



Universiteit Utrecht

De relatie tussen depressie en positieve affectregulatie in een klinische populatie

M.L. van Woerkom
Studentnummer: 3590143

Begeleider: Prof. Dr. Paul A. Boelen

Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Stage instelling/opdrachtgever: Altrecht Polikliniek Nieuwegein, Polikliniek Utrecht Zuid
Datum; Juli, 2015

0. Summary

Much attention has been devoted to the regulation of negative affect and the relation with depression. There is evidence that a ruminative response style to negative affect prolongs and deepens this affect and predicts the maintenance of clinical depression.

There has been more and more evidence suggesting a difference between people with a depression and without a depression, in the way they regulate positive affect.

The current study aimed to investigate the relation between depression and positive affect regulation, in a clinical population. This study sought to shed light on which strategies for the regulation of positive affect are most strongly associated with depression, among depressive clients. Another subject that is investigated is to what extent the regulation of positive affect might change when the severity of depression changes, after a fixed time interval. Current study used a clinical population, clients of Altrecht outpatient clinic (N=115).

This study concluded that there is a link, in a clinical population, between depression and disturbed positive affect regulation. People with higher scores on depression reported more dysfunctional affect regulation strategies and people with lower scores on depression reported more use of functional positive affect regulation strategies. The study investigated whether, after a fixed time interval, a change in depression is related with a change in positive affect regulation. The current study confirms this hypothesis. There is a connection between change scores in depression and change scores in positive affect regulation after a fixed time interval of three months.

This all has important clinical implications. One implication is that people with a depressive disorder, not only have disturbed negative affect regulation, but also a disturbed positive affect regulation. Positive affect regulation explains a significant part of the variance in depression. This knowledge should be implemented in clinical practice, in the treatment of depression. Future studies should focus on how positive affect regulation can be affected through clinical interventions.

Keywords; Positive Affect regulation; Depression; emotion-regulation;

0. Samenvatting

Er is veel aandacht voor de regulatie van negatief affect en de relatie met depressie. Er is bewijs dat een ruminerende response stijl van negatief affect, negatief affect verlengt en uitdiept. Dit heeft effect op het ontstaan en aanhouden van een depressieve episode.

Er is groeiend bewijs dat er ook een verschil is tussen mensen met een depressie en zonder een depressie, in de manier waarop ze positief affect reguleren.

Dit onderzoek is er op gericht om, binnen een klinische populatie, het verband tussen depressie en positieve affectregulatie te onderzoeken. Ook wordt er onderzocht welke strategieën voor het reguleren van positief affect worden gebruikt door mensen met een depressie. Verder wordt er onderzocht of het reguleren van positief affect veranderd naarmate de ernst van een depressie toe- of afneemt, na een vast tijdsinterval. Huidig onderzoek vond plaats in een klinische populatie, cliënten van Altrecht Polikliniek (N=115).

Uit dit onderzoek blijkt dat er een verband bestaat, in de klinische populatie, tussen depressie en positieve affectregulatie. Mensen met hogere scores op depressie rapporteren meer gebruik van dysfunctionele positieve affectregulatie strategieën en mensen met lagere scores op depressie rapporteren meer gebruik van functionele strategieën. Er is gekeken of na een bepaald tijdsinterval, een verschil in depressie samenhangt met een verschil in positieve affectregulatie. Uit dit onderzoek is gebleken dat verschillen in depressie, na een tijdsinterval van drie maanden, samenhangen met verschillen in positieve affectregulatie.

Dit heeft belangrijke klinische implicaties. Eén implicatie is dat mensen met een depressieve stoornis niet alleen een verstoorde negatieve affectregulatie hebben, maar ook een verstoorde positieve affectregulatie. Positieve affectregulatie verklaart een significant deel van de variantie binnen depressie. Deze kennis zou geïmplementeerd moeten worden in de klinische praktijk, in de behandeling van depressie. Toekomstig onderzoek zou zich moeten focussen op welke manier positieve affectregulatie bij depressieve mensen beïnvloed kan worden door middel van klinische interventies.

Kernwoorden; Positieve affectregulatie; depressie; emotie-regulatie;

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het vormt de afronding van mijn master Klinische – en gezondheidspsychologie aan de Universiteit van Utrecht.

Ik heb vanaf september '14 met veel genoegen gewerkt aan dit stuk. Ik heb mijn ervaring vanuit de klinische praktijk kunnen combineren met mijn academische vaardigheden en daarmee dit werk kunnen vervaardigen. Ik heb veel geleerd van dit onderzoek, vooral hoe onderzoek doen in de praktijk gebeurt.

Hierbij richt ik graag een woord van dank aan mijn begeleider Prof. Dr. Paul A. Boelen. Hij heeft mij afgelopen jaar begeleid in dit onderzoek en heeft me enthousiast weten te maken. Ik heb zijn inzet en zijn enthousiasme maar ook zijn academische blik, bijzonder gewaardeerd. Ik heb het als bijzonder leerzaam ervaren dat ik de kans heb gekregen om vooral veel zelf te doen en ik ben dankbaar voor die ruimte.

Daarnaast wil ik de polikliniek van Altrecht en haar medewerkers bedanken, die het mogelijk hebben gemaakt om mijn onderzoek uit te voeren binnen een klinische populatie.

Daarnaast wil ik mijn medestudent Diede Heitink bedanken voor haar samenwerking. We zijn samen met dit project gestart en het was heel fijn om iemand naast je te hebben die wist waar je mee bezig was. Ik wil haar voornamelijk bedanken voor haar luisterend oor en haar geduld en positiviteit. We vulden elkaar goed aan en hebben samen de eindstreep weten te halen.

Madeleine van Woerkom

Utrecht, Juli 2015

Inhoudsopgave

1. Inleiding

Positieve affectregulatie strategieën

Positieve affectregulatie en de invloed op depressie

2. Methoden

Participanten

Metingen

Instrumentarium

Procedure

Ethische overwegingen

Statistische analyse

3. Resultaten

Samenhang tussen depressie en positieve affectregulatie: Correlaties

Depressie en positieve affectregulatie: De bijdrage van de verschillende strategieën

Depressie en positieve affectregulatie: Regressieanalyse

Het verloop van positieve affectregulatie en depressie over tijd

4. Discussie

Sterke punten en beperkingen

Eindconclusie en aanbevelingen

5. Literatuurlijst

6. Bijlagen

Bijlage 1 Toestemmingsverklaring 1^e en 2^e meetmoment

Bijlage 2 Afname Checklist Stagering & Profilering GDA

Bijlage 3 Format verslag GDA

Bijlage 4 IDS-SR-NL

Bijlage 5 ERP-R

Bijlage 6 RPA-NL

Bijlage 7 RRS

1. Inleiding

Bijna iedereen kent wel iemand in zijn of haar omgeving die een depressie heeft, of ooit heeft doorgemaakt. In de westerse wereld heeft 15% tot 17% ooit in zijn of haar leven een depressie gehad. In Nederland krijgt 24.3% van de vrouwen en 13.1% van de mannen te maken met een depressie (de Graaf, Ten Have & van Dorsselaar, 2010). In de lijst van ziekten met de hoogste ziektelast, van het Global Burden of Disease project (Ferrari, Charlson, Norman, Patten, Freedman, et al, 2013), neemt depressie de vierde plaats in. Depressie heeft een negatieve invloed op het functioneren en kan vroeg in de ontwikkeling beginnen. Vaak is een depressie langdurig, waardoor het langdurig het leven van mensen beïnvloedt. Mede vanwege de hoge prevalentie en de hoge ziektelast is depressie een veelvuldig onderwerp van onderzoek.

Er is veel onderzoek gedaan naar affectregulatie bij depressie. Onder affectregulatie wordt het proces verstaan dat men gebruikt om te beïnvloeden hoe emoties worden ervaren en uitgedrukt. Er zijn individuele verschillen in de manier waarop mensen emoties reguleren (Quoidbach, Berry, Hansenne & Mikolajczak, 2009). Affectregulatie gaat om het reguleren van negatieve emoties maar ook het reguleren van positieve emoties.

Omdat depressie wordt gekenmerkt door negatieve gedachten en emoties is er veelvuldig onderzoek gedaan naar de regulatie van negatieve emoties bij depressie. Het onderzoeken van de regulatie van positieve emoties bij depressie is begonnen met een opmars. De laatste jaren is uit onderzoek steeds vaker gebleken dat mensen met een depressie verschillen van mensen zonder depressie in de manier waarop ze positief affect reguleren (Werner-Seidler, Banks, Dunn & Moulds, 2013).

Uit onderzoek van Ehring et al., (2008) is gebleken dat mensen die een depressie hebben doorgemaakt meer dysfunctionele affectregulatie strategieën gebruiken, ook na een depressie, in vergelijking met mensen die nog nooit een depressie hebben doorgemaakt. Dit verschil kan belangrijke klinische implicaties hebben. Het gebruik van dysfunctionele affectregulatie strategieën maakt vatbaar voor een depressie en zou er dus aan kunnen bijdragen dat ook na de depressie mensen gevoelig blijven voor terugval. Mocht dit het geval zijn dan kan er in behandeling worden getracht om de regulatie van positief affect te beïnvloeden doormiddel van interventies.

In dit onderzoek wordt gekeken naar de invloed van positieve affectregulatie op depressie. Er zijn verschillende strategieën te onderscheiden, gericht op het reguleren van positief affect. Er zijn strategieën gericht op het behouden en intensiveren van positief affect

dit zijn; 'savouring' strategieën. Daarnaast zijn er strategieën gericht op het dempen van positief affect dit zijn; 'dampening' strategieën (Quoidbach, Berry, Michel Hansenne & Mikolajczak, 2009). 'Savouring' strategieën zouden een positieve invloed hebben op het algehele welzijn van individuen en 'dampening' strategieën hebben een negatieve invloed op het algehele welzijn.

Positieve affectregulatie strategieën

Er worden in onderzoek van onder meer Quoidbach et al., (2009) vier verschillende 'savouring' strategieën onderscheiden en vier verschillende 'dampening' strategieën.

Zo is er ten eerste de strategie 'Behavioral display'. Deze strategie zorgt er voor dat positief affect wordt behouden en verhoogd, door het uiten van positieve emoties met non-verbaal gedrag. Een tweede strategie is 'Be present'. Deze strategie werkt door opzettelijk de aandacht te richten op de actuele positieve gebeurtenis. Dit wordt gelinkt aan verhoogde intensiteit en verhoogde frequentie van positieve emoties (Bryant, 2003). De derde strategie is 'Capitalizing'. Hiermee wordt positief affect verhoogd door het communiceren over en delen van een positieve gebeurtenis met anderen. Een laatste 'Savouring' strategie is 'Positive Mental Time Travel'. Dit is het actief ophalen van herinneringen aan positieve gebeurtenissen uit het verleden, die te maken hebben met een huidige positieve gebeurtenis.

In de literatuur worden ook vier verschillende 'Dampening' strategieën onderscheiden (Quoidbach et al., 2009). De eerste strategie die hieronder valt is 'Suppression'. Deze strategie houdt in dat positief affect wordt onderdrukt of verborgen bijvoorbeeld uit verlegenheid of bescheidenheid. Een tweede strategie die tot deze categorie behoort is 'Inattention'. Deze strategie dempt positief affect doordat men zich bezighoudt met activiteiten en gedachten die niet gerelateerd zijn aan een huidig positieve gebeurtenis, men is dus afgeleid en schenkt weinig aandacht aan de positieve gebeurtenis. Een derde strategie welke positief affect dempt is 'Fault Finding'. Dit betekent dat er aandacht wordt geschonken aan de negatieve elementen van een ogenschijnlijk positieve situatie. Men kijkt dan bijvoorbeeld naar wat er nog beter had gekund. De vierde en laatste strategie is 'Negative Mental Time Travel'. Dit werkt doordat er wordt teruggedacht aan negatieve gebeurtenissen welke vergelijkbaar zijn met de actuele positieve gebeurtenis. Deze strategie houdt ook in dat men positieve gebeurtenissen extern attribueert.

Deze verschillende positieve affectregulatie strategieën hebben allemaal een specifieke invloed op ons algemeen welzijn. Uit onderzoek van Quoidbach et al., (2009) komt naar voren dat positief affect, negatief wordt beïnvloed door 'Distraction' en positief

wordt beïnvloed door ‘Positive Mental Time Travel’ en ‘Being Present’. Ook komt uit onderzoek van Quoidbach et al., (2009) naar voren dat mensen die meer ‘Savouring’ strategieën gebruiken rapporteren dat ze gelukkiger zijn, onafhankelijk van hun totale ‘Savouring’ score. Dit suggereert dat het gebruik van ‘savouring’ strategieën moet worden aangemoedigd bij depressieve cliënten in de klinische praktijk.

Positieve affectregulatie en de invloed op depressie

Uit onderzoek van Raes et al., (2012) komt naar voren dat een verminderd positief affect invloed heeft op depressie, net als een verhoogd negatief affect dat heeft. Het onderzoek van Raes et al., (2012) heeft gebruik gemaakt van een niet-klinische populatie. De manier waarop mensen positief affect reguleren is onderzocht door middel van de Response to Positive Affect questionnaire (RPA), de tegenhanger van de Ruminative Response Scale (RRS). De RRS meet de manier waarop mensen negatief affect reguleren.

De RPA meet de regulatie van positief affect en kijkt naar de mate van ‘dampening’ ‘self focused positieve rumination’ en ‘emotion focused positive rumination’. Verhoogde scores op ‘dampening’ verwijzen naar een dysfunctionele regulatie van positief affect, waar verhoogde scores op de laatste twee subschalen verwijzen naar een functionele regulatie van positief affect. Het onderzoek van Raes et al., (2012) was één van de eerste prospectieve onderzoeken die de invloed van positieve affect op depressie heeft onderzocht en heeft vastgesteld dat positief affect een significante rol speelt in de ontwikkeling en instandhouding van depressieve symptomen.

Verder bewijs dat affect (dys)regulatie een kwetsbaarheidsfactor is voor depressie komt voort uit een aantal studies. Ten eerste werd er in onderzoek van Gross en John (2003) gevonden dat verhoogde niveaus’ van dysfunctionele positieve affectregulatie en verlaagde levels van functionele positieve affectregulatie strategieën, correleren met symptomen van depressie onder studenten.

Ehring et al., (2008) stellen dat er over het geheel genomen groeiend bewijs is voor de relatie tussen veranderingen in affectregulatie en huidige of vroegere symptomen van depressie. Zo zouden dysfunctionele affectregulatie strategieën niet alleen aanhouden tijdens de acute fase van een depressie maar ook blijven bestaan als een meer stabiele karaktertrek. Dit maakt dat men ook na de acute fase van de depressie, door de dysfunctionele affectregulatie, vatbaar blijft voor een depressie.

Uit recent onderzoek van Nelis, Holmes en Raes (2015) volgt dat hogere niveaus van dampening gerelateerd zijn aan hogere niveaus van depressieve symptomen. Naast

proefpersonen met huidige depressieve symptomen, hadden ook proefpersonen die eerder een depressie hadden doorgemaakt een grotere neiging om positief affect te dempen in vergelijking met de groep die nog nooit een depressieve episode had doorgemaakt.

Uitgaande van eerdere bevindingen wordt in het huidige onderzoek verwacht dat (1) hogere scores op depressie samenhangen met meer dysfunctionele strategieën voor de regulatie van positief affect (Quoidbach et al., 2009). Een kwetsbaarheid voor depressie wordt geassocieerd met frequent gebruik van ‘dampening’ strategieën en een verminderd gebruik van ‘savouring’ strategieën’ (Gross en John., 2003). Zoals gezegd kunnen verschillende soorten positieve emotieregulatie strategieën worden onderscheiden; Verwacht wordt verder dat bepaalde strategieën sterker samenhangen met depressie dan andere strategieën. Het kan belangrijke klinische implicaties hebben om te weten welke strategieën het meest bijdragen aan hoge scores op depressie. Daarom wordt per strategie gekeken naar de bijdrage in de verklaring van de variatie binnen depressie (2).

In dit onderzoek is ook gekeken in hoeverre veranderingen in depressie over tijd, gecorreleerd waren met veranderingen in positieve affectregulatie strategieën; de verwachting was dat het gebruik van positieve affectregulatie strategieën verandert als de scores op depressie veranderen (3). Het is aannemelijk dat men andere strategieën gebruikt als men minder depressief is, na verloop van tijd. De verwachting is dat men zodra de depressie opklaart meer gebruik gaat maken van ‘savouring’ strategieën en minder van ‘dampening strategieën’. Er wordt gekeken welke strategieën veranderen over tijd. Zo kan er informatie worden verkregen over welke strategieën binnen de klinische praktijk beïnvloed kunnen omdat ze wel of niet veranderbaar bleken.

2. Methoden

Participanten

De participantengroep bestaat uit cliënten van de poliklinieken van Altrecht. De cliënten zijn aangemeld voor een poliklinische behandeling voor een depressieve stoornis. In totaal hebben 115 cliënten deelgenomen aan het onderzoek. In de onderzoekspopulatie is 43.6% man en 54.7% vrouw. De gemiddelde leeftijd van alle participanten is 39.79 jaar (SD = 9.8; range 23 – 58 jaar). Van alle cliënten woont 73.9% samen.

50.7% van de cliënten is lager geschoold dan MBO. 39.8% van de cliënten heeft MBO afgerond en 10.9% heeft HBO of WO afgerond. De gemiddelde totaalscore op de IDS-

SR in deze klinische populatie is 45.43 (voor de meting van depressie; zie hieronder). Dat betekent dat de klinische populatie gemiddeld ernstig depressief is.

Instrumentarium

In het onderzoek is er door middel van semigestructureerde vragenlijst getracht de kenmerken uit te diepen van de depressie, de staging en profilering van de depressie. Ook zijn er vragenlijsten afgenomen over positieve affectregulatie. De vragenlijsten zijn in een vaste volgorde afgenomen.

Semigestructureerd interview

Met behulp van de ‘Checklist Staging en Profilering’ zijn verschillende kenmerken van depressie uitgevraagd (interne publicatie, Altrecht GGZ, 2014; Bijlage 3). De vragen over de staging 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). Profileren 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 Staging en Profilering’ zijn naast het beloop van depressie ook etiologische en pathofysiologische variabelen en verschillende klinische factoren onderscheiden en uitgevraagd. Door vast te houden aan de checklist was er bij elke cliënt uiteindelijk relatief een gelijke hoeveelheid aan informatie bekend.

Zelfrapportage vragenlijsten

Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)

De ‘Inventory of Depressive Symptomatology’ (IDS; Rush, Pincus & First, 2000), meet symptomen van een depressie doormiddel van 30 items op een 4-puntsschaal (0-3). Diverse symptomen van een depressieve stoornis zijn binnen deze lijst opgenomen en worden uitgevraagd. Zowel de affectieve, gedragsmatige, cognitieve en motivationele symptomen. Al deze kenmerken zijn gebaseerd op de criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2000). In het huidige onderzoek is een zelf-invulversie van de vragenlijst gebruikt; de IDS-SR-NL (zie bijlage 3). Volgens een psychometrische studie is er een hoge interne consistentie en een goede betrouwbaarheid van de vragenlijst ($\alpha = .93$) (Rush., 1996). De DSM-IV-TR criteria die gebruikt worden voor het stellen van een depressieve stoornis blijken beter te worden

uitgevraagd met de IDS dan met bijvoorbeeld de 'Beck Depression Inventory (BDI) of de Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) (Rush., 1996).

Responses to Positive Affect Questionnaire (RPA)

De 'Responses to Positive Affect Questionnaire' (RPA) is een vragenlijst die positieve affectregulatie meet en bestaat uit 17 items. De items bestaan uit een 4-puntsschaal (1-4). De meting bestaat uit 3 subschalen; dampening, self-focused positive rumination en emotion-focused positive rumination. De Engelse variant van de vragenlijst bleek een adequate betrouwbaarheid te laten zien en een voldoende mate van validiteit voor de subschalen (Feldman et al., 2008). De Engelse vragenlijst is omgezet in een Nederlandse versie (Raes et al., 2009). De validiteit van de Nederlandse vragenlijst is onderzocht en alle subschalen bleken te beschikken over voldoende interne consistentie. De subschalen self-focused positive rumination en emotion-focused positive rumination kunnen worden samengevoegd tot één subschaal, koesteren. Uit deze vragenlijst komt een score op de mate van dempen van positief affect en de mate van koesteren van positief affect.

Ruminative Response Scale (RRS-NL-10)

Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de RRS (RRS-NL-10). De RRS is het meest gebruikte instrument om ruminatie horende bij negatieve affectregulatie in kaart te brengen. Deze vragenlijst bestaat oorspronkelijk uit 22 items en meet ruminatieve gedachten en handelingen ten aanzien van neerslachtigheid en depressieve gevoelens (Raes & Bijtebier., 2012). Doormiddel van het afnemen van 10 items kunnen scores worden berekend op de subschalen Brooding en Reflection.

Brooding kan worden gedefinieerd als passieve en veroordelende gedachten over de eigen stemming. Reflectie wordt gezien als een bewuste focus naar binnen toe, die er op gericht is om meer inzicht te krijgen in de eigen depressieve gedachten. Uit onderzoek van Schoofs, Hermans en Raes (2012) blijkt dat brooding meer dysfunctioneel is en meer in verband wordt gebracht met depressieve symptomen.

De interne consistentie (Cronbach's alpha) voor de 22-item RRS is uitstekend (.90) en die voor de twee 5-item subschalen Reflection en Brooding voldoende, respectievelijk .75 en .78 (Roelofs et al., 2006). Wat de discriminante validiteit betreft is het vooral de brooding schaal die samengaat met depressieve klachten.

Emotion Regulation Profile – Revised (ERP-R)

De ‘Emotion Regulation Profile Revised’ (ERP-R) is een op vignetten gebaseerde meting. Er worden korte scenario’s geschetst die allerlei emoties uitlokken. De cliënt moet aangeven in welk van de mogelijke reacties op de verschillende situaties, hij/zij zich herkent. Elk scenario focust zich op een specifieke emotie. Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van zes verschillende situaties die zich allen richten op positieve emoties. Er is maar een deel van de ERP-R afgenomen, de reacties op negatieve emoties zijn niet meegenomen. Dit vanwege de tijd die het volledige assessment al bedroeg.

Uit de test kunnen scores op 2 subschalen gedestilleerd worden, te weten scores voor; adequate en inadequate positieve emotieregulatie. Onder de adequate strategieën vallen; Behavioral display, Savouring, Capitalizing en Positive mental time travel. De inadequate strategieën zijn; Inhibition, Inattention, Fault finding en Negative mental time travel. Deze twee groepen kunnen ook onder worden benoemd als; savouring en brooding. Onderzoek van Nelis et al., (2011) toont dat de psychometrische eigenschappen van dit instrument goed zijn.

Procedure

De metingen vonden plaats op de polikliniek en alle metingen samen werd het ‘Gespecialiseerd Depressie Assessment’ genoemd. De metingen zijn gedaan tussen april ’14 en juli ’15. De metingen zijn voltooid in één zitting van maximaal 1.5uur. De nametingen duurden ongeveer 15 minuten en een groot deel van de participanten heeft de nameting thuis ingevuld.

Nadat door de onderzoeker het doel van het GDA kort was uitgelegd werd er gevraagd om toestemming, middels een toestemmingsformulier (zie bijlage 1). Cliënten moesten op de hoogte worden gebracht van het feit dat de informatie vanuit het GDA in hun Altrecht dossier zou worden geplaatst maar ook geanonimiseerd zou worden gebruikt voor dit onderzoek. Na de uitleg hierover werd begonnen met het doorlopen van de ‘Checklist Staging & Profilerings’ en het invullen van de IDSSR-30 en de DASS21. Hierna werden de andere vragenlijsten uitgedeeld, waaronder de vragenlijsten toegespitst op positieve affectregulatie. Er zijn meerdere vragenlijsten afgenomen waaronder ook vragenlijsten over doel oriëntatie en over relatiekwaliteit, hier wordt verder in dit onderzoek niet op ingegaan.

Na het onderzoek is door de onderzoeker een verslag geschreven, ten behoeve van behandeling, aan de hand van een gestandaardiseerd format (zie bijlage 3). In dit verslag zijn alle testuitslagen van een cliënt samengevat. Dit verslag kwam in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD).

Drie maanden na het eerste meetmoment zijn de participanten opnieuw benaderd. Ze hebben na dit tijdsinterval nogmaals de IDSSR-30, DASS21, de RPA en de RRS ingevuld. Ze zijn tijdens het eerste meetmoment op de hoogte gebracht van het tweede meetmoment en werden na drie maanden telefonisch benaderd voor een afspraak voor het tweede meetmoment en nogmaals geïnformeerd over de doelen van deze tweede meting. Voor dit tweede meetmoment werd opnieuw een toestemmingsverklaring ondertekend (zie bijlage 1). Er is gekozen om alleen de cliënten te benaderen die nog in behandeling zijn bij de polikliniek. Cliënten die niet meer in behandeling waren werden als drop-out beschouwd.

Ethische overwegingen

Cliënten zijn voor afname van de vragenlijsten (in het kader van de Gestandaardiseerde Depressie Assessment) geïnformeerd over het onderzoek en zijn gevraagd schriftelijk toestemming te verlenen voor het gebruik van hun (anoniem gemaakte) gegevens (zie bijlage 1). Ook de toestemming voor het gebruiken van de gegevens vanuit het tweede meetmoment is gevraagd, doormiddel van een nieuw te ondertekenen toestemmingsverklaring (zie bijlage 1). Cliënten werden op de hoogte gesteld dat van alle informatie samen een kort onderzoeksverslag werd gemaakt die in het EPD van de cliënt werd gezet en werd gedeeld met de behandelaar. Cliënten mochten ten alle tijden vragen stellen, zowel voor- tijdens- als na het onderzoek. Hiertoe hebben zij contactgegevens ontvangen. Na het onderzoek heeft niemand hier gebruik van gemaakt, voor zover bekend bij de onderzoekers.

Statistische analyse

De hypothesen zijn met behulp van Statistical Package for the Social Sciences versie 22.0 voor Windows© (SPSS) getoetst.

Om de kijken of er samenhang is tussen depressieve symptomen en positieve affectregulatie zijn er correlaties berekend, doormiddel van een Pearson correlatie analyse. Er is gekozen voor een eenzijdige correlatie toetsing, vanwege het verwachte verband, vanuit eerdere literatuur.

Ten eerste is er een correlatie tussen positieve affectregulatie (RPA) en depressie berekend (IDS). Daarnaast is de samenhang tussen negatieve affectregulatie (RRS) en depressie onderzocht. Ook is er gekeken naar de samenhang tussen adequate en inadequate affectregulatie (ERP) en depressie.

Met behulp van multiple regressieanalyse is de relatie tussen verschillende aspecten van positieve affectregulatie en depressie nader onderzocht. Binnen deze analyse is depressie de continue afhankelijke variabele en zijn dempen en koesteren, adequate en inadequate

emotie regulatie en brooding en reflectie de continue onafhankelijke variabelen (Brace, Kemp & Snelger., 2006). Er wordt gekeken welke predictoren de grootste samenhang hebben met depressie. Missende waarden zijn in het databestand opgevuld met de laagst mogelijke waarde op het corresponderende item.

3. Resultaten

Samenhang tussen depressie en positieve affectregulatie: Correlaties

Te zien is (tabel 1) dat er samenhang is tussen depressie en onderdrukken, brooding en reflection en zowel adequate als inadequate affectregulatie. Hogere scores op onderdrukken, brooding en inadequate affectregulatie hangen samen met hogere scores op depressie. Lagere scores op adequate affectregulatie hangen ook samen met hogere scores op depressie.

Tabel 1

Correlaties tussen de variabelen; depressie, onderdrukken, koesteren, adequate affectregulatie en inadequate affectregulatie (N=115)

	Depr	Onderdruk	Koest	Brood	Reflect	Adequate	Inadequate
Depr							
Onderdruk	.36**						
Koest	-.14	-.31**					
Brood	.32**	.50	-.10				
Reflect	.16*	.07	.11	.39			
Adequate	-.46**	-.37	-.36*	.25	.20		
Inadequate	.40**	.46	-.25**	.22	.03	.31**	

Noot 1 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001 (eenzijdig getoetst)

Noot 2 Depr = depressie (IDS) Onderdruk = onderdrukken (RPA) Koest = koesteren (RPA) Brood = brooding (RRS) Reflect = reflection (RRS) Adequate = adequate positieve affectregulatie strategieën (ERP) Inadequate = inadequate positieve affectregulatie strategieën (ERP)

Depressie en positieve affect-regulatie: de bijdrage van de verschillende strategieën.

Er zijn correlaties berekend om te zien of de hypothese opgaat dat mensen met hogere scores op een depressie vaker gebruik maken van (dys)functionele strategieën. Ook is er gekeken welke van deze (dys)functionele strategieën het sterkst samenhangen met depressie (2). De waarden van deze correlaties zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2

Correlaties tussen 'adequate' en 'inadequate' strategieën ten behoeve van positieve affectregulatie van de ERP en depressie (IDS) (N=115)

	Depr	BD	Sav	Cap	Pmtt	Inhib	Inatt	FF	Nmtt
Depr									
BD	-.35**								
Sav	-.46**	.67**							
Cap	-.35**	.68*	.62**						
Pmtt	-.41**	.58**	.71**	.46**					
Inhib	.35**	-.24*	-.28**	-.36**	-.12				
Inatt	.35**	-.19*	-.30**	-.24**	-.18*	.38**			
FF	.15*	-.07	-.15**	-.05**	-.01	.40**	.42**		
Nmtt	.26**	-.16	-.28**	-.15	-.17	.16	.46**	.26**	

Noot 1 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001 (eenzijdig getoetst)

Noot 2 Depr = depressie (IDS) BD = behavioral display (ERP) Sav = savouring (ERP) Cap = capitalizing (ERP) Pmtt = positive mental time travel (ERP) Inhib = inhibition (ERP) Inatt = inattention (ERP) FF = fault finding (ERP) Nmtt = negative mental time travel (ERP)

Te zien is dat de adequate strategieën (Behaviorial Display, Savouring, Capitalizing & Positive mental time travel) allemaal een significante negatieve correlatie hebben met depressie, wat betekent dat hogere scores op deze strategieën samenhangen met lagere scores op depressie. De inadequate strategieën (Inhibition, Inattention, & Negative mental time travel) correleren allemaal positief en significant met depressie, dit betekent dat hogere scores op deze strategieën samenhangen met hogere scores op depressie. Ook is te zien dat de strategieën sterk samenhangen met elkaar. Hier moet rekening mee worden gehouden in verdere analyses. Verder hangt van de adequate strategieën 'savouring' het meest samen met depressie en van de inadequate strategieën 'inattention'.

Samenvattend, tonen deze resultaten dat binnen een klinische steekproef adequate regulatie strategieën, gemeten met de ERP, samenhangen met lagere scores op depressie en hogere scores op inadequate strategieën samenhangen met hogere scores op depressie.

Depressie en positieve affectregulatie; Regressieanalyse

Om de relatie tussen positieve affectregulatie en depressie verder te onderzoeken zijn er verschillende multiple regressieanalyses uitgevoerd. Voor aanvang zijn de betreffende assumpties gecheckt en is er gecontroleerd voor uitbijters. De assumpties van de normale verdeling van de variabelen, lineairiteit van het verband en de homoscedasticiteit zijn gecheckt en ongeschonden bevonden. Er zijn verschillende regressieanalyses uitgevoerd omdat er verschillende voorspellers van positieve affectregulatie worden gebruikt. Er is begonnen met een regressieanalyse waarbij depressie (IDS scores) als afhankelijke variabele werd gebruikt en de subschalen van de RPA (onderdrukken en koesteren) als onafhankelijke variabelen (tabel 3).

Tabel 3

Resultaten regressieanalyse depressie en RPA subschalen (N=115)

Onafhankelijke variabelen	B	SEb	p
R2, R2 adjusted	.130	.115	
Constante	29.19		.00**
Gemiddelde itemscore onderdrukken	7.90	.35	.00**
Gemiddelde itemscore koesteren	-.47	-.02	.79

Noot 1 * $p < .05$ ** $p < .01$ (eenzijdig getoetst)

Noot 2 Gemiddelde itemscore onderdrukken (RPA) Gemiddelde itemscore koesteren (RPA)

In tabel 3 is te zien dat het model met deze predictoren 11.5% van de variantie in depressie verklaart. Uit de F-toets blijkt dat het model als geheel significant is; $F(2,113) = 8.479$, $p < .05$). Kijkend naar de predictoren is te zien dat 'gemiddelde itemscore onderdrukken' een significant deel van de variatie verklaart, als wordt gecontroleerd voor de variabele koesteren.

Ook is er een regressieanalyse uitgevoerd met depressie (IDS scores) als afhankelijke variabele en de subschalen van de RRS (brooding en reflection) als onafhankelijke variabelen

(tabel 4). Hierin is te zien dat de proportie verklaarde variantie van het model 9% bedraagt. Uit de F-toets blijkt dat het model als geheel significant is; $F(2, 113) = 6.67, p = .002$. Brooding maar niet reflection verklaart een significant deel van de variantie in depressie wanneer gecontroleerd wordt voor de samenhang tussen brooding en reflection.

Tabel 4

Resultaten regressieanalyse depressie en RRS subschalen (N=115).

Onafhankelijke variabelen	B	SEb	p
R2, R2 adjusted	.106	.090	
Constante	25.48		.00**
Gemiddelde itemscore brooding	6.12	.30	.00**
Gemiddelde itemscore reflection	.86	.04	.68

Noot 1 * $p < .05$ ** $p < .01$ (eenzijdig getoetst)

Noot 2 Gemiddelde itemscore brooding (RRS) Gemiddelde itemscore reflection (RRS)

Tenslotte is er een regressieanalyse uitgevoerd met depressie (IDS score) als afhankelijke variabele en de verschillende strategieën van de ERP, zowel de adequate als de inadequate, als onafhankelijke variabelen (tabel 5). Hierin is te zien dat dit de proportie verklaarde variantie van dit model 25.6% bedraagt en significant te noemen is; $F(8, 106) = 5.89, p = .00$. Inhibition is de enige ERP schaal die een significante samenhang heeft met depressie, wanneer gecontroleerd wordt voor de samenhang tussen de scores op de ERP schalen. Dit betekent dat de overige subschalen van de ERP de variantie in depressie niet afzonderlijk, maar wel in samenhang met elkaar verklaren.

Tabel 5*Resultaten regressieanalyse depressie en ERP strategieën (N=115).*

Onafhankelijke variabelen	B	SEb	p
R2, R2 adjusted	.308	.256	
Constate	43.82		.00**
BD	-.13	-.01	.90
Sav	-1.43	-.17	.23
Cap	-.06	.01	.95
Pmtt	-1.76	-.21	.08
Inhib	1.86	.21	.03**
Inatt	1.10	.15	.14
FF	-.37	-.04	.68
Nmtt	.87	.08	.37

Noot 1* $p < .05$ ** $p < .01$ (eenzijdig getoetst)

Noot 2 BD = behavioral display (ERP) Sav = savouring (ERP) Cap = capitalizing (ERP) Pmtt = positive mental time travel (ERP) Inhib = inhibition (ERP) Inatt = inattention (ERP) FF = fault finding (ERP) Nmtt = negative mental time travel (ERP)

Uiteindelijk is er één model van gemaakt door alle hiervoor genoemde onafhankelijke variabelen tegelijk in het model te doen en depressie als afhankelijke variabelen (tabel 6). Het totale model, met alle predictoren bij elkaar voorspelt 31% van de variantie in depressie. Het model is significant, te zien aan de F-toets; $F(12,100)=5.191$, $p<.000$. De beta 'Positive mental time travel' heeft een significante bijdrage aan het model in het verklaren van de variantie in depressie, gecontroleerd voor overlap met de andere variabelen.

Tabel 6*Resultaten regressieanalyse depressie en alle predictoren van positieve affectregulatie*

Onafhankelijke variabelen	B	SEb	p
R2, R2 adjusted	.384	.310	
Constante	23.30		.00**
BD	.13	-.01	.93
Sav	-.96	-.11	.27
Cap	-.82	-.11	.77
Pmtt	-2.30	-.27	.05*
Inhib	1.32	.15	.12
Inatt	.94	.13	.20
FF	-.01	-.00	.97
Nmtt	.04	.00	.97
Onderdrukken	1.38	.06	.41
Koesteren	1.54	.08	.43
Brooding	3.35	.17	.24
Reflection	3.45	.16	.14

Noot 1. * $p < .05$ ** $p < .01$ (eenzijdig getoetst)

Noot 2. BD = behavioral display (ERP) Sav = savouring (ERP) Cap = capitalizing (ERP) Pmtt = positive mental time travel (ERP) Inhib = inhibition (ERP) Inatt = inattention (ERP) FF = fault finding (ERP) Nmtt = negative mental time travel (ERP) Onderdrukken (RPA) Koesteren (RPA) Brooding (RRS) Reflection (RRS)

Het verloop van positieve affectregulatie en depressie over tijd

Er is gekeken of de verschillen van depressie samenhangen met verschillen van positieve affectregulatie, na een vast tijdsinterval (3 maanden). De hypothese was dat verschillen van depressie, samenhangen met verschillen van positieve affectregulatie. Om deze hypothese te onderzoeken zijn eerst verschillen berekend voor depressie en de affectregulatie strategieën. De verschil score voor depressie (IDS) is berekend door scores op T1 af te trekken van T2 waarbij een lagere score een grotere afname in depressie weergaf. Vervolgens zijn correlaties berekend tussen verschillen van depressie en affectregulatie strategieën. Hieruit komt naar voren dat er inderdaad samenhang is tussen verschillen van depressie en verschillen in positieve affectregulatie, gemeten met de RPA. Grotere

afnames in scores op depressie hangen samen met grotere toenames in scores op RPA koesteren en grotere afname van scores op RPA onderdrukken. De verschillen op de RRS hangen niet samen met verschillen op depressie.

Tabel 7

Correlatietabel verschillen eerste en tweede meetmoment (N=29)

	Verschiedscore IDS	Verschiedscore RPA koesteren	Verschiedscore RPA onderdrukken	Verschiedscore RRS brooding	Verschiedscore RRS reflection
Verschiedscore IDS					
Verschiedscore RPA koesteren	.42*				
Verschiedscore RPA Onderdrukken	-.36*	-.38*			
Verschiedscore RRS brooding	.28	.07	.00		
Verschiedscore RRS reflection	.00	.04	-.03	.20	

Noot 1 * p < .05 ** p < .01 *** p < .001 (eenzijdig getoetst)

Noot 2 Verschiedscore = T1 – T2

Er is ook getracht een model te maken van verschillen op depressie en verschillen op positieve affectregulatie gemeten met de RPA en de RRS (zie tabel 8). Dit model verklaart 16,8% van de variantie in de verschillen van depressie tussen de beide meetmomenten,

gecorrigeerd voor overal met de andere predictoren. De afzonderlijke predictoren zijn niet significant. Aan het model uit tabel 8 is te zien dat de afzonderlijke predictoren, verschillen op RPA en RRS, niet significant zijn. Het totale model is niet significant; $F(4, 23) = 2.361$, $p = .083$. Dit betekent dat verschillen op depressie niet samenhangen met verschillen op positieve affectregulatie. Tenslotte is een variabele aangemaakt van tijd in weken (tijd tussen T1 en T2 in weken), welke is meegenomen als covariaat in de multiple regressie analyse (tabel 8). Aangezien de tijd tussen T1 en T2 nogal verschillend was in de steekproef is er gekozen om dit mee te nemen als factor die mogelijk van invloed zou kunnen zijn op de relatie tussen verschillen in depressie en verschillen in positieve affectregulatie. Ook na het meenemen van deze variabele (tijd in weken tussen T1 en T2) is het model niet significant en ook de afzonderlijke beta's niet.

Tabel 8

Regressiemodel verschillen eerste en tweede meetmoment

Onafhankelijke variabelen	B	SEb	p
R ² , R ² adjusted	.291	.168	
Constance	.25		
Verschijscore RPA onderdrukken	-5.11	-.25	.20
Verschijscore RPA Koesteren	6.43	.30	.13
Verschijscore RRS Brooding	7.62	.27	.14
Verschijscore RRS Reflection	-.68	-.04	.82

Noot 1 * $p < .05$ ** $p < .01$ (eenzijdig getoetst)

4. Discussie

Uit onderzoek van Raes et al., (2012) kwam naar voren dat de manier waarop positief affect wordt gereguleerd invloed heeft op de ontwikkeling en de instandhouding van depressieve symptomen.

(1) Uitgaande van eerdere bevindingen werd verwacht dat hogere scores op depressie samenhangen met hogere scores op dysfunctionele strategieën ten behoeve van het reguleren van positief affect. Aan de andere kant zouden lagere scores op depressie samenhangen met hogere scores op meer functionele strategieën ten behoeve van de regulatie van positief affect (Quoidbach et al., 2009). Deze hypothese is bevestigd (zie tabel 2 t/m 6). Dit bevestigt de resultaten gevonden door Raes et al., (2012). In dat onderzoek werd al geconcludeerd dat het verband tussen positieve affectregulatie en depressie, bovenop het verband tussen negatieve affectregulatie en depressie, van belang is. Deze conclusie wordt door huidig onderzoek bevestigd, in een klinische populatie.

Depressie hangt samen met hoge scores op onderdrukken, brooding en inadequate affectregulatie. Opvallend is echter dat er ook een positieve correlatie wordt gevonden (tabel 1) tussen depressie en reflection. Dus hogere scores op depressie zouden samengaan met hogere scores op reflection. Deze samenhang die wordt gevonden in tabel 1 is wellicht te verklaren uit het feit dat alle proefpersonen in het begin van hun behandeling waren en al meer bezig zijn met naar binnen reflecteren ten aanzien van hun problemen (Schoofs, Herman & Raes, 2012). Lagere scores op depressie hangen ook samen met hogere scores op adequate emotie-regulatie (tabel 1).

Naast correlatietabellen zijn ook regressieanalyses gedaan. Hieruit kwam nogmaals naar voren dat positieve affectregulatie (gemeten met de RPA en de ERP) een relatie heeft met depressie. Positieve affectregulatie verklaart een significant deel van de variantie in depressie, gecorrigeerd voor overlap met de andere variabelen (zie tabel 7). Het model waarin alle predictoren samen zijn verwerkt verklaart de grootste variantie van depressie.

(2) Ook werd verwacht dat bepaalde strategieën sterker zouden samenhangen met depressie dan andere strategieën ten behoeve van positieve affectregulatie. Geconcludeerd kan worden dat er in ieder geval een positief verband is tussen depressie en inadequate strategieën (tabel 2). Ook wordt er een negatief verband gevonden tussen depressie en adequate strategieën. Dit is tevens binnen de strategieën bekeken en daarin is te zien dat alle strategieën significant correleren met depressie. Binnen de adequate strategieën is de bijdrage in het verklaren van de variantie in depressie van 'Savouring' het grootst, ook is de bijdrage van 'positive mental time travel' groot. Er is voor wat betreft deze strategie eerder onderzoek

geweest (Stephan, Sedikes en Wildschut, 2012). In dit onderzoek werd aangetoond dat teruggaan in geheugen naar een positieve gebeurtenis is geassocieerd met verhoogde positieve affectregulatie en verminderde negatieve affectregulatie. In huidig onderzoek wordt gezien dat ‘positive mental time travel’, dus het teruggaan naar gelijksoortige gebeurtenissen in het verleden, samenhangt met lagere scores op depressie. Gepleit kan worden om zowel ‘savouring’ als ‘positive mental time travel’ vanwege het sterke verband nader te onderzoeken. Binnen de inadequate strategieën is de bijdrage van ‘Inatt’ het grootst (zie tabel 3). De combinaties van strategieën die worden gekozen zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Het is mogelijk interessant om te kijken welke combinaties van strategieën het sterkst samenhangen met depressie.

(3) Ook werd verwacht dat het gebruik van positieve affectregulatie strategieën verandert als scores op depressie veranderen over een bepaald tijdsinterval. De correlaties uit tabel 7, laten zien dat er inderdaad een verband is tussen verschilcores op depressie en verschilcores op de RPA. Hogere scores op depressie hangen samen met hogere scores op onderdrukken en lagere scores op koesteren.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er getest is in een klinische populatie met een redelijk grote steekproef (N=115). Dit maakt dat de statistische power groot genoeg is en dat de gegevens te generaliseren zijn. Ook is het relevant geweest dat de proefpersonen uit een klinische populatie zijn geabstraheerd. Wellicht was een goede aanvulling geweest om deze groep van depressieve cliënten te vergelijken met een niet-klinische groep.

De steekproef van het tweede meetmoment (N=29) is echter niet groot. Het is qua logistiek erg moeilijk gebleken om proefpersonen weer op te sporen voor een tweede meetmoment. Deze drop-out is te verklaren doordat niet iedereen meer in behandeling was, of is gekomen. Het onderzoek had op dit punt verbeterd kunnen worden zodat de gegevens uit het tweede meetmoment een grotere power hadden gehad. Er werd geen verband gevonden tussen verschilcores op depressie en verschilcores van de RRS. Wellicht zou bij een grotere steekproef wel een verband worden gevonden.

Een andere beperking is dat zowel de data van het eerste meetmoment als de data van het tweede meetmoment niet allemaal in dezelfde fase van behandeling zijn verzameld. Wellicht heeft dit voor een vertekening van de scores gezorgd aangezien sommige proefpersonen al wel behandeling kregen en sommige nog niet. Er is gekozen voor een vast tijdsinterval van 3 maanden na het eerste meetmoment. Dit bleek echter in de praktijk erg

lastig. Gemiddeld zat er 15.9 weken tussen het eerste en het tweede meetmoment. Een vast tijdsinterval van 4 maanden was een betere optie geweest, om de momenten meer met elkaar overeen te laten komen.

Binnen dit onderzoek is gekozen om te werken met de IDS om de ernst van de depressie te meten. Echter binnen het GDA zijn ook kwalitatieve methoden gebruikt om de staging & profilering van de depressie te onderzoeken. Het had nuttig kunnen zijn om deze kwalitatieve gegevens te exploreren. Wellicht hadden er meerdere groepen kunnen worden onderscheiden qua vorm en intensiteit van de depressie. Tussen deze groepen had gekeken kunnen worden naar de verschillen in positieve affectregulatie. Deze onderwerpen vallen buiten het bestek van dit onderzoek en kunnen in vervolgonderzoek bekeken worden.

Conclusies en aanbevelingen

De hoofdvraag die in dit onderzoek aan de orde was; “Is er een verband tussen depressie en positieve affectregulatie?”, is door dit onderzoek bevestigd. Hogere scores op depressie hangen samen met het gebruik van meer dysfunctionele strategieën ten behoeve van positieve affectregulatie. Deze bevestiging maakt dat in de klinische praktijk meer aandacht moet komen voor het reguleren van positief affect. Vervolg onderzoek zou zich moeten richten op de veranderbaarheid van positieve affectregulatie. Er zou gekeken moeten worden welke strategieën het meest veranderen, wanneer depressie scores veranderen. Als deze dynamiek bekend is kan er in de klinische praktijk namelijk worden ingespeeld op deze veranderbare strategieën.

Uit eerder onderzoek bleek al dat er groeiend bewijs is voor een relatie tussen veranderingen in affectregulatie en huidige of vroegere symptomen van depressie. Dus de relatie tussen depressie en positieve affectregulatie gaat niet alleen over huidige symptomen, maar ook over een kwetsbaarheid voor depressie die na een depressieve episode kan blijven bestaan en kwetsbaar maakt voor een nieuwe episode. Omdat dit onderzoek de relatie tussen depressie en positieve affectregulatie bevestigd, motiveert dit voor meer onderzoek naar deze relatie en het ontwikkelen van interventies om de positieve affectregulatie te beïnvloeden zodat depressieve symptomen kunnen opklaren en worden voorkomen.

In de literatuur over positieve affectregulatie komt ook vaak de term ‘positieve interventies’ naar voren. Dit zijn interventies gericht op vergroten van het algehele welzijn door het promoten van positieve emoties, gedachten en gedragingen (Parks & Biswas-Diener, 2013). Veel verschillende vormen van positieve interventies zijn onderzocht en in staat gebleken om ook depressieve symptomen te verminderen (Bolier et al., 2013). Traditionele

therapieën focussen zich vooral op het verminderen van negatieve emoties, tegenwoordig is er door onderzoek naar positieve affectregulatie meer aandacht voor positieve affectregulatie binnen therapie. Naast dat het onderzoek naar het verband tussen positieve affectregulatie en depressie moet doorgroeien, is het ook belangrijk om onderzoek te doen naar de psychologische interventies die gebruikt kunnen worden om positieve affectregulatie te beïnvloeden.

5. Literatuurlijst

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions. A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Bylsma, L. M., Morris, B. H., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 676-691.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2006) *SPSS for psychologists* (3rd ed.). New York, USA: Palgrave Macmillan
- Bryant, F.B. (2003) Savoring Beliefs Inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of mental health*, 12, 175-196.
- Cole, P.M., Martin, S.E., & Dennis, T.A. (2004) Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Dahm, J., Wong, D., & Ponsford, J., (2012) Validity of the Depression Anxiety Stress Scales in assessing depression and anxiety following traumatic brain injury . *Journal of Affective Disorders* 151 (2013) 392-396
- Graaf, de, R., Ten Have, M., Van Dorsselaer, S. (2010). NEMESIS-2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten. *Utrecht: Trimbos-instituut*.
- Feldman, G.C., Joormann, J., & Johnson, S.L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 507-525.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, et al. (2013) Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 10(11)
- Nelis, D., Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2011). Measuring individual differences in emotion *Psychologica Belgica*, 1, 49-91.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychology science*, 3(5), 400-420.
- Parks, A.C., Biswas-Diener, R., & Acorn, P. (2013). Positive interventions; Past, present and future. To appear in T. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), bridging acceptance and commitment therapy and positive psychology: *A practitioner's guide to an unifying framework*. Oakland, CA: New Harbinger
- Peeters, F. P. M. L., Ruhé, H. G., Beekman, A. T. F., Spijker, J., Schoevers, R., Zitman, F., & Schene, A. (2012). Stagering en profilering van unipolaire depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(11), 957-963.

- Quoidbach, J., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences, 1*(0), 0-10.
- Raes, F., Hermans, D., & Eelen P. (2003). De Nederlandstalige versie van de Ruminative Response Scale (RRS-NL) en de Rumination on Sadness Scale (RRS-NL). *Gedragstherapie, 36*, 97-104.
- Raes, F., Daems, K., Feldman, G.C., Johnson, S.L., van Gucht, D., (2009) A psychometric evaluation of the dutch version of the responses to positive affect questionnaire. *Psychologica Belgica 49-4*, 293-310.
- Raes, F. & Bijtebier, P., (2012) Ruminative Response Scale, *Gedragstherapie 2012*, 45 81-84
- Raes, F., Smets, J., Nelis, S., & Schoofs, H., (2012) Dampening of positive affect prospectively predicts depressive symptoms in non-clinical samples. *Cognition and Emotion 2012*, 26 (1), 7582
- Roelofs, J., Muris, P., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., (2006) On the measurement of rumination: A psychometric evaluation of the ruminative response scale and the rumination on sadness scale in undergraduates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 37* (2006) 299–313
- Schoofs, H., Hermans, D., & Raes, F. (2010, March 02). Brooding and Reflection as Subtypes of Rumination: Evidence from Confirmatory Factor Analysis in Nonclinical Samples using the Dutch Ruminative Response Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, pp. 609-617.
- Stephan, E., Sedikides, C., & Wildschut, T., (2012) Mental time travel into the past: Differentiating recollections of nostalgic, ordinary, and positive events. *European journal of social psychology 42*(1), 290-298
- Werner-Seidler, A., Banks, R., Dunn, B. D., & Moulds, M. L. (2013). An investigation of the relationship between positive affect regulation and depression. *Behaviour Research and Therapy, 51*(1), 46-56.

Bijlagen

Bijlage 1 Toestemmingsverklaring 1e en 2e meetmoment

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

Toestemmingsverklaring

Gespecialiseerd Depressie Assessment

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

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze, te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord en ik heb voldoende bedenktijd gehad.

Ik weet dat de gegevens alleen anoniem/gecodeerd aan derden bekend gemaakt zullen worden. Gegevens worden altijd los van persoonsgegevens in gecodeerde vorm bewaard. Ik geef toestemming voor het anoniem onderbrengen van gegevens in een gemeenschappelijke database. Ik ben me er van bewust dat in geen enkele publicatie over dit onderzoek informatie zal worden verstrekt die tot mijn persoon is terug te voeren.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht deze instemming weer in te trekken, zonder dat ik daarvoor een reden behoeft op te geven of dit consequenties heeft voor mijn behandeling binnen de betrokken instelling.

- 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 2 Afname Checklist Stagering & profilering

Afname Checklist Stagering en Profilering en aanvullende vragen

De antwoorden op vraag 1 t/m 7 en vraag 9 uit de Checklist Stagering en Profilering zijn duidelijk uit intakeverslag te halen of anders na te vragen aan cliënt in het onderzoeksgesprek. Voor de beantwoording op vraag 8 en vraag 10 t/m 13 is de vaststelling van criteria en/of aanvullende vragen noodzakelijk.

Vraag	Antwoorden/criteria	Aanvullende vragen
<p>8) Huidige mate van suïcidaliteit (Criteria uit Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag, Tribos (2011).</p> <p>- Wat denkt de intaker? - Wat kan er nu worden gesteld op basis van de volgende criteria</p>	<p>1 = Geen: Geen gedachten over suïcide.</p> <p>2 = Licht: Vluchtige gedachten, niet nagedacht over een plan, kan aan andere dingen denken, realiseert consequenties voor familie, impuls onder controle, wil liever leven dan sterven.</p> <p>3 = Matig/ambivalent: afwisselend suïcide willen en willen leven, breuk met anderen, gericht op teleurstellingen in relationele sfeer, impulsiviteit, uitgebreide voorbereidingen zijn niet gemaakt.</p> <p>4 = Ernstig: suïcide voortdurend in gedachten, wanhopig, plan gemaakt met voorbereidingen, denkt dat het voor anderen beter is als hij/zij er niet meer is, afscheidsbrieven zijn overwogen of geschreven, benauwd voor eigen impulsiviteit.</p> <p>5 = Zeer ernstig: wanhopig, uitgebreid plan klaar, slapeloos, emotioneel ontredderd, geen controle over zichzelf, moeilijk</p>	<p>Vragen bij aanwijzingen voor suïcidaliteit:</p> <p>Actuele situatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heeft u gedachten aan suïcide? - Denkt u dat u dood beter af bent? - Heeft u plannen om suïcide te plegen? <p>Zo ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe zien die plannen er uit? - Welke methoden heeft u overwogen? - Welke voorbereidingen heeft u getroffen? - Hoeveel haast heeft u om uw plannen uit te voeren? - Wat betekent dit voor uw naasten? <p>Actuele gedachten en directe plannen voor de toekomst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe ziet u de toekomst? - Ziet u nog enige toekomst? - Ziet u nog kans uw toekomst te beïnvloeden. Nu dingen te doen waardoor u het straks beter hebt? - Wat gaat u doen als u straks weer thuis bent?

	aanspreekbaar, geen energie om door te leven, kan niet langer wachten met suïcide.	
10) Profileringskenmerken aanwezig? Zo ja welke? Profileringskenmerken 1 t/m 4 zijn uit intakeverslag of M.I.N.I te halen. Kenmerken 5 en 6 moeten worden nagevraagd in het onderzoeksgesprek	1 = Seizoensgebonden depressie 2 = Atypische depressie 3 = Vitale depressie 4 = Psychotische depressie 5 = Vasculaire problematiek 6 = Vroege traumatisering	Kenmerk 5 = Vasculaire problematiek - Heeft u vasculaire problemen? (Vasculaire problemen zijn bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, slagaderverkalking, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol en/of trombose?) - Zo ja, kunt u daar wat meer over vertellen? - Sinds wanneer heeft u deze problemen? - Wordt u voor deze problemen behandeld? Kenmerk 6 = Vroege traumatisering: - Heeft u op jonge leeftijd een traumatische gebeurtenis of meerdere traumatische gebeurtenissen meegemaakt? - Hoe oud was u toen?
11) Eerdere gesprekstherapie volgens de richtlijn? (volgens onderzoeker)	1 = Goed 2 = Twijfelachtig 3 = Onvoldoende 4 = Geen	- Wat voor gesprekstherapie heeft u gehad? - Waar heeft u deze gesprekstherapie gehad? - Kunt u in het kort vertellen waar deze gesprekstherapie uit bestond? Kreeg u bijvoorbeeld ook huiswerk mee? - Hoe lang duurde deze therapie? - Hoe vaak per maand had u een afspraak met uw behandelaar?
12) Eerdere farmacotherapie volgens de richtlijn? (volgens onderzoeker)	1 = Goed; 2 = Twijfelachtig; 3 = Onvoldoende 4 = Geen	- Heeft u eerder medicatie gebruikt? - Zo ja, welke medicatie? - Door wie werd deze medicatie voorgeschreven? - Nam u de medicatie in zoals voorgeschreven?
13) Effect van eerdere therapieën? (Oordeel cliënt)	1 = Goed; 2 = Twijfelachtig; 3 = Onvoldoende 4 = Geen	- Wat voor effect had de gesprekstherapie voor u? - Wat voor effect had medicatie voor u? - Bent u tevreden met de eerdere therapieën? - Zo ja, waarom? Zo nee, waarom?

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 en ervaren waarschijnlijkheid dat het doel wordt behaald.

	Doel	Controle (1 – 7)	Haalbaarheid (1 – 7)
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 (helpende) leerdoelen dan (niet-helpende) prestatiedoelen.

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 adequaat reguleren van positieve gevoelens dan het weg reguleren van positieve gevoelens.

Deze persoon is het meest geneigd tot de strategie... . Dat betekent...

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 koesteren dan het onderdrukken van positieve gevoelens.

Bipolair: De MDQ is een screeningsinstrument voor bipolaire stoornissen.

Conclusie: Bij deze cliënt speelt wel een/geen sterke verdenking van een bipolaire stoornis.

Bijlage 4 : 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. 44

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. 46

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. 47

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 5 ERP – R

ERP-R

Nu volgen korte beschrijvingen van 6 situaties waarin een bepaalde emotie centraal staat. Lees de beschrijving telkens goed door. Kruis vervolgens aan welke reactie of reacties aansluiten bij de manier waarop u op de beschreven situatie zou reageren. U mag zoveel reacties aankruisen als u wilt, zolang deze maar goed weergeven hoe u in zo'n situatie zou reageren.

Situatie 1

Je hebt zojuist een belangrijke maar saaie klus gedaan die je almaar had uitgesteld (bijvoorbeeld iets verven, schoonmaken, een goede daad verrichten). Je voelt je daar tevreden en opgelucht over. Je bent tevreden over jezelf!

Welk van de onderstaande reacties sluit het best aan bij de manier waarop jij in dit type situaties zou reageren:

A	Je vindt het lastig om volledig te ontspannen. Vrij snel worden je gedachten gevuld met zorglijke gedachten over klussen die je nog niet hebt afgemaakt.	<input type="checkbox"/>
B	Aan je vrienden vertel je of laat je zien wat je vandaag hebt gedaan.	<input type="checkbox"/>
C	Je zucht voldaan en je gunt jezelf een moment van ontspanning.	<input type="checkbox"/>
D	Je bent best tevreden, maar, niettemin vallen je toch enkele negatieve details van je werk op (bijvoorbeeld dat je er veel tijd aan hebt besteed, dat je niet alles perfect hebt gedaan etc)	<input type="checkbox"/>
E	Je koestert het moment. Je overdenkt je werk en bedenkt hoe goed je deze klus hebt gedaan.	<input type="checkbox"/>
F	Je bedenkt dat het een soort wonder was dat je deze klus hebt geklaard. Meestal lukt het je niet om klusjes te doen die je saai vindt en je bedenkt je dat je daar de komende tijd waarschijnlijk ook niet meer toe in staat zult zijn.	<input type="checkbox"/>
G	Je denkt na over de uren die je aan de klus hebt besteed. Dankzij je geduld en doorzetting heb je je doel bereikt. Inspanning wordt altijd beloond!	<input type="checkbox"/>
H	Je geeft jezelf geen tijd om te ontspannen en je begint meteen aan een andere klus.	<input type="checkbox"/>

Situatie 2

Je hebt deelgenomen aan de laatste trekking van de nationale loterij omdat er een grote jackpot te winnen viel. Je bent thuis bij vrienden en je vraagt hen of je op de televisie naar de trekking mag kijken, hoewel je niet erg optimistisch bent over je kansen. De opwinding loopt op als je merkt, met verwondering, dat 4 van jouw 6 nummers getrokken worden! Je hebt €10.000 gewonnen!

Welk van de onderstaande reacties sluit het best aan bij de manier waarop jij in dit type situaties zou reageren:

A	Je staat op en juicht; je toont je opwinding door herhaaldelijk te zeggen wat	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

	een geluksvogel jij bent.	
B	In de dagen daarna denk je na wat je met het geld gaat doen. Je overweegt om 10 dagen door te brengen op een zonnige plek tijdens je volgende vakantie, om naar een duur restaurant te gaan, om jezelf te trakteren op een dagje sauna, etc.	<input type="checkbox"/>
C	Je kunt niet volledig genieten van de situatie omdat er andere dingen in je gedachten komen (bijvoorbeeld problemen die je hebt met een familielid, problemen op je werk).	<input type="checkbox"/>
D	Je deelt je plezier met je vrienden. Je laat hun je winnende lot zien en je belt je familie op om het goede nieuws te vertellen.	<input type="checkbox"/>
E	Je probeert je emoties in te houden; je houdt die emoties voor jezelf omdat het verkeerd is om je te laten meeslepen door je gevoel, in het bijzijn van andere mensen. Bovendien wil je niet dat je vrienden jaloers op je zijn.	<input type="checkbox"/>
F	Je bent blij en dat vier je met champagne (bijvoorbeeld). Het gebeurt immers niet dagelijks dat je ongeveer een maandsalaris wint zonder er iets voor te doen!	<input type="checkbox"/>
G	Je bedenkt dat het best leuk is wat je gewonnen hebt, maar dat je net de hoofdprijs hebt gemist! Je bedenkt ook dat je problemen met dit geld niet zijn opgelost en dat je verplicht bent om je vrienden te trakteren op een leuk uitje waardoor je niet zelf van al het geld kan genieten.	<input type="checkbox"/>
H	Je bedenkt dat dit te mooi is om waar te zijn. Dit geluk zal niet voor altijd aanhouden. Je begint meteen al na te denken over mogelijke problemen in de toekomst.	<input type="checkbox"/>

Situatie 3

Je brengt een romantisch weekend door met jouw partner. De omgeving is prachtig. Het gaat goed met je partner en jij voelt je erg gelukkig!

Welk van de onderstaande reacties sluit het best aan bij de manier waarop jij in dit type situaties zou reageren:

A	Ondanks dat het weekend erg plezierig is, betreur je de paar negatieve details die ervoor zorgen dat dit weekendje niet perfect is.	<input type="checkbox"/>
B	Je probeert volledig van het moment te genieten en alle andere dingen uit je hoofd te laten.	<input type="checkbox"/>
C	Het weekend is perfect. Het is te mooi om waar te zijn. Je vindt het vreselijk dat dit allemaal weer ophoudt als je eenmaal weer thuis bent.	<input type="checkbox"/>
D	Je hebt een heerlijke tijd en je bent niet bang om je plezier te uiten door te lachen, grapjes te maken, je partner te knuffelen etc.	<input type="checkbox"/>
E	Als je na het weekend weer op jezelf bent, herleef je de fijne tijd samen en andere dingen die jouw relatie zo dierbaar maken.	<input type="checkbox"/>
F	Je hebt een fijne tijd, maar om verschillende redenen (bijvoorbeeld omdat je bang bent jezelf voor gek te zetten, omdat het bij je past etcetera) probeer je je emoties niet teveel met je op de loop te laten gaan en daarom probeer je je blijheid/gevoel van geluk in te houden.	<input type="checkbox"/>
G	Gedurende de daaropvolgende dagen, deel je je herinneringen aan dit weekend met familieleden (of schrijf je erover in je dagboek).	<input type="checkbox"/>

H	Het weekend is perfect. Niettemin worstel je met je eigen zorgen (over werk, familieaangelegenheden etc.)	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------

Situatie 4

Op de laatste dag van je vakantie in het buitenland, maak je een wandeling met vrienden. Na een wandeling van enkele uren kom je volledig onverwacht terecht bij een waterval. Het uitzicht is prachtig: water, groen in overvloed, een prachtige zonsondergang, geluiden, etc. Je bent volledig verblind door de schittering en pracht van dit landschap.

Welk van de onderstaande reacties sluit het best aan bij de manier waarop jij in dit type situaties zou reageren:

A	Het uitzicht is idyllisch, maar het is jammer dat je voeten pijn doen, dat het een beetje koud is, en dat er muggen zijn. De negatieve dingen weerhouden je om volledig van de omstandigheden te genieten.	<input type="checkbox"/>
B	Je uit je bewondering en laat je gevoelens zien, bijvoorbeeld door je enthousiasme te uiten, hardop te schreeuwen, een traan te laten, in het water te springen etc.	<input type="checkbox"/>
C	De scene is prachtig, maar je houdt je emoties binnen. Je houdt jezelf liever onder controle in het bijzijn van andere mensen.	<input type="checkbox"/>
D	In daaropvolgende dagen denk je terug aan de pracht van deze plek en/of bekijk je de foto's ervan weer.	<input type="checkbox"/>
E	Je deelt je gevoelens met je vrienden. In daaropvolgende dagen adviseer je iedereen in je omgeving om deze plek te bezoeken.	<input type="checkbox"/>
F	Het plezier wordt bedorven doordat dit de laatste dag van je vakantie is en dat het nog lang zal duren voordat zo'n moment weer voorkomt.	<input type="checkbox"/>
G	Je laat deze plek doordringen tot al je zintuigen, zodat je volledig van dit moment kunt genieten.	<input type="checkbox"/>
H	De omgeving is mooi, maar onderweg naar huis denk je vooral na over de maaltijd die je moet bereiden voor die avond, en/of het vooruitzicht dat je de volgende dag weer moet werken.	<input type="checkbox"/>

Situatie 5

Na maanden hard werken, heb je eindelijk dat diploma of die promotie behaald waar je lang van droomde. Het was niet gemakkelijk en je hebt echt erg je best gedaan om zover te komen. Je bent behoorlijk trots op jezelf. Vrienden en familie hebben speciaal voor jou een feestje georganiseerd.

Welk van de onderstaande reacties sluit het best aan bij de manier waarop jij in dit type situaties zou reageren:

A	Tijdens het feestje kun je niet tegenhouden dat er andere gedachten in je opkomen (bijvoorbeeld bezorgdheid over je nieuwe status, persoonlijke zorgen etc.)	<input type="checkbox"/>
B	Gedurende daaropvolgende dagen denk je regelmatig terug aan je succes,	<input type="checkbox"/>

	inspanningen, en verdiensten die je hebt getoond; hoe trots sommige van je vrienden waren, de uitzichten voor de toekomst etc.	<input type="checkbox"/>
C	Ondanks dat iedereen je feliciteert, vind je niet dat je dit verdiend hebt. Je hebt waarschijnlijk gewoon wat geluk gehad en dit zal niet snel weer gebeuren.	<input type="checkbox"/>
D	Je bent trots op jezelf en je staat jezelf toe dat te uiten (bijvoorbeeld door het uit te roepen, een traan van vreugde te laten, trotse bewegingen te maken etc)	<input type="checkbox"/>
E	Ondanks het plezier van je succes, blijft een deel van jou bedenken dat je het nog beter had kunnen doen.	<input type="checkbox"/>
F	Het is jouw moment van geluk en je geniet er met volle teugen van. Je hebt hard gewerkt en je verdient alle lof.	<input type="checkbox"/>
G	Je bent trots op jezelf, maar om verschillende redenen (bijvoorbeeld omdat je bang bent om jezelf voor gek te zetten of door je bescheidenheid, of gereserveerdheid) weerhoud je jezelf ervan om je trots te uiten en je succes echt te vieren.	<input type="checkbox"/>
H	Gedurende de volgende dagen, vertel je het goede nieuws aan iedereen om je heen en deel je je succes met je familie en vrienden.	<input type="checkbox"/>

Situatie 6

Een vriend(in) heeft zojuist een reis gewonnen voor twee personen, naar een paradijselijk eiland. Hij/zij vraagt of je zin hebt om mee te gaan. Je bent eigenlijk wel toe aan vakantie en je bent deze vriend(in) heel erg dankbaar.

Welk van de onderstaande reacties sluit het best aan bij de manier waarop je in dit type situaties zou reageren:

A	Ondanks dat je blij bent met dit aanbod, voel je je teveel in beslag genomen door (bijvoorbeeld) zorgen over je werk of privéleven of door stress, om van dit aanbod gebruik te maken.	<input type="checkbox"/>
B	Je staat jezelf toe om je dankbaarheid en affectie te uiten (bijvoorbeeld met woorden, met een knuffel, door de vriend(in) uit te nodigen om naar een restaurant te gaan etc.)	<input type="checkbox"/>
C	Nog voordat je vertrekt, zie je er al tegenop om daarna weer terug te komen in de realiteit. Dit weekje weg zal snel over zijn en dan zal je zeker een hele tijd niet weer zo'n vakantie hebben.	<input type="checkbox"/>
D	Je geniet volledig van dit aanbod.	<input type="checkbox"/>
E	Je bent je vriend(in) erg dankbaar. Niettemin kun je jezelf niet weerhouden om in de daaropvolgende dagen na te denken over bepaalde negatieve dingen die je weerhouden om volledig gelukkig te zijn (bijvoorbeeld dat dit niet een bestemming is die jij zou kiezen, dat je je agenda moet reorganiseren, dat je hierna bij je vriend(in) in het krijt staat etc.)	<input type="checkbox"/>
F	Je bedenkt wat een geluk jij hebt dat je zo'n goede vriend(in) hebt en je realiseert je dat dit aanbod de vriendschap tussen jullie versterkt. Je begint uit te kijken naar de plezierige dingen die je zult gaan doen tijdens deze reis.	<input type="checkbox"/>
G	Je vertelt vrienden en familie over deze reis en je prijst de vrijgevigheid van je vriend(in)	<input type="checkbox"/>
H	Je zou willen dat je je dankbaarheid helemaal kon uiten, maar om diverse redenen (bijvoorbeeld schaamte, angst om jezelf voor schut te zetten,	<input type="checkbox"/>

	verlegenheid etc.) uit je je gevoelens niet.	
--	--	--

Bijlage 6 RPA-NL

RPA-NL

Mensen denken en doen heel wat verschillende dingen wanneer ze zich blij voelen. Gelieve elk van de onderstaande uitspraken te lezen en aan te geven of je bijna nooit, soms, vaak, of bijna altijd datgene denkt of doet wat in elke uitspraak staat beschreven, **wanneer je je blij, gelukkig, opgewonden, of enthousiast voelt**. Gelieve aan te geven wat je dan doorgaans doet, niet wat je denkt dat je zou moeten doen.

		Bijna nooit	Soms	Vaak	Bijna altijd
1	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak merk je dan op hoe je je vol energie voelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak geniet je dan van dat moment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan "Ik krijg alles wat ik wil bereiken voor mekaar"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan hoe je het gevoel hebt alles aan te kunnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan "Ik leef helemaal naar mijn kunnen en mogelijkheden"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan "Dit is te mooi om waar te zijn"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan hoe blij en gelukkig je je voelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan hoe sterk je je voelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan dingen die verkeerd zouden kunnen gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak herinner je jezelf er dan aan dat deze gevoelens niet zullen blijven duren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan "Mensen zullen denken dat ik aan het opscheppen ben"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan hoe moeilijk het is je te concentreren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan "Ik slaag erin alles te bereiken"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan "Ik verdien dit niet"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	je dan “Ik heb nu gewoon geluk gehad, en dat moment van geluk zal wel snel voorbij zijn”?				
16	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan hoe trots je bent op jezelf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Wanneer je je blij/gelukkig voelt, hoe vaak denk je dan aan dingen die niet goed zijn gegaan voor jou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bijna nooit	Soms	Vaak	Bijna altijd

Bijlage 7 RRS

RRS-NL

Ruminative Response Scale

Mensen denken en doen verschillende dingen wanneer ze zich verdrietig, somber, of depressief voelen. Geef hieronder alstublieft aan in hoeverre u doet wat daar beschreven staat, wanneer je droevig bent, je neerslachtig of depressief voelt. Geef aan wat u doorgaans werkelijk doet, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.

		bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
1	Ik denk "Waarom reageer ik altijd op deze manier?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ik analyseer recente gebeurtenissen om te proberen te begrijpen waarom ik neerslachtig/depressief ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ik denk na over een recente gebeurtenis, waar ik dan van wens dat het beter was verlopen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ik ga alleen weg en denk na over waarom ik me zo voel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ik denk "Waarom heb ik problemen die andere mensen niet hebben?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ik schrijf op waar ik aan zit te denken en analyseer dat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ik denk "Wat doe ik toch om dit te verdienen?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ik analyseer mijn persoonlijkheid om te proberen te begrijpen waarom ik neerslachtig/depressief ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ik denk "Waarom kan ik de dingen niet beter aan?"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ik ga ergens in m'n eentje naartoe om na te denken over mijn gevoelens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>