

De relatie tussen leerdoelen, prestatiedoelen, verschillende aspecten van doeloriëntaties en intrinsieke en extrinsieke motivatie en depressie

Annefleur Hinnen

Studentnummer: 3537676

Begeleider: Prof. Dr. Paul A. Boelen

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Stage instelling/opdrachtgever: Altrecht Polikliniek Nieuwegein

Datum: 27 Augustus 2014

0. Samenvatting

Depressie komt het vaakst voor van alle psychiatrische stoornissen. Twaalf procent van de bevolking ervaart ooit in zijn leven een depressieve stoornis. Op dit moment vormt de depressieve stoornis 4,4 procent van de wereldwijde ziektelast en naar verwachting zal de depressieve stoornis in 2030 wereldwijd tot de top drie van aandoeningen met de grootste ziektelast behoren. Een groot deel van de wereldbevolking krijgt dus ooit, direct of indirect, te maken met depressie. De combinatie van een hoge prevalentie, grote ziektelast en een groot aantal behandeltrajecten maken het belangrijk om depressie beter te begrijpen en beter te behandelen. Het huidige onderzoek is erop gericht meer te weten te komen over de rol van de zogenoemde “doeloriëntaties” en motivatie van depressieve patiënten. Doeloriëntaties blijken samen te hangen met concepten als coping, emoties en het welzijn van de mens. Daarnaast kunnen doeloriëntaties in verband worden gebracht met affectieve stoornissen. Ondanks deze verbanden en het feit dat het nastreven van doelen een centrale factor blijkt te zijn in de menselijke motivatie, is er tot op heden weinig aandacht geweest voor doel gerelateerde perspectieven bij depressie. De participantengroep in het huidige onderzoek ($N = 31$) bestaat uit cliënten van Altrecht Polikliniek Nieuwegein die in behandeling zijn of in behandeling komen voor een depressieve stoornis. Tijdens het ‘Gespecialiseerde Depressie Assessment’ (GDA) zijn semi-gestructureerde vragen gesteld over de verschillende kenmerken van depressie (Checklist Stagering en Profilerings) en doelen (Measure to Elicit Positive Future Goals and Plans). Daarnaast vulden de participanten vragenlijsten in over depressie (Inventory of Depressive Symptomatology), doelen (Achievement Goal Questionnaire-Revised) en motivatie (Treatment Self Regulation Questionnaire). Dit onderzoek toont een relatie tussen de mate van ervaren controle over doelen en depressie ($p < .05$). Er kan worden geconcludeerd dat mensen die minder controle ervaren over hun doelen meer depressieve klachten ondervinden. De overige aspecten van doeloriëntaties waaronder het aantal doelen, de haalbaarheid van de doelen en de specificiteit van de doelen blijken geen significante voorspellers van depressie. Daarom zouden therapeutische inspanningen bij voorkeur gericht moeten zijn op het uitdagen van negatief denken met betrekking tot de ervaren controle over het doel, in plaats van de therapie te richten op het aanmoedigen om uitvoerbare doelen te identificeren. Het veronderstelde verband tussen leerdoelen, prestatiedoelen en depressie en de invloed van motivatie is niet aangetoond in dit onderzoek. Er zijn wel aanwijzingen gevonden voor enige samenhang tussen de mate waarin men geneigd is prestatiedoelen te stellen en depressie. In de toekomst zou het huidige onderzoek kunnen worden voortgezet, zodat er een grotere steekproef wordt verkregen en mogelijk sterkere effecten worden gevonden tussen deze variabelen.

0. Summary

Depression is the most common psychiatric disorder. Twelve percent of the population ever experiences a depressive disorder in his life. The depressive disorder forms 4,4 percent of the worldwide burden of illness at the moment and the expectation is that depression will be in the world's top three diseases with the greatest burden of disease. A big part of the world population ever gets, directly or indirectly, to deal with depression. The combination of high prevalence, high burden of disease and many treatment programs make it important to understand depression better and treat it better. This research is designed to find out more about the role of the so-called "goal orientations" and motivation of depressed patients. Goal orientations appear to be associated with concepts such as coping, emotions and well-being. Additionally, goal orientations can be associated with affective disorders. Despite this, and the fact that the pursuit of goals appears to be a central factor in human motivation, there has been little attention to goal-related perspectives in depression so far. The group of participants in the current study ($N = 31$) consists of clients of Altrecht Polikliniek Nieuwegein in treatment or future treatment for major depressive disorder. During the 'Specialized Depression Assessment', semistructured questions were asked about different features of depression (Checklist Staging and Profiling) and goals (Measure to Elicit Positive Future Goals and Plans). Besides that, the participants completed questionnaires about depression (Inventory of Depressive Symptomatology), goals (Achievement Goal Questionnaire-Revised) and motivation (Treatment Self Regulation Questionnaire). This study shows a relationship between the degree of perceived control over goals and depression ($p < .05$). It may be concluded that people who experience less control over their goals experience more depressive symptoms. The other aspects of goal orientations; the number of goals, the feasibility of the goals and the specificity of the goals, do not appear to be significant predictors of depression. Therefore, therapeutic efforts should preferably be about challenging negative thinking in relation to the perceived control over goals, instead of focusing on the encouraging to identify executable goals. The supposed relationship between learning goals, performance goals and depression and the impact of motivation has not been demonstrated in this study. There are indications for some consistency between the degree to which one is inclined to set performance goals and depression. In the future, the present study may be pursued, so that a larger sample is obtained and there may be found stronger effects between these variables.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Theoretisch perspectief	6
3. Methoden	11
3.1 Participanten	11
3.2 Design	12
3.3 Procedure	13
3.4 Meetinstrumenten	14
3.5 Statistische analyse	16
4. Resultaten	17
4.1 Depressie, doelen en motivatie: correlaties	17
4.2 Depressie, doelen en motivatie: regressieanalyse	17
4.3 Motivatie als mediator tussen doelen en depressie	18
4.4 Depressie en aspecten van doelen volgens de MEPGAP: correlaties	19
4.5 Depressie en aspecten van doelen volgens de MEPGAP: regressieanalyse	19
5. Discussie	21
5.1 Sterke punten en beperkingen	26
5.2 Eindconclusie en aanbevelingen	27
6. Referenties	28
Bijlage 1: Folder startgroep depressie	33
Bijlage 2: Sheet onderzoek gesprek uit PowerPoint startgroep depressie	34
Bijlage 3: Checklist stagering en profilering	35
Bijlage 4: Uitleg onderzoek gesprek	37
Bijlage 5: Toestemmingsverklaring	38
Bijlage 6: Format verslag	39
Bijlage 7: Voorbeeld kort gespreksverslag EPD	42
Bijlage 8: IDS-SR-NL	43
Bijlage 9: MEPGAP	48
Bijlage 10: AGQ-R	51
Bijlage 11: TSRQ	52

1. Inleiding

Stemmingsstoornissen komen regelmatig voor. Onder de groep stemmingsstoornissen vallen verschillende stoornissen; depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, stemmingsstoornissen door een somatische aandoening en stemmingsstoornissen door een middel (DSM 4th ed., text rev.; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Depressie komt het vaakst voor van alle psychiatrische stoornissen. Twaalf procent van de bevolking ervaart ooit in zijn leven een depressieve stoornis (Sadock & Sadock, 2007). Uit cijfers van het CBS (2013) blijkt dat 27 procent van de inwoners in Nederland van twaalf jaar of ouder ooit in hun leven minstens twee weken achter elkaar somber of depressief was. Eén op de tien Nederlanders kampte in het jaar 2012 met depressieve gevoelens, waarvan de helft vanwege deze gevoelens onder behandeling of onder controle was bij een huisarts, specialist of psycholoog. Dit komt overeen met 1,5 miljoen mensen (Verweij & Houben-van Herten, 2013). Op dit moment vormt de depressieve stoornis 4,4 procent van de wereldwijde ziektelast (The British Psychological Society and the Royal college of Psychiatrists, 2010) en naar verwachting zal de depressieve stoornis in 2030 wereldwijd tot de top drie van aandoeningen met de grootste ziektelast behoren (Mathers & Loncar, 2006). Het grootste deel van de wereldbevolking krijgt dus ooit, direct of indirect, te maken met depressie. In het jaar 2010 zijn in Nederland 1,5 miljoen behandeltrajecten uitgevoerd vanuit de specialistische geestelijke gezondheidszorg, waarvan zeventien procent zich richtte op stemmingsstoornissen. Het grootste deel daarvan was gericht op de behandeling van depressies. De combinatie van een hoge prevalentie, grote ziektelast en een groot aantal behandeltrajecten maken het belangrijk om depressie beter te begrijpen en beter te behandelen. Het huidige onderzoek is erop gericht meer te weten te komen over de rol van zogenoemde “doeloriëntaties” van depressieve patiënten. Om de doeloriëntaties goed uit te leggen zal eerst nader ingegaan worden op de doeloriëntatie theorie. Daarna zal aandacht worden besteed aan eerdere onderzoeksbevindingen over verschillende aspecten van doeloriëntaties, motivatieoriëntaties en depressie.

2. Theoretisch perspectief

In de laatste decennia is de doeloriëntatie theorie (Goal Orientation Theory) een belangrijk theoretisch perspectief gebleken voor de motivatie van studenten op school en onderzoek naar adaptieve en maladaptieve patronen van betrokkenheid van studenten op school (Kaplan & Maehr, 2007).

Doeloriëntaties werden oorspronkelijk gedefinieerd als vastgestelde oriëntaties voor de aanpak van het voltooien van een taak (Dweck, 1986). In plaats van de aandacht te richten op de inhoud van wat mensen willen bereiken, definiëren doeloriëntaties waarom en hoe mensen hun doelen willen bereiken (Kaplan & Maehr, 2007).

Er zijn twee contrasterende doeloriëntaties die in het onderzoeksveld de meeste aandacht hebben gekregen. Deze twee soorten doelen worden van elkaar worden onderscheiden omdat ze samenhangen met tegenovergestelde motivatieprocessen. Er worden verschillende namen gegeven aan deze tegenovergestelde doeloriëntaties, namelijk leer- en prestatiedoelen (Dweck, 1986), taak- en egobetrokken doelen (Maehr & Nicholls, 1980) en beheersing- en prestatiedoelen (Ames & Archer, 1987). Conceptueel kunnen de leer-, taakbetrokken en beheersingsdoelen worden onderscheiden van prestatie- en egobetrokken doelen (Ames, 1992). In het huidige onderzoek worden de labels leer- en prestatiedoelen gebruikt, zoals gedefinieerd door Dweck (1986). Leerdoelen worden gedefinieerd als doelen waarbij individuen hun competentie willen vergroten of iets nieuws willen leren of begrijpen. Prestatiedoelen zijn doelen waarbij individuen trachten positieve beoordelingen te krijgen over hun competentie of negatieve beoordelingen over hun competentie willen voorkomen (Dweck, 1986). Een belangrijk verschil tussen leer- en prestatiedoelen is dat leerdoelen gericht zijn op het verbeteren en ontwikkelen van vaardigheden, terwijl prestatiedoelen gericht zijn op het bewijzen en laten zien van deze vaardigheden. Prestatiedoelen zouden gezien kunnen worden als doelen gerelateerd aan eigenwaarde, gericht op een specifiek gebied (Rothbaum, Morling & Rusk, 2009).

Onderzoeksresultaten suggereren dat het stellen van leerdoelen een adaptieve motivatieoriëntatie is (Kaplan & Maehr, 2007). Wanneer leerdoelen worden gesteld in een context waarin moet worden gepresteerd, is de mate van betrokkenheid groter, willen studenten meer investeren in een taak, zoeken ze de uitdaging, houden ze taken langer vol, denken ze positiever over de taak en zijn ze productiever (Kaplan & Maehr, 2007). Experimenteel, correlatieel en kwalitatief onderzoek suggereert dat leerdoeloriëntaties niet alleen gerelateerd zijn aan de denk- en leerprocessen in een context waarin moet worden gepresteerd (Bereby-Meyer & Kaplan, 2005), maar dat leerdoeloriëntaties ook samenhangen met een adaptieve oriëntatie op een breder gebied, zoals positieve coping, doorzettingsvermogen en positieve emoties (Elliott & Dweck, 1988), de bevordering van passend sociaal gedrag (Kaplan, 2004), een positief gevoel over zichzelf en anderen (Kaplan & Maehr, 1999) en een gevoel van welzijn (Dykman, 1998).

Waar leerdoeloriëntaties een adaptieve motivatieoriëntatie blijken te zijn (Kaplan & Maehr, 2007), worden prestatie doeloriëntaties vaak juist geassocieerd met een maladaptief patroon van

cognitie, affect en gedrag (Ames, 1992; Dweck & Leggett, 1988). Anders dan onderzoeksbevindingen over leerdoelen, zijn de bevindingen over prestatiedoelen niet consistent (Kaplan & Maehr, 2007). Een aantal studies vond een positief verband tussen prestatiedoelen en variabelen zoals zelfvertrouwen, gebruik van effectieve leerstrategieën, cijfers van studenten op school en positieve attitudes en affect (Elliot, 1999; Urdan, 1997). Er zijn echter ook onderzoeken die negatievere uitkomsten vonden. Uit het onderzoek van Ames (1992) bleek bijvoorbeeld dat het stellen van prestatiedoelen werd geassocieerd met oppervlakkig leren in plaats van verdiepende leerstrategieën. Daarnaast bleken prestatiedoelen samen te hangen met een negatief affect bij taken of gebeurtenissen die moeilijk of uitdagend zijn. Uit een ander onderzoek bleek dat prestatiedoelen zelfs schadelijk kunnen zijn in verschillende situaties, vooral in situaties waar studenten het gevoel hebben niet goed genoeg te zijn om een opdracht goed uit te voeren of wanneer ze bang zijn om te falen (Ames, 1984). Ondanks de inconsistentie van de onderzoeksbevindingen over prestatiedoelen lijkt het stellen van prestatiedoelen een minder adaptieve doeloriëntatie dan het stellen van leerdoelen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een meta-analyse van 24 verschillende studies naar de effecten van het manipuleren van verschillende doeloriëntaties, waaruit bleek dat het induceren van leerdoelen een significant groter voordeel had in termen van prestaties dan het induceren prestatiedoelen, $d = .53$, $z = 7.45$, $p < .0001$ (Utman, 1997).

Er zijn aanwijzingen voor het feit dat verschillende aspecten van doeloriëntaties, naast motivatie en prestaties van studenten, eveneens samenhangen met depressie. Bij verschillende fasen in het nastreven van doelen kan depressie leiden tot moeilijkheden (Nezlek, 2001), maar ook de afwezigheid van doelen of belemmeringen in het bereiken van doelen kunnen leiden tot depressieve klachten (Debats, 1998). Negatieve cognities over de toekomst komen vaak voor bij depressie. Depressieve mensen zijn minder goed in staat om naar positieve dingen in de toekomst te kijken dan mensen zonder depressie (MacLeod et al., 2007). In het onderzoek van Johnson, Carver & Fulford (2010) kwamen sterke aanwijzingen naar voren voor het gegeven dat de cognitieve verstoringen in de beoordeling van doelen een grote rol speelt bij affectieve stoornissen, waaronder depressie. Zo blijken depressieve mensen pessimistischer te zijn wat betreft het bereiken van doelen. Vooral de kans op het bereiken van positieve benaderingsdoelen schatten ze aanzienlijk kleiner in dan mensen zonder depressie (Dickson, Moberly & Kinderman, 2011). Depressieve mensen rapporteren daarnaast meer tegenargumenten dan argumenten voor het bereiken van doelen dan mensen die niet depressief zijn (Dickson & Macleod, 2006). Doordat depressieve mensen minder goed in staat zijn te denken aan redenen waardoor ze doelen zullen bereiken, hebben ze wellicht meer moeite om zichzelf te motiveren voor doelgerichte activiteiten (Dickson et al., 2011). Daarnaast blijkt dat depressieve mensen minder gevoel van controle hebben op het bereiken van doelen dan mensen zonder depressie (Dickson et al., 2011). Uit onderzoek van Williams (1997) blijkt dat een verminderde specificiteit van denken over de toekomst gerelateerd is aan een verminderde specificiteit van het autobiografische geheugen. Daarnaast blijkt dat verminderde specificiteit van het autobiografische geheugen samenhangt met verschillende emotionele stoornissen, waaronder depressie (Williams et al., 2007). Verminderde

specificiteit van toekomst gerelateerd denken zou wellicht gekoppeld kunnen worden aan de specificiteit van persoonlijke doelen.

Kortom, depressieve mensen zijn pessimistischer over de toekomst en het bereiken van doelen. Daarnaast zijn er aanwijzingen voor het feit dat depressieve mensen minder specifieke doelen stellen. De negatieve inschatting van de haalbaarheid van de doelen en de controle over het bereiken van doelen kan hopeloosheid vergroten en depressie in stand houden en verergeren (Dickson et al., 2011).

Meer specifiek gericht op de twee contrasterende doelorïentaties, leer- en prestatiedoelen, lijken mensen die vooral prestatiedoelen stellen gevoeliger te zijn voor de ontwikkeling van depressieve symptomen dan mensen die vooral leerdoelen stellen (Dweck, 1999). Mensen die prestatiedoelen stellen hebben vaak meer vaststaande en meer algemene overtuigingen over hun vaardigheden dan mensen die leerdoelen stellen (Hong et al., 1999). Het hebben van vaste overtuigingen zorgt er samen met het hebben van een onzeker zelfbeeld voor dat mensen het belangrijk vinden om te laten zien dat ze voldoende capaciteiten bezitten (Dweck, 1999; Robin & Pals, 2002; Crocker & Park, 2004; Dykman, 1998; Hong et al., 1999). Uit onderzoek onder studenten bleek dat meer dan tachtig procent van de studenten met de overtuiging dat vaardigheden vaststaande constructen zijn een prestatiedoel kozen, om hun vaardigheden te bewijzen. Meer dan zestig procent van de studenten met de overtuiging dat vaardigheden en capaciteiten kunnen veranderen kozen een leerdoel, waarin ze proberen om hun capaciteiten te verbeteren (Hong et al., 1999). Uit deze resultaten blijkt dat achterliggende gedachten over vaardigheden en capaciteiten en zelfbeeld samenhangen met doelorïentaties.

Wanneer mensen die vooral prestatiedoelen stellen stressoren ervaren, lijken zich hopeloosheid en andere depressieve symptomen te manifesteren (Cury et al., 2006; Dweck & Leggett, 1988; Elliott & Dweck, 1988; Turner, Thorpe, & Meyer, 1998). Een verklaring hiervoor is dat stressoren door mensen die prestatiedoelen stellen worden gezien als bedreigingen voor hun eigenwaarde (Dweck & Leggett, 1988), waardoor hopeloosheid en andere depressieve kenmerken ontstaan. Opvallend is dat mensen die vooral leerdoelen stellen, vaak juist op stressvolle gebeurtenissen reageren met een verbeterde prestatie (Grant & Dweck, 2003) en een vermindering van depressieve kenmerken (Lindsay & Scott, 2005). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zij stressoren juist zien als een uitdaging of een kans voor verbetering in plaats van een bedreiging voor hun eigenwaarde (Dweck & Leggett, 1988). De verschillen in depressieve symptomen tussen mensen die hoofdzakelijk leerdoelen stellen of juist prestatiedoelen stellen, kunnen mogelijk worden verklaard door de combinatie van de wijze waarop stressoren worden ervaren en het verschil in de wijze waarop wordt gedacht over de stressoren.

Kortom, doelorïentaties blijken samen te hangen met concepten als coping, emoties en het welzijn van de mens (Elliott & Dweck, 1988; Dykman, 1998). Daarnaast kunnen doelorïentaties in verband worden gebracht met affectieve stoornissen (Johnson et al., 2010) en meer specifiek met

depressie (Dweck, 1999; Cury et al., 2006; Dweck & Leggett, 1988; Elliott & Dweck, 1988; Turner, Thorpe, & Meyer, 1998). Ondanks deze verbanden en het feit dat het nastreven van doelen een centrale factor blijkt te zijn in de menselijke motivatie (Klinger, 1977), is er tot op heden weinig aandacht geweest voor de relatie tussen eigenschappen van persoonlijke doelen en depressie (Dickson, et al., 2011).

Uit onderzoek onder studenten is gebleken dat het induceren van leerdoelen en gerelateerde overtuigingen kunnen leiden tot een grotere motivatie en een betere prestatie (Lau & Nie, 2008; Blackwell, Trzesniewski & Dweck, 2007). De vraag is of het induceren van leerdoelen ook bij depressieve patiënten zou kunnen leiden tot een grotere motivatie voor de behandeling en een betere prestatie tijdens de behandeling. Een betere prestatie tijdens de behandeling verwijst vooral naar een grotere inzet tijdens de therapie, wat blijkt uit de mate waarin de patiënt afspraken met de therapeut nakomt en inzet en betrokkenheid toont tijdens behandelsessies en huiswerkopdrachten. Om deze vraag te kunnen beantwoorden zal uiteindelijk, in een later stadium, een interventie moeten worden ontworpen die gericht is op het aanleren van het stellen van leerdoelen bij depressieve patiënten. Het is echter van belang eerst te onderzoeken of er een samenhang is tussen (i) leer- en prestatiedoelen, (ii) depressie en (iii) motivatie voor het aangaan van een behandeling voor depressie.

Er wordt, naast globale motivatie, in het huidige onderzoek onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Mensen die intrinsiek gemotiveerd zijn, ondernemen iets omdat ze daar zelf in geïnteresseerd zijn, er plezier in hebben of ervan willen leren. Mensen die extrinsiek gemotiveerd zijn, nemen ergens aan deel om instrumentele redenen, het ontvangen van een beloning of om iets anders te bereiken dan er zelf van te leren (Eccles & Wigfield, 2002; Vansteenkiste, Lens & Deci, 2006). Deze twee motivatieoriëntaties zouden kunnen worden gekoppeld aan de eerder besproken doeloriëntaties. Leerdoelen zijn gericht op het verbeteren en ontwikkelen van vaardigheden (Rothbaum et al., 2009) en kunnen worden gekoppeld aan intrinsieke motivatie, waar mensen iets ondernemen omdat ze dit leuk vinden of ervan willen leren (Eccles & Wigfield, 2002; Vansteenkiste et al., 2006). Prestatiedoelen zijn gericht op het bewijzen en laten zien van vaardigheden (Rothbaum et al., 2009) en kunnen gekoppeld worden aan extrinsieke motivatie, waar mensen vooral instrumentele redenen hebben om ergens aan deel te nemen (Eccles & Wigfield, 2002). Deze koppeling is slechts een hypothese en is nog niet aangetoond in wetenschappelijk onderzoek.

Het huidige onderzoek richt zich op de samenhang tussen doelen, motivatie en depressie. De vraag die wordt gesteld is: 'In hoeverre hangen verschillende aspecten van doelen samen met depressieve klachten en motivatie bij de start van een depressie behandeling?' Specifiek wordt er onderscheid gemaakt tussen leerdoelen en prestatiedoelen. De verwachting is dat er een positief verband bestaat tussen de mate waarin men prestatiedoelen stelt en depressie. Daarnaast wordt verwacht dat er een negatief verband bestaat tussen de mate waarin men leerdoelen stelt en depressie.

Naast het verband tussen leer- en prestatiedoelen en depressie, wordt gekeken naar de rol van motivatie. Verwacht wordt dat motivatie een belangrijke rol speelt in het verband tussen doelen en

depressie en dat het stellen van leerdoelen samenhangt met een grotere motivatie. De specifieke verwachting is dat het stellen van meer leerdoelen leidt tot een grotere intrinsieke motivatie, die vervolgens leidt tot minder depressieve klachten. Het stellen van meer prestatiedoelen zou daarentegen leiden tot een grotere extrinsieke motivatie, die leidt tot meer depressieve klachten.

Ten slotte worden verschillende aspecten van doeloriëntaties onderzocht. Specifiek wordt gekeken naar de totale hoeveelheid doelen, de controle die mensen ervaren over het bereiken van hun doelen, de waarschijnlijkheid dat de doelen worden behaald, de specificiteit van de omschreven doelen en in hoeverre deze verschillende aspecten samenhangen met depressieve klachten. De verwachting is dat depressie samenhangt met een kleiner aantal geformuleerde doelen en een mindere mate van controle over de doelen. Daarnaast wordt verwacht dat een mindere mate van beoordeelde haalbaarheid en specificiteit van de doelen samenhangt met meer depressieve klachten.

3. Methoden

Het verband tussen doeloriëntaties, motivatie en depressie is onderzocht door een combinatie van zowel descriptieve als exploratieve methoden toe te passen¹ (Groot, 1961). Met behulp van vragenlijsten is informatie verzameld over verschillende kenmerken van doelen, motivatie en depressie. Middels semi-gestructureerde interviews is aanvullende informatie uitgevraagd over de stagering en profilering² van depressie en verschillende aspecten van doeloriëntaties. Zowel de descriptieve als de exploratieve methoden zijn toegepast tijdens het zogenoemde ‘gespecialiseerde depressie assessment’ (GDA).

3.1 Participanten

De participantengroep bestaat uit cliënten van Altrecht Polikliniek Nieuwegein die in behandeling zijn of in behandeling komen voor een depressieve stoornis. Getracht is om cliënten zo snel mogelijk te onderzoeken na de intakeprocedure. Ongeveer de helft van de participanten (48.4%) heeft deelgenomen aan het onderzoek in de beginfase van de behandeling; dat wil zeggen binnen vier weken na de start van de behandeling. De andere helft (51.6%) nam deel aan het onderzoek in een latere fase van de behandeling. In totaal hebben er 31 participanten deelgenomen aan het onderzoek. De meeste cliënten die zijn benaderd hebben deelgenomen aan het onderzoek, namelijk (81.6%). Redenen van non-respons hadden veelal te maken met de ernst van de problematiek en de lijdensdruk van de cliënten, die in de periode van het onderzoek te groot was om speciaal voor het onderzoek naar de polikliniek te komen. De demografische kenmerken van de participanten zijn te zien in Tabel 1. In de onderzoekspopulatie is (48.4%) man en (51.6%) vrouw. De gemiddelde leeftijd van alle participanten is 41.9 jaar (SD = 9.4; range 23 – 56 jaar).

¹ Descriptief onderzoek is onderzoek waarin informatie wordt verzameld over bijvoorbeeld het voorkomen van stoornissen in een patiëntenpopulatie, gerelateerd aan bepaalde achtergrondkenmerken. Exploratief onderzoek is verkennend onderzoek waarbij zonder vooraf duidelijke ideeën wordt gezocht naar verbanden met behulp van semi-gestructureerde interviews.

² Stagering van depressie is het plaatsen van depressie volgens het beloop van de stoornis. Profilering is het onderscheiden van kenmerken en variabelen die een etiologische betekenis hebben en/of het beloop, de prognose en het succes van behandeling zouden kunnen voorspellen.

Tabel 1.

Demografische gegevens van de participanten, uitgesplitst naar sekse

	Totaal	Man	Vrouw
Aantal participanten, <i>n</i> (%)	31 (100)	15 (48.4)	16 (51.6)
Leeftijd, gemiddelde (SD)	41.87 (1.7)	43.93 (2.2)	39.94 (2.5)
Sociale status, <i>n</i> (%)			
Samenwonend	22 (71)	10 (32.3)	12 (38.7)
Alleen wonend	6 (19.4)	2 (6.5)	4 (12.9)
Gescheiden	3 (9.7)	1 (3.2)	2 (6.5)
Opleidingsniveau, <i>n</i> (%)			
Lagere school Basisonderwijs	3 (9.7)	2 (6.5)	1 (3.2)
Lager beroepsonderwijs	4 (12.9)	2 (6.5)	2 (6.5)
Middelbaar onderwijs	5 (16.1)	3 (9.7)	2 (6.5)
Middelbaar beroepsonderwijs	12 (38.7)	5 (16.1)	7 (22.6)
Hoog onderwijs	7 (22.6)	3 (9.7)	4 (12.9)

Noot: Onder ‘samenwonend’ valt samenwonend met partner en samenwonend met partner en kinderen. Onder ‘alleen wonend’ valt samenwonend met iemand anders (huisgenoot) en alleen wonend. Onder ‘gescheiden’ valt gescheiden, gescheiden en samenwonend met kinderen. ‘Lager beroepsonderwijs’: lbo, lts en vergelijkbaar onderwijs. ‘Middelbaar onderwijs’: mavo, ulo, mulo, vmbo. ‘Middelbaar beroepsonderwijs’: mbo, mts en het meao. ‘Algemeen voortgezet onderwijs’: hbs, mms, havo, vwo. ‘Hoog onderwijs’: hogeschool, hbo, heao, hts en universiteit.

3.2 Design

De dataverzameling vond zoals gezegd plaats tijdens het ‘gespecialiseerde depressie assessment’ (GDA). Dit assessment duurde één tot anderhalf uur, waarin aan de participant aanvullende vragen zijn gesteld over stagering en profilering van depressie, een test is afgenomen om verschillende aspecten van persoonlijke doelen te meten en waarin vragenlijsten zijn afgenomen gericht op depressieve kenmerken, doeloriëntaties en motivatie. Een voordeel van het GDA ten opzichte van vragenlijstonderzoek is dat er meer aanvullende informatie wordt verkregen middels doorvragen over stagering en profileringskenmerken van depressie. Daarnaast kan er extra uitleg over de testonderdelen worden gegeven, zodat de vragen goed worden begrepen en op de juiste wijze worden ingevuld. Ten slotte is een groot voordeel van het GDA ten opzichte van vragenlijstonderzoek dat de data wordt verzameld in dezelfde setting, waardoor de variabelen wellicht op een meer betrouwbare wijze worden gemeten.

3.3 Procedure

Cliënten van Altrecht Polikliniek Nieuwegein die in behandeling komen of in behandeling zijn voor depressie zijn op verschillende manieren op de hoogte gebracht van het huidige onderzoek en het GDA. Alle cliënten die starten met een behandeling voor depressie op de polikliniek in Nieuwegein worden uitgenodigd deel te nemen aan de ‘startgroep depressie’. De cliënten zijn op de hoogte gebracht door de informatie uit de folder van de startgroep, waarin een stuk geschreven is over het onderzoek (Bijlage 1). Naast de informatie in deze folder zijn cliënten op de hoogte gebracht door de onderzoeker, die aanwezig was tijdens de bijeenkomsten van de startgroep en aan het einde van elke sessie een korte uitleg gaf over het onderzoek (Bijlage 2). Verder zijn cliënten op de hoogte gebracht tijdens het ‘adviesgesprek’. Tijdens dit gesprek wordt het advies voor behandeling besproken en is de cliënt attent gemaakt op het onderzoek en het GDA. Om er zeker van te zijn dat er geen cliënten werden overgeslagen heeft de onderzoeker tijdens het ‘intakeberaad’, de vergadering waarin alle intakes worden besproken, bijgehouden welke cliënten starten met een depressiebehandeling.

Nadat participanten op de hoogte waren van het bestaan van het onderzoek, zijn ze gevraagd deel te nemen aan het GDA. Deze uitnodiging en het plannen van een afspraak heeft op verschillende manieren plaatsgevonden. Een groot deel van de participanten is door de onderzoeker opgebeld en heeft tijdens het telefoongesprek een afspraak met de onderzoeker ingepland. Een ander deel van de participanten heeft na afloop van de startgroep of na het adviesgesprek, meteen een afspraak ingepland met de onderzoeker.

Voorafgaand aan het GDA is door de onderzoeker het dossier van de betreffende cliënt doorgenomen. Hierbij is de meeste aandacht besteed aan informatie uit het intakeverslag. Informatie uit het dossier werd ingevuld in de ‘Checklist Stagering en Profilerings’ (Bijlage 3). Tijdens het assessment werd het doel van het onderzoek nogmaals kort uitgelegd, is een beschrijving van het onderzoek meegegeven aan de cliënt (Bijlage 4) en werd een toestemmingsformulier (Bijlage 5) ingevuld. Daarna zijn vragen gesteld aan de hand van de Checklist Stagering en Profilerings, waarna de verschillende vragenlijsten zijn uitgedeeld en uitgelegd en een test gericht op persoonlijke doelen is afgenomen.

Na elk GDA is een verslag geschreven volgens het vastgestelde format (Bijlage 6), dat vervolgens in het persoonlijke Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is geplaatst. Daarnaast is er een e-mail gestuurd naar de individuele behandelaar, waarin de behandelaar attent is gemaakt op het verslag. Ten slotte is er door de onderzoeker een kort gespreksverslag in het EPD geschreven (Bijlage 7).

3.4 Meetinstrumenten

In het onderzoek zijn semi-gestructureerde vragen gesteld over verschillende kenmerken van depressie en doelen en zijn vragenlijsten afgenomen over depressie, doelen en motivatie. De vragenlijsten zijn in een vaste volgorde afgenomen; eerst de vragenlijsten over depressie, daarna over doelen en ten slotte de vragenlijst over motivatie.

Semi-gestructureerd interview.

Met behulp van de ‘Checklist Stagering en Profilerings’ zijn verschillende kenmerken van depressie uitgevraagd (interne publicatie, Altrecht GGZ, 2014; Bijlage 3). De vragen over de stagering van depressie zijn gebaseerd op het stageringsmodel van Hetrick et al. (2008). Dit model houdt rekening met het totale beloop van de depressie en gaat uit van een continuüm van psychiatrische stoornissen. (Peeters et al., 2012). Profilerings is het onderscheiden van kenmerken en variabelen die een etiologische betekenis hebben en/of het beloop, de prognose en het succes van behandeling zouden kunnen voorspellen (Peeters et al., 2012). In de Checklist Stagering en Profilerings zijn, naast het beloop van depressie, ook etiologische en pathofysiologische variabelen en verschillende klinische factoren onderscheiden en uitgevraagd.

Verschillende aspecten van doeloriëntaties zijn gemeten met behulp van de ‘Measure to Elicit Positive Future Goals and Plans’ (MEPGAP; Vincent et al., 2004; Bijlage 9). De MEPGAP is een semi-gestructureerd interview waarmee informatie wordt verzameld over het vermogen van participanten om doelen voor de toekomst te identificeren en in hoeverre zij deze doelen denken te bereiken (Vincent et al., 2004). Na de algemene instructie over persoonlijke doelen zijn de participanten gevraagd om in één minuut zoveel mogelijk algemene doelen voor het komende jaar te bedenken. De participant noemt de doelen en de onderzoeker noteert deze. Deze procedure wordt daarna herhaald, maar dan specifiek gericht op doelen gerelateerd aan verschillende levensdomeinen. De participanten krijgen voor elk van de domeinen ‘huiselijke situatie’, ‘werk en/of opleiding’, ‘financiële situatie’, ‘hechte relaties’, ‘sociale leven’, ‘gezondheid’ en ‘emotionele welzijn’ ongeveer een minuut de tijd om zoveel mogelijk doelen op te noemen. De zes belangrijkste doelen worden door de participant uitgezocht, waarna deze worden beoordeeld op de hoeveelheid controle die de participant ervaart over het bereiken van deze doelen (1-7, 1 = helemaal niet binnen mijn controle, 7 = compleet binnen mijn controle) en op de waarschijnlijk dat het doel zal worden behaald (1-7, 1 = hoogst onwaarschijnlijk, 7 = zeker). Achteraf worden de zes belangrijkste doelen door de onderzoeker beoordeeld op specificiteit op een 4-puntsschaal (0-3) (Vincent et al., 2004) en wordt bij elk van de zes doelen gekeken of het gaat om een leerdoel of een prestatiedoel (Dweck, 1986). Voor het coderen van de specificiteit van doelen wordt een schema gebruikt.

Zelfrapportage vragenlijsten.

Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)

Naast de meting van depressie met behulp van de Checklist, is depressie gemeten met behulp van de ‘Inventory of Depressive Symptomatology’ (IDS; Rush, Pincus & First, 2000). De 30 items van de IDS meten de ernst van de depressie symptomen op een 4-puntsschaal (0-3). Alle negen symptomen van een depressieve episode zijn geïnccludeerd; bestaande uit affectieve, gedragsmatige, cognitieve en motivationele symptomen. Daarnaast zijn een aantal veelvoorkomende symptomen van depressie opgenomen, zoals een angstige of een prikkelbare stemming, melancholische en atypische kenmerken (Trivedi et al., 2004). Al deze kenmerken zijn gebaseerd op de criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000). In het huidige onderzoek is een zelfinvulversie van de vragenlijst gebruikt, die in het Nederlands is vertaald (IDS-SR-NL; Nederlandse vertaling Altrecht GGZ, 2005; Bijlage 8). Resultaten uit een grote psychometrische studie wijzen op een hoge interne consistentie en betrouwbaarheid van de vragenlijst ($\alpha = .93$) (Rush, 1996). De IDS heeft een degelijke face-validity en zowel de predictieve validiteit als discriminante validiteit zijn aangetoond bij patiënten met depressieve- en bipolaire stoornissen. De DSM-IV criteria voor het stellen van een depressieve episode blijken beter te worden uitgevraagd met de IDS dan met de Beck Depression Inventory (BDI) of de Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D). Daarnaast blijkt de IDS de restsymptomen van depressie beter te detecteren dan de HRS-D. Door verscheidene post hoc analyses zijn de mogelijkheden om de IDS te gebruiken als vervanging voor de beoordeling van een professional versterkt (Rush, Carmody & Reimitz, 2006).

Achievement Goal Questionnaire-Revised (AGQ-R)

De AGQ (Elliot & McGregor, 2001) is ontworpen om verschillende soorten en benaderingen van doelen, namelijk ‘mastery-approach’, ‘mastery-avoidance’, ‘performance-approach’ en ‘performance-avoidance approach’ te meten in een klassikale context bij studenten (Finney, Pieper & Barron, 2004). Voor de huidige studie is de AGQ aangepast, omdat in deze studie een andere doelgroep is onderzocht en het om een andere context gaat. De aangepaste vragenlijst, de Achievement Goal Questionnaire-Revised (AGQ-R; Bijlage 10) bestaat uit 4 items die worden gescoord op een 7-puntsschaal (1-7, 1 = helemaal niet op mij van toepassing, 7 = heel erg op mij van toepassing). Item 1: “Op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – streef ik na om zoveel mogelijk te leren en mij zo goed mogelijk te ontwikkelen.”, item 2: “Ik wil koste wat het kost voorkomen dat ik minder leer, en mij minder ontwikkel op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – dan ik zou kunnen.”, item 3: “Ik streef na om op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – beter te presteren dan mensen in mijn directe omgeving.”, item 4: “Ik wil koste wat het kost voorkomen dat ik slechter presteer op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – dan mensen in mijn directe omgeving”. De scores van de eerste twee items meten de mate waarin men geneigd is tot het formuleren van leerdoelen, de laatste twee items meten de mate waarin men geneigd is tot het formuleren van prestatiedoelen.

Treatment Self Regulation Questionnaire (TSRQ)

De TSRQ (Ryan & Connell, 1989; Bijlage 11) is ontworpen om verschillende vormen van motivatie volgens de ‘zelfbeschikkingstheorie’ (SDT; Self-Determination Theory, Deci & Ryan, 2000) te meten. De SDT stelt dat verschillende soorten motivatie onderliggend zijn voor het gedrag van mensen. De verschillende soorten motivatie liggen op een continuüm lopend van ‘minst zelfbepalend’ tot ‘meest zelfbepalend’ in de volgende volgorde: ‘geen motivatie’, ‘extrinsieke motivatie’, ‘geïntrojecteerde motivatie’, geïdentificeerde motivatie, ‘geïntegreerde motivatie’ en ‘intrinsieke motivatie’ (Levesque et al., 2006). In het huidige onderzoek is de totale motivatie voor de depressiebehandeling bij Altrecht Polikliniek Nieuwegein gemeten. Daarnaast is onderscheid gemaakt tussen intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie. De drie items die ‘geen motivatie’ meten zijn verwijderd uit de vragenlijst. De aangepaste versie van de TSRQ bestaat uit twaalf items, waarvan zes items intrinsieke motivatie meten en zes items extrinsieke motivatie meten. De items worden gescoord op een 7-puntsschaal (1-7, 1 = helemaal niet mee eens, 7 = helemaal mee eens). De resultaten van verschillende factoranalyses wijzen erop dat er een patroon van relaties bestaat tussen de subschalen van de TSRQ en mentale en fysieke gezondheid. Dit is een sterk bewijs voor de aanwezigheid van een goede constructvaliditeit van de vierfactoren structuur van de TSRQ. Daarnaast wijst de gelijkwaardigheid van factoren bij verschillende gezondheidsgedragingen op sterke validiteit van de TSRQ. De interne consistentie van de verschillende subschalen is acceptabel gebleken (Levesque et al., 2007).

3.5 Statistische Analyse

De gegevens zijn met behulp van Statistical Package for the Social Sciences versie 22.0 voor Windows© (SPSS) getoetst. Eerst is gekeken naar de correlaties tussen de variabelen. Met behulp van de multipale regressieanalyse is de relatie tussen depressie, doelen en motivatie vervolgens onderzocht. Binnen deze analyse is depressie de continue afhankelijke variabele, en zijn leerdoelen, prestatiedoelen, verschillende aspecten van doeloriëntaties, intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie en continue onafhankelijke variabelen.. Daarnaast is het mediatie effect van motivatie in de relatie tussen doelen en depressie onderzocht. De correlaties zijn gerapporteerd aan de hand van de Pearson’s correlatiecoëfficiënt r . De resultaten van de regressieanalyses zijn gerapporteerd aan de hand van de R square en de R square adjusted. Per stap zijn de partiële regressiecoëfficiënten B met de standaarddeviatie en de p -waarde gerapporteerd.

4. Resultaten

4.1 Depressie, doelen en motivatie: correlaties

De correlaties tussen de variabelen gemeten in deze studie zijn weergegeven in Tabel 2. De onafhankelijke variabele prestatiedoelen blijkt significant samen te hangen met depressie ($r = .31, p < .05$). Er is geen significant verband gevonden tussen leerdoelen en depressie. Intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie blijken beide niet significant samen te hangen met depressie. Totale motivatie correleert niet significant met depressie. Er worden wel significante correlaties gevonden tussen totale motivatie en intrinsieke en extrinsieke motivatie ($r = .63, r = .80, p < .001$). De variabele intrinsieke motivatie blijkt significant samen te hangen met de variabele leerdoelen ($r = .41, p < .01$). Er zijn geen significante correlaties gevonden tussen de variabelen leerdoelen, extrinsieke motivatie en totale motivatie, prestatiedoelen en intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie en totale motivatie.

Tabel 2.

Correlaties tussen de variabelen leerdoelen, prestatiedoelen, intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie, totale motivatie en depressie (N=31)

	Depressie	Leerdoelen	Prestatiedoelen	Intrinsieke motivatie	Extrinsieke motivatie	Totale Motivatie
Depressie	1					
Leerdoelen	-.15	1				
Prestatiedoelen	.31*	-.10	1			
Intrinsiek	-.04	.41**	-.17	1		
Extrinsiek	.14	-.24	-.08	-.05	1	
Totale motivatie	.09	.06	-.16	.63***	.80***	1

Noot. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4.2 Depressie, doelen en motivatie: regressieanalyse

De relaties tussen doelorientaties, motivatie en depressie zijn onderzocht met behulp van meerdere regressieanalyses. Voor aanvang van de hoofdanalyse zijn de assumpties van homoscedasticiteit, lineariteit en de onafhankelijkheid van meetfouten gecontroleerd. Er is voldaan aan deze assumpties van de multipale regressie. De residuen zijn niet helemaal normaal verdeeld, maar er is geen duidelijke positieve of negatieve afwijking te zien in het gehele model. Mogelijk is de afwezigheid van een normale verdeling van de residuen te verklaren door de kleine steekproef ($N = 31$). Er is voldaan aan de Durbin-Watson assumptie. Daarmee is de onafhankelijkheid van de meetfouten aangetoond. De variabele 'totale motivatie' is uit de regressieanalyse gelaten door de hoge correlaties met de variabelen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Na verwijdering van deze variabele is er voldaan aan

de assumptie van multicollineariteit, wat betekent dat er geen hoge correlatie bestaat tussen de onafhankelijke variabelen.

Er is een regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre leerdoelstellingen, prestatiedoelen, intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie samenhangen met depressie als afhankelijke variabele. De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in Tabel 3. De R square is .360, wat betekent dat het model 36% van de variantie in depressie verklaart; Uit de F-toets blijkt echter dat de verklaarde variantie niet significant is. De onafhankelijke variabele prestatiedoelen blijkt een marginaal significante bijdrage aan het model te hebben ($p = .099$), wat betekent dat er aanwijzingen zijn dat de neiging tot het stellen van prestatiedoelen significant samenhangt met depressie, zelfs wanneer gecontroleerd wordt voor de overige variabelen in het model. De onafhankelijke variabelen leerdoelen, intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie blijken geen significante bijdrage aan het model te hebben ($p > .05$), wat betekent dat ze geen significante unieke voorspellers zijn van depressie, wanneer gecontroleerd wordt voor de overlap tussen de voorspellers.

Tabel 3.
Resultaten multiële regressieanalyse depressie, doelen en motivatie (N=31)

Onafhankelijke variabelen	B	SE B	<i>p</i>
<i>R2, R2 (adj)</i>	.36, .13		.44
Constante	33.41	13.17	.02*
Leerdoelen	-.79	1.63	.63
Prestatiedoelen	2.05	1.20	.10
Intrinsieke motivatie	.48	1.89	.80
Extrinsieke motivatie	.95	1.35	.49

Noot. * $p < .05$

4.3 Motivatie als mediator tussen doelen en depressie

De correlaties tussen depressie, doelen en motivatie zijn weergegeven in Tabel 2. Er is geen significante correlatie gevonden tussen leerdoelen en depressie, waardoor er geen sprake kan zijn van een mediatie effect van motivatie op het verband tussen leerdoelen en depressie. Er is wel een significante samenhang gevonden tussen prestatiedoelen en depressie. Er is geen sprake van een mediatie effect van extrinsieke motivatie op het verband tussen prestatiedoelen en depressie, omdat er geen significante relatie is gevonden tussen prestatiedoelen en extrinsieke motivatie. Dit betekent dat het verband tussen prestatiedoelen en depressie niet kan worden verklaard door extrinsieke motivatie.

4.4 Depressie en aspecten van doelen volgens de MEPGAP: correlaties

Correlaties tussen de verschillende aspecten van doelen en depressie zijn weergegeven in Tabel 4. De variabele controle blijkt significant samen te hangen met depressie ($r = -.60, p < .001$) en er is een significante correlatie gevonden tussen de variabele haalbaarheid en depressie ($r = -.39, p < .05$). Het aantal leerdoelen blijkt significant te correleren met het aantal prestatiedoelen, gemeten met de MEPGAP ($r = -.98, p < .001$). Er zijn geen significante correlaties gevonden tussen de variabelen depressie, het totaal aantal doelen en de specificiteit van de doelen.

Tabel 4.

Correlaties tussen verschillende aspecten van doelen en depressie

	Depressie	Totaal aantal	Controle	Haalbaar- heid	Specificiteit	Leer doelen	Prestatie doelen
Depressie	1						
Totaal aantal doelen	-.02	1					
Controle	-.60*	-.04	1				
Haalbaarheid	-.39*	-.01	.37*	1			
Specificiteit	-.15	-.06	.25	-.21	1		
Leerdoelen	-.29	-.10	.12	.24	-.07	1	
Prestatie- doelen	.28	.16	-.15	-.23	.03	-.98**	1

Noot. * $p < .05$ ** $p < .001$

4.5 Depressie en aspecten van doelen volgens de MEPGAP: regressieanalyse

Er is een regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre verschillende aspecten van doelen, gemeten met de MEPGAP, samenhangen met depressie als afhankelijke variabele. De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in Tabel 5. De onafhankelijke variabelen die zijn meegenomen in het regressiemodel zijn het totaal aantal doelen, de controle over de doelen, de haalbaarheid van de doelen, de specificiteit van de doelen, de hoeveelheid leerdoelen en de hoeveelheid prestatiedoelen. Uit de F-toets blijkt dat het model als geheel significant is ($p < .05$). De R square is .44, wat betekent dat het model 44% van de variantie in depressie verklaart. De onafhankelijke variabele ‘controle’ blijkt een significante bijdrage aan het model te hebben ($p < .01$). Dit betekent dat de mate van ervaren controle over doelen een significante unieke voorspeller is van depressie. De onafhankelijke variabelen ‘totaal aantal doelen’, ‘haalbaarheid van de doelen’, ‘specificiteit van de doelen’ en de ‘hoeveelheid leer- en prestatiedoelen’ blijken geen significante

bijdrage aan het model te hebben, wat betekent dat ze geen unieke significante voorspellers zijn van depressie.

Tabel 5.

Resultaten regressieanalyse depressie en verschillende aspecten van doelen (N=31)

Onafhankelijke variabelen	B	SE B	<i>p</i>
<i>R², R² (adj)</i>	.66, .44		
Constante	95.85	46.24	.05*
Totaal aantal doelen	-.09	.31	.77
Controle	-.38	1.36	.01**
Haalbaarheid	-1.57	1.74	.38
Specificiteit	-2.78	5.54	.62
Leerdoelen	-5.67	7.79	.47
Prestatiedoelen	-.373	7.62	.63

Noot. * $p < .05$ ** $p < .01$

5. Discussie

In dit onderzoek is het verband tussen doelen, motivatie en depressie onderzocht. Allereerst is er gekeken naar de afzonderlijke relaties tussen de variabelen leerdoelen en prestatiedoelen (gemeten met de AGQ), intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie en totale motivatie (gemeten met de TSRQ) en depressie (gemeten met de IDS).

De verwachting was dat de mate waarin prestatiedoelen worden gesteld positief zou samenhangen met depressie en dat de mate waarin leerdoelen worden gesteld negatief zou samenhangen met depressie. Deze verwachtingen volgen uit eerdere onderzoeksresultaten, waarin prestatie doeloriëntaties worden geassocieerd met een maladaptief patroon van cognitie, affect en gedrag (Ames, 1992; Dweck & Legget, 1988; Ames, 1984; Utman, 1997) en leerdoeloriëntaties worden gezien als een adaptieve motivatieoriëntatie (Kaplan & Maehr, 2007; Bereby-Meyer & Kaplan, 2005; Elliot & Dweck, 1988; Kaplan, 2004; Kaplan & Maehr, 2007; Dykman, 1988). Overeenkomstig met de verwachting blijkt de variabele prestatiedoelen positief te correleren met depressie, wat betekent dat een sterkere neiging tot het stellen van prestatiedoelen samenhangt met een hogere depressiescore. Er is geen significante correlatie gevonden tussen leerdoelen en depressie. Dit suggereert dat de mate waarin leerdoelen worden gesteld minder invloed op depressie dan de mate waarin prestatiedoelen worden gesteld. Een andere mogelijke reden voor de afwezigheid van een significante correlatie tussen leerdoelen en depressie is dat er bij een groot deel van de participanten ten tijde van de dataverzameling niet of nog maar net was gestart met de behandeling. Leerdoelen zijn vooral gericht op het verbeteren en ontwikkelen van vaardigheden (Dweck, 1986), maar als er vanuit de behandeling nog geen mogelijkheden zijn aangereikt om te leren en te ontwikkelen, dan kan deze doeloriëntatie wellicht nog niet hebben geleid tot minder depressieve klachten.

Voorts was de verwachting dat intrinsieke motivatie positief zou samenhangen met de variabele leerdoelen en dat extrinsieke motivatie positief zou samenhangen met de variabele prestatiedoelen. Deze verwachting is gebaseerd op de veronderstelde koppeling tussen de twee doeloriëntaties en de twee motivatie oriëntaties, waarin wordt gesteld dat er grote overlap is tussen leerdoelen en intrinsieke motivatie en prestatiedoelen en extrinsieke motivatie. Het ontwikkelen en verbeteren van vaardigheden, waar leerdoeloriëntaties op gericht zijn, kan worden gekoppeld aan intrinsieke motivatie; motivatie door interesse en het willen leren van nieuwe dingen. Het bewijzen en tonen van vaardigheden, waar prestatiedoelen op gericht zijn, kan worden gekoppeld aan extrinsieke motivatie, waarbij mensen vooral gericht zijn op het ontvangen van een beloning of gemotiveerd zijn om andere, instrumentele redenen (Eccles & Wigfield, 2002; Vansteenkiste et al., 2006; Rothbaum et al., 2009). Volgens verwachting blijkt de variabele intrinsieke motivatie positief samen te hangen met de variabele leerdoelen, wat betekent dat een grotere intrinsieke motivatie samenhangt met de neiging tot het stellen van leerdoelen. Er is geen significante correlatie gevonden tussen de variabelen prestatiedoelen en extrinsieke motivatie. Dit suggereert dat er geen verband bestaat tussen deze

variabelen. Een andere mogelijke verklaring voor de afwezigheid van een significante correlatie tussen prestatiedoelen en extrinsieke motivatie is dat sociale wenselijkheid een rol heeft gespeeld. Wellicht willen cliënten niet aan het begin van een behandeling laten blijken dat ze voornamelijk extrinsiek gemotiveerd zijn voor de depressie behandeling.

Naast het vermoeden van een verband tussen leerdoelen en intrinsieke motivatie werd verwacht dat de variabele leerdoelen positief zou samenhangen met de totale motivatie. Deze verwachting vloeit voort uit eerder onderzoek, waaruit bleek dat studenten een grotere motivatie kregen en beter presteerden wanneer ze werden aangespoord tot het stellen van leerdoelen (Lau & Nie, 2008; Blackwell et al., 2007). Er zijn in dit onderzoek geen significante correlaties gevonden tussen leerdoelen en de totale motivatie. Mogelijk komt dit door het feit dat er alleen een voormeting is gedaan, voor de start of in de beginfase van de behandeling. Wellicht leiden leerdoeloriëntaties pas later in het proces tot een grotere motivatie voor de behandeling. Een suggestie voor toekomstig onderzoek is om een tussen- en nameting toe te voegen aan de procedure, zodat kan worden gekeken of het verband tussen leerdoelen en motivatie verandert naarmate de depressiebehandeling vordert.

Na het onderzoeken van de relaties tussen alle afzonderlijke variabelen zijn de onafhankelijke variabelen leerdoelen, prestatiedoelen, intrinsieke en extrinsieke motivatie samen in een regressieanalyse opgenomen om te kijken of deze variabelen voorspellers zijn van de afhankelijke variabele depressie. De verwachting was dat de variabele prestatiedoelen een voorspeller zou zijn van depressie en dat motivatie hierin een rol zou spelen. Het stellen van prestatiedoelen zou namelijk leiden tot een grotere extrinsieke motivatie, wat zou leiden tot een hogere depressiescore en meer depressieve klachten. De verwachting was daarnaast dat het stellen van leerdoelen zou leiden tot een grotere intrinsieke motivatie wat vervolgens zou leiden tot een lagere depressiescore en minder depressieve klachten. Deze verwachtingen volgen uit eerder onderzoek, waaruit blijkt dat zich hopeloosheid en andere depressieve symptomen manifesteren wanneer mensen, die vooral prestatiedoelen stellen, stressoren ervaren (Cury et al., 2006; Dweck & Leggett, 1988; Elliott & Dweck, 1988; Turner et al., 1998). Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat mensen die vooral leerdoelen stellen vaak op stressoren reageren met een verbeterde prestatie (Grant & Dweck, 2003) en minder depressieve symptomen (Lindsay & Scott, 2005). Dit onderzoek heeft, in combinatie met onderzoek waaruit bleek dat het induceren van leerdoelen leidt tot een grotere motivatie en een betere prestatie (Lau & Nie, 2008; Blackwell et al., 2007), geleid tot deze verwachtingen. Uit de regressieanalyse blijkt dat de mate waarin men geneigd is prestatiedoelen te stellen enige samenhang heeft met de mate van depressie. Dit komt overeen met de verwachtingen, al werd op basis van eerder onderzoek een sterkere samenhang tussen deze variabelen voorspeld.

Leerdoelen, intrinsieke motivatie en extrinsieke motivatie blijken geen significante voorspellers van depressie te zijn. Dit suggereert dat het stellen van leerdoelen en intrinsieke en extrinsieke motivatie geen invloed hebben op depressie. Een andere mogelijke verklaring is dat prestatie- en leerdoeloriëntaties in het huidige onderzoek niet zijn geïnduceerd, zoals wel het geval

was in het onderzoek van Lau en Nie (2008) en Blackwell et al. (2007). In het huidige onderzoek zijn de doelen gemeten met behulp van een vragenlijst, waardoor ze mogelijk zelfs op een minder adequate manier zijn gemeten en minder sterke effecten zijn gevonden. Daarnaast is onvoldoende duidelijk of de participanten op het moment van de meting daadwerkelijk stressoren hebben ervaren, waardoor zich mogelijk meer of minder depressieve symptomen manifesteerden, afhankelijk van de voorkeursdoeloriëntatie (Cury et al., 2006; Dweck & Leggett, 1988; Elliot & Dweck, 1988; Turner et al., 1998; Grant & Dweck, 2003; Lindsay & Scott, 2005). Tenslotte speelt mogelijk opnieuw sociale wenselijkheid een rol. Wellicht willen cliënten bij de start van de behandeling niet laten blijken dat ze vooral doelen stellen gericht op het bewijzen en tonen van vaardigheden in plaats van doelen gerelateerd aan het verbeteren en ontwikkelen van vaardigheden.

Het huidige onderzoek heeft zich ook gericht op de rol van motivatie in het verband tussen doelen en depressie. De verwachting was dat het stellen van leerdoelen zou samenhangen met een grotere intrinsieke motivatie en dat een grotere intrinsieke motivatie zou samenhangen met minder depressieve klachten. Daarnaast was de verwachting dat het stellen van prestatiedoelen zou samenhangen met een grotere extrinsieke motivatie en dat een grotere extrinsieke motivatie zou samenhangen met meer depressieve klachten. Deze verwachtingen komen voort uit eerder onderzoek, waaruit is gebleken dat studenten die leerdoelen stellen een grotere motivatie hebben en beter presteren op taken (Lau & Nie, 2008; Blackwell et al., 2007). Mogelijk is de invloed van motivatie ook aanwezig in de relatie tussen doelen en depressie. Door een mediatieanalyse toe te passen is gekeken of het verband tussen doelen en depressie mogelijk kan worden verklaard door een derde variabele, in dit geval motivatie. Uit de mediatie analyses blijkt dat intrinsieke en extrinsieke motivatie geen mediators zijn in het verband tussen doelen en depressie. Wellicht speelt motivatie een andere rol bij de prestatie van studenten dan bij de prestatie van depressieve patiënten in de behandeling, waardoor er geen mediatie effecten zijn gevonden. Een andere mogelijke verklaring is dat motivatie en prestatie pas in een later fase van de behandeling op een adequate manier kan worden gemeten. Een betere prestatie tijdens de behandeling, zoals een grotere inzet tijdens de therapie, kan pas worden gemeten wanneer er meerdere behandelsessies hebben plaatsgevonden.

Naast leer- en prestatiedoelen zijn ook andere aspecten van doelen gemeten, namelijk het totaal aantal doelen, de mate van controle over de doelen, de haalbaarheid en de specificiteit van de doelen. Er is gekeken naar het verband tussen deze verschillende aspecten van doeloriëntaties en depressie en daarnaast is nogmaals gekeken naar het verband tussen prestatie- en leerdoeloriëntaties en depressie, ditmaal gemeten met de MEPGAP. Allereerst is gekeken naar de afzonderlijke relaties tussen de variabelen. De verwachting was dat de mate van controle over de doelen zou samenhangen met depressie. Uit eerder onderzoek van Dickson et al. (2011) is namelijk gebleken dat het gevoel van controle over het bereiken van doelen minder groot is bij depressieve mensen dan bij mensen zonder depressie. In overeenstemming met de verwachting blijkt de variabele controle negatief te correleren met depressie, wat betekent dat een mindere mate van controle over de doelen samenhangt met meer

depressieve klachten.

Daarnaast was de verwachting dat de waarschijnlijkheid dat het gestelde doel wordt behaald, de haalbaarheid, negatief zou samenhangen met depressie. Uit eerder onderzoek is namelijk gebleken dat depressieve mensen de kans op het bereiken van doelen kleiner inschatten dan mensen zonder depressie (Dickson et al., 2011). Volgens verwachting blijkt de variabele haalbaarheid negatief te correleren met depressie, wat betekent dat een mindere mate van beoordeelde haalbaarheid van de doelen samenhangt met meer depressieve klachten.

Voorts was de verwachting dat het aantal doelen zou samenhangen met depressie. Het is namelijk gebleken dat depressieve mensen het moeilijk vinden om naar positieve dingen in de toekomst te kijken (MacLeod et al., 2007) en dat de afwezigheid van doelen kan leiden tot depressie (Debats, 1998). De specifieke verwachting was dat een kleinere hoeveelheid persoonlijke doelen zou samenhangen met meer depressieve klachten. Er is echter geen significante correlatie gevonden tussen het aantal doelen en depressie. Wellicht is het aantal doelen dat mensen noemen minder belangrijk bij depressie dan werd gedacht, of spelen andere factoren een rol, zoals de onderzoek context, de omgang met tijdsdruk of eerdere oefeningen en ervaringen met het formuleren van doelen.

De specificiteit van doelen werd eerder ook in verband gebracht met depressie. Er werd verwacht dat een mindere mate van specificiteit van de geformuleerde doelen zou samenhangen met meer depressieve klachten. Deze verwachting is gebaseerd op eerder onderzoek waaruit bleek dat emotionele stoornissen in verband kunnen worden gebracht met een verminderd specifiek autobiografisch geheugen, wat samenhangt met een verminderde specificiteit van toekomst gerelateerd denken (Williams et al., 2007; Williams, 1997; Williams et al., 1996). In het huidige onderzoek is geen significant verband gevonden tussen de specificiteit van doelen en depressie. Wellicht speelt de specificiteit van doelen een minder grote rol bij depressie dan werd gedacht. De afwezigheid van een significante relatie tussen deze variabelen kan ook worden verklaard door eerdere onderzoeksresultaten, waarin wordt gesuggereerd dat de specificiteit van cognities mogelijk een minder grote rol speelt bij depressie dan eerder werd gedacht. In het onderzoek van Raes et al. (2006) wordt namelijk gesteld dat de verminderde specificiteit van autobiografische herinneringen geen directe voorspeller is van depressie, maar dat het verband tussen de variabelen kan worden verklaard door rumineren als derde variabele.

Voorts was de verwachting dat de variabelen leerdoelen en prestatiedoelen, gemeten met de MEPGAP, zouden correleren met depressie. Specifiek was de verwachting dat de variabele leerdoelen negatief zou correleren met depressie en dat de variabele prestatiedoelen positief zou correleren met depressie. Deze verwachting volgt uit eerder onderzoek van Dweck (1999) onder studenten, waarin sterke aanwijzingen zijn gevonden voor het gegeven dat mensen die vooral prestatiedoelen stellen gevoeliger zijn voor de ontwikkeling van depressieve symptomen dan mensen die vooral leerdoelen stellen. Er zijn echter in het huidige onderzoek geen significante correlaties gevonden tussen deze variabelen en depressie. Mogelijk komt dit doordat de data is verzameld bij mensen die allemaal, in

meer of mindere mate, depressief zijn. Wellicht is hierdoor een kleinere spreiding in depressiescores, waardoor minder duidelijke effecten worden gevonden dan bij onderzoek onder studenten. Bij onderzoek onder studenten is het denkbaar dat een groot deel van de participanten helemaal geen depressieve klachten ervaart, waardoor de spreiding in depressiescores groter is en waarneembare effecten worden gevonden.

De twee variabelen leerdoelen en prestatiedoelen blijken negatief met elkaar te correleren, wat betekent dat een grotere hoeveelheid leerdoelen samenhangt met een kleinere hoeveelheid prestatiedoelen en andersom. Dit is in overeenstemming met de eerder beschreven theorie van Dweck (1986), waarin leer- en prestatiedoelen als twee contrasterende doeloriëntaties worden onderscheiden, omdat ze samenhangen met tegenovergestelde motivatieprocessen. .

Er is een regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre verschillende aspecten van doeloriëntaties, gemeten met de MEPGAP, samenhangen met depressie als afhankelijke variabele. De verwachting was dat prestatiedoelen en leerdoelen beide voorspellers zouden zijn van depressie, waarbij prestatiedoelen een hogere depressiescore zou voorspellen en leerdoelen een lagere depressiescore. Deze verwachting is gebaseerd op eerder onderzoek, waaruit blijkt dat zich hopeloosheid en andere depressieve symptomen manifesteren wanneer mensen, die vooral prestatiedoelen stellen, stressoren ervaren (Cury et al., 2006; Dweck & Leggett, 1988; Elliott & Dweck, 1988; Turner et al., 1998). Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat mensen die vooral leerdoelen stellen vaak op stressoren reageren met een verbeterde prestatie (Grant & Dweck, 2003) en juist een vermindering van depressieve kenmerken (Lindsay & Scott, 2005). De hoeveelheid leer- en prestatiedoelen blijken in het huidige onderzoek echter geen significante voorspellers te zijn van depressie. Mogelijk komt dit doordat het onderscheid tussen leer- en prestatiedoelen moeilijk te beoordelen is met de MEPGAP. Participanten hebben regelmatig doelen genoemd die zowel aspecten van leerdoelen als aspecten van prestatiedoelen bevatten. Om de doelen op een adequate wijze te beoordelen is het daarnaast belangrijk om de achterliggende gedachte achter het doel te begrijpen. Hier is in het onderzoek niet altijd voldoende aandacht aan besteed, waardoor wellicht een aantal doelen op een onjuiste wijze zijn beoordeeld. Mogelijk zijn hierdoor vertekeningen in de resultaten ontstaan en zijn leer- en prestatiedoelen daarom geen significante voorspellers van depressie gebleken.

Op basis van eerder onderzoek van Dickson et al. (2011), Vincent et al. (2004) en de eerder gevonden correlaties in het huidige onderzoek was ten slotte de verwachting dat de controle over de doelen en de haalbaarheid van de doelen significante voorspellers zouden zijn van depressie. Uit het huidige onderzoek blijkt de controle over de doelen daadwerkelijk een significante voorspeller van depressie te zijn. De eerder gevonden correlatie was negatief, wat betekent dat een mindere mate van ervaren controle over het behalen van de doelen een voorspeller is van depressie. De haalbaarheid van de doelen blijkt geen significante voorspeller te zijn van depressie. Wellicht is de haalbaarheid van geformuleerde doelen een minder belangrijke aspect van doeloriëntaties in relatie met depressie dan de controle over de doelen. Wanneer participanten werden gevraagd om de haalbaarheid van het doel te

beoordelen, werd regelmatig gevraagd in welk tijds kader ze deze haalbaarheid moesten beoordelen. Hiervoor was geen duidelijke regel. Een mogelijke reden voor de afwezigheid van haalbaarheid als significante voorspeller van depressie, is dat de onduidelijkheid in de procedure voor vertekening in de resultaten gezorgd. Verduidelijking van dit aspect in het onderzoek zou mogelijk in de toekomst kunnen leiden tot significante effecten, met de haalbaarheid van doelen als significante voorspeller van depressie.

5.1 Sterke punten en beperkingen

Een beperking van het onderzoek is de kleine steekproef. Het grootste nadeel van een kleine steekproef is dat er niet snel significante resultaten worden gevonden, omdat de statistische power te klein is. Daarnaast zijn de resultaten op basis van een kleine steekproef moeilijker te generaliseren. Daarom is het belangrijk om niet te sterke conclusies te trekken uit de data, maar de data te gebruiken om grotere, bevestigende onderzoeken te ontwerpen (Hackshaw, 2008). Een positief punt met betrekking tot de steekproef is dat de verdeling van het geslacht in de steekproef een goede weerspiegeling is van de verdeling van het geslacht in de samenleving.

Een andere beperking is dat de data bij de participanten niet allemaal in dezelfde fase van de behandeling is verzameld. Ongeveer de helft van de participanten heeft deelgenomen aan het onderzoek binnen vier weken na de start van de behandeling. De andere helft nam deel aan het onderzoek in een latere fase van de behandeling. Wellicht heeft dit voor vertekening in de resultaten gezorgd, omdat de mate van depressie na een aantal behandelsessies kan zijn veranderd. Ten slotte is een beperking van het onderzoek dat er niet is gecontroleerd op sociale wenselijkheid. Mogelijk heeft sociale wenselijkheid een rol gespeeld bij de dataverzameling, omdat cliënten bijvoorbeeld niet bij de start van de behandeling wilden laten blijken dat ze vooral extrinsiek gemotiveerd zijn of helemaal niet gemotiveerd zijn voor de behandeling. Dit zou de oorzaak kunnen zijn van een vertekend beeld. De afwezigheid van intrinsieke motivatie of motivatie in het algemeen zou kunnen worden verklaard door hopeloosheid. Hopeloosheid wordt gedefinieerd als negatieve verwachtingen voor de toekomst (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975) en is sterk gerelateerd is aan depressie (Ranieri et al., 1987). Motivatieproblemen vormen een belangrijk onderdeel van hopeloosheid (Abela & Sarin, 2002).

Een sterk punt van het onderzoek is dat er zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden zijn gebruikt. Door kwalitatieve methoden toe te voegen, is er informatie verzameld die voor behandelaars in de praktijk direct bruikbaar was. Er zijn veel verschillende aspecten van depressie gemeten, waardoor behandelaars een goed beeld kregen van de cliënt bij de start van een depressiebehandeling. Daarnaast is alle data in dezelfde context verzameld, waardoor er continuïteit in de procedure is ontstaan. Door het GDA is nu van alle cliënten die starten met een depressiebehandeling dezelfde informatie bekend. Deze informatie kan in de toekomst worden gebruikt om nog vele onderzoeken mee te doen en nieuwe verbanden te ontdekken.

5.2 Eindconclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek toont onder meer een relatie tussen de mate van ervaren controle over doelen en depressie. De hoofdvraag in het onderzoek was: ‘In hoeverre hangen verschillende aspecten van doelen samen met depressieve klachten en motivatie bij de start van een depressie behandeling? Er kan worden geconcludeerd dat mensen die minder controle ervaren over hun doelen meer depressieve klachten ondervinden. In de toekomst kan worden voortgeborduurd op dit gevonden verband. De overige aspecten van doeloriëntaties; het aantal doelen, de haalbaarheid van de doelen en de specificiteit van de doelen blijken geen significante voorspellers van depressie te zijn. Daarom zouden therapeutische inspanningen bij voorkeur gericht moeten zijn op het uitdagen van negatief denken met betrekking tot de ervaren controle over het doel in plaats van de therapie te richten op het aanmoedigen om uitvoerbare doelen te identificeren.

Het veronderstelde verband tussen leerdoelen, prestatiedoelen en depressie en de invloed van motivatie is niet aangetoond in dit onderzoek. Er zijn wel aanwijzingen gevonden voor een relatie tussen de mate waarin prestatiedoelen worden gesteld en de mate van depressie. In de toekomst zou het huidige onderzoek kunnen worden voortgezet, zodat er een grotere steekproef wordt verkregen en mogelijk sterkere effecten worden gevonden tussen de variabelen. Daarnaast zou in toekomstig onderzoek een tussenmeting kunnen worden geïncorporeerd, zodat gekeken kan worden naar verschillen in depressiescores bij de start van de behandeling en na een vaststaand aantal behandelsessies in combinatie met verschillen doel- en motivatieoriëntaties. Uiteindelijk zou bij voorkeur nog een nameting kunnen worden gedaan om te kijken in hoeverre mensen met verschillende doel- en motivatieoriëntaties profiteren van depressiebehandelingen. Indien er in de toekomst toch significante relaties worden gevonden tussen doelen, depressie en motivatie, dan zou dit suggereren dat het zinvol is een interventie gericht op het aanleren van het stellen van leerdoelen bij depressieve patiënten te ontwerpen. Deze interventie zou ertoe kunnen bijdragen om de vraag te beantwoorden of het induceren van leerdoelen bij depressieve patiënten zou kunnen leiden tot een grotere motivatie en betere prestaties tijdens de behandeling.

6. Referenties

- Abela, J. R., & Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 811-829.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC.
- Ames, C. (1984). Competitive, cooperative, and individualistic goal structures: A cognitive-motivational analysis. *Research on motivation in education*, 1, 177-207.
- Ames, C. (1992). Classrooms: Goals, structures, and student motivation. *Journal of educational psychology*, 84(3), 261-271.
- Ames, C., & Archer, J. (1988). Achievement goals in the classroom: Students' learning strategies and motivation processes. *Journal of educational psychology*, 80(3), 260-267.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal intention: an overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Bereby-Meyer, Y., & Kaplan, A. (2005). Motivational influences on transfer of problem-solving strategies. *Contemporary Educational Psychology*, 30(1), 1-22.
- Blackwell, L. S., Trzesniewski, K. H., & Dweck, C. S. (2007). Implicit theories of intelligence predict achievement across an adolescent transition: A longitudinal study and an intervention. *Child development*, 78(1), 246-263.
- The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists (2010). *The treatment and management of depression in adults (updated edition)*. London: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*, 100(3), 316-336.
- Cury, F., Elliot, A.J., Fonseca, D.D., & Moller, A.C. (2006) The social-cognitive model of achievement motivation and the 2x2 achievement goal framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 666-679.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin*, 130(3), 392-414.
- Debats, D.L. (1998). Measurement of personal meaning: the psychometric properties of the life regards index. In P.T.P. Wong, & P.S. Fry (Eds), *The human quest for meaning. A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Dickson, J. M., Moberly, N. J., & Kinderman, P. (2011). Depressed people are not less motivated by personal goals but are more pessimistic about attaining them. *Journal of abnormal psychology*, 120(4), 975-980.
- Dickson, J. M., & MacLeod, A. K. (2006). Dysphoric adolescents' causal explanations and expectancies for approach and avoidance goals. *Journal of adolescence*, 29(2), 177-191.
- Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American psychologist*, 41(10), 1040-1048.
- Dweck, C.S. (1999). *Self-theories: Their role in motivation, personality and development*. Philadelphia: Taylor and Fraiss/psychology Press.
- Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological review*, 95(2), 256-273.
- Dykman, B. M. (1998). Integrating cognitive and motivational factors in depression: initial tests of a goal-orientation approach. *Journal of Personality and Social psychology*, 74(1), 139-158.
- Egberink, I.J.L., Vermeulen, C.S.M., & Frima, R.M. (16 juni 2014). COTAN 2004, Depression Anxiety Stress Scale, DASS. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl.
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual review of psychology*, 53(1), 109-132.
- Elliott, E. S., & Dweck, C. S. (1988). Goals: an approach to motivation and achievement. *Journal of personality and social psychology*, 54(1), 5-12.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (third edition)*. London: Sage Publications.
- Grant, H., & Dweck, C. S. (2003). Clarifying achievement goals and their impact. *Journal of personality and social psychology*, 85(3), 541-553.
- Groot, A.D. (1961) *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Den Haag: Mouton & Co.
- Hackshaw, A. (2008). Small studies: strengths and limitations. *European Respiratory Journal*, 32(5), 1141-1143.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- Hetrick S. E., Parker, A. G., Hickie, I. B., Purcell R., Yung A. R., McGorry P. D. (2008). Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. *Psychotherapy Psychosomatic*, 77, 263-70.
- Hong, Y. Y., Chiu, C. Y., Dweck, C. S., Lin, D. M. S., & Wan, W. (1999). Implicit theories, attributions, and coping: A meaning system approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 588-599.

- Johnson, S. L., Carver, C. S., & Fulford, D. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*, 204-228.
- Kaplan, A., & Maehr, M. L. (2007). The contributions and prospects of goal orientation theory. *Educational Psychology Review*, 19(2), 141-184.
- Kaplan, A. (2004). Achievement goals and intergroup relations. In Pintrich, P. R. & Maehr, M. L. (Eds.). *Advances in research on motivation and achievement: Motivating students, improving schools: The legacy of carol midgley*. United Kingdom: Elsevier.
- Kaplan, A., & Maehr, M. L. (1999). Achievement goals and student well-being. *Contemporary educational psychology*, 24(4), 330-358.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lau, S., & Nie, Y. (2008). Interplay between personal goals and classroom goal structures in predicting student outcomes: A multilevel analysis of person-context interactions. *Journal of Educational Psychology*, 100(1), 15-29.
- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22(5), 691-702.
- Lindsay, J. E., & Scott, W. D. (2005). Dysphoria and self-esteem following an achievement event: Predictive validity of goal orientation and personality style theories of vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 769-785.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, Australia: The psychology foundation of Australia.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*, 3(11), 442.
- Maehr, M. L., & Nicholls, J. G. (1980). Culture and achievement motivation: A second look. In Warren, N. (Ed.). *Studies on cross-cultural psychology*. New York: Academic.
- Nezlek, J. B. (2001). Daily psychological adjustment and the planfulness of day-to-day behavior. *Journal of social and clinical psychology*, 20(4), 452-475.
- Peeters, F. P. M. L., Ruhé, H. G., Beekman, A. T. F., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F., & Schene, A. (2012). Stagering en profileren van unipolaire depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(11), 957-963.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Beyers, W., Eelen, P., & Brunfaut, E. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 699-704.

- Ranieri, W.F., Steer, R.A., Lavrence, T.I., Rissmiller, D.J., Piper, G.E. & Beck, A.T. (1987). Relationships of depression, hopelessness, and dysfunctional attitudes to suicide ideation in psychiatric patients. *Psychological Reports*, *61*, 967-975.
- Robins, R. W., & Pals, J. L. (2002). Implicit self-theories in the academic domain: Implications for goal orientation, attributions, affect, and self-esteem change. *Self and Identity*, *1*(4), 313-336.
- Rothbaum, F., Morling, B., & Rusk, N. (2009). How goals and beliefs lead people into and out of depression. *Review of General Psychology*, *13*(4), 302-314.
- Rush, A.J., Carmody, T., & Reimitz, P.E. (2006). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *9*, 46-59.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological medicine*, *26*(03), 477-486.
- Rush, A.J., Pincus, H.A., First, M.B. (2000). *Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ryan, R.M., Connell, J.P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal Personality and Social Psychology*, *57*, 749-761.
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Biggs, M.M., Suppes, T., Crismon, M.L., Shores-Wilson, K. Toprac, M.G., Dennehy, E.B., Witte, B., & Kashner, T.M. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, *34*(01), 73-82.
- Turner, J.C., Thorpe, P.K., & Meyer, D.K. (1998). Students' reports of motivation and negative affect: A theoretical and empirical analysis. *Journal of Educational Psychology*, *90*, 758-771.
- Urdu, T. (1997). Achievement goal theory: Past results, future directions. In Maehr, M.L. & Pintrich, P.R. (Eds.). *Advances in motivation and achievement*. Greenwich, Connecticut: JAI.
- Utman, C. H. (1997). Performance effects of motivational state: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, *1*(2), 170-182.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., & Deci, E. L. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in self-determination theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational psychologist*, *41*(1), 19-31.
- Verweij, G., & Houben-van Hertem, M. (2013). Depressiviteit en antidepressiva in Nederland: *Bevolkingstrends december 2013, 2-18*, Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.
- Vincent, P. J., Boddana, P., & MacLeod, A. K. (2004). Positive life goals and plans in parasuicide. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(2), 90-99.

Vocht, A. (2009). *Basishandboek SPSS 17*. Utrecht: Bijleveld Press.

Williams, J.M.G. (1997). *Cry of pain*. London: Penguin.

Williams, J.M.G., Ellis, N.C., Tyers, C., Healy, C., Rose, C.S., & MacLeod, A.K. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, *24*, 116-125.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological bulletin*, *133*(1), 122.

Bijlage 1: Folder startgroep depressie



STARTGROEP Depressie Altrecht Polikliniek Nieuwegein

Bent u depressief en start u binnenkort met een behandeling bij Altrecht op de polikliniek? Dan kunt u deelnemen aan de STARTGROEP Depressie. In deze groep krijgen u en uw naasten meer uitleg over depressie en de behandeling daarvan.

Wat is de STARTGROEP Depressie?

De STARTGROEP Depressie bestaat uit 3 groepsbijeenkomsten. Er wordt uitleg gegeven over wat een depressie is en welke klachten daarbij horen. Dit is belangrijk zodat u begrijpt wat er met u aan de hand is en u voorbereid aan de behandeling kunt beginnen. Ook wordt de behandeling besproken: hoe ziet die er uit? Wat wordt er van u verwacht? We oefenen alvast met opdrachten die in de behandeling aan bod zullen komen. Ook is er een arts die zal vertellen over medicatie. In de laatste bijeenkomst zal er een mede-cliënt aanwezig zijn die behandeling bij ons heeft gevolgd. Deze zal vertellen over zijn/haar ervaringen.

Voor wie?

De STARTGROEP Depressie is bedoeld voor cliënten die een behandeling (gaan) volgen voor een depressieve stoornis bij Altrecht Polikliniek. U kunt deelnemen aan deze groep als u aan het begin van uw behandeling staat, maar ook in een later stadium van uw behandeling is deelname mogelijk. Wel is het van belang dat u voldoende Nederlands begrijpt, omdat er bij de bijeenkomsten geen tolk aanwezig is.

Voor wie nog meer?

Familieleden, partners of andere naasten zijn van harte welkom om met de cliënt mee te komen naar de bijeenkomsten.

Praktische informatie

Groepstherapeuten

Het programma wordt gegeven door twee of drie groepstherapeuten. Te gast zijn een arts en een cliënt.

Aantal bijeenkomsten

De STARTGROEP Depressie bestaat uit 3 bijeenkomsten van 1 uur. U kunt de bijeenkomsten los van elkaar volgen.

Wanneer

De STARTGROEP Depressie is een doorlopende groep op Polikliniek Nieuwegein. De bijeenkomsten vinden wekelijks plaats op donderdagmiddag van 15.30uur tot 16.30uur.

Waar

Polikliniek Nieuwegein
Brinkwal 11-15
3432 GA Nieuwegein
Tel: 030-3103000

Kosten

Aan deelname aan de startgroep zijn voor u geen extra kosten verbonden.

Aanmelden

Aanmelding loopt via de intaker of behandelaar.

Onderzoeksgesprek

Polikliniek Nieuwegein is een specialistische afdeling en doet onderzoek naar de effectiviteit van behandeling. Wij vinden het belangrijk om dit zo nauwkeurig mogelijk in kaart brengen en te volgen hoe het met u gaat. Daarom nodigen wij u uit voor een eenmalig onderzoeksgesprek van maximaal 1,5 uur waarin een aantal vragen worden gesteld en vragenlijsten worden afgenomen. Alle gegevens die hiermee verzameld worden, vormen onderdeel van uw persoonlijke dossier en worden alleen anoniem gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Onze onderzoekspsycholoog zal u benaderen om een onderzoeksafpraak te maken.

Onderzoeksgesprek

- Polikliniek Nieuwegein is een gespecialiseerde afdeling
- Belangrijk onderdeel daarvan is, middels gesprek en vragenlijsten, uw situatie nauwkeurig in kaart brengen
- Gegevens gebruiken we voor behandeling, wetenschappelijk onderzoek en ter ontwikkeling en verbetering van de zorg.
- Hiervoor is het eenmalige 'onderzoeksgesprek'
 - duur: 1-1,5 uur
 - Gesprek met een aantal vragen
 - Invullen van verschillende vragenlijsten
- Maak een afspraak met Annefleur Hinnen
A.Hinnen@altrecht.nl
aanwezig op dinsdag/m vrijdag

Bijlage 3: Checklist staging en profilering

Checklist Staging en profilering

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Invuldatum:

Ingevuld door:

Vraag	Mogelijke antwoorden	Antwoord
1) Leeftijd in jaren		jr
2) Geslacht	1 = Man 2 = Vrouw	
3) Geboorteland: - Patient - Vader - Moeder		
4) Beloop: huidige stageringsstadium	1 = Prodromaal 2 = Eerste episode 3 = Restsymptomen na 1 ^e episode 4 = 1e recidief episode 5 = 2e/3e/4e recidieve episode of chronische depressie (>2 jr)	
5) startjaar & duur van: - eerste episode: - huidige episode:		Startjaar: Duur: Startjaar: Duur:
6) Hoogste afgeronde schoolopleiding	1 = Lagere school 2 = LTS/ LBO (of vergelijkbaar) 3 = Mavo / VMBO 4 = MBO 5 = Havo / VWO 6 = HBO/ Universiteit 7 = anders, namelijk	
7) Sociale status	1 = Samenwonend met partner en kinderen 2 = Samenwonen met partner 3 = Samenwonend met kinderen 4 = Samenwonend met iemand anders (huisgenoot) 5 = Alleen wonend 6 = Gescheiden	
8) Huidige DSM-IV classificatie:		As 1: As 2: As 3: As 4: As 5: GAF (huidig): GAF (hoogste niveau afgelopen jaar):
9) Huidige mate van suïcidaliteit (Gebruik criteria Kerkhof/van Heeringen)	1 = Geen 2 = Licht 3 = Matig/ambivalent 4 = Ernstig 5 = Zeer ernstig	
10) Ernst van de huidige	1 = Licht: 5 kenmerken	

depressieve episode?	2 = Matig: 6-7 kenmerken 3 = Ernstig 8-9 kenmerken	
----------------------	---	--

Vraag:	Mogelijke antwoorden	Antwoord:
11) Profileringskenmerken aanwezig? Zo ja welke?	1 = Seizoensgebonden depressie 2 = Atypische depressie 3 = Vitale depressie 4 = Psychotische depressie 5 = Vasculaire problematiek 6 = Vroege traumatisering	
12) Eerdere gesprekstherapie volgens de richtlijn? Effect (volgens onderzoeker)	1 = Goed 2 = Twijfelachtig 3 = Onvoldoende 4 = Geen	
13) Eerdere farmacotherapie volgens de richtlijn? Effect (volgens onderzoeker)	1 = Goed 2 = Twijfelachtig 3 = Onvoldoende 4 = Geen	
14) Effect eerdere gesprekstherapie Effect eerdere farmacotherapie (Oordeel cliënt)	1 = Goed 2 = Twijfelachtig 3 = Onvoldoende 4 = Geen Aantal therapieën zonder effect:.....	

Bijlage 4: Uitleg onderzoeksgesprek

Beste meneer/mevrouw,

Polikliniek Nieuwegein is een specialistische afdeling en doet onderzoek naar de effectiviteit van behandeling. Wij vinden het belangrijk om dit zo nauwkeurig mogelijk in kaart brengen en te volgen hoe het met u gaat.

Daarom heb ik u uitgenodigd voor een onderzoeksgesprek waarin verschillende vragen worden gesteld en vragenlijsten worden afgenomen. In totaal zal dit maximaal 1,5 uur duren. Alle gegevens die in dit onderzoeksgesprek verzameld worden, vormen onderdeel van uw persoonlijke dossier en worden alleen anoniem gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

Wanneer u achteraf nog vragen heeft over het onderzoek, dan kunt u mij bereiken via mijn e-mailadres of kunt u bellen via het secretariaat (tel: 030 310 3000).

Met vriendelijke groet,

Annefleur Hinnen
Onderzoekpsycholoog/Psycholoog i.o.
Polikliniek Nieuwegein
Emailadres: A.Hinnen@altrecht.nl
Telefoonnummer.: 030 310 3000

Bijlage 5: Toestemmingsverklaring

Toestemmingsverklaring

Alle gegevens die in dit onderzoek verzameld worden, vormen onderdeel van uw persoonlijke dossier en worden alleen anoniem gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

- Ik ben over het onderzoek geïnformeerd en ben in de gelegenheid gesteld om vragen over het onderzoek te stellen.
- Ik stem toe met deelname aan het onderzoek.

Naam:

Geboortedatum:

Handtekening:

Datum:

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd.

Naam:

Functie:

Handtekening:

Datum:

Bijlage 6: Format verslag

Gespecialiseerde depressie assessment

Datum assessment:

Onderzoeker: Annefleur Hinnen

functie: Psycholoog i.o.

Betreffende:

Naam	
Geboortedatum	
Hoogste schoolopleiding	
Sociale status	
Startdatum depressie behandeling APN	

Classificatie DSM-IV-TR in intake (datum):

As 1:

As 2:

As 3:

As 4:

As 5 huidig:

hoogst afgelopen jaar:

Depressiekenmerken

Huidige stageringsstadium		
Startjaar & duur van: - eerste depressieve episode: - huidige episode:		
Mate van depressie volgens intaker		
Mate depressie volgens zelfrapportage (IDS-SR)		
Huidige mate van suïcidaliteit		
Aanwezige profileringskenmerken		
Eerdere gesprekstherapie (oordeel onderzoeker) - Uitvoering volgens richtlijn - Effect		
Eerdere farmacotherapie (oordeel onderzoeker) - Uitvoering volgens richtlijn - Effect		
Effect eerdere gesprekstherapie (volgens cliënt) Effect eerdere farmacotherapie (volgens cliënt)		

Motivatie voor behandeling: De TSRQ meet de mate waarin mensen intrinsiek of juist meer extrinsiek gemotiveerd zijn om een behandeling voor hun depressie te ondergaan.

Gemiddelde itemscore “intrinsieke motivatie”: (range 1-7)

Gemiddelde itemscore “extrinsieke motivatie”: (range 1-7)

Conclusie: Deze persoon is meer/minder intrinsiek dan extrinsiek gemotiveerd voor de behandeling.

Doelen

Cliënt noemt ... doelen. De volgende zes zijn het belangrijkste voor cliënt en werden gescoord op de ervaren mate van controle over het doel, ervaren waarschijnlijkheid dat het doel wordt behaald, de specificiteit van het doel en of het een leer- of prestatiedoel is.

	Doel	Controle (1 – 7)	Haalbaarheid (1 – 7)	Specificiteit (0 – 3)	Leerdoel/ prestatiedoel
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Doelen: De AGQ-R score weerspiegelt de mate waarin mensen geneigd zijn tot het formuleren van “leerdoelen” (doelen gericht op het ontwikkelen van vaardigheden; “ik wil graag leren om ...” vs. “prestatiedoelen”(gericht op het bewijzen van vaardigheden; “ik moet bewijzen dat ik ...”).

Gemiddelde score leerdoelen: (range 1-7)

Gemiddelde score prestatiedoelen: (range 1-7)

Conclusie: Deze persoon is meer/minder geneigd tot het formuleren van (niet-helpende) prestatiedoelen dan (helpende) leerdoelen.

Partnerrelatie: De DAS14 meet de kwaliteit van relaties/huwelijken en onderscheidt koppels met relatieproblemen van koppels zonder relatieproblemen.

Totale itemscore:

<= 48 relatie/huwelijksproblemen

>=49 tevreden relatie/huwelijk

Conclusie: Deze persoon ervaart wel/geen relatie/huwelijksproblemen.

Emotieregulatie: de ERP meet de mate waarin mensen geneigd zijn om hun positieve gevoelens op een adequate manier te reguleren (door deze te uiten, erbij stilt te staan) of deze juist “weg te reguleren”(door deze te onderdrukken, er negatieve dingen over te denken).

Gemiddelde score: ‘adequate regulatie van positieve emoties’: (range 0-24)

Gemiddelde score: ‘niet-adequaat weg reguleren van positieve emoties’: (range 0-24)

Conclusie: Deze persoon is meer/minder geneigd tot het weg reguleren van positieve gevoelens dan het adequaat reguleren van positieve gevoelens.

Emotieregulatie: De RRS meet de mate waarin mensen geneigd zijn tot “brooding”(op een niet-helpende manier rumineren over de eigen gevoelens/situatie; bv. “Waarom kan ik de dingen niet beter aan?”) en “reflectie”(constructief nadenken over de eigen gevoelens/situatie; bv. “Ik schrijf op en analyseer wat ik denk en voel”).

Gemiddelde itemscore brooding: (range 1-4)

Gemiddelde itemscore reflectie: (range 1-4)

Conclusie: Deze persoon is meer/minder geneigd tot (constructieve) reflectie dan (niet-helpende) brooding.

Emotieregulatie: de RPA meet de mate waarin mensen geneigd zijn tot het onderdrukken of juist koesteren van positieve gevoelens. Voorbeeld onderdrukken: “wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan, dit is te mooi om waar te zijn?”. Voorbeeld koesteren: “Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak geniet je dan van dat moment?”

Gemiddelde itemscore “onderdrukken”: (range 1-4)

Gemiddelde itemscore “koesteren”: (range 1-4)

Conclusie: Deze persoon is meer/minder geneigd tot het onderdrukken dan het koesteren van positieve gevoelens

Bijlage 7: Voorbeeld kort gespreksverslag EPD

Dhr. gezien voor onderzoeksgesprek i.h.k.v. masteronderzoek depressie. Aanvullende stagering & profileringsvragen gesteld en vragenlijsten afgenomen. Verslaglegging volgt onder tab 2.2 - overig/aanvullend onderzoek.

IDS: 56 (zeer ernstig)

Suicidaliteit: licht

Bijlage 8: IDS-SR-NL

**ZELFINVULLIJST DEPRESSIEVE SYMPTOMEN
(INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY: IDS-SR) 1**

(In te vullen door patiënt)

Naam: Datum: - -

Kruis bij elke vraag het antwoord aan dat de afgelopen zeven dagen het meest op u van toepassing was

1. In slaap vallen:

- 0. Het duurt nooit langer dan 30 minuten om in slaap te vallen.
- 1. Het duurt tenminste 30 minuten om in slaap te vallen, minder dan de helft van de week.
- 2. Het duurt tenminste 30 minuten om in slaap te vallen, meer dan de helft van de week.
- 3. Het duurt meer dan 60 minuten om in slaap te vallen, meer dan de helft van de week.

2. Slaap gedurende de nacht:

- 0. Ik word 's nachts niet wakker.
- 1. Ik slaap onrustig en licht en word een aantal keren per nacht even wakker.
- 2. Ik ben tenminste één keer per nacht klaar wakker, maar val weer gemakkelijk in slaap.
- 3. Ik word vaker dan één keer per nacht wakker en blijf dan 20 minuten of langer wakker, meer dan de helft van de week.

3. Te vroeg wakker worden:

- 0. Meestal word ik niet eerder dan 30 minuten voordat ik op moet staan, wakker.
- 1. Ik word meer dan 30 minuten voordat ik op moet staan wakker, meer dan de helft van de tijd.
- 2. Ik word tenminste 1 uur voordat ik op moet staan wakker, meer dan de helft van de tijd.
- 3. Ik word tenminste 2 uur voordat ik op moet staan wakker, meer dan de helft van de tijd.

4. Te veel slapen:

- 0. Ik slaap niet langer dan 7-8 uur per nacht, zonder overdag een dutje te doen.
- 1. Ik slaap niet langer dan 10 uur binnen één etmaal (inclusief dutten).
- 2. Ik slaap niet langer dan 12 uur binnen één etmaal (inclusief dutten).
- 3. Ik slaap langer dan 12 uur binnen één etmaal (inclusief dutten).

5. Somber voelen:

- 0. Ik ben niet somber.
- 1. Ik ben minder dan de helft van de tijd somber.
- 2. Ik ben meer dan de helft van de tijd somber.
- 3. Ik ben bijna altijd somber.

6. Prikkelbaar voelen:

- 0. Ik voel mij niet prikkelbaar.
- 1. Ik voel mij minder dan de helft van de tijd prikkelbaar.
- 2. Ik voel mij meer dan de helft van de tijd prikkelbaar.
- 3. Ik voel mij bijna altijd heel erg prikkelbaar.

7. Angstige of gespannen voelen:

0. Ik voel mij niet angstig of gespannen.
1. Ik voel mij minder dan de helft van de tijd angstig of gespannen.
2. Ik voel mij meer dan de helft van de tijd angstig of gespannen.
3. Ik voel mij bijna altijd uiterst angstig of gespannen.

8. De invloed van prettige gebeurtenissen op uw stemming:

0. Bij prettige gebeurtenissen verbetert de stemming gedurende een aantal uren tot een normaal niveau.
1. Bij prettige gebeurtenissen verbetert de stemming, maar ik voel mij niet zoals gewoonlijk.
2. Mijn stemming klaart slechts op bij een beperkt aantal zeer gewenste en aangename gebeurtenissen.
3. Mijn stemming klaart helemaal niet op, ook al gebeuren er prettige dingen in mijn leven.

9. Stemming in relatie tot de tijd van de dag:

0. Er is geen duidelijk verband tussen mijn stemming en de tijd van de dag.
1. Mijn stemming houdt vaak verband met de tijd van de dag tengevolge van omgevingsfactoren (bv alléén zijn, werken).
2. Over het algemeen is mijn stemming meer gerelateerd aan de tijd van de dag dan aan gebeurtenissen in mijn leven.
3. Mijn stemming is duidelijk en voorspelbaar beter of slechter op een bepaald tijdstip van de dag.

9A. Is uw stemming typisch slechter in de (één aankruisen):

0. Ochtend?
1. Middag?
2. Avond?

9B. Zijn uw stemmingswisselingen toe te schrijven aan de omgeving? (één aankruisen)

0. Ja
1. Nee

10. Kwaliteit van uw stemming:

0. De stemming (innerlijke gevoelens) die ik ervaar is vaak een normale stemming.
1. Mijn stemming is somber, maar deze somberheid lijkt sterk op verdriet.
2. Mijn stemming is somber, maar deze somberheid is enigszins anders dan wat ik bij verdriet zou voelen.
3. Mijn stemming is somber, maar deze somberheid voelt geheel anders dan verdriet.

Beantwoord nu óf vraag 11 óf vraag 12 (dus niet beide)

11. Verminderde eetlust:

0. Mijn eetlust is niet anders dan gewoonlijk.
1. Ik eet wat minder vaak of kleinere hoeveelheden dan gewoonlijk.
2. Ik eet veel minder dan gewoonlijk en alleen met inspanning.
3. Ik eet nauwelijks binnen een etmaal en alleen met extreme inspanning of op aandringen van anderen.

12. Toegenomen eetlust:

0. Mijn eetlust is niet anders dan gewoonlijk.
1. Ik voel vaker dan gewoonlijk de behoefte om te eten.
2. Ik eet regelmatig vaker en grotere hoeveelheden dan gewoonlijk.
3. Ik voel een sterke neiging om tijdens en tussen de maaltijden door te veel te eten.

Beantwoord nu óf vraag 13 óf vraag 14 (dus niet beide)**13. Gewichtsafname gedurende de afgelopen 2 weken:**

0. Geen gewichtsverandering.
1. Ik heb het gevoel dat ik wat ben afgevallen.
2. Ik ben 1 kg of meer afgevallen.
3. Ik ben 2½ kg of meer afgevallen.

14. Gewichtstoename gedurende de afgelopen 2 weken:

0. Geen gewichtsverandering.
1. Ik heb het gevoel dat ik wat ben aangekomen.
2. Ik ben 1 kg of meer aangekomen.
3. Ik ben 2½ g of meer aangekomen.

15. Concentratie/besluitvaardigheid:

0. Er is geen verandering in gebruikelijke concentratievermogen of in besluitvaardigheid.
1. Ik voel mij nu en dan besluiteloos of merk dat ik mijn aandacht er niet bij kan houden.
2. Ik heb bijna altijd grote moeite om mijn aandacht vast te houden en om beslissingen te nemen.
3. Ik kan mij niet goed genoeg concentreren om te lezen of kan zelfs niet de kleinste beslissingen nemen.

16. Zelfbeeld:

0. Ik vind mijzelf even waardevol en nuttig als een ander.
1. Ik maak mijzelf meer verwijten dan gewoonlijk.
2. Ik heb sterk de indruk dat ik anderen in moeilijkheden breng.
3. Ik denk voortdurend aan mijn grotere en kleinere tekortkomingen.

17. Toekomstverwachting:

0. Ik heb een optimistische kijk op de toekomst.
1. Ik ben af en toe pessimistisch over mijn toekomst, maar meestal geloof ik dat het wel weer beter zal gaan.
2. Ik ben er vrij zeker van dat mijn nabije toekomst (1-2 maanden) niet veel goeds te bieden heeft.
3. Ik heb geen hoop dat mij in de toekomst iets goeds zal overkomen.

18. Gedachten aan dood en zelfmoord:

0. Ik denk niet aan zelfmoord of aan de dood.
1. Ik heb het gevoel dat mijn leven leeg is en vraag me af of het nog de moeite waard is.
2. Ik denk enkele malen per week wel even aan zelfmoord of aan de dood.
3. Ik denk een aantal keren per dag serieus na over zelfmoord of de dood, óf ik heb zelfmoordplannen gemaakt, óf ik heb al een poging gedaan om mijn leven te beëindigen.

19. Algemene interesse:

0. Geen verandering van mijn normale interesse in andere mensen en activiteiten.
1. Ik merk dat ik minder geïnteresseerd ben in anderen en in activiteiten.
2. Ik heb alleen nog interesse in één of twee dingen die ik voorheen deed.
3. Ik heb vrijwel geen interesse meer in dingen die ik voorheen deed.

20. Energie:

0. Geen verandering in mijn gebruikelijke energie.
1. Ik word sneller moe dan gewoonlijk.
2. Ik heb grote moeite met het beginnen aan of volhouden van gebruikelijke dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld boodschappen doen, huiswerk, koken, of naar het werk gaan).
3. Ik ben niet in staat om mijn normale dagelijkse activiteiten uit te voeren vanwege een gebrek aan energie.

21. Plezier en genieten (seksuele leven buiten beschouwing laten):

0. Ik geniet net zoveel van aangename bezigheden als gewoonlijk.
1. Ik heb minder plezier in aangename bezigheden dan gewoonlijk.
2. Ik heb nauwelijks plezier bij welke activiteit dan ook.
3. Ik kan nergens meer van genieten.

22. Belangstelling voor seks (scoor belangstelling en niet activiteit):

0. Ik heb evenveel belangstelling voor seks als gewoonlijk.
1. Mijn belangstelling voor seks is wat minder dan gewoonlijk, of ik beleef niet meer hetzelfde plezier aan seks als vroeger.
2. Ik heb weinig behoefte aan seks of beleef er zelden plezier aan.
3. Ik heb absoluut geen interesse in seks of beleef er geen plezier aan.

23. Gevoel van traagheid:

0. Ik denk, spreek en beweeg in mijn normale tempo.
1. Mijn denken is vertraagd en mijn stem klinkt vlak en saai.
2. Ik heb enkele seconden nodig om te antwoorden op vragen, en mijn denken is zeker vertraagd.
3. Het kost me zeker veel moeite om te reageren op vragen.

24. Rusteloos gevoel:

0. Ik voel mij niet rusteloos.
1. Ik ben vaak zenuwachtig, ik wring met mijn handen en ik kan niet rustig op een stoel zitten.
2. Ik heb de neiging te bewegen en ben nogal rusteloos.
3. Ik kan vaak niet stilzitten en loop dan te ijsberen.

25. Pijnklachten:

0. Ik heb geen zwaar gevoel in mijn armen of benen en geen andere pijnklachten.
1. Soms heb ik hoofd-, buik-, rug- of gewrichtspijn, maar deze pijnen zijn af en toe aanwezig en belemmeren mij niet dingen te doen.
2. Bovenstaande pijnen heb ik vaak.
3. Deze pijnen zijn zo erg dat ik moet stoppen met mijn bezigheden.

26. Andere lichamelijke klachten:

0. Ik heb geen last van versnelde of onregelmatige hartslag, wazig zien, zweten, warme en koude

golven, oorsuizingen, pijn in de borst of beven.

1. Ik heb enkele van deze klachten maar ze zijn licht en slechts af en toe aanwezig.

2. Ik heb meerdere van deze klachten en heb daar behoorlijk last van.

3. Deze klachten zijn zo erg dat ik moet stoppen met mijn bezigheden.

27. Paniek/fobische klachten:

0. Ik heb geen paniekaanvallen of specifieke angsten (fobieën) zoals voor dieren of hoogtevrees.

1. Ik heb lichte paniekaanvallen of angsten die gewoonlijk mijn gedrag niet veranderen en mij niet verhinderen te functioneren.

2. Ik heb duidelijke paniekaanvallen of angsten waardoor mijn gedrag moet aanpassen, hoewel ik kan blijven functioneren.

3. Ik heb tenminste één keer per week paniekaanvallen of ernstige angsten waardoor ik mijn dagelijkse activiteiten moet onderbreken.

28. Verstopping/diarree:

0. Er is geen verandering in de normale stoelgang.

1. Ik heb af en toe last van lichte verstopping of diarree.

2. Ik heb vaak last van verstopping of diarree zonder dat dit mijn dagelijks functioneren beïnvloedt.

3. Ik heb last van verstopping of diarree waarvoor ik medicatie neem of waardoor mijn dagelijkse activiteiten worden beïnvloed.

29. Gevoeligheid:

0. Ik voel mij niet snel afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd of gekwetst door anderen.

1. Ik voel mij soms afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd en gekwetst door anderen.

2. Ik voel mij vaak afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd en gekwetst door anderen, maar dit heeft slechts weinig invloed op mijn relaties of werk.

3. Ik voel mij vaak afgewezen, gekleineerd, bekritiseerd en gekwetst door anderen en deze gevoelens verstoren mijn relaties en werk.

30. Zwaar gevoel/lichamelijk energie:

0. Ik ervaar geen zwaar gevoel in mijn lichaam en geen verminderde lichamelijke energie.

1. Ik ervaar af en toe een zwaar gevoel in mijn lichaam en het ontbreken van energie, maar zonder negatieve invloed op werk, school of op mijn activiteiten.

2. Meer dan de helft van de tijd heb ik een zwaar gevoel in mijn lichaam (ontbreken van lichamelijke energie).

3. Ik voel mij een aantal uren per dag, een aantal dagen per week zwaar in mijn lichaam (ontbreken van lichamelijke energie).

Totaal score:

Dank u voor uw medewerking !

Bijlage 9: MEPGAP

MEPGAP: Measure to Elicit Positive Future Goals and Plans (Vincent, Boddana & MacLeod (2004))

Naam:

Invuldatum:

Geboortedatum:

Ingevuld door:

Dit onderdeel gaat over persoonlijke doelen. Doelen kunnen betrekking hebben op iets dat u wilt bereiken of iets dat u wilt vermijden. Ze kunnen dus gaan over iets wat u juist wel wilt (bijv. “ik wil vaker contact hebben met mijn vrienden”) of iets wat u juist niet meer wilt (bijv. “ik wil mij minder gespannen voelen).

Om deze doelen helder te krijgen kunt u zichzelf de volgende vragen stellen:

“Wat is voor mij belangrijk om te bereiken of juist te vermijden in het komende jaar?”

“Wat zou ik willen bereiken/vermijden om ervoor te zorgen dat mijn alledaagse leven beter (of minder slecht) wordt dan het nu is?”

Deel 1: 60 seconden om zoveel mogelijk doelen te bedenken voor het komende jaar.

Deel 2: 60 seconden voor elk van de 7 verschillende levensdomeinen zoveel mogelijk doelen te bedenken voor het komende jaar.

Levensdomeinen	Doelen
<u>Algemene</u> doelen voor het komend jaar	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen op het gebied van uw <u>huiselijke situatie</u> ; inclusief uw gezinsleven, situatie thuis.	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen op het gebied van uw (eventuele) <u>werk en/of opleiding</u> .	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen met betrekking tot uw <u>financiële situatie</u> .	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen op het gebied van <u>hechte relaties</u> , bijvoorbeeld met partner en/of kinderen.	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen die te maken hebben met uw <u>sociale leven</u> ; uw contacten en activiteiten met vrienden, familie, en kennissen.	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen op het gebied van <u>gezondheid</u> en fysiek welzijn.	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Doelen op het gebied van gevoelens en uw <u>emotionele welzijn</u> ; hoe u zich voelt.	1. 2. 3. 4. 5. 6.

Deel 3: Kies de 6 belangrijkste doelen uit.

- Hoeveel controle heeft u over het bereiken van het doel? 1=helemaal niet, 7=compleet

- Hoe waarschijnlijk is het dat het doel zal worden behaald? 1=hoogst onwaarschijnlijk, 7 = zeker

Deel 4: Achteraf wordt elk doel beoordeeld op specificiteit op een 4-punts schaal.

Deel 5: Achteraf wordt voor elk doel gekeken of het gaat om een leer- of prestatiedoel

Doelen	Controle (1 = helemaal niet binnen mijn controle – 7= compleet binnen mijn controle)	Waarschijnlijkheid (1 = hoogst onwaarschijnlijk – 7 = zeker)	Specificiteit (1 -4) (beoordeling onderzoeker)	Leerdoel/ Prestatiedoel (beoordeling onderzoeker)
Doel 1:				
Doel 2:				
Doel 3:				
Doel 4:				
Doel 5:				
Doel 6:				

Bijlage 10: AGQ-R

Achievement Goal Questionnaire-Revised (AGQ-R)

In hoeverre zijn de volgende vier stellingen op u van toepassing?

[1] Op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – streef ik na om zoveel mogelijk te leren en mij zo goed mogelijk te ontwikkelen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helemaal niet op mij van toepassing			Neutraal			Heel erg op mij van toepassing

[2] Ik wil koste wat het kost voorkomen dat ik minder leer, en mij minder ontwikkel op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – dan ik zou kunnen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helemaal niet op mij van toepassing			Neutraal			Heel erg op mij van toepassing

[3] Ik streef na om op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – beter te presteren dan mensen in mijn directe omgeving.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helemaal niet op mij van toepassing			Neutraal			Heel erg op mij van toepassing

[4] Ik wil koste wat het kost voorkomen dat ik slechter presteer op allerlei levensgebieden – werk, opleiding, sociaal gebied – dan mensen in mijn directe omgeving.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helemaal niet op mij van toepassing			Neutraal			Heel erg op mij van toepassing

Bijlage 11: TSRQ

Redenen voor deelname behandeling

Hieronder staan diverse redenen om een behandeling te ondergaan voor depressieve klachten. Geef alstublieft bij alle redenen aan in hoeverre deze op u van toepassing zijn.

Ik ga deelnemen aan deze behandeling voor mijn depressieve klachten bij Altrecht omdat ...

		<u>Helemaal niet</u>					<u>Helemaal</u>	
		<u>mee eens</u>					<u>mee eens</u>	
1	Ik graag verantwoordelijkheid wil nemen voor mijn eigen mentale gezondheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ik er zorgvuldig over heb nagedacht en geloof dat het heel belangrijk is voor veel aspecten van mijn leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Het overeenkomt met mijn doelen voor het leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ik geloof dat het het beste is voor mijn mentale gezondheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Het een belangrijke keuze is die ik echt wil maken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Het heel belangrijk is om zo gezond mogelijk te zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik me schuldig of beschaamd zou voelen als ik het niet deed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ik me slecht over mezelf zou voelen als ik het niet deed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ik wil dat anderen het goedkeuren wat ik doe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Anderen boos op mij zouden zijn als ik het niet deed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ik druk voel van anderen om het te doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ik wil dat anderen zien dat ik het kan doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>