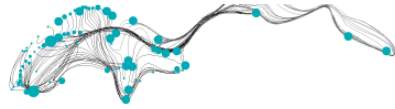


UNIVERSITEIT TWENTE.



Bachelorthese Psychologie
Thema: Geestelijke gezondheidsbevordering

Op verhaal komen

Een onderzoek naar de samenhang van Ruminatie, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressieve klachten, algemene psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid

Naam: Anneloes Klunder
Studentnummer: s0193283
Eerste begeleider: S.M.A. Lamers
Tweede begeleider: G.J. Westerhof
Datum: 01-08-2011

Vragenlijst Schrijven over je leven

Beste deelnemer,

De vragenlijst die u straks gaat invullen bestaat uit verschillende onderdelen. De lijst bevat algemene vragen over uw gezondheid en eventuele gezondheidsklachten.

De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende standaardvragenlijsten die veel worden gebruikt in onderzoek. Het kan daarom voorkomen dat twee keer dezelfde soort vraag wordt gesteld. Deze vragen zijn dan net wat anders geformuleerd. We hopen dat u hier begrip voor heeft en willen benadrukken dat het van belang is dat u op iedere vraag een antwoord geeft. Alleen op deze manier kunnen wij het onderzoek goed uitvoeren.

We willen u erop wijzen dat er bij de meeste vragen naar uw mening wordt gevraagd. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden. Het gaat telkens om uw eerste indruk, dus lang nadenken is niet nodig. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het best van toepassing is. Wij willen u vragen om de vragenlijst slechts een keer in te vullen.

Bij veel vragen kunt u uw antwoord aangeven door het gekozen antwoord aan te klikken. Hierbij kan slechts één antwoord worden gegeven. Als u een antwoord moet invullen, bijvoorbeeld een getal of een tekstgedeelte, staat dit aangegeven.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking!

Onderzoeksnummer

Uw onderzoeksgegevens worden anoniem en vertrouwelijk behandeld. Daarom maken wij gebruik van onderzoeksnummers.

In de e-mail waarin u werd verwezen naar deze vragenlijst, wordt tevens uw onderzoeksnummer genoemd. Wij willen u vragen hieronder uw onderzoeksnummer in te vullen. Dit is voor ons zeer van belang.

Wilt u hieronder het onderzoeksnummer aangeven dat in de e-mail wordt vermeld?

Achtergrondgegevens

We willen beginnen met enkele algemene gegevens.

Geslacht

Man

Vrouw

Geboortedatum

Mijn geboortedatum is: / /

DD MM JJJJ

Achtergrondgegevens: Behandeling

Nog enkele achtergrondvragen.

Ontvangt u momenteel hulp voor psychische klachten, bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg?

Ja

Nee

Achtergrondgegevens: Behandeling

Nog enkele achtergrondvragen.

In welke vorm ontvangt u hulp?

Achtergrondgegevens: Medicatie

Nog enkele achtergrondvragen.

Bent u in de afgelopen 3 maanden gestart met medicijnen voor somberheid of andere psychische klachten?

Ja

Nee

Achtergrondgegevens: Medicatie

Nog enkele achtergrondvragen.

Waarvoor gebruik u medicatie?

Welke medicatie gebruikt u?

Schrijvenoverjeleven-t0A

Stemming

De volgende vragen gaan over uw stemming in de afgelopen week.

Zet een kruisje bij de uitspraak die het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

Tijdens de afgelopen week:

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
1. Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Voelde ik me even veel waard als ieder ander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Voelde ik me gedeprimeerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Had ik goede hoop voor de toekomst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vond ik mijn leven een mislukking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Voelde ik me bang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stemming

De laatste 10 vragen over uw stemming.

Tijdens de afgelopen week:

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
11. Sliep ik onrustig.	jā	jā	jā	jā
12. Was ik gelukkig.	jā	jā	jā	jā
13. Praatte ik minder dan gewoonlijk.	jā	jā	jā	jā
14. Voelde ik me eenzaam.	jā	jā	jā	jā
15. Waren de mensen onaardig.	jā	jā	jā	jā
16. Had ik plezier in het leven.	jā	jā	jā	jā
17. Had ik huilbuien.	jā	jā	jā	jā
18. Was ik treurig.	jā	jā	jā	jā
19. Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.	jā	jā	jā	jā
20. Kon ik maar niet op gang komen.	jā	jā	jā	jā

Gespannenheid

Hieronder staat een aantal uitspraken dat door mensen is gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen week gevoeld heeft.

Ik voel me gespannen.

- Meestal
- Vaak
- Af en toe / soms
- Helemaal niet

Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren.

- Heel zeker en vrij erg
- Ja, maar niet zo erg
- Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- Helemaal niet

Ik maak me ongerust.

- Heel erg vaak
- Vaak
- Af en toe maar niet te vaak
- Alleen soms

Ik kan rustig zitten en me ontspannen.

- Zeker
- Meestal
- Niet vaak
- Helemaal niet

Gespannenheid

De laatste 3 vragen over gespannenheid.
Het gaat hierbij om uw gevoelens de afgelopen week.

Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag.

Helemaal niet

Soms

Vrij vaak

Heel vaak

Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben.

Heel erg

Tamelijk veel

Niet erg veel

Helemaal niet

Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst.

Zeer vaak

Tamelijk vaak

Niet erg vaak

Helemaal niet

Onderzoeksnummer

Aan het begin van de vragenlijst hebben we u gevraagd uw onderzoeksnummer in te vullen dat in de e-mail vermeld staat.

Ter controle willen wij u vragen dit onderzoeksnummer nogmaals in te vullen.

Wilt u hieronder het onderzoeksnummer aangeven dat in de e-mail wordt vermeld?

Einde

U bent klaar met het invullen van de vragenlijst. HARTELIJK DANK!

Wanneer u op "Gereed" klikt, wordt de vragenlijst naar ons verzonden. U krijgt hiervan geen bevestiging.

Aan de hand van uw antwoorden op de vragenlijst zal worden bepaald of u kunt deelnemen aan het onderzoek. U krijgt hierover per e-mail bericht. Indien dit het geval is, krijgt u een kort telefonisch interview. Aan de hand van dat interview wordt vervolgens bepaald of u definitief kunt deelnemen aan het onderzoek.

Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met uw antwoorden, deze zullen volledig anoniem worden verwerkt. Niemand, behalve onderzoekers aan de Universiteit Twente, krijgt inzage in uw antwoorden.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de relaties tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressie, psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid. Deze begrippen waren nog niet eerder met elkaar in verband gebracht, en waren ook nog niet gemeten bij personen van middelbare leeftijd met licht tot matig depressieve klachten. Er werd zowel vanuit een klachtgericht als een krachtgericht perspectief gekeken naar geestelijke gezondheid.

In deze studie is gebruik gemaakt van de voormetingdata van deelnemers die zich hebben aangemeld voor een cursus autobiografisch schrijven. Zij hebben een aantal vragenlijsten ingevuld, die in dit onderzoek zijn geanalyseerd. Ten eerste is er een correlatieanalyse uitgevoerd, waarna er in een regressieanalyse is gecontroleerd voor de overige variabelen om te bekijken of de significante samenhang tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressie, psychische klachten en geestelijke gezondheid bleef bestaan.

De bevindingen wijzen erop dat er inderdaad correlaties bestaan tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressie, psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid. Nadat er, door middel van een regressieanalyse, gecontroleerd werd voor de andere variabelen, bleek dat Rumination sterk samenhang met klachten en dat de cognitieve en ervaringsgerichte dimensies van Growth Motivation correleerden met positieve geestelijke gezondheid. Dat waren ook de verwachtingen in deze studie, en met deze bevindingen is ook het two-continuamodel (Keyes, 2005) bevestigd; geestelijke gezondheid is niet alleen de afwezigheid van psychopathologie, maar ook de aanwezigheid van positieve gevoelens.

Met dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het zinvol is om Rumination en Growth Motivation te beïnvloeden in een (preventieve) interventie. Het afnemen van Rumination zou kunnen leiden tot het afnemen van psychische klachten, en het stimuleren van groeimotivatie zou kunnen leiden tot positieve geestelijke gezondheid. Daarnaast is het two-continuamodel (Keyes, 2005) bevestigd. Het blijkt dat niet alleen het kijken naar psychopathologie van belang is, maar dat ook het in acht nemen van positieve geestelijke gezondheid zin heeft.

Abstract

The present study was designed to examine the relations between Rumination, Narrative Foreclosure and Growth Motivation with depression, general mental problems and positive mental health. These concepts have not been connected before, and were not yet investigated in older adults with mild to moderate depressive symptoms. Positive mental health was considered from a symptom directed as well as a strength directed perspective.

In this study the premeasures from participants who enrolled in an autobiographical writing course were used. They filled in a number of questionnaires, which are analyzed in this study. Firstly, a correlation analysis was carried out, after which a regression analysis was executed for controlling the other variables to see whether the correlations between Rumination, Narrative Foreclosure and Growth Motivation with depression, general mental problems and positive mental health were still significant.

The results indicated that indeed correlations between Rumination, Narrative Foreclosure and Growth Motivation with depression, general mental problems and positive mental health existed. After a regression analysis turned out that, as predicted, Rumination was strongly correlated with symptoms, and the cognitive and experiential dimensions of Growth Motivation were connected to positive mental health. These findings also confirmed the two-continuum model (Keyes, 2005); mental health is not only the absence of psychopathology, but also the presence of positive feelings.

It can be concluded that it is useful to influence Rumination and Growth Motivation in a (preventive) intervention. Reducing psychological problems could be a result of reducing Rumination, and stimulating Growth Motivation could increase positive mental health. The findings also confirmed the two-continuum model (Keyes, 2005). It turned out that it is not only important to take psychopathology in consideration, but to also pay attention to positive mental health.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
1. Inleiding	5
2. Methode	10
2.1 Deelnemers	10
2.2 Procedure	10
2.3 Meetinstrumenten	11
2.3.1 CES-D	12
2.3.2 BSI	12
2.3.3 MHC-SF	13
2.3.4. Ruminative Response Scale	13
2.3.5 Narrative Foreclosure	13
2.3.6 Growth Motivation Index	14
2.3.7 Statistische analyses	15
3. Resultaten	16
3.1 Descriptieve data	16
3.2 Correlatieanalyse	17
3.3 Regressieanalyse	19
3.4 Resultaten van de regressieanalyse	23
4. Discussie	25
4.1 Conclusie	25
4.2 Beperkingen van dit onderzoek	27
4.3 Aanbevelingen	28
Referenties	29
Bijlagen: vragenlijsten	33

1. Inleiding

Depressie is een ernstig, veelvoorkomend gezondheidsprobleem (Beekman, Penninx, Deeg, De Beurs, Geerings & Van Tilburg, 2002) met een slechte prognose (Cuijpers & Smit, 2002; Cole, Bellavance & Masour, 1999). Ook op latere leeftijd komt depressie voor. Ongeveer 3 % van de ouderen in Nederland heeft een depressieve stoornis en ongeveer 13 % heeft klinisch relevante depressieve symptomen (Beekman, Geerings & Van Tilburg, 1998). Een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis is de aanwezigheid van licht tot matige depressieve klachten (Smit et al., 2004; Smit, Cornijs, Schroevers, Cuijpers, Deeg & Beekman, 2007; Cuijpers, De Graaf & Van Dorsselaer, 2004). Daarom is er behoefte aan laagdrempelige, preventieve interventies voor oudere volwassenen.

In dit onderzoek wordt geestelijke gezondheid zowel vanuit een klachtgericht als een krachtgericht perspectief bekeken. Het two-continua model (Keyes, 2005) gaat er vanuit dat geestelijke gezondheid niet slechts de afwezigheid van psychische ziekten is, maar ook de aanwezigheid van positieve gevoelens (emotioneel welbevinden), zowel in het individuele leven (psychologisch welbevinden) als in de samenleving (sociaal welbevinden). Het two-continua model verklaart dat positieve geestelijke gezondheid gerelateerd is aan mentale ziekten. Een persoon met veel psychopathologische symptomen heeft een grotere kans op een lage mate van welzijn (weinig positieve emoties, weinig tevredenheid met het leven en verminderd functioneren), vergeleken met een persoon waarbij psychopathologische symptomen afwezig zijn. Maar bij afwezigheid van klachten kan er ook sprake zijn van afwezigheid van positieve gevoelens of een bevredigend (sociaal) leven. Mensen die geestelijk ziek zijn, zijn meestal ook geestelijk minder gezond, maar dit verband is dus niet rechtevenredig. Keyes (2005) betoogt in zijn onderzoek dat zowel emotioneel, psychologisch als sociaal welbevinden deel uitmaken van positieve geestelijke gezondheid. Aan de ene kant bepaal je de mate van positieve geestelijke gezondheid door te kijken naar plezierige gevoelens, tevredenheid en interesse, en aan de andere kant kijk je of een persoon effectief functioneert. Het tweedimensionale model heeft twee verschillende doelen; ten eerste het verminderen van klachten en ten tweede het verbeteren van de gezondheid. Volledig geestelijk gezonde personen ervaren de minste beperkingen in het dagelijks leven, missen de minste werkdagen en functioneren psychosociaal goed (Keyes, 2005).

Het doel van deze studie is het onderzoeken van een drietal variabelen (Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation) in relatie tot psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid. Er wordt zowel vanuit een klachtgericht als een krachtgericht perspectief gekeken naar geestelijke gezondheid. Tot op heden is er vanuit dit two-continuaperspectief nog maar weinig onderzoek gedaan, terwijl een eerdere studie (Keyes, 2005) heeft uitgewezen dat er redenen zijn om

ook positieve geestelijke gezondheid in acht te nemen bij het onderzoeken van het welbevinden. Deze studie kan bijdragen aan vergroting van kennis op het gebied van positieve geestelijke gezondheid en kan daarnaast aanbevelingen verschaffen voor nieuwe interventies die gericht zijn op het in kaart brengen en bestrijden van psychische klachten, en dan met name depressieve klachten. Volgens de cognitief-psychologische theorie over depressie van Beck (1967) gaat depressie gepaard met negatieve tirades; een negatief beeld over jezelf, over de omgeving en over de toekomst. Kwetsbaarheid voor depressie ontstaat door depressogene cognitieve schema's (disfunctionele attitudes). Deze schema's worden vooral geactiveerd als reactie op negatieve gebeurtenissen die lijken op de gebeurtenissen die het schema in de hand hebben gewerkt. De schema's hebben een negatieve invloed op informatieverwerking en geheugen. Het diathesis-stressmodel (Zubin & Spring, 1977) stelt dat activatie van een schema in combinatie met een stressvolle gebeurtenis en een onprettig gevoel leidt tot automatische, negatieve gedachten, die een bestaand gevoel (bijvoorbeeld somberheid) kunnen versterken. Op deze manier komen personen met licht tot matige depressieve klachten terecht in een vicieuze cirkel, waarbij de kans op verergering van de klachten aanwezig is. De mate waarin negatieve gedachten en negatieve denkpatronen getriggerd worden door een sombere stemming, wordt cognitieve reactiviteit genoemd (Taesdale, 1988). Die cognitieve reactiviteit wordt gelinkt aan Ruminatie, het herhaald denken aan de mogelijke oorzaken en betekenissen van bepaalde gevoelens. Taesdale (1988) heeft een onderzoek uitgevoerd waarbij hij een sombere stemming opwekte bij participanten door hen naar droevige muziek te laten luisteren. Tegelijkertijd moesten ze terugdenken aan een negatieve, autobiografische herinnering. Het bleek dat de participanten die in hoge mate piekerden (Ruminatie), langer in hun sombere stemming bleven hangen. Personen die rumineren als reactie op hun depressie, lopen een hoger risico om in de toekomst opnieuw (ernstiger en langer) depressief te worden (Nolen-Hoeksema, Morrow & Frederickson, 1993).

Ruminatie wordt beschouwd als een stabiele, individuele karaktertrek. Het is niet zo dat de neiging tot rumineren significant vermindert als de sombere stemming opgeheven wordt (Nolen-Hoeksema, 2000). Ruminatie heeft echter wel een negatieve invloed op een depressie (Nolen-Hoeksema et al., 1993). Het is namelijk gelinkt aan een hogere kwetsbaarheid voor het ontwikkelen en behouden van een depressieve stemming. Het woord refereert naar een manier van denken die gekenmerkt wordt door herhaalde gedachten aan verdriet, depressie of zorgen en aan de mogelijke oorzaken en betekenissen van die gevoelens. In eerste instantie zijn personen vaak gemotiveerd om te rumineren, omdat zij positieve overtuigingen hebben ontwikkeld rondom de voordelen ervan ("Ik heb het rumineren nodig om de oorzaken van mijn depressie te onderzoeken"). Op de langere termijn worden de negatieve gevolgen ervaren, en wordt het rumineren beschouwd als schadelijk en oncontroleerbaar ("Als ik rumineer, kan ik nergens anders aan denken"). Deze negatieve

overtuigingen leiden weer tot verergering van een depressieve stemming (Papageorgiou & Wells, 2003b).

Zoals het hierboven beschreven onderzoek van Taesdale (1988) al uitwees, is ook het autobiografisch geheugen gelinkt aan depressie. Ruminatie leidt tot incomplete en minder goede cognitieve verwerking, en daaraan is ook het onderdrukken van gedachten verbonden. In onderzoek van onder andere Williams & Scott (1988) is gevonden dat mensen met depressieve klachten de neiging hebben tot overgeneraliseren, wat inhoudt dat ze moeite hebben met het ophalen van specifieke herinneringen. Depressieve klachten beïnvloeden de manier waarop het geheugen werkt. Deze bevinding is belangrijk omdat de ontwikkeling van het autobiografisch geheugen parallel loopt aan de ontwikkeling van een identiteit. Identiteit wordt gevormd aan de hand van persoonlijke herinneringen, die self-defining memories worden genoemd (Salaman, 1970). Deze self-defining memories kunnen gezien worden als de bouwstenen van de identiteit. Ze veroorzaken intense gevoelens tijdens het oproepen ervan, het zijn levendige en gedetailleerde herinneringen en ze worden actief opgeroepen in bepaalde situaties. Een self-defining memory speelt een essentiële rol bij het geven van betekenis aan gebeurtenissen. Depressieve personen hebben veel negatief gekleurde herinneringen, waardoor zij ook eerder een negatieve betekenis toekennen aan situaties (Singer, Rexhaj & Baddeley, 2007). Uit onderzoek is gebleken dat negatieve gedachten bij depressieve personen ervoor zorgen dat zij meer 'narrative foreclosed' zijn dan niet-depressieve personen. Deze mensen kunnen niet goed betekenis geven aan hun self-defining memories. Het begrip Narrative Foreclosure is afkomstig uit de narratieve psychologie. Het is de vroegtijdige overtuiging dat het eigen levensverhaal in zekere zin gestopt is (Freeman, 2000). Een persoon die niet meer werkt aan een voortgaand verhaal terwijl zijn of haar leven nog doorgaat, wordt gezien als lijdend aan Narrative Foreclosure. Het verhaal is eerder afgelopen dan het leven afgelopen is, terwijl het verleden ook opnieuw geïnterpreteerd kan worden. Als gevolg hiervan kunnen gevoelens van wanhoop, betekenisloosheid en depressie ontstaan (Vonnegut, 1982).

Personen die narrative foreclosed zijn, ontwikkelen hun identiteit niet of weinig. Een ander begrip dat gericht is op identiteitsexploratie, en op zelfontwikkeling, constructie van het eigen leven en persoonlijke groei, is Growth Motivation. Het begrip Growth Motivation is voor het eerst beschreven door Maslow (1974). Hij gaat er vanuit dat mensen de neiging hebben om een stap verder te gaan als een lagere behoefte bevredigd is. Naar aanleiding van deze overtuiging ontwikkelde hij de 'Hierarchy of needs', die uit vijf niveaus bestaat. Fysieke behoeften staan onder in de hiërarchie, gevolgd door de behoefte aan veiligheid, aan sociaal contact, aan waardering en erkenning en uiteindelijk aan zelfactualisatie. De eerste vier behoeften worden 'deficiency needs' genoemd, omdat ze alleen motiverend zijn als ze nog niet vervuld zijn. Zelfactualisatie daarentegen is de behoefte aan zelfontplooiing; alle talenten en capaciteiten willen benutten. De behoefte aan de weg naar

zelfactualisatie noemt Maslow Growth Motivation. Growth Motivation bestaat uit drie dimensies; de cognitieve, de ervaringsgerichte en de extrinsieke dimensie. Cognitieve groei is het zoeken naar betekenis in het leven, identiteitsexploratie en psychosociale ontwikkeling. Ervaringsgerichte groei houdt in dat personen op zoek zijn naar welzijn, tevredenheid met het leven en zelfvertrouwen. Extrinsieke groei is het groeien door omstandigheden en invloeden van buitenaf, zoals geld, macht en status (Bauer et al., 2011).

Rumination is al eerder in verband gebracht met depressie en andere psychische klachten (Nolen-Hoeksema, 2000), maar nog niet met positieve geestelijke gezondheid. Aangezien de aanwezigheid van psychische klachten vaak samengaat met afwezigheid van positieve gevoelens, wordt er verwacht dat Rumination ook zal samenhangen met positieve geestelijke gezondheid, maar minder sterk dan met klachten.

Narrative Foreclosure is nog niet eerder in relatie gebracht met psychische klachten of positieve geestelijke gezondheid. De verwachting is dat het correleert met beide variabelen, maar sterker met psychische klachten. Narrative Foreclosure is namelijk een negatief geformuleerd begrip; dat houdt in dat een hoge mate van Narrative Foreclosure betekent dat personen hun leven als een afgesloten boek zien. Starheid, afgeslotenheid en rigiditeit zijn begrippen die daarbij aansluiten. Het is voor te stellen dat personen die last hebben van psychische klachten zich niet tevreden voelen, niet open zijn en zich minder flexibel op kunnen stellen ten opzichte van zowel het verleden als de toekomst; een aantal kenmerken van de aanwezigheid van positieve gevoelens.

Ook Growth Motivation is nog niet eerder in verband gebracht met psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid. Wel is in het onderzoek van Bauer et al. (2011) gevonden dat de cognitieve en ervaringsgerichte subschalen samenhangen met psychosociale groei en welbevinden. De verwachting in dit onderzoek is dat de cognitieve en ervaringsgerichte dimensies met zowel klachten als positieve geestelijke gezondheid correleren, maar sterker met het tweede. Uit onderzoek van Keyes (2007) blijkt namelijk dat volledig geestelijk gezond functionerende personen (flourishing) in hoge mate functionele doelen hebben geformuleerd (ze weten wat ze willen in en van het leven), een hoge mate van veerkracht en een hoge mate van intimiteit ervaren. De extrinsieke dimensie gaat er vanuit dat personen gemotiveerd zijn om te groeien door omstandigheden en invloeden van buitenaf, zoals geld, status en macht. Die extrinsieke invloeden hebben volgens Maslow (1974) minder te maken met zelfontplooiing, en zouden daarom in mindere mate dan cognitieve en ervaringsgerichte groeimotivatie correleren met positieve geestelijke gezondheid.

Aan de hand van de weergegeven literatuur is er een onderzoeksvraag opgesteld: Bestaan er correlaties tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressieve klachten, algemene psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid? Deze verschillende variabelen zijn nog niet eerder met elkaar in verband gebracht, en ook zijn ze nog niet eerder

onderzocht bij een onderzoekspopulatie van middelbare leeftijd. Een vernieuwend aspect is ook het onderzoeken van personen met licht tot matig depressieve klachten. Het is belangrijk om bij deze onderzoekspopulatie, waarbij preventief handelen voorop staat, de relaties met geestelijke ziekte en gezondheid te onderzoeken. Deze studie geeft een indicatie of het zinvol is om Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation te beïnvloeden in een (preventieve) interventie. Om dit te kunnen onderzoeken, zijn er een aantal specifieke hypothesen opgesteld:

1. Rumination hangt samen met psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid, maar sterker met het eerste.
2. Narrative Foreclosure correleert met zowel psychische klachten als positieve geestelijke gezondheid, maar sterker met het eerste.
3. De cognitieve en ervaringsgerichte subschalen van Growth Motivation zijn gerelateerd aan psychische klachten en aan positieve geestelijke gezondheid, maar sterker aan het tweede.
4. De samenhang tussen de verschillende variabelen in Hypothese 1 t/m 3 blijft bestaan als er gecontroleerd wordt voor de overige variabelen door middel van een regressieanalyse.

2. Methode

2.1 Deelnemers

174 Personen, 40 mannen en 134 vrouwen, met licht tot matig depressieve klachten zijn geselecteerd voor een interventie autobiografisch schrijven. Zij hebben zich aangemeld naar aanleiding van een open werving, en zijn gerekruteerd na het invullen van een aantal vragenlijsten en na afname van de M.I.N.I. (inclusiecriteria zijn de afwezigheid van een depressieve episode en een laag risico op suïcidaliteit volgens de M.I.N.I.) (Sheenan et al., 1998). Dit onderzoek is een onderdeel van een grotere studie. Voor deze studie is gebruik gemaakt van de voormetingdata van de deelnemers aan de zelfhulp cursus Op verhaal komen. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 56,94 jaar en varieert van 40 tot 82 jaar. Iets minder dan de helft van de deelnemers (43,7%) heeft een betaalde baan of is zelfstandig ondernemer, 19% is gepensioneerd, 4,6% besteedt zijn of haar tijd vooral aan huishoudelijk werk, 12,1% doet vrijwilligerswerk, 12,6% is (langdurig) arbeidsongeschikt en de overige 8% is werkloos.

2.2 Procedure

Het onderzoek bevat een screeningfase en een experimentele fase.

Tijdens de screeningfase worden de participanten verzocht om na het ondertekenen van de informed consent een aantal vragenlijsten (zie bijlagen) in te vullen; de CES-D (Radloff, 1997; een gevalideerde vragenlijst voor depressieve klachten), de BSI (de Beurs & Zitman, 2006; een gevalideerde vragenlijst voor algemene psychische klachten zoals angst, fobische angst, hostiliteit, paranoïde symptomen, psychoticisme, depressie, interpersoonlijke sensitiviteit, problemen in de cognitieve functies en somatische klachten) en de MHC-SF (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011; een gevalideerde vragenlijst voor positieve geestelijke gezondheid). Naar aanleiding van de vragenlijsten en een telefonisch interview is bepaald of de deelnemer voldoet aan de inclusiecriteria. Een score hoger dan 15 op de HADS-A is in dit onderzoek een criterium voor exclusie. Personen worden geïnccludeerd als zij een CES-D score van 10 of hoger hebben (de aanwezigheid van licht tot matig depressieve klachten), als zij volgens de M.I.N.I.-criteria (Sheenan et al., 1998) geen ernstige depressieve klachten en geen matig of hoog risico op suïcidaliteit hebben, als zij niet recentelijk zijn gestart met medicatie of een lopende psychische (zelfhulp)behandeling ontvangen.

Participanten zijn per e-mail op de hoogte gesteld of zij voldoen aan de inclusiecriteria.

Geïnccludeerde deelnemers krijgen een link naar een tweede vragenlijst. Hierin worden de Growth Motivation Index (de cognitieve, de ervaringsgerichte en de extrinsieke subschaal) (Bauer et al., 2011), de Narrative Foreclosure (past en future) (Bohlmeijer & Westerhof, 2010b) en de Ruminative

Response Scale (Raes et al., 2003) afgenomen. Vervolgens vindt er een computergestuurde randomisatie plaats, waarna deelnemers worden geplaatst in de experimentele groep (autobiografisch schrijven), de minimale interventiegroep (expressief schrijven) of de wachtlijstgroep.

2.3 Meetinstrumenten

In tabel 1 staat een overzicht van de uitkomstmaten, meetinstrumenten, referenties en het aantal items. Na het afnemen van de verschillende vragenlijsten zijn er zowel een correlatie- als een regressieanalyse uitgevoerd met betrekking tot de verkregen data.

Tabel 1: Uitkomstmaten en subschalen, meetinstrumenten, referenties en aantal items

Uitkomstmaat/ subschalen	Meetinstrument	Referentie	Aantal items
Demografische kenmerken	Geslacht, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat		5
Depressie	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Radloff, 1977; Bouma et al, 1995	20
Psychopathologie	Brief Symptom Inventory (BSI)	de Beurs & Zitman, 2006; de Beurs, 2009	53
Positieve geestelijke gezondheid	Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)	Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011	14
Growth Motivation (de cognitieve, ervaringsgerichte en extrinsieke subschalen)	Growth Motivation Index	Bauer et al., 2011	20
Narrative Foreclosure (de Past en Future subschalen)	Narrative Foreclosure	Bohlmeijer & Westerhof, 2010b	10
Rumination	Ruminative Response Scale	Raes et al., 2003	22
Totaal			144

2.3.1 CES-D (Radloff, 1997; Bouma et al., 1995)

De CES-D (Radloff, 1997; Bouma et al. 1995) is een betrouwbare en valide zelfbeoordelvragenlijst die de depressieve gevoelens tijdens de afgelopen week meet. Het instrument is oorspronkelijk bedoeld om risicogroepen te identificeren en te screenen voor depressie in verschillende populaties (Haringsma et al., 2004). De CES-D is opgebouwd uit items van andere bestaande vragenlijsten, zoals de Zung Depressie Schaal, de Minnesota Multiphasic Personality Inventory en de Beck Depression Inventory. Het bevat twintig stellingen. Bij iedere stelling moet de respondent aangeven in hoeverre deze stelling op hem of haar van toepassing is (zelden of nooit, soms of weinig, regelmatig, meestal of altijd). De som van de scores ligt tussen de 0 – 60. Respondenten met een score van 16 of hoger worden als depressief beschouwd. Hoe hoger de score, des te meer depressieve klachten. In dit onderzoek werden deelnemers met een score van 10 of hoger gediagnosticeerd als licht tot matig depressief. De Cronbach's Alpha van de CES-D in deze studie is 0,78.

Voorbeelden van stellingen zijn 'Tijdens de afgelopen week stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen', 'Tijdens de afgelopen week had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden' en 'Tijdens de afgelopen week had ik plezier in het leven'.

2.3.2 BSI (de Beurs & Zitman, 2006; de Beurs, 2009)

De Brief Symptom Inventory (de Beurs & Zitman, 2006; de Beurs, 2009) is afgeleid van de SCL-90. Het is een gevalideerde vragenlijst die verschillende psychische klachten meet; angst, fobische angst, hostiliteit, paranoïde symptomen, psychoticisme, depressie, interpersoonlijke sensitiviteit, problemen in de cognitieve functies en somatische klachten. Daarnaast zijn er drie algemene indicatoren van de ernst van de psychopathologie: algemene psychische gezondheid (de totale BSI-score), het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen.

De BSI bevat 53 items, waarbij respondenten moeten aangeven op een schaal van 0 (geen last van de klacht) tot 4 (heel erg last van de klacht) in hoeverre ze last hebben van verschillende psychische klachten. Ter bepaling van de interne consistentie van de schalen en de totaalscore zijn Cronbach's Alpha en de inter-itemcorrelaties onderzocht. De Cronbach's Alpha van de gehele BSI-vragenlijst is in deze studie 0,95. De inter-itemcorrelaties geven aan dat alle items in de schalen samenhangen, zonder dat ze overbodig zijn. De gemiddelde test-hertestcorrelaties variëren van 0,71 voor somatische klachten tot 0,89 voor fobische angst.

Voorbeelden van vragen zijn 'Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van zenuwachtigheid of beverigheid?', 'Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van geen interesse kunnen opbrengen voor dingen?' en 'Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van u hopeloos voelen over de toekomst?'.

2.3.3 MHC-SF (Lamers, Westerhof, Bohlmeijers, ten Klooster & Keyes, 2011)

De Mental Health Continuum Short Form (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011) is een gevalideerde vragenlijst voor positieve geestelijke gezondheid.

Volgens Keyes et al.(2008) is gezondheid niet alleen de afwezigheid van klachten, maar ook de aanwezigheid van positieve gevoelens. De vragenlijst bevat veertien items. Drie items meten emotioneel welzijn, zes items meten psychologisch welzijn en vijf items meten sociaal welzijn.

Respondenten geven op een zespuntsschaal (nooit, één of twee keer, ongeveer één keer per week, twee of drie keer per week, bijna elke dag, elke dag) aan hoe het gesteld was met hun welzijn tijdens de afgelopen maand. Hoe hoger de score op de MHC-SF, des te beter het welzijn van de respondent. De vragenlijst heeft een hoge interne consistentie (een Cronbach's Alpha van 0,87 in deze studie) en discriminante validiteit (Westerhof & Keyes, 2008).

Voorbeelden van vragen zijn 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u iets belangrijks heeft bijgedragen aan de samenleving?', 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?' en 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat uw leven een richting of zin heeft?'

2.3.4 Ruminative Response Scale (Raes et al., 2003)

Rumination is gelinkt aan een hogere kwetsbaarheid voor het ontwikkelen en behouden van een depressie. Personen die rumineren als reactie op hun depressie, lopen een hoger risico om in de toekomst opnieuw (ernstiger en langer) depressief te worden (Nolen-Hoeksema, Morrow & Frederickson, 1993). De recente, valide en betrouwbare Ruminative Response Scale bestaat uit 22 items en heeft in deze studie een hoge Cronbach's Alpha (0,91). Respondenten geven antwoord aan de hand van een vierpuntsschaal (bijna nooit, soms, vaak, bijna altijd). De uiteindelijke score is een gemiddelde tussen de 0 en 3.

Voorbeelden van vragen zijn onder andere 'Ik schrijf op waar ik aan zit te denken en analyseer dat', 'Ik denk na over hoe passief en ongemotiveerd ik me voel' en 'Ik denk: wat doe ik toch om dit te verdienen?'

2.3.5 Narrative Foreclosure (Bohlmeijer & Westerhof, 2010b)

Het begrip 'Narrative Foreclosure' is afkomstig uit de narratieve psychologie. Het is de vroegtijdige overtuiging dat het eigen levensverhaal in zekere zin gestopt is (Freeman, 2000). Een mens die niet meer werkt aan een voortgaand verhaal terwijl zijn of haar leven nog doorgaat, wordt gezien als lijdend aan Narrative Foreclosure. Het verhaal is eerder afgelopen dan het leven afgelopen is, terwijl het verleden ook opnieuw geïnterpreteerd kan worden. Dynamiek, openheid en flexibiliteit zijn

positieve waarden en kenmerken van een levensverhaal. Starheid, afgeslotenheid en rigiditeit zijn negatieve kenmerken. Narrative Foreclosure beïnvloedt zowel het beeld van het verleden als het beeld van de toekomst en heeft daarom twee subschalen; Past en Future. De Narrative Foreclosurevragenlijst (Bohlmijer & Westerhof, 2010b) bevat tien vragen die te maken hebben met hoop en self-efficacy bij het realiseren van doelen en openheid voor nieuwe ervaringen en veranderingen. Er zijn vier antwoordcategorieën; helemaal oneens, deels oneens, deels eens en helemaal eens. De Cronbach's Alpha in deze studie is 0,79 voor de Pastsubschaal en 0,81 voor de Futuresubschaal.

Voorbeelden van vragen zijn 'Ik verwacht dat er nog hoofdstukken aan mijn levensverhaal worden toegevoegd' (future), 'Ik ben tevreden over hoe mijn leven verlopen is tot nu toe' (past) en 'De verwachtingen die ik had over mijn leven zijn niet uitgekomen' (past).

2.3.6 Growth Motivation Index (Bauer et al., 2011)

De Growth Motivation Index (Bauer et al., 2011) is een meetinstrument dat de motivatie tot persoonlijke groei meet. Met persoonlijke groei wordt het proces van zelfontwikkeling en constructie van het eigen leven bedoeld. Het onderzoekt factoren zoals identiteitsexploratie en het zoeken naar betekenis in het leven. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie verschillende dimensies; de cognitieve (zeven items) en ervaringsgerichte (acht items) dimensies van Growth Motivation, en extrinsieke motivatie (non-growth) (vijf items). Cognitieve groei heeft te maken met conceptuele en intellectuele ontwikkeling. De ervaringsgerichte subschaal is gerelateerd aan emotionele en gedragsmatige vragen over het welzijn, tevredenheid met het leven en zelfvertrouwen. Daarnaast bestaat de extrinsieke (non-growth) subschaal, waarmee gemeten wordt in hoeverre personen van buitenaf gemotiveerd zijn. De Growth Motivation Index bestaat uit twintig items. Respondenten geven op een zevenpunts Likert-schaal aan hoe vaak zij bepaalde activiteiten ondernemen vanwege verschillende redenen. De Cronbach's Alpha van de Growth Motivation Index in deze studie is 0,82 (0,83 voor de cognitieve dimensie; 0,80 voor de ervaringsgerichte dimensie en 0,51 voor de extrinsieke dimensie).

Voorbeelden zijn 'Ik streef naar een gelukkig en betekenisvol leven' (ervaringsgerichte growth motivation), 'Ik kies bezigheden waarvan ik kan leren, zelfs als ik geen garantie heb dat ze een goed resultaat opleveren' (cognitieve growth motivation) en 'Geld speelt een zeer belangrijke rol als ik grote beslissingen neem in mijn leven' (extrinsieke motivatie).

2.3.7 Statistische analyses

De deelnemers aan het onderzoek hebben verschillende vragenlijsten ingevuld voorafgaand aan de interventie. Deze studie maakt gebruik van die gegevens. Eerst zijn er beschrijvende data verzameld, onder andere demografische informatie over de deelnemers en de gemiddelde scores en standaardafwijkingen op de vragenlijsten. Vervolgens is er een correlatieanalyse uitgevoerd, waarbij werd gekeken of er relaties waren tussen Ruminatie, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressie, psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid. Ten slotte is er een regressieanalyse uitgevoerd om te controleren voor de gevonden correlaties. De voorspellers 'NF Past', 'NF Future', 'Ruminatie', 'GM cognitief/ervaringsgericht' en 'GM extrinsiek' zijn gebruikt om enerzijds de relatie met de afhankelijke variabelen BSI (algemene psychische klachten) en CES-D (depressieve klachten) en anderzijds MHC (positieve geestelijke gezondheid) te meten. Daarnaast is er gecontroleerd voor leeftijd (omdat er een duidelijke samenhang is met depressieve klachten) en geslacht. Zoals verderop te zien is in de tabellen is er eerst gekeken naar de correlatie van leeftijd en geslacht met respectievelijk BSI, CES-D en MHC (Stap 1). Bij Stap 2 zijn 'NF Past', 'NF Future', 'Ruminatie', 'GM cognitief/ervaringsgericht' en 'GM extrinsiek' toegevoegd, en bij Stap 3 is er gecontroleerd voor positieve geestelijke gezondheid in de eerste twee regressieanalyses, en voor zowel BSI als CES-D in de laatste regressieanalyse. Op deze manier kon onderzocht worden hoeveel procent van de variantie verklaard werd door de toegevoegde variabelen.

3. Resultaten

3.1 Descriptieve data

Alle 174 deelnemers aan het onderzoek hebben verschillende vragenlijsten ingevuld voor aanvang van de interventie. Tabel 2 beschrijft de gemiddelde scores en standaarddeviaties op de gemeten variabelen.

Deelnemers geven gemiddeld aan 'vaak' te rumineren ($M = 1,99$; $SD = ,49$). De gemiddelde score op de Narrative Foreclosure Pastschaal geeft aan dat mensen het 'deels eens' zijn met de opvatting dat ze een negatief beeld wat betreft hun verleden hebben ontwikkeld ($M = 2,71$; $SD = ,62$). Er wordt lager gescoord op de Narrative Foreclosure Futureschaal, die meet in hoeverre men de toekomst als een afgesloten verhaal ziet. Deelnemers geven aan dat ze het 'deels oneens' zijn met de opvatting dat ze zich in de toekomst niet meer zullen ontwikkelen ($M = 1,18$; $SD = ,62$).

Verschillende activiteiten die ondernomen worden, zoals het verbeteren van relaties, het doen van betekenisvol werk en het streven naar een gelukkig leven, hebben te maken met cognitieve groei en intellectuele ontwikkeling. De verschillende scores op de acht items die cognitieve groei meten is gemiddeld 31,64 ($SD = 6,51$). Dat betekent dat deelnemers 'dikwijls' een activiteit ondernemen die te maken heeft met cognitieve groei. De gemiddelde score van het ondernemen van activiteiten met betrekking tot emotie en gedrag (ervaringsgerichte growth motivation), verdeeld over zeven verschillende items, is 38,60 ($SD = 6,32$). Dat houdt in dat deelnemers 'dikwijls' tot 'bijna altijd' activiteiten ondernemen die gerelateerd zijn aan hun emoties en gedragingen. Gemiddeld ondernemen mensen 'soms' activiteiten vanuit een extrinsieke motivatie ($M = 16,57$; $SD = 4,36$, verdeeld over vijf items).

De som van de scores van de CES-D is gemiddeld 23,71 ($SD = 8,72$). Dat betekent dat tijdens de afgelopen week mensen 'regelmatig' te maken hebben gehad met depressieve gevoelens. De gemiddelde score op de BSI-vragenlijst is 1,87 ($SD = ,47$). Er worden verschillende psychische klachten gemeten, onder andere angst, paranoïde symptomen en somatische klachten, waar deelnemers tijdens de afgelopen week gemiddeld 'nogal' last van hadden. De gemiddelde score op de MHC-vragenlijst, die positieve geestelijke gezondheid meet, is 3,23. Personen geven dus aan dat ze tijdens de afgelopen maand 'twee of drie keer per week' positieve gevoelens hebben ervaren ($M = 3,23$; $SD = ,79$).

Tabel 2: De gemiddelde scores op de verschillende schalen

N=174	Range	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Rumination	0 – 3	1,99	0,49
NF Past	0 – 3	2,71	0,62
NF Future	0 – 3	1,18	0,62
GM cognitief	0 – 49	31,64	6,51
GM ervaringsgericht	0 – 56	38,60	6,32
GM extrinsiek	0 – 35	16,57	4,36
CES-D	0 – 60	23,71	8,72
BSI	0 – 4	1,87	0,47
MHC	1 – 6	3,23	0,79

3.2 Correlatieanalyse

De onderzoeksvraag in deze studie is: Bestaan er correlaties tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressieve klachten, algemene psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid? Ten eerste is er een correlatieanalyse uitgevoerd om het antwoord op deze vraag te verkrijgen. Eerst is er gekeken naar de correlaties tussen de schalen onderling (Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation), vervolgens naar hoe depressie, psychische klachten en geestelijke gezondheid onderling samenhangen, en daarna is de samenhang van respectievelijk Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met klachten en positieve geestelijke gezondheid bekeken. Hierbij is er dus uitgegaan van het two-continuamodel (Keyes, 2005); aan de ene kant worden de correlaties met betrekking tot psychopathologie besproken, en aan de andere kant met betrekking tot positieve geestelijke gezondheid. De correlaties zijn weergegeven in Tabel 3, waarin duidelijk wordt dat er inderdaad verbanden bestaan tussen bovenstaande variabelen.

Rumination correleert met Narrative Foreclosure Past ($r = ,45$; $p < ,01$), maar niet met de andere schalen. De Narrative Foreclosure Futuresubscala staat in verband met de drie subschalen van Growth Motivation. Er is, zoals in onderzoek van Bauer et al. (2011) al naar voren kwam, een sterke correlatie tussen de cognitieve en ervaringsgerichte subschalen van Growth Motivation ($r = ,84$; $p < ,01$). De twee subschalen correleren niet met de extrinsieke subscala en ook niet met Rumination

en Narrative Foreclosure Past. De extrinsieke subschaal hangt slechts samen met Narrative Foreclosure Future ($r = ,19$; $p < ,05$), het hangt niet samen met de overige schalen.

Depressieve en psychische klachten hangen sterk met elkaar samen ($r = ,66$; $p < ,01$), wat aannemelijk is omdat depressie een psychische klacht is. Depressie en positieve geestelijke gezondheid hangen negatief met elkaar samen ($r = -,41$; $p < ,01$). Hetzelfde geldt voor psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid ($r = -,34$; $p < ,01$).

Ook zijn er correlaties tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met de klachtschalen en geestelijke gezondheid. Rumination correleert positief met depressie ($r = ,58$; $p < ,01$) en psychische klachten ($r = ,77$; $p < ,01$). Daarnaast hangt het negatief samen met positieve geestelijke gezondheid ($r = -,29$; $p < ,01$). De Narrative Foreclosure Pastsubschaal heeft een positieve relatie met depressieve ($r = ,38$; $p < ,01$) en psychische klachten ($r = ,41$; $p < ,01$), en een negatieve met positieve geestelijke gezondheid ($r = -,35$; $p < ,01$). Hetzelfde geldt voor de Narrative Foreclosure Futuresubschaal; het hangt positief samen met depressie ($r = ,21$; $p < ,01$) en psychische klachten ($r = ,26$; $p < ,01$) en negatief met geestelijke gezondheid ($r = -,27$; $p < ,01$). De cognitieve subschaal van Growth Motivation correleert negatief met depressie ($r = -,17$; $p < ,05$), en positief met geestelijke gezondheid ($r = ,45$; $p < ,01$). Het hangt niet samen met psychische klachten. De ervaringsgerichte subschaal hangt niet samen met klachten, het correleert wel met positieve geestelijke gezondheid ($r = ,45$; $p < ,01$). De extrinsieke subschaal van Growth Motivation hangt niet samen met klachten of geestelijke gezondheid.

Tabel 3: Correlaties tussen R, NF en GM onderling en in combinatie met CES-D, BSI en MHC.

	NF Past	NF Future	GM er	GM cog	GM ex	CES-D	BSI	MHC
R	,45**	,11	,09	,07	,05	,58**	,77**	-,29**
NF Past		,26**	-,09	-,05	,07	,38**	,41**	-,35**
NF Future			-,37**	- ,31**	,19*	,21**	,26**	-,27**
GM er				,84**	-,06	-,03	,04	,45**
GM cog					-,09	-,17*	-,06	,45**
GM ex						,03	,05	,00
CES-D							,66**	-,41**
BSI								-,34**

*Correlatie met significantieniveau ,05 (tweezijdig)

**Correlatie met significantieniveau ,01 (tweezijdig)

***Correlatie met significantieniveau ,001 (tweezijdig)

R = Rumination

NF Past = Narrative Foreclosure Past

NF Future = Narrative Foreclosure Future

GM er = Growth Motivation ervaringsgericht

GM cog = Growth Motivation cognitief

GM ex = Growth Motivation extrinsiek

3.3 Regressieanalyse

Zoals in Tabel 3 te zien is, zijn er sterke correlaties tussen bovenstaande variabelen. Om te controleren voor deze correlaties onderling, is er ten tweede een regressieanalyse uitgevoerd. De

variabelen 'NF Past', 'NF Future', 'Rumination', GM cogn/ervar' (omdat de cognitieve en ervaringsgerichte subschalen van Growth Motivation sterk correleren met elkaar zijn ze voor deze regressieanalyse samengevoegd en is daar één variabele uit voortgekomen; GM cogn/ervar) en 'GM extrinsiek' zijn gebruikt om enerzijds de relatie met de afhankelijke variabelen BSI (algemene psychische klachten) en CES-D (depressieve klachten) en anderzijds MHC (positieve geestelijke gezondheid) te meten. Daarnaast is er gecontroleerd voor leeftijd (omdat er een duidelijke samenhang is met depressieve klachten) en geslacht. Deze resultaten zijn te zien in Tabel 4 (BSI-score/algemene psychische klachten) en Tabel 5 (CES-D-score/ depressieve klachten), waarbij er tevens gecontroleerd is voor positieve geestelijke gezondheid. In Tabel 6 (MHC/positieve geestelijke gezondheid) is er gecontroleerd voor BSI en CES-D.

In Tabel 4 is te zien dat de mate van psychische klachten niet verklaard kan worden door leeftijd of geslacht. 60 % van de variantie kan verklaard worden door de Narrative Foreclosure Futuresubscala en Rumination. Vooral Rumination is een variabele met veel invloed ($\beta = ,72$; $p < ,001$). Narrative Foreclosure Future heeft minder invloed ($\beta = ,19$), maar is wel significant ($p < ,001$). De overige schalen voegen geen significante bijdragen toe. Bij Stap 3 is MHC toegevoegd, dat weer een significante bijdrage van 1 % toevoegt aan de variantie ($R^2 = ,61$; $p < ,05$). MHC correleert negatief met algemene psychische klachten ($\beta = -,13$; $p < ,001$). Na het toevoegen van MHC als variabele blijft de correlatie tussen zowel algemene psychische klachten en Narrative Foreclosure Future ($\beta = ,18$; $p < ,01$) als algemene psychische klachten en Rumination ($\beta = ,69$; $p < ,001$) bestaan.

Tabel 4: Regressieanalyse van NF Past, NF Future, Rumination, GM cognitief, GM ervaringsgericht en GM extrinsiek, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht, op algemene psychische klachten.

BSI/algemene psychische klachten	Stap 1 β	Stap 2 β	Stap 3 β
Leeftijd	-,09	-,04	-,02
Geslacht	,04	,01	,01
NF Past		,04	,01
NF Future		,19***	,18**
Rumination		,72***	,69***
GM cogn/ervar		-,03	,09
GM extrinsiek		,01	,02
MHC/positieve geestelijke gezondheid			-,13***
Adjusted R2	-,00	,60***	,61*

*p < ,05 (tweezijdig); ** p < ,01 (tweezijdig); *** p < ,001 (tweezijdig)

Afhankelijke variabele: de BSI-score (algemene psychische klachten)

Vervolgens is er een regressieanalyse uitgevoerd om de mate van depressieve klachten te verklaren, waarvan de resultaten in Tabel 5 te zien zijn. Er is geen relatie tussen CES-D en geslacht, maar er is wel samenhang tussen leeftijd en depressie ($\beta = -,22$; $p < ,05$), ook als Narrative Foreclosure, Growth Motivation en Rumination toegevoegd worden bij Stap 2 ($\beta = -,22$; $p < ,001$). Ook hier heeft vooral Rumination een sterke invloed ($\beta = ,47$; $p < ,001$). Net als in Tabel 3, is ook hier Narrative Foreclosure Future significant ($\beta = ,20$; $p < ,05$). Door het toevoegen van de drie schalen kan er 39 % ($R^2 = ,39$; $p < ,001$) van de variantie verklaard worden. Als ten slotte MHC nog toegevoegd wordt bij Stap 3 en 3 % extra verklaart ($R^2 = ,42$), blijft de variantie significant ($p < ,05$). Door het toevoegen van MHC ($\beta = -,23$; $p < ,05$) blijft de relatie tussen leeftijd en depressieve klachten bestaan ($\beta = -,19$; $p < ,05$), net

zoals de samenhang tussen CES-D en Rumination ($\beta = ,42$; $p < ,001$). Narrative Foreclosure Future is ook nog steeds significant ($\beta = ,18$; $p < ,05$).

Tabel 5: Regressieanalyse van NF Past, NF Future, Rumination, GM cognitief, GM ervaringsgericht en GM extrinsiek, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht, op depressieve klachten.

CES-D/ depressieve klachten	Stap 1 β	Stap 2 β	Stap 3 β
Leeftijd	-,22*	-,22***	-,19*
Geslacht	,07	,06	,06
NF Past		,11	,06
NF Future		,20*	,18*
Rumination		,47***	,42***
GM cogn/ervar		-,05	-,05
GM extrinsiek		-,01	,01
MHC/ positieve geestelijke gezondheid			-,23*
Adjusted R2	,04	,39***	,42*

* $p < ,05$ (tweezijdig); ** $p < ,01$ (tweezijdig); *** $p < ,001$ (tweezijdig)

Afhankelijke variabele: de CES-D-score (depressieve klachten)

In tabel 6 zijn de correlaties met positieve geestelijke gezondheid te zien. In de tabel is te zien dat leeftijd en geslacht niet correleren met MHC. Bij Stap 2 zijn 'NF Past', 'NF Future', 'Rumination', 'GM cogn/ervar' en 'GM extrinsiek' toegevoegd, waardoor 36 % van de variantie in positieve geestelijke gezondheid verklaard kan worden, vergeleken met alleen de invloed van leeftijd en geslacht ($R^2 = ,36$; $p < ,001$). Van al die variabelen hebben Rumination ($\beta = -,22$; $p < ,01$), NF Past ($\beta = -,20$; $p < ,01$) en Growth Motivation cognitief/ervaringsgericht ($\beta = ,47$; $p < ,001$) significante invloed. Dit blijft het geval voor de cognitieve en ervaringsgerichte subschalen van Growth Motivation ($\beta = ,46$; $p < ,001$)

en NF Past ($\beta = -,17$; $p < ,05$), ook als bij Stap 3 zowel BSI als CES-D toegevoegd worden. Rumination is echter niet langer significant. Wel is CES-D ($\beta = -,21$; $p < ,05$) een significante verklarende variabele. Narrative Foreclosure Past, Growth Motivation cognitief/ervaringsgericht en CES-D verklaren gezamenlijk 39 % van de variantie in positieve geestelijke gezondheid ($R^2 = ,39$; $p < ,01$).

Tabel 6: Regressieanalyse van NF Past, NF Future, Rumination, GM cognitief, GM ervaringsgericht en GM extrinsiek, gecontroleerd voor leeftijd en geslacht, op positieve geestelijke gezondheid.

MHC/ positieve geestelijke gezondheid	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	β	β	β
Leeftijd	,05	,12	,07
Geslacht	,02	-,01	-,001
NF Past		-,20**	-,17*
NF Future		-,09	-,03
Rumination		-,22**	-,05
GM cogn/ervar		,47***	,46***
GM extrinsiek		,08	,08
BSI			-,11
CES-D			-,21*
Adjusted R2	-,01	,36***	,39**

* $p < ,05$ (tweezijdig); ** $p < ,01$ (tweezijdig); *** $p < ,001$ (tweezijdig)

Afhankelijke variabele: de MHC-score (positieve geestelijke gezondheid)

3.4 Resultaten van de regressieanalyse

Als er gecontroleerd wordt voor de andere variabelen, hangt Rumination met depressie en psychische klachten samen, maar niet met positieve geestelijke gezondheid. Dat was ook de verwachting in dit onderzoek. De Narrative Foreclosure Pastschaal hangt niet met klachten samen, maar wel met geestelijke gezondheid. Bij de Futureschaal is het precies andersom; het

hangt wel samen met psychische klachten en depressie, maar niet met geestelijke gezondheid. Deze relaties tussen variabelen waren niet zoals verwacht. Hypothese 2 veronderstelde namelijk dat de gehele Narrative Foreclosureschaal sterker zou correleren met psychische klachten dan met positieve geestelijke gezondheid. De cognitieve en ervaringsgerichte subschalen van Growth Motivation correleren niet met klachten, maar wel erg sterk met positieve geestelijke gezondheid, waarmee de derde hypothese bevestigd is. De extrinsieke subschaal correleert niet met klachten of met positieve geestelijke gezondheid.

4. Discussie

In dit onderzoek werd de samenhang tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressieve klachten, algemene psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid onderzocht. Hierbij is vanuit zowel het traditionele perspectief van afwezigheid van psychopathologie gekeken als vanuit een positief perspectief, wat vernieuwend is voor dit type onderzoek.

4.1 Conclusie

De hoofdvraag is deze studie was: Bestaan er correlaties tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressieve klachten, algemene psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid? Deze variabelen waren nog niet eerder met elkaar in verband gebracht, en waren ook nog niet eerder onderzocht bij een onderzoekspopulatie van middelbare leeftijd of bij personen met licht tot matig depressieve klachten. In deze studie zijn er inderdaad correlaties tussen Rumination, Narrative Foreclosure en Growth Motivation met depressie, psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid gevonden, maar als er gecontroleerd wordt voor de andere variabelen, blijven alleen de correlaties tussen Rumination met depressieve en algemene psychische klachten over, en de correlaties tussen intrinsieke Growth Motivation en positieve geestelijke gezondheid. Dat waren ook de verwachtingen in deze studie, en bovendien wordt het two-continuummodel (Keyes, 2005) hiermee bevestigd. Een andere verwachting in dit onderzoek was dat Narrative Foreclosure zou correleren met zowel psychische klachten als positieve geestelijke gezondheid, maar sterker met het eerste. Dat geldt wel voor de Futuresubscala van Narrative Foreclosure, maar de Pastsubscala hangt niet met psychische klachten samen. Die schaal correleert juist sterker met geestelijke gezondheid.

Volgens hypothese 1 hing Rumination samen met psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid, maar sterker met het eerste. Er is inderdaad een sterke significante samenhang met psychopathologie, waarmee onderzoek van Nolen-Hoeksema et al. (1993) bevestigd wordt. Nolen-Hoeksema et al. stelden dat rumineren gelinkt is aan een hogere kwetsbaarheid voor het ontwikkelen en behouden van een depressieve stemming. Het is voor te stellen dat dit ook geldt voor psychische klachten in het algemeen, waar depressie een onderdeel van is. Hoe meer mensen rumineren, des te meer psychische klachten zij over het algemeen hebben (Nolen-Hoeksema et al., 1993). Deze studie heeft eerder onderzoek dus bevestigd. De negatieve relatie tussen Rumination en positieve geestelijke gezondheid was niet significant. Een verklaring hiervoor is dat Rumination, in dit onderzoek gedefinieerd als piekeren over mogelijke oorzaken en betekenissen van bepaalde (sombere) gevoelens, een negatief begrip is, terwijl positieve geestelijke gezondheid de

aanwezigheid van positieve gevoelens is. Het is aannemelijk dat personen die veel piekeren minder positieve gevoelens ervaren dan personen die niet of nauwelijks rumineren.

Hypothese 2 veronderstelde dat Narrative Foreclosure correleerde met zowel psychische klachten als geestelijke gezondheid, maar sterker met het eerste. Opvallend is dat dit wel geldt voor de Futuresubscala, maar niet voor de Pastsubscala. De laatste schaal hangt juist sterker samen met positieve geestelijke gezondheid. De correlaties tussen de Futuresubscala met depressie en psychische klachten, bevestigen onderzoek van Vonnegut (1982). Vonnegut stelt namelijk dat een hoge score op Narrative Foreclosure (de overtuiging dat het levensverhaal van iemand eerder is afgelopen dan het leven zelf) leidt tot gevoelens van wanhoop, betekenisloosheid en depressie. Narrative Foreclosure is in dit onderzoek gedefinieerd als het niet meer werken aan een voortgaand verhaal terwijl het leven nog doorgaat. Het verhaal is eerder afgelopen dan het leven afgelopen is (Freeman, 2000). Aan de hand van deze definitie is het voor te stellen dat personen die 'narrative foreclosed' zijn, meer psychische klachten en minder positieve gevoelens ervaren. De Narrative Foreclosure-vragenlijst is negatief geformuleerd. Een hoge score op de vragenlijst betekent dat mensen sterk de overtuiging hebben dat het levensverhaal afgelopen is terwijl het leven zelf nog verdergaat. Een kenmerk van depressie is dat mensen een negatieve houding aannemen ten opzichte van de toekomst. De Narrative Foreclosure Futuresubscala meet in hoeverre men de toekomst ziet als een afgesloten hoofdstuk, en er is dan ook een sterke samenhang gevonden tussen de Futuresubscala en klachten. De Pastsubscala meet in hoeverre men negatief terugkijkt op het leven. Andere kenmerken van depressie zijn namelijk de negatieve kijk op gebeurtenissen en verminderd zelfvertrouwen, waardoor het aannemelijk zou zijn dat Narrative Foreclosure Past en depressie correleren. In deze studie blijkt dat echter niet het geval, waardoor de vraag gesteld kan worden of de Narrative Foreclosurevragenlijst wel meet wat het wil meten.

De derde hypothese veronderstelde dat de cognitieve en ervaringsgerichte subschalen van Growth Motivation gerelateerd zijn aan zowel psychische klachten als positieve geestelijke gezondheid, maar sterker met het tweede. Deze studie bevestigt die verwachting. Growth Motivation is gedefinieerd als een motivatie voor persoonlijke groei, waarbij men weet wat hij of zij wil, waardoor er een proces in gang wordt gezet om dat doel te bereiken (Bauer et al., 2011). In ditzelfde onderzoek van Bauer et al. komt naar voren dat de cognitieve en de ervaringsgerichte subschalen correleren, omdat personen die cognitieve groeidoelen hebben, vaak ook ervaringsgerichte doelen stellen. In termen van zelfontwikkeling hebben beiden te maken met betekenis geven aan het leven, identiteitsontwikkeling, tevredenheid in het leven, zelfvertrouwen en zelfrealisatie, wat ook begrippen zijn die met positieve geestelijke gezondheid te maken hebben. De extrinsieke subscala van Growth Motivation correleert niet met de andere variabelen. Volgens Maslow (1974) heeft de extrinsieke dimensie minder met zelfontplooiing te maken dan de andere twee subschalen,

waardoor het in mindere mate dan de cognitieve en ervaringsgerichte dimensies met positieve geestelijke gezondheid samenhangt.

Hypothese 4 veronderstelde dat de samenhang tussen de verschillende variabelen in de voorgaande hypothesen blijft bestaan, ook als er gecontroleerd wordt voor de overige variabelen door middel van een regressieanalyse. De uitkomsten van de hierboven beschreven hypothesen bleven inderdaad gelijk na het uitvoeren van de regressieanalyses, alleen de Pastschaal van Narrative Foreclosure hing niet langer significant samen met klachten. Uit de resultaten die antwoord geven op de hoofdvraag in dit onderzoek blijkt dat het two-continuummodel (Keyes, 2005) ook gerelateerd is aan mentale ziekten. Deze studie geeft aanwijzingen dat geestelijke gezondheid zowel de afwezigheid van psychopathologie is als de aanwezigheid van positieve gevoelens.

Een vermogen van dit onderzoek is onder andere de bijdrage aan nieuwe inzichten op het gebied van depressie (en psychische klachten in het algemeen); een omvangrijk, ernstig en deels vermijdbaar volksgezondheidsprobleem. Doordat een aantal nieuwe factoren onderzocht zijn, is het eenvoudiger om mogelijke risicofactoren voor een depressie in kaart te brengen, waardoor de nadruk op preventie kan komen te liggen. Een belangrijke factor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis is namelijk de aanwezigheid van licht tot matig depressieve klachten (Smit et al., 2004; Smit, Cornijs, Schroevers, Cuijpers, Deeg & Beekman, 2007; De Graaf & Van Dorsselaer, 2004). De bevindingen van dit onderzoek zijn belangrijk voor de gezondheidszorg. Het blijkt namelijk dat niet alleen het kijken naar psychopathologie van belang is, maar dat ook het in acht nemen van aanwezigheid van positieve gevoelens zin heeft. De nadruk op positieve geestelijke gezondheid kan ook meegenomen worden in de behandeling van mentale ziekten en kan bovendien gebruikt worden om de kwaliteit van leven te verbeteren.

4.2 Beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste hebben de deelnemers aan deze interventie zich aangemeld door middel van een open werving. Vanwege het feit dat ze zich uit eigen beweging hebben aangemeld, kan de conclusie getrokken worden dat deze personen ook al gemotiveerd zijn tot persoonlijke groei. De methode van selecteren kan dus invloed hebben gehad op de manier van antwoorden op de vragen met betrekking tot Growth Motivation. Hetzelfde geldt voor de antwoorden op de vragen die te maken hebben met Narrative Foreclosure. Het is voor te stellen dat personen die hun leven als een afgesloten verhaal zien, niet de moeite nemen om actief een zelfhulpinterventie te volgen en hun toekomst als een nieuw hoofdstuk te beschouwen. Anderzijds ondervonden deze personen wel lichte tot matig depressieve klachten, waarmee ze een goede afspiegeling zijn van de beoogde onderzoeksgroep. Inclusiecriteria bij deze interventie waren onder andere het goed om kunnen gaan met de computer (kunnen e-mailen) en goed Nederlands kunnen

schrijven. Bovendien is de interventie gericht op autobiografisch schrijven, en dat is iets wat waarschijnlijk hogeropgeleiden aantrekt. Door deze inclusiecriteria te hanteren, kan er dus ook een bias zijn ontstaan, hoewel er wel een behoorlijke spreiding in het opleidingsniveau bestond. Een ander feit is dat er meer vrouwen geselecteerd zijn voor deze interventie dan mannen. Uit onderzoek van Bracke & Wauterickx (2003) is uitgewezen dat depressies vooral voorkomen bij vrouwen van middelbare leeftijd. De steekproef is dus een goede afspiegeling van de onderzoeksgroep, maar er moet nog wel voorzichtig worden omgegaan met eventuele generalisaties.

4.3 Aanbevelingen

Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op nieuwe interventies. De rol van positieve geestelijke gezondheid zou, naast het traditionele perspectief van psychopathologie, verder onderzocht kunnen worden. Bovendien is het van belang om veranderingen in de scores op vragenlijsten zoals Ruminatie, Narrative Foreclosure en Growth Motivation te meten na het volgen van een interventie, zoals bijvoorbeeld narratieve therapie of cognitieve gedragstherapie. Door te vergelijken met een wachtlijstgroep kan de effectiviteit van een interventie gemeten worden, maar kan ook bekeken worden in hoeverre Ruminatie, Narrative Foreclosure en Growth Motivation stabiele variabelen zijn. Ook is het belangrijk om meer variabelen die met Ruminatie, Narrative Foreclosure en Growth Motivation te maken hebben in kaart brengen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld persoonlijkheidstrekken. Het is voor te stellen dat de mate van rumineren genetisch bepaald is, of dat de motivatie tot persoonlijke groei samenhangt met bijvoorbeeld openheid. Ook zouden diepte-interviews, in plaats van vragenlijsten, een manier zijn om meer te weten te komen over factoren die een rol spelen bij licht tot matig depressieve personen van middelbare leeftijd. Op basis van de bevindingen in dit onderzoek zou ook de praktijk anders ingericht kunnen worden. Deze studie geeft aanwijzingen dat het afnemen van Ruminatie zou kunnen leiden tot het afnemen van depressieve en psychische klachten. Een andere belangrijke waarneming is dat het stimuleren van groeimotivatie zou kunnen leiden tot positieve geestelijke gezondheid. In plaats van alleen de nadruk te leggen op psychopathologie, zou er ook dus oog kunnen zijn voor de aanwezigheid van positieve gevoelens.

Referenties:

Bauer, J. J., Park, S. W., Wayment, H. A., Lauer, A., Perciful, M. S., Arbuckle, N. B., et al. (2011). Growth motivation for two paths of personality development. *Manuscript submitted for publication*.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber. Republished as *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania (Press).

Beekman, A. T. F., Geerlings, S. W., & Van Tilburg, W. (1998). Depression in later life: Emergence and prognosis. In: D.J.H. Deeg, A.T.F. Beekman & D.M.W. Kriegsman (red.). *Autonomy and well-being in the aging population II : report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, 1992-1996*, Amsterdam: VU University Press.

Beekman, A.T.F., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H., De Beurs, E., Geerlings, S.W., & Van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 105, 20-27.

Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2010b). *Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Bouma, J., Ranchor, A.V., Sandersman, R. & Van Sonderen, F.L.P. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.

Bracke, P. & Wauterickx, N. (2003). Complaints of depression in a representative sample of the Belgian population/Klachten van depressiviteit in een representatieve steekproef van de Belgische bevolking. *Archives of Public Health*, 61, 223 – 247

Cole, M.G., Bellavance, F., & Masour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1182 -1188.

Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.

Cuijpers, P., De Graaf, R., & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.

de Beurs, E. (2009). *Brief Symptom Inventory (BSI): Handleiding addendum*. Leiden: PITS.

de Beurs, E., & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief. [Reliability and validity of a practical alternative to the SCL 90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.

Freeman, M. (2000). When the story's over. Narrative foreclosure and the possibility of selfrenewal. In: Andrews, M., Sclater, S.D., Squire, C. & Treacher, A. (Ed.), *Lines of narrative. Psychosocial perspectives*. London: Routledge: 81 – 91

Haringsma, R., Engels, G.I., Beekman, A.T.F. & Spinhoven, Ph. (2004). The criterion validity of the Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 19 (6), 558 – 563

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*, vol 73 (3), 539 – 548

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, vol 62 (2), 95 – 108

Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, vol 67 (1), 99 – 110

Maslow, A. (1974). Motivatie en persoonlijkheid. *Lemniscaat Rotterdam*, 44 – 49

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Frederickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 102 (1), 20 – 28

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 109 (3), 504 – 511

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003b). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261 – 273

Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.

Raes, F., Hermans, D., Eelen, P. (2003). De Nederlandse versie van de Ruminative Response Scale (RRS-NL) en de Rumination on Sadness Scale (RSS-NL). *Gedragstherapie*, 36, 97-104.

Salaman, E. (1970). *A collection of moments: A study of involuntary memories*. London: Longman.

Sheehan, D.V., Janavs, J., Baker R, Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Scheehan, M.F. & Dunbar, G.C. (1998). M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview- English version 5.0.0. – DSM-IV. *Journal of Clinical psychiatry*, 59, 34-57.

Singer, J., Rexhaj, B. & Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self defining memories. *Memory*, vol 15 (8), 886 – 898

Smit, F. Beekman, A., Cuijpers, P. De Graaf, R. & Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 81, 241-249.

Smit F, Comijs HC, Schoevers R, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. (2007). Target groups for the prevention of late-life anxiety. *British Journal of Psychiatry* 190, 428-434.

Taesdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, vol 2 (3), 247 – 274

Vonnegut, K. (1982). *Deadye Dick*. New York: Dell

Westerhoff, G.J. & Keyes, C.L.M. (2008). Positive mental health: From happiness to fulfillment of potentials. Presentation given at 'Happiness and Capability: Measurement, Theory and Policy' in Radboud University Nijmegen / Ravenstein, 22.-23.08.08.

Williams, J.M. & Scott, J. (1988). Autobiographical memory and depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 86 (2), 103 – 26

Vragenlijst Schrijven over je leven

Beste deelnemer,

De vragenlijst die u straks gaat invullen bestaat uit verschillende onderdelen. De lijst bevat algemene vragen over uw gezondheid en eventuele gezondheidsklachten.

De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende standaardvragenlijsten die veel worden gebruikt in onderzoek. Het kan daarom voorkomen dat twee keer dezelfde soort vraag wordt gesteld. Deze vragen zijn dan net wat anders geformuleerd. We hopen dat u hier begrip voor heeft en willen benadrukken dat het van belang is dat u op iedere vraag een antwoord geeft. Alleen op deze manier kunnen wij het onderzoek goed uitvoeren.

We willen u erop wijzen dat er bij de meeste vragen naar uw mening wordt gevraagd. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden. Het gaat telkens om uw eerste indruk, dus lang nadenken is niet nodig. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het best van toepassing is. Wij willen u vragen om de vragenlijst slechts een keer in te vullen.

Bij veel vragen kunt u uw antwoord aangeven door het gekozen antwoord aan te klikken. Hierbij kan slechts één antwoord worden gegeven. Als u een antwoord moet invullen, bijvoorbeeld een getal of een tekstgedeelte, staat dit aangegeven.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking!

Onderzoeksnummer

Uw onderzoeksgegevens worden anoniem en vertrouwelijk behandeld. Daarom maken wij gebruik van onderzoeksnummers.

In de e-mail waarin u werd verwezen naar deze vragenlijst, wordt tevens uw onderzoeksnummer genoemd. Wij willen u vragen hieronder uw onderzoeksnummer in te vullen. Dit is voor ons zeer van belang.

Wilt u hieronder het onderzoeksnummer aangeven dat in de e-mail wordt vermeld?

Achtergrondgegevens

We willen beginnen met enkele algemene gegevens.

Geslacht

Man

Vrouw

Geboortedatum

Mijn geboortedatum is: / /

DD MM JJJJ

Achtergrondgegevens: Behandeling

Nog enkele achtergrondvragen.

Ontvangt u momenteel hulp voor psychische klachten, bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg?

Ja

Nee

Achtergrondgegevens: Behandeling

Nog enkele achtergrondvragen.

In welke vorm ontvangt u hulp?

Achtergrondgegevens: Medicatie

Nog enkele achtergrondvragen.

Bent u in de afgelopen 3 maanden gestart met medicijnen voor somberheid of andere psychische klachten?

Ja

Nee

Achtergrondgegevens: Medicatie

Nog enkele achtergrondvragen.

Waarvoor gebruik u medicatie?

Welke medicatie gebruikt u?

Schrijvenoverjeleven-t0A

Stemming

De volgende vragen gaan over uw stemming in de afgelopen week.

Zet een kruisje bij de uitspraak die het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

Tijdens de afgelopen week:

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
1. Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Voelde ik me even veel waard als ieder ander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Voelde ik me gedeprimeerd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Had ik goede hoop voor de toekomst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vond ik mijn leven een mislukking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Voelde ik me bang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stemming

De laatste 10 vragen over uw stemming.

Tijdens de afgelopen week:

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
11. Sliep ik onrustig.	jā	jā	jā	jā
12. Was ik gelukkig.	jā	jā	jā	jā
13. Praatte ik minder dan gewoonlijk.	jā	jā	jā	jā
14. Voelde ik me eenzaam.	jā	jā	jā	jā
15. Waren de mensen onaardig.	jā	jā	jā	jā
16. Had ik plezier in het leven.	jā	jā	jā	jā
17. Had ik huilbuien.	jā	jā	jā	jā
18. Was ik treurig.	jā	jā	jā	jā
19. Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.	jā	jā	jā	jā
20. Kon ik maar niet op gang komen.	jā	jā	jā	jā

Gespannenheid

Hieronder staat een aantal uitspraken dat door mensen is gebruikt om zichzelf te beschrijven. Lees iedere uitspraak en kruis één antwoord aan dat het beste weergeeft hoe u zich gedurende de afgelopen week gevoeld heeft.

Ik voel me gespannen.

- Meestal
- Vaak
- Af en toe / soms
- Helemaal niet

Ik krijg een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren.

- Heel zeker en vrij erg
- Ja, maar niet zo erg
- Een beetje, maar ik maak me er geen zorgen over
- Helemaal niet

Ik maak me ongerust.

- Heel erg vaak
- Vaak
- Af en toe maar niet te vaak
- Alleen soms

Ik kan rustig zitten en me ontspannen.

- Zeker
- Meestal
- Niet vaak
- Helemaal niet

Gespannenheid

De laatste 3 vragen over gespannenheid.
Het gaat hierbij om uw gevoelens de afgelopen week.

Ik krijg een soort benauwdheid, gespannen gevoel in mijn maag.

Helemaal niet

Soms

Vrij vaak

Heel vaak

Ik voel me rusteloos en voel dat ik iets te doen moet hebben.

Heel erg

Tamelijk veel

Niet erg veel

Helemaal niet

Ik krijg plotseling gevoelens van panische angst.

Zeer vaak

Tamelijk vaak

Niet erg vaak

Helemaal niet

Onderzoeksnummer

Aan het begin van de vragenlijst hebben we u gevraagd uw onderzoeksnummer in te vullen dat in de e-mail vermeld staat.

Ter controle willen wij u vragen dit onderzoeksnummer nogmaals in te vullen.

Wilt u hieronder het onderzoeksnummer aangeven dat in de e-mail wordt vermeld?

Einde

U bent klaar met het invullen van de vragenlijst. HARTELIJK DANK!

Wanneer u op "Gereed" klikt, wordt de vragenlijst naar ons verzonden. U krijgt hiervan geen bevestiging.

Aan de hand van uw antwoorden op de vragenlijst zal worden bepaald of u kunt deelnemen aan het onderzoek. U krijgt hierover per e-mail bericht. Indien dit het geval is, krijgt u een kort telefonisch interview. Aan de hand van dat interview wordt vervolgens bepaald of u definitief kunt deelnemen aan het onderzoek.

Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met uw antwoorden, deze zullen volledig anoniem worden verwerkt. Niemand, behalve onderzoekers aan de Universiteit Twente, krijgt inzage in uw antwoorden.

Vragenlijst Schrijven over je leven

Beste deelnemer,

De vragenlijst die u straks gaat invullen bestaat uit verschillende onderdelen. De lijst bevat vragen over uw gezondheid, welbevinden en de manier waarop u in het leven staat.

De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende standaardvragenlijsten die veel worden gebruikt in onderzoek. Het kan daarom voorkomen dat twee keer dezelfde soort vraag wordt gesteld. Deze vragen zijn dan net wat anders geformuleerd. We hopen dat u hier begrip voor heeft en willen benadrukken dat het van belang is dat u op iedere vraag een antwoord geeft. Alleen op deze manier kunnen wij het onderzoek goed uitvoeren.

We willen u erop wijzen dat er bij de meeste vragen naar uw mening wordt gevraagd. Er zijn dan ook geen goede of foute antwoorden. Het gaat telkens om uw eerste indruk, dus lang nadenken is niet nodig. Wanneer u twijfelt over het antwoord op een vraag, probeer dan het antwoord te geven dat het best van toepassing is.

U kunt steeds één antwoord geven door het meest passende antwoord aan te klikken. Ook als u een antwoord moet invullen (bijvoorbeeld een getal of een tekstgedeelte), staat dit aangegeven.

Helaas is het programma zo ingericht dat als u eenmaal de webbrowser heeft afgesloten, u weer helemaal opnieuw moet beginnen. We vragen u daarom de lijst in één keer in te vullen. U kunt tussendoor wel pauze houden, als u daarbij het venster niet sluit.

Er zal vertrouwelijk worden omgegaan met uw antwoorden, deze zullen volledig anoniem worden verwerkt. Niemand, behalve onderzoekers aan de Universiteit Twente, krijgt inzage in uw antwoorden.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw medewerking!

Onderzoeksnummer

Uw onderzoeksgegevens worden anoniem en vertrouwelijk behandeld. Daarom maken wij gebruik van onderzoeksnummers.

In de e-mail waarin u werd verwezen naar deze vragenlijst, wordt tevens uw onderzoeksnummer genoemd. Wij willen u vragen hieronder uw onderzoeksnummer in te vullen. Dit is voor ons zeer van belang.

Wilt u hieronder het onderzoeksnummer aangeven dat in de e-mail wordt vermeld?

Achtergrondgegevens

We willen beginnen met enkele algemene gegevens.

Geslacht

Man

Vrouw

Geboortedatum

Mijn geboortedatum is: DD / MM / JJJJ

Achtergrondgegevens

Nog enkele achtergrondvragen.

Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond?

- Geen onderwijs gevolgd
- Lagere school
- Lager beroepsonderwijs (LBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (bijv. (M)ULO, MAVO)
- Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, bijv. MTS, MEAO, MHNO, INAS)
- Hoger algemeen onderwijs (HBS, Atheneum, Gymnasium, MMS; wat nu heet HAVO, VWO)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- Wetenschappelijk onderwijs (WO)

Anders, namelijk

Welke van de volgende omschrijvingen geeft uw belangrijkste dagelijkse activiteiten op dit moment het beste weer?

- Betaalde baan of zelfstandig ondernemer
- Gepensioneerd
- Huishoudelijk werk
- Vrijwilligerswerk
- (Langdurig) arbeidsongeschikt
- Werkloos

Anders, namelijk

Gezondheidsklachten

Hieronder staat een lijst met problemen die mensen kunnen hebben. Lees ieder probleem zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het beste weergeeft in hoeverre u last had van dat probleem gedurende de afgelopen week inclusief vandaag.

Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van...

	Helemaal geen	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel veel
1. Zenuwachtigheid of beverigheid	j0	j0	j0	j0	j0
2. Duizeligheid of moeite uw evenwicht te bewaren	j0	j0	j0	j0	j0
3. Het idee dat een ander uw gedachten kan beïnvloeden	j0	j0	j0	j0	j0
4. Het gevoel dat de meeste van uw problemen aan anderen te wijten zijn	j0	j0	j0	j0	j0
5. Moeite iets te onthouden	j0	j0	j0	j0	j0
6. U snel aan iets ergeren	j0	j0	j0	j0	j0
7. Pijn op de borst of het hart	j0	j0	j0	j0	j0
8. Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	j0	j0	j0	j0	j0
9. Gedachten aan zelfmoord	j0	j0	j0	j0	j0
10. Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	j0	j0	j0	j0	j0
11. Weinig eetlust	j0	j0	j0	j0	j0
12. Zomaar plotseling bang worden	j0	j0	j0	j0	j0
13. Woede-uitbarstingen die u niet kan beheersen	j0	j0	j0	j0	j0
14. U eenzaam voelen, zelfs als u in gezelschap bent	j0	j0	j0	j0	j0
15. U geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	j0	j0	j0	j0	j0

Gezondheidsklachten

De volgende 15 vragen over uw gezondheid.

Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van...

	Helemaal geen	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel veel
16. U eenzaam voelen	ja	ja	ja	ja	ja
17. U somber voelen	ja	ja	ja	ja	ja
18. Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	ja	ja	ja	ja	ja
19. Bang zijn	ja	ja	ja	ja	ja
20. Gauw gekwetst of geraakt zijn	ja	ja	ja	ja	ja
21. Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en u niet mogen	ja	ja	ja	ja	ja
22. U tegenover anderen de mindere voelen	ja	ja	ja	ja	ja
23. Misselijkheid of dat uw maag van streek was	ja	ja	ja	ja	ja
24. Het gevoel dat u in de gaten gehouden wordt of dat er over u gepraat wordt achter uw rug	ja	ja	ja	ja	ja
25. Moeite met in slaap vallen	ja	ja	ja	ja	ja
26. Steeds maar alles wat u doet moeten controleren	ja	ja	ja	ja	ja
27. Moeite met beslissingen nemen	ja	ja	ja	ja	ja
28. Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	ja	ja	ja	ja	ja
29. Benauwd, moeite met ademen	ja	ja	ja	ja	ja
30. Opvliegers of koude rillingen	ja	ja	ja	ja	ja

Gezondheidsklachten

De volgende 15 vragen over uw gezondheid.

Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van...

	Helemaal geen	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel veel
31. Bepaalde dingen, plaatsen of activiteiten vermijden omdat u er angstig van wordt	jā	jā	jā	jā	jā
32. Helemaal van uw apropos zijn (de draad van uw gedachten kwijt raken)	jā	jā	jā	jā	jā
33. Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	jā	jā	jā	jā	jā
34. Het idee dat u zondig bent en gestraft moet worden	jā	jā	jā	jā	jā
35. U hopeloos voelen over de toekomst	jā	jā	jā	jā	jā
36. Concentratie problemen	jā	jā	jā	jā	jā
37. U slap of zwak voelen ergens in uw lichaam	jā	jā	jā	jā	jā
38. U gespannen en opgefokt voelen	jā	jā	jā	jā	jā
39. Gedachten aan sterven of aan de dood	jā	jā	jā	jā	jā
40. De aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	jā	jā	jā	jā	jā
41. De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	jā	jā	jā	jā	jā
42. U erg verlegen voelen in gezelschap	jā	jā	jā	jā	jā
43. U niet op uw gemak voelen in menigten	jā	jā	jā	jā	jā
44. U met niemand nauw verbonden voelen	jā	jā	jā	jā	jā
45. Aanvallen van angst of paniek	jā	jā	jā	jā	jā

Gezondheidsklachten

De laatste vragen over uw gezondheid.

Tijdens de afgelopen week, hoeveel last had u van...

	Helemaal geen	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel veel
46. Snel ruzie krijgen	jā	jā	jā	jā	jā
47. U nerveus voelen als u alleen en verlaten bent	jā	jā	jā	jā	jā
48. Het gevoel dat anderen uw prestaties niet voldoende onderkennen	jā	jā	jā	jā	jā
49. U zo rusteloos voelen dat u niet stil kan blijven zitten	jā	jā	jā	jā	jā
50. Het gevoel dat u niets waard bent	jā	jā	jā	jā	jā
51. Het gevoel dat anderen misbruik van u maken als u niet oppast	jā	jā	jā	jā	jā
52. U schuldig voelen	jā	jā	jā	jā	jā
53. De gedachte dat u psychisch wat mankeert	jā	jā	jā	jā	jā

Het leven als verhaal

Als hulpmiddel bij het antwoorden van de volgende vragen kunt u uw leven vergelijken met een verhaal, boek of film. Het verhaal van uw leven heeft een verleden, heden en toekomst. U kunt er tevreden mee zijn of juist minder tevreden.

De antwoordcategorieën zijn: helemaal mee oneens, deels mee oneens, deels mee eens en helemaal mee eens.

	Helemaal oneens	Deels oneens	Deels eens	Helemaal eens
1. Ik verwacht dat er nog hoofdstukken aan mijn levensverhaal worden toegevoegd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Het is te laat om dromen te verwezenlijken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Als ik mijn leven over zou doen, zou ik het heel anders aanpakken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ik ben tevreden over hoe mijn leven is verlopen tot nu toe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Het verhaal van mijn leven is klaar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Als ik over mijn leven nadenk dan zie ik geen nieuwe mogelijkheden voor de toekomst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ik heb in mijn leven niet gedaan wat ik het liefst had gedaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ik verwacht dat er nog steeds nieuwe dingen kunnen gebeuren in mijn leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Het verhaal van mijn leven roept veel spijt op.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. De verwachtingen die ik had over mijn leven zijn niet uitgekomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gezondheid

Hieronder volgen telkens drie beweringen over een bepaald gezondheidsgebied. De bedoeling is dat u de bewering aankruist die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand van vandaag.

1. Mobiliteit

Ik heb geen problemen met lopen.

Ik heb enige problemen met lopen.

Ik ben bedlegerig.

2. Zelfzorg

Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden.

Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden.

Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden.

3. Dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten.

Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten.

Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren.

Gezondheid

Hieronder volgen nog drie beweringen over een bepaald gezondheidsgebied.
Kruis de bewering aan die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand van vandaag.

4. Pijn/klachten

- jn Ik heb geen pijn of andere klachten.
- jn Ik heb matige pijn of andere klachten.
- jn Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten.

5. Stemming

- jn Ik ben niet angstig of somber.
- jn Ik ben matig angstig of somber.
- jn Ik ben erg angstig of somber.

6. Gezondheid vandaag

Welk rapportcijfer (van 0 - 10) geeft u vandaag aan uw eigen gezondheidstoestand?

- jn 1 jn 2 jn 3 jn 4 jn 5 jn 6 jn 7 jn 8 jn 9 jn 10

Gedachten

Mensen denken en doen heel wat verschillende dingen wanneer ze droevig zijn, zich triest, neerslachtig of depressief voelen. Gelieve elk van de onderstaande uitspraken te lezen en aan te geven of je bijna nooit, soms, vaak, of bijna altijd datgene denkt of doet wat in elke uitspraak staat beschreven, wanneer je droevig bent, je neerslachtig of depressief voelt.

Gelieve aan te geven wat je dan doorgaans doet, niet wat je denkt dat je zou moeten doen.

	Bijna nooit	Soms	Vaak	Bijna altijd
1. Ik denk na over hoe alleen ik me voel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ik denk: "Ik zal niet in staat zijn mijn werk te doen omdat ik me zo slecht voel".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ik denk na over de vermoeidheid en de pijn die ik voel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ik denk na over hoe moeilijk het is me te concentreren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ik denk na over hoe passief en ongemotiveerd ik me voel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ik analyseer recente gebeurtenissen om te proberen te begrijpen waarom ik neerslachtig/depressief ben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ik denk na over hoe ik niets meer lijk te voelen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ik denk: "Waarom kom ik maar niet op gang?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ik denk: "Waarom reageer ik altijd op deze manier?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ik ga alleen weg en denk na over waarom ik me zo voel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ik schrijf op waar ik aan zit te denken en analyseer dat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ik denk na over een recente gebeurtenis, waar ik dan van wens dat het beter was verlopen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ik denk: "Waarom heb ik problemen die andere mensen niet hebben?"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gedachten

Nog enkele uitspraken over uw gedachten.

Gelieve aan te geven wat je doorgaans doet, niet wat je denkt dat je zou moeten doen.

	Bijna nooit	Soms	Vaak	Bijna altijd
14. Ik denk na over hoe droevig ik me voel.	ja	ja	ja	ja
15. Ik denk na over al mijn tekortkomingen, mislukkingen, fouten, en vergissingen.	ja	ja	ja	ja
16. Ik denk na over hoe ik geen zin heb om ook maar iets te doen.	ja	ja	ja	ja
17. Ik analyseer mijn persoonlijkheid om te proberen te begrijpen waarom ik neerslachtig/depressief ben.	ja	ja	ja	ja
18. Ik ga ergens in m'n eentje naartoe om na te denken over mijn gevoelens.	ja	ja	ja	ja
19. Ik denk na over hoe boos ik ben op mezelf.	ja	ja	ja	ja
20. Ik luister naar droevige muziek.	ja	ja	ja	ja
21. Ik zonder mezelf af en denk na over de redenen waarom ik me droevig voel.	ja	ja	ja	ja
22. Ik probeer mezelf te begrijpen door me te richten op mijn neerslachtige/depressieve gevoelens.	ja	ja	ja	ja
23. Ik denk: "Ik zal niet in staat zijn mijn werk te doen als ik hier niet uit geraak".	ja	ja	ja	ja
24. Ik denk: "Wat doe ik toch om dit te verdienen?"	ja	ja	ja	ja
25. Ik denk: "Ik zal niet in staat zijn me te concentreren als ik me zo blijf voelen".	ja	ja	ja	ja
26. Ik denk: "Waarom kan ik de dingen niet beter aan?"	ja	ja	ja	ja

Interesses en opvattingen

Hoe vaak doet u onderstaande activiteiten vanwege specifieke redenen?

	Nooit	Bijna nooit	Zelden	Soms	Dikwijls	Bijna altijd	Altijd
1. Ik probeer mijn persoonlijke doelen in het leven te vormen rondom mijn grootste interesses.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
2. Ik streef naar het verbeteren van mijn relaties.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
3. Ik kies bezigheden waar ik van kan leren, zelfs als ik geen garantie heb dat ze een goed resultaat opleveren.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
4. Ik doe moeite om anderen te helpen die eventueel benadeeld zijn.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
5. Ik stel mezelf "wat als"-vragen die me in een ander doen verplaatsen. Bijvoorbeeld: "Wat zou ik denken of voelen in deze situatie als ik allochtoon ben of uit een andere cultuur kom?".	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
6. Ik streef naar het veranderen van dingen aan mezelf die ik niet fijn vind.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
7. Wanneer er nare of verontrustende dingen gebeuren in mijn leven, vraag ik me meestal niet af waarom maar probeer ik ze te vergeten.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
8. Ik denk na over hoe ik mijn relaties met anderen kan verdiepen.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
9. Ik streef naar uitdagend en betekenisvol werk.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn
10. Ik zoek actief naar nieuwe perspectieven op hoe ik mijn leven kan leiden, zelfs als dit betekent dat ik het eerder verkeerd heb gedaan.	jn	jn	jn	jn	jn	jn	jn

Interesses en opvattingen

Nog enkele vragen over uw interesses en opvattingen.

Hoe vaak doet u onderstaande activiteiten vanwege specifieke redenen?

	Nooit	Bijna nooit	Zelden	Soms	Dikwijls	Bijna altijd	Altijd
11. Ik ben gemotiveerd om een baan met hoge sociale status te krijgen, zelfs als deze baan niet zo interessant is.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
12. Als ik denk aan de belangrijkste doelen in mijn leven, overweeg ik of deze anderen ten goede kunnen komen.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
13. Ik vraag mijn vrienden wat ze denken en voelen over hedendaagse dingen, zodat ik andere zienswijzen beter kan begrijpen.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
14. Ik streef naar een gelukkig en betekenisvol leven.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
15. Geld speelt een zeer belangrijke rol als ik grote beslissingen neem in mijn leven.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
16. Ik lees liever iets vermakelijks dan uitdagends.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
17. Ik ben op zoek naar nieuwe ervaringen om mezelf en anderen beter te leren begrijpen, niet alleen maar om spanning te ervaren.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
18. Ik denk bewust na over hoe ik pas binnen de maatschappij en cultuur, hoe deze mij hebben beïnvloed en hoe ik eraan kan bijdragen.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
19. Ik werk hard aan het beter hanteren en communiceren van mijn gevoelens.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0
20. Het is belangrijk voor me om een partner te hebben, die ervoor zorgt dat ik goed op andere mensen overkom.	j0	j0	j0	j0	j0	j0	j0

Onderzoeksnummer

Aan het begin van de vragenlijst hebben we u gevraagd uw onderzoeksnummer in te vullen dat in de e-mail vermeld staat.

Ter controle willen wij u vragen dit onderzoeksnummer nogmaals in te vullen.

Wilt u hieronder het onderzoeksnummer aangeven dat in de e-mail wordt vermeld?

Einde

U bent klaar met het invullen van de vragenlijst. HARTELIJK DANK!

Wanneer u op "Gereed" klikt, wordt de vragenlijst naar ons verzonden. U krijgt hiervan geen bevestiging.

Nadat we de antwoorden op de vragenlijst hebben ontvangen, wordt via loting bepaald in welke groep u wordt geplaatst.

U kunt in één van deze drie groepen terecht komen:

1. U krijgt de zelfhulpcursus autobiografisch schrijven en u heeft elke week via de e-mail contact met een begeleider.
2. U krijgt de zelfhulpcursus expressief schrijven en u heeft elke week via de e-mail contact met een begeleider.
3. U komt op een wachtlijst en na afloop van het onderzoek (na drie maanden) ontvangt u de zelfhulpcursus, waarbij u elke week via de e-mail contact heeft met een begeleider.

De twee zelfhulpcursussen zullen op vrijdag 25 februari van start gaan. Voor de wachtlijstgroep start de cursus in mei.

Elke deelnemer heeft even veel kans om in een bepaalde groep te komen. Aan de uitslag van de loting kunnen wij niets veranderen.

U ontvangt zo spoedig mogelijk per e-mail bericht over de uitslag van de loting.