

Masterthesis

Heeft het gebruik van cognitieve copingstrategieën verband met het ervaren van heimwee en de psychische gezondheid?



Universiteit Utrecht

Esther van Doorn

3672247

12-02-2015

Begeleider: dr. Maarten Eisma

Samenvatting

Heimwee wordt gekenmerkt door gehechtheid aan thuis en afkeer tegen een nieuwe omgeving. Het kent een hoge prevalentie en brengt mentale klachten met zich mee. Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat er een sterk verband bestaat tussen het gebruik van cognitieve copingstrategieën en emotionele problemen. De cognitieve copingstrategieën die in huidig onderzoek gebruikt worden bestaan uit: Jezelf de schuld geven, anderen de schuld geven, accepteren, concentreren op planning, concentreren op andere positieve zaken, rumineren, positief herinterpreteren, relativieren en catastroferen. Het doel van huidig onderzoek was inzicht verkrijgen in het verband tussen cognitieve copingstrategieën enerzijds, en heimwee en de psychische gezondheid anderzijds in een groep studenten die kwetsbaar is voor het ontwikkelen van heimwee. Er werden voor deze studie namelijk twee groepen geworven, eerstejaarsstudenten die niet meer bij hun ouders woonden en internationale studenten. Er namen 165 studenten deel aan het onderzoek door middel van het invullen van een online vragenlijst. De participantengroep bestond uit 28 mannen en 137 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 21.18 ($SD = 2.39$). De constructen die werden gemeten zijn heimwee, het gebruik van cognitieve copingstrategieën, angst en depressie. Tevens zijn er achtergrondvariabelen meegenomen, om te onderzoeken of deze invloed hadden op de afhankelijke variabelen. Uit de resultaten bleek rumineren consistent geassocieerd met het ervaren van heimwee en psychische klachten. Zich concentreren op andere positieve zaken ging daarentegen consistent gepaard met minder heimwee en psychische klachten. Dit zou kunnen betekenen dat studenten die heimwee en daaraan gerelateerde psychische klachten ervaren geholpen kunnen worden door minder te rumineren en zich meer te richten op positieve dingen. Wanneer vervolgonderzoek de resultaten bevestigt, kunnen er effectieve therapieën ingezet worden om de studenten die klachten ervaren te helpen. Therapieën die minder rumineren en meer positief denken kunnen bewerkstelligen zijn onder andere cognitieve gedragstherapie, mindfulness en metacognitieve therapie.

Abstract

A strong connection to home and aversion against a new environment form the base of homesickness. It has a high prevalence and it comes with mental issues. Previous research has shown a strong connection between the use of cognitive emotion regulation and emotional problems. The cognitive emotion regulation used in this research contain self-blame, other-blame, acceptance, refocus on planning, positive refocusing, rumination, positive reappraisal, putting into perspective and catastrophizing. The purpose of this research was to show the relation between cognitive emotion regulation on the one side, and homesickness and the psychic health on the other side. A group of students vulnerable of creating a form of homesickness was used to get the results. This group was made up of two groups of students: first year students living on their own and international students. Twenty-eight men and 137 women participated in this research. The average age of the participating students was 21.18 (SD=2.39). The measured constructs were homesickness, the use of cognitive emotion regulation, anxiety and depression. Background variables were used to show if these background variables were influencing the dependent variables. The results show that rumination is consistently associated with the feeling of homesickness and psychic problems/symptoms. On the other side, positive refocusing was consistently associated with a reduction of homesickness and psychic problems/ symptoms. This could possibly mean that students who suffer from homesickness and/or psychic problems/symptoms could be helped if they manage to decrease the amount rumination and increase the amount of positive refocusing. When follow-on research confirms the results, effective therapies could be made and used to help the students suffering from one of the complaints. Cognitive behavioral therapy, mindfulness and metacognitive therapy can cause less rumination and more positive refocusing.

Inleiding

De studententijd, de mooiste tijd van je leven wordt vaak beweerd. Veel feestjes, nieuwe mensen leren kennen en heel veel vrijheid. Het klinkt als het ideale leventje voor een student. Echter, het verlaten van het ouderlijk huis om te gaan studeren blijkt voor velen ook negatieve gevolgen te hebben, zoals

heimwee.

Heimwee is een universeel verschijnsel (Fisher & Hood, 1987; Stroebe, van Vliet, Hewstone, & Willis, 2002). Ongeveer de helft van de Nederlandse studenten heeft hier last van (Stroebe et al., 2002), en 7% van de studenten met heimwee, ervaart de symptomen van heimwee in extreme mate, hetgeen het dagelijks functioneren ernstig kan belemmeren (Eurelings-Bontekoe, Brouwers, Verschuur, & Duijsens, 1998; Thurber, 1995, 1999). Opvallend is dat er tevens veel studenten zijn die geen gevoelens van heimwee ervaren, of niet in dusdanige mate dat het dagelijks functioneren wordt belemmerd. Het is dus mogelijk dat er gedrag is, bewust danwel onbewust, waardoor sommige studenten beschermd worden tegen heimwee. Er is echter maar weinig onderzoek gedaan naar de risico- en beschermende factoren die de effecten van het verlaten van het ouderlijk huis (of een andere vertrouwde omgeving) beïnvloeden (Stroebe et al., 2002; Tilburg, Vingerhoets & Heck, 1999).

Er is geen precieze definitie van heimwee te vinden in de literatuur (Stroebe et al., 2002). Zo wordt het omschreven als 'het leed veroorzaakt door het verlaten van het ouderlijk huis en het verkeren in een nieuwe en onbekende omgeving' (Terry, Leary & Mehta, 2013; Thurber & Walton, 2007) of als 'een negatieve emotionele staat gekarakteriseerd door herhaaldelijke gedachten aan thuis, het missen van vrienden, het verlangen naar de vertrouwde omgeving en vaak bijkomende lichamelijke klachten' (Nijhof & Engels, 2007).

Fisher (1989) stelde een model op waarin heimwee werd gezien als een reactie op het verlaten van de vertrouwde omgeving en het vestigen in een nieuwe omgeving. Archer, Ireland, Amos, Broad, en Currid (1998) onderzochten de reactie op de scheiding met de vertrouwde omgeving met theorieën uit de rouwliteratuur. Zij identificeerden dezelfde twee factoren die kenmerkend zijn voor heimwee: afkeer tegen de nieuwe omgeving en gehechtheid aan thuis. Stroebe en collega's (2002) werkten de kenmerken van de twee factoren verder uit op basis van het Dual Process Model of coping with bereavement (DPM) (Stroebe & Schut, 1999), een model dat inzicht geeft in het proces van verliesverwerking. Zij stelden dat heimwee net als rouw voortkomt uit de gevolgen van verlies en aanpassing aan een nieuwe situatie. Zoals mensen bij rouw moeten omgaan met het verlies van een dierbare en de veranderingen in hun leven door dit verlies, moeten mensen met heimwee leren omgaan

met het (tijdelijke) verlies van familie en vrienden, en met de nieuwe omgeving en omstandigheden. Heimwee toont veel gelijkenissen met rouw, en kan beschouwd worden als een soort van mini-rouwproces (Stroebe et al., 2002).

Heimwee kan leiden tot depressieve gevoelens, ontevredenheid over de studiekeuze en concentratie- en motivatieproblemen. Dit kan negatieve gevolgen hebben op de studieresultaten (Terry et al., 2013). Studenten met sterke heimwee hebben bijvoorbeeld drie keer zoveel kans om hun studie niet af te maken (Burt, 1993). Tevens wordt heimwee in verband gebracht met slapeloosheid, verliezen van de eetlust, maar ook met gezondheidsproblemen als diabetes en problemen met het immuunsysteem (Fisher et al., 1985; Tilburg, 2006). Daarnaast geeft heimwee een verhoogd risico op symptomen van angst en depressie (Verschuur, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2004), eenzaamheid (Stroebe et al., 2002) en sociale isolatie (Watt & Badger, 2009).

Gezien de hoge prevalentie en de nadelige gevolgen van heimwee is het van klinisch en maatschappelijk belang hier nader onderzoek naar te doen. Een aspect van gedrag dat heimwee na een verhuizing kan voorkomen of juist versterken is coping. Coping is de manier waarop een persoon met stress of problemen omgaat. Onder het begrip coping worden zowel mentale als gedragsmatige acties en reacties verstaan, gericht op het de baas worden en blijven van een als stressvol ervaren interne of externe prikkel of gebeurtenis (Egmond, 2008; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1984). Copingstrategieën kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld (cf. Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001). De meest gebruikte onderverdeling is die naar emotie- versus probleemgerichte coping (Folkman & Lazarus, 1980). Probleemgerichte coping is gericht op het oplossen van het probleem, bij emotiegerichte coping probeert men de gevoelens die het probleem veroorzaken te veranderen (Folkman & Lazarus, 1980). Tevens wordt er onderscheid gemaakt tussen cognitieve copingstrategieën (omgaan met de situatie in het denken) en gedragsmatige copingstrategieën (omgaan met de situatie in het gedrag, hierbij vindt dus daadwerkelijk actie plaats). Probleemgerichte en emotiegerichte copingstrategieën bevatten zowel cognitieve- als gedragsmatige componenten. Zo bevat emotiegerichte coping de cognitieve component relativeren en de gedragsmatige component gebruik van verdovende middelen. Probleemgerichte coping bevat cognitieve componenten als nadenken over welke stappen er gezet moeten worden om met een

probleem om te gaan, en gedragsmatige componenten zoals op zoek gaan naar hulp en/of informatie (Folkman & Lazarus, 1980).

Men leert verschillende copingstrategieën aan in de ontwikkeling van kind naar volwassene. Als het kind jong is, maakt het vooral gebruik van eenvoudige, vaak gedragsmatige, manieren om met gebeurtenissen om te gaan. Naarmate men ouder wordt leert men tevens interne cognitieve strategieën te ontwikkelen en gebruiken (Garnefski & Kraaij, 2007). Deze strategieën worden vaak aangeleerd in de adolescentie. Belangrijke cognitieve vaardigheden zijn het vermogen tot abstract denken, hypothetisch redenen en zelfreflectie. Door dergelijke vaardigheden kan men zich inleven in andere personen, vooruit plannen, consequenties na gedragingen zien aankomen en problemen van meerdere kanten bekijken. Deze cognitieve vaardigheden zijn erg belangrijk bij het reguleren van emoties. Hoewel de manier om emoties te reguleren door cognitieve strategieën universeel is, bestaan er grote verschillen tussen individuen in de hoeveelheid cognitieve activiteit en tevens in gebruikte cognitieve copingstrategieën (Garnefski & Kraaij, 2007).

Garnefski, Kraaij en Spinhoven (2001) constateerden in hun onderzoek naar cognitieve coping in verband met emotionele problemen dat de meest gebruikte verdeling van coping (emotie- versus probleemgerichte coping), tekortschiet in het feit dat deze verdeling een mix is van zowel cognitieve- als gedragsmatige copingstrategieën. Terwijl deze strategieën, theoretisch gezien, via hele verschillende processen verlopen. Volgens hen moet bij onderzoek naar disfunctioneel gedrag cognitieve en gedragsmatige copingstrategieën gescheiden onderzocht worden om tot betekenisvolle resultaten te komen (Garnefski et al., 2001). Om dit te verwezenlijken, hebben Garnefski en collega's (2001) een vragenlijst naar cognitieve copingstrategieën ontwikkeld; de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ).

De CERQ kent negen subschalen, namelijk: jezelf de schuld geven (jezelf verantwoordelijk houden voor wat je is overkomen), accepteren (je neerleggen bij wat er is gebeurd), rumineren (herhaaldelijk denken over gevoelens en gedachten die geassocieerd zijn met de negatieve gebeurtenis), concentreren op andere/ positieve zaken (denken aan andere, plezierige zaken), concentreren op planning (denken aan wat voor een stappen er gezet moeten worden om met de gebeurtenis om te gaan), positief herinterpreteren (positieve betekenis aan gebeurtenis toekennen),

relativeren (de betrekkelijkheid erkennen van de gebeurtenis), catastroferen (herhaaldelijke terugkerende gedachten over hoe verschrikkelijk de gebeurtenis is geweest) en anderen de schuld geven (anderen verantwoordelijk houden voor wat je is overkomen). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen adaptieve en maladaptieve cognitieve copingstrategieën, waarbij adaptieve strategieën geassocieerd worden met positieve uitkomsten en maladaptieve strategieën met negatieve uitkomsten (Garnefski et al., 2001).

Uit voorgaand onderzoek is gebleken dat de cognitieve copingstrategieën jezelf de schuld geven, rumineren, catastroferen en anderen de schuld geven, maladaptieve copingstrategieën zijn. Deze copingstrategieën worden geassocieerd met negatieve emoties, zoals depressieve gevoelens en angst, en gaan gepaard met meer moeite met aanpassen aan stressvolle situaties en gebeurtenissen (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; D'Acremont & van der Linden, 2007; Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002a; Garnefski & Kraaij, 2006; Jermann, van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006; Kraaij et al., 2003; Kraaij, Garnefski, & van Gerwen, 2003; Martin & Dahlen, 2005; Webb, Miles & Sheeran, 2012). Concentreren op andere positieve zaken, concentreren op planning, relativeren en accepteren blijken adaptieve cognitieve copingstrategieën te zijn (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2003; Schroevers, Kraaij, & Garnefski, 2007). Positief herinterpreteren is over het algemeen de meest adaptieve cognitieve copingstrategie (Schroevers et al., 2007). Deze staat onder meer in verband met het ervaren van minder angstige en depressieve gevoelens (Garnefski et al., 2003; Martin & Dahlen, 2005).

Er zijn een aantal onderzoeken gedaan naar het verband tussen coping en heimwee (Christopher, Thurber & Weisz, 1997; Nijhof & Engels, 2007; Van Tilburg, Vingerhoets & van Heck, 1996). Echter, de vragenlijsten die gebruikt worden bij onderzoek naar coping bij heimwee bevatten allemaal schalen die zowel cognitieve- als gedragsmatige componenten van copingstrategieën bevatten (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Folkman & Lazarus, 1980, 1985; van Tilburg, Vingerhoet, & Van Heck, 1997). Onderzoek naar enkel de cognitieve copingstrategieën in verband met heimwee gescheiden van de gedragsmatige copingstrategieën is nog niet eerder uitgevoerd. Kennis over adaptieve en maladaptieve copingstrategieën bij heimwee is nodig om goed werkende interventies in te zetten voor studenten die ernstige heimwee ervaren. Hierdoor kan mogelijk veel leed en nadelige

invloeden op academische resultaten en studievoortgang voorkomen worden.

Het huidige onderzoek richt zich op het verband tussen cognitieve copingstrategieën enerzijds, en het ervaren van heimwee en psychische gezondheid anderzijds, bij personen die een verhoogd risico ervaren om heimwee te krijgen, namelijk eerstejaars- en uitwisselingsstudenten (Fisher, Frazer, & Murray, 1986). De psychische klachten die het sterkst met heimwee geassocieerd zijn, zijn gevoelens van depressie en angst (Christopher, Thurber & Weisz, 2012; Nijhof & Engels, 2007; Thurber, 1995). De psychische gezondheid in huidig onderzoek omvat om deze reden de constructen depressie en angst. In huidig onderzoek is onderzocht of er een verband is tussen de negen cognitieve copingstrategieën en het ervaren van heimwee. Er werd verwacht dat maladaptieve cognitieve copingstrategieën (rumineren, jezelf de schuld geven, catastroferen en anderen de schuld geven) positief geassocieerd zullen zijn met het ervaren van heimwee; meer gebruik van deze copingstrategieën zal samen gaan het ervaren van heimwee. Het gebruik van adaptieve copingstrategieën (positief herinterpreteren, concentreren op andere positieve zaken, concentreren op planning, relativeren en accepteren) werd daarentegen verwacht negatief geassocieerd te zijn met het ervaren van heimwee. Uit de literatuur blijkt dat rumineren, jezelf de schuld geven en catastroferen positief geassocieerd is met gevoelens van angst en depressie (Garnefski et al., 2006). Positief herinterpreteren is daarentegen negatief geassocieerd met het ervaren van psychische klachten (Schroevens et al., 2007). Er werd daarom verwacht dat rumineren, jezelf de schuld geven en catastroferen gerelateerd zijn aan een slechtere psychische gezondheid en dat positief herinterpreteren gerelateerd zal zijn aan een betere psychische gezondheid. Ten slotte werd verwacht dat wanneer er meer heimwee werd ervaren, dit gepaard zou gaan met een slechtere psychische gezondheid.

Methoden

Participanten

In totaal namen er 165 mensen deel aan het onderzoek. Deze groep bestond uit 28 mannen (17%) en 137 vrouwen (83%) die behoorden tot de leeftijdscategorie van 18-35 jaar. De gemiddelde leeftijd was 21.18 ($SD = 2.39$). Voor deze studie werden twee groepen geworven, namelijk eerstejaarsstudenten die

niet meer bij hun ouders woonden en internationale studenten (dus ook Nederlandse studenten die in het buitenland studeren). De participantengroep bestond uit 32 verschillende nationaliteiten, waaronder 59 Nederlandse participanten (35,8%) en 31 Ierse participanten (18,8%). 22 participanten (13,3%) studeerden in Nederland en 143 (87,7%) in het buitenland. Tevens werd er gekeken naar de fysieke afstand tot thuis. De kleinste afstand was 0 km, de grootste afstand was 16668 km en de gemiddelde afstand van huis was 2378 km (SD= 3274). De participanten die 0 km ingevoerd hebben woonden in de plaats waar zij studeren en waar tevens het ouderlijk huis zich bevindt. 133 participanten (80,6%) had voor het studeren nog geen ervaring met langdurig verblijf van huis (> 4 weken).

Procedure

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een online vragenlijst. Hiervoor is gekozen, omdat op deze manier zowel Nederlandse als internationale studenten bereikt kunnen worden. Tevens is het een eenvoudige manier van het afnemen van een vragenlijst die meer dan een paar minuten tijd in beslag neemt. Deelnemers konden dit dan immers op een tijd en plek invullen die voor hen goed uitkwam. De werving is op verschillende manieren verlopen; via sociale media, via instellingen als het international office, via de proefpersoonuren site van de Universiteit Utrecht en tevens via bekenden die momenteel studeren in het buitenland. Er werden wervingstekstjes geplaatst op sociale media, (bijvoorbeeld Facebookpagina's voor internationale en eerstejaarsstudenten) en daarnaast werden bekenden die in het buitenland studeerden persoonlijk benaderd om mee te doen. Als selectiecriteria werd aangehouden dat de participanten het ouderlijk huis dit jaar verlaten hadden om te gaan studeren of dat zij op het moment van deelname studeerden in het buitenland.

Wanneer iemand wilde deelnemen aan het onderzoek, kreeg hij/zij eerst een informatiepagina te lezen over het onderzoek (zie Bijlage A). Hierop werd het doel van het onderzoek, de manier waarop dit werd uitgevoerd en de voorwaarden voor de deelname beschreven. Daarna werd de deelnemer gevraagd om online toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek (toestemmingsformulier: zie Bijlage B), zoals beschreven op de informatiepagina. Er kon door de

deelnemer gekozen worden of het onderzoek in het Nederlands of in het Engels werd afgenomen. Het onderzoek bestond uit een online vragenlijst, die bestond uit een aantal vragenlijsten die verschillende constructen maten. Het huidige onderzoek was onderdeel van een groter project naar heimwee, waaraan zes Masterstudenten meewerkten. Elke student had een andere onderzoeksvraag. De gedeelde afhankelijke variabele was heimwee.

Meetinstrumenten

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van vier vragenlijsten, namelijk een vragenlijst naar demografische gegevens (zie Bijlage C), de verkorte versie van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2006) (zie Bijlage E), de Utrechtse Homesickness Scale (UHS) (Stroebe, van Vliet, Hewstone & Willis (2002) (zie Bijlage F) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Engelse versie: Zigmond & Snaith, 1983; Nederlandse versie: Spinhoven et al., 1997) (zie Bijlage G).

Demografische gegevens

In een zelfgemaakte vragenlijst naar demografische gegevens werd naar leeftijd, sekse, nationaliteit, huidige woonplaats, land en plaats waar men voorheen woonde en naar de woonplaats van de ouders gevraagd.

CERQ-short

Om de cognitieve copingstrategieën te meten die de participanten gebruiken, werd gebruik gemaakt van de verkorte versie van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short) (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2006). De CERQ-short stelt vast wat iemand denkt op het moment van of na het meemaken van een bedreigende of stressvolle gebeurtenis. De 18-item CERQ-short is ontwikkeld door Garnefski en collega's (2006). De psychometrische kwaliteiten van de CERQ-short zijn goed. De α van de Engelse versie varieert per subschaal van .67 tot .81 (Garnefski & Kraaij, 2006) van de Nederlandse versie zijn deze cijfers niet bekend. De CERQ-short kent dezelfde negen schalen

als de CERQ, namelijk jezelf de schuld geven, accepteren, rumineren, concentreren op andere/positieve zaken, concentreren op planning, positief herinterpreteren, relativieren, catastroferen en anderen de schuld geven. Iedere subschaal bevat twee items. Participanten gaven antwoord door middel van een 5-puntsschaal lopend van 1 ((bijna)nooit) tot 5 ((bijna)altijd). De minimale score per schaal is 2 en de maximale score 10. Hoe hoger de score per subschaal, hoe vaker de specifieke cognitieve copingstrategie wordt gebruikt door de participant. In het huidige onderzoek varieert de α van .53 (jezelf concentreren op andere positieve zaken) tot .80 (catastroferen).

Utrecht Homesickness Scale

Om te meten of er heimweegevoelens aanwezig zijn bij de participant werd er gebruik gemaakt van de Utrecht Homesickness scale (UHS). De UHS is ontwikkeld door Stroebe, van Vliet, Hewstone en Willis (2002) naar aanleiding van een cross-cultureel onderzoek naar heimwee bij studenten uit Nederland en Engeland. De vragenlijst bestaat uit vijf componenten van heimwee, namelijk het missen van familie, eenzaamheid, het missen van vrienden, moeite met aanpassen en het rumineren over thuis. De vragenlijst bestaat uit 20 items, vier items over elk van de vijf componenten. Participanten werd gevraagd in welke mate de aangegeven verschijnselen bij hen optraden in de afgelopen vier weken, op een 5-puntsschaal variërend van 1 (niet) tot 5 (zeer sterk). Een voorbeeld van een item dat onder het component 'het missen van vrienden' valt is 'op zoek zijn naar bekenden gezichten'. De subschaal eenzaamheid wordt onder andere gemeten door het item 'voelen geïsoleerd te zijn van de rest van de wereld'. De minimale score op de UHS is 20 en de maximale score 100. Hoe hoger de score, hoe sterker het heimweegevoel. De betrouwbaarheid van de vragenlijst is uitstekend, de α is .94. In huidige onderzoek was de α .91.

Hospital Anxiety and Depression Scale

Om de psychische gezondheid van de participanten te meten werd de Hospital Anxiety and Depression Scale afgenomen (HADS: Zigmond & Snaith, 1983; Nederlandse vertaling: Spinhoven et al., 1997). De HADS was oorspronkelijk een screeningsinstrument naar depressieve en angstgevoelens

bij patiënten in het ziekenhuis. De HADS meet deze twee constructen zonder daarbij lichamelijke klachten te betrekken. De vragenlijst bestaat uit een angstschaal en een depressieschaal, die beide bestaan uit 7 items. Een voorbeelditem van deze vragenlijst dat angst meet is: 'ik voel me gespannen'. Een voorbeelditem dat depressie meet is: 'ik verheug me van tevoren al op dingen' (omgekeerd gescoord). De items worden beantwoord op een 4-puntsschaal (0-3). De minimale score per schaal is 0 en de maximale 21. Hogere scores wijzen op meer klachten. De schalen van de HADS in huidig onderzoek hebben een α van .80 voor de angstschaal en een α van .67 voor de depressieschaal.

Analyses

Er is gebruik gemaakt van een correlationeel cross-sectioneel design. De onafhankelijke variabelen in dit onderzoek zijn de cognitieve copingstrategieën. De afhankelijke variabelen zijn gevoelens van heimwee en gevoelens van angst en depressie.

Voor de data analyse werd het programma Statistical Package for the Social Sciences 20.0 (SPSS 20.0) gebruikt. De analyses die werden uitgevoerd waren: correlaties, T-toets voor onafhankelijke groepen en multipele regressies. Tevens worden er analyses uitgevoerd om het effect van de achtergrondvariabelen (geslacht, leeftijd, fysieke afstand tot thuis en internationale of eerstejaars Nederlandse studenten) op de afhankelijke variabelen (gevoelens van heimwee en gevoelens van angst en depressie) te meten. Hiervoor zijn de categorische variabelen omgezet naar dummy variabelen.

Resultaten

Vooranalyses

Assumpties

De totaalscores op de variabelen die gebruikt werden voor huidig onderzoek, namelijk heimwee, angst, depressie, fysieke afstand, de negen cognitieve copingstrategieën en leeftijd werden geïnspecteerd met behulp van boxplots. Hieruit bleek dat er sprake was van één uitbijter op de variabele heimwee, één uitbijter op de variabele angst en één op depressie. Daarnaast waren er vijf uitbijters op de variabele cognitieve coping, namelijk één op de copingstrategie accepteren, één op

concentreren op planning en twee op anderen de schuld geven. Om te kijken of deze uitbijters effect hadden op de resultaten, werd gekeken naar de verschillen op de α , het (schaal)gemiddelde van variabelen en naar de correlaties tussen de variabelen in de dataset die uitbijters bezaten met en zonder de deelnemers die deze uitbijters vertoonden. Voor de variabelen heimwee, psychische gezondheid en cognitieve coping bleken er enkel minimale verschillen te bestaan op deze waarden. Tevens werd vastgesteld, aan de hand van scatterplots, normal P-P plots en histogrammen, dat aan de assumpties van regressieanalyses, namelijk lineariteit van relaties tussen variabelen, en homogeniteit en normale verdeling van de residuen voldaan is. Deze controles lieten zien dat enkel bij de variabele fysieke afstand sprake was van schendingen van een van deze assumpties, deze variabele was namelijk zeer scheef verdeeld. Dit is logisch aangezien er Nederlandse studenten en internationale studenten deelnemen aan het onderzoek; de afstanden tot thuis tussen beide groepen zijn erg verschillend.

Achtergrond variabelen en heimwee, angst en depressie

Door middel van een T-toets voor onafhankelijke groepen werd gekeken of mannen en vrouwen verschilden op het ervaren van heimwee, angst en depressie. Er werd geen significant verschil gevonden bij het ervaren van heimwee tussen vrouwen ($M = 48.22$, $SD = 13.42$) en mannen ($M = 46.29$, $SD = 12.44$), $t(163) = .70$, $p = .48$. Er bleek evenmin een verschil op angst tussen vrouwen ($M = 6.15$, $SD = 3.49$) en mannen ($M = 7.11$, $SD = 4.02$), $t(163) = -1.29$, $p = .20$. Tenslotte werd op depressie ook geen significant verschil gevonden tussen vrouwen ($M = 3.48$, $SD = 2.88$) en mannen ($M = 3.93$, $SD = 2.92$), $t(163) = -.75$, $p = .46$.

Er is tevens een T-toets voor onafhankelijke groepen uitgevoerd om te berekenen of het effect heeft op heimwee of de participant een internationale student is. Er bleek echter geen effect te zijn tussen internationale studenten (studenten die studeren in het buitenland en studenten uit het buitenland die studeren in Nederland) ($M = 48.06$, $SD = 13.71$) en niet-internationale studenten (eerstejaars Nederlandse studenten) ($M = 46.82$, $SD = 9.84$), $t(163) = -.41$, $p = .68$. Er bleek evenmin een verschil op angst tussen internationale studenten ($M = 6.29$, $SD = 3.74$) en niet-internationale studenten ($M = 6.41$, $SD = 2.46$), $t(163) = .14$, $p = .89$. Tenslotte werd op depressie ook geen significant verschil gevonden tussen internationale studenten ($M = 3.52$, $SD = 2.97$) en niet

internationale studenten ($M = 3.82$, $SD = 2.20$), $t(163) = .46$, $p = .65$.

Door middel van het berekenen van correlaties werd getoetst of er een significante relatie bestaat tussen leeftijd en fysieke afstand van thuis en het ervaren van heimwee, angst en depressie. Voor fysieke afstand werd er gebruik gemaakt van Spearman correlaties, vanwege de scheve verdeling van de variabele. Leeftijd bleek geen significante relatie te hebben met heimwee, $r = .014$; $p > .05$, en tussen fysieke afstand van thuis, $r_s = .02$, $p > .05$, en heimwee bestaat tevens geen significante relatie. Leeftijd, $r = .003$; $p > .05$, en fysieke afstand van thuis, $r_s = -.07$, $p > .05$, bleken tevens niet significant samen te hangen met angst. Ook is er geen significant verband tussen leeftijd, $r = .06$, $p > .05$, en fysieke afstand van thuis, $r_s = -.09$, $p > .05$, en depressie.

Correlaties tussen cognitieve coping, heimwee, angst en depressie

De correlaties tussen de variabelen cognitieve copingstrategieën, heimwee en angst en depressie zijn weergegeven in Tabel 1. De cognitieve copingstrategieën rumineren, $r = .22$, $p < .01$, catastroferen, $r = .16$, $p < .05$ en anderen de schuld geven, $r = .16$, $p < .05$, bleken positief samen te hangen met heimwee. Relativeren bleek negatief samen te hangen met heimwee, $r = -.18$, $p < .01$. Jezelf de schuld geven, $r = .19$, $p < .05$, rumineren, $r = .35$, $p < .01$, en catastroferen, $r = .30$, $p < .05$, waren positief gecorreleerd met angst. Meer concentreren op andere positieve zaken, $r = -.27$, $p < .01$, en meer relativeren, $r = -.17$, $p < .05$, ging samen met lagere niveaus van angst. Tevens bestonden er een positieve verbanden tussen jezelf de schuld geven, $r = .15$, $p < .05$, rumineren, $r = .21$, $p < .01$, catastroferen, $r = .22$, $p < .01$, anderen de schuld geven, $r = .14$, $p < .05$ enerzijds, en depressie anderzijds. Meer concentreren op andere positieve zaken, $r = -.24$, $p < .01$, meer concentreren op planning, $r = -.17$, $p < .05$, meer positief herinterpreteren, $r = -.16$, $p < .05$, en meer relativeren, $r = -.16$, $p < .05$, ging gepaard met lagere niveaus van depressie. Heimwee was positief gerelateerd aan gevoelens van angst, $r = .46$, $p < .001$, en depressie, $r = .52$, $p < .001$.

Tabel 1: Correlaties tussen de variabelen cognitieve coping, heimwee, gevoelens van angst en depressie (N=165)

	Heimwee	Angstgevoelens	Depressieve gevoelens	M	SD
1. Jezelf de schuld geven	.07	.19**	.15*	5.90	1.96
2. Accepteren	-.01	-.08	-.07	7.24	1.62
3. Rumineren	.22**	.35**	.21**	6.83	1.72
4. Concentreren op andere positieve zaken	-.07	-.27**	-.24**	5.24	1.74
5. Concentreren op planning	-.07	-.09	-.17*	7.36	1.69
6. Positief herinterpreteren	-.10	-.04	-.16*	7.56	1.84
7. Relativeren	-.18**	-.17*	-.16*	7.12	1.93
8. Catastroferen	.16*	.30**	.22**	4.87	1.92
9. Anderen de schuld geven	.16*	.09	.14*	4.08	1.46
10. Heimwee	1	.46**	.52**	47.89	13.24
11. Angstgevoelens	.46**	1	.60**	6.31	3.59
12. Depressieve gevoelens	.52**	.60**	1	3.56	2.88

Noot. ** Correlatie is significant op het 0.01 niveau (eenzijdig). * Correlatie is significant op het 0.05 niveau (eenzijdig)

Cognitieve copingstrategieën en heimwee: multipele regressieanalyse.

Om het verband tussen de negen cognitieve copingstrategieën en heimwee te onderzoeken werd er gebruik gemaakt van een multipele regressieanalyse. Deze analyse werd uitgevoerd om te onderzoeken welke van de negen cognitieve copingstrategieën een unieke samenhang vertoonden met heimwee. De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in Tabel 2. Het model verklaart 10.0% van de variantie, en is marginaal significant, $F(9, 155) = 1.92, p = .053$. De cognitieve copingstrategieën rumineren, $\beta = .21, t = 2.32, p < .05$, en anderen de schuld geven, $\beta = .16, t = 1.87, p < .05$, bleken in dit model significante voorspellers van heimwee. De overige cognitieve copingstrategieën bleken geen significante voorspellers voor heimwee (zie Tabel 2).

Tabel 2: Cognitieve copingstrategieën als voorspellende variabelen van heimwee (N = 165).

	B	SE B	β	p-waarde
Jezelf de schuld geven	.55	.58	.08	.17
Accepteren	.10	.71	.01	.44
Rumineren	1.65	.71	.21*	.01
Concentreren op andere p. zaken	.21	.65	.03	.37
Concentreren op planning	-.60	.75	-.08	.21
Positief herinterpreteren	-.16	.72	-.02	.41
Relativeren	-.95	.68	-.14	.08
Catastroferen	-.43	.69	-.06	.27
Anderen de schuld geven	1.41	.75	.16*	.03
R ²	.10			
F	1.92			

Noot. * $p < .05$. (eenzijdige toetsing)

Cognitieve copingstrategieën en psychische gezondheid

Tevens is het verband tussen cognitieve copingstrategieën en de psychische gezondheid onderzocht. Ook dit werd gedaan met behulp van een multiële regressieanalyse. Er werd gekeken of het gebruik van cognitieve copingstrategieën samenhangen met gevoelens van angst (zie Tabel 3). Het model waarin de cognitieve copingstrategieën een voorspeller zijn voor angst verklaart 21.5% van de variantie, en is significant; $F(9, 155) = 4.73, p = .00$. De copingstrategieën rumineren, $\beta = .57, t = 3.17, p < .001$, en jezelf de schuld geven, $\beta = .14, t = 1.74, p = .04$, bleken unieke positieve voorspellers van angstgevoelens. Meer concentreren op andere positieve zaken, $\beta = -.14, t = -1.71, p = .04$, ging samen met lagere niveaus van angst.

Tabel 2: Cognitieve copingstrategieën als voorspellende variabelen van angst (N = 165).

	B	SE B	β	<i>p</i> -waarde
Jezelf de schuld geven	.55	.58	.08	.17
Accepteren	.10	.71	.01	.44
Rumineren	1.65	.71	.21*	.01
Concentreren op andere p. zaken	.21	.65	.03	.37
Concentreren op planning	-.60	.75	-.08	.21
Positief herinterpreteren	-.16	.72	-.02	.41
Relativeren	-.95	.68	-.14	.08
Catastroferen	-.43	.69	-.06	.27
Anderen de schuld geven	1.41	.75	.16*	.03
R ²	.22			
F	4.73			

Noot. * $p < .05$. (eenzijdige toetsing)

Tevens werd gekeken welke copingstrategieën een unieke samenhang vertonen met depressieve gevoelens (zie Tabel 4). Het model waarin de cognitieve copingstrategieën een voorspeller zijn voor depressie verklaart 15.4% van de variantie, en is significant; $F(9, 155) = 3.13, p = .002$. Er bestond een positief verband tussen de cognitieve copingstrategieën jezelf de schuld geven, $\beta = .15, t = 1.75, p = .04$, rumineren, $\beta = .16, t = 1.83, p = .03$, en anderen de schuld geven, $\beta = .14, t = 1.78, p = .04$, en het ervaren van depressieve gevoelens. Meer concentreren op andere positieve zaken, $\beta = -.16, t = -1.92, p = .03$, en concentreren op planning, $\beta = -.17, t = -1.89, p = .03$, ging samen met lagere niveaus van depressie. De overige cognitieve copingstrategieën zijn geen unieke significante voorspellers voor depressieve klachten.

Tabel 4: Cognitieve copingstrategieën als voorspellende variabelen van depressie (N = 165).

	B	SE B	B	p-waarde
Jezelf de schuld geven	.21	.12	.15*	.04
Accepteren	-.03	.15	-.02	.42
Rumineren	.27	.15	.16*	.03
Concentreren op andere p. zaken	-.26	.14	-.16*	.03
Concentreren op planning	-.30	.16	-.17*	.03
Positief herinterpreteren	-.09	.15	-.05	.29
Relativeren	.04	.14	.03	.40
Catastroferen				
Anderen de schuld geven	.02	.15	.02	.44
R ²	.28	.16	.14*	.04
F	.15			
	3.13***			

Noot. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < 0.001$ (eenzijdige toetsing)

Discussie

Het huidige onderzoek is uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in het verband tussen cognitieve copingstrategieën enerzijds, en heimwee en de psychische gezondheid anderzijds in een groep studenten die kwetsbaar is voor het ontwikkelen van heimwee. In deze studie werd verwacht dat het gebruik van maladaptieve cognitieve copingstrategieën (rumineren, jezelf de schuld geven, catastroferen en anderen de schuld geven) positief geassocieerd zou zijn met heimwee. Tevens werd verwacht dat het gebruik van adaptieve cognitieve copingstrategieën (positief herinterpreteren, concentreren op andere positieve zaken, relativieren en accepteren) een negatieve samenhang zou vertonen met heimwee. Daarnaast werd verwacht dat meer rumineren, jezelf de schuld geven en catastroferen samen zou gaan met een slechtere psychische gezondheid en meer positief herinterpreteren samen zou gaan met een betere psychische gezondheid. Ten slotte werd verwacht dat wanneer er heimwee werd ervaren, dit gepaard zou gaan met een slechtere psychische gezondheid.

Uit de resultaten blijkt dat de cognitieve copingstrategieën 10 procent van de variantie van heimwee verklaren. Dit wordt gezien als een middelgroot effect (Cohen, 1988). Het model was marginaal significant. De cognitieve copingstrategieën rumineren en anderen de schuld geven bleken unieke voorspellers te zijn van de mate waarin personen heimwee ervaren. Meer gebruik van deze copingstrategieën, ging gepaard met het ervaren van meer heimwee. De overige cognitieve copingstrategieën bleken geen unieke significante voorspellers van heimwee te zijn. Mogelijk is dit ten dele te verklaren door de relatief beperkte steekproefgrootte.

Wanneer er wordt gekeken naar het verband tussen cognitieve copingstrategieën en de psychische gezondheid (angst en depressie), blijkt (overeenkomstig met verwachtingen) dat de copingstrategieën rumineren en jezelf de schuld geven unieke voorspellers zijn van het ervaren van meer angst- en depressieve gevoelens. Anderen de schuld geven was enkel een unieke voorspeller van het ervaren van meer depressieve gevoelens. Deze bevindingen komen overeen met de uitkomsten van eerder onderzoek naar cognitieve copingstrategieën en angst en depressie (Garnefski et al., 2001; 2002; Garnefski & Kraaij, 2006; 2007; Martin & Dahlen, 2005). In tegenstelling tot de verwachtingen, bleek er geen relatie te bestaan tussen de maladaptieve copingstrategie catastroferen en de psychische gezondheid. Eerdere onderzoeken toonden dit verband wel aan (Garnefski et al., 2001; Garnefski &

Kraaij, 2006; 2007; Martin & Dahlen 2005). Echter, in het onderzoek van Garnefski en collega's (2002b) bleek catastroferen geen significante voorspeller van angst te zijn bij adolescenten, terwijl catastroferen dit bij volwassenen wel was. In de adolescentie worden de cognitieve copingstrategieën aangeleerd (Garnefski & Kraaij, 2007). In verloop van tijd wordt geleerd de copingstrategieën te gebruiken en eigen te maken (Garnefski et al., 2002b). Het is dus mogelijk dat catastroferen in de adolescentie (nog) geen significante voorspeller is van angst. Hazlett-Stevens en Craske (2003) vonden dat bij angst catastroferen centraal staat. Bij depressie heeft de manier van denken een andere werking, de gedachten die typerend zijn voor een depressieve denkstijl worden niet gekenmerkt door catastroferen (Sullivan, Rodgers & Kirsch, 2001). Hierdoor is het mogelijk dat (mits de strategie catastroferen ontwikkeld is), deze wel gepaard gaat met het ervaren van minder angst, echter niet met het ervaren van minder depressieve gevoelens.

Concentreren op andere positieve zaken bleek een unieke voorspeller van het ervaren van minder angst- en depressieve gevoelens. Daarnaast was concentreren op planning een unieke voorspeller voor het ervaren van minder depressieve gevoelens. Dit werd vooraf niet verwacht, echter adaptieve strategieën worden geassocieerd met positieve uitkomsten en het rapporteren van minder psychische symptomen (Garnefski et al., 2001). Dit werd wel verwacht voor positief herinterpreteren. Bij deze copingstrategie werd dit verband niet gevonden. In het Dual Process Model of Coping with Bereavement (Stroebe & Schut, 1999) wordt duidelijk dat de aandacht verleggen naar andere zaken kan helpen bij het verwerken van een (stressvolle) gebeurtenis. Bij positief herinterpreteren wordt er een positieve betekenis aan de (stressvolle) gebeurtenis toegekend, hierbij blijft de aandacht echter wel gericht op de stressor. Hierdoor is het mogelijk dat concentreren op andere positieve zaken en planning wel unieke voorspellers zijn voor een betere psychische gezondheid en positief herinterpreteren niet.

Er werd tevens verwacht dat wanneer men meer heimwee ervaart, dat dit gepaard gaat met het ervaren van meer gevoelens van angst en depressie. De resultaten van het huidige onderzoek toonden dit inderdaad aan, hetgeen aansluit bij eerder onderzoek. Fisher (1989), Stroebe en collega's (2002) en Verschuur en collega's (2004) vonden immers hetzelfde: wanneer men meer heimwee ervaart, gaat dit gepaard met het ervaren van meer gevoelens van angst en/of depressie.

Het huidige onderzoek kent enkele beperkingen. Ten eerste was de vragenlijst tamelijk lang. Het duurde ongeveer een half uur om de vragenlijst in te vullen, hetgeen waarschijnlijk heeft geleid tot uitval. Ten tweede was het een cross-sectioneel onderzoek. Hierdoor is er geen informatie over het effect van cognitieve coping op heimwee en psychische gezondheid over tijd, noch kunnen er conclusies getrokken worden over de causaliteit van de gevonden relaties. Daarnaast hebben vooral vrouwen de vragenlijst ingevuld, wat mogelijk een vertekend beeld kan geven. Er bestaan sekseverschillen in het gebruik van cognitieve coping (Garnefski et al., 2004); beide seksen maken gebruik van dezelfde indeling van (mal)adaptieve copingstrategieën, echter welke copingstrategie er gekozen wordt verschilt tussen de seksen. Tevens vonden Garnefski en collega's (2004) dat vrouwen meer gebruik maken van maladaptieve copingstrategieën dan mannen. In het huidige onderzoek is echter geen verschil gevonden tussen mannen en vrouwen en heimwee, coping¹ en psychische klachten. Brewin, Furnham en Howes (1989) vonden dat er geen sekseverschillen bestaan bij heimwee, Stroebe en collega's (2002) vonden dit verschil echter wel. Voor vervolgonderzoek zal de verdeling van man en vrouw gelijkjer moeten. Tevens kan het interessant zijn om twee groepen te onderzoeken; er bestaan verschillen tussen de resultaten van adolescenten van huidig onderzoek en volwassenen in voorgaande onderzoeken naar cognitieve coping. Daarnaast zal er onderzoek gedaan moeten worden naar de causale relatie tussen rumineren en concentreren op andere positieve zaken enerzijds en heimwee en de psychische gezondheid anderzijds. Wanneer men hier meer inzicht in krijgt, kan dit effectiever behandeld worden.

Tevens is er gebruik gemaakt van de verkorte versie van de CERQ. Deze is gevalideerd, echter Garnefski en collega's (2007) geven aan dat het reduceren van het aantal items nadelig is voor de gehele validiteit van de vragenlijst en dat meer items zorgen voor een betere betrouwbaarheid. Hierdoor gaven de auteurs aan dat wanneer de mogelijkheid en tijd er was, de normale versie van de CERQ de voorkeur kreeg. In vervolgonderzoek zou de normale versie van de CERQ gebruikt kunnen worden, aangezien deze een hogere betrouwbaarheid heeft en derhalve meer valide is.

¹ Door middel van T-toetsen voor onafhankelijke groepen werd gekeken of mannen en vrouwen verschilden op het toepassen van de negen verschillende copingstrategieën. Er werden echter geen significante verschillen gevonden.

Naast de beperkingen van dit onderzoek, is er tevens sprake van een aantal sterke punten. Ten eerste is er gekozen om enkel eerstejaarsstudenten en internationale studenten deel te laten nemen aan het onderzoek, zodat er een steekproef gebruikt wordt die bestaat uit personen die kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van heimwee. Daarnaast was er de mogelijkheid voor de participant om de vragenlijst in te vullen op een plek en tijd naar keuze. Wanneer er participanten worden geworven op een plek waarbij de vragenlijst ter plekke ingevuld moet worden, kan er ruis ontstaan door haast en omgevingsfactoren. Tevens was er geen sprake van missende data, aangezien de vragenlijst online gemaakt werd en de computer aangaf wanneer er een vraag was overgeslagen.

Door onderzoek te doen naar cognitieve copingstrategieën krijgt men inzicht in de werking van de cognitieve processen bij emotieregulatie en kunnen er effectieve tactieken ingezet worden die zich richten op dit aspect van cognitieve vaardigheden en het reguleren van emoties. Mits toekomstig onderzoek de huidige bevindingen bevestigt, zou men op basis van dit onderzoek tactieken kunnen ontwikkelen om de prevalentie van heimwee en de daaraan gerelateerde klachten terug te dringen.

In deze steekproef bleek bijvoorbeeld dat rumineren de voornaamste voorspeller is van het ervaren van heimwee en psychische klachten. Zich concentreren op andere positieve zaken bleek de voornaamste voorspeller van het ervaren van minder heimwee en psychische klachten. Dit zou kunnen betekenen dat mensen die heimwee ervaren geholpen kunnen worden door minder te rumineren en zich meer te richten op positieve dingen. Manieren om positief denken te bevorderen kunnen gevonden worden in de technieken die cognitief gedragstherapeuten gebruiken. Een methode om cliënten te ondersteunen de geloofwaardigheid van een nieuwe opvatting toe te laten nemen, is het gebruik van een hulpkaart (ten Broeke, van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2008). De cliënt noteert zijn nieuwe opvatting op een kaart, bijvoorbeeld 'zie dingen van de positieve kant', die hij voortdurend bij zich draagt. Geadviseerd wordt de opvatting op de kaart regelmatig, en in ieder geval in moeilijke situaties, door te lezen. Op deze wijze leert de cliënt zichzelf als het ware de nieuwe functionele opvatting aan (ten Broeke et al., 2008). Bij een andere methode, namelijk een dagboek bijhouden kan een persoon elke dag voor dat hij/zij gaat slapen drie positieve gebeurtenissen opschrijven die men die dag heeft meegemaakt. Op deze manier leert men zich bewust te zijn van positieve gebeurtenissen en de aandacht te richten op het positieve (ten Broeke et al., 2008).

Om rumineren te verminderen, zou gebruik gemaakt kunnen worden van mindfulness, mindfulness based cognitive therapy (Querstret & Cropley, 2013), rumination-focused cognitive behaviour therapy (Watkins et al., 2007), metacognitieve therapie (Wells et al., 2009), en tevens van cognitieve gedragstherapie (Querstret & Cropley, 2013).

Mindfulness kent twee componenten. Het eerste component betreft zelfregulatie van de aandacht, het leren richten van de aandacht op wat er in het hier en nu speelt. Het tweede component betreft het leren aannemen van een nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt. Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken of er iets aan te willen veranderen. Mindfulness Based Cognitive Therapy richt zich specifiek op het ontwikkelen van een andere houding tegenover problemen. Deze houding kenmerkt zich door nauwkeurig waarnemen, toelaten, niet reageren en niet oordelen waardoor er ruimte komt voor acceptatie.

Bij cognitieve gedragstherapie, rumination-focused cognitive behaviour therapy en metacognitieve therapie wordt de cliënt aangemoedigd om zijn of haar denkwijze te veranderen en negatieve gedachtes anders te interpreteren. Hierdoor krijgt men een objectievere kijk op de eigen gevoelens en waarnemingen. Er wordt een meer positieve, constructieve manier van denken aangeleerd.

Deze therapieën kunnen zorgen voor het verminderen van rumineren en tevens voor het toenemen van positief denken. Wellicht kan op deze manier de hoge prevalentie en nadelige gevolgen van heimwee en daaraan gerelateerde mentale klachten worden aangepakt.

Referentielijst

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(10), 974-983.
- Archer, J., Ireland, J., Amos, S.-L., Broad, H., & Currid, L. (1998). Derivation of a homesickness scale. *British Journal of Psychology*, *89*, 205-221.
- Brewin, C. R., Furnham, A., & Howes, M. (1989). Demographic and psychological determinants of homesickness and confiding among students. *British Journal of Psychology*, *80*, 467-477.
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S., & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Burt, C. D. (1993). Concentration and academic ability following transition to university: An investigation of the effects of homesickness. *Journal of environmental psychology*, *13*(4), 333-342.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87.
- D'Acromont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, *30*(2), 271-282.
- Egmond, E. V. (2008). Waarom langer wachten? *Sociale Psychiatrie*, *27*(86), 7.
- Eurelings-Bontekoe, E. H., Brouwers, E., Verschuur, M., & Duijsens, I. (1998). DSM-III-R and ICD-10 personality disorder features among women experiencing two types of self-reported homesickness: An exploratory study. *British Journal of Psychology*, *89*(3), 405-416.
- Folkman, S. (1991). Making the case for coping. In B. N. Carpenter (Ed.). *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 31-46). New York: Praeger.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 571-579.
- Fisher, S. (1989). *Homesickness, cognition, and health*. London: Erlbaum
- Fisher, S., Frazer, N., & Murray, K. (1986). Homesickness and health in boarding school children. *Journal of Environmental Psychology*, *6*, 35-47.
- Fisher, S., & Hood, B. (1987). The stress of the transition to university: A longitudinal study of psychological disturbance, absent-mindedness and vulnerability to homesickness. *British Journal of Psychology*, *78*(4), 425-441.
- Fisher, S., Murray, K., & Frazer, N. A. (1985). Homesickness, health and efficiency in first year students. *Journal of Environmental Psychology*, *5*(2), 181-195.
- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1317-1327.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, *32*, 401-408.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, *40*, 1659-1669.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V. and Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2002a). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., Teerds, J., & Onstein, E. (2002b). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, *25*, 603-611.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. G. (2003). The catastrophizing worry process in generalized anxiety disorder: A preliminary investigation of an analog population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(4), 387-401.

- Jermann, F., van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive emotion regulation (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment, 22*, 126–131.
- Kraaij, V., Garnefski, N., & van Gerwen, L. (2003). Cognitive coping and anxiety symptoms among people who seek help for fear of flying. *Aviation, Space and Environmental Medicine, 74*, 273–277.
- Kraaij, V., Garnefski, N., de Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 185–193.
- Lazarus R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress and anger. *Personality and Individual Differences, 39*, 1249–1260.
- Nijhof, K. S., & Engels, R. C. (2007). Parenting styles, coping strategies, and the expression of homesickness. *Journal of Adolescence, 30*(5), 709-720.
- Querstret, D., & Cropley, M. (2013). Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clinical psychology review, 33*(8), 996-1009.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences, 43*(2), 413-423.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*, 197–224.
- Stroebe, M., Vliet, T., Hewstone, M., & Willis, H. (2002). Homesickness among students in two cultures: Antecedents and consequences. *British Journal of Psychology, 93*(2), 147-168.
- Terry, M. L., Leary, M. R., & Mehta, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity, 12*(3), 278-290.
- Thurber, C. A. (1995). The experience and expression of homesickness in preadolescent and adolescent boys. *Child Development, 66*(4), 1162-1178.
- Thurber, C. A. (1999). The phenomenology of homesickness in boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*(2), 125-139.
- Thurber, C. A., & Walton, E. (2007). Preventing and treating homesickness. *Pediatrics, 119*(1), 192-201.
- Thurber, C. A., & Walton, E. A. (2012). Homesickness and adjustment in university students. *Journal of American College Health, 60*(5), 415-419.
- Van Tilburg, M. A. (2006). The psychological context of homesickness. In: M.A. Van Tilburg & A.J.J.M. Vingerhoets (Eds.). *Psychological aspects of geographical moves: Homesickness and acculturation stress* (pp 37-49). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Tilburg, M. A., Vingerhoets, A. J., & Van Heck, G. L. (1997). Coping with homesickness: The construction of the adult homesickness coping questionnaire. *Personality and Individual Differences, 22*(6), 901-907.
- Van Tilburg, M. A., Vingerhoets, A. J., & Heck, G. L. V. (1999). Determinants of homesickness chronicity: Coping and personality. *Personality and Individual Differences, 27*(3), 531-539.
- Verschuur, M. J., Eurelings-Bontekoe, E. H., & Spinhoven, P. (2004). Associations among homesickness, anger, anxiety and depression. *Psychological Reports, 94*(3c), 1155-1170.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., & Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy, 45*(9), 2144-2154.
- Watt, S. E., & Badger, A. J. (2009). Effects of social belonging on homesickness: An application of the belongingness hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin, 35*, 516-530.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin, 138*(4), 775.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research, 33*(3), 291-300.

Bijlage A: Informatiepagina

Beste participant,

Hartelijk dank voor je belangstelling in ons onderzoek. Voordat je begint aan het onderzoek, vinden wij het belangrijk dat je goed geïnformeerd bent over het onderzoek. Hieronder vind je daarom enige informatie over verschillende onderwerpen die te maken hebben met het onderzoek.

Wat is het doel van het onderzoek?

Het onderzoek is een wetenschappelijke studie naar heimwee. Zes studenten van de Universiteit Utrecht doen voor hun masterscriptie onderzoek naar heimwee aan de hand van verschillende invalshoeken. Het voornaamste doel van de studie is om meer inzicht te krijgen in risico- en beschermende factoren die een rol spelen in het ervaren van heimwee.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Voor dit onderzoek vragen wij je een online vragenlijst in te vullen. Het duurt ongeveer een half uur om alle vragen in te vullen. Sommige mensen zullen hier uiteraard iets korter over doen, en anderen wellicht iets langer.

Wie kan deelnemen aan de studie?

We zijn op zoek naar eerstejaars studenten die in het afgelopen jaar voor het eerst hun ouderlijk huis hebben verlaten en op een andere plaats zijn gaan wonen. Tevens zoeken wij studenten die studeren in het buitenland.

Wat gebeurt er als je niet (meer) aan het onderzoek mee wilt doen?

Deelname aan het onderzoek is vanzelfsprekend geheel vrijwillig. Hoewel wij natuurlijk het liefst willen dat je alle vragenlijsten invult, kan je ten alle tijden zonder opgave van reden stoppen met deelnemen. Ook als je nu toestemming geeft voor deelname, kan je je op een later tijdstip terugtrekken. Als je hiertoe besluit, heeft dit verder geen gevolgen voor je.

Wat gebeurt er met je gegevens?

Alle informatie die je ons tijdens het onderzoek geeft, zal vertrouwelijk worden behandeld. Alleen de studenten die betrokken zijn bij het onderzoek hebben toegang tot deze gegevens. Jouw persoonlijke gegevens zullen apart worden bewaard en worden vernietigd na het verloop van het onderzoek. Bij publicaties of presentaties over de resultaten van het onderzoek zal jouw naam niet worden genoemd. Je anonimiteit is hiermee gewaarborgd.

Wil je verder nog iets weten?

Wanneer je nog vragen hebt over het onderzoek kan je je wenden tot Esther van Doorn, e-mail: e.j.vandoorn@students.uu.nl.

Deelnemen aan het onderzoek?

Als je de inhoud van deze pagina hebt gelezen, kan je onderaan de pagina toestemming geven voor deelname aan het onderzoek en verwerking van gegevens zoals beschreven. Vervolgens kan je beginnen met het invullen van de vragenlijst.

Met vriendelijke groet,

Margot Kampman
Lotte van Peer
Joy Rougoor
Toprak Demirbax
Bronwyn Henebury
Esther van Doorn

Bijlage B: Toestemmingsformulier

Titel onderzoek: Heimwee onderzoek

Kenmerk onderzoek: HW14

Ik verklaar dat ik de informatiepagina voor de deelnemer met kenmerk (HW14) heb gelezen, en begrijp de informatie. Ik heb voldoende tijd gehad om over deelname na te denken en heb gelegenheid gekregen om vragen te stellen over het onderzoek. Eventuele vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik geef toestemming voor deelname aan bovengenoemd onderzoek zoals staat beschreven op de informatiepagina.

Ik geef toestemming voor verwerking van de gegevens uit het onderzoek zoals staat beschreven op de informatiepagina.

Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik mijn toestemming tot deelname op ieder moment kan intrekken zonder hiervoor een reden op te geven.

Ik ga akkoord met het bovenstaande: Ja/ Nee

Bijlage C: Vragenlijst naar demografische gegevens

De eerstvolgende vragen gaan over jouw persoonlijke achtergrond en woonsituatie. Zou je deze kunnen invullen?

Wat is je leeftijd?

Wat is je geslacht?

Wat is je nationaliteit?

In welke woonplaats en welk land woon je nu?

In welke plaats en welk land woonde je voordat je ging studeren? (voor mensen die in het buitenland studeren, geef a.u.b. aan in welke plaats en in welk land je woonde voordat je in het buitenland ging studeren)

In welke plaats en welk land wonen je ouders nu?

Had je, voordat je ging studeren, eerder ervaring met langdurig verblijf van huis (>4 weken)?

Bijlage D: CERQ-short (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2006)

Hoe gaat u om met gebeurtenissen?

Iedereen maakt wel eens iets vervelends of iets ergs mee en gaat daar ook op zijn of haar eigen manier mee om. De volgende vragen gaan over wat u in het algemeen denkt wanneer u iets vervelends of iets ergs heeft meegemaakt. Lees de onderstaande zinnen en geef aan hoe vaak u de volgende dingen denkt. Dat doet u door een cirkel te plaatsen rondom het antwoord, dat het meest van toepassing is.

	(bijna) nooit	soms	regelmatig	vaak	(bijna) altijd
1. Ik denk eraan dat ik zelf verantwoordelijk ben voor hetgeen me overkomen is	1	2	3	4	5
2. Ik bedenk me dat ik moet aanvaarden dat mij dit is overkomen	1	2	3	4	5
3. Ik denk vaak aan hoe ik me voel over wat ik heb meegemaakt	1	2	3	4	5
4. Ik denk aan leuke dingen die er niets mee te maken hebben	1	2	3	4	5
5. Ik denk na over hoe ik de situatie kan veranderen	1	2	3	4	5
6. Ik denk dat ik iets van de situatie kan leren	1	2	3	4	5
7. Ik bedenk me dat het vergeleken met andere dingen allemaal best meevalt	1	2	3	4	5
8. Ik bedenk me voortdurend hoe verschrikkelijk het is wat ik allemaal heb meegemaakt	1	2	3	4	5
9. Ik denk er aan dat anderen verantwoordelijk zijn voor wat mij is overkomen	1	2	3	4	5
10. Ik denk dat de uiteindelijke oorzaak wel bij mij zal liggen	1	2	3	4	5
11. Ik bedenk me dat ik het moet accepteren	1	2	3	4	5
12. Ik hou me veel bezig met alles wat ik denk en voel over wat ik heb meegemaakt	1	2	3	4	5
13. Ik denk over iets leuks na in plaats van aan wat me overkomen is	1	2	3	4	5
14. Ik bedenk een plan voor wat ik het best kan doen	1	2	3	4	5
15. Ik denk dat ik als persoon 'sterker' wordt door de situatie	1	2	3	4	5
16. Ik bedenk me dat er ergere dingen in het leven zijn	1	2	3	4	5
17. Ik denk er telkens aan hoe vreselijk de situatie is geweest	1	2	3	4	5
18. Ik denk dat de uiteindelijke oorzaak bij anderen ligt	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

Bijlage E: de Utrechtse Homesickness Scale (UHS) (Stroebe, van Vliet, Hewstone & Willis (2002)

Nu volgt een vragenlijst naar de mate waarin je verlangt naar dierbare personen of een vertrouwde (thuis)omgeving. Indien je niet recentelijk verhuisd bent verzoeken wij je om de volgende vragen toch te beantwoorden.

*Kun je voor de volgende verschijnselen aangeven in welke mate deze **in de laatste vier weken** optraden?*

De antwoordcategorieën bestaan uit Niet – Zwak – Matig – Sterk - Zeer sterk

1. Verlangen naar bekenden.
2. Moeite hebben met het aanpassen aan de nieuwe leefsituatie.
3. Eenzaam zijn.
4. Denken dat je het in de oude situatie beter had dan hier en nu.
5. Missen van je familie.
6. Op zoek zijn naar bekende gezichten.
7. Ongeliefd voelen.
8. Onaangenaam vinden van de nieuwe leefsituatie.
9. Spijt hebben van de beslissing om de oude situatie te verlaten.
10. Aanhoudend gedachten hebben over thuis.
11. Verloren voelen in de nieuwe leefsituatie.
12. Missen van mensen die je vertrouwt en met wie je heel diepgaand kan praten.
13. Voelen geïsoleerd te zijn van de rest van de wereld.
14. Missen van thuis.
15. Ontworteld voelen.
16. Voelen dat je familie je heel erg mist.
17. Missen van vrienden.
18. Moeite hebben met het wennen aan nieuwe omgangsvormen.
19. Missen van je ouders.
20. Vaak aan vroeger denken.

Bijlage F: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Spinhoven et al., 1997)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Ik voel me gespannen: | Bijna altijd
Vaak
Soms
Nooit |
| 2. Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik
gewoonlijk van kon genieten: | Zeker zo veel
Wat minder
Duidelijk minder
Nauwelijks nog |
| 3. Ik heb een angstig gevoel alsof er iets
vreselijks gaat gebeuren | Zeer zeker
Zeker
Een beetje
Helemaal niet |
| 4. Ik kan lachen en de dingen van de vrolijke kan zien: | Net zoveel als gewoonlijk
Nu wat minder
Nu duidelijk minder
Helemaal niet meer |
| 5. Ik maak me zorgen: | Heel vaak
Vaak
Niet zo vaak
Heel soms |
| 6. Ik voel me opgewekt: | Nooit
Heel af en toe
Soms
Meestal |
| 7. Ik kan me ontspannen: | Altijd
Meestal
Af en toe
Nooit |
| 8. Ik heb het gevoel dat bij mij alles
moeizamer gaat: | Bijna altijd
Heel vaak
Soms
Nooit |
| 9. Ik heb een angstig, gespannen gevoel in
mijn buik: | Nooit
Soms
Vrij vaak
Heel vaak |
| 10. Het interesseert me niet meer hoe ik eruit zie: | Inderdaad, het interesseert me
helemaal niet meer
Ik besteed minder aandacht aan
mijzelf dan ik zou moet
Ik besteed misschien iets minder
aandacht aan mijzelf |

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Ik besteed minstens net zoveel
aandacht aan mijzelf als gewoonlijk |
| 11. Ik voel me onrustig: | Inderdaad, zeer vaak
Tamelijk vaak
Soms
Nooit |
| 12. Ik kijk met plezier uit naar dingen: | Net zo veel als gewoonlijk
Iets minder dan gewoonlijk
Veel minder dan gewoonlijk
Nauwelijks |
| 13. Ik raak plotseling in paniek: | Inderdaad, zeer vaak
Tamelijk vaak
Soms
Nooit |
| 14. Ik kan genieten van een goed boek of een radio-
of televisieprogramma | Vaak
Regelmatig
Af en toe
Zelden |