, 2006; Kenny & Williams, 2007; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor, & Malone, 2007). Onderzoek naar de rol van mindfulness in geestelijke gezondheid en welbevinden laat zien dat het toepassen van mindfulness wordt geassocieerd met minder emotionele verstoring (depressieve symptomen en stresssymptomen), een hogere mate van subjectief welbevinden in termen van minder negatieve emoties, meer positieve emoties en meer tevredenheid met het leven. Daarnaast wordt de toepassing van mindfulness geassocieerd met hogere niveaus van eudaimonisch welbevinden zoals vitaliteit en zelfverwezenlijking (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Een nieuwe ontwikkeling is de combinatie van ACT met mindfulnessstraining. Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault (2008) combineerden ACT en mindfulness tot een acceptance-based behavioral therapy (ABBT) voor patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. Uit deze studie kwam dat ABBT geassocieerd werd met vermindering van vermijding en controlestrategieën, verhoogde acceptatie van ongewenste gedachten en op deze manier leidde tot een vermindering van angstklachten en depressieve klachten in vergelijking met een wachtlijstgroep. Een andere interventie in Nederland die ook ACT met mindfulness combineerde, is de preventieve cursus "Voluit Leven," ontwikkeld door Bohlmeijer en Hulsbergen (2009). Deze cursus is gebaseerd op ABBT en richt zich op volwassenen met lichte tot matige psychische klachten. De cursus werd aangeboden als groepscursus of als zelfhulpcursus met e-mailondersteuning. Uit onderzoek blijkt dat de cursus

(zowel de groepscursus als de zelfhulpcursus) in vergelijking met een wachtlijstgroep leidt tot een significante middelgrootte tot grote afname van psychische klachten. Verder werd er een significante toename van de geestelijke gezondheid en een toename van psychologische flexibiliteit bij de deelnemers vastgesteld (Fledderus, Bohlmeijer, Smit & Westerhof, 2010; Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2011b; Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, & Schreurs, 2012a).

Gezien de positieve effecten van de combinatie van ACT en mindfulness heeft de Universiteit Twente een preventieve groepscursus, genaamd 'Haal meer uit je leven' voor studenten ontwikkeld. De groepscursus heeft een kort tijdsbestek en de sessies hebben een workshopachtige vorm, om de drempel voor deelname zo laag mogelijk te maken. "Haal meer uit je Leven" is gebaseerd op de uitgangspunten van de groepscursus en de zelfhulpcursus "Voluit Leven." In de cursus "Haal meer uit je leven" leren studenten anders om te gaan met depressieve klachten. In plaats van zich te verzetten tegen negatieve gedachten en emoties of deze te controleren, wordt de studenten geleerd om een accepterende houding aan te nemen. Op deze manier kunnen studenten tijd besteden aan voor hen echt belangrijke waarden, in plaats van energie te steken in niet werkende strategieën. Studenten leren zich bewust te worden van hun waarden en waardengericht gedrag te vertonen (Hayes, et al., 2006). De cursus "Haal meer uit je leven" richt zich naast vermindering van psychische klachten op het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid. Uit eerdere studies blijkt dat de mate van positieve geestelijke gezondheid een goede voorspeller is van het ontwikkelen van psychische klachten als depressie en angst in de toekomst (Keyes, Sadvinder, Dhingra, & Simoes, 2010) en dat versterking van geestelijke gezondheid kan beschermen tegen psychische klachten en stoornissen (Westerhof & Keyes, 2008).

Het primaire doel van deze studie is de groepscursus "Haal meer uit je leven" voor studenten op het hbo of op de universiteit met lichte tot matige depressieve klachten of angstklachten te evalueren in een gerandomiseerde gecontroleerde trial op de effectiviteit in termen van depressieve klachten. Het tweede doel van het onderzoek is om de cursus "Haal meer uit je leven" empirisch te toetsen op de effectiviteit in termen van toename van positieve geestelijke gezondheid, mindfulness en afname van neiging tot uitstellen.

Volgens Lay (1986) betekent *uitstellen*: "het uitstellen van datgene dat nodig is om een doel te bereiken" (p.475). In de studiecontext is er vaak sprake van een tijdelijke voorkeur voor een leukere activiteit in plaats van studeren wat kan leiden tot lagere tentamencijfers en studie- en cursusuitval (Schouwenburg, 1994). Uitstellen kan een ernstig probleem zijn met interne consequenties als onder meer irritatie, spijt, wanhoop en zelfverwijt (Burka & Yuen 1983). Ook kan uitstelgedrag externe gevolgen hebben als verminderde werk- en studie voortgang en verloren kansen (Burka & Yuen 1983; Carr 2001). Ondanks de kans op problematische gevolgen geven veel studenten aan dat ze weleens uitstellen (Steel, 2007).

In deze gerandomiseerde, gecontroleerde studie wordt onderzoek gedaan naar het effect van ACT gecombineerd met mindfulness op depressieve klachten. De groepscursus “Haal meer uit je leven” zal worden bestudeerd. Depressieve klachten zullen gelden als primaire uitkomstmaat. Verwacht wordt dat de groepscursus leidt tot een afname van depressieve klachten. De secundaire uitkomstmaten die worden onderzocht zijn uitstelgedrag, geestelijke gezondheid, psychologische flexibiliteit en mindfulness. Verwacht wordt dat de groepscursus “Haal meer uit je leven” uitstelgedrag verminderd en geestelijke gezondheid, psychologische flexibiliteit en mindfulnessvaardigheden vergroot in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep.

2. Methoden

2.1 Participanten

De deelnemers voor het onderzoek over de groepscursus “Haal meer uit je leven” werden door de Universiteit Twente en hogeschool Zeeland geworven door middel van flyers en brochures. De doelgroep in dit onderzoek was studenten die studeren op het HBO of op de Universiteit met lichte tot matige depressieve klachten (≥ 10 op de CES-D) en angstklachten (≥ 3 op de HADS-A). Belangstellenden konden zich voor de groepscursus aanmelden via de website zoals aangegeven in de brochures. De exclusiecriteria voor dit onderzoek waren:

1. Aanwezigheid van matig tot hoog suïciderisico of ernstige psychopathologie die onmiddellijke behandeling vereist (volgens de M.I.N.I.-Plus en de SDS).
2. Recent (in de afgelopen drie maanden) gestart zijn met medicijnen gericht op psychische klachten.
3. Niet aanwezig kunnen zijn bij de vier bijeenkomsten.
4. Het niet hebben van een e-mailadres.
5. Daarnaast werden studenten met te weinig klachten (< 10 op de CES-D of < 3 op de HADS-A) uitgesloten van het onderzoek.

2.2 Procedure

In totaal hebben 60 studenten zich via de website aangemeld voor het onderzoek, de deelnemersstroom hiervan is te vinden in bijlage 3. Zij kregen allen een informatiebrief met een informed consent formulier toegestuurd, 37 studenten stuurden dit formulier ondertekend terug. Vervolgens ontvingen deze studenten een link naar een screening vragenlijst met de CES-D en de HADS-A. Na de screening werden 5 studenten uitgesloten van het onderzoek door recent gestart te zijn met het volgen van een psychologische behandeling ($n = 2$), het niet hebben van depressieve klachten ($n = 2$) en het besluit van een student om niet deel te nemen om onbekende reden ($n = 1$). Bij de 32 overige studenten werd een intake afgenomen. Tijdens deze intake werd de MINI-plus afgenomen om ernstige psychopathologie of suïciderisico uit te sluiten. Daarnaast werd de Sheehan Disability Scale (Leon, Olsson, Portera, Farber & Sheehan, 1997) toegevoegd om studenten met ernstige beperkingen in hun functioneren uit te sluiten van het onderzoek en door te verwijzen naar huisarts of studentenpsycholoog. Na deze intake werden nog eens 2 studenten uitgesloten van deelname, omdat zij niet op kwamen dagen. Uiteindelijk namen 30 studenten deel aan de randomisatie, waarbij 15 studenten werden toegewezen aan de experimentele groep die de groepscursus “Haal meer uit je leven” direct zouden gaan starten. De andere 15 studenten werden toegewezen aan een wachtlijstcontrolegroep en nadat de experimentele groep de cursus had

afgerond, startte deze groep met het volgen van dezelfde groepscursus. De uitkomst van deze randomisatie werd per email aan de studenten bekend gemaakt.

In tabel 1 zijn de demografische gegevens van de deelnemers opgenomen. De meeste deelnemers waren alleenstaand (43.3%) en vrouwen (86.7%) en de gemiddelde leeftijd was 20 jaar ($SD= 3.09$), en lag tussen de 16 tot 27 jaar. De meerderheid was Nederlands (73.3%) en de rest was Duits. Van de deelnemers volgde 46.7% een HBO-opleiding en 53.3% een WO-opleiding, waarvan de meeste een opleiding volgden in het gebied van de Gedragswetenschappen (80%), zich in het tweede studiejaar bevonden (40%) en een gemiddelde studietijd van 10 – 20 uren per week (46,7%) investeerden. De meeste deelnemers woonden zelfstandig op kamers met huisgenoten (43,3%), gevolgd door het thuis wonen bij de ouders (33,3%). Geen van de deelnemers gaf aan een kind te hebben. Van de deelnemers had 60% een bijbaantje en de meesten werkten 5 – 10 uren per week (23,3%).

Tabel 1: *Demografische gegevens van de deelnemers*

Kenmerk	<i>n</i> (totaal <i>n</i> =30)
<i>Geslacht</i>	
Man	4
Vrouw	26
<i>Gemiddelde leeftijd (M, SD)</i>	19,87 (3.09) 16-27 jaar
<i>Nationaliteit</i>	
Nederlands	22
Duits	8
<i>Opleiding</i>	
HBO	14
WO	16
<i>Studierichting</i>	
Gedragswetenschappen	24
Anders	6
<i>Studiejaar</i>	
1 ^e jaar	6
2 ^e jaar	12
3 ^e jaar	9
4 ^e jaar	3
<i>Hoeveelheid studietijd</i>	
≤ 5 uren per week	2
5 - 20 uren per week	20
20 - 40 uren per week	8
<i>Burgerlijke staat</i>	
Alleenstaand	13
Samenwonend	3
Relatie	10
<i>Woonsituatie</i>	
Zelfstandig op kamer met huisgenoten	13
Thuis bij ouders	10
Anders	7
<i>Bijbaantje</i> (vakantiebaantjes uitgezonderd)	
Ja	18
Nee	12
<i>Hoeveelheid werktijd (n=18)</i>	
≤ 5 uren per week	4
5 - 10 uren per week	7
10 - 20 uren per week	6
≥ 20 uren per week	1

2.3 Meetinstrumenten en meetmomenten

Op alle meetmomenten vulden de deelnemers dezelfde vragenlijst in, die per e-mail werden toegestuurd en online werden afgenomen. De experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep namen beide deel aan de baselinemeting (T0). De experimentele groep startte direct na deze meting met het volgen van de cursus in het tweede kwartiel van het studiejaar. Na 5 weken vulden de experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep een tweede vragenlijst in (de post-treatment voor de experimentele groep) (T1). Vervolgens startte de wachtlijstcontrolegroep met het volgen van de cursus in het derde kwartiel van het studiejaar en na afloop (vijf weken later) werd een derde vragenlijst (T2) afgenomen bij deze groep. De experimentele groep ontving 4,5 maanden na de baseline een vragenlijst (T2) (follow-up meting van drie maanden). In deze studie zijn de gegevens geanalyseerd van beide groepen die zijn verkregen op de baseline meting voorafgaand aan de groepscursus (T0) en na afloop van de groepscursus (T1). In bijlage 4 is een stroomschema van meetmomenten te vinden voor de experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep.

2.3.1 Primaire uitkomstmaten

Center for Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D; (Radloff, 1977). De CES-D is een vragenlijst die gebruikt wordt om depressieve symptomen (over de afgelopen week) vast te stellen in een niet-psychiatrische populatie. De lijst bevat 20 stellingen die de deelnemers kunnen beantwoorden met behulp van een 4-puntsschaal van (0) “zelden of nooit (minder dan 1 dag),” (1) “soms of weinig (1-2 dagen),” (2) “regelmatig (3-4 dagen)” tot (3) “meestal of altijd (5-7 dagen).” De deelnemers wordt bijvoorbeeld gevraagd om aan te geven hoe vaak zij gevoelens van waardeloosheid, hopeloosheid, verlies van eetlust en slaapproblemen in de afgelopen week hebben ervaren (Radloff, 1977). De totale score kan variëren van 0 tot 60, waarbij een score van 16 of hoger een indicatie is voor klinisch relevante depressieve symptomatologie (Ensel, Lin & Dean, 1986). Onderzoek van Bouma et al. (1995) heeft aangetoond dat de vertaalde, Nederlandse versie van de CES-D goede psychometrische eigenschappen heeft in termen van betrouwbaarheid en validiteit. De CES-D blijkt een hoge construct validiteit te hebben en is hiermee gevoelig voor de mate van depressieve symptomen. In deze studie heeft de schaal een interne consistentie van $\alpha = .90$

2.3.2 Secundaire uitkomstmaten

General Procrastination Scale (GP; Lay, 1986). Deze schaal is vertaald door Schouwenburg (1994) en gevalideerd voor Nederlands gebruik (Lay's Procrastination Scale; LPS). De schaal meet de neiging tot uitstellen, zowel in de studiesituatie als ook in andere situaties in het dagelijks leven. De LPS bestaat uit 20 items die worden kunnen worden beantwoord op een 5-puntsschaal van “nooit” (1) tot “altijd” (5). De totaalscore kan variëren van 20 tot 68 en wordt berekend door de scores op

alle items bij elkaar op te tellen, waarbij een hogere score een grotere neiging tot uitstellen betekent. Onderzoek door Ferrari, Johnson & McCown (1995) heeft aangetoond dat de LPS-schaal een goede interne betrouwbaarheid heeft. In de huidige studie heeft de schaal een interne consistentie van $\alpha = .91$

Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF; (Keyes, 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011). De MHC-SF meet de mate van de ervaren positieve geestelijke gezondheid, die volgens Keyes et al. (2008) niet alleen de afwezigheid van psychopathologie inhoud, maar ook de aanwezigheid van positieve gevoelens en positief functioneren in het leven (Keyes, 2002; Keyes et al., 2008). De MHC-SF bestaat uit 14 items, verdeeld over drie dimensies: 'emotioneel welbevinden (3 items),' 'sociaal welbevinden (5 items)' en 'psychologisch welbevinden (6 items).' Deelnemers kunnen op een 6-punts Likertschaal aangeven in welke mate zij een bepaald gevoel van welbevinden in de afgelopen maand hebben gehad variërend van "nooit" tot "elke dag." De totale score wordt berekend door de scores op alle 14 items bij elkaar op te tellen en te delen door het totaal aantal items, waarbij een score kan worden behaald tussen de 0 en 5. Een hogere score betekent een hogere mate van positieve geestelijke gezondheid (Keyes, 2005; Keyes, 2002; Keyes, 2007). De drie-factor structuur van de MHC-SF waaronder emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, werd bevestigd door onderzoek van Lamers et al. (2011). Verder onderzoek in Nederland naar de MHC-SF heeft aangetoond dat deze schaal een zeer hoge interne consistentie en discriminerende validiteit heeft en daarnaast een betrouwbaar en valide instrument is voor het meten van de geestelijke gezondheid in een volwassen populatie (Lamers, et al., 2011; Westerhof & Keyes, 2010). In deze studie heeft de totale schaal een interne consistentie van $\alpha = .87$. De subschaal 'emotioneel welbevinden' heeft een interne consistentie van $\alpha = .81$, voor de subschaal 'sociaal welbevinden' is deze $\alpha = .51$, en voor 'psychologisch welbevinden' $\alpha = .81$

2.3.3 Procesmaten

Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II; (Bond et al., 2011; Jacobs, et al., 2008) is een vragenlijst die experieëntiële vermijding en de positieve tegenpool, acceptatie, meet. De AAQ-II bestaat uit 10 items, die de deelnemers met behulp van een 7-punts schaal van "nooit waar" tot "helemaal waar" kunnen beantwoorden. De somscore kan variëren van 10 tot 70 punten, waarbij een hogere score een hoger niveau van acceptatie en een lager niveau van vermijding weergeeft. Onderzoek van Bond et al. (2008) heeft aangetoond dat de AAQ-II betrouwbaar en valide is en een goede interne consistentie heeft. Onderzoek naar de in het Nederlands vertaalde versie van de AAQ-II laat zien dat de schaal goede psychometrische eigenschappen heeft (Fledderus, Oude Voshaar, Ten Klooster, & Bohlmeijer, 2012b). In deze studie heeft de schaal op de voormeting een consistentie van $\alpha = .84$.

Five Facet Mindfulness Questionnaire- Short Form (FFMQ-SF; (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). In de huidige studie wordt een verkorte versie van de FFMQ gebruikt, welke 24 items omvat (Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof, & Baer, 2011a). De schaal is verdeeld in vijf subschalen die verschillende mindfulnessvaardigheden representeren: (1) “het observeren van ervaringen,” (2) “het kunnen beschrijven van ervaringen,” (3) “het handelen met aandacht,” (4) “een niet oordelende houding,” (5) “non- reactieve houding,” (Baer et al, 2006). Deelnemers kunnen aangeven in hoeverre zij het eens zijn met de stellingen met behulp van een 5-punts Likertschaal variërend van 1 (“nooit of bijna nooit waar”) tot 5 (“erg vaak of altijd waar”). Uit onderzoek blijkt dat de FFMQ-SF een betrouwbaar en valide meetinstrument is om te gebruiken in een volwassen populatie met klinisch relevante symptomen van depressie (Bohlmeijer, et al., 2011a). In deze studie heeft de gehele schaal een betrouwbaarheid van $\alpha = .74$. De subschalen in deze studie hebben een interne consistentie tussen de $\alpha = .68$ en de $\alpha = .81$.

2.4 Interventie – en controlegroepen

2.4.1 Experimentele groep

De deelnemers in de experimentele conditie (n=15) volgden de preventieve groepscursus “Haal meer uit je leven” die in totaal een periode van vijf weken besloeg. Er waren vier wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, tussen de derde en vierde bijeenkomst zaten twee weken. In alle vier de sessies werden mindfulnessoefeningen gedaan en kregen de studenten deze oefeningen als muziekbestand mee naar huis om de oefeningen dagelijks uit te kunnen voeren. Na de eerste sessie ontvingen de studenten het boek “Voluit Leven,” waaruit een aantal pagina’s als huiswerk werd gelezen aansluitend op de inhoud van de bijeenkomsten. Daarnaast kregen de studenten een aantal thuisopdrachten. De groepscursus op de Universiteit Twente werd begeleidt door twee GZ-psychologen en op de Hogeschool Zeeland was er één GZ-psycholoog die de begeleiding verzorgde. De inhoud van de sessies zijn hieronder beschreven.

Sessie 1: Vastgelopen

In de eerste sessie maakten de studenten een overzicht van (psychische) klachten waar zij last van hadden en leerden zij inzien dat negatieve emoties eigenlijk heel gewoon zijn en bij het leven horen. Daarnaast brachten zij in kaart wat voor hen waardevol en belangrijk is in het leven. Hierbij ervoeren de studenten de controle en vermijding, de strijd die zij voeren met het leed. Ook werd hen geleerd dat er een alternatief is, namelijk acceptatie en bereidheid om leed te ervaren. Dit gebeurde met behulp van metaforen. Tevens werd er een eerste mindfulnessoefening gedaan in de vorm van een body scan.

Sessie 2: Je verstand is niet altijd je vriend. Over de werking van gedachten en cognitieve defusie

Tijdens de tweede sessie leerden studenten ervaren dat controle niet werkt en welke gedachten in de weg staan bij het uitoefenen van waardegerichte actie. Daarnaast werd hen geleerd zich bewust te worden van gedachten over zichzelf en hier flexibel mee om te gaan door te kijken welke regels over zichzelf ze willen nastreven en welke ze willen loslaten. De studenten leerden zich niet te vereenzelvigen met negatieve gedachten, maar deze gedachten te zien als innerlijke gebeurtenissen die komen en gaan.

Sessie 3: De Roos. Leven naar je waarden en omgaan met hindernissen

In de derde sessie maakten de studenten een overzicht van waarden op het gebied van relaties, opleiding, vrije tijd en gezondheid. Daarnaast formuleerden zij een waardegerichte actie. De studenten kregen zicht op de eigenschappen die zij belangrijk vinden en leren dat ze kunnen kiezen wat zij belangrijk vinden. Daarnaast leerden zij de verschillen tussen waarden en doelen. De studenten formuleerden een aantal doelen en bijbehorende waardegerichte acties, en hierbij werden gedachten en gevoelens die de waardegerichte acties bemoeilijken, benoemd. Zij leerden dat ondanks deze hindernissen in de vorm van gedachten en gevoelens, toch actie kan worden ondernomen, door de fusie met belemmerende gedachten te verminderen.

Sessie 4: Versterken commitment en omgaan met barrières. Haal meer uit je leven!

In de vierde sessie oefenden de studenten in het regie houden over hun leven. De studenten werden zich bewust van regelgeleid gedrag en het vasthouden (commitment) aan regels die passen bij hun waarden en afstand nemen van regels die niet passen bij hun waarden. Zij oefenden in mildheid en de essentie van de cursus werd nogmaals herhaald.

De studenten versterkten hun commitment door een (nieuw) motto te formuleren. Zij leerden om contact te blijven houden met hun waarden en de hierbij horende activiteiten en plannen. Op deze manier werd de commitment aan hun waarden nogmaals versterkt en daarmee werden de studenten voorbereid op het toepassen van de waarden in hun leven. Hen werd geleerd dat ze negatieve emoties en sensaties kunnen verdragen en dat er een alternatief is voor controle- en vermijdingsstrategieën van emoties. Aan het eind van de vierde bijeenkomst werd er afgesloten en afscheid genomen.

2.4.2 Wachtlijstcontrolegroep

De deelnemers die toegewezen werden aan de wachtlijstcontrolegroep ontvingen in het derde kwartiel van het studiejaar dezelfde groepscursus als de experimentele groep. Zij ontvingen als beloning voor het wachten (1,5 maanden) een boekenbon van 15 euro.

2.5 Statistische analyse

De onderzoeksresultaten werden met behulp van Statistic Package for Social Studies (SPSS) versie 18.0 geanalyseerd. Voor het waarborgen van een betrouwbare schaal zijn betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd met de Cronbach's alpha, waarbij een alpha van .70 wordt gezien als betrouwbaar. Om te toetsen of de experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep van elkaar verschillen op de baseline (T0) meting is gebruik gemaakt van onafhankelijke t-toetsen.

Om de effecten van de cursus 'Haal meer uit je Leven' op de uitkomstmaten te meten, is gebruik gemaakt van een Analysis of Covariance (ANCOVA) voor de afhankelijke variabelen: scores op de vragenlijsten CES-D (depressie), AAQ-II (acceptatie), FFMQ (mindfulness), MHC-SF (geestelijke gezondheid), GP (uitstelgedrag) op T1. De baselinemetingen (T0) van deze genoemde schalen dienden als covariaat in de analyse en de conditie als fixed factor.

Daarnaast is met behulp van de gepaarde t-toets ook gekeken of er een significant verschil bestond binnen de groepen tussen de scores op de uitkomstenmaten op T0 (baseline) en T1 (post-treatment) (Huizingh, 2008).

De analyse van de resultaten is gebaseerd op een intention-to-treat (ITT) populatie, met behulp van de methode Last Observation Carried- Forward (LOCF). Dit houdt in dat de resultaten van de deelnemers zijn geanalyseerd volgens de interventie waar ze aanvankelijk aan toegewezen waren, ongeacht of ze de cursus hebben afgerond. Voor de deelnemers die de vragenlijsten op de T1 meting niet hebben ingevuld is voor deze analyse gebruik gemaakt van de T0 meting in de analyse.

De resultaten gebaseerd op de intention-to-treat analyse zijn daarnaast vergeleken met de completers data analyse. Bij de completers analyse werden alleen de resultaten meegenomen van deelnemers die op beide meetmomenten (T0 en T1) de vragenlijsten hadden ingevuld. Het blijkt dat deze twee analyses gelijksoortige uitkomsten geven en daarom worden alleen de resultaten van de intention-to-treat analyse gerapporteerd. De resultaten van de completersanalyse zijn te vinden in de bijlagen 1 en 2.

Daarnaast is onderzocht of de groep die de groepscursus heeft gestart, maar niet heeft afgerond (dropout), verschilt van de groep die de cursus wel heeft afgerond. Hier is gekeken naar de mate van depressiviteit bij de baselinemeting van de cursus. Hiervoor is gebruik gemaakt van een independent sample t-toets. Ook voor de overige uitkomstmaten is dit onderzocht. Om de grootte van de effecten te kunnen meten is gebruik gemaakt van *Cohen's d* =
$$\frac{M(T1 \text{ exp}) - M(T1 \text{ contr})}{\text{gepoolde std}}$$

Wanneer er een positieve effectgrootte uitkomt, betekent dit dat de interventie een gunstig effect heeft ten opzichte van de wachtlijstcontrolegroep. Volgens Cohen (1992) wordt van een klein effect gesproken bij $d=.2$, van een middelgroot effect bij $d=.5$ en van een groot effect bij $d=.8$. In dit onderzoek is eenzijdig getoetst met een significantieniveau van $p < ,05$.

3. Resultaten

3.1 Baseline karakteristieken

De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de uitkomstmaten worden weergegeven in tabel 2. Op de baseline meting zijn er bij de uitkomstmaten en achtergrondvariabelen geen significante verschillen gevonden tussen de condities experimenteel en wachtlijst en kan er gesproken worden van een geslaagde randomisatie.

3.2 Opkomst interventie 'Haal meer uit je Leven'

Het gemiddelde aantal bijeenkomsten dat is bijgewoond door de experimentele groep ($n = 15$) is 2.7, met een range van 0 tot 4 sessies. In de experimentele groep zijn twee studenten niet gestart met het volgen van de groepscursus. Redenen hiervoor waren ziekte ($n=1$) en een onbekende reden ($n=1$). Negen deelnemers waren bij alle vier de sessies aanwezig en vier deelnemers zijn uitgevallen. Drie uitvallers hebben één sessie bijgewoond (reden: twee druk met studie en één onbekend) en één student was bij twee bijeenkomsten aanwezig (reden: ziekte).

Op de uitkomstmaten depressieve klachten (CES-D) en psychologische flexibiliteit (AAQ-II) hebben 4 studenten op T1 de vragenlijsten niet ingevuld (wel ingevuld: $n = 11$). Op de uitkomstmaten neiging tot uitstellen (GP), mindfulness (FFMQ-SF) en positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF) hebben 5 studenten niet meegedaan aan de T1 meting (wel ingevuld: $n = 10$). In de wachtlijstcontrolegroep was er geen sprake van dropout en hebben alle 15 deelnemers deelgenomen aan de meting op T1.

Om te onderzoeken of de groep die is uitgevallen verschilt in mate van depressiviteit ten opzichte van de deelnemers die niet zijn uitgevallen, zijn deze groepen vergeleken met een onafhankelijke t-toets. De groep uitvallers scoorde gemiddeld 28.17 op de CES-D, de niet-uitvallers scoorden gemiddeld 29.78. Dit verschil was niet significant, $p = .363$. Er is dus geen verband tussen de mate van depressiviteit bij aanvang van de cursus en uitval uit de cursus. Ook voor de andere uitkomstmaten werd dit verband niet gevonden.

3.3 Beschrijving en effecten van de primaire uitkomstmaat

Depressieve klachten

De resultaten van de ANCOVA op basis van een ITT-analyse en de bijbehorende effectgrootten zijn weergegeven in Tabel 2. De uitkomsten van de gepaarde t-toets worden weergegeven in Tabel 3. Een ANCOVA met als covariaat de baseline meting van depressie (CES-D), heeft laten zien dat er geen verschillen zijn tussen de groepen op de nameting (T1) op depressie. De uitkomsten laten zien dat er binnen de groepen significante verschillen zijn. De deelnemers in de experimentele groep scoren na

het volgen van de groepscursus significant lager op depressieve klachten (CES-D) dan op de voormeting ($t(14) = -3.47, p = .002$). In de wachtlijstcontrolegroep scoren de deelnemers op de nameting eveneens significant lager op depressieve klachten in vergelijking met de voormeting ($t(14) = -2.16, p = .025$).

3.4 Beschrijving en effecten van de secundaire uitkomstmaten

Uitstellen

Een ANCOVA met als covariaat de baseline meting van uitstelgedrag (GP) toonde geen significante verschillen aan tussen de groepen op de nameting (T1) op uitstellen. Ook werden geen significante verschillen aangetoond binnen de groepen op de voor- en nameting op uitstellen.

Positieve geestelijke gezondheid

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen op de nameting voor positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF). Daarnaast werden geen significante verschillen gevonden binnen de groepen tussen de voor- en nameting op positieve geestelijke gezondheid.

3.5 Beschrijving en effecten van de procesmaten

Psychologische flexibiliteit

Een ANCOVA met als covariaat de baselinemeting van psychologische flexibiliteit (AAQ-II) toonde een significant verschil aan tussen de groepen op de nameting ($F(1,27) = 8.14, p = .004$). In de experimentele groep was een hogere toename van psychologische flexibiliteit vergeleken met de wachtlijstcontrolegroep, met een effectgrootte van $d = .22$. Een significante verhoging van psychologische flexibiliteit werd gevonden op de nameting in vergelijking met de voormeting in de experimentele groep ($t(14) = 3.35, p = .003$).

Mindfulness

Een ANCOVA met als covariaat de baselinemeting van de subschalen van mindfulness (FFMQ-SF) toonde significante verschillen aan tussen de experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep op de nameting voor de subschaal “bewust handelen.” Hier werd een grotere toename in de experimentele groep gevonden ($F(1,27) = 7.03, p = .007$). De effectgrootte is groot te noemen:

$d = .82$. Voor de andere subschalen van de FFMQ-SF werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen op de nameting. Voor de uitkomstmaat mindfulness, zijn er significante verbeteringen waargenomen voor de subschalen FFMQ-bewust handelen ($t(14) = 2.17, p = .024$) en FFMQ-niet oordelen ($t(14) = 1.80, p = .047$) in de experimentele groep. Op de subschalen ‘observeren’ en ‘beschrijven’ is er sprake van een trend richting verbetering tussen de voor- en nameting in de experimentele groep. Binnen dit onderzoek zijn deze uitkomsten niet als significant gemeten.

Tabel 2. De gemiddelden en standaarddeviaties van de uitkomstmaten voor experimentele (ACT) en wachtlijstcontrolegroep (wachtlijst) op baseline (T0) en post-test (T1) en de uitkomsten van de ANCOVA in de ITT-analyse

Uitkomst	ACT (n=15)		Wachtlijst (n=15)		ANCOVA		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Primaire uitkomst							
CES-D T0	29.13	8,28	26.87	10.64			
CES-D T1	21.93	9.19	22.00	8.25	.23	.319	
Secundaire uitkomsten							
GP T0	65.33	10.26	65.67	13.73			
GP T1	65.27	10.52	65.80	14.79	.02	.453	
MHC-SF emotioneel T0	3.51	1.73	3.91	1.28			
MHC-SF emotioneel T1	3.74	1.67	3.80	1.46	1.18	.144	
MHC-SF sociaal T0	3.19	1.87	3.07	1.88			
MHC-SF sociaal T1	3.28	1.78	3.23	1.93	1.29	.134	
MHC-SF psychologisch T0	3.42	2.14	3.78	1.91			
MHC-SF psychologisch T1	3.68	2.25	3.93	1.64	.16	.346	
Proces uitkomsten							
AAQ-II T0	37.87	8.94	42.07	6.72			
AAQ-II T1	43.20	10.10	41.20	7.93	8.14	.004	.22
FFMQ-Observeren T0	13.29	3.29	13.73	3.77			
FFMQ-Observeren T1	13.86	3.51	14.07	3.95	.17	.342	
FFMQ- Beschrijven T0	16.53	4.07	16.60	4.37			
FFMQ- Beschrijven T1	17.13	4.10	16.53	4.44	.74	.198	
FFMQ-Bewust handelen T0	14.67	2.19	14.07	4.13			
FFMQ-Bewust handelen T1	15.87	2.47	13.53	3.20	7.03	.007	.82
FFMQ-Niet oordelen T0	13.73	4.20	12.47	3.68			
FFMQ-Niet oordelen T1	14.87	4.45	13.33	2.53	.54	.248	
FFMQ-Niet reageren T0	12.27	3.03	13.73	3.08			
FFMQ-Niet reageren T1	13.73	2.22	13.73	2.52	.07	.395	

Noot. CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GP = General Procrastination Scale; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire – short form; MHC-SF = Mental Health Continuum – short form; T0 = baselinemeting; T1 = nameting.

Tabel 3: De uitkomsten van de gepaarde t-toets in de ITT-analyse voor de experimentele (ACT) en wachtlijstcontrolegroep (wachtlijst)

Uitkomst	ACT (n=15)		Wachtlijst (n=15)	
	t	p	t	p
Primaire uitkomst				
CES-D	-3.47	.002	-2.16	.025
Secundaire uitkomsten				
GP	-.09	.467	.09	.465
MHC-SF emotioneel	1.34	.101	-.75	.233
MHC-SF sociaal	.89	.194	.72	.243
MHC-SF psychologisch	1,27	.113	1.10	.145
Proces uitkomsten				
AAQ-II	3.35	.003	-.75	.234
FFMQ-observeren	1.47	.083	.89	.194
FFMQ- beschrijven	1.50	.078	-.10	.461
FFMQ-bewust handelen	2.17	.024	-.83	.212
FFMQ-niet oordelen	1.80	.047	1.23	.119
FFMQ-niet reageren	.73	.239	.00	.500

Noot . CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GP = General Procrastination Scale; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire – short form; MHC-SF = Mental Health Continuum – short form.

4. Discussie

In deze studie is onderzoek gedaan naar de effecten van de preventieve groepscursus “Haal meer uit je Leven” op depressieve klachten, voor studenten in een gerandomiseerde, gecontroleerde studie met een experimentele groep en een wachtlijstcontrolegroep. Ten tweede is gekeken naar de effecten van de cursus op de secundaire uitkomstmaten uitstelgedrag en positieve geestelijke gezondheid en de procesmaten psychologische flexibiliteit en mindfulness.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep (WL-groep) op de nameting op depressieve klachten. Zowel de experimentele groep als de wachtlijstcontrolegroep laten een significante vermindering van depressieve klachten zien op de nameting in vergelijking met de voormeting. Een mogelijke verklaring voor de afname van depressieve klachten in de wachtlijstcontrolegroep is dat deelnemers in deze groep tijdens de intake en de afname van de MINI-plus voorafgaand aan het onderzoek openlijk gepraat over hun problemen, wat wellicht als een opluchting voelde. Daarnaast is bij de deze deelnemers misschien het idee ontstaan dat ze niet de enige waren met psychische problemen, maar dat veel mensen last hebben van depressieve klachten, wat hen al steun kan hebben gegeven. De deelnemers in de wachtlijstcontrolegroep kunnen hun hoop hebben gevestigd op de nog te ontvangen groepscursus, wat al enigszins geruststelling heeft kunnen geven. Daarnaast is het ook nog mogelijk dat andere, niet-specifieke factoren of gebeurtenissen in het leven van deze deelnemers tot verbetering hebben geleid. Tot slot zou de afname van depressieve klachten kunnen worden verklaard door spontaan herstel.

In deze studie vinden we dat de studenten in beide groepen gemiddeld hoog scoren op de neiging tot uitstellen. Dit komt overeen met de resultaten van eerder uitgevoerd onderzoek, waaruit blijkt dat veel studenten aangeven wel eens uit te stellen (Steel, 2007). Op de nameting blijkt de mate van uitstellen in beide groepen niet veranderd te zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de groepscursus zich niet specifiek richt op uitstelgedrag en hierdoor geen verandering is opgetreden in de neiging tot uitstellen.

De verwachte effecten op de procesmaten psychologische flexibiliteit en mindfulness zijn door deze studie grotendeels bevestigd. De groepscursus is in staat gebleken de psychologische flexibiliteit van studenten met depressieve klachten te vergroten. Dit betekent dat de groepscursus erin is geslaagd het uiteindelijke doel van ACT te bereiken (Hayes et al., 2006).

De groepscursus is erin geslaagd de mindfulnessvaardigheid ‘bewust handelen’ te verhogen, waarbij de experimentele groep significant hoger scoorde dan de wachtlijstcontrolegroep. Er kan gesproken worden van een groot effect. De vaardigheid niet-oordelen is in de experimentele groep

significant toegenomen. In de experimentele groep is sprake van een trend richting verbetering voor de vaardigheden 'observeren' en 'beschrijven.' Het lijkt in het algemeen dat mindfulness door het volgen van de cursus toeneemt. Bovenstaande bevindingen komt overeen met bevindingen uit eerdere studies waaruit bleek dat de combinatie van ACT en mindfulness effectief was in het vergroten van de psychologische flexibiliteit en mindfulness (Fledderus et al., 2010, 2012a).

In deze studie vinden we dat de positieve geestelijke gezondheid van de deelnemers niet significant is verbeterd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de deelnemers in beide groepen op de voormeting gemiddeld al hoog scoren op de mate van geestelijke gezondheid. Uit onderzoek van Lamers et al. (2011) blijkt dat in een steekproef uit een vergelijkbare leeftijdsgroep de geestelijke gezondheid vrijwel gelijk is aan dat van de deelnemers in deze studie. Deze bovengemiddelde scores zouden kunnen betekenen dat de studenten niet zoveel vooruitgang te boeken hadden wat betreft positieve geestelijke gezondheid. Uit eerder onderzoek blijkt dat psychologische flexibiliteit en mindfulness bijdragen aan een betere geestelijke gezondheid (Hayes et al., 2006; Brown et al., 2007; Forman et al., 2007; Fledderus et al., 2010). Effecten die de cursus heeft op de positieve geestelijke gezondheid kan mogelijk meer zichtbaar worden op de langere termijn als mindfulness in het dagelijks leven vaker wordt toegepast.

5. Conclusie en aanbevelingen

5.1 Conclusie

De effectiviteit van de groepscursus 'Haal meer uit je Leven,' gebaseerd op dat ACT en mindfulness zou leiden tot een vermindering van depressieve klachten, is in deze studie onvoldoende bewezen. De bevindingen laten zien dat de experimentele groep en de wachtlijstcontrolegroep op de nameting niet significant van elkaar verschillen op depressieve klachten. De significante afname van depressieve klachten in de experimentele groep nodigt wel uit tot verder onderzoek.

Verdere bevindingen met betrekking tot de secundaire uitkomstmaten laten zien dat de positieve geestelijke gezondheid van de deelnemers niet significant verbeterd is en de neiging tot uitstellen onveranderd is gebleven. De cursus blijkt veelbelovende effecten te hebben op het verbeteren van de psychologische flexibiliteit en mindfulnessvaardigheden bij studenten met lichte tot matige depressieve klachten.

5.2 Sterke kanten en beperkingen

Een sterke kant van dit onderzoek is dat getracht is rekening te houden met de bias die op kan treden door uitval van deelnemers. Dit is gedaan door naast een completersanalyse ook een analyse gebaseerd op een intention-to-treat populatie uit te voeren. De ITT-analyse kijkt strenger naar de dataset door deelnemers met missende waarden op de nameting mee te nemen in de analyse. Dit zorgt voor een meer realistische weergave van de resultaten, omdat de scores van de uitgevallen deelnemers worden doorgeschoven naar de nameting en er dus vanuit wordt gegaan dat er geen verandering is opgetreden binnen de experimentele groep.

Het lage aantal deelnemers maakt dat men voorzichtig moet zijn met het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek. Het toetsen met een significantieniveau van $p < .10$ had meer rekening kunnen houden met het beperkte aantal deelnemers, en op die manier zouden meer uitkomsten tussen en binnen de groepen significant van elkaar verschillen. Echter wordt in deze studie eenzijdig getoetst met een significantieniveau van $p < .05$.

In deze studie is gekeken naar de resultaten van het onderzoek op T0 en T1. Echter is dit maar een deel van het totale onderzoeksdesign, welke tevens 2 follow-up metingen bevat voor beide groepen. De follow-up metingen kunnen belangrijke informatie opleveren over het een eventueel blijvend of versterkt effect van de groepscursus op de langere termijn.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is dat het invullen van de vragenlijsten gebaseerd is op zelf-rapportage van de deelnemers. De meetinstrumenten zijn daarom de enige resultaten waar

op af kan worden gegaan. Voor toekomstig onderzoek wordt aanbevolen om naast zelfrapportages ook klinische beoordelingen te verzamelen.

Ook in de keus voor een wachtlijstcontrolegroep als controle groep is mogelijk ruimte voor verbetering, omdat hier niet kan worden gecontroleerd voor non-specifieke factoren. Ontwikkelingen binnen de wachtlijstcontrolegroep hebben wel degelijk consequenties voor de interpreteerbaarheid van het onderzoek en er kan een vertekend beeld ontstaan van het daadwerkelijk effect van de interventie.

5.3 Aanbevelingen

Dit onderzoek zou onder meer relevant zijn door de aanname dat de groepscursus laagdrempeliger zou zijn dan het bezoek aan een psycholoog of andere hulpverlener. De moeite met het werven van deelnemers is een mogelijke aanwijzing dat de laagdrempeligheid van deze cursus en het belang van de in de inleiding genoemde redenen om wel of geen hulp te zoeken, worden overschat. Deelnemers die zijn uitgevallen uit de cursus, noemden als reden dat zij het te druk hadden met studeren of andere verplichtingen hadden. Een online interventie zou hier een uitkomst kunnen bieden, doordat deze meer mogelijkheid biedt tot een eigen tijdsindeling voor het volgen van de cursus. Gezien de hoge prevalentie en de gevolgen van depressie en het lage aantal jongvolwassenen dat hulp zoekt, is het aanbevolen onderzoek te doen naar de laagdrempeligheid van de cursus en naar hoe deze drempel mogelijk nog meer verlaagd kan worden.

Daarnaast zou nog beter kunnen worden gekeken naar de benodigde hoeveelheid hulp voordat er verbetering optreedt bij studenten. Dit voornamelijk met het oog op de ontwikkelingen binnen de wachtlijstcontrolegroep in dit onderzoek. Volgens het stepped-care-principe, dat steeds meer wordt toegepast in de geestelijke gezondheidszorg, zou eerst het boek 'Voluit Leven' kunnen worden aangeboden. Mocht dit niet voldoende zijn, dan kunnen de studenten daarna alsnog starten met het volgen van de groepscursus. Het succes van 'Voluit Leven' wat blijkt uit de opname van deze cursus in het standaardaanbod van veertien GGZ-instellingen in Nederland en de grote vraag naar deze cursus, laat zien dat het belang van minimale interventies in de huidige geestelijke gezondheidszorg steeds groter wordt.

Gezien de positieve effecten van 'Voluit Leven,' kan de kortere duur van de groepscursus 'Haal meer uit je Leven' ervoor gezorgd hebben dat de effecten minder zichtbaar waren. Aanbevolen wordt om onderzoek te doen naar ontwikkelingen van de deelnemers tijdens de cursus, maar ook na het afronden van de cursus, zodat duidelijk wordt hoe lang de cursus moet duren om effectief te zijn.

6. Referentielijst

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Andrews, G., & Wilkinson, D. D. (2002). The prevention of mental disorders in young people. *Medical Journal of Australia*, 177, 97-100.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373.
- Biglan, A., Hayes, S., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30(3), 657-668.
- Bohlmeijer, E.T., & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven. Mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch handboek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011a). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of a Short Form. *Assessment*, 18(3), 308-320.
- Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx TAJJ, Pieterse ME. (2011b). 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.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Burka, J. B. & Yuen, L. M. (1983). *Procrastination. Why you do it, what to do about it*. Cambridge: Da Capo Press, Perseus Books Group.
- Carr, N. G. (2001) Curbing the procrastination instinct. *Harvard Business Review*, 79, 26
- Burns, B. J. H. K. P. J. (1999). Effective Treatment for Mental Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 2(4), 199-254.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(155-159).
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959.

- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 227-236.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1272-1280.
- De Graaf, R. D., Have, M., & Dorsselaer, S.V. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. *Utrecht: Trimbos- instituut*.
- Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 319-320.
- Ensel, W.M., Lin, N. & Dean, A. (1986). Measuring depression: the CES-D scale. In: *Social support, life events and depression*, p. 51- 70. Orlando: Academic Press Inc.
- Ferrari, J. R., Johnson, J. L., & McCown, W. C. (1995). Procrastination and Task avoidance. Theory, Research and Treatment. *New York: Plenum Press*.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(1), 14.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012a). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485-495.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Smit, F. & Westerhof, G.J. (2010). Mental health promotion as a new goal in public mental health care. A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *American Journal of Public Health*, 100, 2372-2378.
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., Ten Klooster, P. M., & Bohlmeijer, E. (2012b). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Assessment*.
- 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.
- Gerrits, R. S., van der Zanden, R. A. P., Visscher, R. F. M., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: A preventive chat group intervention for adolescents. *Advances in Mental Health*, 6(3), 152-162.
- Greden, J. F. (2001). The burden of disease for treatment-resistant depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 (16), 26-31.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hermens, M. L. M., van Hout, H. P. J., Terluin, B., van der Windt, D. A. W. M., Beekman, A. T. F., van Dyck, R., & de Haan, M. (2004). The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 26(6), 453-462.
- Huizingh, E. (2008). *Inleiding spss 16.0 voor windows en data entry*. Den Haag: Academic Service.

- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F., & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Handboek meditatief ontspannen: Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Uitgeverij Altamira-Becht BV.
- Kazdin, A., & Weisz, J. (2003). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. *New York: The Guildford Press*.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Keyes, C. L. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95–108.
- Keyes, C., Sadvinder, S., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Mental Health Promotion and Protection; Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12).
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum—short form (MHC-SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(2), 193-203.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Lay, C. H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 474– 495.
- Leon, A.C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D.V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 93-105.
- Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1984). Group treatment of depressed individuals: The ‘coping with depression’ course. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 6(2), 99-114.
- Lewinsohn, P.M., Antonucci, D.O., Breckenridge, J.S. & Teri, L. (1984). *The Coping With Depression Course*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students’ Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149-156.
- Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C. G., & Cuijpers, P. (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*.
- Merrill, K.A., Tolbert, V.E., Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(2): 404-409.

- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Poos, M.J.J.C., Smit, J.M., Groen, J., Kommer, G.J., Slobbe, L.C.J. (2008) Depressie: Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Verkregen via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/welke-zorg-gebruiken-patiënten-en-kosten/> op 10 april 2012
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80.
- Preisig, M., Merikangas, K. R., & Angst, J. (2001). Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 96-103.
- Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 55-60.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Schouwenburg, H.C. (1994). Uitstelgedrag bij studenten. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. *Academisch proefschrift*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *New York: Guilford*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2004). Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie. Een nieuwe methode om terugval te voorkomen. *Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds*.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133, 65-94.
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008a). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 97-104.
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C., van Lenthe, F., Verhulst, F., & Mackenbach, J. (2008b). The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 808-815.
- Westerhof, G.J., & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte, *Maandblad Geestelijke gezondheidszorg*, (10)63, 808 – 820
- Westerhof, G., & Keyes, C. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter III, S.R. & White, T.L. (1987). *Paradoxical effects of thought suppression*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Bijlage 1: Uitkomsten ANCOVA completersanalyse

De gemiddelden en standaarddeviaties van de uitkomstmaten voor experimentele groep (ACT) en wachtlijstcontroldgroep (wachtlijst) op baseline (T0) en post-test (T1) en de uitkomsten van ANCOVA in de completers analyse

Uitkomst	ACT (n=15)		Wachtlijst (n=15)		ANCOVA		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Primaire uitkomst							
CES-D T0	29.82	7.69	26.87	10.64			
CES-D T1	20.00	8.26	22.00	8.25	1.50	.116	
Secundaire uitkomsten							
GP T0	64.80	10.15	65.67	13.73			
GP T1	64.70	10.55	65.80	14.79	.01	.455	
MHC-SF emotioneel T0	3.60	1.98	3.91	1.28			
MHC-SF emotioneel T1	3.96	1.48	3.80	1.46	1.20	.087	
MHC-SF sociaal T0	3.30	1.94	3.07	1.88			
MHC-SF sociaal T1	3.44	1.74	3.23	1.93	.07	.396	
MHC-SF psychologisch T0	3.50	2.33	3.78	1.91			
MHC-SF psychologisch T1	3.88	2.41	3.93	1.64	.02	.441	
Proces uitkomsten							
AAQ-II T0	38.27	7.91	42.07	6.72			
AAQ-II T1	45.55	8.47	41.20	7.93	12.50	.001	.53
FFMQ-Observeren T0	12.44	2.65	13.73	3.77			
FFMQ-Observeren T1	13.33	3.28	14.07	3.95	.62	.220	
FFMQ- Beschrijven T0	16.80	3.91	16.60	4.37			
FFMQ-Beschrijven T1	17.6	4.09	16.53	4.44	.90	.176	
FFMQ-Bewust handelen T0	14.2	3.92	14.07	4.13			
FFMQ-Bewust handelen T1	15.30	2.41	13.53	3.20	3.91	.031	.58
FFMQ-Niet oordelen T0	14.10	3.54	12.47	3.68			
FFMQ-Niet oordelen T1	15.80	3.68	13.33	2.53	2.59	.061	
FFMQ-Niet reageren T0	13.80	3.36	13.73	3.08			
FFMQ-Niet reageren T1	14.50	1.90	13.73	2.52	.78	.194	

Noot . CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GP = General Procrastination Scale; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire-II; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; MHC-SF = Mental Health Continuum – short form.

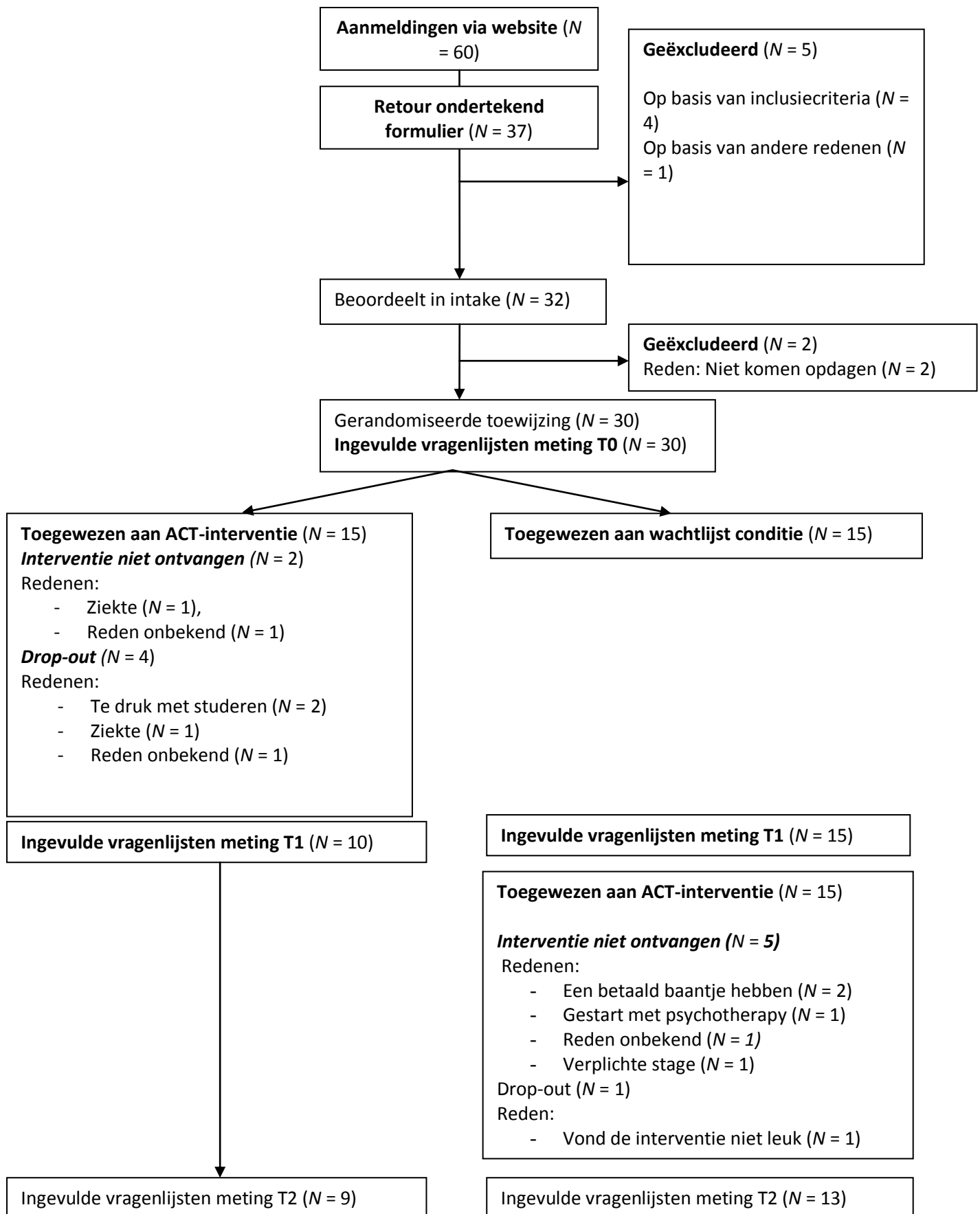
Bijlage 2: Uitkomsten paired sample t-test completersanalyse

De uitkomsten van de gepaarde t-toets in de completers-analyse voor de experimentele (ACT) en wachtlijstcontrolegroep (wachtlijst)

Uitkomst	ACT (n=15)		Wachtlijst (n=15)	
	t	p	t	p
Primaire uitkomst				
CES-D	-4.12	.001	-2.16	.025
Secundaire uitkomsten				
GP	-.08	.468	.09	.465
MHC-SF emotioneel	1.36	.104	-.75	.233
MHC-SF sociaal	.89	.199	.72	.243
MHC-SF psychologisch	1.29	.116	1.10	.145
Proces uitkomsten				
AAQ-II	3.93	.002	-.75	.234
FFMQ-observeren	1.51	.085	.89	.190
FFMQ- beschrijven	1.35	.105	-.10	.461
FFMQ-bewust handelen	1.63	.069	-.1.07	.151
FFMQ-niet oordelen	1.87	.047	1.23	.119
FFMQ-niet reageren	.72	.244	.00	.500

Noot . CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GP = General Procrastination Scale; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; MHC-SF = Mental Health Continuum – short form.

Bijlage 3: Stroomschema van deelnemers



Bijlage 4: Stroomschema van meetmomenten

