

**De effectiviteit van de online life-review interventie
Op Verhaal Komen
op depressieve klachten en emotionele eenzaamheid**



Sylvia Jonker



UNIVERSITEIT TWENTE.

De effectiviteit van de online life-review
interventie
Op Verhaal Komen
op depressieve klachten en emotionele
eenzaamheid

Sylvia Jonker

S0178640

Eerste begeleider: dr. E. de Kleine

Tweede begeleider: dr. S.M.A. Lamers

Masterthese Psychologie: Geestelijke Gezondheidsbevordering

Juli 2014

Universiteit Twente

Samenvatting

INLEIDING In deze studie wordt de effectiviteit van de online interventie Op Verhaal Komen op het verminderen van depressieve klachten en emotionele eenzaamheid onderzocht. De aanwezigheid van lichte tot matige depressieve klachten is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Depressieve klachten en eenzaamheid hangen sterk met elkaar samen. Op Verhaal Komen (OVK) is een online life review therapie, gebaseerd op integratieve reminiscentie en narratieve therapie. Life review therapie is effectief gebleken in het verminderen van depressieve klachten bij ouderen en oudere volwassenen. De hoofdvraag is: “Is de online interventie Op Verhaal Komen effectief in het verminderen van depressieve klachten en emotionele eenzaamheid?”

METHODE Er werden 58 deelnemers van 40 jaar en ouder met lichte tot matige depressieve klachten geïncludeerd. Depressieve klachten werden gemeten met de CES-D, emotionele eenzaamheid met een subschaal van de Eenzaamheidsschaal. De participanten werden at random ingedeeld in drie condities, 1. OVK met individuele e-mailbegeleiding, 2. OVK met lotgenotencontact en 3. Een wachtlijstconditie met toegang tot care-as-usual. Metingen werden verricht op baseline, na drie maanden (post-treatment) en na zes maanden. Analyses werden gedaan met repeated measures ANOVA's.

RESULTATEN Er is een significante afname van depressie tussen baseline en posttreatment. Echter de wachtlijstconditie laat ook een significante afname zien van depressieve klachten. Er was bij depressie een marginaal significant verschil ($p=0,057$) te zien tussen de groep met individuele begeleiding en de groep met lotgenotencontact; de afname was iets groter in de eerstgenoemde groep. Er is geen significante afname in emotionele eenzaamheid. Correctie van de invloed van depressieve klachten op emotionele eenzaamheid veranderde de resultaten niet.

CONCLUSIE Hoewel uit eerder onderzoek bleek dat de interventie effectief is in het verminderen van depressieve klachten, kan uit de resultaten niet worden geconcludeerd dat Op Verhaal Komen effectiever is dan de wachtlijstconditie in het verminderen van depressieve klachten of emotionele eenzaamheid. De interventie is niet effectief in het verminderen van emotionele eenzaamheid. Individuele e-mailbegeleiding lijkt een effectievere aanvulling op de interventie te zijn dan lotgenotencontact. Er zijn twee kritische punten, namelijk de kleine steekproefgrootte en het ontbreken van gegevens omtrent het gebruik van care-as-usual door de wachtlijstgroep. Het verdient aanbeveling om vervolgonderzoek te doen; het zou zich kunnen richten op Op Verhaal Komen met individuele begeleiding en optionele deelname aan een lotgenotencontactgroep, waarbij aandacht geschonken wordt aan de verbeterpunten.

Abstract

INTRODUCTION In this study, the efficacy of the online intervention “The Story of your Life” in reducing depressive symptoms and emotional loneliness was evaluated. The presence of mild to moderate depressive symptoms is a risk factor for developing a depressive disorder. Depressive symptoms and loneliness are closely linked. The Story of Your Life is an online life review therapy based on integrative reminiscence and narrative therapy and designed to decrease mild to moderate depressive symptoms. In previous studies, life review therapy was considered to be effective in decreasing depressive symptoms in older adults and the elderly. The main research question is: “Is The Story of Your Life effective in reducing depressive symptoms and emotional loneliness?”

METHOD Fifty-eight participants over 40 with mild to moderate depressive symptoms were included in this study. Depressive symptoms were assessed by the CES-D scale, emotional loneliness by a subtest of the Eenzaamheidsschaal. The participants were at random assigned to three conditions: 1. The intervention complemented by individual counseling by e-mail, 2. The intervention complemented by access to an internet support group and 3. A waiting list condition in which the participants had access to care-as-usual. Measurements were taken at baseline, at three months (post-treatment) and at six months follow-up. Analysis was done by performing multiple repeated measures ANOVAs.

RESULTS There was a significant decrease in depressive symptoms between baseline and three months. However, the waiting list condition showed a significant decrease too. In depressive symptoms, there was a marginal significant difference between the individual e-mail counseling condition and the internet support group condition, depressive symptoms decreased slightly more in the first. There is no significant decrease in emotional loneliness. Correction of the influence of depressive symptoms did not change the results.

CONCLUSION In previous research the intervention was found to be effective in decreasing depressive symptoms. In this study however, we cannot conclude that the intervention is more effective than the waiting list condition in decreasing depressive symptoms. The intervention is not effective in reducing emotional loneliness. Individual e-mail counseling seems to be a more effective addition to the intervention than an internet support group. There are two limitations in this study; the sample size was small and there are no data concerning the use of care-as-usual by the waiting list participants. Future research is recommended, investigating the intervention complemented by e-mail counseling and optional use of an internet support group might be considered.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract	4
Inleiding	6
Methode	11
Resultaten	15
Discussie en conclusie	20
Referenties.....	23

Inleiding

In deze studie wordt onderzocht wat het effect is van de online interventie Op Verhaal Komen op depressie en emotionele eenzaamheid. De studie is vernieuwend omdat de invloed van (een verandering in) depressieve klachten op emotionele eenzaamheid onderzocht wordt. Depressie en eenzaamheid zijn sterk gecorreleerd; depressie kan eenzaamheid versterken en vice versa. Op Verhaal Komen is primair bedoeld om depressieve klachten te verminderen; wanneer de interventie ook emotionele eenzaamheid doet verminderen dan geeft dit een toegevoegde waarde aan de interventie: het pakt beide onderwerpen aan. De interventie is bedoeld voor oudere volwassenen met lichte tot matige depressieve klachten en is gebaseerd op integratieve reminiscentie. Eerdere varianten van Op Verhaal Komen bleken effectief in het verminderen van depressieve klachten. Aangezien depressie en eenzaamheid gecorreleerd zijn, is het mogelijk dat naast depressieve klachten ook eenzaamheid vermindert door de interventie. In deze studie wordt onderzocht of een afname van depressieve klachten samenhangt met een afname van emotionele eenzaamheid. Om te beginnen worden depressie en eenzaamheid besproken en hoe zij elkaar beïnvloeden. Vervolgens wordt besproken hoe integratieve reminiscentie depressie kan verminderen en daarmee mogelijk eenzaamheid. Als laatste wordt de interventie op Verhaal Komen besproken.

Lichte tot matige depressieve klachten komen veel voor. Braam, Copeland, Delespaul, Beekman, Como, Dewey en Skoog, (2014) vonden dat 20,8 % van de mensen tussen 65 en 84 jaar een subklinische mate van depressie had. De aanwezigheid hiervan is een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Cuijpers, De Graaf & Van Dorsselaer, 2004). Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% in het leven een depressieve stoornis gehad (Feiten en cijfers depressie, z.d). Bij ouderen tot 84 jaar is de prevalentie 12,1% (Van Ojen,1995). Depressie komt het meest voor in de leeftijdsgroep van 25 tot 45 jaar (Van het Land, Schoenmaker, Ruiters, 2008) Een depressie kenmerkt zich door neerslachtigheid die twee weken of langer aanhoudt. Daarnaast heeft men duidelijk minder interesse of vermogen om plezier te beleven. Andere symptomen die horen bij een depressie zijn een verandering van eetlust, te veel slapen of juist niet kunnen slapen, vermoeidheid, rusteloosheid in bewegingen of juist heel traag bewegen, schuldgevoelens, een gevoel van waardeloosheid, gebrek aan concentratie, besluiteloosheid en gedachten aan de dood (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Een depressie heeft gevolgen voor het welbevinden en voor het functioneren op (psycho)sociaal en lichamelijk gebied. De levensverwachting van mensen met depressie daalt, onder andere door een ongezondere leefstijl, het slecht opvolgen van medicatie-adviezen en een neiging tot suïcide. Daarnaast vermindert de kwaliteit van leven van mensen in de omgeving van iemand met een depressie. Er zijn grote maatschappelijke kosten aan verbonden door een verhoogd gebruik van medische voorzieningen en productieverlies door ziekteverzuim (Gevolgen depressie, z.d.). Er is geen eenduidige oorzaak voor een depressie. Er spelen veel factoren mee waaronder geslacht en leeftijd, erfelijkheid, persoonlijkheid, bepaalde lichamelijke aandoeningen, sociale factoren, omgevingsfactoren en levensgebeurtenissen (Oorzaken

en risicofactoren depressie, z.d.). Een andere factor die depressieve klachten kan veroorzaken is eenzaamheid.

Eenzaamheid komt veel voor, in 2012 was ongeveer 40% van de Nederlandse bevolking eenzaam (Roest & Brink, 2013). Eenzaamheid komt onder alle leeftijdsgroepen voor, maar het komt vaker voor in de hogere leeftijdscategorieën (65+, Roest & Brink, 2013). Het risico op eenzaamheid is groter bij oudere mensen, op hogere leeftijd verliezen bijvoorbeeld veel mensen hun levenspartner. Gezondheidsproblemen komen relatief vaker voor waardoor men minder mobiel kan worden. Hierdoor wordt het moeilijker om sociale contacten te onderhouden (Liu & Rock, 2013). Eenzaamheid wordt gedefiniëerd als het ervaren tekort aan een bepaalde kwaliteit en kwantiteit van de persoonlijke relaties (De Jong-Gierveld, 1988). Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee vormen van eenzaamheid, namelijk sociale- en emotionele eenzaamheid (DiTommaso & Spinner, 1997). Sociale eenzaamheid betekent dat iemand minder sociale contacten heeft dan hij wenst. Volgens Dykstra en Fokkema (2007) wordt sociale eenzaamheid veroorzaakt door het ontbreken van een voldoende groot netwerk van mensen die sociale steun kunnen bieden. Emotionele eenzaamheid ontstaat door het ontbreken van een emotioneel hechte band met een andere persoon (DiTommaso & Spinner, 1997; Dykstra & Fokkema (2007). Deze andere persoon kan een levenspartner of een hele goede vriend of vriendin zijn.

Eenzaamheid en depressieve klachten zijn nauw met elkaar verbonden (Mahon, Yarcheski, Yarcheski, Cannella & Hanks, 2006), depressie kan eenzaamheid veroorzaken en vice versa (Vanhalst, Klimstra, Luyckx, Scholte, Engels & Goossens, 2012b). Eenzaamheid kan het psychosociale functioneren beïnvloeden; wanneer gevoelens van eenzaamheid geïnternaliseerd worden kan een depressie ontstaan (Schinka, Van Dulmen, Mata, Bossarte & Swahn, 2013). Daarnaast is het vóórkomen van symptomen van depressie een voorspeller van eenzaamheid (Mahon et al., 2006; Lasgaard, Goossens, & Elklit, 2011). Bij deze onderzoeken is de mate van algemene eenzaamheid onderzocht; er is geen onderscheid gemaakt tussen sociale- en emotionele eenzaamheid. Gotlib (1992) stelt dat mensen met depressieve symptomen minder intieme relaties hebben. Dit kan een aanleiding zijn voor het ontstaan van emotionele eenzaamheid. Young's (1982) verklaring hiervoor is dat depressieve mensen de neiging hebben om zaken negatiever uit te leggen dan niet-depressieve mensen. Dit kan ook gebeuren in hun sociale relaties. De focus ligt op negatieve aspecten in een relatie, vervolgens wordt een relatie in zijn geheel als negatief ervaren. De relatie beantwoordt niet meer aan verwachtingen en behoeften en mensen voelen zich daardoor al gauw eenzaam. Door de manier waarop depressieve mensen sociale informatie interpreteren zijn zij minder in staat om signalen van sociale acceptatie op te vangen (Steger & Kashdan, 2009). De manier waarop depressieve mensen hun relaties ervaren veroorzaakt een gevoel van eenzaamheid (Young, 1982). Uit het voorgaande lijkt het er op dat het ervaren van emotionele eenzaamheid deels kan worden verklaard doordat depressieve mensen situaties negatiever interpreteren dan mensen zonder depressieve

klachten. Wanneer mensen leren om deze situaties positiever te interpreteren, ervaren zij wellicht minder emotionele eenzaamheid.

Om te leren gebeurtenissen positiever te interpreteren, is het nodig dat mensen deze gebeurtenissen herwaarderen. Hiervoor is het nodig dat mensen zich specifieke positieve gebeurtenissen herinneren. Depressieve mensen hebben meer moeite om specifieke autobiografische herinneringen op te halen (Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004). Zij hebben de neiging om zich alleen een globale, algemene indruk van een periode in hun leven te herinneren; vaak heeft zo'n algemene herinnering een negatieve ondertoon (Preschl, Maercker, Wagner, Forstmeier, Baños, Alcañiz & Botella, 2012). Mensen kunnen zich oefenen in het ophalen van specifiekere autobiografische herinneringen; dit kan door gebruik te maken van gestructureerde reminiscentie, zoals gebruikt wordt in life review therapie.

In life review therapie wordt reminiscentie op een gestructureerde wijze gebruikt. Hierbij worden twee processen gebruikt, a) integratieve reminiscentie en b) instrumentele reminiscentie. Het eerste is het integreren van zowel positieve als negatieve herinneringen in het levensverhaal. Er ontstaat hierdoor bij depressie een betere balans tussen positieve en negatieve aspecten, waardoor mensen hun leven (terugkijkend) positiever en zinvoller beleven (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Instrumentele reminiscentie is het herinneren van opgedane kennis en vaardigheden om daarmee huidige problemen op te lossen (Westerhof et al., 2010). Men kan zich bijvoorbeeld herinneren dat er op het werk een conflict dreigde te ontstaan maar dat werd voorkomen door een goede copingstrategie. Wanneer men zich deze situatie en de succesvolle afloop ervan herinnert, kan men deze kennis gebruiken om een huidig dreigend conflict mee op te lossen. Gebruik van dit soort kennis en een constructieve herwaardering van iemands verleden is gerelateerd aan een vermindering van depressieve symptomen (Pinquart & Forstmeier, 2012; Cappeliez & O'Rourke, 2006).

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van life review therapie. Serrano et al. (2004) bestudeerden de effecten van life review therapie. De deelnemers waren 43 ouderen tussen de 65 en 93 jaar. Allen hadden een klinisch relevante mate van depressieve klachten. De deelnemers werden getraind om specifieke, autobiografische herinneringen op te halen. Life review bleek effectief in het verminderen van depressieve symptomen bij oudere mensen. De in dit onderzoek beschreven life review therapie verschilt echter wel wat van de life review therapie zoals die gebruikt wordt in Op Verhaal Komen. Bohlmeijer, Smit en Cuijpers (2003) voerden een meta-analyse uit op 20 studies die de effectiviteit van reminiscentie en life review onderzochten. Zij vonden in hun meta-analyse een gemiddelde effectgrootte van 0,84. De effectgroottes variëerden van 0,31 tot 1,37; dit lijkt samen te hangen met de mate van depressieve klachten van de participanten. Wanneer deze hoger zijn worden er hogere effectgroottes gemeten. Life review therapie bleek even effectief in het verminderen van depressieve klachten als bijvoorbeeld psychotherapie of farmacotherapie (Bohlmeijer et al, 2003). In een meta-analyse van Pinquart en Forstmeijer (2011) werden 128 onderzoeken naar life review therapie bestudeerd; zij vonden een middelgrote effect size (Hedges' $g=0,57$) voor depressie. Korte et al. (2012) onderzochten de mechanismen die de effectiviteit van life review verklaren. Uit dit

onderzoek blijkt dat een toename in positieve gedachten significant leidt tot een afname van depressieve symptomen; dit is één van de belangrijkste mechanismen voor de effectiviteit van de methode. Zowel integratieve als instrumentele reminiscentie zorgen beide voor een toename van positieve gedachten (Williams, 2007).

Deze studie richt zich op de online life review interventie “Op Verhaal Komen”. De interventie is gebaseerd op integratieve reminiscentie en componenten van narratieve therapie (Korte, Bohlmeijer, Smit, 2009; Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust & Van Marwijk, 2009). Op Verhaal Komen is oorspronkelijk ontwikkeld als groepscursus (Korte et al., 2009). Na onderzoek en evaluatie is de interventie aangepast en ontwikkeld tot een individuele online versie. Het voordeel hiervan is dat deelnemers de cursus in hun eigen tempo kunnen doen en op een tijd dat het hen uitkomt. Daarnaast geeft de online cursus de mogelijkheid om begeleiding te bieden door middel van e-mailcontact met een counselor, of begeleiding te bieden door middel van lotgenotencontact binnen een besloten forum. Op Verhaal Komen met lotgenotencontact is een nieuwe variant van de interventie, het effect van lotgenotencontact is in deze context nog niet eerder onderzocht. Een dergelijk forum is vergelijkbaar met een internet support group. Internet support groups (ISG's) worden steeds meer gebruikt; er zijn groepen voor allerlei lichamelijke en psychische aandoeningen. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ISG's. Griffiths, Mackinnon, Crisp, Christensen, Bennett en Farrer (2012) onderzochten het effect van internet support groups op depressieve klachten. Het bleek dat het deelnemen aan een internet support group, gecombineerd met een online trainingsprogramma gericht op het verminderen van depressieve klachten (DITP) significant effectiever was in het verminderen van depressieve klachten dan de wachtlijstconditie. Deelname aan de ISG alleen gaf geen significant verschil direct na de behandeling, maar wel bij follow-up. Daarentegen was het DITP effectief direct na de interventie, maar niet bij follow-up (Griffiths et al., 2012). Een ISG lijkt een toegevoegde waarde te hebben bij gebruik van een online interventie voor het verminderen van depressieve klachten; het valt te verwachten dat de effectiviteit van Op Verhaal Komen bevordert wordt door een ISG in de vorm van lotgenotencontact.

De effectiviteit van de groepscursus Op Verhaal Komen is onderzocht door Korte, Bohlmeijer, Cappeliez, Smit en Westerhof (2011). De doelgroep bestond uit mensen van 55 jaar en ouder met matige depressieve klachten. De interventie bleek effectief in het verminderen van depressieve klachten; de behaalde resultaten waren stabiel bij follow-up na een jaar. Bij Korte et al. (2009 en 2011) werden 202 deelnemers geïncludeerd van 55 jaar en ouder met matige depressieve klachten; de deelnemers werden at random verdeeld over de interventiegroep en een groep die care-as-usual ontving. Korte et al (2011) vond effectgroottes van 0,60 post-treatment en 0,50 bij follow-up na drie maanden. De interventie werd verder ontwikkeld tot een boek met e-mailbegeleiding van een counselor, deze werd in een randomized controlled trial (RCT) onderzocht door Lamers, Bohlmeijer, Korte en Westerhof (2014). In dit onderzoek werd Op Verhaal Komen met e-mailbegeleiding van een counselor vergeleken met een groep die de interventie “Expressief Schrijven” volgde en met een

wachtljstgroep. Aan dit onderzoek deden 3 x 58 mensen mee van 40 jaar en ouder. Lamers et al. (2014) vond dat life review effectiever was in het verminderen van depressieve klachten ($d=0.35$) dan de wachtljstgroep. Op Verhaal Komen was niet effectiever dan expressief schrijven. In de onderhavige studie wordt de interventie onderzocht waarbij twee interventiegroepen worden gecombineerd met een wachtljstgroep. De eerste interventiegroep volgt Op Verhaal Komen en krijgt daarbij individuele e-mailbegeleiding van een counselor (N=19), de tweede groep neemt naast de interventie deel aan een besloten internetforum waarbij de ervaringen worden gedeeld met lotgenoten (N=20). De wachtljstgroep (N=19) heeft, indien gewenst, toegang tot care-as-usual.

Samenvattend, Op Verhaal Komen is effectief in het verminderen van depressieve klachten. Het effect ervan op emotionele eenzaamheid is echter nog niet onderzocht, evenals de effectiviteit van lotgenotencontact ten opzichte van individuele begeleiding. De verwachting is dat Op Verhaal Komen met lotgenotencontact effectiever zal zijn door de positieve werking die uitgaat van het delen van ervaringen. Op Verhaal Komen is gericht op het verminderen van depressieve klachten, maar aangezien depressie en eenzaamheid gecorreleerd zijn, kan verwacht worden dat de interventie ook een effect heeft op eenzaamheid. Of dat effect gerelateerd is aan een afname van depressieve klachten wordt onderzocht.

In deze studie staat de volgende onderzoeksvraag centraal: Is de online interventie Op Verhaal Komen effectief in het verminderen van depressieve klachten en emotionele eenzaamheid? Uit deze onderzoeksvraag kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd:

- 1a. Deelnemers aan Op Verhaal Komen hebben een grotere afname van depressieve klachten dan de wachtljstgroep
- b. Deelnemers aan OVK+lotgenoten hebben een grotere afname van depressieve klachten dan OVK+counselor
- 2.a. Deelnemers aan Op Verhaal Komen hebben een grotere afname van emotionele eenzaamheid dan dan de wachtljstgroep
- b. Deelnemers aan OVK+lotgenoten hebben een grotere afname van emotionele eenzaamheid dan OVK+counselor
- c. Vermindering van emotionele eenzaamheid is gerelateerd aan de afname van depressieve klachten.

Methode

Participanten

De deelnemers (N=58) zijn volwassenen van 40 jaar en ouder. Een overzicht van de demografische gegevens staat in tabel 1. Opvallend is dat er relatief veel vrouwen deelnamen en dat veel van de deelnemers hoogopgeleid zijn. Er deden 13 mannen mee en 45 vrouwen; 89,6% van de deelnemers had een HBO- of WO opleiding. De gemiddelde leeftijd was 53,8 jaar, variërend van 40 tot 79 jaar. Alle deelnemers hadden lichte tot matige depressieve klachten, de score op de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale op baseline (t0) varieerde van 16 tot 47 punten met een gemiddelde van 28 punten. De gemiddelde score op de Eenzaamheidsschaal varieerde van 0 tot 6 punten, met een gemiddelde van 4,17 punten.

Tabel 1: Demografische gegevens

Demografische gegevens participanten		(N=58) (%)	
Geslacht	man	13	(22,4)
	vrouw	45	(77,6)
Gemiddelde leeftijd		53,8	
Burgelijke staat	Gehuwd	20	(34,5)
	Gescheiden	17	(29,3)
	Weduwe/weduwnaar	4	(6,9)
	Nooit gehuwd geweest	17	(29,3)
Opleidingsniveau	WO	19	(32,8)
	HBO	33	(56,9)
	Overig	6	(10,3)
Woonsituatie	Alleen	22	(37,9)
	Met een partner	18	(31,0)
	Overig	9	(15,5)
	Kinderen	9	(16,5)
Eenzaamheid score op t0	Gemiddelde	4,17	
	Standaarddeviatie	1,749	
CES-D score op t0	Gemiddelde	28	
	Standaarddeviatie	6,318	

Meetinstrumenten

Om depressieve symptomen te meten wordt gebruik gemaakt van de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, Bouma, Ranchor, Sanderman & van Sonderen, 1995). De schaal heeft 20 items die ingaan op symptomen van depressie. Scores moeten worden ingevuld op een vierpunts-

Likertschaal, waarbij 0 “zelden of nooit, minder dan 1 dag” en 3 “meestal of altijd, 5-7 dagen” betekent. Er wordt gevraagd naar het vóórkomen van de symptomen in de afgelopen week. Hogere scores wijzen op de aanwezigheid van meer depressieve klachten. De CES-D is een veelgebruikte test; de betrouwbaarheid is goed, Cronbach’s alpha varieert tussen de 0,79 en 0,92. De begripsvaliditeit is middelmatig tot goed, variërend van 0,53 tot 0,88 (Bouma et al., 2012). De betrouwbaarheid (Cronbach’s alpha) in deze studie is te vinden in de resultaten.

Om eenzaamheid te meten wordt de Eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld & Kamphuis (1985) gebruikt. De schaal is geschikt om eenzaamheid onder volwassenen te meten. De schaal heeft elf items die kunnen worden gescoord met “ja”, “min of meer” of “nee”. Om een score te bepalen wordt geteld hoe vaak men neutraal of positief antwoordt in de subschaal emotionele eenzaamheid. Daarna wordt geteld hoe vaak men een neutraal of negatief antwoord geeft op de items van de subschaal sociale eenzaamheid. Deze scores worden bij elkaar opgeteld, waarbij de maximale score 11 is. Hoe hoger de score, hoe eenzamer men is. Een score van drie of hoger geeft aan dat iemand matige eenzaamheid ervaart, bij een score van negen of hoger ervaart men ernstige eenzaamheid. De schaal meet twee dimensies die gemeten worden in twee subschalen, namelijk emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid wordt gemeten door de items 2, 3, 5, 6, 9 en 10. In een onderzoek door Fokkema en Knipscheer (2007) zijn de subschalen apart geanalyseerd, evenals in Dykstra (2007). Hoewel de subschalen sterk gecorreleerd zijn, zijn ze los van elkaar bruikbaar voor analyse. De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed voor zowel eenzaamheid in het algemeen als voor sociale- en emotionele eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 1985). De betrouwbaarheid (Cronbach’s alpha) in deze studie is te vinden in de resultaten.

Op Verhaal Komen

De online interventie Op Verhaal Komen (OVK) is gebaseerd op het zelfhulpboek Op Verhaal Komen. De interventie is gebaseerd op integratieve reminiscentie (life review therapie) en narratieve therapie. De interventie duurt 12 weken waarin zes modules worden doorlopen. In de eerste vier modules wordt gereflecteerd op verschillende periodes in het leven. Hierbij is er aandacht voor moeilijke gebeurtenissen; er worden vragen gesteld die helpen om nieuwe verhalen te ontwikkelen rondom deze gebeurtenissen. De twee laatste modules gaan in op het leven als geheel. Er zijn twee experimentele condities, namelijk OVK met e-mailbegeleiding van een counselor en OVK met lotgenotencontact. Bij de e-mailbegeleiding krijgt de deelnemer op individuele basis ondersteuning, opdrachten en inhoudelijke feedback daarop. De deelnemers aan de lotgenotencontact-groep worden at random ingedeeld in een groep met drie andere deelnemers. Zij hebben toegang tot een afgeschermd internetforum waar zij hun huiswerkopdrachten en berichten kunnen plaatsen, tevens kunnen zij huiswerkopdrachten en berichten van anderen lezen. In elke module wordt er een kernthema besproken, de deelnemers moeten hun huiswerkopdrachten op het forum plaatsen en zij moeten

reageren op de opdrachten van de drie andere deelnemers. Een counselor houdt toezicht op het geheel en is benaderbaar voor vragen, maar neemt zelf niet actief deel aan het forum. De wachtlijstconditie krijgt e-mails met informatie en na zes maanden krijgen zij alsnog toegang tot OVK online, waarbij zij mogen kiezen tussen lotgenotencontact of e-mailbegeleiding. Gedurende de wachtperiode hebben zij onbeperkt toegang tot andere vormen van psychologische hulp (care-as-usual).

Procedure

De onderzoeksopzet van de oorspronkelijke randomized controlled trial werd getoetst door de Medisch Ethische Toetsingscommissie. Na goedkeuring (nummer 2778 in het Nationale Trial Register) werden de deelnemers geworven via advertenties op veelbezochte internetsites, dagbladen en tijdschriften gericht op de 40+ populatie (bijvoorbeeld Plus Magazine). Geïnteresseerden konden hun gegevens achterlaten op een online formulier. Na goedkeuring kregen zij een informed consent formulier toegestuurd. Vervolgens vond er een screening plaats (t0a); door middel van het invullen van de CES-D, een telefonische afname van de Mini-international Psychiatric Interview (M.I.N.I.-plus) en de Sheehan Disability Scale (SDS) werd bepaald of een deelnemer voldeed aan de inclusiecriteria. Voor inclusie moesten de deelnemers ouder zijn dan 40 jaar en lichte tot matige depressieve klachten hebben (een CES-D score van 10 of hoger). Exclusiecriteria waren de aanwezigheid van ernstige depressieve klachten volgens de M.I.N.I., aanwezigheid van suïcidaliteit volgens de M.I.N.I., het net gestart zijn met medicatietherapie tegen somberheidsklachten (korter dan drie maanden geleden), het ontvangen van therapie tegen somberheidsklachten, niet voldoende tijd hebben, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, geen toegang hebben tot internet of geen e-mailadres hebben. Na inclusie werd er een baseline meting (T0b) afgenomen en werden de deelnemers at random verdeeld over de drie condities. Direct na de interventie (T1, drie maanden na baseline) wordt er opnieuw een meting gedaan en na zes maanden (T2) nogmaals. Drop-out rate en adherentie worden vermeld bij de resultaten.

Analyse

De statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS versie 20. Op t0 waren er geen significante verschillen tussen de groepen op depressieve klachten of emotionele eenzaamheid (resp. $F(2,57)=0,930$, $p=0,401$ en $F(2,57)=0,613$, $p=0,544$); dit wijst op een geslaagde randomisatie. Drop-out, betrouwbaarheid en correlaties worden bij de resultaten besproken. De stelling dat Op Verhaal Komen effectiever is dan de wachtlijstgroep in het verminderen van depressieve klachten danwel emotionele eenzaamheid, wordt getoetst met een multivariate variantieanalyse met herhaalde metingen (hypothese 1a en 2a). Voor depressieve klachten werden de CES-D scores op t0, t1 en t2 als within-subject factoren gebruikt en de samengestelde groepen werden als between-subject factor gebruikt (OVK+lotgenoten en OVK+counselor worden samengevoegd). Voor emotionele eenzaamheid werden de emotionele eenzaamheidsscores op t0, t1 en t2 en de samengestelde groepen gebruikt.

Voor het analyseren van een verschil in effectiviteit tussen de interventiecondities wordt dezelfde procedure gebruikt, echter nu met de afzonderlijke Op Verhaal Komen groepen en de wachtlijstgroep als between-subjects factor. Voor de hypothese dat de afname van emotionele eenzaamheid afhangt van de afname van depressieve klachten werd een repeated measures ANOVA gebruikt met als factoren de scores op emotionele eenzaamheid en de afzonderlijke groepen, met daarnaast als covariaat de verschillscore tussen t0 en t1 van de CES-D score. Er wordt voor de tijdstippen t1 en t2 een effect size berekend. Cohen's d wordt berekend voor depressie en emotionele eenzaamheid; hierbij wordt de wachtlijstgroep vergeleken met de samengevoegde Op Verhaal Komen-groep. Hierbij wordt een Cohen's $d=0,80$ als groot beschouwd, $d=0,50$ als middelmatig, $d=0,20$ als klein (Cohen,1988). Een $d<0,20$ wordt als verwaarloosbaar klein beschouwd (Cohen, 1992).

Resultaten

Drop-out, betrouwbaarheid en correlaties

Op baseline (t0) werden er 58 deelnemers geïnccludeerd; op t1 waren de data van 39 deelnemers beschikbaar (drop-out rate 32,8%) en op t2 van 35 deelnemers (drop-out rate 39,7%). Er waren in de lotgenotencontact-groep 8 deelnemers (40%) van wie de adherentie niet volledig was. In de de groep met counselor waren dit ook 8 deelnemers (42%), in de wachtlijstgroep 7 (36,8%).

De betrouwbaarheid (Cronbach's alpha) is van zowel de CES-D als de subschaal emotionele eenzaamheid van de Eenzaamheidsschaal redelijk tot goed, zie tabel 1. Opvallend is de toename in betrouwbaarheid bij de emotionele eenzaamheid-subschaal, terwijl de betrouwbaarheid van de CES-D afneemt in de tijd. De betrouwbaarheidscoëfficiënten zijn weergegeven in tabel 1. De correlatie tussen emotionele eenzaamheid en depressie op t0 is zeer zwak (Pearson's $r = 0,015$; $p=0,910$). Mogelijk is dit een gevolg van weinig spreiding in de scores.

Tabel 1: Betrouwbaarheid van de vragenlijsten op t0, t1 en t2 (Cronbach's alpha)

Test/ α	T0	T1	T2
CES-D	0,730	0,735	0,579
Emotionele eenzaamheid	0,769	0,823	0,906

Depressie

Gemiddelden, standaarddeviatie en groeps grootte voor de CES-D scores op t0, t1 en t2 zijn te vinden in tabel 2.

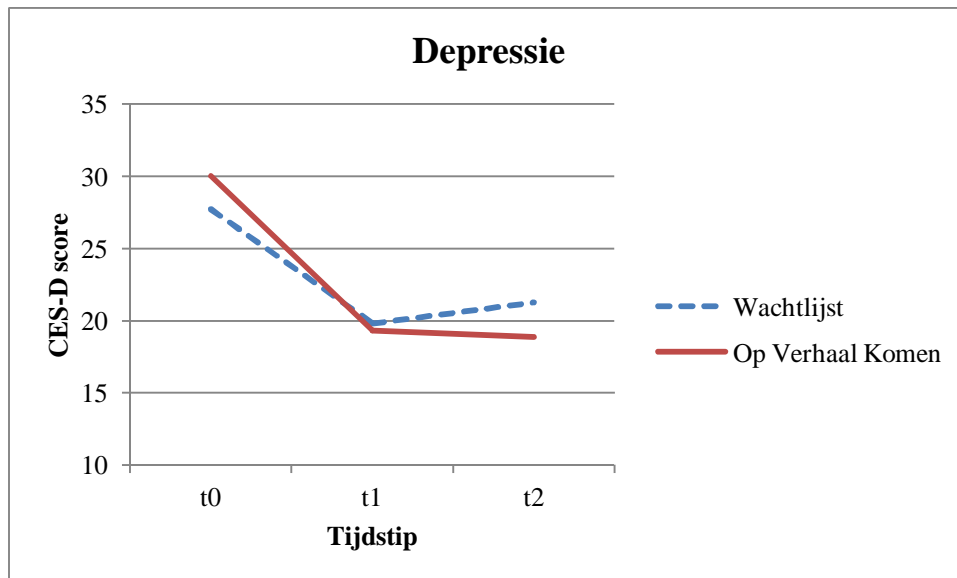
Tabel 2: Gemiddelde, standaarddeviaties en Cohen's d van de CES-D scores op t0, t1 en t2

		Gemiddelde			Standaarddeviatie			N
		t0	t1	t2	t0	t1	t2	
CES-D	Wachtlijst	27,73	19,82	21,27	5,405	6,539	4,221	11
	Individueel	29	17	17,09	6,957	6,914	5,558	11
	Groep	31	21,64	20,64	6,723	6,005	6,185	11
	Totaal	29,24	19,48	19,67	6,344	6,582	5,538	33
Cohen's d			0,007	0,48				

Er werd een repeated measures ANOVA uitgevoerd met de CES-D scores, de wachtlijstconditie en de samengestelde groep als factoren. Deze samengestelde groep bestond uit de twee interventiecondities (Op Verhaal Komen met counselor en Op Verhaal Komen met lotgenotencontact). Er is een hoofdeffect van tijd ($F(2,30)=12,325$; $p<0,05$). Er is geen hoofdeffect van groep ($F(1,31)=0,27$, $p=0,870$) en er is geen interactieeffect tussen groep en tijd ($F(=2,30)=1,09$; $p=0,349$).

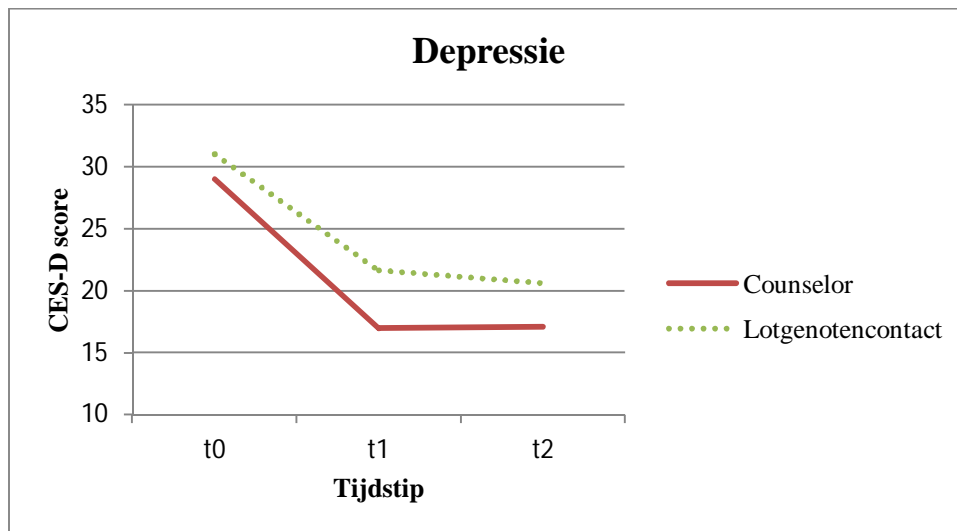
Er is middels een pairwise comparison gekeken tussen welke tijdstippen verschillen bestaan. Er was een significant verschil in de gemiddelde CES-D score tussen t0 en t1 (mean difference= 9,295; $p < 0,0001$). Tussen t1 en t2 was er geen significant verschil in de CES-D score (mean difference= 0,500; $p = 0,637$); de afname van de CES-D scores bleef gehandhaafd in beide condities. Dit is weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: CES-D scores van de wachtlijstgroep en de Op Verhaal Komen-groep op tijdstippen t0, t1 en t2



Vervolgens werd er een tweede repeated measures ANOVA gedaan, naast de fCES-D scores werden de twee aparte Op Verhaal Komen condities, lotgenotencontact en counselor, als factoren gebruikt. Er was geen hoofdeffect van groep ($F(2,30) = 2,089$; $P = 0,061$); de pairwise comparison laat echter zien dat het verschil tussen de groep met counselor en de groep met lotgenotencontact marginaal significant is ($F(1,20) = 4,951$; $P = 0,057$). Dit is zichtbaar in figuur 2. Het lijkt er op dat Op Verhaal Komen met counselor meer potentie heeft om depressieve klachten effectief te verminderen dan Op Verhaal Komen met lotgenotencontact.

Figuur 2: CES-D scores van de groep met lotgenotencontact en de groep met counselor op tijdstippen t0, t1 en t2



Concluderend kan gezegd worden dat er bij de Op Verhaal Komen-groep een significante afname van de CES-D scores zichtbaar is, de afname is echter niet significant groter dan die van de wachtlijstgroep. Dit is ook zichtbaar in de effect size; op t1 was deze verwaarloosbaar klein ($d=0,007$); op t2 is de effect size middelmatig ($d=0,49$). Hiermee is de hypothese (1a) dat Op Verhaal Komen effectiever is in het verminderen van depressieve klachten dan de wachtlijstconditie, verworpen. Ook de hypothese dat Op Verhaal Komen met lotgenotencontact effectiever is in het verminderen van depressieve klachten dan Op Verhaal Komen met counselor, (hypothese 1b) is verworpen. Het tegendeel lijkt aannemelijker, de afname van depressieve klachten was bij de groep met counselor marginaal significant groter.

Emotionele eenzaamheid

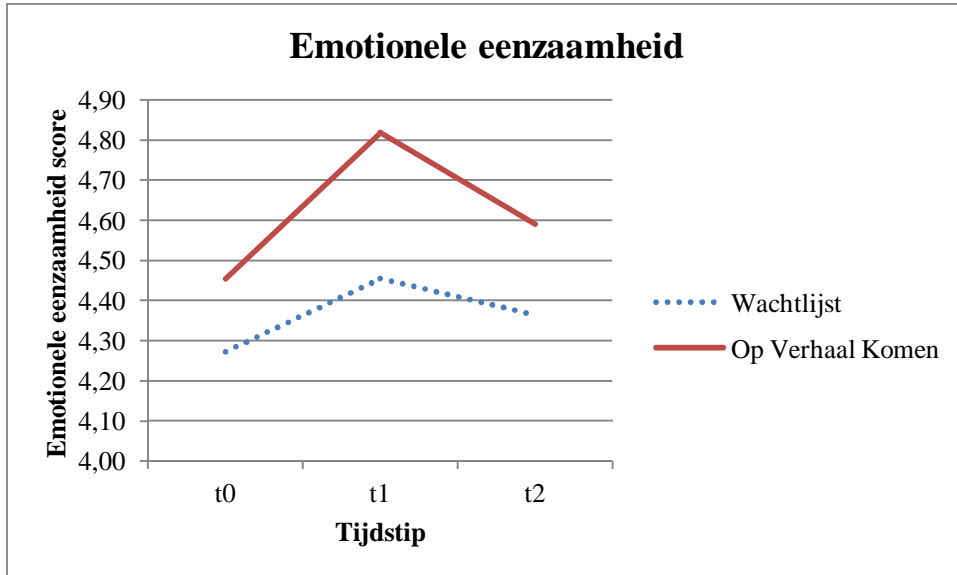
Gemiddelden, standaarddeviatie en groeps grootte van de scores van emotionele eenzaamheid op t0, t1 en t2 zijn te vinden in tabel 3. De gemiddelde score ligt tussen 4 en 5 punten; de deelnemers waren gemiddeld matig eenzaam.

Tabel 3: Gemiddelde, standaarddeviaties en Cohen's d van de emotionele eenzaamheidsscores op t0, t1 en t2

		Gemiddelde			Standaarddeviatie			N
		t0	t1	t2	t0	t1	t2	
Emotionele eenzaamheid	Wachtlijst	4,27	4,45	4,36	1,555	1,368	1,859	11
	Individueel	4,92	5,17	4,33	0,900	1,030	2,188	12
	Groep	4,25	4,67	4,08	2,094	2,015	2,712	12
	Totaal	4,49	4,77	4,26	1,579	1,516	2,227	35
Cohen's d			-0,27	-0,28				

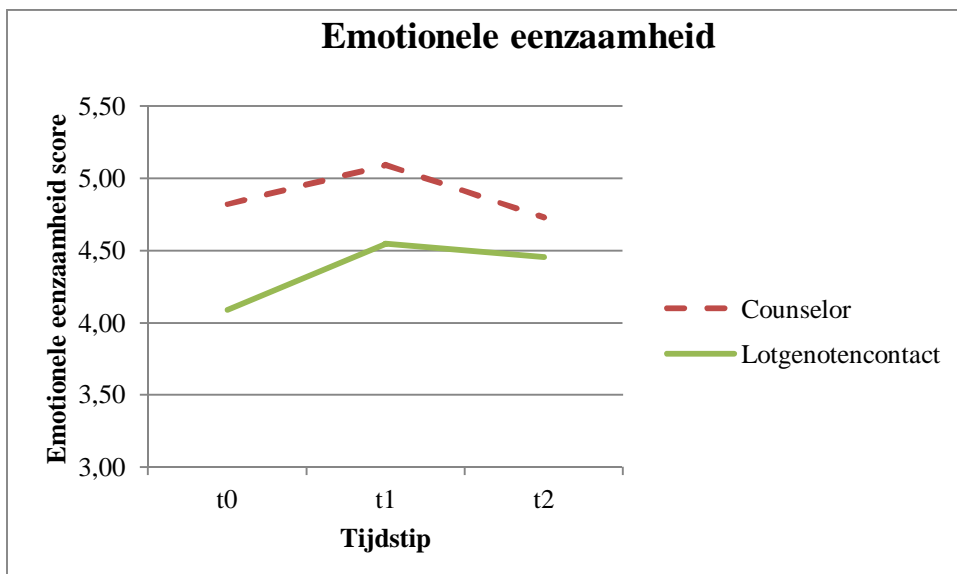
Er werd een repeated measures ANOVA uitgevoerd met de scores op emotionele eenzaamheid en de samengestelde interventiegroep als factoren. Er was geen hoofdeffect van tijd ($F(2,30)=0,559$; $p=0,578$). Er was geen hoofdeffect van groep ($F(1,31)= 0,206$; $p=0,653$). Er was geen interactie-effect tussen groep en tijd ($F(2,30)=0,065$; $p=0,937$). Dit is te zien in figuur 3.

Figuur 3: Emotionele eenzaamheid van de wachtlijstgroep en de Op Verhaal Komen-groep op tijdstippen t0, t1 en t2



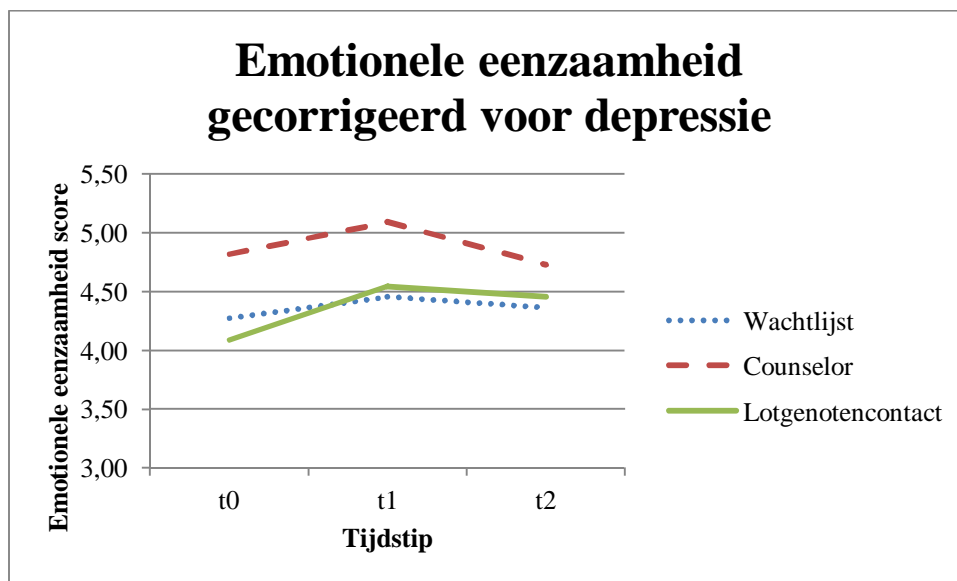
Vervolgens werd er een repeated measures ANOVA gedaan; hierbij werd de factor emotionele eenzaamheid gebruikt en de twee aparte Op Verhaal Komen condities, lotgenotencontact en counselor. Er was geen hoofdeffect van tijd ($F(2,29)= 0,754$, $p=0,479$). Er was geen hoofdeffect van groep ($F(2,30)= 0,408$; $p= 0,669$). Er was geen interactie-effect tussen groep en tijd ($F(4,58)= 0,159$; $p=0,958$).

Figuur 4: Emotionele eenzaamheid van OVK met lotgenotencontact en OVK met counselor op tijdstippen t0, t1 en t2



Deze repeated measures ANOVA werd nogmaals uitgevoerd, bij deze analyse werd de verschillscore van de CES-D score (t0-t1) als covariaat gebruikt. Er was geen hoofdeffect van tijd ($F(2,28)=0,105$; $p=0,901$). Er was geen hoofdeffect van groep ($F(2,29)= 0,298$; $p=0,832$). Er was geen interactie-effect tussen tijd en groep ($F(2,28)=0,185$; $p=0,832$).

Figuur 4: Emotionele eenzaamheid van de wachtlijstgroep, OVK met lotgenotencontact en OVK met counselor op tijdstippen t0, t1 en t2, gecorrigeerd voor de afname van depressie



De effect sizes waren klein en negatief op zowel t1 als t2 (resp $d= -0,27$ en $d= -0,28$). Concluderend is er geen bewijs dat Op Verhaal Komen invloed heeft op emotionele eenzaamheid. Hiermee is de hypothese (2a) dat Op Verhaal Komen effectiever is in het verminderen van emotionele eenzaamheid, verworpen. Er is geen significant verschil in de effectiviteit tussen Op Verhaal Komen met counselor en Op Verhaal Komen met lotgenotencontact; hiermee is hypothese 2b verworpen. Correctie van de invloed van depressieve klachten verandert de uitkomsten niet; er is geen bewijs dat emotionele eenzaamheid verminderd wordt door een verandering in depressieve klachten. Hiermee is de hypothese dat de afname van emotionele eenzaamheid afhankelijk is van de afname van depressie (2c) verworpen.

Discussie en conclusie

Het doel van dit onderzoek naar Op Verhaal Komen is de effectiviteit van de interventie te onderzoeken in het verminderen van depressieve klachten en emotionele eenzaamheid. De studie is vernieuwend omdat het naast de effectiviteit in het verminderen van depressieve klachten, ook het effect van de interventie op emotionele eenzaamheid onderzoekt. Een belangrijke vraag daarbij was of een afname van emotionele eenzaamheid samenhangt met een afname van depressieve klachten.

De belangrijkste uitkomst is dat er een significante afname van depressieve klachten zichtbaar was in de interventieconditie, in de wachtlijstconditie was er echter ook een significante afname van depressieve klachten. Hieruit kan niet worden geconcludeerd dat Op Verhaal Komen effectiever is dan de wachtlijstconditie in het verminderen van depressieve klachten. Opvallend was dat de groep met e-mailbegeleiding van een counselor marginaal effectiever was in het verminderen van depressieve klachten dan de groep met lotgenotencontact. Er was geen afname van emotionele eenzaamheid zichtbaar; correctie voor afname van depressieve klachten veranderde niets aan dit beeld.

Er was een afname van depressieve klachten zichtbaar in de interventieconditie, in de wachtlijstconditie echter ook. Dit houdt in dat niet geconcludeerd kan worden dat de interventie effectiever is in het verminderen van depressieve klachten. Dit is niet in overeenstemming met eerdere studies naar de effectiviteit van de interventie; Lamers et al. (2014) en Korte et al. (2011) vonden dat de interventie effectiever was in het verminderen van depressieve klachten dan care-as-usual. In Lamers et al. (2014) was ook een sterke afname van klachten zichtbaar in de wachtlijstconditie. Er is geen eenduidige verklaring te geven voor het feit dat depressieve klachten zo sterk afnemen in de wachtlijstgroep. Deze deelnemers mochten echter gedurende de eerste drie maanden gebruik maken van elke vorm van care-as-usual. Het is niet bekend of zij hier gebruik van hebben gemaakt en in het geval dat dit zo was, wat die hulp dan inhield. De deelnemers in de wachtlijstconditie de toegang tot zorg ontzeggen is ethisch niet verantwoord en is niet mogelijk. Een verbeterpunt voor vervolgonderzoek zou kunnen zijn om na te gaan of deelnemers in een wachtlijstconditie een vorm van zorg hebben gehad en wat dit inhield. Op die manier is het mogelijk om eventueel te besluiten om de data van deelnemers, die relevante hulp hebben ontvangen, niet of op een andere manier te gebruiken in de analyses.

Er was geen afname van emotionele eenzaamheid waarneembaar. Aangezien Op Verhaal Komen gericht is op het verminderen van depressieve klachten is dit wellicht niet zo verwonderlijk. Aan de andere kant, uit de literatuur (Mahon et al., 2006; VanHalst et al., 2012b) blijkt dat depressieve klachten en eenzaamheid gecorreleerd zijn. Uit de literatuur blijkt echter niet eenduidig hoe sterk dit verband is. Aan de hand van dit gegeven zou men kunnen verwachten dat een afname in depressieve klachten leidt tot een verandering in de mate van eenzaamheid. In deze steekproef bleek er echter nauwelijks een verband te zijn tussen de mate van depressiviteit en de mate van eenzaamheid. Omdat er geen verband is, vermindert eenzaamheid niet als depressie vermindert. Correctie voor de mate van

depressieve klachten verandert de uitkomsten niet. Het is wellicht nuttig om in vervolgonderzoek nogmaals het effect van de interventie op emotionele eenzaamheid te onderzoeken. Het is dan wel aan te bevelen om te controleren of er in de te gebruiken steekproef een verband is tussen depressieve klachten en eenzaamheid.

Bij de vergelijking van de interventiegroepen in het verminderen van depressieve klachten bleek dat de afname bij de interventiegroep met e-mailbegeleiding marginaal significant groter te zijn dan de interventiegroep met lotgenotencontact. Bij emotionele eenzaamheid was er geen verschil tussen de interventiegroepen. Een verklaring voor een verschil tussen de interventiegroepen zou kunnen zijn dat een professionele counselor beter in staat is om passende begeleiding te bieden dan een lotgenoot. De herkenning en erkenning die een lotgenoot kan geven is waardevol, echter adviezen die ertoe moeten leiden dat iemand op een betere manier met zijn klachten omgaat, kunnen waarschijnlijk beter gegeven worden door een daarvoor opgeleide professional. Bij dit onderzoek werd de e-mailbegeleiding gedaan door psychologiestudenten die getraind werden in integratieve reminiscentie; zij kregen gedurende de interventie begeleiding van een GZ-psycholoog. De counseling laten doen door meer ervaren professionals verbetert wellicht de effectiviteit. Een suggestie voor vervolgonderzoek zou kunnen zijn om Op Verhaal Komen online met e-mailbegeleiding van een counselor aan te bieden, met daarbij optioneel deelname aan een besloten forum. Volgens Griffiths (2012) zou een internet support group (forum) een goede aanvulling kunnen zijn op een online interventie. Op die manier zouden de therapeutische voordelen van professionele begeleiding gecombineerd kunnen worden met het voordeel van her- en erkenning van lotgenoten.

Een terugkerende kwestie in deze studie is de kleine steekproefgrootte, er werden 58 deelnemers verdeeld over drie condities. Zes maanden na het begin van de interventie waren de data van 35 deelnemers beschikbaar. Om voldoende statistische power te hebben werd berekend dat er in elke conditie 150 deelnemers nodig waren. Door de kleine steekproef moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Een gevolg van een kleine steekproef is dat het onderscheidend vermogen (power) afneemt. De kans op type-II fouten (het ten onrechte verworpen van de alternatieve hypothese) wordt groter bij een kleine steekproef. De hier gevonden effect sizes zijn kleiner dan de effect sizes die Bohlmeijer et al. (2013), Korte et al. (2011) en Lamers et al. (2014) vonden. De effect size direct na de interventie is voor depressie zeer klein. De meest plausibele verklaring hiervoor is dat er in de wachtlijstgroep ook een behoorlijke afname is van depressieve klachten. De reden dat de effect size op t2 middelgroot is, is dat de klachten in de wachtlijstgroep weer iets toenemen, deze toename is echter niet significant. De afname van klachten in de interventiegroep blijft behouden. Dat zou een aanwijzing kunnen zijn dat er in de interventieconditie daadwerkelijke veranderingen hebben plaatsgevonden. De effect size voor emotionele eenzaamheid is klein zowel op t1 als op t2.

In vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden of een toename van positieve gedachten een mechanisme is waardoor emotionele eenzaamheid vermindert. Korte et al. (2012) vond dat door integratieve reminiscentie positieve gedachten toenamen en dat zorgde voor een afname in depressie.

Men kan zich afvragen of een toename van positieve gedachten emotionele eenzaamheid vermindert door een positieve herwaardering van de sociale relatie. In deze studie is aangenomen dat dit mechanisme van toepassing is op emotionele eenzaamheid. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of dit daadwerkelijk zo is..

Conclusie

In deze studie werd niet overtuigend aangetoond dat Op Verhaal Komen depressieve klachten en emotionele eenzaamheid vermindert; het is mogelijk dat dit deels veroorzaakt wordt door het kleine aantal deelnemers en de opvallende resultaten in de wachtlijstconditie. Naar aanleiding van de resultaten is er in deze studie een suggestie voor vervolgonderzoek gedaan. Het is wellicht interessant om te onderzoeken of Op Verhaal Komen gecombineerd kan worden met e-mailbegeleiding met daarnaast optioneel toegang tot een besloten forum. Bij vervolgonderzoek zou er op gelet moeten worden dat het aantal deelnemers voldoende groot is; daarnaast verdient het aanbeveling om inzichtelijk te maken wat de deelnemers in de wachtlijstconditie eventueel aan alternatieve psychische zorg hebben ontvangen.

Referenties

- 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(12), 1088-1094.
- Bohlmeijer, E.T., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S. & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 476-484
- 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.
- Braam, A. W., Copeland, J. M., Delespaul, P. G., Beekman, A. F., Como, A., Dewey, M., & ... Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Journal Of Affective Disorders*, 155266-272.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 237-244
- 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(1-3), 71-79.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159
- De Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: Tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal Of Ageing*, 7(2), 121-130
- DiTommaso, E. & Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality And Individual Differences*, 22(3), 417-427.
- Dykstra, P. (2007). Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic & Applied Social Psychology*, 29(1), 1-12
- Feiten en cijfers depressie (z.d.), Trimbos Instituut, verkregen op 4 april 2014 van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/feiten-en-cijfers>
- Fokkema, T. T., & Knipscheer, K. K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Ageing & Mental Health*, 11(5), 496-504.
- Gevolgen depressie (z.d.), Trimbos Instituut, verkregen op 4 april 2014 van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/gevolgen>
- Gotlib, I. H. (1992). Interpersonal and cognitive aspects of depression. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 149-154.

Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., Crisp, D. A., Christensen, H., Bennett, K. & Farrer, L. (2012). The effectiveness of an online support group for members of the community with depression: A randomised controlled trial. *Plos ONE*, 7(12),

Korte J, Bohlmeijer ET, Smit F (2009). Prevention of depression and anxiety in later life : design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. *BMC Public Health* 9, 250.

Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F., and Westerhof, G.J. (2011, Online first). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, (2012), 42, 1163–1173

Lamers, S.A.M., Bohlmeijer, E. T, Korte, J., Westerhof, G.J.. (2014). The efficacy of life-review as online-guided self-help for adults: a randomized trial. *The Journals of Gerontology*, doi:10.1093/geronb/gbu030

Land, H. van 't, Schoemaker C, Ruiter C de (red.). Trimbos zakboek psychische stoornissen. Tweede, herziene en uitgebreide druk. Utrecht: De Tijdstroom, 2008b.

Lasgaard, M., Goossens, L. & Elklit, A. (2011). Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 137–150.

Liu, B. S., & Rook, K. S. (2013). Emotional and social loneliness in later life: Associations with positive versus negative social exchanges. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 30(6), 813-832

Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., Cannella, B. L., & Hanks, M. M. (2006). A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing Research*, 55, 308–315

Oorzaken en risicofactoren depressie (z.d), Trimbos Instituut, verkregen op 4 april 2014 van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/depressie/oorzaken-en-risicofactoren>

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.

Preschl, B., Maercker, A., Wagner, B., Forstmeier, S., Baños, R. M., Alcañiz, M., & ... Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), 964-974.

Roest, A.M.C., & Brink, C.L. van den.(2013). *Cijfers over eenzaamheid 2012, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Verkregen op 15 januari 2014 via RIVM, www.nationaalkompas.nl/NationaalKompas VolksgezondheidDeterminanten/Omgeving\Socialeleefomgeving\Eenzaamheid.

Schinka, K. C., van Dulmen, M. M., Mata, A. D., Bossarte, R., & Swahn, M. (2013). Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal Of Adolescence*, 36(6), 1251-1260.

Serrano, J., Latorre, J., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults With Depressive Symptomatology. *Psychology And Aging*, 19(2), 272-277

Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2009). Depression and everyday social activity, belonging, and well-being. *Journal Of Counseling Psychology*, 56(2), 289-300.

Townsend, L., Gearing, R., & Polyanskaya, O. (2012). Influence of health beliefs and stigma on choosing internet support groups over formal mental health services. *Psychiatric Services*, 63(4), 370-376.

Vandereycken, W., C.A.L. Hoogduin, P.M.G. Emmelkamp (2008). *Handboek psychopathologie deel I*, vierde druk, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Vanhalst, J., Luyckx, K., Teppers, E., & Goossens, L. (2012a). Disentangling the longitudinal relation between loneliness and depressive symptoms: Prospective effects and the intervening role of coping. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 31(8), 810-834.

Vanhalst, J., Klimstra, T. A., Luyckx, K., Scholte, R. J., Engels, R. E., & Goossens, L. (2012b). The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. *Journal Of Youth And Adolescence*, 41(6), 776-787. doi:10.1007/s10964-011-9726-7

van Ojen, R., Hooijer, C., Jonker, C., Lindeboom, J., & van Tilburg, W. (1995). Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age. *Journal Of Affective Disorders*, 33(3), 159-166.

Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing & Society*, 30, 697-72

Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.

Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 379-405).