

# Het effect van een acts of kindness interventie op depressie- en angstklachten

Lisa Ruiter

1 februari 2018

10 EC masterthesis Positieve Psychologie en Technologie

Universiteit Twente te Enschede

Eerste begeleider: Dr. M. Schotanus-Dijkstra

Tweede begeleider: Prof. Dr. E.T. Bohlmeijer



**UNIVERSITEIT TWENTE.**

# Abstract

## **Background**

Symptoms of depression and anxiety are common psychological problems in the Netherlands. The waiting lists for therapy by mental health institutions are becoming longer. Because of this, a need has arisen for prevention interventions whereby clients can work at home to decrease their psychological problems. The purposes of these interventions are to improve the mental wellbeing, improve positive emotions and reduce negative emotions. The result of this will be reduced feelings of depression and anxiety.

## **Methods**

The current study consisted of 169 participants, of which there were 85 participants in the experimental group and 84 in the waitlist group. The experimental group had to perform, each day, for a period of six weeks, an exercise for the next day. The exercise was to perform five acts of kindness to another. They had to report about this in an online happiness diary. The participants of the waitlist group did not get an exercise. Before the intervention started, the participants filled in several questionnaires. After six weeks, they filled in the same questionnaires again. The effects of the intervention were measured, by comparing the scores of the experimental group and the waitlist group of the measurement after six weeks.

## **Results**

The experimental group reported in comparison with the waitlist group significantly fewer symptoms of depression, anxiety and negative emotions after the intervention. The total wellbeing, emotional wellbeing and psychological wellbeing improved although the effects were small. The intervention has not resulted in improved social wellbeing and in more positive emotions.

## **Conclusion**

The results of the current study shows that doing five acts of kindness for somebody else for a period of six weeks, will lead to less depression symptoms, anxiety symptoms and less negative emotions. Additionally, the total wellbeing, emotional wellbeing and psychological wellbeing improved. Because the effects of these results are small, the intervention is not a good prevention intervention method to reduce symptoms in the period that clients have to wait for treatment.

# Samenvatting

## **Achtergrond**

Depressie- en angstklachten zijn veel voorkomende psychische stoornissen in Nederland. De wachtlijsten bij de GGZ-instellingen worden steeds langer, waardoor de behoefte is ontstaan voor preventieve interventies. Hiermee kunnen cliënten zelfstandig aan de slag om hun klachten te reduceren. Het doel van deze interventie is om het mentale welbevinden te vergroten, de frequentie van positieve emoties toe te laten nemen en de frequentie van negatieve emoties af te laten nemen, omdat dit tot minder depressie- en angstklachten zal leiden.

## **Methoden**

Het huidige onderzoek bestond uit 169 participanten waarvan er 85 in de experimentele groep zaten en 84 in de wachtlijstgroep. De experimentele groep kreeg, gedurende zes weken, iedere week de opdracht om de volgende dag vijf vriendelijke activiteiten te ondernemen en vervolgens deze te noteren in een online geluksdagboek. De wachtlijstgroep kreeg geen instructie. Voordat de interventie van start ging, vulden de participanten vragenlijsten in en na zes weken deden zij dit nogmaals. De effecten van de interventie werden gemeten door de nameting van de experimentele groep te vergelijken met die van de wachtlijstgroep.

## **Resultaten**

De experimentele groep rapporteerde na de interventie significant minder depressieklachten, angstklachten en negatieve emoties dan de wachtlijstgroep. Het mentaal welbevinden, emotioneel welbevinden en psychologisch welbevinden verbeterde significant, hoewel de effecten klein zijn. De interventie zorgde niet voor een significant beter sociaal welbevinden en de mate van positieve emoties nam niet significant toe.

## **Conclusie**

In het huidige onderzoek is naar voren gekomen dat het doen van vijf vriendelijke activiteiten voor een ander, gedurende zes weken, zorgt voor minder depressieklachten, angstklachten en negatieve emoties. Het mentaal welbevinden, emotioneel welbevinden en psychologisch welbevinden neemt door de interventie toe. Omdat de effecten klein zijn, is de interventie niet geschikt als preventieve interventie om toe te passen, als middel om psychische klachten te reduceren, in de tijd dat cliënten op de wachtlijst staan voor behandeling.

# Inhoudsopgave

<b>Abstract</b> .....	2
<b>Samenvatting</b> .....	3
<b>Inhoudsopgave</b> .....	4
<b>Inleiding</b> .....	5
Depressie en angst .....	5
Mentaal welbevinden en positieve emoties .....	5
Positieve psychologie en acts of kindness.....	6
Het huidige onderzoek .....	7
<b>Methode</b> .....	9
Design.....	9
Participanten .....	9
Procedure .....	11
Interventie .....	11
Instrumenten.....	12
Statistische analyses.....	13
<b>Resultaten</b> .....	14
Nulmeting en drop-out.....	14
Depressie, angst en negatieve emoties.....	14
Positieve emoties en mentaal welbevinden .....	14
Niet-florerende participanten .....	15
Therapietrouw.....	16
<b>Discussie</b> .....	17
Sterke kanten en beperkingen .....	18
Vervolg onderzoek .....	19
<b>Referenties</b> .....	21

# Inleiding

## Depressie en angst

Depressie en angst zijn de meest voorkomende psychische stoornissen in Nederland en hebben veel lijden en hoge ziektekosten tot gevolg (De Graaf, Ten Have, Van Gool & Van Dorsselaer, 2012; Prins et al., 2010). In Nederland ervaart ongeveer 20% van de bevolking ooit in zijn leven depressieklachten en 19% angstklachten (De Graaf et al., 2012; De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Van de mensen met depressie- of angstklachten komt 41% bij de huisarts terecht. Er wordt gewerkt aan de hand van het *stepped care* principe. Dit houdt in dat er begonnen wordt met de lichtste vorm van behandeling en wanneer dit niet voldoende blijkt, wordt er een meer gespecialiseerde stap ondernomen (Verhaak, Zwaanswijk & Ten Have, 2011). Wanneer er een duidelijk vermoeden is van een diagnose, zal de cliënt doorverwezen worden naar de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Wanneer de klachten in lichte mate aanwezig zijn, zal er een behandeling volgen bij de huisarts.

Een probleem binnen GGZ-instellingen is de steeds langer wordende wachtlijst (Van Daele, Hermans, Van den Bergh & Van Audenhove, 2014; NOS, 2016). Dit komt door de toenemende belangstelling voor de geestelijke gezondheid, de toenemende aandacht hiervoor vanuit de gezondheidszorg en het toenemende aantal mensen met een zorgvraag (Van Daele et al., 2014). Door de steeds langer wordende wachtlijsten bij GGZ-instellingen, is er behoefte aan preventieve interventies die mensen met psychische klachten zelfstandig kunnen uitvoeren (Van Daele et al., 2014). Dit om klachten te reduceren en hierdoor het mentaal welbevinden te verbeteren. Deze interventies zouden een eerste stap kunnen zijn binnen het *stepped care* principe (Bolier et al., 2013b).

## Mentaal welbevinden en positieve emoties

Het mentaal welbevinden speelt een belangrijke rol in de aan- en afwezigheid van psychopathologie. Zo wordt het mentaal welbevinden niet alleen gekenmerkt door de afwezigheid van psychopathologie, maar is het ook een voorspeller van het verloop van psychopathologie (Keyes, 2005). Uit een meta-analyse van Weiss, Westerhof en Bohlmeijer (2016) bleek dat het welbevinden verbeterd kan worden aan de hand van psychologische interventies, vooral bij klinische doelgroepen en wanneer de interventies individueel worden uitgevoerd.

Het mentaal welbevinden bestaat uit drie onderdelen: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Met emotioneel welbevinden worden gevoelens in het leven bedoeld zoals blijdschap, geluk en interesse (Keyes, 2006). Het psychologisch welbevinden gaat over het optimaal kunnen functioneren als persoon en bevat zelfacceptatie, autonomie, het hebben van positieve relaties, het hebben van een levensdoel, het één zijn met de omgeving en het ervaren van persoonlijke groei (Ryff, 1989). Het sociaal welbevinden bestaat uit sociale acceptatie, sociale actualisatie, sociale contributie, sociale coherentie en sociale integratie (Keyes, 1998).

Met floreren wordt bedoeld dat een individu mentaal optimaal functioneert (Keyes, 2002). Het emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden is bij florerende mensen optimaal. Uit onderzoek van Keyes (2005) is gebleken dat mensen die floreerden de minste beperkingen ervoeren in het dagelijks leven. Florerende mensen zijn, in vergelijking met niet-florerende mensen, minder vaak afwezig op hun werk en functioneren beter op psychosociaal

gebied. Iemand met een laag mentaal welbevinden zal, in vergelijking met iemand die alleen lichamelijk ziek is, slechter functioneren op veel gebieden (Keyes, 2005). Lamers, Westerhof, Glas en Bohlmeijer (2012) stelden dat de afwezigheid van psychopathologie niet betekent dat er sprake is van een hoog mentaal welbevinden. Echter, wanneer er geen sprake is van psychopathologie, is de kans op een hoog mentaal welbevinden groter dan wanneer er wel klachten zijn. Er zijn meer voorwaarden om te kunnen spreken van een hoog mentaal welbevinden, zoals de aanwezigheid van positieve emoties.

Het belang van positieve emoties wordt duidelijk aan de hand van *the Broaden-and-Build Theory* van Fredrickson (2004). Deze theorie stelt dat positieve emoties zoals plezier, interesse, tevredenheid en liefde ervoor zorgen dat een individu een verruimde blik op een situatie heeft (*broaden*). Zo zorgt plezier ervoor dat iemand zal gaan spelen, interesse zorgt ervoor dat iemand zal gaan onderzoeken, tevredenheid zorgt ervoor dat iemand zal genieten en liefde zorgt voor een wederkerende band met een ander. Deze ervaringen kunnen later gebruikt worden bij problemen. Het vergroot daarmee het succesvol omgaan met deze problemen en op deze manier zal er sprake zijn van persoonlijke groei (*build*). Volgens deze theorie zorgen positieve emoties voor het verbreden van het aandachts- en denkvermogen, worden persoonlijke doelen vergroot en neemt de veerkracht en het welzijn toe. Het kan leiden tot floreren (Fredrickson, 1998, 2004; Fredrickson & Joiner, 2002).

Uit experimenteel onderzoek van Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek en Finkel (2008) onder werkende volwassenen ( $n = 139$ ) is gebleken dat positieve emoties depressiesymptomen doen verminderen. Daarnaast is gebleken uit een meta-analyse van Lyobomirsky, King en Diener (2005), gebaseerd op 225 onderzoeken, dat positieve emoties een positief effect hebben op de mentale en lichamelijke gezondheid en tevens op sociale relaties, gezond gedrag, stress, suïcide, coping en het immuunsysteem.

### Positieve psychologie en acts of kindness

De positieve psychologie is een relatief nieuwe stroming binnen de psychologie. Hierbij wordt niet enkel gekeken naar belemmeringen in iemands leven, maar ook naar wat de mogelijkheden voor groei en ontwikkeling zijn (Bergsma & Schaufeli, 2013). Binnen de positieve psychologie gaat het vooral om het welbevinden en om optimaal functioneren (Gable & Haidt, 2005). Acts of kindness zijn oefeningen uit de positieve psychologie waarbij iemand iets vriendelijks of aardigs voor een ander doet. Hierbij kan gedacht worden aan het bieden van hulp bij het maken van huiswerkopdrachten, het begroeten van een vreemde of het openhouden van een deur voor een ander (Ouweneel, Le Blanc & Schaufeli, 2014). Uit een meta-analyse van Bolier et al. (2013b), gebaseerd op 39 studies, is gebleken dat positief psychologische interventies onder de algemene bevolking en onder mensen met psychosociale problemen een positief effect hebben op het psychologisch welbevinden ( $d = 0,20$ ), het subjectief welbevinden ( $d = 0,34$ ) en op depressieklachten ( $d = 0,23$ ). De kwaliteit van de studies was onvoldoende, echter wordt dit wel als een aanwijzing gezien dat het uitvoeren van psychologische interventies, zoals acts of kindness, het welbevinden verhoogt en depressieklachten laat afnemen.

Uit een meta-analyse van Curry, Rowland, Zlotowitz, McAlaney en Whitehouse (2016), op basis van 21 studies naar acts of kindness interventies, is gebleken dat het doen van vriendelijke activiteiten voor een ander een positief effect had op het welbevinden, al was dit effect klein. De onderzoeken die gedaan zijn naar acts of kindness, zijn vooral gedaan onder studenten zoals in het onderzoek van Exline, Lisan en Lisan (2012). Dit onderzoek werd gedaan onder 217 studenten, waarbij de studenten zich voorstelden dat zij iets vriendelijks voor een ander deden en er werd

onderzocht wat dit met hun gevoel deed. Uit dit onderzoek is gebleken dat het voorstellen van het doen van acts of kindness resulteerde in significant meer positieve emoties en in significant minder negatieve emoties.

Uit het experimentele onderzoek van Nelson, Layous, Cole en Lyubomirsky (2016) is gebleken dat de intensiteit van het doen van acts of kindness een invloed had op het effect. Zo bleek dat enkel het doen van acts of kindness, voor een periode van twee weken, zorgde voor een toename van positieve emoties. De resultaten van dit onderzoek lieten tevens zien dat het doen van vriendelijke activiteiten voor zichzelf geen effect had op het gevoel, in tegenstelling tot het doen van acts of kindness voor een ander of voor de wereld. In het experimentele onderzoek van Ouweneel et al. (2014), waarbij Nederlandse studenten ( $n = 49$ ) werden gevraagd om minstens vijf acts of kindness per dag uit te voeren en dit 's avonds op te schrijven, werd een significant effect gevonden tussen het doen van acts of kindness en de toename van positieve emoties. Er werd geen significant effect gevonden tussen het doen van acts of kindness en de afname van negatieve emoties. Er is weinig onderzoek gedaan naar acts of kindness bij de Nederlandse populatie. Het onderzoek van Ouweneel et al. (2014) is het enige onderzoek naar acts of kindness dat in Nederland plaatsvond. Onderzoek naar de invloed van acts of kindness op depressie- en angstklachten is nog beperkt. Enkel Kerr, O'Donovan en Pepping (2014) deden een experimenteel onderzoek naar het effect van een acts of kindness interventie op depressie en angst bij participanten die op de wachtlijst stonden. Hierbij werden participanten gevraagd om vijf acts of kindness op één dag uit te voeren gedurende twee weken. Hierbij werd de hypothese getoetst of de acts of kindness zorgden voor minder depressie- en angstklachten. Uit het onderzoek bleek dat de participanten die de acts of kindness hadden gedaan, significant minder angst ervoeren. De mate van de depressieklachten veranderde niet significant. Doordat wel blijkt dat positieve emoties toenemen door het doen van acts of kindness, lijkt het aannemelijk dat acts of kindness een positief effect hebben op depressie- en angstklachten. Tevens ontstaat de vraag welke specifieke interventie het grootste effect heeft op het welbevinden, depressieklachten en angstklachten.

## Het huidige onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek was om te onderzoeken of het doen van vijf acts of kindness opdrachten per week en hierover te rapporteren voor een periode van zes weken een effectieve interventie is voor mensen in Nederland met depressie- en angstklachten. De onderzoeksvraag luidde als volgt: "Wat is het effect van de acts of kindness interventie op depressie- en angstklachten?". Ten eerste werd er onderzocht wat het effect van de acts of kindness interventie was op depressieklachten, angstklachten en negatieve emoties bij de experimentele groep in vergelijking met de wachtlijstgroep die geen interventie volgde. Ten tweede werd onderzocht wat het effect van de acts of kindness interventie was op positieve emoties en op het mentaal welbevinden. Als laatste werd onderzocht of de effecten van de acts of kindness interventie bij participanten die niet-floreren groter was dan wanneer de effecten gemeten werden waarbij ook florerende participanten in de analyses werden meegenomen. Er werd verwacht dat de acts of kindness interventie effectief was in het significant verminderen van depressie- en angstklachten en in het significant verminderen van negatieve emoties bij de experimentele groep in vergelijking met de wachtlijstgroep. Tevens werd er verwacht dat de interventie bij de experimentele groep zorgde voor een significant hoger niveau van het mentaal welbevinden en voor significant meer positieve emoties in vergelijking met de wachtlijstgroep. Als laatste werd er verwacht dat de interventie een

groter effect had bij niet-florerende participanten wat betreft depressieklachten, angstklachten, het welbevinden en de mate van positieve en negatieve emoties.



# Methode

## Design

In het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van een single-blind gerandomiseerde, gecontroleerde interventiestudie (RCT). Er vond randomisatie plaats, waarbij de participanten ingedeeld werden in de groep acts of kindness met reflectie, acts of kindness zonder reflectie, de groep dankbaarheidsoefeningen, de actieve controlegroep en de wachtlijstgroep. Om de onderzoeksvraag van het huidige onderzoek te beantwoorden werd gebruik gemaakt van de acts of kindness groep zonder reflectie en de wachtlijstgroep. De overige condities werden gebruikt in andere onderzoeken. Het huidige onderzoek duurde in totaal zes weken. Voorafgaand aan het huidige onderzoek vulden de participanten een aantal screeningslijsten in. Wanneer er sprake was van te ernstige depressie- of angstklachten (score op CES-D  $\geq 24$  en/of score op GAD-7  $\geq 15$ ), werd de participant uitgesloten voor deelname en kreeg de participant het advies om contact op te nemen met de huisarts. Vervolgens volgde de nulmeting (T0), dit was vlak voor de start van de interventie. De nameting (T1) werd na zes weken ingevuld.

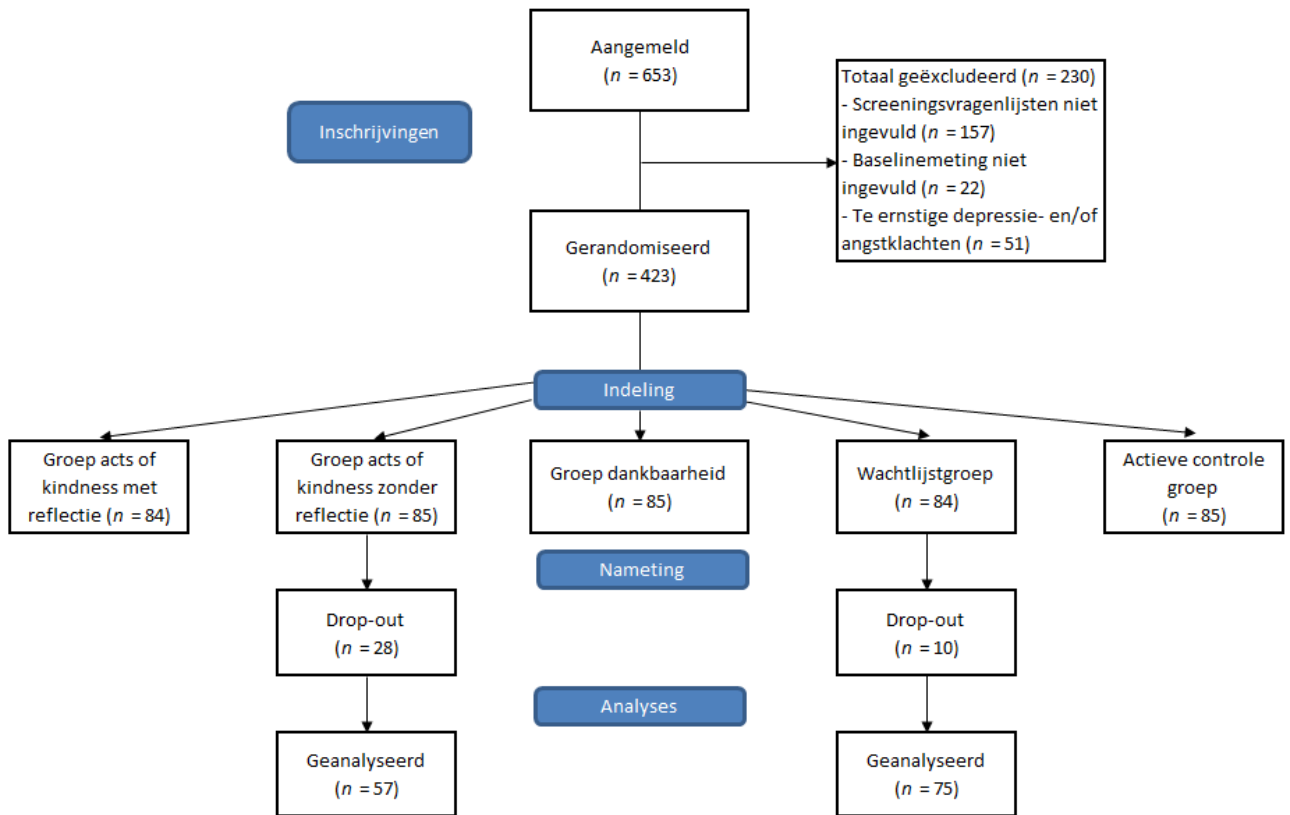
## Participanten

Het huidige onderzoek vond plaats in Nederland en betrof een steekproef uit de algemene bevolking. Om deel te kunnen nemen aan het onderzoek moest de participant aan de volgende criteria voldoen:

- De participant moest minimaal 18 jaar zijn.
- De participant moest beschikken over een goede internetverbinding en een e-mail adres.
- De participant moest bereid zijn om gedurende zes weken één dag per week activiteiten uit te voeren en de volgende dag hier maximaal tien minuten over te rapporteren.
- De participant moest de Nederlandse taal beheersen om de vragenlijsten in te kunnen vullen.
- De participant moest toestemming geven voor deelname aan het onderzoek door middel van de online informed consent procedure.

Het huidige onderzoek bestond uit 169 participanten. De participanten werden in twee groepen geplaatst, 85 participanten zaten in de experimentele groep en 84 in de wachtlijstgroep, zie Figuur 1. Er deden 18 mannen (10,7%) en 151 vrouwen (89,3%) mee aan het onderzoek. De leeftijd varieerde van 23 tot en met 69 jaar met een gemiddelde leeftijd van 49,09 jaar ( $SD = 9,99$ ).

De analyse, die gebruikt werd in het huidige onderzoek, werd herhaald voor niet-florerende participanten. Florerende participanten werden niet meegenomen in de analyses. Het onderscheid tussen de experimentele groep bestaande uit niet-florerende participanten en de experimentele groep inclusief florerende participanten, werd bepaald door de scores op de nulmeting (T0) op de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). Participanten die hoog scoorden (score 4 of 5) op één of meer items van de subschaal Emotioneel welbevinden van de MHC-SF en hoog scoorden op zes of meer items van de subschalen Sociaal welbevinden en Psychologisch welbevinden van de MHC-SF werden als florerend betiteld. Na deze criteria toe te passen bleven er 134 participanten over, 66 in de experimentele groep en 68 in de wachtlijstgroep. De niet-florerende participanten bestonden uit 13 mannen (9,70%) en 121 vrouwen (90,30%) met een gemiddelde leeftijd van 49,49 jaar ( $SD = 9,83$ ).



**Figuur 1.** Flowchart onderzoek

**Tabel 1**

*Demografische gegevens experimentele- en wachtlijstgroep en verschillen per categorie met de Chikwadraattoets*

	Experimentele groep (n = 85)	Wachlijstgroep (n = 84)	Totaal (n = 169)	p
<i>Geslacht</i>				0,979
Man	9 (10,6%)	9 (10,7%)	18 (10,7%)	
Vrouw	76 (89,4%)	75 (89,3%)	151 (89,3%)	
<i>Burgerlijke staat</i>				0,888
Getrouwd	46 (54,1%)	46 (54,8%)	92 (54,4%)	
Niet getrouwd	39 (45,9%)	38 (45,2%)	77 (45,5%)	
<i>Woonsituatie</i>				0,029
Alleen	20 (23,5%)	21 (25,0%)	41 (24,3%)	
Samenwonend met kinderen	40 (47,1%)	24 (28,6%)	64 (37,9%)	
Samenwonend zonder kinderen	12 (14,1%)	28 (33,3%)	40 (23,7%)	

Alleen met kinderen	10 (11,8%)	9 (10,7%)	19 (11,2%)	
Anders	3 (3,5%)	2 (2,4%)	5 (3,0%)	
<i>Opleiding afgerond</i>				0,610
Lager opgeleid	1 (1,2%)	4 (4,8%)	5 (3,0%)	
Middelbaar opgeleid	17 (20,0%)	14 (16,7%)	31 (18,3%)	
Hoog opgeleid	67 (78,8%)	66 (78,6%)	133 (78,7%)	
<i>Werk</i>				0,918
Betaald werk	48 (56,5%)	48 (57,1%)	96 (56,8%)	
Zelfstandig ondernemer	11 (12,9%)	14 (16,7%)	25 (14,8%)	
Onbetaald werk	4 (4,7%)	4 (4,8%)	8 (4,7%)	
Werkloos	7 (8,2%)	5 (6,0%)	12 (7,1%)	
Arbeidsongeschikt	5 (5,9%)	8 (9,5%)	13 (7,7%)	
Gepensioneerd	2 (2,4%)	1 (1,2%)	3 (1,8%)	
Huisman/huisvrouw	3 (3,5%)	2 (2,4%)	5 (3,0%)	
Student, scholier	2 (2,4%)	1 (1,2%)	3 (1,8%)	
Anders	3 (3,5%)	1 (1,2%)	4 (2,4%)	

## Procedure

De participanten werden geworven via advertenties in nationale kranten, de online nieuwsbrief van Psychologie Magazine en Facebook. Geïnteresseerden konden voor meer informatie terecht op een website (<https://www.utwente.nl/nl/bms/geluksoefeningen/>). Na aanmelding via de website en een akkoord door middel van een informed consent, vulden de potentiële participanten de online screeningsvragenlijsten in. Wanneer de participanten voldeden aan de inclusiecriteria, ontvingen zij de eerste vragenlijsten (T0) die zij online invulden. De participanten werden verdeeld over de vijf condities. Voordat de interventie begon, werden de participanten middels een e-mail op de hoogte gesteld in welke conditie zij ingedeeld waren. De experimentele groep van het huidige onderzoek volgde zes weken de acts of kindness interventie. Zij ontvingen iedere week een e-mail met de acts of kindness opdracht. De meeste participanten gaven middels de nameting aan dat zij vijftien tot dertig minuten per week aan de interventie hadden besteed. De wachtlijstgroep hoefde niets te doen. Zes weken na de start van de interventie vulden zowel de experimentele groep als de wachtlijstgroep voor de tweede keer de vragenlijsten online in (T1). Aannemelijk was dat de participanten ongeveer twintig minuten besteedden aan het invullen van deze vragenlijsten.

## Interventie

Gedurende zes weken ontvingen de participanten uit de experimentele groep elke zondag een e-mail met de instructie om de volgende dag vijf vriendelijke activiteiten uit te voeren. Deze vijf activiteiten dienden op één dag gedaan te worden. Hierbij kon gedacht worden aan het helpen van iemand met huiswerkopdrachten, het koken voor een ander of het doen van een klusje voor een ander. De participanten kregen de opdracht om de uitgevoerde activiteiten de volgende dag (uiterlijk op de zaterdag) te beschrijven in een online geluksdagboek. Zij konden dit geluksdagboek vinden via een link die hen per e-mail was toegestuurd. De wachtlijstgroep ontving geen instructies, hen werd gemeld dat hun normale fluctuaties in geluksgevoel gemeten werden en dat zij na drie maanden de interventie konden kiezen die zij het meest aantrekkelijk vonden.

## Instrumenten

### *Depressieklachten*

Om vast te stellen in welke mate er sprake was van depressieklachten werd The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) afgenomen. Deze vragenlijst bestaat uit twintig items waarbij twintig symptomen van een depressie gemeten worden die overeenkomen met de criteria uit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Radloff, 1977). Een voorbeeld van een item is: "Tijdens de afgelopen week had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht". De CES-D is in het Nederlands vertaald. De participant gaf aan hoe vaak bepaald gedrag of bepaalde gevoelens in de afgelopen week ervoeren werden. Hierbij kon gekozen worden uit een 4-puntschaal van zelden of nooit (minder dan 1 dag) (0) tot en met meestal of altijd (5-7 dagen) (3). Hoe lager er gescoord wordt, hoe minder depressieklachten er ervaren worden. De totaalscore is een optelsom van alle schalen waarbij geldt dat hoe lager de score is, hoe minder klachten ervaren worden. In het huidige onderzoek had de vragenlijst een acceptabele betrouwbaarheid ( $\alpha = 0,84$ ). Dit komt overeen met wat Bouma, Ranchor, Sanderman en Van Sonderen (2012) vonden in hun onderzoek naar de betrouwbaarheid.

### *Angstklachten*

De angstklachten werden gemeten door middel van de Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). Deze vragenlijst bestaat uit zeven items die op een 4-puntschaal van helemaal niet (0) tot en met bijna elke dag (3) beantwoord worden. Hierbij worden de angstklachten van de afgelopen veertien dagen in kaart gebracht. Een voorbeeld van een item is: "Niet in staat zijn om te stoppen met piekeren of om controle te krijgen over het piekeren". De totaalscore is een optelsom van alle items waarbij geldt hoe lager de score, hoe minder angstklachten er ervaren worden. De GAD-7 werd bevonden als een valide en doeltreffende screeningslijst voor het meten van angstsymptomen (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006). In het huidige onderzoek bleek de vragenlijst een acceptabele betrouwbaarheid te hebben ( $\alpha = 0,78$ ). Dit komt overeen met wat van Spitzer et al. (2006) vonden in hun onderzoek naar de betrouwbaarheid.

### *Mentaal welbevinden*

De mate van welbevinden werd gemeten met de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). De MHC-SF is een in het Nederlands vertaalde vragenlijst die bestaat uit veertien items (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster & Keyes, 2011). De MHC-SF onderzoekt de mate van emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Bij het invullen van deze vragenlijst werd steeds gevraagd aan te geven in welke mate de participant de afgelopen vier weken bepaalde gevoelens had ervaren. Een voorbeeld van een item is: "Hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?". De participant kon kiezen uit een 6-puntschaal van nooit (0) tot (bijna) altijd (5). Hoe hoger er op deze vragenlijst gescoord wordt, hoe beter het niveau van welbevinden is. De totaalscore bestaat uit de gemiddelde score. In het huidige onderzoek bleek de vragenlijst over een acceptabele betrouwbaarheid te beschikken ( $\alpha = 0,89$ ). Een acceptabele betrouwbaarheid kwam tevens naar voren in het onderzoek van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster en Keyes (2011).

### *Positieve en negatieve emoties*

De positieve en negatieve emoties werden gemeten aan de hand van de Modified Differential Emotions Scale (mDes) (Schaefer, Nils, Sanchez & Philippot, 2010). Deze Nederlandse vragenlijst bestaat uit zestien items waarvan de helft uit positieve emoties bestaat en de andere helft uit

negatieve emoties. De items werden op een zeven-puntschaal ingevuld van helemaal niet (1) tot en met heel intens (7). Bij het invullen diende steeds gedacht te worden aan hoe men zich op dat moment voelde. Een voorbeelditem is: "Geïnteresseerd, geconcentreerd, alert". De vragenlijst bestaat uit twee totaalscores, dit is een optelsom van de positieve emoties en van de negatieve emoties. Hierbij geldt hoe hoger de score, hoe sterker de emoties ervaren worden. In het huidige onderzoek werd een acceptabele betrouwbaarheid gevonden voor de totaalscore voor zowel positieve emoties ( $\alpha = 0,86$ ) als negatieve emoties ( $\alpha = 0,80$ ). De betrouwbaarheid wat betreft de totaalscores kwam overeen met de resultaten uit onderzoek naar de Engelse versie van de vragenlijst (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009).

## Statistische analyses

De data-analyses werden uitgevoerd met het statistische pakket SPSS 22.0. Er werd onderzocht wat de Cronbachs alpha's van de gebruikte vragenlijsten waren. Bij een alpha van 0,7 of hoger werd aangenomen dat de vragenlijst een betrouwbaar instrument was (Cronbach, 1951).

Door middel van de Chikwadraattoets werd getoetst of de experimentele groep en wachtlijstgroep niet significant ( $p > 0,05$ ) van elkaar verschilden wat betreft demografische gegevens. Door middel van de independent t-toets werd getoetst of de experimentele groep en wachtlijstgroep van elkaar verschilden op de nulmeting (T0) wat betreft de scores op de gebruikte vragenlijsten. De Chikwadraattoets en de independent t-toets werden tevens gebruikt om te onderzoeken of de participanten die de nameting niet hadden ingevuld (*drop-out*) verschilden, wat betreft demografische gegevens en scores op de nulmeting, in vergelijking met de participanten die de nameting wel hadden ingevuld.

Om het effect van de interventie te onderzoeken op depressie- en angstklachten, positieve en negatieve emoties en het welbevinden van de participanten uit de experimentele groep in vergelijking met de wachtlijstgroep, werd een Analysis of Covariance (ANCOVA) gedaan. Hierbij was de nameting (T1) de afhankelijke variabele, de conditie (experimentele groep of wachtlijstgroep) de onafhankelijke variabele en de nulmeting (T0) was de covariaat.

Tot slot werd er in geval van significante verschillen tussen de experimentele groep en de wachtlijstgroep op de nameting, de effectgrootte berekend door middel van de Cohen's  $d$ . De Cohen's  $d$  werd berekend door de gemiddelden van de nameting van de experimentele groep en de wachtlijstgroep van elkaar af te trekken en te delen door de gepoolde standaarddeviatie van deze gemiddelden. De effectgrootte van  $d = 0,2$  werd als klein geïnterpreteerd,  $d = 0,5$  als gemiddeld en  $d = 0,8$  als groot (Cohen, 1992). De ANCOVA, en indien van toepassing de effectgrootte, werden ook uitgevoerd voor de participanten die bij start van het huidige onderzoek niet floeerdten.

De missende waarden werden niet meegenomen in de analyses.

# Resultaten

## Nulmeting en drop-out

De resultaten van de independent t-toets laten zien dat de experimentele groep niet significant verschilt van de wachtlijstgroep op de nulmeting wat betreft angstklachten ( $t(167) = 0,38; p = 0,708$ ), depressieklachten ( $t(167) = 0,12; p = 0,908$ ), mentaal welbevinden ( $t(167) = -0,88; p = 0,379$ ), emotioneel welbevinden ( $t(167) = -0,33; p = 0,742$ ), sociaal welbevinden ( $t(167) = -1,51; p = 0,134$ ), psychologisch welbevinden ( $t(84,04) = -1,40; p = 0,167$ ), mate van positieve emoties ( $t(167) = -0,11; p = 0,914$ ) en de mate van negatieve emoties ( $t(167) = 0,59; p = 0,558$ ).

Aan de hand van de Chikwadraattoets blijkt dat de participanten uit de experimentele groep en wachtlijstgroep significant van elkaar verschillen wat betreft woonsituatie ( $Chi^2(5) = 12,47; p = 0,029$ ), zie Tabel 1.

Er zijn geen significante verschillen gevonden wat betreft demografische gegevens en scores op de nulmeting tussen de drop-out ( $n = 35$ ) en de participanten die wel de nulmeting hebben ingevuld.

## Depressie, angst en negatieve emoties

Het doen van acts of kindness zorgde bij de experimentele groep voor significant minder depressieklachten ( $F(1, 127) = 4,64; p = 0,033$ ), minder angstklachten ( $F(1, 127) = 5,19; p = 0,024$ ) en minder negatieve emoties ( $F(1, 127) = 5,80; p = 0,017$ ) in vergelijking met de wachtlijstgroep. De gevonden effecten zijn klein (Cohen's  $d$  depressieklachten = 0,35, Cohen's  $d$  angstklachten = 0,42 en Cohen's  $d$  negatieve emoties = 0,47). De resultaten zijn weergegeven in Tabel 2. De resultaten laten zien dat het doen van vriendelijke activiteiten voor een ander effectief is in het verminderen van depressieklachten, angstklachten en negatieve emoties.

## Positieve emoties en mentaal welbevinden

De acts of kindness interventie zorgt bij de experimentele groep voor een significant hoger niveau van mentaal welbevinden ( $F(1, 127) = 7,11; p = 0,009$ ) in vergelijking met de wachtlijstgroep. Het emotioneel welbevinden ( $F(1, 128) = 7,19; p = 0,008$ ) en psychologisch welbevinden ( $F(1, 127) = 5,11; p = 0,026$ ) van de experimentele groep veranderde significant meer en in positieve zin, na de interventie in vergelijking met de wachtlijstgroep. De effecten zijn klein (Cohen's  $d$  totaal welbevinden = 0,44, Cohen's  $d$  emotioneel welbevinden = 0,41 en Cohen's  $d$  psychologisch welbevinden = 0,43). Het sociaal welbevinden en de mate waarin positieve emoties ervaren werden verschillend niet significant tussen de experimentele groep en de wachtlijstgroep ( $p$  sociaal welbevinden = 0,133 en  $p$  positieve emoties = 0,090). Voor een weergave van de resultaten zie Tabel 2. De resultaten laten zien dat het doen van vriendelijke activiteiten voor een ander effectief is in het verhogen van het mentaal welbevinden, emotioneel welbevinden en psychologisch welbevinden in vergelijking met de wachtlijstgroep.

**Tabel 2**

*Gemiddelden en standaarddeviaties van de voor- en nameting, de uitkomsten van de ANCOVA's en de effectgrootte door middel van de Cohen's *d**

	Experimentele-groep ( <i>n</i> = 85)		Wachtljst-groep ( <i>n</i> = 84)		ANCOVA		Effectgrootte
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	Cohen's <i>d</i>
Depressieklachten					4,64 (1,127)	0,033	0,35
Nulmeting T0	17,68	8,51	17,83	8,45			
Nameting T1	13,56	7,22	16,60	10,06			
Angstklachten					5,19 (1,127)	0,024	0,42
Nulmeting T0	5,85	3,58	6,04	2,90			
Nameting T1	4,72	3,52	6,40	4,40			
Mentaal welbevinden					7,11 (1,127)	0,009	0,44
Nulmeting T0	2,88	0,61	2,79	0,68			
Nameting T1	3,15	0,67	2,85	0,68			
Emotioneel welbevinden					7,19 (1,128)	0,008	0,41
Nulmeting T0	2,99	0,72	2,95	0,84			
Nameting T1	3,33	0,78	3,00	0,84			
Sociaal welbevinden					2,55 (1,128)	0,113	
Nulmeting T0	2,72	0,69	2,55	0,72			
Nameting T1	2,86	0,73	2,57	0,72			
Psychologisch welbevinden					5,11 (1,127)	0,026	0,43
Nulmeting T0	2,96	0,66	2,91	0,75			
Nameting T1	3,29	0,74	2,97	0,76			
Positieve emoties					2,91 (1,127)	0,090	
Nulmeting T0	29,41	6,46	29,31	5,82			
Nameting T1	33,96	8,26	32,10	8,22			
Negatieve emoties					5,80 (1,127)	0,017	0,47
Nulmeting T0	21,66	9,55	22,51	9,34			
Nameting T1	14,91	6,09	18,25	8,12			

### Niet-florerende participanten

Voor de niet-florerende participanten uit de experimentele groep geldt dat zij, in vergelijking met de wachtljstgroep, na de interventie significant minder depressieklachten ( $F(1, 97) = 5,64; p = 0,020$ ), angstklachten ( $F(1, 98) = 5,82; p = 0,018$ ) en negatieve emoties ( $F(1, 97) = 4,55; p = 0,035$ ) rapporteerden. De effecten zijn klein (Cohen's *d* angstklachten = 0,47, Cohen's *d* depressieklachten = 0,44, Cohen's *d* negatieve emoties = 0,39).

De acts of kindness interventie zorgt bij de niet-florerende participanten uit de experimentele groep, in vergelijking met de wachtljstgroep, voor een hoger niveau van mentaal welbevinden ( $F(1, 97) = 5,04; p = 0,027$ ) en emotioneel welbevinden ( $F(1, 97) = 5,96; p = 0,016$ ). Dit betreft een klein effect (Cohen's *d* totaal welbevinden = 0,44 en Cohen's *d* emotioneel welbevinden = 0,40).

Het sociaal welbevinden ( $F(1, 97) = 2,42; p = 0,123$ ), psychologisch welbevinden ( $F(1, 96) = 3,49; p = 0,065$ ) en de mate waarin positieve emoties ervaren worden ( $F(1, 97) = 0,80; p = 0,374$ ) verschilt niet significant tussen de experimentele groep en de wachtljstgroep.

## Therapietrouw

Het gemiddelde aantal uitgevoerde acts of kindness activiteiten is in de eerste week van de interventie hoger dan in de laatste week. In alle zes de interventieweken is het gemiddelde aantal uitgevoerde acts of kindness activiteiten afgerond vier, waarbij het uitvoeren van vijf activiteiten de instructie was. Zie tabel 3.

**Tabel 3**

*Gemiddeld aantal acts of kindness activiteiten ondernomen per interventieweek*

Week	Gemiddeld aantal acts of kindness gedaan
1	4,24
2	3,98
3	3,59
4	3,67
5	3,78
6	3,52



# Discussie

Het doel van het huidige onderzoek was om te onderzoeken of het doen van acts of kindness, oftewel het doen van vriendelijke dingen voor een ander, resulteert in minder depressie- en angstklachten, een beter welbevinden en het ervaren van meer positieve en minder negatieve emoties. In het huidige onderzoek volgden 85 participanten de interventie (experimentele groep) en 84 participanten behoorden tot de wachtlijst controlegroep. De experimentele groep kreeg gedurende zes weken de instructie om op één dag vijf vriendelijke activiteiten uit te voeren. De volgende dag dienden zij deze activiteiten te beschrijven in een online geluksdagboek. Voor en na de interventie werden er vragenlijsten ingevuld om de mate van klachten te meten. De wachtlijstgroep kreeg gedurende het huidige onderzoek geen interventie aangeboden en vulde alleen de vragenlijsten in.

## Belangrijkste bevindingen

Het huidige onderzoek heeft aangetoond dat de acts of kindness interventie zorgt voor significant minder angst- en depressieklachten in vergelijking met de controle wachtlijstgroep. Daarnaast ervoer de experimentele groep, ten opzichte van de wachtlijstgroep, na de interventie minder negatieve emoties. Het mentaal welbevinden, emotioneel welbevinden en psychologisch welbevinden namen significant toe. De gevonden effecten waren klein. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de experimentele groep en de controle wachtlijstgroep wat betreft het sociaal welbevinden en de mate waarin positieve emoties ervoeren werden na de interventie. Het effect van de interventie was op de nulmeting grotendeels gelijk voor de experimentele groep die bestond uit niet-florerende participanten en de experimentele groep inclusief florerende participanten. Voor de groep niet-florerende participanten gold dat naast het sociaal welbevinden en de mate van positieve emoties, het psychologisch welbevinden na de interventie niet significant verbeterde in vergelijking met de wachtlijstgroep. Ook bij deze groep waren de gevonden effecten klein.

De resultaten uit het huidige onderzoek kwamen deels overeen met resultaten uit eerder onderzoek. Zo bleek uit een meta-analyse van Bolier et al. (2013b) dat positief psychologische interventies een klein effect hadden op het psychologisch welbevinden (Cohen's  $d = 0,20$ ) en op depressieklachten (Cohen's  $d = 0,23$ ). Uit een meta-analyse van Sin en Lyubomirsky (2009) bleek dat positief psychologische interventies een middelgroot en significant effect hadden op depressiesymptomen ( $r = 0,31$ ) en op het welbevinden ( $r = 0,29$ ). Deze uitkomsten komen deels overeen met het huidige onderzoek. In het huidige onderzoek werd eveneens een klein en significant effect gevonden voor depressieklachten (Cohen's  $d = 0,35$ ) en het psychologisch welbevinden (Cohen's  $d = 0,43$ ). Er werd ook een significant effect gevonden wat betreft het mentaal welbevinden, al was deze in het huidige onderzoek klein (Cohen's  $d = 0,40$ ). Mogelijk heeft het doen van acts of kindness een kleiner effect op depressieklachten en het mentaal welbevinden dan andere positief psychologische interventies. Een mogelijke verklaring hiervoor bleek uit de meta-analyse van Bolier et al. (2013b). Interventies bleken een groter effect te hebben op depressieklachten wanneer de interventie voor een langere periode werd uitgevoerd en waarbij participanten deelnamen die psychosociale problemen hadden. Mogelijk geldt dit ook voor het mentaal welbevinden. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de participanten in het huidige onderzoek weinig depressie- en/of angstklachten ervoeren. Uit het onderzoek van Sin en Lyubomirsky (2009) bleek dat mensen met depressieklachten meer profiteren van een interventie. De effecten in het huidige onderzoek zullen

daardoor vermoedelijk groter zijn wanneer het onderzoek uitgevoerd zou worden bij participanten met depressieklachten. Uit de meta-analyse van Bolier et al. (2013b) bleek tevens dat *face-to-face* interventies een groter effect hadden dan zelfhulp interventies, zoals in het huidige onderzoek het geval was. Mogelijk zullen de effecten van de acts of kindness interventie groter zijn wanneer de participanten face-to-face begeleid worden. Zo zouden de instructies face-to-face kunnen worden gegeven in plaats van per e-mail.

Uit het huidige onderzoek bleek dat negatieve emoties significant afnamen, terwijl positieve emoties niet significant toenamen. Dit is tegenstrijdig aan eerder onderzoek, zoals in het onderzoek van Ouweneel et al. (2014). Die vonden dat het doen van vijf acts of kindness op één dag en het rapporteren hiervan zorgde voor een toename in positieve emoties en de mate van negatieve emoties bleef in dit onderzoek gelijk. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat het ervaren van positieve emoties volgens Frederickson (2000) meer is dan de afwezigheid van negatieve emoties. Hetzelfde geldt voor gezondheid en het welbevinden, dat is meer dan de afwezigheid van ziekte en psychische klachten. Hierdoor wordt duidelijk dat het ervaren van positieve en negatieve emoties los van elkaar staat. Hierdoor kan een interventie invloed hebben op alleen de afname van negatieve emoties, terwijl de mate van positieve emoties niet verandert.

Tevens toonde het huidige onderzoek aan dat het mentaal welbevinden, het emotioneel welbevinden en het psychologisch welbevinden na de interventie bij de experimentele groep significant was verbeterd in vergelijking met de wachtlijstgroep. Er werd na de interventie geen significant verschil gevonden tussen de twee groepen wat betreft het sociaal welbevinden. Een eenduidige verklaring hiervoor werd niet gevonden, maar een aanname werd wel gedaan. Het huidige onderzoek bestond vooral uit vrouwen (89,3%). Uit literatuur bleek dat vrouwen een lager sociaal welbevinden ervaren dan mannen (Keyes & Shapiro, 2004). Of vrouwen ook minder snel verbeteren in het sociaal welbevinden werd niet gevonden.

## Sterke kanten en beperkingen

Het huidige onderzoek was vernieuwend, omdat het een van de weinige onderzoeken is die bestond uit een Nederlandse steekproef en waarbij het aandeel van studenten slechts bestond uit 1,8% van de participanten. Tevens was vernieuwend in het huidige onderzoek dat er ook een onderscheid gemaakt werd tussen florerende en niet-florerende participanten, zodat het verschil, wat betreft het effect van een acts of kindness interventie, tussen deze twee groepen onderzocht kon worden. Als laatste bleek de therapietrouw in het huidige onderzoek hoog te zijn. In alle vijf de weken van het huidige onderzoek deden de participanten gemiddeld vier acts of kindness oefeningen per week, waarbij hen gevraagd werd om er vijf te doen.

Een beperking van het huidige onderzoek was dat de uitkomsten niet gegeneraliseerd konden worden naar de gehele Nederlandse bevolking. Aan het huidige onderzoek deden vooral vrouwen mee (89,3%) en gediplomeerde mensen met als niveau hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs (78,7%). De leeftijd van de participanten varieerde vooral tussen de 40 en 56 jaar. Deze doelgroep bleek bij andere onderzoeken ook grotendeels aanwezig te zijn (Bolier et al., 2013a; Neff & Germer, 2013; Schotanus-Dijkstra et al., 2017). Dit heeft als gevolg dat de resultaten niet gegeneraliseerd kunnen worden naar mannen, lager opgeleiden en naar mensen die niet in de leeftijdscategorie van 40 tot 56 jaar vallen. Mogelijk is het ook een aanwijzing dat de specifieke doelgroep uit het huidige onderzoek juist behoefte heeft aan het vergroten van het welbevinden door middel van een zelfstandig uit te voeren interventie. Een laatste beperking was dat de invloed van de acts of kindness oefening in het huidige onderzoek niet onderzocht is in

combinatie met andere positief psychologisch interventies. Wellicht zijn de effecten van de acts of kindness interventie uit het huidige onderzoek, in combinatie met andere positief psychologische interventies, groter. Zo deden Schotanus-Dijkstra, Pieterse, Drossaert, Walburg en Bohlmeijer (2017) onderzoek naar de interventie 'Dit is jouw leven' die bestond uit een negen tot maximaal twaalf weken durende zelfhulp interventie met e-mail begeleiding. 'Dit is jouw leven' bestond uit acht modules met theorie, psycho-educatie en opdrachten. De interventie beek onder andere een significant en positief effect te hebben op het mentaal welbevinden, angstklachten, depressieklachten en de mate van positieve emoties.

Het doel van het huidige onderzoek was om de interventie, wanneer deze effectief bleek, als preventie interventie toe te kunnen passen bij mensen met depressie- en/of angstklachten die op de wachtlijst staan voor professionele hulp. Het huidige onderzoek bestond vooral uit een gezonde populatie die slechts in lichte mate, of helemaal geen, klachten ervoer. Het is daarom niet waarschijnlijk dat deze doelgroep professionele hulp zal gaan zoeken en daarmee zijn de resultaten niet te generaliseren naar de doelgroep waarvoor de interventie een eerste stap binnen het stepped care principe zou kunnen zijn.

## Vervolg onderzoek

Er is behoefte aan onderzoek naar de wensen van de acts of kindness interventie bij mannen, lager opgeleide mensen en bij mensen die niet in de leeftijdscategorie van 40 tot 56 jaar vallen. Mogelijk profiteren bepaalde groepen mensen meer of minder van de acts of kindness waarmee de interventie voor een specifieke doelgroep inzetbaar is. Dit werd gevonden in een onderzoek van Bolier et al. (2013a) naar de effecten van een online zelfhulp interventie ter verbetering van het welbevinden die tevens depressieklachten heeft gemeten. Hierbij gold dat participanten ouder dan 45 jaar, naderhand minder depressieklachten ervoeren dan jongere participanten. Om te onderzoeken of dit ook bij de interventie zoals in het huidige onderzoek geldt, is het noodzakelijk dat er onderzocht wordt door middel van een gerandomiseerde, gecontroleerde interventiestudie (RCT) of de subgroepen: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau van elkaar verschillen wat betreft de effectiviteit van de acts of kindness interventie. Op deze manier wordt duidelijk of, en voor welke doelgroep, de acts of kindness interventie toepasbaar is om psychische klachten te verminderen.

Naar voren kwam dat de acts of kindness interventie na zes weken een klein en gunstig effect had op depressie- en angstklachten, het mentaal welbevinden, het psychologisch welbevinden, het emotioneel welbevinden en het ervaren van minder negatieve emoties. Uit onderzoek zal moeten blijken of deze effecten na het stoppen met de interventie blijven bestaan. Dit werd namelijk wel gevonden in het onderzoek van Schotanus-Dijkstra et al. (2017). Schotanus-Dijkstra et al. (2017) deden onderzoek naar het effect van een positief psychologische interventie met e-mailbegeleiding, op het mentaal welbevinden, depressie en angst. Deze interventie duurde maximaal twaalf weken waarbij de participanten iedere week iets nieuws lazen en verschillende opdrachten deden. Een jaar na de interventie bleek het welbevinden nog steeds te verbeteren. Dit kan onderzocht worden door middel van een follow-up onderzoek na bijvoorbeeld een half jaar en na één jaar. Door dit voor de interventie van het huidige onderzoek te onderzoeken, wordt duidelijk of de interventie toepasbaar is om klachten op de korte termijn in lichte mate te doen verminderen of dat de interventie ook een invloed heeft op de lange termijn.

In het huidige onderzoek kwam naar voren dat de acts of kindness interventie een klein effect had op het verminderen van depressie- en angstklachten. Mogelijk kan de interventie een

zinnvolle bijdrage leveren aan een positief psychologisch interventie programma dat als eerste stap binnen het stepped care principe toegepast kan worden.

# Referenties

- Bergsma, A., & Schaufeli, W. (2013). Positieve psychologie in organisaties.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G. J., Riper, H., Walburg, J. A., ... & Bohlmeijer, E. (2013a). An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 15(9).
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013b). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119.
- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & van Sonderen, E. (2012). CES-D. Groningen, Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- 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. *Emotion*, 9(3), 361.
- Curry, O. S., Rowland, L., Zlotowitz, S., McAlaney, J., & Whitehouse, H. (2016). Happy to Help? A Systematic Review and Meta-analysis of the Effects of Performing Acts of Kindness on the Well-being of the Actor.
- De Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & Dorsselaer, S. van (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 203-213.
- 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.
- Exline, J. J., Lisan, A. M., & Lisan, E. R. (2012). Reflecting on acts of kindness toward the self: Emotions, generosity, and the role of social norms. *The Journal of Positive Psychology*, 7(1), 45-56.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions?. *Review of general psychology*, 2(3), 300.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3(1), 1a.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical*
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, 95(5), 1045.
- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science*, 13(2), 172-175.
- Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology?. *Review of general psychology*, 9(2), 103.
- Kerr, S. L., O'Donovan, A., & Pepping, C. A. (2015). Can gratitude and kindness interventions enhance well-being in a clinical sample?. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 17-36.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal*

- of health and social behavior, 207-222.
- 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(3), 539.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social indicators research*, 77(1), 1-10.
- Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 350-372.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology: Findings from a longitudinal representative panel study. *Positive Mental Health; measurement, relevance and implications*, 139.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Nelson, S. K., Layous, K., Cole, S. W., & Lyubomirsky, S. (2016). Do unto others or treat yourself? The effects of prosocial and self-focused behavior on psychological flourishing. *Emotion*, 16(6), 850-861. doi:10.1037/emo0000178
- NOS (2016). GGZ: wachtlijsten geestelijke gezondheidszorg steeds langr. Verkregen op 30 oktober 2017, via <https://nos.nl/artikel/2137296-ggz-wachtlijsten-geestelijke-gezondheidszorg-steeds-langer.html>.
- Ouweneel, E., Blanc, P. M. Le, & Schaufeli, W. B. (2014). On being grateful and kind: Results of two randomized controlled trials on study-related emotions and academic engagement. *The Journal of psychology*, 148(1), 37-60.
- Prins, M., Verhaak, P., Smolders, M., Laurant, M., Van Marwijk, H., Bensing, J., ... & Penninx, B. W. J. H. (2010). Gepaste zorg voor mensen met angst of depressie. *Ned Tijdschr Geneesk*, 154, A2360.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Schaefer, A., Nils, F., Sanchez, X., & Philippot, P. (2010). Assessing the effectiveness of a large database of emotion-eliciting films: A new tool for emotion researchers. *Cognition and Emotion*, 24(7), 1153-1172.
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H. C., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Possible mechanisms in a multicomponent positive psychology self-help intervention to improve mental well-being, anxiety and depression: A multiple mediation model. *The Journal of Positive Psychology*, doi: 10.1080/17439760.2017.1388430
- 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.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

- Van Daele, T., Hermans, D., van den Bergh, O., & Van Audenhove, C. (2014). De meerwaarde van gezondheids promotie en preventie binnen de GGZ. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 44(2), 120-129.
- Verhaak, P., Zwaanswijk, M., & ten Have, J. (2011). Psychologische interventies. *Huisarts en wetenschap*, 54(1), 23-28.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increased psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: a meta-analysis of randomized controlled trails. *PloS one*, 11(6), e0158092.