

Online Life Review interventie:

**reden van deelname en ervaren positieve
geestelijke gezondheid**

Masterthese

Maaïke Blok S1169289

Faculteit der Gedragwetenschappen

Psychologie

Geestelijke Gezondheidsbevordering

Eerste begeleider: Dr. S. M. A. Lamers

Tweede begeleider: Dr. R. van de Vaart

Universiteit Twente

ENSCHEDA

24 februari 2014

Samenvatting

Inleiding: Depressieve klachten vormen een belangrijk gezondheidsprobleem. Hoewel er veel kennis is waarom mensen zich *niet* aanmelden voor een behandeling tegen depressieve klachten, weten we nog beperkt waarom mensen zich *wel* aanmelden. Deze studie onderzoekt daarom wat de reden van deelname is aan een online life review interventie, een behandeling voor mensen in de tweede levensfase (40+) met lichte tot matige depressieve klachten. Anderzijds zal dit onderzoek zich richten op de vraag of deze redenen gerelateerd zijn aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding. Bekend is dat verandering in psychopathologie, zoals vermindering van depressieve klachten van invloed is op de positieve geestelijke gezondheid. Onbekend is of de reden van deelname mogelijk gerelateerd is aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding.

Methode: Tijdens de baseline meting van de online interventie zijn aan de 58 deelnemers online twee digitale open vragen gesteld over de reden van deelname en de klachten waarvoor men wilde deelnemen. Bovendien is er een digitale zelfrapportagelijst afgenomen om de positieve geestelijke gezondheid te meten ten tijde van de aanmelding. De antwoorden van de deelnemers ($N=58$) op de gestelde vragen zijn gecodeerd middels een proces dat bekend staat als open coderen. Dit heeft geleid tot de categorieën pijnlijke en positieve redenen van deelname. Nadien is onderzocht of het aantal redenen of de soort redenen gerelateerd zijn aan de score op de positieve geestelijke gezondheid, middels correlatie analyses.

Resultaten: Naast de pijnlijke en positieve redenen werd een derde categorie redenen onderscheiden, deze categorie bestond uit cursus gerichte redenen. Alhoewel alle deelnemers pijnlijke redenen van deelname beschreven blijkt dat driekwart van de deelnemers een combinatie van pijnlijke redenen met positieve en/of cursus gerichte redenen beschreef. De score op positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding was 3, bij een range van 0-5. Er werd geen relatie gevonden tussen de positieve geestelijke gezondheid en het aantal redenen of het soort redenen van deelname.

Conclusie: Een online life review interventie blijkt inderdaad laagdrempelig. Deelnemers met uiteenlopende redenen voelen zich aangetrokken om deel te nemen. De depressieve klachten zelf, positieve factoren en cursusgerichte factoren blijken mensen er toe te zetten om deel te nemen. Verder onderzoek is nodig om te beoordelen of meer mensen bereikt zullen worden wanneer alle drie deze aspecten worden meegenomen in de werving. De reden van de deelname blijkt niet gerelateerd aan de positieve geestelijke gezondheid. Een matig ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding bevestigt het belang van het versterken van de positieve geestelijke gezondheid middels online life review interventies.

Summary

Introduction: Depressive symptoms are a major health problem. Although we know relatively much about why people *do not* seek help for their depressive symptoms, less is known about why people *do* seek help and engaged in therapy. This study examined the reasons for help seeking to an online life review intervention, which is a treatment for mildly and moderately depressed people in the second phase of life (40+). Furthermore, this study examined to what extent the reason for participation was related to the experience of positive mental health at the start of the intervention. Known is that changes in psychopathology, such as a reduction in depressive symptoms, affect positive mental health. Unknown is whether the reasons for seeking help may be related to the perceived positive mental health at the start of the intervention.

Method: At the baseline measurement of the online life review intervention two digital open questions were asked to the 58 participants. They were asked about the reasons for participation and the complaints they experienced which caused them to participate. Also a digital self-report was conducted to measure the positive mental health during the baseline measurement of the online life review intervention. The answers of the participants (N = 58) were coded by means of a process known as open coding. This has led to the categories painful and positive reasons for participation. Consequently the number of reasons or the kind of reasons that are related to the score on the positive mental health were examined using correlation analysis.

Results: A third category reasons emerged during the coding process. This group consisted of course-oriented reasons. Although all participants described painful reasons for participation three quarters of the participants described a combination of painful reasons with positive and/or course-oriented reasons. The positive mental health score at the time of applying for the live review intervention was 3 at a range of 0-5. There was no relationship found between positive mental health and the number of reasons or the kind of reasons for participation.

Conclusion: An online life review intervention appears to be easy accessible. Participants give varying reasons to participate. The depression itself, positive factors and course-oriented factors are sound motivators that make people participate in the online intervention. Further research is required to assess whether more people will participate when all three of the aspects are integrated in the recruitment methods. The reason for the participation is not related to positive mental health. A moderately experienced positive mental health at the time of registration confirms the importance of strengthening the positive mental health through online life review interventions.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Summary	3
1. Inleiding.....	5
2. Methode.....	11
2.1 Online life review interventie.....	11
2.2 Deelnemers.....	12
2.3 Materiaal.....	13
2.4 Kwalitatieve analyse.....	14
2.5 Kwantitatieve analyse.....	16
3. Resultaten.....	16
3.1 Reden van deelname.....	17
3.1.1 Pijnlijke redenen.....	18
3.1.2 Positieve redenen.....	20
3.1.3 Cursusgerichte redenen	20
3.2 Reden van deelname en positieve geestelijke gezondheid.....	22
3.2.1 Aantal redenen en de positieve geestelijke gezondheid	22
3.2.2 Soort reden en de positieve geestelijke gezondheid.....	22
4. Conclusie en discussie	23
Literatuurlijst	33

1. Inleiding

Depressieve klachten vormen een belangrijk gezondheidsprobleem. Hoewel er behoorlijk veel kennis is waarom mensen zich *niet* aanmelden voor een behandeling tegen depressieve klachten (Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Sherwood, Salkovskis, & Rimes, 2007; Der-Yan, Sue-Huei, Kwang-Kuo, & Hai-Lang, 2006; Cook & Wang, 2011), weten we nog beperkt waarom mensen zich *wel* aanmelden. Dit onderzoek richt zich daarom op de vraag wat de redenen van deelname zijn aan een online life review interventie, een behandeling bedoeld voor mensen in de tweede levensfase (40+) die met lichte tot matige depressieve klachten kampen. Anderzijds zal dit onderzoek zich richten op de vraag of deze redenen gerelateerd zijn aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding. Bekend is dat verandering in psychopathologie, zoals vermindering van depressieve klachten van invloed is op de positieve geestelijke gezondheid (Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, 2012). Nog niet bekend is of de redenen van deelname aan een online life review interventie gerelateerd zijn aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding.

Studies bij andere doelgroepen

De studies die hebben onderzocht wat maakt dat mensen hulp zoeken voor hun depressieve klachten, hebben zich vaak gericht op factoren die de kans vergroten dat mensen hulp zoeken zoals persoonlijkheidsfactoren, geslacht, leeftijd, etniciteit (Bristow & Patten, 2002; Holvast et al., 2012; Postel, de Haan, ter Huurne, Becker, & de Jong, 2010). Dit onderzoek zal zich echter specifiek richten op de vraag met welke reden deelnemers zich aanmelden en is dan ook anders dan onderzoek naar de genoemde factoren naar het zoeken naar hulp. Onderzoek dat specifiek heeft gekeken naar de reden van deelname voor behandeling tegen depressieve klachten, heeft zich tot nu toe of gericht op een jongere populatie deelnemers of specifieke etnische groepen met depressieve klachten (Leavey, Rothi, & Paul, 2011; Lindsey et al., 2006; Pieters & Heilemann, 2010).

Er is echter nog niet bekend wat mensen in de tweede levensfase met lichte tot matige depressieve klachten motiveert om deel te nemen aan een online life review interventie. Om mensen in de tweede levensfase op het juiste moment de juiste hulp te kunnen bieden is het belangrijk inzicht te hebben wat hen motiveert om hulp te zoeken.

Life review richt zich op zowel Depressie als Positieve Geestelijke gezondheid

De doelgroep van dit onderzoek beperkt zich tot mensen in de tweede levensfase (vanaf 40 jaar) met lichte tot matige depressieve klachten. Voor mensen op latere leeftijd is bekend dat aanhoudende lichte tot matige depressieve klachten de belangrijkste factoren zijn die zich ontwikkelen tot een depressieve stoornis (Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit, & Westerhof, 2012). Een depressieve stoornis is een veel voorkomende psychische stoornis. Van alle mensen tussen de 45-54 jaar heeft 23,1% ooit een depressie gehad; in de leeftijdscategorie van 55-64 jaar ligt dit op 18,4%, vanaf 65 jaar op 15% (de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010; Lawrence et al., 2006).

Lange tijd is gedacht dat de afwezigheid van psychopathologie, zoals depressieve klachten, gelijk was aan geestelijke gezondheid. Onderzoek laat echter zien dat psychopathologie en geestelijke gezondheid twee verschillende dimensies zijn die elk een aparte invloed hebben op het menselijk functioneren (Lamers, 2012). Alhoewel mensen die meer last hebben van symptomen van psychopathologie meer geneigd zijn om minder positieve geestelijke gezondheid te ervaren, blijkt dit verband matig (Lamers, 2012). Dit betekent dat de afwezigheid van psychopathologie niet automatisch zegt dat iemand een goede geestelijke gezondheid ervaart. Zowel mensen met psychopathologie als mensen zonder psychopathologie zijn dus in staat een goede geestelijke gezondheid te ervaren (Keyes, 2005).

De World Health Organization pleit er dan ook sinds een aantal jaren voor om geestelijke gezondheid niet alleen te zien als de afwezigheid van psychopathologie, maar ook te zien als de aanwezigheid van positieve gevoelens en een goed functioneren op zowel individueel als sociaal vlak (WHO, 2005). Deze benadering van geestelijke gezondheid bevat drie componenten: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Samen vormen deze componenten de positieve geestelijke gezondheid. Onder emotioneel welbevinden worden positieve gevoelens en levenstevredenheid verstaan. Psychologisch welbevinden is het optimaal individueel functioneren en bestaat uit het besef en het in staat zijn om met stressoren uit het dagelijks leven om te gaan. Sociaal welbevinden wordt het optimaal functioneren binnen de sociale aspecten van het leven zoals het werk en binnen de maatschappij genoemd (Lamers, 2012). Een persoon wordt als volledig geestelijk gezond beschouwd wanneer hij of zij weinig tot geen symptomen van psychopathologie en een goede positieve geestelijke gezondheid ervaart (Lamers, 2012).

Naast het verminderen van psychopathologie is dus aandacht voor het verbeteren van de positieve geestelijke gezondheid noodzakelijk, daar beiden elkaar kunnen beïnvloeden. Zo blijkt de afwezigheid van psychologisch welbevinden een risicofactor te vormen voor het

ontwikkelen van een depressie (Wood & Joseph, 2009). Verandering in positieve geestelijke gezondheid is voorspellend voor de mate van psychopathologie later in het leven en visa versa (Lamers et al., 2012). Het versterken van de positieve geestelijke gezondheid kan dus als een buffer tegen psychopathologie werken (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010; Wood & Joseph, 2009; Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer, submitted). Binnen interventies voor mensen met depressieve klachten is het daarom van belang om naast het verminderen van de depressieve klachten aandacht te besteden aan het versterken van de positieve geestelijke gezondheid. Life review is zo'n interventie die zich zowel richt op het verminderen van depressieve klachten als op het versterken van de positieve geestelijke gezondheid. Het primaire doel van life review is het verminderen van de depressieve klachten. Nevensdoel is het verbeteren van de positieve geestelijke gezondheid.

Life review - werking

Life review werkt door middel van het gestructureerd ophalen van herinneringen van het eigen leven. Het bevat twee adaptieve processen: integratieve reminiscentie en instrumentele reminiscentie. Integratieve reminiscentie is de integratie van positieve en negatieve herinneringen in het eigen levensverhaal. Instrumentele reminiscentie is het gebruik van herinneringen uit het verleden om huidige problemen en uitdagingen aan te gaan (Korte, Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Dit helpt mensen te herkennen en uit te drukken wat ze geleerd hebben van hun positieve en negatieve ervaringen en roept daarnaast copingsvaardigheden op die eerder in hun leven succesvol waren (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Door deze herevaluatie zullen negatieve ervaringen en conflicten worden verwerkt en leren mensen een positieve betekenis en zin aan hun eigen leven te geven (Wong, 1995; Haight, 1992).

Life review is effectief gebleken in het verminderen van depressieve klachten en beperkt de kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Bohlmeijer, Smits, & Cuijpers, 2003; Korte, Cappeliez, Bohlmeijer, & Westerhof, 2012). Meta-analyse laat daarnaast zien dat life review interventies effectief zijn in het vergroten van de positieve geestelijke gezondheid (Pinquart & Forstmeier, 2012; Korte et al., 2012). Het is daarom van groot belang dat mensen in de tweede levensfase met lichte tot matige depressieve klachten zich aanmelden voor life review interventies.

Life review - voordelen

Life review biedt enkele voordelen. Allereerst is het een laagdrempelige methodiek die

speciaal is ontwikkeld voor mensen in de tweede levensfase met lichte tot matige depressieve klachten. Momenteel maakt ongeveer twee derde van de instellingen gebruik van life review interventie (Westerhof et al., 2010). De interventie is laagdrempelig omdat het ophalen van herinneringen uit het eigen leven centraal staat. Wat een vaak voorkomende en daardoor herkenbare activiteit is voor veel mensen in de tweede levensfase.

Verder worden mensen voor life review op een positieve wijze geworven, omdat de werving zich richt op het vergroten van de geestelijke gezondheid in plaats van dat (te) nadrukkelijk vermindering van depressieve klachten wordt beoogd. Deze positieve insteek blijkt juist mensen in de tweede levensfase met lichte tot matige depressieve klachten aan te spreken, waardoor een goed bereik wordt behaald (Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse, & Schreurs, 2012; Westerhof, Maessen, de Bruijn, & Smets, 2008).

Bovendien is, door de interventie online aan te bieden, de laagdrempeligheid zelfs verhoogd en kan het nieuwe doelgroepen bereiken (Cuijpers & Schuurmans, 2007; Postel, de Jong, & de Haan, 2005; Postel, de Haan, ter Huurne, Becker, & de Jong, 2011; Schalken, 2010). Het online aanbieden van de interventie is een nieuwe ontwikkeling; het is daarom nog onbekend met welke redenen mensen zich zullen aanmelden. De noodzaak tot het verkrijgen van inzicht in de redenen voor aanmelding is dan ook evident. Tevens komt hierbij de vraag op of de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding mogelijk een relatie heeft met de reden van aanmelding

Reden van deelname

Naast de voordelen van een online life review interventie zijn er factoren die de kans op het zoeken naar hulp vergroten. Onderzoek laat zien dat symptoomherkenning, ofwel bewustzijn van verandering in eigen geestelijke gezondheid, een belangrijk component is bij het zoeken van hulp (Pieters & Heilemann, 2010; Jorm et al., 1997). Daarnaast blijkt de neiging om een depressie toe te schrijven aan biologische factoren de bereidheid om professionele hulp te zoeken te vergroten (Der-Yan et al., 2006). Het is mogelijk dat mensen die een depressie toeschrijven aan biologische factoren dit ook minder als een stigma ervaren (Cook & Wang, 2011). Een eerder ontvangen psychologische behandeling voor emotionele problemen blijkt ook drempelverlagend om professionele hulp te zoeken (Sherwood et al., 2007; Dew, Dunn, Bromet, & Schulber, 1988; Bristow & Patten, 2002).

Als, overigens bij andere populaties dan mensen in de tweede levensfase, specifiek wordt gekeken naar de redenen om hulp te zoeken, wordt door Pieters & Heilemann (2010) een tweedeling van positieve redenen en pijnlijke redenen gedefinieerd. Positieve redenen zijn

redenen die motiveerden om een stap voorwaarts te zetten omdat ze een verwachting, hoop of verlangen bevatten naar een beter leven. Positieve redenen in dit artikel zijn een behoefte naar hulp, inspiratie om een betere ouder te worden, hoop en verlangen naar iets beters, wens naar persoonlijke groei, aanmoediging door vertrouwelingen en een flexibel schema van de therapie (Pieters & Heilemann, 2012). In ander onderzoek worden vergelijkbare redenen gevonden, die geplaatst kunnen worden onder positieve redenen zoals aanmoediging door vrienden of bekenden en er achter komen waar hulp beschikbaar is (Bristow & Patten, 2002; Thompson, Hunt, & Issakidis, 2004; Dew et al., 1988).

Pijnlijke redenen hadden betrekking op negatieve ervaringen die mensen graag achter zich wilden laten waardoor men hulp zoekt (Pieters & Heilemann, 2010). Pijnlijke redenen (of daarmee overeenkomstig) komen in verschillende artikelen naar voren en hebben betrekking op de kenmerken van een depressie, zoals toename van symptomen of samenhangende functionele beperkingen en de lange duur van een depressieve episode (Bristow & Patten, 2002; Pieters & Heilemann, 2012; Thompson et al., 2004). Als pijnlijke redenen zijn tevens symptomen aan te merken die aanleiding vormden om hulp te zoeken. Symptomen als suïcidale gedachten, gevoelens van schuld en waardeloosheid, slaapstoornissen, energieverlies, cognitieve veranderingen zoals vertraagd denken en slechte concentratie en verandering van eetpatroon en gewicht (Bristow & Patten, 2002; Dew et al., 1988). Het niet meer in staat zijn om de problemen zelfstandig op te lossen, werd ook als pijnlijke reden gevonden (Thompson et al., 2004; Pieters & Heilemann, 2010). Visioenen van ‘wie ik niet wil zijn’ en ‘het niet succesvol zijn van eerder therapeutisch contact’ blijken ook pijnlijke redenen te zijn om hulp te zoeken (Pieters & Heilemann, 2010).

Kortom, er kunnen verscheidene redenen zijn voor deelname aan een interventie. Of deze redenen ook daadwerkelijk leiden tot deelname aan een online life review interventie vergt nader onderzoek. Veel mensen ervaren namelijk barrières om hulp te zoeken voor hun depressieve klachten. Dit maakt het moeilijk om effectieve interventies voor mensen met lichte tot matige depressieve klachten, zoals life review interventies, daadwerkelijk aan de juiste mensen aan te bieden (Andrews & Henderson, 2000; Collins, Westra, Dozois, & Burns, 2004).

Barrières

Een groot probleem is dat veel mensen géén hulp zoeken voor hun depressieve klachten of dit doen na een vertraging van vele jaren (Wang et al., 2007), met als gevolg dat hun depressieve klachten verergeren. Een langere periode tussen het ontstaan van depressieve klachten en het

ontvangen van adequate behandeling zorgt namelijk voor aanhoudende depressieve klachten (Scott, Eccleston, & Boys, 1992). Het is daarom belangrijk dat mensen in de tweede levensfase vroegtijdig hulp ontvangen voor hun depressieve klachten, omdat hiermee de kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis wordt verkleind (Korte et al., 2012).

Een reden waarom mensen met depressieve klachten niet vroegtijdig hulp zoeken, is omdat ze diverse barrières ervaren. Belangrijkste barrières zijn schaamte om hulp te zoeken, de angst dat andere mensen negatief zullen reageren, gebrek aan kennis over een depressie en slechte herkenning van vroege symptomen (Barney et al., 2006; Sherwood et al., 2007). Ook draagt de depressie zelf bij aan het niet of verminderd zoeken naar hulp wegens het effect dat de depressie heeft op de stemming, de motivatie, het vertrouwen en de besluitvorming om hulp te zoeken (Sherwood et al., 2007). De manier waarop mensen naar het ontstaan van een depressie kijken heeft tevens effect op de bereidheid om hulp te zoeken; de neiging om een depressie toe te schrijven aan eigen schuld of verantwoordelijkheid, zorgt ervoor dat mensen minder snel professionele hulp te zoeken (Der-Yan et al., 2006). Dit komt mogelijk omdat mensen die een depressie toeschrijven aan eigen schuld of verantwoordelijkheid meer geneigd zijn dit als een stigma te ervaren, wat de barrière om hulp te zoeken vergroot (Cook & Wang, 2011).

Bepaalde barrières zoals angst en schaamte om hulp te zoeken, geen face-to-face groepsbehandeling willen volgen of geen tijd hebben om een cursus of therapeut op vaste tijden te bezoeken, kunnen worden weggenomen worden door interventies zoals life review online aan te bieden (Cuijpers & Schuurmans, 2007; Jorm & Griffiths, 2006). Dit roept de vraag op of mensen als reden van deelname aan de online life review interventie ook zullen beschrijven deel te nemen omdat zij geen tijd hebben om therapeut te bezoeken of vanwege de anonimiteit.

Huidige studie

Het is van belang om inzicht te krijgen in de redenen voor aanmelding aan een online life review interventie om te weten wat mensen in de tweede levensfase motiveert om aan hun klachten te werken. Dit geeft inzicht in mogelijke effectieve wervingsstrategieën. De eerste onderzoeksvraag in deze studie is daarom ‘Met welke redenen melden deelnemers zich aan voor een online life-review interventie?’ In de literatuur wordt een tweedeling gevonden van positieve en pijnlijke redenen van aanmelding (Pieters & Heilemann, 2012). Op basis daarvan werden de volgende deelvragen opgesteld om te onderzoeken of deze tweedeling ook terug te vinden was bij deelnemers die zich aanmelden voor een online life review interventie: (a) Met

welke positieve redenen melden deelnemers zich aan voor een online life review interventie?
 (b) Met welke pijnlijke redenen melden deelnemers zich aan voor een online life review interventie?

Naast dat inzicht in de redenen voor aanmelding richting kan geven aan onderbouwde wervingsstrategieën, zou het mogelijk kunnen zijn dat de redenen van aanmelding effect hebben op het resultaat van de online life review interventie. Immers, het kan zijn dat het aantal redenen of het soort redenen waar mensen zich mee aanmelden in meer of mindere mate gerelateerd zijn aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding. Wat mogelijk van invloed is op het effect van de online life review interventie. Bijvoorbeeld omdat mensen die zich aanmelden met slecht één reden meer positieve geestelijke gezondheid zouden kunnen ervaren dan deelnemers die zich aanmelden met bijvoorbeeld zes redenen. Waardoor (in dit voorbeeld) deze eerste groep mensen sneller herstellen van hun depressieve klachten, omdat de positieve geestelijk gezondheid als een buffer kan werken tegen psychopathologie. Ook kan het zijn dat deelnemers die zich aanmelden met positieve redenen meer positieve geestelijke gezondheid ervaren dan mensen die zich alleen aanmelden met pijnlijke redenen, waardoor ook deze eerste groep sneller herstelt van hun depressieve klachten. De laatste twee onderzoeksvragen in deze studie zijn daarom respectievelijk ‘Is er een verband tussen de ervaren positieve geestelijke gezondheid en het aantal redenen van aanmelding aan de online life review interventie?’ en ‘Is er een verschil in ervaren positieve geestelijke gezondheid en de soort reden van aanmelding?’

2. Methode

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen zijn de aanmeldingen van eerdere deelnemers aan de online life review interventie kwalitatief geanalyseerd. Allereerst is gekeken welke redenen en klachten deelnemers beschreven om deel te nemen aan de online life review interventie. Ten tweede is gekeken wat het verband is tussen de reden van aanmelding en de ervaren positieve geestelijke gezondheid gemeten met de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF).

2.1 Online life review interventie

De online life review interventie waar binnen dit onderzoek gebruik van is gemaakt is de online zelfhulp cursus Op Verhaal Komen. De online zelfhulp cursus Op Verhaal Komen is

ontwikkeld door de Universiteit Twente en is gebaseerd op het succesvolle zelfhulpboek *Op Verhaal Komen* van Bohlmeijer en Westerhof (2010). Het doel van de online zelfhulp cursus *Op Verhaal Komen online* is het verminderen van de depressieve klachten en het verbeteren van de positieve geestelijke gezondheid. Begin 2013 is er door de Universiteit Twente een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gestart naar de effecten van de cursus.

De doelgroep vormde mensen vanaf 40 jaar en ouder die last hebben van lichte tot matige depressieve klachten. Deelnemers zijn geworven onder de algemene Nederlandse bevolking en heeft plaats gevonden middels advertenties op veel bezochte internetsites, in landelijke dagbladen en tijdschriften die zich richten op mensen in de tweede levensfase, zoals *Plus Magazine*. In deze advertentie werden belangstellenden verwezen naar de website www.cursusopverhaalkomen.nl waar meer informatie te lezen viel over de online zelfhulp cursus *Op Verhaal Komen*. Op deze website stond het volgende beschreven *“Bijna iedereen maakt het wel eens mee: een moment in je leven dat je niet weet hoe het verder moet. Dit merk je bijvoorbeeld aan gevoelens van somberheid, leegte, spanning, lusteloosheid, zinloosheid. Je voelt de behoefte om op adem te komen, om wat gebeurd is op een rij te zetten, op je in te laten werken en nieuwe aanknopingspunten te vinden voor de toekomst. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat schrijven over herinneringen en moeilijke gebeurtenissen in je leven kan leiden tot zelfinzicht, groei en een vergroot welbevinden. Door ervaringen om te zetten in verhalen kun je ze verwerken en een plaats geven”*. Daarnaast stond beschreven dat de online zelfhulp cursus *Op Verhaal Komen* bestond uit twee varianten, *Op Verhaal Komen online* met behulp van een counselor en *Op Verhaal Komen online* met behulp van feedback van medecursisten (Bohlmeijer, Westerhof, Postel, & Lamers, 2010).

2.2 Deelnemers

De groep van deelnemers aan de online life review bestond uit 58 deelnemers (100%). De gemiddelde leeftijd was 54 jaar ($SD = 8,37$), de range was 40-79 jaar. Sociaal demografische gegevens van de deelnemers zijn zichtbaar in Tabel 1. De grootste groep deelnemers bestond uit vrouwen, de meeste deelnemers hadden een Nederlandse nationaliteit, woonden alleen of met partner, voor de meeste deelnemers was hun hoogst genoten opleiding hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs en de meeste deelnemers hadden een betaalde baan.

Tabel 1

Deelnemers zelf beschreven sociaal demografische gegevens

		n	Percentage
Geslacht	Mannen	13	22%
	Vrouwen	45	78%
Nationaliteit	Nederlands	55	95%
	Surinaams	1	2%
	Anders	2	3%
Burgerlijke staat	Gehuwd	20	35%
	Gescheiden	17	29%
	Ongehuwd en nooit gehuwd geweest	17	29%
	Weduwe	4	7%
Woonsituatie	Alleen	22	38%
	Wonend met partner	18	31%
	Wonend met partner en kinderen	9	16%
	Wonend met alleen kinderen	5	9%
	Anders	4	7%
Hoogst afgerond opleiding	Hoger beroepsonderwijs	33	57%
	Wetenschappelijk onderwijs	19	33%
	Middelbaar beroepsonderwijs	2	3%
	Hoger algemeen onderwijs	2	3%
	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	1	2%
	Lagere school	1	2%
Dagbesteding	Betaalde parttime baan	15	26%
	Betaalde fulltime baan	10	17%
	Zelfstandig ondernemer	8	14%
	Huisvrouw of huisman	5	9%
	Werkloos	5	9%
	Arbeidsongeschikt	5	9%
	Pensioen	4	7%
	Studerend of schoolgaand	1	2%
Anders	3	5%	

2.3 Materiaal

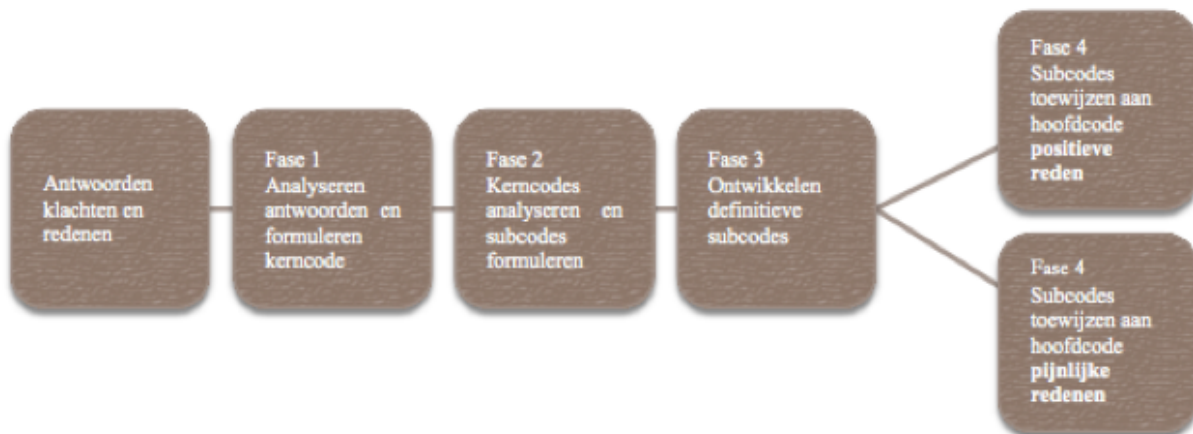
Tijdens de baseline meting zijn twee open vragen gesteld die gebruikt zijn voor dit onderzoek. Aan de deelnemers is gevraagd om digitaal hun antwoord op de vragen te

beschrijven in een open invulveld; Wat is de reden dat u aan de cursus wilt deelnemen? en Wilt u zoveel mogelijk beschrijven wat uw klachten zijn waarvoor u aan de cursus wilt deelnemen?

Tijdens de baseline meting is de positieve geestelijke gezondheid gemeten middels de verkorte Nederlandse digitale zelfrapportage vragenlijst Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) (Keyes et al, 2008). De verkorte MHC-SF is gebaseerd op een lange versie MHC-Long Form. De MHC-SF bestaat uit 14 items, die de drie dimensies (emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden) van positieve geestelijke gezondheid meet. Deelnemers waarden hun frequentie van elk gevoel in de afgelopen maand op een 6-punts Likert schaal (nooit, één of twee keer per maand, ongeveer één keer per week, twee of drie keer per week, bijna elke dag en elke dag). De MHC-SF bestaat uit drie subschalen die samen de positieve geestelijke gezondheid vormen. De subschaal emotioneel welbevinden bestaat uit drie items, de subschaal psychologisch welbevinden bestaat uit zes items en de subschaal sociaal welbevinden bestaat uit vijf items (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011). De scores van de subschalen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden wordt berekend middels gemiddelden van de items. Positieve geestelijke gezondheid wordt berekend door het gemiddelde te berekenen van alle items. De MHC-SF beschikt over een goede betrouwbaarheid en validiteit (Lamers et al., 2011).

2.4 Kwalitatieve analyse

De antwoorden van de deelnemers ($N = 58$) op de twee open vragen zijn gecodeerd middels een proces dat bekend staat als open coderen. Allereerst zijn de antwoorden van de deelnemers per vraag geanalyseerd, omdat bleek dat de antwoorden bij redenen en bij klachten erg aan elkaar gelijk waren is er voor gekozen deze antwoorden samen te voegen en deze gezamenlijk te coderen. In totaal bestond het coderen uit vier fases, zie Afbeelding 1.



Afbeelding 1. Hiërarchische weergave van het coderingsproces na samenvoeging redenen en klachten

Fase 1 bestond uit het zorgvuldig lezen van de antwoorden per deelnemer op de twee gestelde vragen, de antwoorden werden vergeleken op overeenkomsten waarna overeenkomsten werden gemarkeerd en geformuleerd tot kerncode. In fase 2 zijn alle 58 kerncodes geanalyseerd op overeenkomsten en zijn er subcodes geformuleerd op basis van deze overeenkomsten. Vervolgens is er in fase 3 gekeken hoe vaak elke subcode voor kwam en zijn subcodes die minder dan twee keer voorkwamen samengevoegd tot overkoepelende subcodes. Bijvoorbeeld; *hoge bloeddruk, pijn onderrug, koude handen, dichte keel en maag, op hol slaan organen, spierkramp* is samengevoegd tot *lichamelijke klachten*.

In fase 4 werden de subcodes toegewezen aan de in de literatuur gevonden tweedeling van positieve en pijnlijke redenen van deelname (Pieters & Heilemann, 2012). Onder positieve redenen werden interne en externe redenen verstaan die motiveerden om een stap voorwaarts te zetten omdat ze een verwachting, hoop, verlangen bevatten naar een beter leven. Pijnlijke redenen waren negatieve factoren die de deelnemers motiveerden om actie te ondernemen vanwege de stress die deze factoren oproepen. Deze redenen resulteerden in pijn van de depressie zelf en ander lijden (Pieters & Heilemann, 2010). In dit onderzoek is op basis van de literatuur gekozen om alle subcodes met een bepaalde kracht, verlangen, behoefte toe te wijzen aan de hoofdcodes positieve redenen. Alle subcodes die negatieve redenen beschreven om deel te nemen waaronder pijn van de depressie zelf zoals symptomen en ander lijden zoals lichamelijke klachten en life-events zijn toegewezen aan de hoofdcodes pijnlijke redenen.

De meeste antwoorden van de deelnemers bevatten meerdere subcodes en daardoor (soms) ook meerdere hoofdcodes. Bijvoorbeeld deelnemer 11 gaf als antwoord bij redenen van

deelname “*Ik wil kijken of ik een lijn kan ontdekken in mijn verhaal zodat ik eerder kan herkennen en weet.... Ohw, een signaal, maar het komt weer goed!*” en het antwoord bij klachten was “*Relatie saai, werk onvoldoende diepgang, waarom ben ik er eigenlijk. Als ik er niet meer ben, wat maakt het uit. Zwaar en weinig plezier*”. Beide antwoorden samen hebben de volgende subcodes gekregen; behoefte aan inzicht, gebrek aan zingeving en gebrek aan plezier. Behoefte aan inzicht is vervolgens onder gebracht onder positieve redenen. Gebrek aan zingeving en gebrek aan plezier zijn onder gebracht onder pijnlijke redenen.

2.5 Kwantitatieve analyse

Voor de kwantitatieve analyse is gebruik gemaakt van de data van het codeerschema (het aantal en het soort reden) van de kwalitatieve analyse naar de redenen en klachten van aanmelding aan de online life review interventie. Daarnaast is gebruik gemaakt van de gegevens van de baseline meting, dit betreft de score op de vragenlijst naar de positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF). Hierbij is gebruik gemaakt van zowel de totaal score als de subschalen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden (Lamers et al., 2011). De gegevens zijn geanalyseerd middels IBM SPSS statistics versie 21.

Om de onderzoeksvraag [Is er een verband tussen de ervaren positieve geestelijke gezondheid en het aantal redenen van aanmelding aan de online life review interventie?] te beantwoorden is gekeken naar het aantal redenen van aanmelding en de verschillen in ervaren positieve geestelijke gezondheid zowel op de totaal score als op de subschalen emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden ten tijde van de aanmelding. Dit is gedaan middels Bivariate Pearson Correlatie.

Om de onderzoeksvraag [Is er een verschil in ervaren positieve geestelijke gezondheid en de reden van aanmelding?] is gekeken of er een verschil is tussen het soort reden en de ervaren positieve geestelijke gezondheid zowel op de totaal score als op de subschalen emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden ten tijde van de aanmelding. Dit is gedaan door vier keer een ANOVA te berekenen. Daarnaast zijn de gemiddelde en standaard deviatie berekend middels “descriptive statistics”.

3. Resultaten

Tijdens het toewijzen van de redenen aan de categorieën positieve en pijnlijke redenen bleek dat er nog een derde categorie te onderscheiden viel. Veel deelnemers beschreven namelijk redenen die specifiek te maken hadden met deelname aan een online life review

interventie. Zo beschreven deelnemers dat zij zich aanmeldden omdat ze geloofden dat schrijven een helend effect kon hebben, ze behoefte hadden aan de structuur van de cursus, van schrijven hielden, hun ervaringen wilden delen, een bijdrage wilden leveren aan wetenschappelijk onderzoek, de cursus erg aansprekend vonden of graag wilden werken aan klachten op een zelf te bepalen moment. Er is daarom voor gekozen om deze redenen samen te brengen onder een derde categorie genaamd cursusgerichte redenen.

3.1 Reden van deelname

In totaal werden door de deelnemers ($N = 58$) 37 redenen beschreven om deel te nemen aan de online life review interventie. Van de 37 redenen werden er 26 (70,3%) pijnlijke redenen beschreven, 7 (18,9%) cursusgerichte redenen en 4 (10,8%) positieve redenen. De deelnemers beschreven gemiddeld vijf redenen ($SD = 1,89$) van deelname, de range was 1-10.

De verdeling van de redenen per deelnemer aan de drie categorieën en de combinaties van redenen die deelnemers ($N = 58$) beschreven zijn weergegeven in Tabel 2. Opvallend is dat alle deelnemers tenminste één pijnlijke reden beschreven. Redenen die in de categorie pijnlijke redenen vielen werden dan ook verreweg het meest beschreven, gevolgd door cursusgerichte redenen en positieve redenen. Als naar de combinaties van redenen wordt gekeken valt op dat de verdeling evenredig is. Opvallend is echter wel dat de meeste deelnemers ($n = 43$, 74,1%) naast de pijnlijke redenen ofwel positieve redenen ofwel cursusgerichte of een combinatie van alle redenen beschreven.

Tabel 2

Reden van de deelname per deelnemer ($N = 58$)

	<i>n</i>	Procent
Categorie		
Pijnlijke redenen	58	100,0%
Cursusgerichte redenen	29	50%
Positieve redenen	26	44,8%
Combinaties per deelnemer		
Alleen pijnlijke redenen	15	25,9%
Pijnlijke en positieve redenen	14	24,1%
Pijnlijke en cursusgerichte redenen	17	29,3%
Pijnlijke, positieve en cursusgerichte redenen	12	20,7%

3.1.1 Pijnlijke redenen

Alle 58 deelnemers (100%) beschreven redenen die onder te verdelen vielen in de categorie pijnlijke redenen. Er werden 26 soorten redenen beschreven binnen de categorie pijnlijke redenen, zie Tabel 3. De belangrijkste redenen die deelnemers beschreven waren somberheid, emoties en life events. Deelnemers die somberheid beschreven gaven aan last te hebben van depressieve klachten, neerslachtige en sombere gevoelens. Deelnemers die beschreven last te ervaren van hun emoties beschreven verdriet, boosheid, angst en schuld. Deelnemers die het meemaken van een life-event beschreven als reden van deelname gaven aan onlangs gescheiden te zijn, ernstig ziek te zijn geworden, hun baan verloren te hebben door ontslag of pensioen of naaste te hebben verloren.

Tabel 3

Resultaten categorie pijnlijke redenen

Redenen	Omschrijving	Voorbeeld citaat	n	Procent
Somberheid	Neerslachtige stemming	<i>“Er ligt nu een grijze deken over mijn leven...”</i>	30	14,2%
Emoties	Gemoedstoestand van voorbijgaande aard.	<i>“Gevoel van alleen zijn boosheid schuldgevoel angst...”</i>	20	9,5%
Life-events	Meemaken van (meerdere) ingrijpende levensgebeurtenissen.	<i>“Vorig jaar liep mijn relatie stuk en verloor ik mijn baan...”</i>	19	9,0%
Slecht slapen	Minder slapen dan gebruikelijk.	<i>“Ik slaap wel in, maar na 3,5-4 uur begint het woelen en malen...”</i>	13	6,2%
Tegen dingen opzien	Geen zin hebben in dagelijkse activiteiten.	<i>“Weinig discipline om dingen te doen die gedaan moeten worden...”</i>	11	5,2%
Vermoeidheid	Aanhoudende gevoel van vermoeidheid dat niet verdwijnt na voldoende slaap	<i>“Een constante vermoeidheid...”</i>	11	5,2%
Sociale verandering	Gevoelens van eenzaamheid.	<i>“Regelmatische gevoelens van eenzaamheid, niet thuis horen, geen aansluiting met andere kunnen krijgen.”</i>	11	5,2%
Negatieve gedachten	Nare gevoelens of gedachtes.	<i>“Ik ben... vol zelfverwijt...”</i>	10	4,7%
Spanningsklachten	Toestand van onrustigheid, gespannenheid of zenuwachtigheid.	<i>“Verhoogde spierspanning, snel geïrriteerd, vermoeid, gejaagd, opgefokt gevoel, blok in mijn buik, gevoel dat er geen einde aan kom...”</i>	10	4,7%
Piekeren	Onrustige, herhalende zorgelijk nadenken.	<i>“Gedachten soms niet kunnen stoppen...”</i>	9	4,3%
Gebrek aan plezier	Geen plezier ervaren in het leven of niet kunnen genieten van dingen.	<i>“Kost me moeite om van de leuke dingen die er zijn te genieten...”</i>	7	3,3%
Onverwerkte ervaringen	Veelvuldig bezig houden met gebeurtenissen uit het verleden.	<i>“Mijn leven wordt op dit moment beheerst door deze dramatische behandeling. Er is bijna geen moment dat ik er niet aan denk...”</i>	7	3,3%
Weinig energie	Verminderd vermogen om werk te verrichten door een gebrek aan energie.	<i>“Tot niets komen slaap dan op de bank omdat ik geen energie heb...”</i>	7	3,3%
Concentratie problemen	Verminderde aandacht.	<i>“Het kost me moeite om zaken die me verteld worden, te onthouden. Gevoel van watten in mijn hoofd...”</i>	6	2,8%
Gebrek aan zingeving	Gevoel dat het leven geen nut heeft.	<i>“Sinds een poos heb ik het gevoel dat ik niet weet welke kant ik verder op wil in het leven. Ik ervaar een gebrek aan doel en zingeving...”</i>	6	2,8%
Stemmingsklachten	Een wisselende emotionele gemoedstoestand.	<i>“Somberheid, moedeloosheid, strijdlust en voortvarendheid wisselen zich voortdurend af...”</i>	6	2,8%
Lichamelijke klachten	Klachten in de lichamelijke gesteldheid.	<i>“Pijn in de onderrug, koude handen...”</i>	4	1,9%
Verminderd vertrouwen	Vermindering van vertrouwen in de toekomst, jezelf en anderen.	<i>“Mijn zelfvertrouwen wankelt nogal.”</i>	4	1,9%
Eerdere behandeling was niet effectief	Eerdere psychologische behandeling was niet succesvol.	<i>“Ik ben bij verschillende psychologen geweest, maar heb daar niet gevonden wat ik zocht...”</i>	4	1,9%
Geen perspectief zien	Gevoel oplossingen zien.	<i>“Gevoel van uitzichtloosheid...”</i>	3	1,4%
Onmacht	Gevoel niets te kunnen veranderen aan huidige situatie.	<i>“Er zijn teveel dingen waar ik niet uit kom en waar ik helemaal alleen voor sta, ik ben zo moe van het vechten.”</i>	3	1,4%
Chaos	Veel onrustige gedachtes hebben.	<i>“Geen rust om mijn gedachten op een rij te zetten en te voelen wat me allemaal is overkomen...”</i>	2	0,9%
Prikkelbaar	Snel geïrriteerd of boos	<i>“Snel geïrriteerd, weinig geduld dus...”</i>	2	0,9%
Stress	Verstoord evenwicht geestelijke spanning	<i>“De combinatie zorg en werk valt mij zwaar...”</i>	2	0,9%
Toename gebruik middelen	Gebruik van verslavende middelen zoals alcohol en drugs.	<i>“Steeds meer gebruik van kalmeringsmiddelen en alcohol...”</i>	2	0,9%
Toename gewicht of eetlust	In gewicht aankomen of meer eten dan de dagelijkse aantal voorgeschreven calorieën.	<i>“Mijn gewicht is gestegen van 70 naar 75 kilo...”</i>	2	0,9%

3.1.2 Positieve redenen

In totaal beschreven 26 deelnemers (44,8%) redenen die onder te verdelen vielen in de categorie positieve redenen. Er werden vier soorten redenen beschreven binnen de categorie positieve redenen, zie Tabel 4. De belangrijkste redenen die deelnemers beschreven waren behoefte hebben aan inzicht, het willen verbeteren van hun welbevinden en het op zoek zijn naar zingeving. Deelnemers die beschreven behoefte te hebben aan inzicht beschreven dat ze meer inzicht wilden in hun gevoel of gedrag waardoor ze eerder signalen leerden herkennen, waardoor ze beter met negatieve gevoelens leerden om te gaan. Deelnemers die hun welbevinden wilde verbeteren gaven aan dat ze naast hun sombere stemming hoop hadden dat de online life review interventie hun welbevinden zou verbeteren en gaven aan daarom deel te nemen. Deelnemers die op zoek waren naar zingeving beschreven dat zij zoekende waren naar een nieuwe weg in hun (professionele) leven om hun leven weer betekenis te geven en zagen de cursus als een manier om hun leven meer zingeving te geven.

Tabel 4

Resultaten categorie positieve redenen

Redenen	Omschrijving	Voorbeeld citaat	<i>n</i>	Procent
Behoeftte aan inzicht	Inzicht willen in eigen psychische toestand en daarmee samenhangende gedrag.	<i>“Ik wil kijken of ik een lijn kan ontdekken in mijn verhaal, zodat ik eerder kan herkennen en dan weet; Ohw, een signaal! Maar het komt weer goed!”</i>	9	32,1%
Verbeteren van welbevinden	Verbeteren van fysieke en of geestelijke gezondheid.	<i>“Ik zit fysiek en mentaal in een dip en wil me fysiek en mentaal weer fit, gezond, levenslustig en vrolijk gaan voelen”</i>	9	32,1%
Opzoek naar zingeving	Het zoeken naar de betekenis, het doel, het nut van het leven.	<i>“Ik zit nu met allerlei losse eindjes in mijn leven en zoek richting...”</i>	7	25%
Behoeftte aan handvatten	Behoeftte aan tips, adviezen om het leven weer zelfstandig op te pakken.	<i>“De cursus kan mogelijk die kapstok zijn waardoor ik op eigen kracht mijn situatie kan verbeteren. De wil is er!”</i>	3	10,8%

3.1.3 Cursusgerichte redenen

In totaal beschreven 29 deelnemers (50%) redenen die onder te verdelen vielen in de categorie cursusgerichte redenen om deel te nemen. Er werden zeven soorten redenen beschreven binnen de categorie cursusgerichte redenen, zie Tabel 5. De belangrijkste redenen die deelnemers beschreven om deel te nemen waren het geloof dat schrijven helend werkt, ze behoefte hadden aan de structuur van de cursus of omdat ze schrijven als zeer plezierig

ervoeren. Deelnemers die beschreven dat ze geloofden in het helende effect van schrijven beschreven dat ze in eerdere moeilijke periodes hadden ervaren dat schrijven hen hielp bij het verminderen van hun klachten of hen door de periodes heen hielp. Deelnemers die beschreven behoefte te hebben aan de structuur van de cursus beschreven dat ze zelf al actief bezig waren om aan hun klachten te werken, maar merkten dat ze hierbij meer externe structuur bij nodig hadden. Deze deelnemers meldden zich aan omdat ze het idee kregen dat ze middels de online life review interventie stap voor stap aan hun klachten konden werken op eigen kracht. Deelnemers die beschreven schrijven plezierig te vinden gaven aan dat ze al lange tijd schreven of al bezig waren met een autobiografie. Dit zorgde ervoor dat de stap om dit via een online life review interventie te doen voor deelnemers klein was.

Tabel 5

Resultaten categorie cursusgerichte redenen

Redenen	Omschrijving	Voorbeeld citaat	n	Procent
Helende effect schrijven	Schrijven wordt als genezend gezien in een moeilijke periode.	<i>“Ik denk dat je verhaal of over je geschiedenis schrijven een helend effect (kan) hebben. Daar ben ik zelf in geïnteresseerd of dat inderdaad zo is en of dat ook voor mij geldt...”</i>	15	36,6%
Structuur van de cursus	Behoeftte aan ondersteunende begeleiding om problematiek te kunnen hanteren.	<i>“Zelf in het wilde weg van me afschrijven is niet afdoende, ik heb er sturing en structuur bij nodig...”</i>	8	19,5%
Schrijven plezierig	Schrijven wordt als een fijne bezigheid gezien.	<i>“Ik schrijf al mijn leven lang schriften vol dus kan het ook wel eens voor een cursus”</i>	6	14,6%
Ervaringen delen	De behoefte om ervaringen te delen en feedback te ontvangen van andere deelnemers.	<i>“Behoeftte om ervaringen en gevoelens te delen...”</i>	4	9,8%
Bijdrage aan het onderzoek	Behoeftte om een bijdrage te doen aan wetenschappelijk onderzoek naar depressie en het effect van schrijven.	<i>“Serieuze bijdrage aan het onderzoek...”</i>	3	7,3%
Cursus spreekt me aan	De opzet van de cursus wordt als aansprekend gezien door de persoon.	<i>“Ik stond al op het punt om zelf middels een soort van autobiografisch schrijvend onderzoek mijn situatie te inventariseren en te analyseren. Uw onderzoek komt dan ook voor mij als geroepen...”</i>	3	7,3%
Werken aan klachten op zelf te bepalen moment	De vrijheid van een Ehealth interventie om zelf te bepalen op welk tijdstip de persoon aan de opdrachten wil werken.	<i>“Ik wil zelf aan mijn klachten werken op door mijzelf te bepalen momenten.”</i>	2	4,9%

3.2 Reden van deelname en positieve geestelijke gezondheid

Ten eerste wordt er gekeken of er een verband is tussen de mate van positieve geestelijke gezondheid en het aantal redenen van aanmelding. Ten tweede is gekeken of er verschillen zijn in de mate van positieve geestelijke gezondheid bij de deelnemers die zich aanmeldden met verschillende combinaties redenen.

3.2.1 Aantal redenen en de positieve geestelijke gezondheid

Ten eerste is gekeken naar het aantal redenen van aanmelding ($M = 4,84$, $SD = 1,89$) en de verschillen in de mate van positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding. Een Bivariate Pearson Correlatie is uitgevoerd om te kijken of er een significant verband was tussen het aantal redenen en de positieve geestelijke gezondheid. Uit de Bivariate bleek dat er geen significant verschil was tussen het aantal redenen van aanmelding en de score op de totaal schaal positieve geestelijke gezondheid ($r = -.221$, $p = .099$) en de subschaal emotioneel welbevinden ($r = -.173$, $p = .198$), psychologisch welbevinden ($r = -.236$, $p = .077$) en sociaal welbevinden ($r = -.130$, $p = .336$). Dit betekent dat zowel deelnemers die zich aanmeldden met weinig redenen als deelnemers die zich aanmeldden met veel redenen een goede als een slechte positieve geestelijke gezondheid ervoeren.

3.2.2 Soort reden en de positieve geestelijke gezondheid

Er zijn deelnemers die zich aanmeldden met alleen pijnlijke redenen ($n = 15$, 25,9%), deelnemers die zich aanmeldden met zowel pijnlijke als positieve redenen ($n = 14$, 24,1%), deelnemers die zich aanmeldden met pijnlijke en cursusgerichte redenen ($n = 17$, 29,3%) en deelnemers die zich aanmeldden met pijnlijke, cursusgerichte positieve en positieve redenen ($n = 12$, 20,7%). De gemiddelde en de standaard deviatie van de verschillende combinaties redenen staan beschreven in Tabel 6.

Tabel 6

Descriptieve gegevens van de redenen en de totaal score positieve geestelijke gezondheid en de subschalen.

Variabele	n	Totaal MHC-SF		Emotioneel welbevinden		Psychologische welbevinden		Sociaal welbevinden	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Pijnlijke	14	2,77	0,89	2,81	1,27	2,94	0,99	2,69	0,99
Pijnlijke en positieve	14	3,09	0,81	3,26	0,69	3,38	0,90	2,87	0,77
Pijnlijke en cursusgerichte	17	2,77	0,65	3,14	0,82	2,93	0,83	2,71	0,81
Pijnlijke, positieve en cursus	12	2,80	0,73	3,14	0,81	2,92	0,88	2,77	0,70
Totaal	58	2,86	0,76	3,09	0,91	3,04	0,90	2,75	0,81

Als gekeken wordt naar de verschillende combinaties redenen en de ervaren positieve geestelijke gezondheid. Blijkt uit de ANOVA dat er geen verschillen zijn op de totale positieve geestelijke gezondheid ($F(3, 53) = .590, p = .624.$) en de subschaal emotioneel welbevinden ($F(3, 53) = .621, p = .604.$), psychologisch welbevinden ($F(3, 53) = .888 p = .453.$) en sociaal welbevinden ($F(3, 53) = .146, p = .932.$) en de verschillende combinaties redenen.

4. Conclusie en discussie

In deze studie is onderzoek gedaan bij mensen in de tweede levensfase (40+) met lichte tot matige depressieve klachten. Dit onderzoek heeft zich gericht op de redenen van deelname aan een online life review interventie en de vraag of deze redenen gerelateerd zijn aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid. Deze studie is vernieuwend in verschillende opzichten. Allereerst was er nog niet eerder onderzoek gedaan naar de redenen van deelname bij deze specifieke doelgroep. Ten tweede was nog niet bekend met welke redenen mensen zich aanmeldden aan een online life review interventie. Bovendien was er nog niet bekend of de redenen van deelname gerelateerd zijn aan de ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding.

Life review - laagdrempelig

Een belangrijke bevinding in dit onderzoek is dat er een grote diversiteit aan redenen werd beschreven. Een online life review interventie blijkt dus inderdaad laagdrempelig omdat deze voor mensen met uiteenlopende motivaties aansprekend is. Een online life review interventie beperkt zich niet enkel tot mensen die zich aanmelden met depressieve klachten, maar spreekt

ook mensen aan die meer zingeving willen ervaren of onlangs zijn gescheiden. Dit komt overeen met de doelen van de interventie om op een laagdrempelige manier hulp te bieden. Het is dus van belang ze veelvuldig aan te bieden. Dat er een grote diversiteit aan redenen wordt gevonden kan zijn omdat volwassenen gemakkelijk bereikt worden door cursussen met een positieve insteek, zoals een online life review interventie (Fledderus et al., 2012; Westerhof et al., 2008). De positieve insteek tijdens de werving kan er voor gezorgd hebben dat niet alleen mensen zich aanmeldden wegens hun depressieve klachten, maar ook met andere redenen, zoals zingeving, welbevinden, of omdat men onlangs is gescheiden.

Pijnlijke redenen en veelheid aan redenen

Deelnemers beschreven gemiddeld vijf verschillende redenen om zich aan te melden, in een range van 1-10. Dat wil zeggen dat deelnemers zich niet bij het minste of geringste aanmeldden bij een online life review interventie, maar dit pas deden bij een veelheid aan redenen, namelijk gemiddeld vijf. Dit komt overeen met de literatuur waaruit naar voren komt dat mensen geen hulp zoeken bij de eerste symptomen, maar dit pas doen wanneer de symptomen te ernstig zijn of bij een toename van symptomen (Thompson et al., 2004; Bristow & Patten, 2002). De bevinding dat deelnemers zich gemiddeld genomen met vijf redenen aanmeldden kan de laagdrempeligheid in twijfel trekken omdat mensen dus niet bij de eerste de beste reden zich aanmeldden maar hier mee gewacht hebben tot ze verscheidenen redenen hadden. Opgemerkt dient te worden dat er binnen dit onderzoek voor gekozen is om alle symptomen van een depressie - zoals bijvoorbeeld verminderd plezier, somberheid, negatieve gedachten - apart als reden te coderen en niet onder bijvoorbeeld depressieve klachten. Dit heeft als voordeel dat er goed zichtbaar is geworden welke redenen allemaal van belang zijn voor deelnemers. Het nadeel is echter dat het gemiddeld aantal redenen fors is toegenomen en daardoor lijkt alsof de interventie niet laagdrempelig is.

De belangrijkste reden waarvoor deelnemers deelnamen, waren pijnlijke redenen; alle deelnemers beschreven tenminste één pijnlijke reden. In de literatuur wordt gevonden dat mensen vaak hulp zoeken voor klachten gerelateerd aan de depressie zelf of ander lijden (Bristow & Patten, 2002; Pieters & Heilemann, 2010; Dew et al., 1988). De pijnlijke redenen die in dit onderzoek naar voren kwamen en gerelateerd waren aan de depressie zelf, zoals de symptomen van een depressie en de samenhangende functionele beperkingen zoals lichamelijke klachten, sociale verandering en toename van het gebruik van middelen, worden ook gevonden in de literatuur (Thompson et al., 2004; Bristow & Patten, 2002; Dew et al., 1988; Pieters & Heilemann, 2010).

Pijnlijke redenen die voor zover bekend niet worden gevonden in de literatuur, en dus vernieuwend zijn, zijn het meemaken van een life-event, zoals een scheiding of het overlijden van een naaste, en het hebben van onverwerkte ervaringen. Dat deze redenen veel werden beschreven, kan te maken hebben gehad met het feit dat er tijdens de werving werd verwezen naar de website van de interventie. Op deze website stond beschreven dat er binnen de life review interventie aandacht was voor moeilijke herinneringen en moeilijke gebeurtenissen. Deze beschrijvingen lijken dus zeer aansprekend voor mensen.

Een belangrijk component bij het zoeken naar hulp is de bewustwording van verandering in de eigen geestelijke gezondheid (Thompson et al., 2004; Jorm et al., 1997; Pieters & Heilemann, 2010). Het is waarschijnlijk dat wanneer mensen zich aanmelden met pijnlijke redenen zich bewust zijn dat deze toestand anders is dan hun gewoonlijke geestelijke gesteldheid. De vraag is echter hoe deelnemers zich bewust zijn geworden van deze veranderingen. Een mogelijkheid is dat deelnemers zich hebben herkend in de tekst over somberheids- en spanningsklachten, moeilijke herinneringen en gebeurtenissen die op de website van de online life review beschreven stond en zich daardoor bewust zijn geworden. Het kan ook dat deelnemers zich bewust zijn geworden dat ze veel klachten/symptomen ervoeren en deze op verschillende levensgebieden verstorend waren, waardoor dit bewustzijn is ontstaan. Gezien het feit dat deelnemers zich gemiddeld genomen met veel redenen aanmeldde is dit aannemelijk. Meer onderzoek is nodig om er achter te komen wat zorgt voor de bewustwording van verandering in de eigen geestelijke gezondheid.

Alleen pijn vaak niet voldoende

Ondanks dat bij alle deelnemers tenminste één pijnlijke reden werd gevonden, is het opvallend dat driekwart van de deelnemers een combinatie van pijnlijke redenen met positieve en/of cursusgerichte redenen beschreef. Slechts een kwart van de deelnemers beschreven alleen pijnlijke redenen. Hieruit kan worden opgemaakt dat alleen het ervaren van de pijnlijke symptomen van een depressie of ander lijden, of het te ernstig zijn van dit lijden, voor de meeste deelnemers dus niet voldoende is om hulp te zoeken. Er moet een verlangen of hoop naar iets beters aanwezig zijn en/of er dienen aspecten in de cursus te zitten die dusdanig aansprekend zijn voor de deelnemer dat de deelnemer de stap neemt om hulp te zoeken. Het lijkt dan ook belangrijk om alle drie deze aspecten te benadrukken in de werving naar deelnemers.

Pijnlijke en positieve redenen

Naast de pijnlijke redenen werd door iets minder dan de helft van de deelnemers positieve redenen van deelname beschreven. Deelnemers beschreven dat ze deelnamen omdat ze hun welbevinden wilden verbeteren of opzoek waren naar zingeving. De positieve reden 'behoefte aan inzicht' werd ook gevonden in de literatuur; Pieters en Heilemann (2010) beschreven dat vrouwen aangaven dat ze hun gevoel wilden leren accepteren en begrijpen. Tevens worden in dit artikel termen gebruikt als 'ik wil me goed voelen', wat overeenkomt met de beschrijvingen in dit onderzoek die betrekking hebben op het willen verbeteren van het welbevinden (Pieters en Heilemann, 2010). Vergelijkbaar aan de reden 'behoefte aan handvatten' wordt in het artikel van Pieters en Heilemann (2010) de pijnlijke reden 'bewustzijn van de limieten om het zelfstandig op te lossen' gevonden. In het artikel van Thompson et al., (2004) werd een soortgelijke reden gevonden. Deelnemers beschreven ook in mijn onderzoek deel te nemen omdat ze verwachtten handvatten te krijgen. Dit is een insteek die een bepaalde kracht bevat om iets aan het lijden te willen veranderen in plaats van alleen het bewustzijn van deze pijn. Dientengevolge is deze reden dan ook onder positieve redenen geplaatst.

Veel deelnemers beschreven als positieve reden dat zij op zoek waren naar zingeving, een reden die niet eerder werd gevonden in de literatuur. Dit kan er mee te maken hebben dat zingevingsproblematiek gerelateerd is aan psychische problematiek zoals een depressie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Mensen zouden daardoor sterker de behoefte kunnen hebben om hun leven zin te geven en doelen te vinden die hun leven weer waardevol maken. Daarnaast blijken kwalitatief goede relaties een belangrijke reden waarom mensen zin ervaren in het leven (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Interessant is dat in het onderzoek naar voren komt dat veel deelnemers minder behoefte hebben aan contact, moeite hebben om contact te onderhouden, zich eenzaam voelen of belangrijke naasten zijn verloren. Een mogelijkheid is dat mensen hierdoor minder zingeving ervoeren en zich daardoor aanmeldden met de wens om meer zingeving te ervaren. Mede omdat er in de werving naar voren komt dat interventie bijdraagt aan meer betekenis aan het leven.

Voor veel deelnemers blijkt alleen het lijden dus niet voldoende, maar dient er ook een verlangen of hoop te zijn op betere tijden om de stap naar hulp te zetten. Een mogelijkheid is dat mensen door de pijnlijke redenen zich ervan bewust zijn dat hun geestelijke toestand anders is dan hun wezenlijke toestand. Wat zorgt voor een onaangenaam gevoel, omdat dat beeld niet overeenstemt met het beeld dat de persoon van zichzelf had, ofwel de persoon ervaart cognitieve dissonantie (Miller & Rollnick, 2005). Wanneer een persoon cognitieve dissonantie ervaart, probeert een persoon dit op te lossen. In het gunstige geval probeert hij/zij

de dissonantie op te lossen door actief iets aan het onaangename gevoel te doen, bijvoorbeeld door hulp te zoeken. Dit kan verklaren dat veel deelnemers zich naast de pijnlijke redenen hebben aangemeld met positieve redenen, omdat de onderliggende pijn voor een interne (onbewuste) kracht zorgt om iets aan dit lijden te doen, wegens de cognitieve dissonantie die zij ervaren. Cognitieve dissonantie wordt als een belangrijke factor gezien in de motivatie tot behandeling (Miller & Rollnick, 2005). Belangrijk lijkt dan ook om naast de pijnlijke aspecten in de werving aandacht te besteden aan aspecten die de wenselijke toestand van de deelnemers omschrijven zodat deelnemers zich meer bewust worden van deze discrepantie.

Pijnlijke redenen en cursusgerichte redenen

Door de helft van de deelnemers werd naast de pijnlijke redenen cursusgerichte redenen beschreven. Deelnemers beschreven bijvoorbeeld dat ze net bezig waren om een autobiografie te schrijven en op dat moment in de advertentie lazen dat het ging om een cursus gericht op autobiografisch schrijven en dat dit heeft gemaakt dat ze wilden deelnemen. Dit lijkt op de in de literatuur gevonden ‘meant to be’ waar deelnemers omschreven dat zij de advertentie van de therapie precies op het goede moment in hun leven zagen (Pieters & Heilemann, 2010). Deelnemers beschreven dat een reden om deel te nemen was dat de interventie online werd aangeboden, zodat het werken aan klachten op een zelf te bepalen moment mogelijk werd. In de literatuur wordt gevonden dat een flexibel schema van de therapie een motivatie kan zijn voor deelname (Pieters & Heilemann, 2010; Cuijpers & Schuurmans, 2007).

Redenen die naar voren kwam als life review specifiek hadden betrekking op het schrijven, de wens om ervaringen te delen en een bijdrage willen leveren aan wetenschappelijk onderzoek. Dat deze cursusgerichte redenen veel werden beschreven kan er mee te maken hebben gehad dat er op de website van de online life review interventie aandacht werd besteed aan deze aspecten (Bohlmeijer et al., 2010). Opvallend is dat het helend effect van schrijven als een van de belangrijkste redenen naar voren komt in dit onderzoek. Dit kan er mee te maken hebben dat schrijven herkenbaar is voor de deelnemers, omdat ze al schreven en dit als positief ervoeren. Dit kan er aan bijgedragen hebben dat de stap om dit middels een geprofessionaliseerde manier te doen laagdrempelig is. De wens om ervaringen te delen en een bijdrage te leveren aan wetenschappelijk onderzoek lijken daarnaast aansprekende aspecten te zijn. Literatuur wijst ook uit dat mensen met depressieve klachten emotionele steun van lotgenoten als een belangrijke reden zien om bijvoorbeeld supportgroepen te gebruiken (Houston, Cooper, & Ford, 2002). Het lijkt dan ook zinvol om

het schrijfaspect en de feedback van lotgenoten binnen de online life review interventie uit te blijven lichten tijdens de werving naar mensen.

Positieve geestelijke gezondheid en de redenen van deelname

De belangrijkste bevinding is dat er geen verband werd gevonden tussen het aantal redenen en de ervaren positieve geestelijke gezondheid (emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden) ten tijde van de aanmelding. Dit betekent dat zowel deelnemers die zich aanmeldden met weinig redenen als deelnemers die zich aanmeldden met veel redenen een hoge of lage positieve geestelijke gezondheid ervoeren. Daarnaast werd er geen verschil gevonden in de ervaren positieve geestelijke gezondheid (emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden) en de verschillende soorten redenen van aanmelding. Het blijkt dus niet zo dat deelnemers die zich alléén met pijnlijke redenen aanmeldden een lagere positieve geestelijke gezondheid ervoeren. Dit kan tevens gelden voor deelnemers die zich naast de pijnlijke redenen ook aanmeldden met positieve en/of cursusgerichte redenen.

In de literatuur wordt een matig verband gevonden tussen psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid. Mensen die meer last hebben van psychopathologie blijken meer geneigd te zijn om minder positieve geestelijke gezondheid te ervaren (Lamers, 2012). Mogelijk hadden deelnemers die zich aanmeldden met meer redenen of alleen pijnlijke redenen dan ook niet meer last van psychopathologie. Wat kan verklaren dat er geen verband wordt gevonden tussen de reden van aanmelding en de positieve geestelijke gezondheid. Gezien de grote hoeveelheid aan pijnlijke redenen lijkt het aannemelijk dat deelnemers die zich aanmeldden dan ook meer last hadden van hun psychische klachten dan van hun verminderde positieve geestelijke gezondheid. Mogelijk dat de reden van deelname dan ook gerelateerd is aan de mate van psychopathologie in plaats van de positieve geestelijke gezondheid. Onderzoek is nodig om aan te tonen of de reden van aanmelding gerelateerd is aan psychopathologie.

Bij een schaal van 0-5 scoren gemiddeld genomen deelnemers een drie op de positieve geestelijke gezondheid en de subschalen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Dit betekent dat deelnemers over het algemeen geen optimale positieve geestelijke gezondheid ervaren, maar dat deelnemers ook niet een extreem lage positieve geestelijke gezondheid ervaren op het moment dat zij hulp zoeken. Dit kan te maken hebben met de positieve insteek van de werving. Hierdoor kan het zijn dat het mensen aanspreekt die ook welbevinden ervaren waardoor hun depressieve klachten minder van invloed zijn op hun positieve geestelijke gezondheid. Het versterken van de positieve geestelijke gezondheid lijkt

echter gezien de gemiddelde scores van belang. Dit zal de depressieve klachten en de algehele levenstevredenheid ten goede komen. Deze bevindingen bevestigen daarmee het belang om aandacht te blijven houden voor het versterken van de positieve geestelijke gezondheid binnen online life review interventies, naast het verminderen van psychopathologie.

Beperkingen van het onderzoek

Er zijn een aantal beperkingen die in dit onderzoek genoemd kunnen worden. Ten eerste is het codeerschema zelfstandig ontwikkeld zonder een tweede codeur. Hierdoor is het niet mogelijk geweest om de interbeoordelaarbetrouwbaarheid te berekenen. Er dient dan ook rekening gehouden te worden met de subjectiviteit van de toekenning van de codes aan de verschillende redenen van deelname, ondanks dat deze na feedback van externe begeleiders meerdere malen kritisch beoordeeld zijn en zo nodig aangepast. Aanbeveling voor vervolg onderzoek is dan ook om met meerdere codeurs te werken in deze fase van het onderzoek om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.

Ten tweede moet rekening gehouden worden met de relatief kleine steekproef, die bovendien onevenwichtig was van samenstelling, daar de deelnemers overwegend vrouw, hoger opgeleid en werkend waren. Er dient dan ook voorzichtigheid te worden betracht met het trekken van conclusies.

Onderzoek laat zien dat er meer vrouwen lijden aan depressieve klachten dan mannen en dat vrouwen eerder geneigd zijn om hulp te zoeken voor depressieve klachten dan mannen (Hammer & Vogel, 2010; Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). Dit kan verklaren dat er meer vrouwen zich hebben aangemeld. Tevens blijkt uit de literatuur dat online interventies met name aansprekend zijn voor hoger opgeleiden, vrouwen en werkenden (Postel et al., 2010). De steekproef geeft dus op zich een representatief beeld van de doelgroep. Om de uitkomsten echter meer gewicht te geven dient vervolgonderzoek zich te richten op een grotere populatie mensen, zodat de conclusies verifieerbaar zijn voor doelgroepen anders dan die in dit onderzoek onderzocht.

Aanbevelingen toekomstig onderzoek

Binnen dit onderzoek werd inzichtelijk dat er zeer veel overlap was in de antwoorden van de deelnemers op de bij de baseline-meting gestelde vragen (wat is de reden dat u aan de cursus wilt deelnemen en wilt u zoveel mogelijk beschrijven wat uw klachten zijn waarvoor u aan de cursus wilt deelnemen). Het lijkt erop dat deelnemers moeilijk een onderscheid konden maken tussen de reden van aanmelding en de klachten waarvoor zij wilde deelnemen, omdat

op beide vragen met name klachtgerichte antwoorden naar voren kwamen. Dit kan er mee te maken hebben dat de vragen onvoldoende het onderscheid kenbaar hebben gemaakt of dat deelnemers hun eigen interpretatie hebben geven aan de vragen. Anderzijds kan het te maken hebben met dat de reden waarvoor deelnemers willen deelnemen aan een online life review interventie ook altijd (meerdere) klachten zijn en visa versa. Dit komt overeen met de literatuur waaruit naar voren komt dat mensen die hulp zoeken veelal klachten beschreven die gerelateerd zijn aan de depressie zelf om hulp te zoeken (Bristow & Patten, 2002; Pieters & Heilemann, 2010; Dew et al., 1988). In deze studie is er voor gekozen om beide antwoorden samen te coderen waardoor er geen onderscheid zichtbaar is geworden tussen de reden van aanmelding en de klachten waarvoor men aan de cursus wilde deelnemen. Geadviseerd is om in vervolgonderzoek ofwel te kiezen voor een multiple-choice vragen of een (telefonisch) semi-gestructureerd interview door een deskundige zodat er bij onduidelijkheid kan worden doorgevraagd waardoor het onderscheid tussen de antwoorden op de twee vragen zichtbaar zal worden.

Daarnaast is het aan te bevelen om in vervolgonderzoek specifiek te vragen welke positieve aspecten mensen er toe zetten om deel te nemen en welke aspecten van de cursus er voor gezorgd hebben dat ze deelnemen aan een interventie. Op deze manier zal namelijk nog beter inzichtelijk worden welke aspecten van een online life review interventies aantrekkelijk zijn voor deelnemers. Het is tevens interessant om te onderzoeken wat deelnemers bewust heeft gemaakt van de verandering van hun geestelijke gezondheid. Dit omdat dit bewustzijn en/of cognitieve discrepantie meespeelt in het zoeken naar hulp. De vraag is namelijk of dit bewustzijn komt door een toename van symptomen en/of wervingsstrategieën en in welke mate die hieraan hebben meegeholpen.

Een groot probleem bij online interventies is “non-adherence”, wat refereert aan het feit dat niet alle deelnemers deel blijven nemen of de interventie op de gewenste manier gebruiken (Kelders, 2012). In het kader van vervolgonderzoek is het interessant om bij de nameting van de online life review interventie te kijken of de non-adherence mogelijk gerelateerd is aan de reden van deelname. Het zou bijvoorbeeld mogelijk zijn dat deelnemers met alleen pijnlijke redenen eerder geneigd zijn om met de interventie te stoppen dan deelnemers die daarnaast positieve redenen hebben om deel te nemen en/of aspecten uit de cursus aansprekend vinden. De deelnemers die namelijk verschillende soort redenen beschrijven kunnen mogelijk meer gemotiveerd zijn voor deelname wat er voor zorgt dat zij de interventie ook afronden. Terwijl mensen die alleen deelnemen omdat zij van de klachten af willen mogelijk eerder geneigd zijn om te stoppen, omdat de klachten intussen zijn

afgenomen of bijvoorbeeld omdat de cursus hen niet aanspreekt en zij het daarom niet volhouden om de interventie af te ronden.

Bovendien is het interessant om te onderzoeken of de redenen van deelname mogelijk gerelateerd zijn aan de mate van psychische klachten in plaats van positieve geestelijke gezondheid. Aannemelijk is dat mensen met alleen pijnlijke redenen ook neigen tot meer psychische klachten; de vraag is echter of deze redenering juist is. Daarnaast bleek driekwart van de mensen positieve en/of cursusgerichte redenen te beschrijven. Het is dus ook mogelijk dat niet het soort reden gerelateerd is aan de mate van psychische klachten maar dat het aantal redenen mogelijk gerelateerd is.

Aanbevelingen voor de praktijk

De gevonden resultaten laten het belang zien om tijdens de werving aandacht te besteden aan zowel pijnlijke, positieve als cursusgerichte redenen. Om mensen bewust te maken dat hun geestelijke gezondheid anders is dan hun gewoonlijke geestelijke toestand dient er tijdens de werving aandacht te worden besteed aan de meest beschreven pijnlijke redenen, zodat mensen zich herkennen in deze klachten en zich bewust worden dat deze kenmerken bij een depressie horen en hiervoor effectieve hulp beschikbaar is. Het gebruik van positieve statements in de werving is aan te bevelen om de cognitieve discrepantie bij deelnemers te vergroten. Mensen zullen op deze manier mogelijk uitgedaagd worden om deel te nemen omdat zij verwachten hun cognitieve discrepantie door middel van de interventie te kunnen oplossen. Verder lijken het schrijfaspect, lotgenoten contact en het flexibele schema veelbelovende, aantrekkelijke aspecten om te benadrukken tijdens de werving. Om de interventie meer bekendheid te geven, is het daarnaast aan te raden huisartsen een rol te laten spelen in de werving gezien de huidige verschuiving in de geestelijke gezondheidszorg. Naast het verminderen van de psychische klachten hebben de resultaten nogmaals het belang bevestigd om in life review interventies aandacht te besteden aan het versterken van de positieve geestelijke gezondheidszorg.

Afsluitend

Tot slot, een online life review interventie blijkt inderdaad laagdrempelig. Deelnemers met uiteenlopende redenen voelen zich namelijk aangetrokken om deel te nemen. De depressieve klachten zelf, positieve factoren en cursusgerichte factoren blijken mensen er toe te zetten om deel te nemen. Verder onderzoek is nodig om te beoordelen of meer mensen bereikt zullen worden wanneer alle drie deze aspecten worden meegenomen in de werving.

De reden van de deelname blijkt niet gerelateerd aan de positieve geestelijke gezondheid. Een matig ervaren positieve geestelijke gezondheid ten tijde van de aanmelding bevestigt het belang van het versterken van de positieve geestelijke gezondheid middels online life review interventies.

Literatuurlijst

- Andrew, G., & Henderson, S. (2000). *Unmet need in psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 51–54.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 1088–1094. doi:10.1002/gps.1018
- Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2010). *Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G. J., Postel, M., & Lamers, S. M. A. (2010). Cursus Op Verhaal Komen. *Project Universiteit Twente*. Verkregen op 22-01-2014 via <http://cursusopverhaalkomen.nl>
- Bristow, K., & Patten, S. (2002). Treatment-Seeking Rates and Associated Mediating Factors Among Individuals With Depression. *The Canadian Journal of Psychiatry, 47*(7), 660-665.
- Collings, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review 24*(5), 583-616.
- Cook, T. M., & Wang, J. (2011). Causation beliefs and stigma against depression: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders, 133*, 86-92. doi:10.1016/j.jad.2011.03.030
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help Interventions for Anxiety Disorders: An Overview. *Current Psychiatry Reports, 9*, 284–290.

- Der-Yan, H., Sue-Huei, C., Kwang-Kuo, H., & Hai-Lang, W. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*, 662–668. doi:10.1111/j.1440-1819.2006.01580.x
- Dew, M. A., Dunn, L. O., Bromet, E. J., & Schulberg, H. C. (1988). Factors affecting help-seeking during depression in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *14*, 223-334.
- 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*(3):485-95.
- de Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos Instituut: Utrecht.
- Haight, B. K. (1992). Long-term effects of a structured life review proces. *Journal of Gerontology*, *47*, 312-315.
- Hamer, J. H. & Vogel, D. L. (2010). Men’s Help Seeking for Depression: The Efficacy of a Male-Sensitive Brochure About Counseling. *The Counseling Psychologist*, *38*(2), 296-313. doi: 10.1177/0011000009351937
- Holvast, F., Verhaak, P. F. M., Dekker, J. H., de Waal, M. W. M., van Marwijk, H. W. J., Penninx, B. W. J. H., & Comijs, H. (2012). Determinants of receiving mental health care for depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, *143*, 69–74. doi:org/10.1016/j.jad.2012.05.029
- Houston, T. K., Cooper, L.A., & Ford, D. N. (2002). Internet Support Groups for Depression: A 1-Year Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry*, *159*(12), 2062– 2068. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.2062

- Jorm, A.F. & Griffiths, K.M. (2006). Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression and anxiety. *Psychological Medicine*, 36, 3–6.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Polli, H. P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182–186.
- Kelders, S. M. (2012). *Understanding adherence to web-based interventions*. Enschede, the Netherlands: University of Twente. doi: 10.3990/1.9789036534178
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010) Change in level of positieve mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- 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.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smits, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(6), 1163–1173. doi:10.1017/S0033291711002042
- Korte, J., Cappeliez, P., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2012). Meaning in life and mastery mediate the relationship of negative reminiscence with psychological distress among older adults with mild to moderate depressive symptoms. *European Journal of Ageing*, 9, 343-351. doi:10.1007/s10433-012-0239-3

- Korte, J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Mediating Processes in an Effective Life-Review Intervention. *Psychology and Aging, 27*(4), 1172-1181. doi: 10.1037/a0029273
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, relevance and implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente. doi: 10.3990/1.9789036533706
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, doi: 10.1027/1015-5759/a000109
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011) Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99-110.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (submitted). Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology: Findings from a longitudinal representative panel study.
- Lawrence, V., Banerjee, S., Bhugra, D., Sangha, K., Turner, S., & Murray, J. (2006). Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine, 36*, 1375-1383.
- Leavey, G., Rothi, D., & Paul, R. (2011) Trust, autonomy and relationships: The help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *Journal of Adolescence, 34*, 685-683.
- Lindsey, M. A., Korr, W. S., Broitman, M., Bone, L., Green, A., & Leaf, J. P. (2006). Help-Seeking Behaviors and Depression among African American Adolescent Boys. *Social Work, 51*(1). 49-58.
- Marcus, M., Taghi Yasamy, M., Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012).

- DEPRESSION A Global Public Health Concern. *World Health Organization, Sixty-fifth world health assembly*. Verkregen op 1-10-2012 via http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf
- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem: Ekkesia.
- Pieters, H. C., & Heilemann, M. V. (2010). "I Can't Do it on My Own": Motivation to Enter Therapy for Depression among Low Income, Second Generation, Latinas. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 279-287, doi:10.3109/01612840903308549
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on Psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 16*(5), 541–558 doi: 10.1080/13607863.2011.651434
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (2010). Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 12*(4), 1-12. doi:10.2196/jmir.1642
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & de Jong, C. A. J. (2011). Characteristics of problem drinkers in e-therapy versus face-to-face treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(6), 537-542.
- Postel, M. G., de Jong, C. A. J., & de Haan, H. A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2393.
- Schalken, F. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Scott, J., Eccleston, D., & Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry, 161*, 633–637.
- Sherwood, C., Salkovskis, P. M., & Rimes, A. K. (2007). Help-Seeking for Depression: The

Role of Beliefs, Attitudes and Mood. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 541-554. doi:10.1017/S1352465807003815

Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 810-817. doi:10.1007/s00127-004-0816-7

Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). *Handboek Psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Wang, P. S., Angermeyer M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., . . . Fayyad, J. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 177–185.

Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society*, 30(4), 697-721. Doi: 10.1017/S0144686X0999

Westerhof, G. J., Maessen, M., de Bruijn, R., & Smets, B. (2008). Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults: An application of the theory of planned behavior. *Ageing and Mental Health*, 12, 317-322.

Wong, P.T.P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and applications*. London: Taylor & Francis, pp. 22-35.

Wood, A. M., & Joseph, S. (2009). The absence of positive psychological (eudemonic) well-

being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122-213.