

Wat zijn behandelmotieven en beschermende factoren van deelnemers
aan de positief psychologische interventie ‘Dit is jouw leven’?

*Een exploratief onderzoek naar behandelmotivatie, beschermende factoren
en hun relatie met zelfcompassie en welbevinden.*

Patty Rupert (S1383671)

Masterthesis Positieve Psychologie en Technologie

29 juli 2015

1^e begeleidster: MSc. M. Schotanus-Dijkstra

2^e begeleidster: Dr. S. Drossaert

Abstract

Background. The last fifteen years positive psychology has led to a shift from psychopathology to optimal functioning and well-being. However, there is little research conducted into the reasons why people participate in a positive psychological intervention.

Aim. The current exploratory study aimed to gain more insight into the motivations of people to participate in the positive psychological self-help intervention "This is your life."

Method. The intervention group ($N=137$) received the book and email counseling. In the present study 122 ($N=122$) introduction emails of the participants were used in a content analysis. The data were analyzed inductively by the open coding principle and were divided into two main codes from the literature regarding suffering and protective factors. The coding scheme consisted of 2 main codes and 11 subcodes. These codes were then related to the change scores ($T1-T0$) of the MHC-SF and SCS-SF.

Results. Two forms of treatment motivation were found about suffering namely suffering caused by internal factors (inadequate coping skills and rumination / worry) and suffering caused by external factors (work-related stress, stress on family life, illness and loneliness). A large number of participants stated they suffered from work-related stress ($n=43$) and illness ($n=35$) and had the primary goal to learn how to cope with this. Protective factors that were mentioned in the emails were social support, hobbies and engaging in activities. Engaging in activities and work-related stress were found to relate positively ($r = .211, p = < .05$). The change scores of the MHC-SF and SF SCS were also found to be positively related ($r = .606, p = < .01$).

Conclusion. This research has led to a better understanding of the motivation for treatment and protective factors of participants of 'This is your life' and could contribute to the recruitment and implementation of positive psychological interventions. Future research could focus on recruiting other target groups in order to check whether the same or other treatment motivations and protective factors can be found.

Samenvatting

Achtergrond. Positieve psychologie heeft de laatste vijftien jaar tot een verschuiving geleid van psychopathologie naar optimaal functioneren en welbevinden. Er is echter nog weinig onderzoek uitgevoerd naar de redenen waarom men deelneemt aan een positief psychologische interventie.

Doel. Het huidige exploratieve onderzoek had als doel meer inzicht te verkrijgen in de motivaties van mensen om deel te nemen aan de positief psychologische zelfhulp interventie ‘Dit is jouw leven’.

Methode. De interventiegroep ($N=137$) ontving het boek en emailbegeleiding. In het huidige onderzoek werden 122 ($N=122$) voorstelemails van de deelnemers onderworpen aan een inhoudsanalyse. De data werden inductief geanalyseerd volgens het open coding principe en ondergebracht in 2 hoofdcodes uit de literatuur met betrekking tot lijden en beschermende factoren. Daarmee bestond het codeerschema uit 2 hoofdcodes en 11 subcodes. Deze codes werden vervolgens gerelateerd aan de verschillen (T1-T0) van de MHC-SF en SCS-SF.

Resultaten. Er werden 2 vormen van behandelmotieven omtrent lijden genoemd namelijk lijden veroorzaakt door interne factoren (inadequate copingsvaardigheden en ruminatie/ piekeren) en lijden veroorzaakt door externe factoren (werkstress, stress omtrent het gezinsleven, ziekte en eenzaamheid). Een groot aantal deelnemers gaf aan last te ondervinden van werkstress ($n=43$) en ziekte ($n=35$) en hadden voornamelijk als doel om te leren hoe hiermee om te gaan. Beschermende factoren die genoemd werden in de voorstelemails waren sociale steun, hobby's en ondernemendheid. Ondernemendheid en werkstress bleken positief samen te hangen ($r = .211, p = < .05$). Ook bleken de verschillen van de MHC-SF en de SCS-SF positief samen te hangen ($r = .606, p = < .01$).

Conclusie. Dit onderzoek heeft geleid tot een beter beeld van de behandelmotivatie en beschermende factoren van deelnemers aan ‘Dit is jouw leven’ en zou een bijdrage kunnen leveren aan de werving en implementatie van positief psychologische interventies.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de werving van andere doelgroepen om na te gaan of dezelfde of andere behandelmotieven en beschermende factoren worden beschreven.

Inhoudsopgave

Abstract	2
Samenvatting	3
Inleiding	5
Positieve psychologie	5
Positief psychologische interventies	6
Online counseling	6
Behandelmotivatie	8
Beschermdende factoren	9
Huidig onderzoek	9
Methode	11
Design	11
Setting	11
Codering	12
Meetinstrumenten	17
Data-analyse	17
Resultaten	19
Demografische gegevens	19
Behandelmotieven	20
Beschermdende factoren	22
Woordwolk van de voorstelemails	23
Onderlinge correlaties	24
Discussie	28
Bevindingen	28
Sterke kanten en beperkingen	29
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktijk	30
Bronnen	32
Bijlagen	38
Advertentie ‘Dit is jouw leven’	38
Voorstelemail	39
Samengenoemde behandelmotivaties en beschermdende factoren	40

Inleiding

Positieve psychologie

De focus van psychologie lag jarenlang op de behandeling van psychopathologie. Mentale gezondheid is echter meer dan de afwezigheid van ziekte. Zo pleitten Seligman en Csikszentmihalyi (2000) voor een volledig beeld van de mentale gezondheid waarin zowel de negatieve als de positieve aspecten van de mentale gezondheid erkend worden: de positieve psychologie. Om deze reden heeft de opkomst van de positieve psychologie de laatste vijftien jaar tot een verschuiving geleid van psychopathologie naar optimaal functioneren en welbevinden (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2015).

De World Health Organization (WHO) definieert mentale gezondheid als volgt: *“A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”* (WHO, 2005, p.2). Volgens Schueller en Parks (2014) is welbevinden de ervaring van geluksgevoelens, optimisme en meer positieve emoties dan negatieve emoties. Wanneer men een hoge mate van welbevinden ervaart zal men beter in staat zijn om met stressvolle gebeurtenissen om te gaan (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009). Ook kan welbevinden de symptomen van depressie verminderen, zorgen voor sneller herstel van psychische en lichamelijke aandoeningen en is welbevinden een beschermende factor voor het ontstaan van psychopathologie (Sin & Lyubomirsky, 2009; Lamers, 2012).

Welbevinden bestaat uit drie factoren namelijk: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden (Bohlmeijer et al., 2015). Bij emotioneel welbevinden gaat het om de subjectieve ervaring van welbevinden waarbij optimisme en tevredenheid met het eigen leven centraal staan (Bohlmeijer, Westerhof, Bolier, Steeneveld, Geurts & Walburg, 2013; Diener & Chan, 2011). Tevens blijkt uit onderzoek dat mensen met een hoge mate van emotioneel welbevinden gezonder zijn en langer leven (Diener et al., 2011). Psychologisch welbevinden is de effectieve functionering van het individu in de vorm van zelfrealisatie (Bohlmeijer et al., 2015). Om psychologisch welbevinden te bewerkstelligen zijn de volgende criteria belangrijk: doelgerichtheid, persoonlijke groei, omgevingsbeheersing, autonomie, zelfacceptatie en positieve relaties (Ryff, 1989). Tot slot staat bij sociaal welbevinden de effectieve functionering in de maatschappij centraal (Bohlmeijer et al., 2015). Hierbij gaat het er om dat men begrip heeft van de maatschappij, hierin participeert en zich thuis voelt (Keyes, 1998).

Samenvattend is welbevinden de ervaring van plezier, persoonlijke groei en maatschappelijke betrokkenheid (Bohlmeijer et al., 2013). Het vergroten van welbevinden in de algemene bevolking is van belang omdat het een bijdrage zou kunnen leveren aan de vermindering van ziekteverzuim, verhoging van de productiviteit en de preventie van psychische stoornissen (Bohlmeijer et al., 2013).

Positief psychologische interventies

Het welbevinden kan worden vergroot door de inzet van positief psychologische interventies (PPI's) (Proyer, Gander, Wellenzohn & Ruch, 2015; Garland, Geschwind, Peeters & Wichers, 2015). Deze interventies zijn gericht op de versterking van competenties zoals de bewustwording en bekrachtiging van positieve emoties, persoonlijke waarden, behoeften en sterke kanten (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Verder zijn het onderhouden van positieve relaties en het omgaan met tegenslag en lijden belangrijke concepten in PPI's (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013).

Uit een meta-analyse bleek dat het effect van PPI's op het psychologisch en emotioneel welbevinden significant toenam en depressieve symptomen significant afnamen (Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer, 2013). De behandelingen uit deze meta-analyse bestonden uit zelfhulpinterventies, groepstrainingen en individuele therapie. De gemiddelde effectgroottes bleken echter klein, $d = .20$, $d = .23$ en $d = .34$ voor respectievelijk emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en depressie (Bolier et al., 2013). Wel bleven deze effecten tot drie of zes maanden na de interventie behouden (Bolier et al., 2013).

Online counseling

Online counseling is gebaseerd op voorgeschreven behandelmethoden die aangeboden worden via het internet (Barak, Klein & Proudfoot, 2009). Deze behandelmethoden kunnen bestaan uit advies, informatie, behandeling, begeleiding of nazorg (Schalken et al., 2010).

Volgens Munoz (2010) kunnen nooit genoeg hulpverleners worden opgeleid om alle hulpbehoevenden van behandelingen te kunnen voorzien. Hierbij zou online counseling een uitkomst kunnen bieden. Met behulp van het internet zouden namelijk groepen bereikt kunnen worden die anders wellicht niet bereikt zouden worden (Bergsma, 2007; Huppert, 2009; Crisp et al., 2014). Online counseling kan daarom van toegevoegde waarde zijn voor mensen die niet in staat zijn om deel te nemen of geen toegang krijgen tot de reguliere gezondheidszorg. Dit kan bijvoorbeeld doordat men zich schaamt, angst ervaart voor stigmatisering, op een

wachtlijst is geplaatst of een andere taal spreekt dan de begeleiders (Munoz, 2010; Griffiths et al., 2006).

Ook kan online counseling worden aangeboden ter ondersteuning van reguliere therapie of als nazorg om terugval te voorkomen (Griffiths et al., 2006). Andere voordelen van online counseling zijn de laagdrempeligheid, flexibiliteit, kosteneffectiviteit en de efficiënte opslag van grote hoeveelheden persoonlijke informatie (Schalken et al., 2010; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira 2008; Munoz, 2010, Griffiths et al., 2006). Verder blijkt de anonimiteit en de onafhankelijkheid van tijd en plaats gunstig (Schalken et al., 2010; Barak et al., 2008; Cook & Doyle, 2002; Munoz, 2010, Griffiths et al., 2006).

Een groot nadeel waar online counseling mee te maken heeft is de lage adherentie (Schalken et al., 2010). Om vroegtijdige uitval van deelnemers te voorkomen en daarmee de effectiviteit te verbeteren wordt soms begeleiding aangeboden bij een online zelfhulp interventie (Schalken et al., 2010). Een ander nadeel is de indirecte vorm van communicatie waardoor face-to-face contact vaak wordt gemist (Schalken et al., 2010). Bij face-to-face contact is er namelijk ook sprake van non-verbale communicatie zoals lichaamstaal en intonatie. Online counseling kan daarom leiden tot miscommunicatie. Bovendien blijkt het schriftelijk uiten van gevoelens soms lastig (Barak et al., 2009). Emoticons zouden hier eventueel een uitkomst kunnen bieden doordat men emoties (huilen, lachen, etcetera) dan niet meer specifiek hoeft uit te schrijven (Barak et al., 2009). Tevens dienen therapeuten opgeleid te worden om de vaardigheden aan te leren die nodig zijn voor online counseling zoals het lezen tussen de regels door (Barak et al., 2009).

Online counseling is in enkele opzichten vergelijkbaar met traditionele face-to-face behandeling omdat het voornamelijk bestaat uit informatieve en interactieve aspecten. Zo worden cognitieve gedragstherapie of psycho-educatie ook ingezet bij online counseling (Barak et al., 2008). Verder is het opbouwen en onderhouden van een professionele relatie tussen cliënt en therapeut vergelijkbaar met traditionele behandelingen (Barak et al., 2008). De interactie tussen cliënt en therapeut bleek dan ook een doorslaggevende factor te zijn met betrekking tot de effectiviteit van een online counseling. Zo bleken interactieve zelfhulp behandelingen het meeste effect te hebben in vergelijking met zelfhulp behandelingen met automatische feedback of psycho-educatie zonder enige vorm van feedback (Barak et al., 2008; Barak et al., 2009). Het is echter nog onduidelijk welke behandeling het beste werkt en voor wie (Seear & Vella-Brodrick, 2013).

Hoewel er in eerdere onderzoeken veel aandacht is besteed aan de evaluatie van online PPI's is er nog weinig bekend over wie er deelnemen aan deze behandelingen. Slechts enkele

onderzoeken hebben zich gericht op de karakteristieken van deelnemers zoals geslacht, persoonlijkheidstrekken of leeftijd (Oliver, Pearson Coe & Gunnel, 2005; Tsan & Day, 2008; Ybarra & Suman, 2008; Parks, Della Porta, Pierce, Zilca & Lyubomirsky, 2012). Zo vonden Parks et al. (2012) dat de deelnemers van PPI's voornamelijk vrouwen waren met een hoge opleiding. Hierbij rapporteerde de ene helft van de deelnemers hoge depressieve symptomen en de andere helft voelde zich niet gelukkig maar had ook geen dermate hoge depressieve symptomen dat een klinische depressie waarschijnlijk was (Parks et al., 2012). Het is nog onduidelijk waarom deze mensen deelnemen aan online PPI's oftewel de behandelmotivatie.

Behandelmotivatie

Over de betekenis van het woord motivatie bestaat verwarring aangezien er twee verschillende concepten mee worden bedoeld. Het ene concept gaat uit van het motief om deel te nemen aan een behandeling het andere legt de nadruk op het actief deelnemen en volhouden van een behandeling. Ter verduidelijking, het eerste concept van motivatie wordt ook wel 'de motivatie om de behandeling te starten' genoemd en het tweede concept 'de motivatie om de behandeling vol te houden en te voltooien' (Drieschner, Lammers & Van der Staak, 2004). Dit huidige onderzoek zal zich richten op de eerste opvatting namelijk de motivatie van deelnemers om te starten met de behandeling, oftewel de behandelmotivatie.

Volgens Lent (2004) bestaat behandelmotivatie uit 2 categorieën: (1) het verlangen naar symptoomreductie en herstel van levenstevredenheid (de ongelukkige cliënt) en (2) het verlangen naar persoonlijke groei, ontwikkeling, begrip of verandering (de zelf-actualiserende cliënt). Waarbij geldt dat de eerste categorie het meest voorkomt als motivatie om hulp te zoeken (Lent, 2004). Deze cliënten ervaren namelijk een toename van negatief affect en afname van positief affect en levenstevredenheid (Lent, 2004). Vaak komen deze gevoelens voort uit specifieke probleemsituaties, negatieve levensgebeurtenissen of levensdomeinen zoals relaties, werk of school (Lent, 2004).

De behandelmotivatie van de ongelukkige cliënt bestaat uit 3 factoren namelijk het niveau van lijden, probleemherkenning en uitkomstverwachting (Drieschner et al., 2004). De eerste factor die aanzet tot deelname is het niveau van lijden. Hierbij kan het lijden direct voortkomen uit symptomen maar bijvoorbeeld ook uit verlies van levensvreugde, piekergevoelens, een negatief zelfbeeld en schaamte (Drieschner et al., 2004; Blom et al., 2003; Hebert et al., 2006). Een tweede factor die bijdraagt aan de behandelmotivatie is de mate waarin men zijn/ haar probleem herkent. Hiermee wordt bedoeld dat men stopt met ontkennen, bewust is van zijn/ haar problemen en verantwoordelijkheid neemt voor het eigen

gedrag (Drieschner et al., 2004). Tot slot speelt de uitkomstverwachting van de deelnemer een grote rol bij behandelmotivatie. Het gaat hierbij om de verwachting die de deelnemer heeft met betrekking tot de effectiviteit van de behandeling. Deelnemers baseren deze verwachting op hun ervaringen met eerdere interventies en de gepercipieerde deskundigheid en geloofwaardigheid van de huidige interventie (Rutherford, Wager & Roose, 2010; Zoonen, Kleiboer, Beekman, Smit, Boerema & Cuijpers, 2014). Wanneer het niveau van lijden hoog is, het eigen probleem herkent wordt en de uitkomstverwachting gunstig is zal men sneller deelnemen aan een interventie.

Dit huidige onderzoek richt zich op het niveau van lijden omdat dit wordt gezien als primaire motivatie om deel te nemen aan een behandeling (Crisp et al., 2014; Lent, 2004). Degenen met de meeste behoefte aan hulp zullen waarschijnlijk eerder deelnemen dan mensen met minder hulpbehoefte. Een hoge mate van stress wordt namelijk gerelateerd aan grotere interesse in deelname aan een behandeling (Crisp et al., 2014).

Beschermende factoren

Sociale steun blijkt volgens vele onderzoeken positief gerelateerd te zijn aan behandelmotivatie en vormt daarom een beschermende factor in tijden van persoonlijk lijden (Gerdner & Holmberg, 2000; Seyfi, Poudel, Yasuoka, Otsuka & Jimba, 2013; Vogel, Wade, Wester, Larson & Hackler, 2007; Zoonen et al., 2014; Nagai, 2015). Wanneer men gestimuleerd wordt door zijn/ haar partner, familie of vrienden leidt dit eerder tot het zoeken van professionele psychologische hulp dan wanneer men sociaal geïsoleerd is (Seyfi et al., 2013; Zoonen et al., 2014; Vogel et al., 2007; Nagai, 2015). Tevens zoekt men sneller hulp wanneer men angst voelt om deze sociale steun te verliezen (Gerdner et al., 2000). Partners kunnen met name van grote waarde zijn bij het zoeken naar hulp. Wanneer partners het zoeken naar hulp aanraden of eerder zelf hulp hebben gezocht zal dit de behandelmotivatie positief beïnvloeden (Vogel et al., 2007).

Verder leiden werk of andere dagbestedingen tot meer zelfvertrouwen en tijdsstructuur en vormen daarom een beschermende factor (Reif, Morgan, Ritter & Tompkins, 2004). Dit zou vervolgens leiden tot behandelmotivatie, betere participatie en een groter effect met betrekking tot de interventie (Reif et al., 2004).

Huidig onderzoek

Het huidige onderzoek is een exploratief onderzoek met betrekking tot de voorstelemails van deelnemers waarin zij persoonlijke motivaties en doelen beschrijven. Het doel van dit

onderzoek is om te identificeren waarom mensen deelnemen aan de positief psychologische zelfhulp interventie ‘Dit is jouw leven’. Daarom richt dit onderzoek zich op de analyse van de gerapporteerde behandelmotieven in de voorstelemails.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van data uit het onderzoek van Schotanus-Dijkstra, Drossaert, Pieterse, Wahlburg en Bohlmeijer (2015). Zij onderzochten de effectiviteit van de multicomponente interventie ‘Dit is jouw leven’ en vonden dat 58.2% van de deelnemers de module ‘Zelfcompassie’ een hoge waardering toekenden (Schotanus-Dijkstra et al., 2015). Bovendien gaf meer dan de helft van de deelnemers (58.2%) aan tijdens de interventie veel tijd te hebben besteed aan zelfcompassie. Zelfcompassie is de acceptatie van eigen menselijkheid ten opzichte van lijden en tekortkomingen middels zorgzaamheid en vriendelijkheid (Neff, 2003). Bovendien bleek zelfcompassie negatief gerelateerd te zijn aan depressie, angst, piekeren, zelfkritiek en stress (Van den Brink & Koster, 2013; Trompetter, De Kleine & Bohlmeijer, 2016). Tevens is uit onderzoek gebleken dat het vergroten van zelfcompassie leidt tot een vergroting van welbevinden (Allen, Goldwasser & Leary, 2012; Trompetter et al., 2016).

Vermoed wordt dat bovenstaande factoren onderling samenhangen maar de precieze relatie tussen behandelmotivatie, beschermende factoren, welbevinden en zelfcompassie is nog niet eerder onderzocht. Om deze reden richt dit onderzoek zich tevens op de relatie tussen zelfcompassie, welbevinden, behandelmotivatie en beschermende factoren. De onderzoeksvragen die hierbij zijn opgesteld luiden als volgt:

1. Welke behandelmotieven omtrent lijden worden beschreven in voorstelemails van deelnemers aan de positief psychologische zelfhulpinterventie 'Dit is jouw leven'?
 - a. Welke categorieën behandelmotieven omtrent lijden kunnen hieruit geïdentificeerd worden?
 - b. Bestaat er onderlinge correlatie tussen de categorieën van behandelmotieven?
2. Welke beschermende factoren worden beschreven in voorstelemails van deelnemers aan de positief psychologische zelfhulpinterventie ‘Dit is jouw leven’?
 - a. Welke categorieën beschermende factoren kunnen hieruit geïdentificeerd worden?
 - b. Bestaat er onderlinge correlatie tussen de categorieën van beschermende factoren en behandelmotieven?
3. Welke mensen met welke behandelmotivatie en beschermende factoren hebben het meeste baat bij de cursus met betrekking tot het niveau van welbevinden en zelfcompassie na afloop van de interventie?

Methode

Design

Het huidige onderzoek maakte deel uit van een grootschalig effectonderzoek dat is uitgevoerd door Schotanus-Dijkstra, Drossaert, Pieterse, Walburg en Bohlmeijer (2015). Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen omtrent lijden en beschermende factoren werden de voorstelemails van de deelnemers aan de interventie “Dit is jouw leven” onderworpen aan een inhoudsanalyse. De gevonden codes werden vervolgens gerelateerd aan de scores van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en de Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF).

Setting

Interventie ‘Dit is jouw leven’

Het zelfhulpboek ‘Dit is jouw leven’ is gericht op het vergroten van het welbevinden door middel van positief psychologische oefeningen. Het boek bestond uit 8 componenten namelijk: positieve emoties, ontdekken van sterke kanten, het gebruiken van sterke kanten, optimisme, zelfcompassie, posttraumatische groei, positieve relaties en spiritualiteit. De interventie duurde acht tot twaalf weken waarbij elke week een ander component van welbevinden aan bod kwam.

De deelnemers werden geworven in januari 2014 door middel van advertenties in de Metro, Volkskrant, Trouw en de online nieuwsbrief van Psychologie Magazine (zie bijlage 1). In deze advertenties werd het onderzoek omschreven als: 'Haal het beste uit uzelf in 2014' en 'Gelukkig worden en blijven, Hoe doe je dat?'. De titel van het boek: ‘Dit is jouw leven. Ervaar de effecten van de positieve psychologie.’ werd in de advertenties dus niet genoemd. Wanneer men geïnteresseerd was in deelname werd verwezen naar de website www.veerkrachtenwelbevinden.nl. Op deze website stond informatie over het onderzoek en was er mogelijkheid tot aanmelding.

De volgende inclusiecriteria golden voor het effectonderzoek: de deelnemers hadden een minimale leeftijd van 18 jaar en een maximale leeftijd van 65 jaar, waren bereid zich 4 uur per week 8 tot 12 weken lang in te zetten voor de interventie, beheersten de Nederlandse taal voldoende om de vragenlijsten in te vullen en de interventie zelfstandig te kunnen doorlopen, beschikten over een internetverbinding en een geldig emailadres, scoorden laag of matig op het niveau van welbevinden (een score van maximaal 10) volgens de MHC-SF en gaven toestemming voor deelname aan het onderzoek door middel van het informed consent.

Tevens golden hierbij de volgende exclusiecriteria: deelnemers met aanwezigheid van matige tot ernstige depressieve klachten of angstklachten werden niet toegelaten. Wanneer een individu om deze reden werd geëxcludeerd, werd geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts indien klachten aanhielden of verergerden. De in- en exclusiecriteria werden niet expliciet vermeld aan de deelnemers zodat de vragenlijsten hier niet door werden beïnvloed.

Uiteindelijk bestond het RCT onderzoek van Schotanus-Dijkstra et al. (2015) uit 3 groepen: een interventiegroep met emailbegeleiding, een interventiegroep zonder emailbegeleiding en een controlegroep. In totaal werden 275 deelnemers met een laag of matig niveau van welbevinden random verdeeld over de groepen. Hierbij ontvingen 137 deelnemers ($N=137$) het boek met emailbegeleiding. Vervolgens werd een grote batterij aan zelfrapportage vragenlijsten afgenomen op 4 meetmomenten waarvan de baseline meting (T0) en een post test meting 3 maanden na de baseline meting (T1) gebruikt werden in het huidige onderzoek. De gebruikte vragenlijsten voor het huidige onderzoek worden nader toegelicht bij meetinstrumenten.

Voorstelemails

De deelnemers werden benaderd door middel van een voorstelemail van de persoonlijk begeleider (zie bijlage 2). In deze mail werd de deelnemer bedankt, stelde de begeleider zichzelf voor, kreeg de deelnemer informatie over het onderzoek en een overzicht van de activiteiten. Daarnaast werd het email contact toegelicht en werd gevraagd of de deelnemer het liefst getutoyeerd wilde worden of liever met u aangesproken werd. Afsluitend werd de volgende vraag gesteld: ‘Zou u mij aankomende zondag 16 februari of maandag 17 februari alvast een korte email willen sturen waarin u zichzelf voorstelt met daarbij wat u hoopt te bereiken met de cursus?’. De emails waarin de deelnemers ($N=137$) antwoord gaven op deze vraag werden gebruikt als data voor het huidige onderzoek. 15 deelnemers hadden geen voorstelemail geschreven en werden om deze reden geëxcludeerd uit dit onderzoek. Het totale sample van emailberichten bestond daarmee uit 122 voorstelemails ($N=122$).

Codering

De verkregen data uit de voorstelemails werden inductief geanalyseerd volgens het open coding principe (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Dit hield in dat codes gevormd werden door middel van de citaten uit de voorstelemails.

De codering betrof in totaal 7 rondes waarbij er elke ronde opnieuw werd gelezen en gecodeerd. Na elke ronde werd de overeenstemming met de andere onderzoeker gecontroleerd en het codeschema verbeterd. Verder werd besloten dat een voorstelemail meerdere codes toegekend kon krijgen maar een code slechts één keer per deelnemer kon worden toegekend.

De 11 gevormde codes werden vervolgens ondergebracht in 2 hoofdcodes aan de hand van de literatuur met betrekking tot lijden en beschermende factoren (Drieschner et al., 2004; Gerdner et al., 2000; Seyfi et al., 2013; Zoonen et al., 2014; Vogel et al., 2007; Nagai, 2015; Reif et al., 2004). De codes met betrekking tot lijden werden naderhand onderverdeeld in interne en externe factoren. Hierbij gold dat de interne factoren bestonden uit persoonlijke kenmerken zoals inadequate copingsvaardigheden en ruminatie/ piekeren. Externe factoren werden veroorzaakt door omstandigheden buiten de persoon om zoals werkstress, stress omtrent het gezinsleven, ziekte en eenzaamheid. De codes met betrekking tot beschermende factoren waren sociale steun, hobby's en ondernemendheid. Het uiteindelijke codeerschema bestond daarmee uit 2 hoofdcodes en 11 subcodes die hieronder in Tabel 1 worden toegelicht.

Tabel 1. Codeerschema

Lijden m.b.t interne factoren	Betekenis	Voorbeeldcitaat	n
Inadequate copingsvaardigheden	Problemen ervaren in de omgang met conflicten en stress. Het niet goed kunnen verminderen/ overwinnen/ tolereren van moeilijkheden.	<i>“Omdat ik er eerder nooit met iemand over kon praten, en alles altijd wegdruckte, zorgde het er ook voor dat ik er op de verkeerde manieren mee omging.” – (v, 20 jaar)</i>	39
Ruminatie / piekeren	Herhaaldelijk denken aan problemen en gevoelens zonder tot een actie/ oplossing te komen. Kan zowel op het heden of verleden gericht zijn (ruminatie) als op de toekomst (piekeren). Behoeft hebben aan het loslaten van zaken die er niet toe doen.	<i>“Ik ben van nature een piekeraar, zie vaak bergen van te voren en maak me altijd zorgen om veel mensen om me heen.” – (v, 58 jaar)</i>	17
Lijden m.b.t. externe factoren	Betekenis	Voorbeeldcitaat	n
Werkstress – loondienst	Last hebben van stress veroorzaakt door een hoge werkdruk, een laag salaris, weinig doorgroeimogelijkheden. Het ervaren van weinig uitdaging, weinig sociale steun, weinig autonomie, onduidelijkheid over verwachtingen en/ of tegenstrijdige eisen.	<i>“Wel slokt het onderwijs steeds meer tijd op aan administratieve ellende waardoor ik meer het gevoel krijg dat ik een fulltime job heb terwijl ik maar een partime aanstelling heb.” – (v, 59 jaar)</i>	29
Werkstress – werkloosheid	Last hebben van stress veroorzaakt door werkloosheid zoals een gebrek aan zingeving, tijdstructuur en gemeenschappelijke doelen,	<i>“Het niet hebben van werk is voor mij een nare zaak, omdat ik mezelf niet zo fijn voel als ik geen regelmatige werkzaamheden om handen heb.” – (v, 58 jaar)</i>	14

	sociale netwerken, identiteit en persoonlijke status.		
Stress omtrent het gezinsleven	Last hebben van stress veroorzaakt door het gezinsleven zoals het missen van balans met betrekking tot het gezin en het ervaren van druk. Behoeftte hebben aan meer rust en plezier binnen het gezin.	<i>“Ik hoop te bereiken, dat ik het drukke gezinsleven beter aan kan, thuis ben ik altijd gestresst.” – (v, 34 jaar)</i>	7
Ziekte - fysiek	Last hebben van somatische aandoeningen zoals chronische ziekten, cardiovasculaire aandoeningen, vermoeidheid etc. en hier beperkingen door ervaren in het dagelijks leven.	<i>“Want daarnaast is er vooral het feit dat ik migrainepatiënt ben en een aantal dagen per week of per anderhalve week uitgeschakeld ben. Met andere woorden, dan kan ik niet ‘normaal’ functioneren en bestaat de dag vooral uit de worsteling om die dag weer door te komen...” – (v, 45 jaar)</i>	15
Ziekte - psychisch	Last hebben van psychische aandoeningen die het denken, voelen en handelen beïnvloeden, waardoor in het dagelijks leven beperkingen worden ervaren.	<i>“Ik heb een geschiedenis van zo nu en dan maar al wel sinds m'n 20e in therapie zijn vanwege depressieve klachten ... met periodes voel ik me minder goed, en als ik erover nadenk heb ik in het algemeen niet zo'n rooskleurige kijk op het/mijn leven en mijn toekomst” – (v, 43 jaar)</i>	20
Eenzaamheid	Gevoelens van eenzaamheid ervaren. Het missen van warme, vertrouwensvolle relaties met anderen. Het missen van empathie, affectie	<i>“Ik ben 50 jaar, woon alleen, geen partner en geen kinderen en ook geen contact met nog levende familieleden,... Nu voel ik mij nog vaak eenzaam en alleen...” – (v, 50</i>	11

	en intimiteit.	jaar)	
Beschermende factoren	Betekenis	Voorbeeldcitaat	n
Sociale steun	Het ervaren van warme, vertrouwensvolle relaties met anderen en bezig zijn met het welzijn van anderen. Het ervaren van empathie, intimiteit en affectie.	<i>“Mijn gemoed bespreek ik regelmatig met een vriendin. Zij ervaart op dit moment ook minder plezier. Daarom zijn we half januari begonnen met een 'sprankel app'. Ik stuur haar ongeveer 2x per week een filmpje of spreuk waar je blij van wordt.” – (v, 46 jaar)</i>	16
Hobby's	Het ondernemen van ontspannende activiteiten die in de vrije tijd met plezier worden uitgeoefend.	<i>“Met mijn hobby's kan me heel goed vermaken: Ik speel veel viool, piano en ben bezig met een cursus Latijn, lees de krant van a tot z... en hou van lezen/taal in het algemeen.” – (v, 44 jaar)</i>	24
Ondernemendheid	Het ondernemen van activiteiten om werkzaamheid, zingeving en tijdstructuur te creëren.	<i>“Naast deze, waarschijnlijk tijdelijke, drukte, doe ik nog vrijwilligerswerk en ondersteun ik het eenmansbedrijfje van een goede vriend op administratief en secretarieel vlak.” – (v, 45 jaar)</i>	21

Meetinstrumenten

De MHC-SF is een verkorte vorm van de Mental Health Continuum Long Form en bestaat uit 14 items. Deelnemers gaven aan hoe het de afgelopen maand met hun welbevinden gesteld was op een 6-punts Likert schaal (nooit, één of twee keer per week, ongeveer 1 keer per week, twee of drie keer per week, bijna elke dag of elke dag). Een hoge score op de MHC-SF, betekent dat men over een hoog niveau van welbevinden beschikte. De totaalscore van de positieve geestelijke gezondheid werd berekend door het gemiddelde te nemen van het totaal aantal items. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de MHC-SF beschikt over een hoge betrouwbaarheid van $\alpha=.89$ (Lamers, et al., 2011). In het huidige onderzoek was de interne consistentie ook goed te noemen ($\alpha=.88$) (Schotanus-Dijkstra et al., submitted)

De SCS-SF is een verkorte vorm van de Self Compassion Scale (SCS) en bestaat uit 12 items. De items werden gescoord op een 7-punts Likertschaal van ‘zelden of nooit’ tot ‘bijna altijd’. Hierbij dienden de items op de subschalen zelfbeoordeling, isolatie en overidentificatie omgeschaald te worden (Raes, 2010). Een hoge score op de SCS-SF houdt in dat men over een hoog niveau van zelfcompassie beschikte. De totaalscore van zelfcompassie werd berekend door het gemiddelde te nemen van het totaal aantal items. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de SCS-SF beschikt over een hoge betrouwbaarheid van $\alpha=.85$ op de voormeting en $\alpha=.88$ op de nameting (Raes, 2010).

Data-analyse

De analyses werden uitgevoerd met behulp van IBM SPSS statistics versie 23. Allereerst werd er een beschrijvende analyse uitgevoerd om de demografische gegevens van de doelgroep weer te geven. Het betrof hier de frequentie, percentages, gemiddelden en standaarddeviaties van de demografische gegevens.

De kwalitatieve analyse werd ook uitgevoerd met behulp van SPSS. Per code werd gekeken of deze wel of niet voorkwam (1 of 0) in de voorstelemail van de deelnemer. Vervolgens werden er frequentieanalyses uitgevoerd om het aantal deelnemers per subcode te analyseren.

Ook werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het totaal aantal codes getest door middel van Cohen's Kappa om de betrouwbaarheid van het codeerschema te beoordelen. De Kappa werd berekend door het totaal aantal voorstelemails te coderen en scoorde daarbij een .62. Dit betekent dat er een goede overeenstemming was en het codeerschema efficiënt bleek om de voorstelemails te coderen. Bovendien zou de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vergroot kunnen worden door de overlap tussen hobby's en ondernemendheid weg te nemen

aangezien hier sprake was van de minste overeenstemming. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door beide subcodes onder te brengen in een nieuwe subcode zoals ‘dagbesteding (anders dan werk of studie)’.

Om de subcodes te verifiëren werd er tevens gebruik gemaakt van een woordwolk. Alle relevante informatie uit de voorstelemails werd in één bestand samengevoegd en vervolgens op de website www.woordwolk.nl ingeladen. Woorden die inhoudelijk weinig toevoegden werden buiten beschouwing gelaten zoals niet-relevante werkwoorden en tussenwoorden. Hierna werd door het programma gecontroleerd hoe vaak de woorden genoemd werden in de voorstelemails. Hoe vaker het woord in de emails genoemd werd, des te groter deze werd weergegeven. Het programma op de website voegde deze woorden vervolgens samen tot een woordwolk.

De verschillen van de MHC-SF en de SCS-SF bestonden uit het verschil tussen de post-test meting (T1) en de baseline meting (T0). Waarbij gold dat een hoge verschillen score meer vooruitgang op welbevinden of zelfcompassie betekende. De onderlinge correlatie tussen de categorieën van behandelmotieven, beschermende factoren en de verschillen scores (T1-T0) werd berekend door middel van Pearson’s correlatiecoëfficiënt. In dit onderzoek werd uitgegaan van een significantieniveau van $p < 0.05$. Dit betekent dat de kans dat een correlatie op toeval beruiste kleiner was dan 5% om een significant verschil aan te tonen.

Resultaten

Demografische gegevens

De demografische gegevens van de deelnemers worden in tabel 2 weergegeven.

122 participanten hadden deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan 12.3% ($n = 15$) van het mannelijke geslacht en 87.7% ($n = 107$) van het vrouwelijke geslacht. De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen 20 tot 65 jaar met een gemiddelde leeftijd van 48.3 jaar.

87.7% had een Nederlandse nationaliteit, 12.3% gaf aan een andere nationaliteit te hebben.

Het gemiddelde opleidingsniveau was hoog. 74.6% was hoog opgeleid, 21.3% had een gemiddeld opleidingsniveau en 4.1% was laag opgeleid.

Tabel 2. Demografische gegevens deelnemers

	<i>n (%)</i>
	($N = 122$)
Leeftijd in jaren	
Gemiddelde leeftijd (<i>SD</i>)	48.3 (11.1)
Range	20 - 65
Geslacht, <i>n (%)</i>	
Vrouwelijk	107 (87.7)
Mannelijk	15 (12.3)
Opleidingsniveau, <i>n (%)</i>	
Laag	5 (4.1)
Gemiddeld	26 (21.3)
Hoog	91 (74.6)
Burgerlijke status, <i>n (%)</i>	
Getrouwd	52 (42.6)
Alleenstaand	40 (32.8)
Gescheiden	30 (24.6)
Nationaliteit, <i>n (%)</i>	
Nederlands	107 (87.7)
Anders	15 (12.3)
Arbeidssituatie, <i>n (%)</i>	
Loondienst	84 (68.9)
Werkloos	26 (21.3)
Met pensioen, student of huisvrouw	12 (9.8)

Behandelmotieven

Het totaal aantal gecategoriseerde behandelmotieven en beschermende factoren uit de voorstelemails wordt weergegeven in de bijlage. De behandelmotieven omtrent lijden werden onderverdeeld in lijden met betrekking tot interne of externe factoren. Hierbij gold dat lijden met betrekking tot interne factoren werd veroorzaakt door persoonlijke kenmerken en lijden met betrekking externe factoren werd veroorzaakt door omstandigheden buiten de persoon om. De bevindingen van de analyse worden hieronder beschreven en door middel van enkele citaten geïllustreerd.

Behandelmotieven omtrent lijden met betrekking tot interne factoren

In de voorstelemails kwamen verschillende behandelmotieven omtrent lijden met betrekking tot interne factoren naar voren. Deze behandelmotieven werden geclassificeerd en onderverdeeld in de volgende subcodes:

Inadequate copingsvaardigheden. Inadequate copingsvaardigheden was bij 39 deelnemers (32%) het motief om deel te nemen. Zij gaven aan emoties te onderdrukken en snel overstuur te raken van tegenslagen of op momenten dat de controle wegvalt. Een deelnemer (v, 20 jaar) lichtte dit als volgt toe: *“Omdat ik er eerder nooit met iemand over kon praten, en alles altijd wegdruckte, zorgde het er ook voor dat ik er op de verkeerde manieren mee omging. ... Ik kan bijvoorbeeld nog heel slecht omgaan met tegenslag en kan ook absoluut geen beeld over mijn eigen kunnen vormen, waardoor ik heel snel van het negatieve uitga en in paniek raak. ... ik merk dat sommige simpele tegenslagen me in blinde paniek kunnen krijgen, waar de meesten zich er gewoon bij neer kunnen leggen”.*

Ruminatie/ piekeren. 17 deelnemers (13.9%) gaven aan last te hebben van ruminatie/ piekeren. Hierbij werd het herhaaldelijk afwegen van voor- en nadelen, zorgen maken om anderen en moeite hebben met loslaten genoemd. Een deelnemer (v, 45 jaar) merkte hierbij op dat met name drukte en stress het piekeren uitlokt: *“In drukke tijden, als ik veel stress ervaar heb ik de neiging om te gaan piekeren. Natuurlijk weet ik dat al dat gepieker nergens toe leidt, maar het is dan toch lastig om de knopt om te zetten. Eigenlijk ben ik er van overtuigd dat als ik de dingen dan iets anders zou bekijken en benaderen er minder energie verloren gaat en alles wat makkelijker is te hanteren”.*

Behandelmotieven omtrent lijden met betrekking tot externe factoren

Tevens kwamen verschillende behandelmotieven omtrent lijden met betrekking tot externe factoren naar voren in de voorstelemails. Deze behandelmotieven werden geclassificeerd en onderverdeeld in de volgende subcodes:

Werkstress. In totaal gaven 43 deelnemers (35.2%) aan last te hebben van werkstress. Hiervan benoemden 29 deelnemers (23.8%) werknemers in loondienst te zijn die onder andere aangaven een hoge werkdruk, onzekerheid met betrekking tot de toekomst en/of weinig sociale steun van collega's te ervaren. Het ervaren van hoge werkdruk omschreef een deelnemer (v, 59 jaar) als volgt: *“Wel slokt het onderwijs steeds meer tijd op aan administratieve ellende waardoor ik meer het gevoel krijg dat ik een fulltime job heb terwijl ik maar een partime aanstelling heb”*. 14 deelnemers (11.5%) vermeldde werkloos te zijn en hierdoor veel stress te ervaren. Het missen van zingeving, tijdstructuur en moeite hebben met solliciteren en het vinden van een nieuwe baan werden hierbij genoemd. Een deelnemer (v, 50 jaar) benoemde hierbij haar gevoelens van demoralisatie: *“De periode thuis is moeilijk voor me. Ik werd er depressief van en vond het moeilijk na de zoveelste afwijzing weer aan een nieuwe sollicitatie te beginnen”*.

Stress omtrent het gezinsleven. 7 deelnemers (5.7%) beschreven last te hebben van stress omtrent het gezinsleven. Zo werd het vinden van balans tussen werk, plezier en het gezin genoemd als obstakel. Ook werd hierbij het uitten van negatieve gevoelens en gemopper genoemd. Een deelnemer (v, 35 jaar) lichtte de stress die zij ondervindt als volgt toe: *“Ik zou graag meer rust vinden, mijn leven versimpelen, meer vitaliteit en levensvreugde ervaren, weten wat ik wil, meer plezier beleven aan het met de kinderen zijn (nu vind ik dat vaak vermoeiend)”*.

Ziekte. In totaal beschreven 35 deelnemers (28.7%) te lijden door ziekte. Hiervan werd er door 15 deelnemers (12.3%) over fysieke symptomen gesproken zoals migraine, hersentrauma, de ziekte van Lyme, kanker en vermoeidheid. De nadelen die een deelnemer (v, 44 jaar) hiervan ondervindt beschreef zij als volgt: *“Dit geeft mij veel innerlijke onrust, omdat ik niet datgene meer kan wat ik altijd wel kon. Ik hoop dan ook dat ik door de cursus meer innerlijke rust kan vinden en dat ik meer het gevoel krijg dat een leven ook zin kan hebben als je een slechte (levens)prognose hebt, volledig bent afgekeurd, een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt, bijna niet meer werkt, alleenstaand bent en regelmatig zo moe bent dat bijna alles je teveel is... (en daarnaast alle onzekerheden, regelmatige gang naar het academisch ziekenhuis, uitslagen afwachten, ingrepen...enz...)”*.

20 deelnemers (16.4%) vermeldden belemmeringen van psychische ziekten zoals een burn-out, depressie en Attention Deficit Disorder (ADD) te ondervinden. Een deelnemer (v, 59 jaar) beschreef deze belemmeringen op de volgende manier: *“Maar toch heb ik het gevoel dat ik door mijn burn out mijn energie verloren heb. Ik heb nog steeds het gevoel dat ik het druk heb, dingen niet af kan maken en dat ik aan dingen niet toekom die ik graag wil doen. De dag is zomaar voorbij en dan heb ik nog niets bijzonders gedaan. Ik voel me chaotisch. De tijd ontglipt mij en ik heb het gevoel dat ik dingen laat liggen”*.

Eenzaamheid. 11 deelnemers (9%) benoemden zich eenzaam te voelen. Het missen van verbondenheid werd genoemd met betrekking tot collega's, familie en vrienden. Een deelnemer (v, 54 jaar) beschreef haar gevoelens als volgt: *“Nu mijn jongste zoon ook het huis uit is, voel ik me wat doelloos, neerslachtig en mis ik de gezelligheid erg. “Empty nest” is te simpel vind ik”*.

Beschermende factoren

In de voorstelemails werden ook beschermende factoren genoemd die mogelijk een bijdrage hebben geleverd aan de behandelmotivatie. Deze factoren werden geclassificeerd en onderverdeeld in de volgende subcodes:

Sociale steun. 16 deelnemers (13.1%) gaven aan sociale steun te ervaren. Zij benoemden zich verbonden te voelen en ervaren bijstand van positieve relaties. Zo had een deelnemer (v, 46 jaar) het over de wederzijdse bijstand die ze voelde van haar vriendin ten tijde van neerslachtigheid: *“Mijn gemoed bespreek ik regelmatig met een vriendin. Zij ervaart op dit moment ook minder plezier. Daarom zijn we half januari begonnen met een 'sprankel app'. Ik stuur haar ongeveer 2x per week een filmpje of spreuk waar je blij van wordt”*.

Hobby's. 24 deelnemers (19.7%) benoemden de hobby's die zij in hun vrije tijd graag uitoefenden in de voorstelemails. Voorbeelden hiervan waren sporten, een muziek instrument spelen en lezen. Een deelnemer (v, 44 jaar) benoemde specifiek: *“Met mijn hobby's kan me heel goed vermaken: Ik speel veel viool, piano en ben bezig met een cursus Latijn, lees de krant van a tot z... en hou van lezen/taal in het algemeen”*.

Ondernemendheid. Door 21 deelnemers (17.2%) werden de activiteiten beschreven die zij ondernamen afgezien van werk en hobby's. Zo vermeldde een deelnemer (v, 44 jaar) aan vrijwilligerswerk te doen: *“Ik begeleid nu een aantal uren per week enkele rugzakleerlingen; leerlingen met een PGB. Gelukkig geeft mij dit ook veel voldoening. Het werken met kinderen en het aan hen iets leren blijf ik erg leuk vinden”*. Ook werden andere

bezigheden beschreven zoals oppassen: *“Ik ben sinds 2006 elke week oppas-oma”* – (v, 65 jaar).

Meerdere behandelmotieven en beschermende factoren. Wat verder opviel was dat meerdere codes vaak samen genoemd werden door de deelnemers. Met name werkstress werd vaak samen genoemd met meerdere behandelmotieven. Zo werden werkstress en inadequate copingsvaardigheden vaak ($n = 16$) samen genoemd. Een deelnemer (v, 44 jaar) lichtte dit als volgt toe: *“In mijn werk is veel veranderd, niet zo zeer inhoudelijk gelukkig maar wel de randvoorwaarden waarbinnen ik kan en mag werken. Hoewel ik weet dat ik daar geen of slechts heel beperkte invloed op heb, lukt het me nog niet zo goed om het los te laten.”*. Ook werd werkstress genoemd met psychische ziekte ($n = 10$), hobby's ($n = 9$), fysieke ziekte ($n = 8$), eenzaamheid ($n = 7$), ruminatie/ piekeren ($n = 7$), sociale steun ($n = 6$), ondernemendheid ($n = 6$) en gezinsstress ($n = 3$). De overige behandelmotieven en beschermende factoren werden minder vaak samen genoemd. Deze worden weergegeven in bijlage 3.

Woordwolk van de voorstelemails

Om de subcodes van de analyse te controleren werden de voorstelemails geïllustreerd aan de hand van een woordwolk. Deze wordt weergegeven in Figuur 1 en toonde aan dat met name het woord werk ($n = 89$) veel voorkwam in de voorstelemails. Verder vielen de woorden hoop ($n = 59$), mezelf/ mijzelf/ zelf ($n = 33, 22, 22$), samen ($n = 28$), positieve ($n = 26$), baan ($n = 22$), leren ($n = 20$), denk ($n = 18$), voel ($n = 16$), wonen ($n = 15$), thuis ($n = 14$), plezier ($n = 13$), blij ($n = 12$), last ($n = 12$), druk ($n = 11$), studie ($n = 11$), contact ($n = 10$) en balans ($n = 10$) op. Dit gaf aan dat deze woorden veel genoemd werden in de voorstelemails.

Met name de woorden met betrekking tot werk, wonen, mezelf, druk, samen, contact en balans kwamen terug in de behandelmotieven en beschermende factoren. De woordwolk sloot daarom redelijk goed aan op de eerdergenoemde resultaten en laat zien dat een check van handmatige analyse met een automatische methode als deze relevant kan zijn. Wel moeten de resultaten van de woordwolk goed gecontroleerd worden. Tussenwoorden en niet relevante werkwoorden werden namelijk ook opgenomen in de woordwolk en dienden handmatig verwijderd te worden. Bovendien werden enkele belangrijke woorden niet weergegeven. Zo werd het woord ‘ziekte’ niet weergegeven omdat dit te weinig genoemd werd maar dit bleek wel een veelgenoemd thema in de voorstelemails. Waarschijnlijk kwam dit doordat mensen het woord ‘ziekte’ niet letterlijk benoemden maar dit veel specifiek deden zoals ‘kanker’, ‘depressie’, ‘ziekte van Lyme’ etc.

De correlaties tussen de behandelmotieven, beschermende factoren en de verschillen van de MHC-SF en SCS-SF (T1-T0) worden in Tabel 4 weergegeven. Hieruit bleek dat er geen significante correlaties met betrekking tot de behandelmotieven, beschermende factoren en verschillen bestonden. De verschillen van de MHC-SF en de SCS-SF bleken wel significant en positief met elkaar te correleren ($r = .606, p = < .01$). Deze gemiddelde correlatie betekent dat een toegenomen score op de MHC-SF matig samenhangt met een toegenomen score op de SCS-SF. Het lijkt dus dat mensen met een toegenomen mate van zelfcompassie beschikken over een toegenomen mate van welbevinden. Dit suggereert dat vergroting van zelfcompassie zou kunnen leiden tot vergroting van welbevinden.

Tabel 3. Onderlinge correlatie behandelmotieven en beschermende factoren

	Inadequate coping	Ruminatie	Werkstress	Werkloosheid	Stress omtrent gezin	Fysieke ziekte	Psychische ziekte	Eenzaamheid	Sociale steun	Hobby's	Ondernemendheid
Inadequate coping	1										
Ruminatie	.029	1									
Werkstress	.030	-.002	1								
Werkloosheid	.029	.004	-.201*	1							
Stress omtrent gezin	-.094	.003	.028	.022	1						
Fysieke ziekte	-.096	-.079	.143	.022	-.092	1					
Psychische ziekte	-.019	-.114	.169	.049	.176	.171	1				
Eenzaamheid	-.032	-.044	.093	.066	.168	.144	.015	1			
Sociale steun	-.006	-.016	.125	-.064	-.096	.150	.090	.132	1		
Hobby's	-.074	.158	.063	-.049	.055	-.122	.059	-.012	.113	1	
Ondernemendheid	-.080	.005	-.204*	.176	-.112	.028	-.085	.008	.016	.211*	1

$p^* < 0.05$, $p^{**} < 0.01$

Tabel 4. Onderlinge correlatie behandelmotieven, beschermende factoren en effecten van de interventie op de MHC-SF en SCS-SF

	Verschilscore MHC-SF (T1-T0)	Verschilscore SCS-SF (T1-T0)
Inadequate coping	-.084	.031
Ruminatie	-.161	-.022
Werkstress	-.130	-.025
Werkloosheid	-.062	.010
Gezinsstress	.043	.036
Fysieke ziekte	.094	.042
Psychische ziekte	-.023	.142
Eenzaamheid	.138	.166
Sociale steun	-.061	.037
Hobby's	-.021	.072
Ondernemendheid	.010	.014
Verschilscore MHC-SF	1	.606**
Verschilscore SCS-SF		1

$p^* < 0.05$, $p^{**} < 0.01$

Discussie

Bevindingen

Dit exploratieve onderzoek had als doel meer inzicht te verkrijgen in de motivaties waarom mensen deelnamen aan de positief psychologische zelfhulp interventie ‘Dit is jouw leven’. Het onderzoek richtte zich voornamelijk op de relatie tussen de behandelmotieven met betrekking tot lijden, beschermende factoren, welbevinden en zelfcompassie.

Op basis van het kwalitatieve onderzoek bleek dat er twee vormen van behandelmotieven omtrent lijden werden genoemd namelijk lijden veroorzaakt door interne factoren en lijden veroorzaakt door externe factoren. Lijden met betrekking tot interne factoren werd veroorzaakt door persoonlijke kenmerken zoals inadequate copingsvaardigheden en ruminatie/ piekeren. Lijden met betrekking tot externe factoren werd veroorzaakt door omstandigheden buiten de persoon om zoals werkstress, stress omtrent het gezinsleven, ziekte en eenzaamheid. Wat hierbij opviel is dat de meeste deelnemers aangaven last te ondervinden van externe factoren zoals werkstress ($n = 43$) en ziekte ($n = 35$) en voornamelijk als doel hadden om te leren hoe hiermee om te gaan. Daarbij gaven velen van hen aan nadelen te ondervinden van een interne factor namelijk hun inadequate copingsvaardigheden ($n = 39$). Dit bleek overeen te komen met de bevindingen van Lent (2004) waarbij gold dat behandelmotieven voornamelijk voortkomen uit probleemsituaties, negatieve levensgebeurtenissen zoals ziekte of levensdomeinen zoals werk, school of relaties. Ook bleken de inadequate copingsvaardigheden van cliënten uit dit onderzoek overeen te komen met eerder onderzoek (Lent & Lopez, 2002).

Enkele behandelmotieven werden meerdere keren samen genoemd in de voorstelemails. Vooral werkstress werd vaak genoemd met andere behandelmotieven zoals inadequate copingsvaardigheden ($n = 16$), psychische ziekte ($n = 10$) en fysieke ziekte ($n = 8$).

De beschermende factoren die genoemd werden in de voorstelemails waren sociale steun, hobby's en ondernemendheid. Waarbij werkstress en ondernemendheid negatief samen bleken te hangen. Dit suggereert dat mensen die werkstress ervaren minder ondernemend waren. Sociale steun kwam naar voren in warme, empathische, vertrouwensrelaties met anderen waarbij men het gevoel had steun te ervaren. Sociale steun bleek ook uit vele onderzoeken positief gerelateerd te zijn aan behandelmotivatie en lijkt een belangrijke beschermende factor te zijn in tijden van persoonlijk lijden (Gerdner et al., 2000; Seyfi et al., 2013; Vogel et al., 2007; Zoonen, et al., 2014; Nagai, 2015). Tevens bleek uit eerder

onderzoek dat het uitvoeren van hobby's en ondernemendheid leiden tot meer tijdstructuur en zingeving maar ook tot behandelmotivatie, betere participatie en een groter effect met betrekking tot de interventie (Reif et al., 2004). Ook blijkt uit de literatuur dat ondernemendheid, regelmaat en het stellen van doelen de stress en gevolgen van werkloosheid kunnen beperken (McKee-Ryan, Song, Wamberg & Kinicki, 2005).

Verder bleken de toegenomen mate van zelfcompassie en welbevinden samen te hangen. Hierbij ging het om een positieve, gemiddelde samenhang wat inhield dat mensen met een toegenomen mate van zelfcompassie over een toegenomen mate van welbevinden beschikten. Dit suggereert dat vergroting van zelfcompassie zou kunnen leiden tot vergroting van welbevinden. Deze resultaten komen overeen met eerder onderzoek waaruit de positieve samenhang tussen zelfcompassie en welbevinden ook bleek (Allen et al., 2012; Trompetter et al., 2016).

Sterke kanten en beperkingen

Sterk aan dit onderzoek is het feit dat er gebruik is gemaakt van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek om de samenhang tussen de behandelmotieven met betrekking tot lijden, beschermende factoren, welbevinden en zelfcompassie te analyseren. Ook werd er gebruik gemaakt van een woordwolk om de bevindingen uit het kwalitatieve onderzoek te verifiëren.

Een ander sterk punt was dat de geanalyseerde data uit emails bestond waardoor er niet getranscribeerd hoefde te worden. Bovendien werden de emails geschreven in een vertrouwde omgeving waarbij de deelnemer zelf het tijdstip kon bepalen en goed na kon denken over de informatie die hij/zij wilde overbrengen. Ditzelfde gold voor de gevalideerde vragenlijsten waarvan gebruik was gemaakt in dit onderzoek. Doordat men zich bevond in een vertrouwde omgeving was er geen sprake van beïnvloeding van de onderzoeker waardoor de deelnemers waarschijnlijk minder sociaal wenselijk hebben geantwoord. Dit verlaagde het risico op bias en verhoogde daarmee de betrouwbaarheid van de analyse.

Er waren echter ook een aantal beperkingen met betrekking tot dit onderzoek. Doordat er sprake was van een open vraag in de voorstelemail van de begeleider verschilden de antwoorden van de deelnemers zowel in inhoud als in lengte. Waar de ene deelnemer zijn/haar motieven duidelijk beargumenteerde met voorbeelden, beschreef de ander slechts enkele doelen zonder argumenten. Daarbij was er geen mogelijkheid om door te vragen wat precies bedoeld werd met bepaalde termen waardoor er sprake was van persoonlijke

interpretatie van de onderzoeker. Hierdoor kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloed zijn.

Een andere beperking was dat het sample voornamelijk bestond uit hoog opgeleide vrouwen waardoor de generaliseerbaarheid van dit onderzoek in twijfel werd getrokken. Tevens bleek uit verschillende eerdere onderzoeken dat voornamelijk hoog opgeleide vrouwen zich aanmeldden voor online psychologische interventies (Parks et al., 2012; Cook et al., 2002; Andersson & Titov, 2014; Crisp et al., 2014). Bij andere doelgroepen zoals mannen en lager opgeleiden zouden de resultaten daarom sterk kunnen verschillen van dit onderzoek.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktijk

Dit onderzoek richtte zich op de behandelmotivatie rondom lijden en beschermende factoren, maar er werden ook nog andere factoren genoemd in de voorstelemails. Zo zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op de mate van levenstevredenheid, zingeving, veerkracht en persoonlijke ontwikkeling.

Behandelmotieven zoals werkstress, stress omtrent het gezin, ruminatie/ piekeren, inadequate copingsvaardigheden en eenzaamheid werden genoemd in de voorstelemails maar werden niet getest in de RCT. Daarom zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het effect van de interventie op de behandelmotieven. Zo zou getest kunnen worden of de interventie de mate van werkstress verlaagt en leidt tot toename van adequate copingsvaardigheden. Tevens zou de inhoud van de interventie aangepast kunnen worden naar aanleiding van de genoemde factoren aangezien de deelnemers aan hebben gegeven graag iets aan deze factoren te willen veranderen.

Uit eerder onderzoek blijkt dat de behandelmotieven van deelnemers aan positief psychologische interventies kunnen verschillen van de deelnemers aan reguliere interventies gericht op het genezen van psychopathologie (Parks et al., 2012). Zo stellen Parks et al. (2012) dat depressieve mensen minder snel zullen deelnemen aan interventies waarbij veel verantwoordelijkheid van hen wordt verwacht en waarbij men veel opdrachten zal moeten uitvoeren. In het huidige onderzoek kwamen deze verschillen in behandelmotivatie tussen de deelnemers niet specifiek naar voren aangezien er slechts één doelgroep is onderzocht. De deelnemers in het huidige onderzoek leden namelijk niet aan een klinische depressie maar ervoeren ook geen grote mate van welbevinden. Om de verschillen tussen behandelmotieven van de 2 genoemde doelgroepen aan te tonen zal hier vervolgonderzoek naar gedaan kunnen worden.

Het verkregen inzicht door dit onderzoek zou in praktijk gebracht kunnen worden bij de werving van deelnemers. Deze zou kunnen plaatsvinden op plekken waar een lage mate van welbevinden en veel stress voorkomen zoals op werkplekken waar een hoge werkdruk geldt of bij mensen die te maken hebben met ziekte. Zo zouden er bijvoorbeeld flyers bij bedrijfsterreinen kunnen worden uitgedeeld of bij ziekenhuizen om mantelzorgers of zieken te bereiken. Op deze manier worden mensen bereikt die meer welbevinden zouden willen ervaren maar nog geen zodanige klachten hebben dat zij daadwerkelijk hulp zoeken voor de behandeling van psychopathologie.

Samenvattend heeft dit onderzoek geleid tot een beter beeld van de behandelmotieven en beschermende factoren van deelnemers aan ‘Dit is jouw leven’. De deelnemers gaven aan vooral veel last te ondervinden van externe factoren zoals werkstress en ziekte en wilden hun welbevinden vergroten door te leren hoe hier het beste mee om te gaan. Externe factoren kunnen namelijk niet beïnvloed worden maar wel hoe men hiermee omgaat. Zoals John Spence treffend verwoordde: *“Happiness is not determined by what’s happening around you, but rather what’s happening inside you”*.

Bronnen

- Allen, A. R., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and Well-being among Older Adults. *Self & Identity*, 11(4), 428-453.
- Andersson, G. & Titov, N. (2014). Advantages and Limitations of Internet-based Interventions for Common Disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.
- Baarda, D. B., De Goede, M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta- Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109-160.
- Barak, A., Klein, B. & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *The Society of Behavioral Medicine*, 38(1), 4–17.
- Bergsma A. (2007). Do Self-help Books Help? *Journal of Happiness Studies*, 9, 341–360.
- Blom, M. B. J., Spijker, J., Dyck, R. van (2003). *Behandelingsstrategieën bij Chronische Depressie en Dysthemie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J.A. (2015) *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E. & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is Jouw Leven*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., Westerhof, G. Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M. & Walburg, J.A. (2013). Over de Betekenis van de Positieve Psychologie: Welbevinden: van Bijzaak naar Hoofdzaak? *De Psycholoog*, 2013, 49-59.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive Psychology Interventions: a Meta-analysis of Randomized Controlled

- Studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Brink, E. van den, & Koster, F. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J.A. Walburg (Eds.), *Handboek Positieve Psychologie*. (pp. 185- 198). Amsterdam: Boom.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. & Conway, A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *American Psychology Association*. 9(3), 361-368.
- Cook, J. E. & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *Cyberpsychology & Behavior*, 5(2), 95–105.
- Crisp, D. A. & Griffiths, K. M. (2014). Participating in Online Mental Health Interventions: Who is Most Likely to Sign Up and Why? *Depression Research and Treatment*, 2014.
- Diener, E. & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 3(11), 1-43.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M. & Staak, C. P. F. van der (2004). Treatment Motivation: An Attempt for Clarification of Ambiguous Concept. *Clinical Psychology Review*, 23. 1115-1137.
- Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F. & Wichers, M. (2015). Mindfulness Training Promotes Upward Spirals of Positive Affect and Cognition: Multilevel and Autoregressive Latent Trajectory Modeling Analyses. *Frontiers in Psychology*, 6(15).
- Gerdner, A., & Holmberg, A. (2000). Factors Affecting Motivation to Treatment in Severely Dependant Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 548–560.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P. & Thorogood, M. (2006). Why are Health Care Interventions Delivered over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2).

- Hebert, R. S., Arnold, R. M. & Schulz, R. (2006). Improving Well-being in Caregivers of Terminally Ill Patients. Making the Case for Patient Suffering as a Focus for Intervention Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(5). 539-546.
- Huppert F. A. (2009). A New Approach to Reducing Disorder and Improving Well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 4(1), 108–111.
- Keyes, C. L. M. (1998) Social Well-Being. *American Sociological Association*, 61(2). 121-140.
- Lamers, S. M. A. (2012). *Positive mental health: Measurement, Relevance and Implications*. Enschede, the Netherlands: University of Twente.
- Lent, R.W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Wellbeing and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Lent, R.W., & Lopez, F.G. (2002). Cognitive Ties that Bind: A Tripartite View of Efficacy Beliefs in Growth-Promoting Relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 256–286.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wamberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76.
- Munoz, R. F. (2010). Using Evidence-Based Internet Interventions to Reduce health Disparities Worldwide. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5).
- Nagai, S. (2015). Predictors of Help-Seeking Behavior: Distinction between Help-Seeking Intentions and Help-Seeking Behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313-322.
- Neff, K.D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self- Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.

- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N. & Gunnell, D. (2005). Help-Seeking Behaviour in Men and Women with Common Mental Health Problems: Cross-Sectional Study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 297-301.
- Parks, A. C., Della Porta, M. D., Pierce, R. S., Zilca, R. & Lyubomirsky, S. (2012). Pursuing Happiness in Everyday Life: the Characteristics and Behaviors of Online Happiness Seekers. *Emotion*, 12(6), 1222-1234.
- Proyer, R. T., Gander, F. G. & Ruch, W. (2015). Strengths-Based Positive Psychology Interventions: a Randomized Placebo-Controlled Online Trial on Long-Term Effects for a Signature Strengths- vs. a Lesser Strengths- Intervention. *Frontiers in Psychology*, 6, 456.
- Raes, F. (2010). Rumination and Worry as Mediators of the Relationship Between Self-Compassion and Depression and Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761.
- Reif, S., Morgan, C. M., Ritter, G. A. & Tompkins, C. P. (2004). The Impact of Employment Counseling on Substance User Treatment Participation and Outcomes. *Substance Use & Misuse*, 39(13-14), 2391-2424.
- Rutherford, B. R., Wager, T. D. & Roose, S. P. (2010). Expectancy and the Treatment of Depression: A Review of Experimental Methodology and Effects on Patient Outcome. *Current Psychiatry Reviews*, 6(1), 1-10.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van, Hoogenhuyze, C. van, Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M., Postel, M. (2010). (2010). *Handboek Online Hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H., Pieterse, M. E., Wahlburg, J.A. & Bohlmeijer, E.T. (2015). Efficacy of a Multicomponent Positive Psychology Self-Help Intervention:

- Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 4(3).
- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2014). The Science of Self-Help: Translating Positive Psychology Research into Increased Individual Happiness. *European Psychologist*, 19, 145-155.
- Seear, K. & Vella-Brodrick, D. (2013). Efficacy of Positive Psychology Interventions to Increase Well-Being: Examining the Role of Dispositional Mindfulness. *Social Indicators Research*, 114(3), 1124-1141.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Seyfi, F., Poudel, K. C., Yasuoka, J., Otsuka, K. & Jimba, M. (2013). Intention to seek professional psychological help among college students in Turkey: influence of help-seeking attitudes. *BMC Research Notes*, 6, 519.
- 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.
- Terry, M. L. & Leary, M. R. (2011). Self-Compassion, Self-Regulation and Health. *Self and Identity*, 10(3), 352-362.
- Trompetter, H. R., De Kleine, E. & Bohlmeijer, E. T. (2016). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 158.
- Tsan, J. Y. & Day, S. X. (2008). Personality and Gender as Predictors of Online Counseling Use. *Journal of Technology in Human Services*, 25(3), 39-55.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L. & Hackler, A. H. (2007). Seeking Help

From a Mental Health Professional: The Influence of One's Social Network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233-245.

World Health Organization (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO.

Ybarra, M., & Suman, M. (2008). Reasons, Assessments and Actions Taken: Sex and Age Differences in Uses of Internet Health Information. *Health Education Research*, 23(3), 512-521.

Zoonen, K. van, Kleiboer, A., Beekman, A. T. F., Smit, J. H., Boerema, A. M. & Cuijpers, P. (2015). Reasons and Determinants of Help-Seeking in People with a Subclinical Depression. *Journal of Affective Disorders*, 173, 105-112.

Bijlagen

Bijlage 1 – Advertentie ‘Dit is jouw leven’

**HAAL HET BESTE
UIT UZELF IN 2014**



De Universiteit Twente doet onderzoek naar een gratis zelfhulpcursus om mensen te helpen bij het vergroten van hun veerkracht en welbevinden. Wilt u meedoen? Kijk op:

www.veerkrachtenwelbevinden.nl

UNIVERSITEIT TWENTE.

Bijlage 2 – Voorstelemail begeleider

Beste XXX,

Hartelijk dank voor het meedoen aan het onderzoek naar uw veerkracht en welbevinden.

Graag zou ik mij aan u voorstellen als uw persoonlijke begeleider van de zelfhulpcursus Dit is jouw leven. Mijn naam is XX. Ik ben op dit moment bezig met de laatste fase van mijn studie Psychologie aan de Universiteit Twente. Ik ben onder andere opgeleid in de positieve psychologie en ik hoop dus dat ik u op een goede manier kan begeleiden.

Na het ontvangen van het zelfhulpboek kunt u beginnen met het doornemen van de inleiding en hoofdstuk 1. Indien u op 19 februari het zelfhulpboek nog niet heeft ontvangen, dan kunt u hierover contact met mij opnemen.

Het is de bedoeling dat u elke zondag of maandag een email stuurt met uw ervaringen en eventuele vragen van de afgelopen week. U ontvangt dan de woensdag daarop een reactie van mij.

Bij het ontvangen van het zelfhulpboek vindt u een brief met daarbij een voorbeeldschema per week en een overzicht van de aanbevolen oefeningen. Zou u mij aankomende zondag 16 februari of maandag 17 februari alvast een korte email willen sturen waarin u zichzelf voorstelt met daarbij wat u hoopt te bereiken met de cursus? Als laatste zou ik graag willen weten hoe u aangesproken wilt worden, met u of je?

Ik wens u veel plezier en succes bij het doorlopen van de cursus. Heeft u nog vragen dan kunt u deze uiteraard in uw wekelijkse email verwerken.

Met vriendelijke groet,

XX

Bijlage 3– Samengenoemde behandelmotieven en beschermende factoren

	Werkstress	Gezinsstress	Fysieke ziekte	Psychische ziekte	Inadequate coping	Ruminatie/ piekeren	Eenzaamheid	Sociale steun	Hobby's	Ondernemendheid
Werkstress	x									
Gezinsstress	3	x	-							
Fysieke ziekte	8	-	x							
Psychische ziekte	10	1	-	x						
Inadequate coping	16	-	-	3	x					
Ruminatie/ piekeren	7	1	-	1	4	x				
Eenzaamheid	7	-	-	-	-	1	x			
Sociale steun	6	-	1	2	1	1	1	x		
Hobby's	9	1	1	3	-	3	-	-	x	
Ondernemendheid	6	-	2	1	1	2	-	-	2	x