

Bachelorthesis

Psychologie

Wat is de effectiviteit van de cursus "Op verhaal komen"

in het verminderen van depressieve klachten en algemene psychische klachten en in het verbeteren van positieve geestelijke gezondheid ten opzichte van de minimale interventie en de wachtlijstgroep?

Teuntje Elfrink, s0177539

Eerste begeleider: Jojanneke Korte

Tweede begeleider: Gerben Westerhof

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Inleiding.....	4
Hoofdstuk 1: Depressiviteit.....	6
1.1 Symptomen	6
1.2 Epidemiologie	6
1.3 Oorzaken	7
1.4 Prognose en gevolgen.....	8
Hoofdstuk 2: Remiscentie	9
Hoofdstuk 3: Probleemstelling en hypothesen.....	11
3.1. Probleemstelling en hypothesen.....	11
3.2: Het belang van dit onderzoek.....	11
Hoofdstuk 4: Methoden.....	13
4.1.1 Beschrijving demografische gegevens	13
4.1.2: Werving.....	14
4.1.3: Inclusie- en exclusiecriteria	14
4.2: Onderzoeksopzet en condities	15
4.2.1: Experimentele conditie "Op verhaal komen" met counselor.....	15
4.2.2: Controle conditie en minimale interventie: "Expressief schrijven" met counselor.....	17
4.2.3: Controle conditie: de wachtlijstgroep.....	17
4.3: Meetinstrumenten.....	17
4.3.1: Demografische kenmerken	18
4.3.2: MINI Depressie	18
4.3.3: MINI Suïcidaliteit	18
4.3.4: CES-D.....	18
4.3.5: HADS-A	19
4.3.6: MHC-SF.....	19
4.3.7: BSI	20
4.4 Analyse	21
Hoofdstuk 5: Resultaten.....	23
5.1: Beschrijving en effectiviteit primaire uitkomstmaat	23
5.2: Beschrijving en effectiviteit secundaire uitkomstmaten.....	23
Hoofdstuk 6: Discussie en conclusie	26
Referenties	29

Samenvatting

Aanleiding Depressie is een veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Eén op de vijf Nederlanders lijdt aan een depressie of heeft ooit aan een depressie geleden. De aanwezigheid van lichte tot matige psychische klachten is de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Dit onderzoek is gericht op het behandelen van deze psychische klachten om zo een depressie te voorkomen. De preventieve interventie in deze studie is gebaseerd op "Op verhaal komen", een zelfhulpboek met elementen uit life-review en narratieve therapie. De deelnemers worden hierbij via e-mail begeleid door een counselor.

De onderzoeksvraag is: "Wat is de effectiviteit van de cursus "Op verhaal komen" in het verminderen van depressieve klachten en algemene psychische klachten en in het verbeteren van positieve geestelijke gezondheid ten opzichte van de minimale interventie en de wachtlijstgroep?"

Methoden Na een screening werden 174 respondenten met lichte tot matige psychische klachten gerandomiseerd over drie condities; de interventiegroep "Op verhaal komen", de minimale interventiegroep "Expressief Schrijven" en de wachtlijstgroep. De cursus "Op verhaal komen" bestond uit 7 weken met vragen en opdrachten, die de deelnemers in een tijd van 10 weken moesten doorlopen. Hierbij werden zij via e-mail begeleid door één van de vijf counselors. De baselinemeting t0 was direct voorafgaand aan de interventie en de t1-meting direct na afloop van de interventie. De effecten werden gemeten door scores op zelfrapportagevragenlijsten met als uitkomstmaten depressie (CES-D), angst (HADS-A), positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF) en psychopathologie (BSI).

Resultaten De interventiegroep liet een significant sterkere daling dan de wachtlijstgroep zien in depressieve klachten en in klachten van psychopathologie. Daarnaast liet de interventiegroep een significant sterkere toename dan de minimale interventiegroep zien op psychologisch welbevinden. Op de uitkomstmaat angstklachten lieten alle drie de condities een daling zien.

Conclusie Deze studie bevestigt dat "Op verhaal komen" effectief is in het verminderen van depressieve klachten en algemene psychische klachten ten opzichte van een wachtlijstgroep. Daarnaast is de interventie effectief in het verbeteren van psychologisch welbevinden, vergeleken met de minimale interventie. De interventie lijkt op de andere gebieden haast even effectief als de minimale interventie. Het zou kunnen dat effecten van de interventie op de lange termijn beter beklijven.

Abstract

Background Nowadays, depression is a common health issue. One out of five inhabitants of the Netherlands is suffering from depression or has ever suffered from depression. The presence of mild to moderate mental health problems is the biggest risk factor for developing a depressive disorder. This research is aimed at treating these psychological symptoms in order to avoid a depression. The preventive intervention in this study is based on "Op verhaal komen", a self-help book with elements of narrative and life-review therapy. During the course, participants are supported via e-mail by a counselor.

The research question is: "What is the effectiveness of the self-help course "Op verhaal komen" in reducing complaints of depression and general psychic/mental complaints and in increasing positive mental health with respect to the minimal intervention and the waiting list?"

Methods After the screening, 174 respondents with mild to moderate psychological symptoms were randomized to three conditions: the intervention group "Op verhaal komen", the minimal intervention group "Expressief Schrijven" and the waiting list group. The intervention consisted out of seven weeks with questions and assignments, which participants had to complete within 10 weeks. During the course, they were supported via e-mail by one of the five counselors. The baseline measurement t0 was immediately prior to the intervention and the t1 measurement immediately after the intervention. The effects were measured by scores on self-report questionnaires with outcomes of depression (CES-D), anxiety (HADS-A), positive mental health (MHC-SF) and psychopathology (BSI).

Results The intervention group showed a significantly stronger decrease than the waiting list group in depressive symptoms and symptoms of psychopathology. In addition, the intervention group showed significantly greater increase than the minimal intervention group in psychological well-being. All three conditions showed a decrease in anxiety symptoms.

Conclusion This study confirms that "Op verhaal komen" is effective in reducing depressive symptoms and general psychological symptoms compared to a waiting list group. In addition, the intervention is effective in improving psychological well-being, compared with the minimal intervention. The intervention seems almost similar effective as the minimal intervention in the other outcomes. It is possible that the effects of the intervention remain stronger in the long-term than those of the minimal intervention.

Inleiding

Deze these is een onderdeel van een groter onderzoek naar de effectiviteit van het zelfhulpboek "Op verhaal komen", geschreven door Ernst Bohlmeijer en Gerben Westerhof (2010). Dit boek helpt mensen aan de hand van hun eigen herinneringen hun leven richting te geven en negatieve gebeurtenissen te verwerken. "Op verhaal komen" is geschikt voor mensen die kampen met lichte tot matige depressieve verschijnselen en is in dit onderzoek gericht op mensen in de tweede levensfase (40+).

"Op verhaal komen" is een zogeheten reminiscentie-methode. Reminiscentie betekent het actief herevalueren en reflecteren op het eigen leven aan de hand van herinneringen. Het is bekend dat reminiscentie ervoor zorgt dat negatieve herinneringen beter verwerkt worden en dat er voor een positievere betekenis aan het leven kunnen zorgen (Wong, 1995).

Vandaag de dag is depressie een veelvoorkomend gezondheidsprobleem. Veel mensen krijgen ooit in hun leven te maken met het woord "depressiviteit", hetzij direct of indirect.

De aanwezigheid van lichte tot matige psychische klachten is de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Smit et al., 2004; Smit, Comijs, Schoevers, Cuijpers, Deeg & Beekman, 2007; Cuijpers, De Graaf & Van Dorsselaer, 2004).

Dit onderzoek is gericht op het behandelen van deze psychische klachten om zo een depressie te voorkomen. Hiermee is het dus een preventieve behandelmethode. Het maatschappelijk belang van dit onderzoek is dan ook groot, het dient ter verbetering van de volksgezondheid. Een laagdrempelige, preventieve behandelmethode kan ervoor zorgen dat de lichte tot matige depressieve en psychische klachten verdwijnen en zich niet ontwikkelen tot een depressieve stoornis.

Het feit dat dit onderzoek zich richt op mensen met lichte tot matige klachten, maakt deze cursus bovendien laagdrempeliger en we hopen de doelgroep van mensen in de tweede levenshelft zo wat beter te bereiken.

Het behandelen van bovengenoemde psychische klachten gebeurt in dit onderzoek met het zelfhulpboek "Op verhaal komen". Daarnaast is er nog een minimale interventiegroep, namelijk de cursus "Expressief Schrijven", samengesteld door Ernst Bohlmeijer, Gerben Westerhof, Sanne Lamers en Jozanneke Korte. Ook is er nog een wachtlijstgroep, waarvan de deelnemers drie maanden later met "Op verhaal komen" starten.

Bij zowel "Op verhaal komen" als "Expressief Schrijven" worden de deelnemers ondersteund door een counselor, met wie zij wekelijks via e-mail contact hebben.

Dit onderzoek is er in eerste instantie op gericht om de effectiviteit van het boek "Op verhaal komen" na te gaan en de cursus "Expressief Schrijven" dient net als de wachtlijstgroep als controleconditie.

In dit verslag zal de volgende vraag beantwoord worden:

"Wat is de effectiviteit van de cursus "Op verhaal komen" in het verminderen van depressieve klachten en algemene psychische klachten en in het verbeteren van positieve geestelijke gezondheid ten opzichte van de minimale interventie en de wachtlijstgroep?"

In hoofdstuk 1 zal eerst het begrip depressiviteit nader worden toegelicht, om vervolgens in hoofdstuk 2 het belang van reminiscentie te laten zien. Hierop volgt in hoofdstuk 3 een uitwerking van de probleemstelling met de daarbij horende hypothesen. Ook zal het belang van het onderzoek in dit hoofdstuk worden onderstreept. Hoofdstuk 4 bevat informatie over de gebruikte methoden.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten besproken en hoofdstuk 6 worden deze resultaten bediscussieerd om uiteindelijk tot een conclusie te komen.

Hoofdstuk 1: Depressiviteit

1.1 Symptomen

Een depressie kan volgens Geestelijke GezondheidsZorg Nederland (GGZ-Nederland) worden omschreven als een aandoening van de stemming en gevoelens.

Volgens de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, gepubliceerd door American Psychiatric Association, 1994) dienen *vijf of meer* van onderstaande symptomen *gedurende tenminste twee weken* te bestaan, waaronder in elk geval één of beide affectieve symptomen (ook wel kernsymptomen genoemd). De symptomen moeten op bijna alle of alle dagen, gedurende de hele dag aanwezig zijn (Handboek Psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen, 2008).

Affectieve symptomen:

- Overheersende sombere stemming
- Verminderde interesse of een verminderd vermogen om plezier te beleven (anhedonie)

Lichamelijke symptomen:

- Vermindering of toename van de eetlust en het gewicht
- Verstoring van het slaappatroon
- Veranderingen in de motoriek (remming of agitatie)
- Vermoeidheid of verlies van energie

Cognitieve symptomen:

- Zelfverwijten en schuldgevoelens
- Verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid
- Gedachten aan de dood of suicide

Een depressie is niet eenduidig en kan van persoon tot persoon verschillen. Zo dient er gekeken te worden naar de aard en de ernst van de symptomen, evenals naar het beloop van de depressie. Daarnaast kan de episode eenmalig zijn, maar het kan ook zo zijn dat er meerdere episodes op elkaar volgen (recidiverende depressie) (Handboek Psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen, 2008).

1.2 Epidemiologie

Uit het Nederlandse Nemesis-2 onderzoek door van de Graaf et al. (2010) had 18,7% van de volwassen Nederlanders van 18 tot 65 jaar ooit in het leven een depressie gehad. Een depressie komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen: 24,3% van de vrouwen gaf te kennen ooit in hun leven last te

hebben gehad van een depressie tegenover 13,1% van de mannen. In 2010 leed 5,2% van de Nederlandse bevolking aan een depressie.

In een studie van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010), gebaseerd op vijf huisartsenregistraties met gegevens uit 2007, was de totale absolute prevalentie van de 65-plussers met een depressie of depressieve gevoelens maar liefst 122.000. Ook voor deze groep geldt dat de prevalentie bij vrouwen (88.083) beduidend hoger ligt dan bij mannen (33.319).

Volgens diezelfde studie was de incidentie (het aantal nieuwe gevallen) van mensen met een depressie of depressieve gevoelens per 1000 inwoners bij vrouwen 21,40 en voor mannen 11,73.

Deze studies laten zien dat het hebben van depressieve gevoelens en een depressieve stoornis veelvoorkomend is en dat er veel winst gehaald kan worden met *preventief* behandelen.

1.3 Oorzaken

Er zijn er meerdere factoren die een rol spelen bij het ontstaan van depressiviteit. Zo worden onder andere genetische factoren (erfelijkheid), sociale- en omgevingsfactoren (stress, relatieproblemen), chemische ontregeling (medicijngebruik) en persoonlijkheid genoemd als mogelijke oorzaken van een depressie. Vaak is de oorzaak niet eenzijdig en zorgt een combinatie van factoren voor het ontstaan van een depressie.

In een meta-analyse met onder andere tweeling- en adoptiestudies van Sullivan et al. (2000) wordt de erfelijkheidscoëfficiënt op 0,35 geschat. De chronische, jongontstane depressies zijn hoogstwaarschijnlijk meer afhankelijk van erfelijkheid dan de mildere depressies. Ook toonde deze meta-analyse aan dat de kans op een depressieve stoornis bij een geadopteerd persoon groter is wanneer één van de biologische ouders een stemmingsstoornis heeft, dan wanneer de biologische ouders gezond zijn. Over de wijze van overerving wordt nog onderzoek verricht, maar men denkt dat het om een afwijkend gen gaat. Hier zijn alleen nog geen harde bewijzen voor gevonden.

Ormel (1999) vond dat veel depressies voorafgegaan worden aan een periode vol stress. Het kan hierbij gaan om plotselinge, heftige gebeurtenissen (zogenaamde verlieservaringen zoals ontslag of een overlijden) of om langdurige problemen (slepende relatieproblemen of problemen op het werk). Uit onderzoek van Wade & Kendler (2000) blijkt dat het een complexe samenhang betreft en er drie mogelijke mechanismen zijn die een rol spelen: 1) een gebrek aan sociale steun kan leiden tot een depressie, 2) een depressie kan leiden tot een vermindering van sociale steun, 3) zowel depressie als een lage sociale steun hebben een andere oorzaak. Het is dus nog onduidelijk wat er precies aan ten grondslag ligt.

Van een aantal lichamelijke ziekten is bekend dat zij depressies (en manieën) kunnen veroorzaken (Robertson & Katona, 1997): neurologische aandoeningen (zoals hersentumoren, ziekte van

Parkinson en dementieën), endocriene ziekten (aandoeningen van de schildklier en bijnier) en infectieziekten (zoals influenza, de ziekte van Pfeiffer en aids). Ook kan het misbruiken van alcohol en drugs het risico op het ontstaan van stemmingsstoornissen bevorderen. Andersom kan het hebben van een stemmingstoornis ook weer misbruik van alcohol en drugs veroorzaken.

Het is onbekend of persoonlijkheid aangewezen kan worden als oorzaak van depressie. Er is wel onderzoek gedaan naar de eigenschappen/kenmerken van depressieve patiënten. Zo worden depressieve mensen gekenmerkt door hoge scores op neuroticisme. Daarnaast scoren ze meestal laag op extraversie, zorgvuldigheid en aardigheid (Malouff et al., 2005). Het is dus nog onbekend of neuroticisme daadwerkelijk een oorzaak is voor het ontwikkelen van een depressie.

1.4 Prognose en gevolgen

De kans op recidiveren is bij de depressieve stoornis erg groot; van de patiënten met een depressie die in de tweede lijn zijn behandeld, valt meer dan de helft terug. In een langdurige follow-upstudie van Mueller et al. (1999) wordt zelfs een herhalingspercentage van 85% gevonden.

De gevolgen van een depressieve stoornis zijn op meerdere vlakken omvangrijk. Zowel het sociaal, beroepsmatig, economisch als medisch functioneren kan ernstig belemmerd worden door een depressie (Üstun & Chatterji, 2001). Zo verhoogt het de kans op bijvoorbeeld hartziekten (Glassman & Shapiro, 1998). Volgens cijfers van de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) staat de depressieve stoornis wereldwijd op de vierde plaats van ziektelast. Een bijkomend feit is dat bij depressiviteit de kans op suicide tussen de 15 en 20% ligt (Handboek Psychopathologie).

Daarnaast is in meerdere onderzoeken gevonden dat mensen met ernstige depressieve klachten geneigd zijn enkel algemene gebeurtenissen te herinneren en amper nog specifieke, bijzondere herinneringen kunnen ophalen (Williams & Scott, 1988). Naar aanleiding hiervan hebben Serrano et al. in 2004 een life-review protocol ontworpen voor mensen met een depressie in verzorgingshuizen, bestaande uit vier interviews. Het doel van dit protocol was om de mensen meer specifieke positieve herinneringen op te laten halen. Het resultaat van dit onderzoek was een significante afname van depressieve klachten en een toename in het specifiek herinneren.

In het volgende hoofdstuk zal meer aandacht worden gegeven aan life-review (integratieve reminiscentie) en de effecten hiervan op depressieve (en andere) klachten.

Hoofdstuk 2: Reminiscentie

Reminiscentie, oftewel het ophalen van herinneringen, speelt in dit onderzoek een belangrijke rol. Reminiscentie kent meerdere functies. Zo zorgt het voor het oplossen van problemen, het vinden van je eigen identiteit, voorbereiding op de dood, sociale contacten, herleving van bitterheid en het overbrengen van ervaringen of kennis (Webster, 1994). Reminiscentie kan zowel de positieve als de negatieve gevoelens versterken. Er zijn verschillende vormen van reminiscentie en reminiscentie kan op meerdere manieren worden toegepast in interventies (Westerhof et al., 2010). Zo is er de "simpele" vorm, geschikt voor ouderen in relatieve goede mentale staat, die het vertellen over autobiografische herinneringen belangrijk vinden. Deze vorm heeft als doel de positieve gevoelens te versterken en legt de nadruk op de sociale functie van reminiscentie. Deze methode wordt veel in verpleeghuizen toegepast. Als tweede is er life-review, wat met name geschikt is voor personen die worstelen met zingeving en moeilijkheden ondervinden met overgangen in het leven. Life-review richt zich op het stimuleren van probleemoplossing en het herontdekken van de eigen identiteit. Tot slot is er de life-review therapie-vorm en deze vorm is veelal geschikt voor oudere personen die kampen met mentale klachten, zoals depressieve klachten of angstklachten. Het doel van deze laatste vorm is het verlichten van de negatieve gevoelens en negatieve mentale klachten. Daarnaast is een doel van zowel life-review als life-view therapie dat mensen inzicht krijgen in wat ze hebben meegemaakt en hoe die gebeurtenissen hen gevormd hebben tot wat ze zijn, waardoor ze onder ogen kunnen zien en kunnen benoemen wat ze hebben geleerd van positieve en negatieve ervaringen. De nadruk ligt op de overlevingskunst; hoe ze er mee om zijn gegaan en wat het ze heeft gebracht. Deze vorm vergt meer energie en ervaren begeleiding.

In dit onderzoek wordt de derde vorm, life-review therapie, gebruikt en hier zal dan ook de nadruk op liggen. Life-review therapie wordt in dit onderzoek gecombineerd met elementen vanuit narratieve therapie, wat inhoudt dat het vertellen (in dit onderzoek *schrijven*) van verhalen over het eigen leven leidt tot het vinden van betekenisvolle rode draden en zingeving. Door geconcentreerd en gestructureerd over zowel moeilijke als positieve gebeurtenissen te schrijven en deze herinneringen weer levend te maken, kun je deze gebeurtenissen en herinneringen integreren in je levensverhaal.

De kern van life-review is het actief (her)evalueren van het eigen leven. Deze herevaluatie bevat zowel het verwerken van negatieve ervaringen en herinneringen als het geven van een positieve(re) betekenis aan het leven (Wong, 1995; Haight, 1992). Life-review is dus als het ware gericht op ondersteuning in het verwerkingsproces en op zingeving. Internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat life-review tot sterke afname van depressieve klachten leidt en dat deze afname te vergelijken

valt met cognitieve therapie (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003). Daarnaast zorgt life-review ook voor een afname van andere psychische klachten (zoals angst) (Bohlmeijer, 2007; Schuurmans, 2005). Life-review leidt primair tot een afname in depressieve klachten en secundair in een afname van angstklachten en een toename van positieve geestelijke gezondheid (Korte et al., under review). Dit resultaat wordt bevestigd in een onderzoek naar "Op zoek naar zin" (Pot et al., 2010). Bovenstaande onderzoeken laten zien dat life-review in groepsformat werkt bij mensen in de derde levensfase.

De zelfhulpcursus "Op verhaal komen" is ontwikkeld naar aanleiding van de bovengenoemde positieve resultaten van de groepscursus "De verhalen die we leven" (Korte et al., under review).

De cursus "Op verhaal komen" is omgezet naar een zelfhulpboek dat zelfstandig doorgewerkt kan worden. In hoofdstuk 4.3.1 zal de gebruikte methode "Op verhaal komen" inclusief het narratieve karakter verder worden toegelicht aan de hand van voorbeelden.

Zelfhulp in een geschreven format wordt ook wel bibliotherapie genoemd en uit verschillende meta-analyses is naar voren gekomen dat het net zo effectief is als een therapeut geassisteerde behandeling en effectiever dan geen behandeling (Scogin et al., 1990; Gould en Clum, 1993; Marss, 1995; Cuijpers 1997; Hirai & Clum, 2006; Gellathy et al., 2007).

Het is gebleken dat effectgroottes van zelfhulpinterventies nog hoger zijn wanneer de cliënten hierbij begeleid worden (Gould en Clum, 1993; Marss, 1995; Hirai & Clum, 2006; Gellathy et al., 2007; Cuijpers & Schuurmans, 2007). Dit is de reden dat in dit onderzoek de interventie wordt aangeboden met begeleiding van een counselor via e-mail.

E-mailbegeleiding heeft meerdere voordelen. Zo kunnen de cliënten in hun eigen omgeving, in hun eigen tempo en op voor hun gewenste tijdstippen aan de opdrachten werken en eventueel reageren op de counselor. Zo kunnen ook werkende mensen die overdag niet thuis zijn of om andere redenen niet bereikbaar zijn zelf kiezen wanneer ze aan de slag gaan. Voor de counselor is het ook minder tijdrovend dan "face-to-face" of telefonisch contact. Een bijkomend voordeel is dat de cliënten hun ontvangen en verstuurd mails altijd kunnen teruglezen en desgewenst kunnen opslaan voor zichzelf. Ook dit is met telefonisch contact onmogelijk. Meer over de aard van deze begeleiding is te vinden in paragraaf 4.3.1.

Er is zoals hierboven beschreven al redelijk veel bekend over het effect van life-review op het verminderen van depressieve klachten en over de vermoedelijke effectiviteit op het verminderen van algemene psychische klachten en het verbeteren van positieve geestelijke gezondheid.

Er is daarentegen nog weinig onderzoek gedaan naar het effect van reminiscentie aangeboden in de vorm van een zelfhulpinterventie. Uit dit onderzoek moet blijken of dit een effectieve manier van behandelen is. In hoofdstuk 3.2 wordt dieper op het belang van dit onderzoek ingegaan.

Hoofdstuk 3: Probleemstelling en hypothesen

3.1. Probleemstelling en hypothesen

Zoals in de inleiding aangegeven, richt deze these op het beantwoorden van de volgende probleemstelling:

“Wat is de effectiviteit van de cursus “Op verhaal komen” in het verminderen van depressieve klachten en algemene psychische klachten en in het verbeteren van positieve geestelijke gezondheid ten opzichte van de minimale interventie en de wachtlijstgroep?”

In dit onderzoek wordt de interventiegroep “Op verhaal komen” vergeleken met twee condities, bestaande uit de minimale interventiegroep “Expressief Schrijven” en de wachtlijstgroep, waarover in paragraaf 4.3 meer.

Bij deze probleemstelling horen de volgende hypothesen:

H1: De interventiegroep “Op verhaal komen” is superieur aan de minimale interventiegroep “Expressief Schrijven” en aan de wachtlijstgroep in het *verminderen* van depressieve klachten, algemene psychische klachten en angstklachten.

H2: De interventiegroep “Op verhaal komen” is superieur aan de minimale interventiegroep “Expressief Schrijven” en aan de wachtlijstgroep in het *verbeteren* van positieve geestelijke gezondheid.

3.2: Het belang van dit onderzoek

Er is, zoals in voorgaande hoofdstukken beschreven, al veel bekend over het belang van preventieve interventies voor depressiviteit. Ook is het aangetoond dat reminiscentie samenhangt met depressiviteit en dat life-review een positief effect heeft op het verminderen van depressieve klachten.

Wat dit onderzoek echter zo uniek maakt, is dat het zelfhulpboek “Op verhaal komen” wordt aangeboden met e-mailbegeleiding en dat het onderzoek gericht is op mensen in de tweede levenshelft (40+) en ouder. Ook is gebleken, dat mensen met lichte tot matige (depressieve of algemene) klachten slecht bereikt worden met het huidige cursusaanbod van de GGZ. De GGZ richt zich namelijk vooral op mensen met ernstige klachten. “Op verhaal komen” is bedoeld voor mensen met lichte tot matige klachten en omdat deze cursus laagdrempelig is, worden zij op deze manier

beter bereikt. Daarnaast wordt de cursus vergeleken met een minimale interventie, wat nog niet eerder is gedaan. Er is ook nog weinig onderzoek gedaan naar het (positieve of negatieve) effect van reminiscentie op de positieve gezondheid en op algemene psychische klachten, dus in dat opzicht is dit onderzoek ook zeker aanvullend.

Er komen de laatste tijd veel nieuwe geluiden over wat geestelijke gezondheid precies inhoudt. Er wordt verondersteld dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van klachten; er moet ook positieve geestelijke gezondheid zijn (Keyes, 2008). Deze trend komt steeds vaker naar voren in de GGZ en in onderzoek. Vandaar is het goed om een interventie te onderzoeken, die er voor zorgt dat zowel depressieve en andere klachten afnemen als de positieve geestelijke gezondheid wordt bevorderd.

Hoofdstuk 4: Methoden

4.1.1 Beschrijving demografische gegevens

In totaal zijn er 174 deelnemers, gelijk onderverdeeld met 58 respondenten per conditie. Uit analyses met ANOVA blijkt dat geslacht, leeftijd en opleiding goed gespreid zijn over de drie condities en dat de randomisatie geslaagd is. Bij de baselinemeting is ook gebleken dat het hebben van depressieve klachten goed verdeeld is over de groepen.

Er hebben 40 mannen en 134 vrouwen deelgenomen, wat respectievelijk gelijk staat aan 33% en 77%. De gemiddelde leeftijd is 56,94 en de leeftijd loopt uiteen van 40 jaar tot 82 jaar.

Van de 174 deelnemers heeft slechts 1,7% alleen de lagere school afgemaakt en het grootste gedeelte heeft hoger beroepsonderwijs genoten (29,3%). In totaal heeft 79% na de middelbare school een vervolgopleiding gevolgd.

Er zijn gedurende de interventie 27 deelnemers gestopt, dit houdt in dat er een uitvalspercentage van 15,5% is. Op t1 bestaat de groep dus nog uit 147 personen en in de analyse worden de scores op de verschillende vragenlijsten van de overgebleven respondenten meegenomen.

In onderstaande tabel is een overzicht te zien van de verschillende demografische gegevens.

Tabel 1: Overzicht demografische gegevens

Variabele	N	%
Geslacht		
<i>Man</i>	40	33%
<i>Vrouw</i>	134	77%
Leeftijd		
<55	68	39,1%
>55	106	60,9%
Opleiding		
<i>Lagere school</i>	3	1,7%
<i>Lager beroepsonderwijs</i>	5	2,9%
<i>Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs</i>	28	16,1%
<i>Middelbaar algemeen beroepsonderwijs</i>	40	23%
<i>Hoger algemeen onderwijs</i>	26	14,9%
<i>Hoger beroepsonderwijs</i>	51	29,3%
<i>Wetenschappelijk onderwijs</i>	21	12,1%

4.1.2: Werving

De doelgroep van dit onderzoek bestaat uit volwassenen van 40 jaar en ouder, die last hebben van lichte tot matige depressieve klachten. Voor dit onderzoek is geworven op veelbezochte internetsites en door advertenties te plaatsen in landelijke dagbladen en tijdschriften die zich richten op de doelgroep (denk hierbij aan *Plus Magazine* en de gratis ochtendkrant *Metro*).

Nadat alle geïnteresseerden het informed-consent formulier ondertekend hadden geretourneerd, kregen zij een e-mail ter bevestiging van ontvangst en een link naar de screeningsvragenlijsten. Deze screeningsvragenlijsten betroffen de CES-D en de HADS-A, welke later in dit hoofdstuk zullen worden toegelicht. Daarnaast werd gevraagd of de deelnemers recent waren begonnen met medicatie of een psychologische (zelfhulp)behandeling, genoeg tijd hadden en of zij de Nederlandse taal voldoende beheersten.

Na het invullen van deze vragenlijsten, is bij elke deelnemer een kort telefonisch interview afgenomen, bestaande uit de modules "depressieve episode" (deel A) en "suïcidaliteit" (deel C) van de MINI, een diagnostisch interview. Het afnemen van de interviews is door vijf studenten gedaan, waaronder door mij.

4.1.3: Inclusie- en exclusiecriteria

Bovengenoemde vragenlijsten en interviews zijn vervolgens beoordeeld en daarbij zijn de volgende criteria in acht genomen:

Inclusiecriteria:

- 1) Een leeftijd van 40 jaar of ouder;
- 2) De aanwezigheid van lichte tot matige depressieve klachten (CES-D score vanaf 10, afwezigheid van een depressieve episode volgens de MINI)

Exclusiecriteria:

- 1) De aanwezigheid van een ernstige depressieve episode volgens de MINI. Deelnemers met een ernstige depressieve episode wordt geadviseerd contact op te nemen met hun huisarts;
- 2) Een matig tot hoog risico op suïcidaliteit volgens de MINI;
- 3) Een score van 15 of hoger op de HADS-A;
- 4) Het ontbreken van depressieve klachten (minder dan 10 op de CES-D);
- 5) Het kort geleden gestart zijn met medicatietherapie (drie maanden geleden);
- 6) Het ontvangen van een lopende psychologische (zelfhulp)behandeling;
- 7) Onvoldoende tijd hebben om te cursus goed te volgen;
- 8) Slechte beheersing van de Nederlandse taal (lees- of leermoeilijkheden);
- 9) Geen e-mailadres hebben.

4.2: Onderzoeksopzet en condities

Het onderzoeksdesign is een gerandomiseerde, gecontroleerde studie met drie parallelle groepen, te weten:

- 1) De experimentele conditie: de zelfhulp cursus “Op verhaal komen”, met begeleiding via e-mail;
- 2) Een controle conditie: de minimale interventiegroep “Expressief Schrijven”, tevens met begeleiding via e-mail;
- 3) Een controle conditie: de wachtlijstgroep, waarbij de deelnemers na drie maanden alsnog de cursus “Op verhaal komen” met begeleiding ontvangen.

Na het beoordelen van de vragenlijsten, interviews en de overige in- en exclusiecriteria zijn de deelnemers individueel gerandomiseerd. Hierbij is gestratificeerd naar leeftijd (jonger en ouder dan 55 jaar) en geslacht, zodat de groepen op dit gebied optimaal te vergelijken zijn.

4.2.1: Experimentele conditie “Op verhaal komen” met counselor

De respondenten in deze groep hebben het zelfhulpboek “Op verhaal komen” gratis thuisgestuurd gekregen. Dit boek bevat acht modules, welke verdeeld zijn over drie delen.

In het eerste deel wordt uitgelegd wat de theorie achter de cursus is en wordt ingegaan op hoe herinneren plaatsvindt. Het is een soort inleiding met theoretische onderbouwing over autobiografisch schrijven, herinneren en alternatieve verhalen.

Het tweede deel van het boek bestaat uit vijf modules, waarin elke module staat voor een periode of levensfase. Elke module kan in een week worden afgerond. Module 1 betreft de periode “jonge jaren en familie”, module 2 “adolescentie en volwassenwording”, module 3 “werk en zorg”, module 4 “liefde en vriendschappen” en in module 5 mag de deelnemer over een onderwerp naar keuze schrijven. Module 5 is in dit onderzoek overgeslagen, maar de deelnemers mogen deze uiteraard wel voor zichzelf doorlopen. In elke module wordt geschreven en gereflecteerd over gebeurtenissen uit desbetreffende periodes in het leven en hierbij wordt niet alleen stilgestaan bij positieve gebeurtenissen en herinneringen, maar ook bij moeilijke. Dit laatste gebeurt door vragen te stellen waardoor deelnemers op een andere manier tegen zo’n moeilijke gebeurtenis aan kunnen gaan kijken. Ze worden aangestuurd om zich niet enkel op de negatieve gevoelens en emoties te richten, maar ook op de positieve kanten van een negatieve gebeurtenis. Hierbij kan gedacht worden aan een vraag zoals “Wat heeft u van deze gebeurtenis geleerd?” of “Wat zou u in het vervolg anders doen?”.

Het derde deel gaat over het leven als geheel en bevat veel reflectie. In module 6 staan doelen in het leven centraal en wordt hier dieper op ingegaan. Module 7 gaat over "levenskunst"; het omgaan met verlies en het stellen van nieuwe doelen. Module 8 gaat over het leven als verhaal, waarin de deelnemers op zoek gaan naar de rode draad in hun leven en grondig op zichzelf reflecteren. De modules uit het derde deel, zo is gebleken uit een pilotstudie, kosten meer tijd en inspanning dan de eerste vijf modules en voor deze modules is dan ook twee weken per module vrijgemaakt.

De deelnemers werken het boek zelf thuis door en worden hierbij begeleid door een counselor. Elke week stuurt de deelnemer desbetreffende week naar de counselor, waar ik er één van ben. Twee à drie werkdagen later reageert de counselor met een feedback e-mail, met daarin vragen over hoe het de afgelopen week is gegaan, inhoudelijke feedback op de ingestuurde opdrachten, vragen om de cliënt aan het denken te zetten en de mail wordt afgesloten met het "huiswerk" voor de volgende week. Dit alles gebeurt vanuit het narratieve kader: de toon van deze feedback e-mails is vaak vragend, uitnodigend en stimulerend, zodat de cliënt als het ware op zijn/haar gemak wordt gesteld en geprikkeld wordt tot verder nadenken over alternatieve verhalen. Hieronder staat kort weergegeven op welke manieren de begeleiders dit soort stimulerende vragen kunnen stellen (in sommige gevallen halen de deelnemers deze vragen uit het boek en antwoorden zij hier zelf al op of relativeren ze vanuit zichzelf al).

Alternatieve verhalen

Uitzonderingen

-Gebeurden er ook dingen die prettig of goed waren?

Coping

-Hoe bent u daarmee omgegaan?

-Hoe heeft u dat overleefd?

-Heeft die situatie u, achteraf gezien, ook iets opgeleverd?

-Heeft u er iets van geleerd?

-Kunt u iets van die periode gebruiken voor het oplossen van problemen in het heden?

Context

-Heeft u een idee waarom uw vader/moeder/onderwijzer/... zo handelde?

-Paste dat in de tijd waarin dit plaats vond?

Betekenis

-Wat vindt u zelf van waar u over hebt geschreven?

-Wat zegt dit over u?

-Kunt u er iets mee doen in uw leven op dit moment?

4.2.2: Controle conditie en minimale interventie: “Expressief schrijven” met counselor

De deelnemers in de minimale interventiegroep ontvangen gedurende zeven weken elke week een zogenaamde “les”, waarin ze de opdracht krijgen meerdere keren per week tussen de 15 en 30 minuten te schrijven. In de lessen wordt zowel ingegaan op negatieve als positieve gebeurtenissen. De cliënten zijn vrij om te schrijven waarover ze willen; het kan om een alledaagse gebeurtenis gaan, maar ook over een ingrijpende, soms levensveranderende, gebeurtenis.

In de controle conditie “Expressief schrijven” vindt de begeleiding op dezelfde wijze plaats als in de interventiegroep. Ook van deze groep heb ik een aantal deelnemers begeleid. In de feedback e-mails wordt alleen minder gestimuleerd tot nadenken over alternatieve verhalen, dit omdat dit geen onderdeel is van deze cursus. De reacties in deze conditie bestaan voornamelijk uit het tonen van begrip, uit empathisch reageren.

Deze minimale interventie is gebaseerd op “Expressive Writing” (EW) van Pennebaker (1997). EW helpt betekenis geven aan stressvolle gebeurtenissen (Boals & Klein, 2005; Pennebaker 1997) en zorgt voor acceptatie van deze stressvolle gebeurtenis (Pennebaker, 1993). Het komt er op neer dat door veel over een gebeurtenis te schrijven, de emoties en gevoelens herkend worden en dat de cliënt deze vervolgens gemakkelijker een plaats kan geven. Ook zorgt het veelvuldig schrijven over een gebeurtenis ervoor, dat de gevoelens in intensiviteit afnemen.

Het idee van deze interventie is dat het een zinvolle, maar minimale interventie is. Verwacht wordt dat het de cliënten wel goed doet, maar in mindere mate dan de experimentele conditie “Op verhaal komen”. Ook wordt verwacht dat de effecten van deze minimale interventie op de lange termijn sneller zullen afnemen, waar de effecten van “Op verhaal komen” zullen blijven.

4.2.3: Controle conditie: de wachtlijstgroep

De deelnemers in de wachtlijstgroep ontvangen het boek “Op verhaal komen” drie maanden na aanvang van het onderzoek, wanneer de interventie dus afgelopen is. Ook worden zij hierbij, net als de interventiegroep, begeleid via e-mail. De deelnemers in deze groep wachten dus drie maanden, maar mogen tussentijds wel een beroep doen op andere zorg of behandeling. Dit, om de groep zo representatief mogelijk te laten zijn.

4.3: Meetinstrumenten

Voorafgaand aan het onderzoek en na afloop van de interventie wordt bij alle condities een vragenlijst afgenomen om informatie in te winnen en te toetsen of de depressieve, algemene

psychische en angstklachten zijn afgenomen en of de positieve geestelijke gezondheid is versterkt. Er wordt gebruik gemaakt van onderstaande meetinstrumenten.

4.3.1: Demografische kenmerken

Dit onderdeel bestaat uit drie items en bevat geslacht, leeftijd en hoogst genoten opleiding. De demografische kenmerken worden voorafgaand aan de interventie verzameld (t0=baselinemeting).

4.3.2: MINI Depressie

Om de mate van depressieve klachten te meten, wordt deel A (depressie) van de MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al, 1998) afgenomen. De MINI is een gestructureerd diagnostisch interview en deze wordt in de praktijk gebruikt om op een goede en duidelijke manier een beeld te krijgen van mogelijke AS-1 stoornissen volgens de DSM-IV. Deze wordt voorafgaand aan en twaalf maanden na de baselinemeting (t3) telefonisch afgenomen en wordt zodoende in dit onderzoek verder niet bij de resultaten besproken. De voormeting dient als maatstaf voor de in- en exclusiecriteria.

4.3.3: MINI Suïcidaliteit

Om het risico op suïcidaliteit te bepalen, wordt voorafgaand de aan de interventie naast deel A, ook deel C (suïcidaliteit) van de MINI afgenomen. Ook deze geldt enkel als hulpmiddel voor de in- en exclusiecriteria.

4.3.4: CES-D

De CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977; Bouma et al., 1995) wordt zowel voorafgaand als direct na afloop van de interventie afgenomen (drie maanden na de baselinemeting, t1) en meet depressieve klachten. De CES-D bestaat uit 20 uitspraken en gevraagd wordt om van elke uitspraak het cijfer dat het gevoel het beste weergeeft te omcirkelen. Hierbij is 0 zelden of nooit (minder dan 1 dag), 1 soms of weinig (1-2 dagen), 2 regelmatig (3-4 dagen) en 3 meestal of altijd (5-7) dagen. De scores worden bij elkaar opgesteld en liggen derhalve tussen de 0 en 60. Het afkappunt ligt op 16, dat wil zeggen dat mensen met een score van 16 of hoger waarschijnlijk depressief zijn. De betrouwbaarheid en validiteit van de van de CES-D zijn goed; de interne consistentie en (begrips)validiteit zijn redelijk hoog en de gegevens die er over een test-hertest zijn, zijn ook bemoedigend (zie de handleiding van Bouma et al.). De interne consistentie van de CES-D ligt in deze studie op t0 $\alpha = 0,78$ en is daarmee acceptabel. Voor een overzicht van de betrouwbaarheid van alle gebruikte vragenlijsten, zie tabel 2.

4.3.5: HADS-A

Het "angst"-gedeelte van de HADS (Hospital Anxiety Depression Scales, Zigmond & Snaith, 1983) wordt vooraf en naderhand afgenomen om de angstklachten te meten en dient tevens als middel om te in- en excluseren. De HADS bestaat in totaal uit 14 stellingen en er zijn telkens vier antwoordmogelijkheden waaruit gekozen kan worden. Hiervan hebben 7 items betrekking op het angst-gedeelte. De HADS meet -net als de CES-D- in hoeverre de klachten zich de afgelopen week hebben voorgedaan en meet hiermee de actuele toestand van de cliënt.

Het optellen van de scores op de 7 items resulteert in een score tussen 0-21 voor zowel de depressie- als angstschaal. Hoe hoger de score, des te meer klachten. Een score tussen 0 en 7 sluit een angststoornis uit. Een score van 8-10 wijst op een mogelijke angststoornis en een score van 11-21 is een indicatie voor een vermoedelijke angststoornis. Ook van de HADS zijn de betrouwbaarheid en validiteit goed te noemen. De HADS is met name geschikt een diagnose uit te sluiten en minder om een diagnose te stellen. De betrouwbaarheid van de HADS-A in deze studie is $\alpha = 0,58$ op t0, wat niet erg hoog is en lager dan de waarden die eerder gevonden zijn.

4.3.6: MHC-SF

De MHC-SF (Mental Health Continuum-Short Form, Keyes, 2008; Lamers et al., in press) is een vragenlijst bestaande uit 14 items die samen de positieve geestelijke gezondheid meten. De 14 items zijn verdeeld over drie dimensies: het hedonistische/emotionele welbevinden (3 items), het sociale welbevinden (5 items) en het psychologische welbevinden (6 items). De respondenten geven aan hoe vaak zij gevoel van welzijn hebben gehad in de afgelopen maand. De MHC-SF bestaat uit een 6-punt Likert schaal met 1=nooit, 2=een of twee keer, 3=ongeveer 1 keer per week, 4=2 of 3 keer per week, 5=bijna elke dag en 6=elke dag. Op de MHC-SF kan dus een totaalscore worden behaald tussen de 0-70. In de analyse wordt van elk van de vragen het gemiddelde gebruikt en daarom zullen de waardes in dit onderzoek tussen de 0-6 liggen. Er zijn zoals gezegd drie dimensies en de studie van Lamers et al. (in press) heeft laten zien dat de interne betrouwbaarheid van deze subschalen hoog is. Ook laat dezelfde studie zien dat de afwezigheid van psychische klachten en de aanwezigheid van positieve geestelijke gezondheid heel andere zaken zijn: de afwezigheid van psychische klachten hoeft niet te betekenen dat de positieve geestelijke gezondheid groot is en de aanwezigheid van psychische klachten zegt niets over de aan- of afwezigheid van positieve geestelijke gezondheid. De MHC-SF wordt op t0 en t1 afgenomen in dit onderzoek. De MHC-SF heeft in deze studie een Cronbach's α van 0,87, wat goed is. Voor de subschalen is een betrouwbaarheid van 0,68 voor het sociale welbevinden gevonden, voor het emotionele en psychologische welzijn respectievelijk 0,81 en 0,81.

4.3.7: BSI

De BSI (Brief Symptom Inventory, de Beurs & Zitman, 2006; de Beurs, 2009) is de verkorte versie van de SCL-90 en een middel om psychopathologie te meten. De BSI bestaat uit 53 items om 9 dimensies van psychopathologie te meten: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De algemene psychische gezondheid wordt verkregen door de BSI-totaalscore. Elk item bevat een 5 punts-schaal en per dimensie wordt de score bepaald door het gemiddelde op de corresponderende items te berekenen. De BSI laat hoge betrouwbaarheid en validiteit zien. De BSI wordt in dit onderzoek eveneens op t0 en t1 afgenomen. De Cronbach's α van de BSI is in deze studie 0,95, wat erg hoog is. De betrouwbaarheid van de subschalen varieert van 0,65 voor psychoticisme tot 0,80 voor cognitieve klachten. Een aantal subschalen zit rond de 0,70 en de rest rond de 0,80.

Tabel 2: Betrouwbaarheid van de uitkomstmaten

Uitkomstmaat	Cronbach's α
CES-D	0,78
HADS-A	0,58
MHC-SF Totaal	0,87
MHC-SF Emotioneel welzijn	0,81
MHC-SF Sociaal welzijn	0,68
MHC-SF Psychologisch welzijn	0,81
BSI Totaal	0,95
BSI Somatische klachten	0,79
BSI Cognitieve klachten	0,80
BSI Interpersoonlijke gevoeligheid	0,79
BSI Depressieve stemming	0,77
BSI Angst	0,79
BSI Hostiliteit	0,80
BSI Fobische angst	0,67
BSI Paranoïde gedachten	0,70
BSI Psychoticisme	0,65

Voetnoot: CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale, MHC-SF = Mental Health Continuum- Short Form, BSI = Brief Symptom Inventory.

Voor elk meetinstrument is een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, met in de uitvoer ook de betrouwbaarheid van de test als een bepaald item verwijderd zou worden. Dit maakte bij geen enkele test veel verschil, er zijn dus geen uitschieters die de betrouwbaarheid kunnen verklaren (zoals de lage betrouwbaarheid van de HADS-A). Voor de probleemstelling in dit verslag en dit gedeelte van het onderzoek zijn dus de CES-D, de HADS-A, MHC-SF en de BSI van belang en deze zullen worden meegenomen in de dataverwerking en resultaten.

4.4 Analyse

In dit onderzoek wordt het effect van de cursus "Op verhaal komen" gemeten en vergeleken met de twee controlecondities.

Het model ziet er als volgt uit:

	t0		t1
	0	X1	0
R	0	X2	0
	0	X3	0

Hierin is t0 de baselinemeting direct voorafgaand aan de interventie en t1 de meting drie maanden later, direct na afloop van de interventie. De "X" staat voor de drie interventies: X1 staat voor de experimentele groep oftewel "Op verhaal komen", X2 voor de eerste controle- oftewel de minimale interventiegroep en X3 voor de tweede controle- oftewel de wachtlijstgroep. De voor- en nametingen bestaan uit scores op de CES-D (depressie), HADS-A (angst), de MHC-SF (positieve geestelijke gezondheid) en de BSI (psychopathologie).

Aangezien de hypothesen directioneel van aard zijn, wordt er éézijdig getoetst met een significantieniveau α van 0.05 en een power van $(1-\beta)=0.80$.

De analyse wordt met SPSS 18 uitgevoerd en betreft in dit onderzoek een regressieanalyse, zodat de drie condities onderling vergeleken kunnen worden en zowel de meting op t0 als op t1 worden meegenomen bij de resultaten. Om de interventiegroep met de twee controlecondities te kunnen vergelijken, worden twee dummy-variabelen aangemaakt. Hierbij is dummy1: interventiegroep=0, wachtlijstgroep=1, minimale interventiegroep=0 en dummy2: interventiegroep=0, wachtlijstgroep=0, minimale interventiegroep=1. De getallen 0 en 1 in deze nieuwe variabelen geven aan in welke groep

een proefpersoon zit. De personen in de interventiegroep hebben dus altijd een "0", omdat dit de groep is die tegen de anderen wordt afgezet. In dummy1 hebben de personen uit de wachtlijst een 1 en in deze variabele wordt de interventiegroep dus tegen de wachtlijstgroep uitgezet, in dummy2 tegen de minimale interventie. Vervolgens worden de dummy-variabelen samen met de score van de betreffende uitkomstmaat op t0 als onafhankelijke variabelen ingevoerd, zodat de afhankelijke variabele -uitkomstmaat op t1- kan worden voorspeld. De Bèta-waarden (β) en de bijbehorende p -waarden geven aan of het effect van de afhankelijke variabelen op de onafhankelijke variabele al dan niet significant is.

Om te kijken naar de effectiviteit, wordt Cohen's d berekend. Om de effectgrootte van de interventie ten opzichte van de minimale interventie te meten wordt Cohen's d berekend door de gemiddelden op de t1-meting van elkaar af te trekken en dit te delen door de (gemiddelde) standaarddeviaties van deze gemiddelden. Om de effectgrootte van de interventie ten opzichte van de wachtlijst te meten, wordt dezelfde procedure gevolgd.

Volgens Cohen (1992) is de effectiviteit klein wanneer d 0,2 is, middelgroot als d 0,5 is en groot als deze een waarde aanneemt van 0,8 of hoger.

Hoofdstuk 5: Resultaten

In tabel 3 zijn het aantal deelnemers, de gemiddelden en de standaarddeviaties van de uitkomstmaten op t0 en t1 te vinden. In dezelfde tabel staan ook de toetsgrootheden β voor de interventiegroep vergeleken met de twee controle condities. Wanneer β significant is, staat er een asterisk achter. Helemaal rechts in de tabel is Cohen's d te vinden, waarin d^1 staat voor de effectgrootte van de interventie ten opzichte van de minimale interventie en d^2 voor de effectgrootte van de interventie ten opzichte van de wachtlijst.

5.1: Beschrijving en effectiviteit primaire uitkomstmaat

De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is te scharen onder het begrip *depressieve klachten*. Te zien is, dat op t0 de gemiddelde score op de CES-D in elke conditie boven het afkappunt van 16 ligt. Dit betekent dat er in elke groep sprake is van klinisch relevante depressieve klachten (Bouma et al., 1995).

Kijkend naar de resultaten van de regressieanalyse, kan geconcludeerd worden dat de score op de CES-D significant meer is gedaald in de interventiegroep dan in de wachtlijstgroep, met $\beta=0,14$ en $p=0,03$. De depressieve klachten zijn in de interventiegroep dus meer afgenomen dan in de wachtlijstgroep. Er is echter geen verschil in afname tussen de interventiegroep en de minimale interventiegroep.

Er is een kleine effectgrootte van $d=0,24$ tussen "Op verhaal komen" en de wachtlijstgroep, in het voordeel van "Op verhaal komen".

5.2: Beschrijving en effectiviteit secundaire uitkomstmaten

De secundaire uitkomstmaten betreffen angstklachten (scores op de HADS-A), positieve geestelijke gezondheid (scores op de MHC-SF) en psychopathologie (scores op de BSI).

Angstklachten

In tabel 3 is te zien dat de scores op de HADS tussen de groepen niet verschillen in afname. Wel is er een klein tot middelgroot effect van $d=0,26$ ten gunste van "Op verhaal komen" tegenover de wachtlijstgroep.

Positieve geestelijke gezondheid

De interventiegroep laat vergeleken met de minimale interventie een significant sterkere toename in de subschaal psychologisch welbevinden van de MHC-SF zien, met $\beta=-0,13$ en $p=0,05$. De life-review interventie is dus beter in het versterken van het psychologisch welbevinden dan de minimale interventie.

Psychopathologie

De interventiegroep laat een significant sterkere afname in score op de BSI zien dan de wachtlijstgroep met $\beta=0,15$ en $p=0,02$. Tussen de interventiegroep en de minimale interventiegroep is geen verschil in daling.

De scores op de subschalen somatische klachten en cognitieve klachten zijn significant meer gedaald in de interventiegroep dan in de wachtlijstgroep, met respectievelijk $\beta=0,24$ en $\beta=0,27$ en bijbehorende p-waarden $<0,01$.

Uit de effectgroottes voor somatische klachten, blijkt dat er met een effectgrootte van $d=0,45$ sprake is van een middelgroot effect tussen de interventie en de wachtlijstgroep in het voordeel van "Op verhaal komen". Ook de effectgrootte op de subschaal cognitieve klachten laat een middelgroot effect ($d=0,51$) tussen de interventie en de wachtlijstgroep zien, tevens in het voordeel van de interventie. Op de subschaal depressieve stemming is een klein effect ($d=0,22$) tussen de interventie en de wachtlijst, ten gunste van de interventie.

Tabel 3: De gemiddelden en standaarddeviaties van de drie condities op de verschillende vragenlijsten, de uitkomsten van de regressieanalyse en Cohen's *d*.

Metingen		Op verhaal komen (n=48)		Expressief schrijven (n=47)		Wachlijst (n=52)		β^1/β^2	d^1/d^2
		M	SD	M	SD	M	SD		
<i>Primaire uitkomstmaat</i>									
<u>CES-D (0-60)</u>	t0	24,3	9,2	23,9	8,5	22,9	8,6	-0,05 ¹	0,17 ¹
	t1	16,5	7,6	15,0	9,2	18,5	9,0	0,14 ^{2*}	0,24 ²
<i>Secundaire uitkomstmaten</i>									
<u>HADS-A (0-21)</u>	t0	8,5	2,9	8,8	2,5	9,1	2,6	0,00 ¹	0,01 ¹
	t1	6,5	3,4	6,5	3,6	7,4	3,5	0,06 ²	0,26 ²
<u>MHC-SF TOTAAL (0-6)</u>	t0	3,1	0,76	3,3	0,83	3,3	0,79	-0,10 ¹	0,01 ¹
	t1	3,5	0,81	3,5	0,90	3,5	0,92	-0,09 ²	0,06 ²
MHC-SF EW	t0	3,4	1,0	3,6	1,1	3,7	0,90	-0,05 ¹	0,03 ¹
	t1	4,0	1,0	4,0	1,1	3,9	0,99	-0,11 ²	0,05 ²
MHC-SF SW	t0	2,8	0,77	3,0	1,0	2,8	0,94	-0,03 ¹	0,11 ¹
	t1	3,0	0,94	3,1	0,77	2,9	1,1	-0,04 ²	0,09 ²
MHC- SF PW	t0	3,2	0,93	3,5	0,93	3,4	0,97	-0,13 ^{1*}	0,09 ¹
	t1	3,8	0,97	3,7	0,97	3,7	1,0	-0,09 ²	0,02 ²
<u>BSI TOTAAL (0-5)</u>	t0	1,9	0,46	1,8	0,46	1,9	0,50	-0,01 ¹	0,18 ¹
	t1	1,6	0,40	1,6	0,36	1,8	0,49	0,15 ^{2*}	0,33 ²
BSI SOM	t0	1,8	0,67	1,5	0,50	1,7	0,61	0,10 ¹	0,11 ¹
	t1	1,5	0,44	1,4	0,44	1,7	0,65	0,24 ^{2***}	0,45 ²
BSI COG	t0	2,2	0,72	2,1	0,56	2,2	0,72	-0,01 ¹	0,03 ¹
	t1	1,8	0,67	1,8	0,48	2,2	0,75	0,27 ^{2**}	0,51 ²
BSI IP	t0	2,1	0,74	2,0	0,72	2,0	0,83	-0,04 ¹	0,19 ¹
	t1	1,8	0,84	1,7	0,52	1,8	0,75	0,03 ²	0,02 ²
BSI DEP	t0	2,2	0,75	2,0	0,64	2,1	0,83	0,05 ¹	0,10 ¹
	t1	1,8	0,58	1,7	0,58	1,9	0,74	0,13 ^{2*}	0,22 ²
BSI ANG	t0	1,8	0,61	1,7	0,53	1,9	0,57	-0,07 ¹	0,29 ^{1°}
	t1	1,6	0,52	1,5	0,45	1,7	0,57	0,06 ²	0,18 ²
BSI HOS	t0	1,5	0,43	1,5	0,58	1,7	0,70	-0,11 ¹	0,23 ^{1°}
	t1	1,5	0,44	1,4	0,42	1,6	0,58	0,01 ²	0,21 ²
BSI FA	t0	1,6	0,58	1,6	0,47	1,6	0,54	-0,08 ¹	0,31 ^{1°}
	t1	1,5	0,43	1,4	0,41	1,6	0,55	0,10 ²	0,18 ²
BSI PAR	t0	1,9	0,63	2,0	0,62	1,9	0,68	-0,04 ¹	0 ¹
	t1	1,7	0,69	1,7	0,54	1,8	0,71	0,07 ²	0,19 ²
BSI PSY	t0	1,8	0,56	1,8	0,64	1,9	0,65	-0,02 ¹	0,06 ¹
	t1	1,6	0,53	1,6	0,52	1,6	0,48	-0,02 ²	0,02 ²

Voetnoot: β^1 staat voor de bèta van de interventie-minimale interventie en β^2 staat voor de bèta van de interventie-wachlijst. d^1 staat voor de effectgrootte van interventie-minimale interventie en d^2 voor de effectgrootte van interventie-wachlijst.

* = de β -waarde is significant; *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

° = effectgrootte zijn ten gunste van minimale interventie.

CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale, MHC-SF = Mental Health Continuum- Short Form, BSI = Brief Symptom Inventory.

EW = emotioneel welbevinden, SW = sociaal welbevinden, PW = psychologisch welbevinden, SOM = somatische klachten, COG = cognitieve klachten, IP = interpersoonlijke gevoeligheid, DEP = depressieve stemming, ANG = angst, HOS = hostiliteit, FA = fobische angst, PAR = paranoïde gedachten, PSY = psychoticisme.

Hoofdstuk 6: Discussie en conclusie

Dit onderzoek laat zien dat life review, ook als zelfhulp met e-mailbegeleiding, primair effectief is in het verminderen van depressieve klachten en secundair effectief in het verminderen van psychopathologie en in het versterken van psychologisch welbevinden.

Deze studie toont aan dat de interventie in vergelijking tot de wachtlijst effectief is in het verminderen van depressieve klachten, psychopathologie en de subschalen somatische klachten, cognitieve klachten en depressieve stemming. Uit de resultaten blijkt dat zelfs twee verschillende meetinstrumenten aantonen dat de interventie effectief werkt tegen depressieve klachten. Vervolgens blijkt de interventie vergeleken met de minimale interventie effectiever in het vergroten van het psychologisch welbevinden.

De interventie heeft geleid tot het beoogde primaire effect op het verminderen van depressieve klachten ten opzichte van de wachtlijst. Dit komt omdat de deelnemers aan de interventie bewust bezig gaan met gebeurtenissen die deze gevoelens kunnen oproepen. Ze worden gestimuleerd om niet alleen over moeilijke gebeurtenissen schrijven, maar ook over positieve gebeurtenissen. Daarnaast wordt op zoek gegaan naar alternatieve verhalen, waardoor de moeilijke gebeurtenissen een andere betekenis kunnen krijgen en de depressieve gevoelens bij de herinnering aan die gebeurtenissen af kunnen nemen.

De interventie zou effectiever kunnen zijn in het verminderen van somatische en cognitieve klachten dan de wachtlijst, omdat men zich in de cursus niet enkel bewust zou kunnen worden van deze klachten, maar omdat in de interventie ook wordt ingegaan op de overlevingskunst. Dus als je bepaalde klachten hebt, kun je deze accepteren door stil te staan bij wat je nog wél kunt, wat je hebt geleerd en wat je hebt gedaan om met deze klachten om te gaan.

Het gegeven dat de interventie effectiever is in het vergroten van het psychologisch welbevinden dan de minimale interventie, kan verklaard worden door het feit dat in het zelfhulpboek niet alleen wordt aangestuurd op het benoemen en verklaren van gebeurtenissen en emoties, maar ook op het integreren hiervan in het dagelijks leven. De deelnemers gaan concreet met doelen aan de slag, waardoor de herinneringen bepalen wat ze belangrijk vinden en wat ze willen voortzetten of veranderen in hun leven, waardoor hun psychologisch welbevinden kan groeien.

Het is moeilijk te zeggen waarom “Op verhaal komen” niet op elke uitkomstmaat effectief is gebleken, maar een mogelijke verklaring voor de lage effectiviteit of het ontbreken ervan, kan liggen in het weer. De baselinemeting t0 viel namelijk midden in de winter en t1 in mei na een warme en zonnige periode. Naarmate het aantal zonuren en de temperatuur opliepen, merkten de counselors

dat zowel de deelnemers aan "Op verhaal komen" als aan "Expressief Schrijven" over het algemeen beter in hun vel zaten. Dit kan verklaren waarom de angstklachten in alle condities zijn afgenomen en de positieve geestelijke gezondheid is toegenomen en waarom de interventie niet effectiever is dan de minimale interventie op het gebied van depressieve klachten en psychopathologie. Het feit dat de begeleiding voor de minimale interventie misschien toch te uitgebreid is geweest, kan een tweede verklaring zijn waarom deze interventie eveneens zinvol blijkt te zijn.

Het zou echter ook kunnen dat de effecten van de interventie op de lange termijn sterker zijn dan de effecten van de minimale interventie. Dit moet nog blijken uit de nog uit te voeren metingen t2 (6 maanden na de baselinemeting) en t3 (12 maanden na de baselinemeting).

Deze studie naar de effectiviteit van de zelfhulp cursus "Op verhaal komen" onderzoekt voor het eerst of life-review ook kan worden aangeboden als zelfhulpinterventie met e-mail begeleiding en of het geschikt is voor mensen in de tweede levensfase. Ook nieuw is dat de interventie niet alleen wordt vergeleken met een wachtlijstgroep, maar ook met een minimale interventiegroep.

Naast de vernieuwende elementen zijn er nog meer sterke kanten aan dit onderzoek. Zo is de steekproef relatief groot, is er een relatief laag uitvalspercentage van 15,5% en zijn de deelnemers uiteenlopend qua leeftijd en opleiding. Ook is de screening zorgvuldig uitgevoerd, onder toezicht van ervaren therapeuten. Daarnaast is de randomisatie niet alleen op de beoogde punten van geslacht en leeftijd, maar ook qua opleiding en de mate van depressieve klachten (op t0) geslaagd. Dit laat zien dat de drie groepen homogeen van aard zijn en goed vergeleken kunnen worden. Bovendien is de begeleiding uitgevoerd door vijf verschillende studenten met dezelfde training en instructies, waardoor de begeleider geen versturende of bepalende factor is.

Deze studie kent echter ook een aantal beperkingen. Ten eerste was er eigenlijk geen controle over de feedback die de counselors gaven. Zij waren echter wel getraind, wat de standaardisatie ongetwijfeld ten goede is gekomen. Ten tweede kan bekeken worden hoe de uitkomst geïnterpreteerd kan worden; aangezien de interventie enkel op de subschaal positief welbevinden beter werkt dan minimale interventie, kan men zich afvragen of het schrijven zelf in zijn algemeenheid al effectief is.

Tot slot deden er aan dit onderzoek voornamelijk vrouwen mee. Nu is het zo dat vrouwen over het algemeen meer last hebben van depressieve klachten (de Graaf et al., 2010), maar wie weet kan de werving zich in het vervolg wat meer richten op het verkrijgen van mannelijke deelnemers.

Uit deze studie komt een aantal aanbevelingen voort. Ten eerste kan worden onderzocht wat ten grondslag kan liggen aan het gegeven dat de angstklachten in elk van de condities is gedaald. Dit zou kunnen door de deelnemers te vragen wat volgens hen mee kan hebben gespeeld in de verandering

van klachten. In deze vragenlijst zouden dan meerdere redenen aangegeven kunnen worden, waar de deelnemers uit kunnen kiezen. Het feit dat de minimale interventiegroep, op de subschaal psychologisch welbevinden na, net zo effectief is als de interventie, kan liggen aan bijvoorbeeld het weer of aan het feit dat er überhaupt e-mailbegeleiding aangeboden is. Maar de vraag blijft, waarom de wachtlijstgroep op bepaalde uitkomstmaten gelijke dalingen of stijgingen laat zien als de andere condities. Ten tweede kan de werving in de toekomst wat meer op mannen worden toegespitst, zodat zij ook beter bereikt worden.

Tot slot kan het feit dat de minimale interventie net zo effectief is in het verminderen van depressieve en algemene psychische klachten als de interventie, betekenen dat er in vervolgonderzoek onderzocht kan worden of "Expressief Schrijven" daadwerkelijk even effectief is.

Deze these onderdeel van een groter onderzoek naar "Op verhaal komen". Voor uitkomsten van het onderzoek naar mediërende factoren die een rol spelen bij "Op verhaal komen" en voor kwalitatieve analyses van het e-mailcontact, wordt verwezen naar betreffende studies.

Uit de follow-up metingen van deze studie moet dus blijken of de effecten van "Op verhaal komen" sterker aanwezig blijven dan van "Expressief Schrijven".

Concluderend is uit deze studie gebleken dat life-review als zelfhulpinterventie met e-mailbegeleiding effectief is in het verminderen van depressieve klachten en algemene psychische klachten, wanneer vergeleken wordt met de wachtlijstgroep. Wanneer vergeleken wordt met de minimale interventie, die bestond uit expressief schrijven, is de interventie effectiever in het verbeteren van psychologisch welbevinden. Als het om het verminderen van angstklachten gaat, zijn alle condities gelijk qua effectiviteit.

Deze studie is een nieuwe weg ingeslagen op het gebied van preventieve behandelmethoden en biedt vooruitzichten op laagdrempelige interventies voor mensen met lichte tot matige psychische klachten.

Referenties

- Bohlmeijer, E.T. (2007). *Reminiscence and depression in later life*. Dissertation. Trimbos-Instituut.
- Bohlmeijer, E.T., Smit, F. & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- Bohlmeijer, E.T. & Westerhof, G.J. (2010). *Op verhaal komen. Je autobiografie als bron van wijsheid*. Amsterdam. Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J., Lamers, S.M.A. & Korte, J. (2011). *Cursus Expressief Schrijven*. Onderdeel van het onderzoek "Schrijven over je leven" van Universiteit Twente.
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sandersman, R. & van Sonderen, F.L.P. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy for unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(2), 139-147.
- Cuijpers, P., De Graaf, R. & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help Interventions for Anxiety Disorders: An Overview. *Current Psychiatry Reports*, 9, 284-290.
- de Beurs, E. (2009). *Brief Symptom Inventory (BSI): Handleiding addendum*. Leiden: PITS.
- de Beurs, E., & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief. [Reliability and validity of a practical alternative to the SCL 90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- de Graaf, R., ten Have, M. & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Geestelijke GezondheidsZorg-Groep Depressie (z.d.) verkregen op 11-05-2011 van <http://www.depressie.nl>
- 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.
- Glassman, A.H. & Shapiro, P.A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, 155, 4-11.
- Gould, R.A. & Clum, G.A. (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.

- Haight, B.K. (1992). Long term effects of a structured life review proces. *Journal of Gerontology*, 47, 312-315.
- Hirai, M. & Clum, G.A. (2006). Meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behaviour Therapy*, 37, 99-111.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A. & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F. & G.J. Westerhof (under review). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (in press). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form.
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. & Schutte, N.S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114.
- Marss, R.W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23, 843-870.
- Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., e.a. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Nationaal Kompas (z.d.) verkregen op 20-5-2011 van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/prevalentie-en-incidentie-naar-leeftijd-en-geslacht/>
- Ormel, J (1999). De rol van levensgebeurtenissen, persoonlijkheid en erfelijkheid. In J.A. den Boer e.a. *Handboek stemmingsstoornissen* (pp. 133-155). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Pot, A., Bohlmeijer, E.T., Onrust, S., Melenhorst, A., Veerbeek, M. & de Vries, W. (2010). The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22, 572-581.
- 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.
- Schuermans, J. (2005). *Anxiety in late life, moving toward a tailored treatment*. Dissertation. Vrije Universiteit.
- Scogin, F., Bynum, J., Stephens, G. & Calhoun, S. (1990). Efficacy of Self-Administered Treatment Programs: Meta-Analytic Review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 42-47.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M. & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 272-277.

- Sheehan, D.V., Janavs, J., Baker, R. Harnett-Sheehan, K., Knapp, E., Sheehan, M.F. & Dunbar, G.C. (1998). M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview-English version 5.0.0. – DSM-IV. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 34-57.
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., De Graaf, R. & Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 34-57.
- Smit, F., Comijs, H.C., Schoevers, R., Cuijpers, P., Deeg, D. & Beekman, A. (2007). Target groups for the prevention of late-life anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 190, 428-434.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2000) Genetic epidemiology of major depression: A review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Üstun, T.B. & Chatterji, S. (2001). Global burden of depressive disorders and future projections. In A. Dawson & A. Tylee (eds.). *Depression: Social and economic timebomb*. Genève: World Health Organisation/Londen: BMJ Books.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G., (2008). *Handboek Psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wade, T.D. & Kendler, K.S. (2000). The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 251-258.
- Webster, J. D. 1994. Predictors of reminiscence: a lifespan perspective. *Canadian Journal on Aging*, 13, 66–78.
- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T. & Webster, J.D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30, 697-721.
- Williams, J.M. & Scott, J.(1988). Autobiographical memory and depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.
- Wong, P.T.P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. In B.K. Haight & J.D. Webster (eds.). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and applications*. Londen: Taylor & Francis, pp. 22-35.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.