

Bevorderen van de geestelijke gezondheid

Een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effecten van een zelfhulp cursus met online begeleiding, gebaseerd op Acceptance and Commitment Therapy

Mirjam Elisabeth Vos

Universiteit Twente
Faculteit Gedragwetenschappen
Masterthesis Psychologie
Thema Veiligheid & Gezondheid

Juni 2010

Afstudeercommissie:
dr. E.T. Bohlmeijer
drs. M. Fledderus

Studentnummer:
0101745

Samenvatting

Achtergrond. Psychische stoornissen zoals depressie en angststoornissen komen veel voor onder de Nederlandse bevolking. Maar liefst één op de vijf Nederlanders lijdt aan een psychische stoornis. Dit leidt tot een aanzienlijke vermindering van de kwaliteit van leven van deze mensen en tot een hoge ziektelast voor de samenleving (hoge economische kosten door behandeling, arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim). Er wordt de laatste jaren steeds meer belang gehecht aan de preventie van psychische stoornissen, onder meer door het bevorderen van de geestelijke gezondheid. In dit onderzoek wordt gekeken naar het effect van een preventieve zelfhulp cursus die gebaseerd is op *Acceptance and Commitment Therapy* en die gericht is op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van mensen met lichte psychische klachten. Deelnemers aan de cursus Voluit Leven zijn via e-mail begeleid. Onderzocht is in hoeverre de mate van begeleiding invloed heeft op het effect van de interventie.

Methoden. De geestelijke gezondheid is gemeten door de MHC-SF, psychologische flexibiliteit door de AAQ-II, en *mindfulness* door de FFMQ. 376 participanten met lichte depressieve en/of angstklachten zijn voor dit onderzoek gerandomiseerd over drie condities: een interventieconditie met intensieve begeleiding, een interventieconditie met procesmatige begeleiding, en een wachtlijst. Participanten in de interventiecondities hebben gedurende negen weken de cursus doorlopen en kregen één keer per week persoonlijke feedback via e-mail. Vragenlijsten zijn afgenomen vóór de interventie en na afloop van de interventie.

Resultaten. Covariantie-analyses (ANCOVA) hebben laten zien dat de participanten in de interventiecondities na het aanbieden van de cursus, significant hoger scoren op de schalen geestelijke gezondheid, psychologische flexibiliteit en *mindfulness*. De gevonden *effect sizes* in dit onderzoek waren middelgroot tot groot. Het is gebleken dat de intensiteit van begeleiding geen significant verschil maakt voor de effectiviteit van de cursus.

Conclusie. In deze studie heeft de cursus Voluit Leven de geestelijke gezondheid, de psychologische flexibiliteit en de *mindfulness* significant verbeterd van mensen met (lichte tot matige) symptomen van een depressie en/of een angststoornis. Dit maakt de cursus Voluit Leven tot een serieuze kandidaat voor toepassing binnen de preventie van psychische stoornissen en voor geestelijke gezondheidsbevordering, temeer omdat is gebleken dat deze zelfhulp cursus al effectief is bij een minimale vorm van begeleiding. Voluit Leven zal zich in toekomstige effectiviteitsstudies en in de preventiepraktijk verder moeten bewijzen.

Summary

Background. Mental disorders like major depression and anxiety disorders are highly prevalent among the Dutch population. In the Netherlands, one in five persons suffer from a mental disorder. This causes a significant reduction in the quality of life of these people and it causes a high burden of disease to society (high economic costs due to the treatment of mental illness and loss of employment). During recent years, prevention of mental illness through the promotion of mental health has become increasingly important. This study examines the effects of a preventive self-help course based on Acceptance and Commitment Therapy that is designed to promote mental health in people who suffer from mild depression and anxiety symptoms. Participants of the self-help course “Voluit Leven” were guided by e-mail contact. The possible influence of guidance intensity on the effects of the self-help course was investigated.

Methods. Outcome measures included: mental health (measured by the MHC-SF), psychological flexibility (AAQ-II) and mindfulness (FFMQ). 376 participants with mild depressive and/or anxiety symptoms were randomized among three conditions: an intervention condition in which the participants received extensive feedback, an intervention condition in which the participants received less extensive feedback (processual guidance), and a waitlist control group. The duration of the self-help course was nine weeks. Questionnaires were retrieved before and after the intervention period.

Results. Analysis of Covariance (ANCOVA) showed that the participants in the intervention conditions improved significantly on the mental health scale, the psychological flexibility scale and the mindfulness scale. Medium and large effect sizes were found in this study. Guidance intensity turned out to have no significant effect on the outcome measures.

Conclusion. In this study the self-help course “Voluit Leven” significantly raised the levels of mental health, psychological flexibility and *mindfulness* in participants who suffer from mild depressive and/or anxiety symptoms. This makes “Voluit Leven” a potentially good candidate for the prevention of mental disorders and for the promotion of mental health. All the more because this preventive intervention has shown to be effective with only minimal guidance. “Voluit Leven” will have to prove itself in future effectiveness studies as well as in its practical applications.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding.....	4
Hoofdstuk 2 Methode.....	9
2.1 Design en participanten.....	9
2.2 Procedure.....	12
2.3 Interventie.....	13
2.4 Meetinstrumenten en meetmomenten.....	13
2.5 Statistische analyses.....	15
Hoofdstuk 3 Resultaten.....	16
3.1 <i>Drop-out</i> zelfhulpcursus.....	16
3.2 Covariantie-analyse en <i>effect sizes</i>	16
Hoofdstuk 4 Discussie.....	18
Referenties.....	22

1. Inleiding

Onder de Nederlandse bevolking komen depressie en angststoornissen veel voor. Volgens het RIVM waren er in 2003 naar schatting 856.000 mensen van 13 jaar en ouder die in het jaar daarvoor gedurende enige tijd leden aan depressie (Spijker & Schoemaker, 2008). Voor angstklachten werd dit getal in 2003 geschat op 1,7 miljoen mensen (Van Balkom, Van Dyck & Schoemaker, 2008). De belangrijkste symptomen van depressie zijn aanhoudende neerslachtigheid en een verlies van interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. Bij angststoornissen staan gevoelens van angst en vrees centraal, zonder dat er sprake is van een reële dreiging. De symptomen kunnen variëren van het hebben van een droge mond, hartkloppingen of nerveuze spanningen, tot slaap- en concentratieproblemen (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2000). Deze klachten leiden vaak tot aanzienlijke beperkingen in het functioneren van mensen (Meijer, Smit, Schoemaker & Cuijpers, 2006) en een significante vermindering in de kwaliteit van leven (Van 't Hof, Cuijpers & Stein, 2009). Naast dit persoonlijk lijden worden depressie en angststoornissen geassocieerd met een verhoogd sterftecijfer, een toename in de zorgconsumptie en daarmee gepaard gaande hoge economische kosten (Cuijpers, Van Straten, Smit, Mihalopoulos & Beekman, 2008). Deze kosten worden enerzijds veroorzaakt door de behandeling van depressie en angstklachten (bijvoorbeeld met antidepressiva en psychotherapie) en anderzijds door de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Maar liefst één op de drie arbeidsongeschikten in Nederland kan niet werken vanwege psychische stoornissen (Meijer et al., 2006).

Er zijn twee manieren om deze enorme ziektelast te verminderen: door het behandelen van mensen met een reeds bestaande psychische stoornis, en door het voorkomen van nieuwe gevallen (Cuijpers et al., 2008). Behandeling van psychische stoornissen kan maar voor een deel bijdragen aan de vermindering van de ziektelast. Eén van de redenen hiervoor is dat meer dan de helft van de mensen met psychische klachten zoals depressie zich niet laat behandelen (Spijker & Schoemaker, 2008). Een andere reden is dat de mensen die zich wel laten behandelen niet altijd een bewezen effectieve behandeling krijgen en er daarbij veel uitval is als gevolg van therapieontrouw. Onder de meest gunstige omstandigheden kan behandeling de ziektelast met maximaal 40% terugdringen (Meijer et al., 2006). Dit is de reden waarom er de afgelopen jaren steeds meer interesse gekomen is in de preventie van psychische stoornissen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat preventie van psychische stoornissen mogelijk is (Meijer et al., 2006; Beekman, Smit, Stek, Reynolds & Cuijpers, 2010; Cuijpers et

al., 2008). Met name geïndiceerde preventie lijkt effectief te zijn in het verminderen van het ontstaan van psychische klachten (Beekman et al., 2010). Daarnaast is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor de zogenaamde ‘positieve’ benadering van preventie, namelijk preventie gericht op de bevordering van de geestelijke gezondheid. Dit wordt gevoed door nieuwe inzichten vanuit het veld van de positieve psychologie, waar uit naar voren komt dat geestelijke gezondheid (of psychologisch welzijn) niet alleen gezien moet worden als de afwezigheid van een psychische stoornis, maar juist ook als het aanwezig zijn van positieve psychologische eigenschappen (Sin & Lyubomirsky, 2009). Interventies die gericht zijn op het bevorderen van deze positieve psychologische eigenschappen blijken geschikt te zijn voor het behandelen van depressie en het vergroten van het psychisch welzijn (Sin & Lyubomirsky, 2009). Onder andere de *World Health Organization* is sinds 2004 warm pleitbezorger van de bevordering van de geestelijke gezondheid (Van der Stel, 2004; Keyes, 2007). Maar wat is geestelijke gezondheid nu precies? Wanneer kunnen we zeggen dat iemand geestelijk gezond is? En hoe kunnen we mensen met depressieve klachten geestelijk gezonder krijgen?

Zoals gezegd, is geestelijke gezondheid meer dan slechts de afwezigheid van mentale ziekte (Westerhof & Keyes, 2010; Keyes, 2002; Keyes, 2005). De *World Health Organization* definieerde geestelijke gezondheid in een publicatie uit 2004 als: “*a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*” (Keyes, 2007). Geestelijke gezondheid begint dus bij het verkeren in een bepaalde, positieve staat van welzijn. Gedurende de laatste veertig jaar richt het onderzoek naar het concept geestelijke gezondheid zich op het subjectieve welzijn van een individu (Keyes, 2002). Dit subjectieve welzijn omvat de percepties en evaluaties van een persoon met betrekking tot zijn eigen emotionele, psychologische en sociale functioneren (Keyes, 2002). Uit dit onderzoek komt naar voren dat subjectief welzijn uit maar liefst dertien specifieke dimensies bestaat. Factor-analyse laat zien dat deze dertien dimensies terug te voeren zijn tot twee latente structuren, namelijk die van het hedonisch (emotioneel) welzijn en het eudaimonisch (psychologisch en sociaal) welzijn (Keyes, 2007). Hedonisch welzijn bestaat uit het ervaren van een positief affect (het regelmatig opgewekt, vrolijk en in het leven geïnteresseerd zijn) en de ervaren kwaliteit van leven (het tevreden zijn met het leven dat men leidt). Het eudaimonisch welzijn wordt volgens Ryff (1989) bepaald door de volgende zes

psychologische factoren: zelf-acceptatie, positieve relaties hebben met anderen, autonomie, gevoel van *mastery* over de omgeving, een doel hebben in het leven en tot slot het doormaken van persoonlijke groei. De sociale dimensie van het eudaimonisch welzijn bestaat uit sociale acceptatie, actualisatie, contributie, coherentie en integratie (Keyes, 1998; Keyes, 2007).

Op basis van deze operationalisatie van geestelijke gezondheid heeft Keyes (2002) grootschalig onderzoek gedaan ($n = 3,032$) onder de Amerikaanse bevolking. De mensen die hoog scoren op alle facetten van de geestelijke gezondheid, typeert Keyes (2002) als *flourishing* (het in hoge mate aanwezig zijn van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden). Mensen die gemiddeld scoren worden getypeerd als *moderately mentally healthy* en mensen die laag scoren op de geestelijke gezondheidsschaal worden getypeerd als *languishing*. Het blijkt dat mensen die *languishing* zijn, een groter risico hebben op het ontwikkelen van een depressie dan mensen die *moderately mentally healthy* of *flourishing* zijn (Keyes, 2002). Mensen die ver naar de kant van *flourishing* zitten op de geestelijke gezondheidsschaal en daarnaast in de afgelopen twaalf maanden niet aan een mentale ziekte hebben geleden, blijken juist minder ziekteverzuim op het werk te hebben, psychosociaal beter te functioneren, het minste risico te lopen op hart- en vaatziekten, het minst vaak chronisch ziek te zijn, het minst beperkt te worden tijdens activiteiten in het dagelijks leven en het minst gebruik te maken van gezondheidszorg (Keyes, 2007). Echter, deze groep is veruit in de minderheid. Uit onderzoek blijkt dat slechts 16,8% van de volwassen populatie in de Verenigde Staten ‘compleet’ geestelijk gezond (*flourishing*) is. De meerderheid (50,8%) is gematigd geestelijk gezond en de overige groep (ruim een derde van de bevolking) bestaat uit mensen die *languishing* zijn en/of een mentale stoornis hebben (Keyes, 2007). Er lijkt dus een belangrijke rol te zijn weggelegd voor preventiestrategieën die gericht zijn op het bevorderen van de geestelijke gezondheid om zo het ontstaan van psychopathologie te voorkomen.

Een nieuwe (positieve) benadering gericht op het behandelen en voorkómen van het ontstaan van psychopathologie is *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Een concreet voorbeeld van een interventie gebaseerd op ACT is de Nederlandse zelfhulp cursus *Voluit Leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). In filosofisch opzicht is ACT te plaatsen binnen het Functioneel Contextualisme en is ACT voor een belangrijk deel gestoeld op bevindingen uit de Relational Frame Theory (RFT) over taal en cognitie (Hayes, 2004: 647-651). Uit deze tak van onderzoek blijkt dat mensen de neiging hebben hun gedrag te laten sturen door inflexibele verbale processen waarin zij zich fixeren op de letterlijke inhoud van

gedachten en evaluaties. Hierbij vallen gedachten en werkelijkheid samen (met andere woorden: zijn gefuseerd). De onaangename gedachte ‘ik ben waardeloos’ kan bijvoorbeeld gezien worden als een feitelijkheid en kan mensen aanzetten tot het willen onderdrukken (of controleren) van deze gedachte en zelfs tot het willen vermijden van situaties waarin men een dergelijke gedachte zou kunnen krijgen. Met andere woorden: cognitieve fusie kan leiden tot experiëntiële vermijding (het willen controleren of vermijden van pijnlijke gedachten, gevoelens of gewaarwordingen). Een proces dat in onze cultuur versterkt wordt door de nadruk die ligt op ‘je goed voelen’, ‘gelukkig zijn’ en het willen (of moeten) vermijden van pijn. Vaak zonder dat mensen het doorhebben, kan dit nastreven van geluk door het vermijden van pijn een doel op zichzelf worden, waarbij de angst voor pijn of psychisch leed de bepalende factor van hun gedrag wordt. Psychologische inflexibiliteit is hiervan het gevolg. Experiëntiële vermijding en psychologische inflexibiliteit zijn volgens ACT een belangrijke bron voor het ontstaan van psychopathologie (Hayes et al., 2006).

Het doel van ACT is om de psychologische flexibiliteit van mensen te vergroten. ACT vergroot de psychologische flexibiliteit door het aanleren van zes positieve psychologische vaardigheden en dus niet door het alleen willen ‘corrigeren’ van psychopathologie (zie voor een uitgebreide beschrijving van de zes processen: Hayes et al., 2006). Binnen ACT is niet zozeer de psychologische toestand van een persoon het doel van verandering, maar juist de context waarin iemand zijn gevoelens beleeft. Psychisch leed (angst, verdriet, boosheid) wordt gezien als iets dat bij het leven hoort en niet als iets wat men kan of zou moeten veranderen. Toegewerkt wordt naar een meer open en accepterende houding ten opzichte van gevoelens en emoties, zelfs als deze als negatief, irrationeel of pathologisch kunnen worden gezien. Uiteindelijk wordt er binnen ACT gestreefd naar een situatie waarin men bereid is te ervaren wat zich van moment tot moment voordoet, of dit nu positief of negatief is, en waarbij men zich in het handelen laat leiden door wat men belangrijk vindt in het leven. Op deze wijze kan men flexibeler omgaan met negatieve emoties en tegenslagen. Uit een meta-analyse van 32 studies blijkt dat een grotere psychologische flexibiliteit samenhangt met een betere kwaliteit van leven, een kleinere kans op het hebben van een psychische stoornis (zoals depressie) en een betere geestelijke gezondheid (Hayes et al., 2006).

Een belangrijke vaardigheid die aangeleerd wordt binnen ACT is *mindfulness*. *Mindfulness* is de vaardigheid om oordeelsvrij in het hier en nu ervaringen te observeren en te ondergaan, zonder daarbij deze ervaringen, gevoelens, of gedachten te willen veranderen. *Mindfulness* ondersteunt hierdoor het proces van acceptatie, maar ook dat van cognitieve

verandering (men leert op een andere manier naar zijn/haar gedachten te kijken) (Baer, 2003). Empirisch onderzoek –hoewel dit nog in de kinderschoenen staat– toont aan dat *mindfulness* een rol speelt in het welzijn van mensen en hun geestelijke gezondheid (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Zo wordt het toepassen van *mindfulness* geassocieerd met lagere scores op depressie-, angst- en stressvragenlijsten en met een groter hedonisch en eudaimonisch welzijn (Brown et al., 2007). Inmiddels wordt er volop onderzoek gedaan naar de effecten van ACT en de eerste resultaten zijn veelbelovend. ACT lijkt effectief te zijn voor een ongekend breed scala aan problemen (Hayes et al., 2006) en lijkt net zo effectief te zijn als de traditionele cognitieve gedragstherapie (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller, 2007; Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009).

Een steeds populairder wordende methode binnen de preventie van psychische stoornissen is de methode van zelfhulp. Zelfhulp met begeleiding via internet (e-mail) is een laagdrempelige en kosteneffectieve manier om psychische stoornissen te voorkomen (Hirai & Clum, 2006). De meeste zelfhulp interventies zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en vereisen het zelfstandig opvolgen van instructies (uit een boek of via video/cd/internet) en het toepassen van psychologische technieken in het dagelijks leven (Van 't Hof, Cuijpers & Stein, 2009). Zelfhulp interventies worden zowel met als zonder begeleiding aangeboden. Er zijn aanwijzingen dat zelfhulp met begeleiding (ook al is deze minimaal) een groter effect heeft dan zelfhulp zonder begeleiding (Gould & Clum, 1993; Gellathy, Bower, Hennessy, Richards, Gilbody & Lovell, 2007; Hirai & Clum, 2006; Spek, Cuijpers, Nyklíček, Riper, Keyzer & Pop, 2006; Andersson, Bergström, Holländare, Carlbring, Kaldø & Ekselius, 2005). Onduidelijk is nog hoe intensief deze begeleiding moet zijn om daadwerkelijk te leiden tot grotere *effect sizes*. Helder lijkt dat preventie in de vorm van zelfhulp met begeleiding via e-mail niet onder doet voor *face-to-face* interventies (Van 't Hof et al., 2009; Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers, 2009; Spek et al., 2006; Peck, 2010).

De vraag is nu of de geestelijke gezondheid van mensen bevorderd kan worden door een preventieve interventie die gericht is op het vergroten van de psychologische flexibiliteit en *mindfulness*. Deze twee aspecten van de *Acceptance and Commitment Therapy* lijken een belangrijke rol te spelen bij enerzijds het ontstaan en voorkomen van psychopathologie en anderzijds het vergroten van de geestelijke gezondheid. Als preventieve interventie is gekozen voor de zelfhulp cursus *Voluit Leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). Omdat uit de

literatuur bekend is dat een zelfhulp cursus effectiever is wanneer er enige vorm van begeleiding plaatsvindt, maar er nog geen uitsluitsel gegeven kan worden over de intensiteit van deze begeleiding, zullen er in dit onderzoek twee condities zijn waarin de zelfhulp cursus aangeboden wordt: één conditie waarin de deelnemers intensieve begeleiding krijgen en één waarin men slechts procesmatige begeleiding krijgt. Dit alles leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is het effect van de zelfhulp cursus Voluit Leven op de geestelijke gezondheid, de psychologische flexibiliteit en *mindfulness* van de participanten, in hoeverre verschillen deze uitkomstmaten tussen de drie condities (intensieve begeleiding, procesmatige begeleiding en wachtlijst) en wat betekent dit voor de toepassingsmogelijkheden van de cursus?

Verwacht wordt dat in de condities waarin de interventie wordt aangeboden, een verbetering te zien zal zijn op de schalen geestelijke gezondheid, psychologische flexibiliteit en *mindfulness*. Verwacht wordt dat in de conditie met intensieve begeleiding de grootste verbetering gevonden zal worden.

2. Methode

2.1 Design en participanten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een *True Experimental Design* (Campbell & Stanley, 1966). Deelnemers zijn via randomisatie toegewezen aan één van de drie condities (waarvan twee experimenteel). De condities zijn:

1. Zelfhulp cursus met intensieve begeleiding.
2. Zelfhulp cursus met procesmatige begeleiding.
3. Wachtlijst.

De participanten in dit onderzoek zijn volwassenen van 18 jaar en ouder die last hebben van lichte tot matige psychische klachten (depressieve klachten en/of angstklachten) en vermoeidheid, en/of mensen met een lage geestelijke gezondheid. De volgende exclusiecriteria zijn gehanteerd:

1. De aanwezigheid van ernstige depressieve klachten of angstklachten volgens de M.I.N.I. Mensen met ernstige depressieve klachten of angstklachten ontvangen het advies om contact op te nemen met hun huisarts.
2. Kort geleden gestart met medicatietherapie (3 maanden geleden).
3. Het ontvangen van een lopende psychologische (zelfhulp)behandeling.
4. Ontbreken van klachten (minder dan 10 op de CES-D, minder dan 3 op de HADS-A).
5. Niet voldoende tijd om de cursus goed te volgen.
6. Slechte beheersing van de Nederlandse taal (lees- of leermoeilijkheden).
7. Geen emailadres hebben.

Participanten zijn geworven via advertenties in drie landelijke dagbladen (Metro, Volkskrant, NRC Next) en een regionaal dagblad (De Twentsche Courant Tubantia). In deze advertentie werd de cursusnaam ‘Voluit Leven’ niet gebruikt om te voorkomen dat mensen zelf het cursusboek aan zouden gaan schaffen; in plaats daarvan werd gesproken over een ‘cursus mindfulness’. Geïnteresseerden zijn doorverwezen naar de website www.cursusmindfulness.nl waarop ze meer konden lezen over het onderzoek en over deelname aan het onderzoek. Na zich op te hebben gegeven, ontvingen de deelnemers een informatiebrief over de zelfhulpcursus en over het onderzoek. Bij de informatiebrief ontvingen zij een *informed consent* formulier, waarmee participanten officieel instemden met deelname aan het onderzoek. Als de participanten instemden met deelname aan het onderzoek stuurden zij dit formulier terug. Hierna ontvingen participanten online via de e-mail de CES-D (Radloff, 1977; een gevalideerde vragenlijst voor depressieve klachten) en de HADS-A (Zigmond & Snaith, 1983; een gevalideerde vragenlijst voor angstklachten) en de Web Screening Questionnaire (WSQ; Donker, Van Straten, Marks & Cuijpers, 2009). Wanneer participanten veel klachten bleken te hebben (score CES-D > 30 en score HADS-A > 15 en een relatief hoge WSQ score duidt op depressie) dan werd telefonisch de M.I.N.I. afgenomen. Op basis van deze vragenlijst is bepaald welke mensen door de ernst van hun klachten werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Bij deelname aan het onderzoek ontvingen de participanten het zelfhulpboek Voluit Leven (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009) plus de bijbehorende oefen-cd gratis thuisgestuurd.

In totaal zijn er via de website 625 reacties binnengekomen op de advertenties. Daarvan zijn er 376 deelnemers gerandomiseerd over de drie condities. Randomisatie heeft

plaatsgevonden door blokrandomisatie, gestratificeerd naar geslacht en leeftijd (jonger en ouder dan 50 jaar). In tabel 2.1 zijn de demografische kenmerken te zien van de participanten.

Tabel 2.1 Demografische kenmerken participanten

Demografische Variabelen		Intensief (<i>n</i> = 125)	Proces (<i>n</i> = 125)	Wacht- lijst (<i>n</i> = 126)	Totaal (<i>n</i> = 376)	<i>p</i>
Geslacht	Man	38	38	38	114	.999
	Vrouw	87	87	88	262	
Leeftijd		42.64 (± 10.96)	42.35 (± 11.08)	42.47 (± 11.29)	42.48 (±11.08)	.979
Burgerlijke Staat	Ongehuwd/niet samenwonend	28	26	36	90	.697 ¹
	Ongehuwd/samen- wonend	26	36	23	85	
	Gehuwd	58	49	57	164	
	Weduwe/weduwnaar	4	0	0	4	
	Gescheiden	8	14	10	32	
Werk	Betaald werk	87	91	99	277	.277 ²
	Overig	33	29	23	85	
Opleidings- niveau	Lager onderwijs	1	4	1	6	.081 ³
	Middelbaar onderwijs	12	20	13	45	
	Hoger onderwijs	66	62	69	197	
	Wetenschappelijk onderwijs	46	39	42	127	
Financiën	Moet schulden maken	8	6	5	19	.277 ⁴
	Moet spaargeld aanspreken	28	13	18	59	
	Kan precies rondkomen	20	26	23	69	
	Kan een beetje geld overhouden	50	60	64	174	
	Kan veel geld overhouden	19	20	16	55	

¹ Vergeleken tussen 'ongehuwd/niet samenwonend+weduwe+gescheiden' en 'gehuwd+samenwonend'.

² Vergeleken tussen 'betaald werk' en 'overig'.

³ Vergeleken tussen 'lager+middelbaar onderwijs' en 'hoger+wetenschappelijk onderwijs'.

⁴ Vergeleken tussen 'schulden+spaargeld aan spreken+precies rondkomen' en 'beetje+veel geld over'.

De meeste participanten zijn vrouw (69,7%). Het merendeel is gehuwd (43,7%), alleenstaand (24%) of samenwonend (22,7%). De meeste participanten hebben een betaalde baan (76,5%) en hebben een hoger- (44,8%) of universitair (33,9%) opleidingsniveau en kunnen per maand een beetje geld overhouden (46,3%). Wat betreft de demografische variabelen zijn geen significante verschillen gevonden tussen de condities.

2.2 Procedure

Participanten in de twee experimentele condities zijn gedurende negen weken via e-mail begeleid door een vijftal studenten van de Master-opleiding Psychologie aan de Universiteit Twente. Deze studenten hebben voorafgaand aan het onderzoek de theorie van ACT grondig bestudeerd en ze hebben bovendien de cursus *Voluit Leven* zelf doorgewerkt. Daarnaast hebben zij twee workshops gevolgd onder leiding van docent en GZ-psycholoog dr. K.M.G. Schreurs waarin de cursus en de begeleiding van de participanten centraal stond. Gedurende de cursus stonden de studenten onder supervisie van dr. Schreurs en dr. Bohlmeijer (docent en auteur van de cursus *Voluit Leven*). Iedere student heeft 50 participanten (25 uit de conditie ‘intensief’ en 25 uit de conditie ‘proces’) toegewezen gekregen. Iedere week stuurde de student zijn groep participanten een gestandariseerde e-mail met daarin een aantal vragen over de afgelopen cursusweek. Deze e-mail zag er voor de twee experimentele condities verschillend uit. Bij de procesconditie werd in deze voortgangs-e-mail alleen gevraagd of men alles had begrepen en of het gelukt was om de oefeningen die voor die week op het programma stonden te doen. Bij de intensiefconditie werden de participanten daarnaast ook uitgenodigd tot het stellen van een inhoudelijke vraag, bijvoorbeeld over de stof in het boek of over problemen die men tegenkwam bij het doen van de oefeningen. De participanten hadden vervolgens twee dagen de tijd om te reageren op de e-mail. Indien zij op tijd reageerden, kregen zij feedback van hun begeleider. Deze feedback verschilde ook weer per conditie. In de procesconditie werd geprobeerd zo kort mogelijk te antwoorden en zo min mogelijk inhoudelijk te reageren op de ervaringen/belevingen van de participant. Dit in tegenstelling tot de intensiefconditie, waarin uitgebreider in werd gegaan op de persoonlijke belevingen van de participanten. Daarnaast werden ook de inhoudelijke vragen van de participanten zo goed mogelijk beantwoord. De gemiddelde tijd die de begeleiders kwijt waren bij het geven van feedback was in de intensiefconditie negen minuten en in de procesconditie drie minuten.

2.3 Interventie

De interventie in dit onderzoek bestaat uit de zelfhulpcursus *Voluit Leven* die ontwikkeld is door Bohlmeijer en Hulsbergen (2009). De cursus is gebaseerd op de inzichten uit de *Acceptance and Commitment Therapy*. De cursus duurt negen weken en bestaat uit een zelfhulpboek met tekst en oefeningen plus een bijbehorende cd met daarop mindfulness-oefeningen (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). Participanten in de experimentele condities kregen de zelfhulpcursus thuisgestuurd. Participanten die op de wachtlijst werden geplaatst ontvingen de zelfhulpcursus negen weken later. De participanten in de procesconditie en in de intensiefconditie hebben de cursus gelijktijdig doorlopen. Alleen de manier van begeleiding verschilde tussen de twee condities (zie procedure).

In de cursus wordt gewerkt aan het verwerven van zes (levens)vaardigheden. De cursus is erop gericht mensen een nieuwe manier van leven aan te leren en niet enkel op het onder de knie krijgen van een aantal trucs. De vaardigheden zijn achtereenvolgens: *acceptatie* (bereid zijn psychisch leed te ervaren), *cognitieve defusie* (afstand kunnen nemen van gedachten), *mindfulness* (leren in het hier en nu te zijn en bewustworden van automatische reactiepatronen), het *observerende zelf* (het besef hebben meer te zijn dan alleen je gedachten en emoties), *waarden* (bepalen van belangrijke waarden in je leven) en het leren *vertalen van waarden naar concrete acties*. In het begin van de cursus wordt nadruk gelegd op acceptatie, en door stil te staan bij de (op lange termijn ineffectieve) manieren waarop men tot nu toe met problemen en psychisch leed om is gegaan. Daarna wordt een begin gemaakt met cognitieve defusie oefeningen en het bewust worden van het observerende zelf. Aan het eind van de cursus worden de deelnemers uitgenodigd stil te staan bij de waarden die zij in hun leven belangrijk vinden en krijgen zij de opdracht deze waarden te vertalen naar concrete acties. De *mindfulness* oefeningen lopen als een rode draad door de gehele cursus.

2.4 Meetinstrumenten en meetmomenten

Er zijn in totaal vijf meetmomenten geweest, zowel voor, tijdens, als na de interventie. In het huidige onderzoek zullen alleen de gegevens gebruikt worden van de T0 *baseline* meting, die direct vóór de interventie plaats heeft gevonden, en de T3 meting, die direct na de interventie plaatsvond (9 weken na de T0 *baseline* meting). De volgende meetinstrument zijn gebruikt:

Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF; Keyes, 2009). De MHC-SF is een vragenlijst die de geestelijke gezondheid meet. De vragenlijst is afgeleid van de MHC-Long Form, en bestaat uit veertien items. De items moeten worden beantwoord op basis van de ervaring van de *afgelopen maand*. De antwoorden worden gegeven op een 6-punts Likertschaal, de antwoordcategorieën zijn: 1 = nooit, 2 = één of twee keer, 3 = ongeveer één keer per week, 4 = twee of drie keer per week, 5 = bijna elke dag en 6 = elke dag. Drie items vragen naar het emotioneel welbevinden (bijvoorbeeld: ‘hoe vaak had u de afgelopen maand het gevoel dat u gelukkig was?’). Zes items vragen naar het psychologisch welbevinden (bijvoorbeeld: ‘hoe vaak had u in de afgelopen maand het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?’) en vijf items vragen naar het sociaal welbevinden (bijvoorbeeld: ‘hoe vaak had u in de afgelopen maand het gevoel dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?’). Op de MHC-SF kan een totaalscore worden behaald tussen de 14 en 84, waarbij hogere scores duiden op *flourishing* (en een steeds kleiner wordende kans dat iemand aan depressie lijdt) en lagere scores op *languishing* (waarbij de kans steeds groter wordt dat iemand een psychische stoornis heeft of ontwikkelt). De MHC-SF heeft een hoge interne consistentie ($\alpha > .80$) en een goede discriminerende validiteit. De drie factor structuur (emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden) is bevestigd in representatieve samples van de Amerikaanse bevolking, zowel bij volwassenen, adolescenten als studenten. In dit onderzoek was de interne consistentie van de MHC-SF, uitgedrukt in *Cronbach's alpha*, goed (T0 $\alpha = .88$ en T3 $\alpha = .92$).

Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II; Jacobs, Kleen, De Groot & A-Tjak, 2008). Deze vragenlijst meet in hoeverre mensen hun negatieve (pijnlijke) emoties accepteren. Hoe groter de acceptatie, hoe psychologisch flexibeler men is. Er zijn in het verleden verschillende versies van de AAQ-II in omloop geweest. De meest recente en geüpdate versie is de AAQ-II. Deze versie is in het Nederlands vertaald en bestaat uit 10 items die beantwoord moeten worden op een 7-punts Likertschaal (antwoordcategorieën van ‘nooit waar’ tot ‘helemaal waar’). Voorbeelden van items zijn: ‘het is OK als ik me iets onaangenaams herinner’ en ‘ik ben bang voor mijn gevoelens’. De minimum totaalscore is 10 en de maximum totaalscore 70. Hoe hoger de totaalscore, hoe hoger de acceptatie en dus hoe minder experiëntiële vermijding. Een score van 48 of lager wordt geassocieerd met het punt waarop men spreekt van psychopathologie op een aantal andere uitkomstmaten (zoals de GHQ en de BDI-II). De Nederlandse versie van de AAQ-II blijkt een hoge interne consistentie en betrouwbaarheid te hebben (in dit onderzoek: T0 $\alpha = .85$, T3 $\alpha = .91$).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Deze recent ontwikkelde vragenlijst beoogt *mindfulness* te meten, ofwel het vermogen de aandacht te kunnen richten op het hier en nu, op een niet-oordelende en accepterende manier. Factor-analyse laat zien dat *mindfulness* gemeten kan worden aan de hand van vijf facetten. Deze facetten zijn: *observeren* (het kunnen observeren, opmerken en aandacht besteden aan zowel interne als externe stimuli, zoals lichamelijke sensaties, cognities, emoties, geluiden en geuren), *beschrijven* (het kunnen beschrijven, ‘labelen’ en onder woorden brengen van geobserveerde fenomenen), *bewust handelen* (met volledige en onverdeelde aandacht in de momentane ervaring of activiteit kunnen zijn; het zonder afleiding kunnen concentreren op één ding), *niet-oordelen* (de ervaring van het moment kunnen accepteren op een niet-oordelende, niet-evaluerende wijze, zonder pogingen te ondernemen om te ontsnappen, vermijden of de situatie te veranderen) en *non-reactief* zijn (een non-reactieve houding kunnen aannemen ten opzichte van innerlijke ervaringen; het vermogen om gedachten en gevoelens op te laten komen en te laten gaan zonder er in verstrikt te raken). Deze vijf facetten worden gemeten door 39 items op een 5-punts Likertschaal (van ‘nooit of bijna nooit waar’ tot ‘heel vaak of altijd waar’). Een hogere score op de FFMQ wordt geassocieerd met een grotere geestelijke gezondheid. De FFMQ heeft over het algemeen goede psychometrische eigenschappen. In dit onderzoek was *Cronbach’s alpha* hoog (bij T0 $\alpha = .88$ en bij T3 $\alpha = .89$).

2.5 Statistische analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met het *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versie 16.0. Allereerst is door een univariate variantie analyse vastgesteld dat er op de afhankelijke variabelen geen significante verschillen bestaan tussen de condities op de T0-meting. Om het effect van de interventie vast te kunnen stellen, zijn covariantie analyses gedaan (*Analysis of Covariance*, ANCOVA) voor de drie afhankelijke variabelen; *geestelijke gezondheid*, *psychologische flexibiliteit* en *mindfulness*. Hierbij dienen de voormetingen (T0) van de schalen MHC-SF, AAQ-II en FFMQ steeds als covariaat. Voorafgaand aan de variantie-analyses is door middel van Levene’s test nagegaan of er sprake is van gelijke (homogene) variantie in iedere conditie; deze wordt namelijk verondersteld bij het uitvoeren van variantie-analyses zoals ANCOVA. Wanneer er na de ANCOVA’s significante effecten gevonden worden dan zal door middel van een *post-hoc* test worden bepaald welke groepen

(condities) dan van elkaar verschillen. Dit zal gedaan worden door middel van de Bonferroni-methode. Bij de analyses is een significantieniveau gehanteerd van $\alpha = .05$.

Tot slot zullen aan de hand van *Cohen's d* de *effect sizes* voor iedere afhankelijke variabele berekend worden. Een *effect size* geeft aan hoe groot het verschil is tussen de experimentele en de controleconditie en zegt daarmee iets over de grootte van het effect van de interventie. *Cohen's d* zal worden berekend door voor iedere afhankelijke variabele het gemiddelde van de proces- danwel de intensiefconditie van het gemiddelde van de wachtlijstconditie af te trekken en te delen door de gepoolde standaarddeviatie van deze gemiddelden. De gevonden effecten kunnen volgens Cohen (1992) als volgt geïnterpreteerd worden: 0.2 = klein effect, 0.5 = middelgroot effect en 0.8 en groter = groot effect. Met andere woorden: hoe groter de *d*, hoe sterker het effect van de interventie ten opzichte van een controlegroep is.

3. Resultaten

3.1 *Drop-out* zelfhulp cursus

Van de 250 participanten in de proces- en intensiefconditie hebben in totaal 48 participanten (21 in de procesconditie en 27 in de intensiefconditie) aangegeven voortijdig te stoppen met de zelfhulp cursus. Dit komt neer op een *drop-out* percentage van 19%. Redenen om te stoppen waren: gebrek aan tijd, ziekte, of geen interesse meer hebben in de cursus.

3.2 Covariantie-analyse en *effect sizes*

In tabel 3.1 staan de resultaten van de gemiddelde itemscores en standaarddeviaties per conditie voor iedere afhankelijke variabele. Uit de covariantie-analyses blijkt dat de drie condities significant van elkaar verschillen na het aanbieden van de interventie, en wel voor iedere afhankelijke variabele (MHCF-SF: $F(2,331) = 30.62$, $p = 0.000$, AAQ-II: $F(2,324) = 25.08$, $p = 0.000$, FFMQ: $F(2,332) = 64.65$, $p = 0.000$). De Bonferroni *post-hoc* test laat zien dat de participanten zowel in de intensiefconditie als in de procesconditie significant hoger scoren op de variabele *geestelijke gezondheid*, *psychologische flexibiliteit* en *mindfulness* dan de participanten op de wachtlijst (zie tabel 3.2).

Op de schaal geestelijke gezondheid schuiven de scores van de participanten die de cursus hebben gevolgd op naar de *flourishing* (geestelijk meer gezond) kant van de schaal (van $M = 3.06$ naar $M = 3.88$ bij intensief en van $M = 3.13$ naar $M = 3.89$ bij proces).

Tabel 3.1 Gemiddelde itemscores en standaardafwijkingen voor iedere uitkomstmaat en resultaten significantietoest (ANCOVA)

Uitkomst- maten	Intensief			Proces			WachtlIJst			F (df)	p
	n	M	SD	N	M	SD	n	M	SD		
MHC-SF T0	125	3.06	0.76	125	3.13	0.81	125	3.17	0.69	30.62	
MHC-SF T3	105	3.88	0.82	109	3.89	0.91	122	3.30	0.88	(2,331)	.000
AAQ-II T0	125	4.01	0.79	124	4.13	0.90	123	4.08	0.89	25.08	
AAQ-II T3	104	4.95	0.86	106	4.96	0.98	121	4.29	1.03	(2,324)	.000
FFMQ T0	125	2.94	0.40	125	2.91	0.39	126	2.91	0.41	64.65	
FFMQ T3	105	3.47	0.42	109	3.47	0.48	122	2.95	0.47	(2,332)	.000

Toelichting: MHC-SF = Mental Health Continuum Short Form (geestelijke gezondheid), AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire II (psychologische flexibiliteit), FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire (*mindfulness*).

Participanten die de cursus hebben gevolgd, benaderen de gemiddelde itemscore van een normale, gezonde populatie ($M = 3.98$). Op de schaal psychologische flexibiliteit gaan de scores van de participanten die de cursus gevolgd hebben van scores die geassocieerd worden met psychopathologie (dat zijn scores < 4.8 , in onze steekproef: $M = 4.01$ voor intensief en $M = 4.13$ voor proces) naar een gemiddelde score die daar net buiten valt en de gemiddelde score van een 'gezonde' populatie nadert (intensief: $M = 4.95$, proces: $M = 4.96$). Tot slot nemen ook de gemiddelde itemscores van de participanten uit de interventiecondities behoorlijk toe op de *mindfulness* schaal (van $M = 2.94$ naar $M = 3.47$ bij intensief en van $M = 2.91$ naar $M = 3.47$ bij proces).

Tabel 3.2 Gemiddelde verschil itemscores tussen de condities

Conditie	Geestelijke gezondheid	Psychologische flexibiliteit	Mindfulness
Intensief – Proces	0.03	0.05	0.03
Intensief – WachtlIJst	0.61*	0.67*	0.47*
Proces - WachtlIJst	0.58*	0.62*	0.50*

*Gemiddelde verschil is significant op het α 0.01-niveau.

De interventie blijkt een positieve invloed te hebben op de afhankelijke variabelen, wat ook tot uitdrukking komt in de berekende effect sizes (tabel 3.3). De gevonden effecten zijn middelgroot (geestelijke gezondheid en psychologische flexibiliteit) tot groot (*mindfulness*).

Tabel 3.3 *Effect sizes: Cohen's d*

Uitkomstmaten	Intensief – Wachlijst	Proces – Wachlijst
Geestelijke gezondheid	$d = 0.68$	$d = 0.66$
Psychologische flexibiliteit	$d = 0.72$	$d = 0.69$
<i>Mindfulness</i>	$d = 1.09$	$d = 1.08$

4. Discussie

De resultaten van het huidige onderzoek zijn veelbelovend. De zelfhulp cursus Voluit Leven is in staat gebleken de psychologische flexibiliteit te vergroten (en dus experiëntiële vermijding te verminderen) van mensen die in lichte mate last hadden van depressie en/of angst. Hiermee is de zelfhulp cursus er in geslaagd het uiteindelijke doel van ACT te behalen (Hayes et al., 2006). Daarnaast is de zelfhulp cursus er ook in geslaagd mensen de vaardigheid van *mindfulness* aan te leren (het oordeelsvrij in het hier en nu ervaringen kunnen observeren en ondergaan, zonder daarbij deze ervaringen, gevoelens, of gedachten te willen veranderen). Psychologische flexibiliteit en *mindfulness* worden verondersteld een positieve bijdrage te leveren aan de geestelijke gezondheid van mensen (Brown et al., 2007; Hayes et al., 2006). Dit laat het huidige onderzoek inderdaad zien: de participanten die de zelfhulp cursus volgden en daarmee werkten aan het verwerven van positieve vaardigheden als acceptatie en *mindfulness* lieten een significante verbetering zien op geestelijke gezondheidsschaal en behaalden scores die de scores van een gezonde populatie benaderen (Westerhof & Keyes, 2008). Deze bevindingen komen overeen met de resultaten uit de meta-analyse van Sin en Lyubomirsky (2009) waaruit blijkt dat positieve psychologische interventies goed in staat zijn het geestelijk welbevinden te vergroten en de symptomen van depressie te verminderen. Het aanleren van vaardigheden om zo goed mogelijk met psychische klachten om te gaan en een zo aangenaam mogelijk leven te leiden, lijkt een betere strategie te zijn in het bevorderen van de geestelijke gezondheid dan het primair verhelpen van die psychische klachten. Deze nadruk op het cultiveren van positieve gevoelens en gedragingen past binnen de benadering van *positive psychology interventions* (Sin & Lyubomirsky, 2009: 468).

Het huidige onderzoek laat zien dat intensieve begeleiding met veel aandacht voor individuele belevingen niet noodzakelijk hoeft te leiden tot de meeste gedragsverandering en de beste gezondheidsuitkomsten. Een wekelijkse e-mail met daarin voornamelijk een aanmoediging om door te gaan met de cursus bleek even effectief te zijn als een e-mail waarin meer inhoudelijk in werd gegaan op iemands persoonlijke beleving (gedachten, gevoelens en ervaringen). Deze bevinding heeft belangrijke consequenties voor de toepasbaarheid van de cursus Voluit Leven als preventiestrategie. Omdat de cursus met een minimale vorm van begeleiding een significante gezondheidsverbetering kan bewerkstelligen, is deze uitermate geschikt voor gebruik binnen de *stepped-care* benadering (Bower & Gilbody, 2005). Deze benadering is erop gericht om vroegtijdig en met een minimale, kosteneffectieve interventie de psychologische toestand van mensen te verbeteren. Pas wanneer dit ontoereikend blijkt te zijn, wordt overgegaan op een intensievere vorm van psychologische hulp. Hierdoor kan op een efficiëntere manier om worden gegaan met de beschikbare zorg. Echter, voordat de cursus Voluit Leven geïmplementeerd zou kunnen worden als preventiestrategie binnen het *stepped-care* model moet er eerst meer duidelijkheid komen over de effectiviteit van de cursus Voluit Leven in vergelijking met bestaande zelfhulpcursussen ter preventie van psychische stoornissen (zoals de cursussen Alles onder Controle en Grip op je Dip). In het algemeen is er nog niet voldoende bewijs dat ACT beter werkt dan conventionele therapieën (Powers et al., 2009). Toch zou Voluit Leven een waardevolle en belangrijke toevoeging kunnen zijn aan het huidige behandelaanbod. Voluit Leven is zoals gezegd een positieve psychologische interventie waarin op een laagdrempelige en toegankelijke manier meerdere vaardigheden worden aangeleerd ter bevordering van de psychologische flexibiliteit en de geestelijke gezondheid. Deze *shotgun* benadering lijkt over het algemeen effectiever te zijn dan benaderingen waarin slechts één vaardigheid wordt aangeleerd (Sin & Lyubomirsky, 2009: 483). Dit is nog vaak het geval bij bestaande zelfhulpcursussen, waarin op één aspect gefocust wordt en het primaire doel het verminderen van klachten is en niet zozeer het bevorderen van de geestelijke gezondheid. Daarnaast kan Voluit Leven ook nieuwe groepen bereiken, zoals de hoger opgeleiden in het huidige onderzoek, maar ook bijvoorbeeld jongeren. Deze groepen kunnen aangetrokken worden door de onconventionele aanpak van Voluit Leven waarin Boeddhistische methoden als *mindfulness* worden aangeboden.

In methodologisch opzicht is het huidige onderzoek (een gerandomiseerde gecontroleerde studie) sterk te noemen. Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder een groot aantal mensen die vooraf op basis van meerdere selectiecriteria gescreend zijn waardoor een

redelijk homogene groep is ontstaan. Maar natuurlijk heeft ook dit onderzoek zijn beperkingen. Zo bestonden de participanten voor het grootste deel uit hoger opgeleiden, wat betekent dat de resultaten van dit onderzoek niet (of beperkt) gegeneraliseerd mogen worden naar andere groepen in de samenleving. Daarnaast is in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van een wachtlijstconditie. Het onderzoek zou sterker zijn geweest (meer zeggingskracht hebben gehad) wanneer de experimentele groepen vergeleken werden met een placeboconditie. Een onderzoek met een dergelijke opzet zou beter kunnen controleren voor het effect dat alleen al het krijgen van een behandeling heeft op de uitkomstmaten. Verder kunnen er kanttekeningen geplaatst worden bij de uniciteit van de twee experiëntiële condities. Er is door de begeleiders geprobeerd zoveel mogelijk onderscheid te maken in hun feedback tussen de twee condities, maar voor een (groot) deel was de vorm en de inhoud van hun feedback ook afhankelijk van de e-mail die zij kregen van de participanten. Sommige participanten waren uit zichzelf geneigd erg kort te rapporteren over hun wekelijkse voortgang, waardoor het lastig was om hier 'uitgebreid' op te reageren. En andersom waren er ook participanten die een uitvoerige antwoordstijl hadden waardoor het soms moeilijk was (wanneer zij in de procesconditie zaten) kort feedback te geven. Het kan zijn dat dit er voor gezorgd heeft dat er minder onderscheid zat tussen de proces- en de intensiefconditie dan (methodologisch) wenselijk was. Het feit blijft wel dat de gemiddelde tijd die werd besteed aan de wekelijkse feedbackmails in de procesconditie drie minuten was, en in de intensiefconditie negen minuten. Dit geeft aan dat er wel degelijk een verschil geweest is in de feedback tussen de condities. Ook geeft dit aan dat een minimale vorm van begeleiding (negen minuten begeleiding per week per cursist kunnen we ook nog opvatten als 'minimale begeleiding') afdoende kan zijn voor significante verbetering van het psychisch welzijn.

Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of de gevonden positieve effecten van Voluit Leven ook bij replicatie stand houden. Daarnaast kunnen nieuwe toepassingsmogelijkheden van de cursus worden verkend. Voluit Leven zou in een aangepaste vorm toegepast kunnen worden bij nieuwe doelgroepen, zoals bijvoorbeeld chronisch zieken, ouderen of juist jongeren. Ook zou de vorm waarin de cursus aangeboden wordt, veranderd kunnen worden. De cursus zou bijvoorbeeld in zijn geheel online aangeboden kunnen worden waardoor het boek overbodig wordt en men op een meer interactieve manier met de stof en de oefeningen om kan gaan. Verder moet toekomstig onderzoek inzicht bieden in het effect van de cursus op andere gezondheidsvariabelen.

Concluderend kunnen we zeggen dat de cursus *Voluit Leven* veelbelovend is voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid van mensen met (lichte tot matige) symptomen van een depressie en/of een angststoornis. Dit komt onder meer tot uiting in een toename van de psychologische flexibiliteit en van *mindfulness*. Dit maakt de cursus *Voluit Leven* tot een serieuze kandidaat voor toepassing binnen de preventie van psychische stoornissen en voor geestelijke gezondheidsbevordering. Temeer omdat is gebleken dat deze zelfhulpcursus al effectief is bij een minimale vorm van begeleiding. *Voluit Leven* zal zich in toekomstige effectiviteitsstudies en in de preventiepraktijk verder moeten bewijzen.

Referenties

- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J. & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 55-60.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, T. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Balkom, A.J.L.M. van, Dyck, R. van & Schoemaker, C. (2008). Angststoornissen samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Versie 3.20, verkregen op 10 december 2009 van <http://www.nationaalkompas.nl>
- Beekman, A.T.F., Smit, F., Stek, M.L., Reynolds, C.F. & Cuijpers, C.P. (2010). Preventing depression in high risk groups. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 8-11.
- Bohlmeijer, E. & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven: mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch hulpboek*. Amsterdam: Boom.
- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186: 11-17.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.

- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C. & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1272-1280.
- Donker, T., Van Straten, A., Marks, I. & Cuijpers, P. (2009). A brief web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(3), e19.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D. & Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, *31*, 772-799.
- Gellathly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, *37*, 1217-1228.
- Gould, R.A. & Clum, G.A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, *13*, 169-186.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

- Hirai, M. & Clum, G.A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy*, 37, 99-111.
- Jacobs, N., Kleen, M., De Groot, F. & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: de Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychological Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-223.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.
- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Atlanta: Emory University. Verkregen op 22 februari 2010 van <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>
- Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G. & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Peck, D.F. (2010). The therapist-client relationship, computerized self-help and active therapy ingredients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 147-153.

- Powers, M.B., Zum Vörde Sive Vörding, M.B. & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sin, N.L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65(5), 467-487.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-10.
- Spijker, J. & Schoemaker, C. (2008). *Depressie samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Versie 3.20, verkregen op 10 december 2009 van <http://www.nationaalkompas.nl>
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek psychopathologie: deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van der Stel, J. (2004). *Handboek preventie: voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van de geestelijke gezondheid*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Van 't Hof, E., Cuijpers, P. & Stein, D. J. (2009). Self-help and internet-guided interventions in depression and disorders: a systematic review of meta-analyses. *CNS Spectrums*, 14(2), 34-40.

Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820.

Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.