

MASTER THESIS

DE EFFECTEN VAN
POSITIEF
PSYCHOLOGISCHE
INTERVENTIES OP
WELBEVINDEN EN
KLACHTEN BIJ MENSEN
MET EEN DEPRESSIEVE
STOORNIS: EEN
SYSTEMATISCHE REVIEW.

Gonca Incesu

November, 2017

FACULTY OF BEHAVIORAL, MANAGEMENT AND SOCIAL SCIENCES
(BMS)
POSITIVE PSYCHOLOGY AND TECHNOLOGY

EXAMINATION COMMITTEE

First supervisor: Dr. Farid Chakhssi

Second supervisor: Dr. Marijke Schotanus-Dijkstra

UNIVERSITY OF TWENTE.

DOCUMENT NUMBER

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract	5
1. Inleiding	7
1.1 <i>Depressie</i>	7
1.2 <i>Huidige behandeling van depressie</i>	7
1.3 <i>Ruimte voor verbetering in huidige behandelingen</i>	8
1.4 <i>Welbevinden</i>	9
1.5 <i>Positief psychologische interventies</i>	10
1.6 <i>Relevantie en doelstelling van de huidige studie</i>	11
2. Methode	13
2.1 <i>Zoekstrategie</i>	13
2.2 <i>Selectie van de studies</i>	15
2.3 <i>Meetinstrumenten</i>	15
2.4 <i>Kwaliteitsbeoordeling</i>	17
2.5 <i>Primaire en secundaire uitkomsten</i>	18
3. Resultaten	25
3.1 <i>Selectie van studies</i>	25
3.2 <i>Kenmerken en kwaliteit van de geïncludeerde studies</i>	25
3.3 <i>Kenmerken PPIs van de geïncludeerde studies</i>	27
3.4 <i>Effecten PPIs op welbevinden ten opzichte van de controlecondities</i>	28
3.5 <i>Effecten PPIs op depressie ten opzichte van de controlecondities</i>	29
4. Discussie	30
4.1 <i>Kenmerken en kwaliteit van geïncludeerde studies</i>	30
4.2 <i>Kenmerken PPIs van de geïncludeerde studies</i>	31
4.3 <i>Effecten PPIs op welbevinden</i>	32
4.4 <i>Effecten PPIs op depressie</i>	33
4.5 <i>Sterke kanten en beperkingen</i>	33
4.6 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktijk</i>	34
4.3 <i>Conclusie</i>	35
Referenties	37

Samenvatting

Achtergrond: Een depressieve stoornis is een van de meeste voorkomende klinische stoornissen. In meerdere meta-analyses kwam naar voren dat de effectiviteit van de behandelingen hooguit middelgroot is en de verschillen in effectiviteit tussen de diverse vormen van psychologische behandeling klein of afwezig zijn voor mensen met een depressieve stoornis. Dit betekent dat er ruimte voor verbetering is in de behandelingen en verder onderzoek nodig is naar nieuwe behandelvormen die wellicht effectiever kunnen zijn dan de bestaande behandelvormen.

Er is nog weinig bekend over het effect van Positieve Psychologische Interventies op een depressieve stoornis. Tijdens de behandeling middels een PPI staat niet alleen het verhelpen of verminderen van de psychische klachten centraal, maar wordt er ook gericht op het verhogen van het welbevinden (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Het welbevinden is op te splitsen in het emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013).

Deze huidige studie zal zich richten op het effect van de positieve psychologische interventies op het welbevinden en de klachten van depressie bij mensen met een depressieve stoornis. De volgende onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van deze systematische literatuuronderzoek: ‘Wat is het effect van PPIs op het welbevinden en klachten van depressie bij mensen met een gediagnosticeerde depressieve stoornis?’

Methode: Deze systematische literatuuronderzoek was uitgevoerd in overeenstemming met de Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) statement, aanvullend op de meta-analyse van Chakhssi et al. (2017). Er werd in de databanken Scopus en PsycINFO gezocht naar geschikte studies. In deze systematische literatuuronderzoek werden Randomized controlled trials (RCTs) besproken, die het welbevinden en klachten van een depressieve stoornis als uitkomstmaten gebruikten. De geïncludeerde studies werden aan de hand van zeven criteria beoordeeld op de kwaliteit.

Resultaten: De zoektocht naar literatuur leverde in totaal 311 studies op, waarvan zeven geschikt voor dit huidige systematische literatuuronderzoek.

De kwaliteit van de studies liepen uiteen van laag tot gemiddeld. Alle studies hebben een kleine steekproefgrootte met over het algemeen vrouwelijke deelnemers van middelbare leeftijd. Vier interventies werden individueel aangeboden en drie interventies in groepen. Alle interventies werden aangeboden door een therapeut, met uitzondering van een studie. De diagnoses zijn gesteld aan de hand van betrouwbare klinische interviews of vragenlijsten en

alle PPIs zijn gericht op het teweeg brengen van positieve gevoelens, gedragingen en cognities. Tussen de deelnemers van de PPI en controlegroepen na de behandeling lijken geen significant verschillen naar voren te komen in het verbeteren van het welbevinden, alhoewel PPIs vergeleken met wachtlijstgroepen wel effectiever lijken te zijn voor het emotioneel welbevinden. In het verminderen van de depressieve klachten na de behandeling tussen de deelnemers van de PPI en controlegroepen is het beeld wisselend.

Conclusie: De bevindingen uit de huidige studie laten zien dat PPIs even effectief lijken te zijn als de bestaande therapievormen voor het welbevinden en de depressieve klachten bij mensen die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis. PPIs kunnen in de toekomst een gunstige bijdrage leveren aan de huidige behandelmogelijkheden, maar nader onderzoek is vereist en zou zich moeten richten op de verschillende domeinen van het welbevinden met aandacht voor de effecten van de vorm en componenten van de PPIs. De toekomst van de Positieve Psychologie lijkt belovend, het zou zich uitbreiden met als doel de levenskwaliteit van mensen te verbeteren.

Abstract

Background: A depressive disorder is one of the most common clinical disorders. Several meta-analyses showed that the effect sizes of the treatments are at most medium and the differences in effect sizes between the various forms of psychological treatments are small or absent for people with a depressive disorder. This means that there is room for improvement in the treatments and further research to new forms of treatment that may be more effective than the existing treatments is needed.

To our knowledge there is little known about the effect of Positive Psychological Interventions (PPI) on a depressive disorder. During a PPI there is not only attention for the remediation or reduction of the psychological symptoms, but a PPI is also focusing on increasing the well-being (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Well-being can be divided into emotional well-being, psychological well-being and social well-being (Bohlmeijer et al., 2013).

This systematic literature review will focus on the effect of PPIs on well-being and the symptoms of depression in people diagnosed with a depressive disorder. The following research question will be answered: ‘What is the effect of PPIs on well-being and symptoms of depression in people with a diagnosed depressive disorder?’

Methods: This systematic literature review was conducted in accordance with the Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) statement, in addition to the meta-analysis of Chakhssi et al. (2017). The databases Scopus and PsycINFO are searched for suitable studies. Only Randomized controlled trials (RCTs) are included in this systematic literature review, which had well-being and symptoms of depressive disorder as outcome measures. The included studies were assessed for quality, based on seven criteria.

Results: The search for literature provided a total of 311 studies. Seven studies were suitable for this current systematic literature review.

The quality of the studies varied from low to medium. All studies contain a small sample size with generally female participants of middle age. Four of the interventions were offered individually and three of the interventions in groups. All interventions were offered by a therapist, except for one study. The diagnoses were based on reliable clinical interviews or questionnaires and all PPIs are aimed at inducing positive feelings, behaviors and cognitions. There seems to be no significant differences between the participants of the PPI and the control groups after the treatment in improving the well-being, although PPIs seem to be more effective for the emotional well-being compared to the waiting list groups. The picture varies

in reducing the depressive symptoms after the treatment between the participants of the PPI and the control groups.

Conclusion: The findings from the current study show that PPIs seems to be equally effective as the existing therapy forms for the well-being and the depressive symptoms for people who are diagnosed with a depressive disorder. In the future, PPIs can have an advantageous contribution to the current treatment options. However, further research is required and should be aimed at the different domains of the well-being with an emphasis on the effects of the form and components of the PPIs. The future of the Positive Psychology seems to be promising. It should expand itself with the aim to improve the quality of life of the people.

1. Inleiding

1.1 Depressie

Een depressieve stoornis is een van de meeste voorkomende klinische stoornissen (Alonso et al., 2004). In 2011 wordt het aantal mensen in Nederland dat kampt met een depressieve stoornis geschat op 550.300 (de Graaf et al., 2010). Uit het bevolkingsonderzoek van NEMESIS-2 bleek dat maar liefst 18.7% van de Nederlandse bevolking tot 65 jaar ooit in hun leven last heeft gehad van een depressieve stoornis (de Graaf et al., 2010). Vaak worden mensen met een depressieve stoornis belemmerd op verschillende levensgebieden. Zo gaat een depressieve stoornis gepaard met aanzienlijke persoonlijke, sociale en economische kosten (Donohue & Pincus, 2007). Een depressieve stoornis is een van de hoofdoorzaken van suïcide of suïcidepogingen (Bernal et al., 2007) en houdt verband met een verminderde rolfunctie, kwaliteit van het leven en medische morbiditeit (Spijker et al., 2004; Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterij, Mathers & Murray, 2004). De terugvalpercentages bij een depressieve stoornis variëren. Na een eerste depressieve episode schommelt dit percentage tussen de 20% en 30% binnen de drie jaar en tussen de 70% en 80% in dezelfde periode bij patiënten met drie of meer eerdere depressieve episodes (Segal, Perason & Thase, 2003).

Om te spreken van een depressieve stoornis, moet een individu voldoen aan bepaalde criteria (American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013). Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door een verlies van levenslust of zware neerslachtigheid, die langer dan twee weken duurt en niet vanzelf verdwijnt. In de huidige studie worden criteria voor het diagnosticeren van een depressieve stoornis volgens de DSM IV en DSM 5 als uitgangspunt genomen (American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013). Een depressieve stoornis kan variëren in de mate van ernst van licht tot ernstig. In het algemeen geldt dat de ernst van de klachten toeneemt met de ernst van de depressie (American Psychiatric Association, 2013).

Het behandelaanbod voor depressie is breed en divers. De grote diversiteit aan therapievormen in de depressiebehandeling roept de vraag op wat de waarde van deze verschillende vormen is.

1.2 Huidige behandeling van depressie

Sinds het begin van de jaren zestig van de vorige eeuw is er wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van psychologische behandelingen voor depressie (Covi et al. 1974; Daneman 1961; Klerman et al., 1974). Belangrijke vormen van deze behandelingen zijn cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en oplossingsgerichte therapie. Uit een

overzicht van meta-analyses naar de effecten van verschillende therapieën bij depressie komt naar voren dat psychologische behandelingen effectief zijn bij de behandeling van depressie in vergelijking met controlecondities (Cuijpers et al. 2008a). Na afloop van de behandeling komt naar voren dat de effectgrootte van dit verschil groot is bij vergelijkingen met wachtlijstcontrolecondities ($d = .88$) en middelgroot bij vergelijkingen met care-as-usual ($d = .52$) of placebocontrolecondities ($d = .36$) (Cuijpers et al. 2008b). Psychologische behandelingen voor depressie zijn dus bewezen effectief, maar de effecten zijn hooguit middelgroot en de verschillen in effectiviteit tussen de diverse vormen van psychologische behandeling zijn klein of afwezig (Cuijpers et al. 2008c).

Dit betekent dat er ruimte voor verbetering is in de behandelingen en verder onderzoek nodig is naar nieuwe behandelvormen die wellicht effectiever kunnen zijn dan de bestaande behandelvormen.

1.3 Ruimte voor verbetering in huidige behandelingen

Depressie staat zowel in Nederland als wereldwijd vierde op de lijst van aandoeningen met de hoogste ziektelast en er wordt verwacht dat het in ontwikkelde landen in 2030 op de eerste plaats zal staan (Mathers & Loncar, 2006). Bij ideale omstandigheden voor hulp (80% van de mensen met depressie heeft toegang tot de zorg, en ontvangt de beste, bewezen effectieve behandelingen) blijkt dat niet meer dan een derde van de ziektelast van depressie zou verminderen (Andrews et al., 2004). Ondanks de grote diversiteit aan deze bewezen, effectieve therapievormen in de behandeling van depressie, wordt de focus bij de bestaande behandelingen voornamelijk gelegd op het verminderen van de depressieve klachten en tekorten dan op het vergroten van het optimaal functioneren (Dunn, 2012; Gotlib & Hammen, 2008).

Keyes (2005) heeft op basis van onderzoek het “two continua model of mental health” ontworpen (Keyes, 2002). In dit model worden welbevinden en psychopathologie als twee gerelateerde maar aparte continua gezien. Het ene continuüm verwijst naar de aan- of afwezigheid van psychopathologie, en het andere continuüm verwijst naar de aan- of afwezigheid van welbevinden. Ieder individu kan zich op de twee continua verplaatsen met als gevolg dat elke combinatie van psychopathologie en welbevinden mogelijk wordt (Keyes, 2005). Dit betekent dat een individu met psychopathologie een hoge mate van welbevinden en positieve gevoelens kan ervaren, maar ook een laag of geen welbevinden. Al met al valt de geestelijke gezondheid te definiëren als een staat waarin psychische ziekten afwezig zijn, maar geestelijke gezondheid aanwezig is.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een depressieve stoornis remissie definiëren in termen van een positieve geestelijke gezondheid zoals optimisme, zelfvertrouwen en een gevoel van welbevinden over het algemeen (Zimmerman et al., 2006), maar remissie impliceert niet noodzakelijk dat er sprake is van een hoog welbevinden (Keyes & Simoes, 2012). Een longitudinale studie laat zien dat er een relatie bestaat tussen het psychologisch welbevinden en terugval in depressie (Wood & Tarrrier, 2010). Het blijkt dat mensen die een lage score hebben op aspecten van het psychologisch welbevinden, zoals zelfacceptatie, autonomie en persoonlijke groei (Ryff, 1989a) zeven keer meer aannemelijker zijn voor het voldoen aan de criteria van een depressieve stoornis bij een follow-up van tien jaar. Deze bevindingen laten zien dat een hoog welbevinden helpt om terugval in een depressie te voorkomen.

Gezien de focus van de reguliere behandelingen niet op het welbevinden ligt, is verder onderzoek naar het effect van nieuwe behandelvormen gericht op zowel het welbevinden als depressieve klachten nodig. Door de focus in behandelingen te leggen op het welbevinden en patiënten te leren hun mogelijkheden, vaardigheden en capaciteiten te benutten bij het aangaan van uitdagingen, zou dit kunnen leiden tot nieuwe inzichten in therapievormen. Derhalve, zouden nieuwe behandelingen zich niet alleen moeten richten op het verminderen van de klachten van depressie, maar ook op het bevorderen van het welbevinden (Lyuobomirsky, 2008).

1.4 Welbevinden

Een relatief nieuwe stroming binnen de psychologie is de positieve psychologie. Positieve psychologie richt zich op het optimaal functioneren van een persoon (Seligman, 2009). Tijdens de behandeling staat dan niet alleen het verhelpen of verminderen van de psychische klachten centraal, maar wordt er ook gericht op het verhogen van het welbevinden (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

De World Health Organization (2013) heeft het concept welbevinden gedefinieerd als: “een toestand waarin elk individu zich bewust is van zijn of haar eigen potentieel, kan omgaan met de normale stress van het leven, productief en vruchtbaar kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap”. In deze definitie kan er onderscheid gemaakt worden in drie verschillende componenten van het welbevinden: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013).

Emotioneel welbevinden bestaat volgens Diener (1984) uit drie aspecten. Deze aspecten zijn de mate van tevredenheid met het eigen leven, de afwezigheid van negatieve

gevoelens en de aanwezigheid van positieve gevoelens (Diener, 1984). Emotioneel welbevinden is van belang voor het functioneren van mensen. Het blijkt dat mensen met een hoge score op emotioneel welbevinden een gezonder en langer leven leiden (Diener & Chan, 2011). Daarnaast blijkt een hoge score op het emotioneel welbevinden een gunstig effect te hebben op herstel van mensen met lichamelijke aandoeningen (Lamers, Bolier, Westerhof, Smit & Bohlmeijer, 2012).

Bij het psychologisch welbevinden wordt zelfrealisatie centraal gesteld. Bij zelfrealisatie gaat het niet om een plezierig leven, maar om een goed leven vanuit het psychologisch perspectief. Uit onderzoek naar onderscheid van kerndimensies van optimaal ontwikkelde en functionerende personen is gebleken dat een individu moet voldoen aan zes criteria die essentieel zijn om het eigen potentieel te realiseren in het algemene streven (Ryff, 1989b). Deze criteria bestaat uit: doelgerichtheid, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties.

Sociaal welbevinden richt zich op de evaluatie van optimaal sociaal functioneren in de maatschappij. Op basis van een theoretisch onderzoek wordt er onderscheid gemaakt tussen vijf dimensies die samen het begrip sociaal welbevinden omvatten (Keyes, 1998). Deze bestaan uit: sociale integratie, sociale contributie, sociale coherentie, sociale actualisatie en sociale acceptatie. Deze dimensies beschrijven een persoon die beschikt over een positieve visie op andere mensen, gelooft in maatschappelijke vooruitgang, de maatschappij begrijpt en hierin participeert en zich thuis voelt.

Wanneer een individu hoog scoort op zowel emotioneel, psychologisch als sociaal welbevinden, wordt er gesproken van “floreren” (Keyes, 2002). Het tegenovergestelde van “floreren” is “wegkwijnen”, bij individuen die noch floreren noch wegwijnen kan er gesproken worden van een matig mentale gezondheid (Keyes, 2002). Gedurende lange tijd werd geestelijke gezondheid gezien als alleen de afwezigheid van psychopathologie. Echter is uit studies gebleken dat het eenzijdige meten van psychopathologie niet voldoende is om de geestelijke gezondheid van iemand in kaart te brengen (Keyes, 2002; Keyes 2005).

1.5 Positief psychologische interventies

De laatste jaren is het aantal studies waarin Positieve Psychologische Interventies (PPIs) onderzocht worden, toegenomen. Deze interventies zijn gericht op het verbeteren van de positieve gevoelens, gedragingen en cognities (Wood & Tarrier, 2010). Vele van de studies hebben de effectiviteit van PPIs op het welbevinden of onderdelen van welbevinden aangetoond (e.g. Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon, 2008; Ruini et al., 2006). Zo

brengt een PPI waarin een bewuste focus op zegeningen gelegd wordt zowel emotionele als interpersoonlijke voordelen met zich mee (Emmons & McCullough, 2003). Ook meer aandacht voor vriendelijkheid lijkt het geluk te vergroten (Otake, Shimai, Tanaka-Matsumi, Otsui, & Fredrickson, 2006). Verder blijkt het stellen van persoonlijke doelen (Sheldon, Kasser, Smith, & Share, 2002), het uiten van dankbaarheid (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005) en het inzetten van persoonlijke sterktes (Sheldon & Lyobomirsky, 2006a) het welbevinden te verbeteren.

PPIs lijken niet alleen een effect te hebben op het welbevinden, maar ook op depressieve klachten. Dit komt naar voren uit een overzicht van een meta-analyse naar de effectiviteit van PPIs voor het welbevinden en klachten van depressie (Sin, & Lyubomirsky, 2009). PPIs blijken een matig effect te hebben op het verbeteren van het welbevinden ($r = .29$) en in het reduceren van de depressieve klachten ($r = .31$) in verschillende populaties, waarvan een klein gedeelte klinisch is. Soortgelijke resultaten komen naar voren uit een recenter meta-analyse waaruit blijkt dat PPIs een klein effect hebben op het verbeteren van het welbevinden en verminderen van de depressieve klachten in vooral een gezonde steekproef (Bolier et al., 2013).

Alhoewel eerdere meta-analyses zich hebben gericht op de effecten van een PPI op depressieve klachten (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009), lijkt het nog onduidelijk of PPIs effectief zijn voor mensen met een gediagnostiseerde depressie volgens de DSM-IV-TR en DSM-5 in termen van geestelijke gezondheid en welbevinden. Wel is er eerder een poging gedaan om systematisch het effect van PPIs te onderzoeken in verschillende klinische populaties (Chakhssi, Kraiß, Spijkerman, & Bohlmeijer, 2016), maar niet voor mensen met een depressieve stoornis specifiek. De huidige studie zal zich richten op patiënten met een depressieve stoornis en het effect van de PPIs op het welbevinden en de klachten van depressie.

1.6 Relevantie en doelstelling van de huidige studie

In meerdere meta-analyses kwam naar voren dat de effectiviteit van de behandelingen hooguit middelgroot is en de verschillen in effectiviteit tussen de diverse vormen van psychologische behandeling klein of afwezig zijn bij mensen met een depressie (Cuijpers et al. 2008c). In voorgaande meta-analyses zijn de effecten van PPIs niet specifiek onderzocht op mensen met een klinische depressie, maar op individuen met depressieve klachten (Bolier et al., 2013; Sin, & Lyubomirsky, 2009). Het doel van het huidige onderzoek is om inzicht te

krijgen in het effect van PPIs op het welbevinden en klachten van depressie bij mensen met een depressieve stoornis in vergelijking tot de controlecondities.

De volgende onderzoeksvraag zal beantwoord worden aan de hand van deze systematische literatuuronderzoek:

“Wat is het effect van positieve psychologische interventies op het welbevinden en klachten van depressie bij mensen met een gediagnosticeerde depressieve stoornis?”

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn er een aantal deelvragen opgesteld, welke voortbouwen op de literatuur:

1. Wat zijn de kenmerken van de geïncludeerde studies en welke kwaliteit hebben de geïncludeerde studies?
2. Wat zijn de kenmerken van de PPIs die de geïncludeerde studies gebruikt hebben?
3. Wat is het effect van de positieve psychologische interventies op het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden bij mensen met een depressieve stoornis?
4. Wat is het effect van de positieve psychologische interventies op de depressieve klachten bij mensen met een depressieve stoornis?

2. Methode

De onderzoeksvraag werd beantwoord door middel van een systematisch literatuuronderzoek. Hiervoor werd er gebruik gemaakt van de wetenschappelijke databanken PsychINFO en Scopus. De huidige studie is een aanvullend onderzoek op een meta-analyse gericht op de effecten van PPI op het welbevinden in klinische populaties (Chakhssi, Kraiß, Spijkerman, & Bohlmeijer, 2016). Dit onderzoek heeft de databanken onderzocht van 1998 (de start van de positieve psychologische beweging) tot 31 maart, 2016. Naar aanleiding hiervan werden er in de huidige studie de databanken doorzocht over een periode vanaf 1 april 2016 tot 23 juli 2017. De studies uit het voorgaande onderzoek (Chakhssi, Kraiß, Spijkerman, & Bohlmeijer, 2016) gericht op het effect van PPIs op het welbevinden en klachten van depressie werden in dit onderzoek meegenomen (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Coote & Macleod, 2012; Seligman, Rashid, & Parks, 2006; Pietrowsky & Mikutta, 2012).

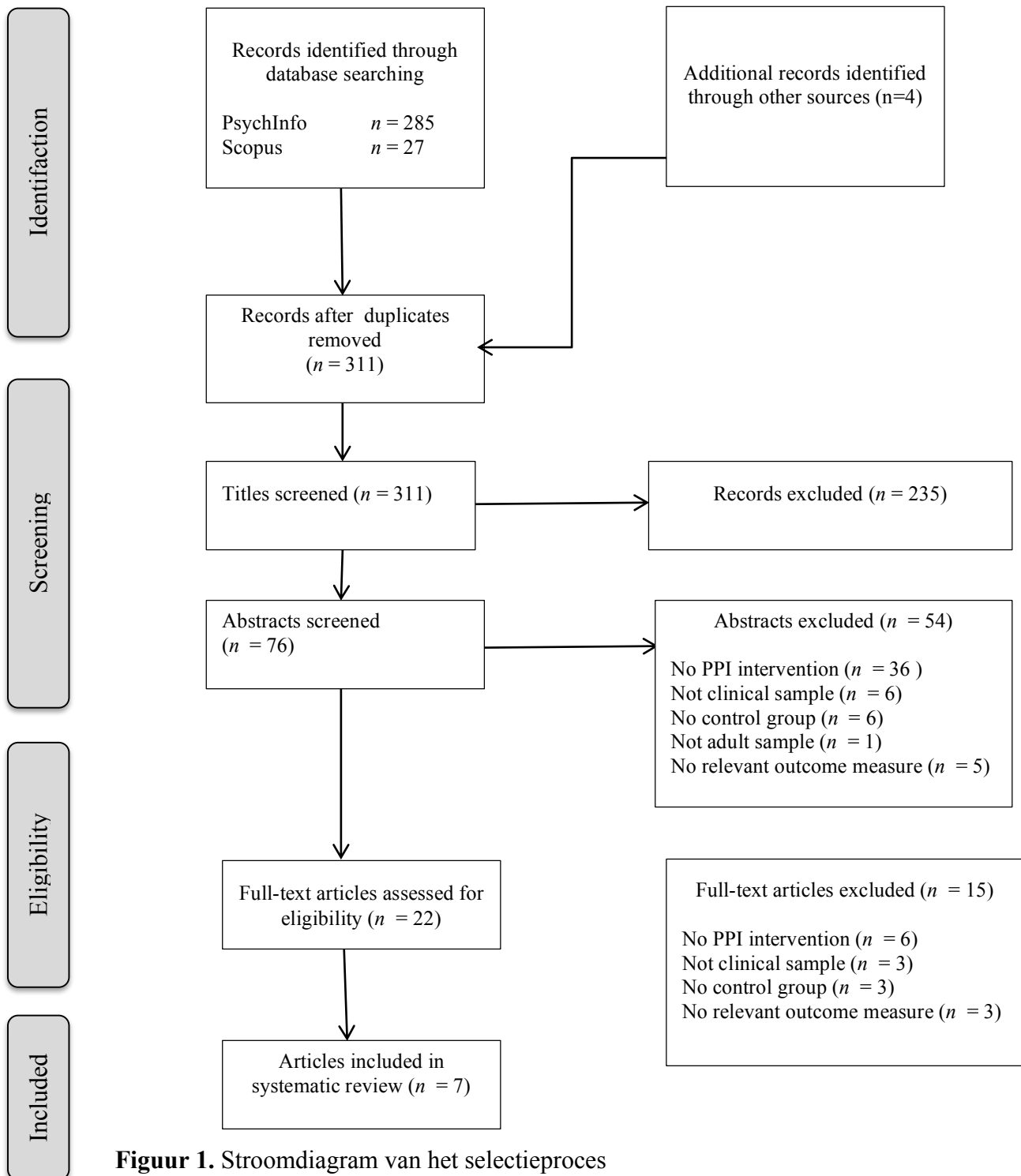
2.1 Zoekstrategie

Door het specificeren van de zoektermen voor iedere databank werden er verschillende zoekopdrachten uitgevoerd om de onderzoeksvraag beantwoorden. De zoekopdrachten bestonden uit termen die gerelateerd zijn aan ‘well-being’, ‘positive psychology’, in combinatie met termen die gerelateerd zijn aan ‘interventions’, ‘depression’, en ‘outcome’. In Tabel 1 zijn de zoektermen in details weergegeven.

Tabel 1. Zoekstring voor verschillende databanken

Database	Zoekstring
PSYCHINFO	(well-being OR happiness OR happy OR "Life satisfaction" OR "satisfaction with life" OR "positive psych*" OR "positive emotion*" OR "positive feeling*" OR "positive cognition" OR "positive behavio*" OR compassion OR optimism OR gratitude OR kindness OR DE "optimism" OR DE "well-being" OR DE "life satisfaction" OR DE "happiness" OR DE "positive psychology" OR DE "gratitude") AND (intervention* OR therap* OR treatment* OR training* OR program* OR exercise) AND (depression* OR "major depression" OR "unipolair depression" OR "depressive disorder" OR "mood disorder" OR "affective disorder" OR "clinical sample" OR DE "Dystymia" OR DE "persistent depressive disorder" OR DE "major depressive disorder") AND (effect* OR effic* OR outcome* OR evaluat*) AND (random* OR RCT* OR control* OR non-random* OR pilot* OR condition)
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY({well-being} OR {wellbeing} OR {well being} OR happiness OR happy OR "life satisfaction" OR {satisfaction with life} OR "positive psych"* OR "positive emotion"* OR "positive feeling"* OR {positive cognition} OR "positive behavio*" OR compassion OR optimism OR gratitude OR kindness) AND TITLE-ABS-KEY(intervention* OR therap* OR treatment* OR training* OR program* OR exercise) AND TITLE-ABS-KEY (depression* OR "major depression*" OR "unipolair depression*" OR "depressive disorder*" OR "mood disorder*" OR "affective disorder*" OR "clinical sample") AND TITLE-ABS-KEY(effect* OR effic* OR outcome* OR evaluat*) AND TITLE-ABS-KEY (random* OR RCT* OR control* OR non-random* OR pilot* OR condition) OR (DE "Dystymia" OR DE "persistent depressive disorder" OR DE "major depressive disorder") AND (effect* OR effic* OR outcome* OR evaluat*) AND (random* OR RCT* OR control* OR non-random* OR pilot* OR condition)

Aan de hand hiervan werden er 312 artikelen gevonden. Hieraan werden nog vier relevante studies uit het onderzoek van Chakhssi, Kraiß, Spijkerman, & Bohlmeijer (2016) toegevoegd. De 312 studies werden ten eerste gescreend op de titel, ten tweede op de samenvatting en tot slot op de geschiktheid die gebaseerd is op de volledige inhoud van het artikel. Dit proces is terug te zien in Figuur 1.



Figuur 1. Stroomdiagram van het selectieproces

2.2 Selectie van de studies

De eerste zoekopdracht heeft na het verwijderen van duplicaten 311 studies opgeleverd. Deze studies werden in de eerste fase gescreend op titel, in de tweede fase op abstract en ten slotte op full-tekst. Tijdens de selectie van de studies werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd: 1) de effecten van een positieve psychologische interventie, bedoeld om positieve gevoelens, positieve cognities en positief gedrag te stimuleren (Sin & Lyubomirsky, 2010); 2) de doelgroepen van de studies achttien jaar of ouder waren; 3) de doelgroepen die gediagnosticeerd waren met een depressieve stoornis volgens de criteria van de DSM-IV of DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013); 4) de studies controlegroepen bevatten; 5) de studies depressie en welbevinden als uitkomstmaat hadden of indien welbevinden niet direct gemeten werd, constructen die gerelateerd zijn aan het welbevinden, zoals levenstevredenheid, optimisme of positief affect.

Studies werden uitgesloten op basis van de volgende exclusiecriteria: 1) de artikelen die niet in de Engelse taal gepubliceerd waren; 2) interventies die gebaseerd waren om het welbevinden te bevorderen op basis van fysieke activiteiten; 3) de interventies die uitsluitend gebaseerd waren op herinneringsoefeningen, mindfulness en/of meditatie; 4) het boeken of kwalitatieve studies waren.

Tot slot is er voor de studies gebruik gemaakt van extractiecriteria, de geïncludeerde studies zijn te vinden in Tabel 3 en 4. Voor iedere studie werden de volgende gegevens geëxtraheerd: 1) studiekenmerken zoals eerste auteur, het jaar van de publicatie; 2) populatiekenmerken zoals, percentage vrouwen en leeftijd (gemiddelde en standaarddeviatie (SD)); 3) interventiekenmerken zoals, soort interventie, PPI componenten, manier van interventie (bijvoorbeeld individueel of in een groep), begeleiding van interventie, aantal sessies en duur (in weken); 4) methodologische kenmerken zoals type controlegroep, meetmomenten (pre, post, follow-up), kwaliteitsscores en uitkomstmaten; 5) resultaten zoals het interventie effect.

2.3 Meetinstrumenten

Het welbevinden werd gemeten aan de hand van verschillende vragenlijsten. Voor iedere studie werd er aan de hand van de methodologische kwaliteiten één meetinstrument geselecteerd als uitkomstmaat voor het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De geselecteerde vragenlijsten per studie zijn te vinden in Tabel 2. De vragenlijsten uit iedere studie hebben aspecten van het emotioneel welbevinden gemeten, waarvan positief affect met PANAS, emotioneel welbevinden met MHC-CF en levenstevredenheid met SWLS. Hieronder worden de gekozen vragenlijsten kort toegelicht.

Het Positief Affect werd gemeten aan de hand van de Positive Affect Negative Affect Scale, met een interne consistentie van cronbach's $\alpha = .87$ voor Positief affect en cronbach's $\alpha = .85$ voor Negatief affect (PANAS; Watson et al., 1988). Beide subschalen lieten een goede test-hertest betrouwbaarheid zien met een goede validiteit ($r = .09$) onafhankelijk van beide schalen (Watson et al., 1988).

Voor het meten van de levenstevredenheid werd de Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) gebruikt. De SWLS had een goede interne consistentie (Lucas, Diener, & Suh, 1996) en een goede betrouwbaarheid met een cronbach's $\alpha = .87$ (Diener et al., 1985).

De Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) is een vragenlijst die onderverdeeld wordt in het emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. De betrouwbaarheid en validiteit van deze subschalen werden op verschillende doelgroepen getest (Lamers et al., 2011). Hieruit bleek een goede interne consistentie voor de subschaal emotioneel welbevinden met een cronbach's $\alpha = .91$ voor positieve emoties en cronbach's $\alpha = .87$ voor negatieve emoties. De subschaal psychologisch welbevinden bleek een gemiddelde interne consistentie te hebben van cronbach's $\alpha = .4$ tot cronbach's $\alpha = .7$ (Lamers et al., 2011), eveneens de subschaal sociaal welbevinden.

Tot slot werd er voor het meten van het psychologisch welbevinden ook gebruik gemaakt van Ryff's Psychological Well-being Scales (PWBS) die uit 29 items bestaat, met een cronbach's $\alpha = .86$ (Diaz et al., 2006).

Alle studies maakten gebruik van zelfrapportagelijsten om de depressieve klachten te meten. De interne consistentie van de Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz et al. 2003) bleek hoog te zijn, namelijk cronbach's $\alpha = .92$ (Beck & Steer, 1984). Ook de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale die bestaat uit 20 items, bleek een hoge interne consistentie te hebben van cronbach's $\alpha = .9$ voor de klinische populatie (CES-D; Radloff, 1977). Tot slot maakten de studies gebruik van zelfrapportagelijsten Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QID-SR16; Rush et al., 2003) die 16 items bevat en een interne consistentie van cronbach's $\alpha = .73$ en de Zung Self-Rating Depression Scale (ZSRD; Zung, 1965) die 20 items bevat en een interne consistentie van cronbach's $\alpha = .83$.

2.4 Kwaliteitsbeoordeling

De methodologische kwaliteiten van alle studies werden beoordeeld aan de hand van de Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias (Higgins et al., 2011) en de Jadad schaal voor het rapporteren van een Randomized Control Trial (RCT) (Jadad, et al., 1996). Deze beoordeling is gebaseerd op zeven items die gescoord kunnen worden met 0 (afwezig) of met een 1 (aanwezig), zie Tabel 5. De maximale kwaliteitsscore die behaald kan worden is een 7. Studies werden beoordeeld als "goed" wanneer alle zeven items aanwezig waren, "gemiddeld" wanneer 5 of 6 items aanwezig waren en als "zwak" als vier of minder items aanwezig waren (Spijkerman, Pots & Bohlmeijer, 2016).

De zeven items waren gericht op het volgende: 1) randomisatie en sequentie van toewijzing ("random sequence generation"); 2) de geheimhouding van toewijzing ("allocation concealment"); 3) verblinding ("blinding"); 4) incomplete uitkomstdata ("incomplete outcome data"); 5) selectiviteit bij de keuze en het rapporteren van de uitkomsten ("selective outcome reporting"); 6) groepsovereenkomsten bij aanvang ("group similarity at baseline") en 7) de betrouwbaarheid van de diagnostische assessment die beoordeeld is door professionals ("reliability of the diagnostic assesment"). In Tabel 2 zijn deze items toegelicht.

Tabel 2 *Items Cochrane Collaboration's tool for assesing risk of bias*

Items	Beschrijving
1. Randomisatie en sequentie van toewijzing	In een gerandomiseerde studie wijst men de te evalueren behandeling op een toevallige wijze toe aan de verschillende deelnemers. De toewijzing aan de condities gebeurt volledig toevallig en de sequentie van toewijzing organiseert op een consequente manier dit toeval.
2. De geheimhouding van toewijzing	Bij de sequentie van toewijzing moet de geheimhouding aan de toegewezen conditie voor de deelnemer garanderen. De betrokken persoon mag de deelnemer niet bewust toewijzen aan een bepaalde conditie.
3. Verblinding	De deelnemers en betrokken personeel hebben geen kennis welke interventie een deelnemer heeft ontvangen.
4. Incomplete uitkomstdata	De uitkomstdata is voor iedere primaire uitkomst compleet, inclusief deelnemers die uitgevallen zijn (drop-out) worden vermeld. De percentage van drop-out is voor iedere interventiegroep weergegeven waarbij ook de reden voor drop-out wordt aangegeven.
5. Selectiviteit bij de keuze en het rapporteren van de uitkomsten	Voorafgaand is het vermeld hoe de resultaten selectief vermeld zullen worden en vervolgens worden ze ook daadwerkelijk op deze wijze gerapporteerd.
6. Groepsovereenkomsten bij aanvang ("baseline")	Deelnemers verschillen weinig bij aanvang aan de interventie in de demografische gegevens, primaire en secundaire uitkomstmaten.
7. Betrouwbaarheid van de diagnostische beoordeling	De betrouwbaarheid van de diagnostische beoordeling. Deze kan bijvoorbeeld vergroot worden door het gebruik van vragenlijsten, gestructureerde interviews of door beoordeling van meer dan een diagnosticus.

2.5 Primaire en secundaire uitkomsten

De gemiddelde score op het welbevinden aan het eind van een behandeling werd als primaire uitkomst genomen. Deze werd gemeten aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten voor emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Indien deze niet aanwezig was, werden de meetinstrumenten gebruikt die aan het welbevinden gerelateerde concepten meten, zoals hoop, levenstevredenheid, optimisme, positief affect en levenskwaliteit. Als er meerdere meetinstrumenten werden gebruikt om het welbevinden te meten, werd er gekozen voor het meest gevalideerde instrument. Op deze manier had iedere studie een primaire uitkomst.

De gemiddelde score op depressie aan het eind van de behandeling werd als secundaire uitkomst genomen. Ook hiervoor werd de meest gevalideerde meetinstrument gekozen indien er gebruik werd gemaakt van meerdere instrumenten.

Voor het beoordelen van de effecten in deze systematische review is de richtlijn van Cohen's (1988) aangehouden, waarbij $d = 0$ tot $d = .2$ geldt als een klein effectgrootte, waarbij $d = .2$ tot $d = .5$ geldt als een middelmatig effectgrootte en $d = .5$ tot $d = .8$ als een groot effectgrootte.

Tabel 3. *Karakteristieken van de geïncludeerde studies in de systematische review*

Eerste auteur (jaartal)	% vrouw	Gemiddelde leeftijd (SD)	Deelnemers per conditie (n)	Follow-up (in weken)	Kwaliteitscore	Uitkomstmaat				Resultaten
						EWB MHC-SF (EWBS)	PWB MHC-SF (PWBS)	SWB MHC-SF (SWBS)	Depressie BDI-II	
Asgharipoor (2010)	72%	26.4 (5.9)	Positive psychotherapy: <i>n</i> =9 CBT: <i>n</i> =5 <u>Geen drop-out informatie beschikbaar</u>	-	2					Geen significant verschil tussen de PPI en CBT na de behandeling in de verbetering van het emotioneel welbevinden (<i>p</i> = .59), psychologisch welbevinden (<i>p</i> = .50), sociaal welbevinden (<i>p</i> = .56) en depressie (<i>p</i> = .54).
Celano (2017)	69%	43.2 (17.1)	Weekly positive psychology exercises: <i>n</i> =32 CF: <i>n</i> =33 <u>Drop-out</u> PPI: 3.1% CF: 6.1%	6-12w	5	PANAS	-	-	QID-SR16	Geen significant verschil tussen de PPI en CF na de behandeling in de verbetering van positief affect (<i>p</i> = .19, <i>d</i> = .53). De vermindering in de depressieve klachten was significant groter in de CF conditie na de behandeling vergeleken met de PPI conditie (<i>p</i> = .02, <i>d</i> = -1.00)

Eerste auteur (jaartal)	% vrouw	Gemiddelde leeftijd (SD)	Deelnemers per conditie (n)	Follow-up (in weken)	Kwaliteitsscore	Uitkomstmaat				Resultaten
						EWB	PWB	SWB	Depressie	
Chaves (2017)	100%	51.64 (10.41)	Positive Psychology Intervention: <i>n</i> =47 CBT: <i>n</i> =49 <u>Drop-out</u> PPI: 20.4% CBT: 21.3%	24-96w	6	PANAS	PWBS	-	BDI-II	Geen significant verschil tussen de PPI en CBT na de behandeling in de verbetering van het positief affect ($p = 1.00$, $d = .18$), depressie ($p = 1.00$, $d = -.08$) en psychologisch welbevinden ($p = 1.00$).
Coote (2012)	71%	52.5 (13.4)	Goal-setting and Planning (GAP): <i>n</i> =26 Wait-list: <i>n</i> =29 <u>Drop-out</u> GAP: 13.3% WL: 14.7%	5w	3	PANAS	-	-	CES-D	Er is een marginaal significant verbetering in het positief affect ($p = .06$, $d = .61$) bij de GAP na de behandeling in vergelijking met de WL. Er is geen significant verschil tussen de GAP en WL na de behandeling in de verbetering van depressie ($p = .07$, $d = -.50$).
Pietrowsky (2012)	53%	38.9 (8.6)	Positive Psychology Intervention: <i>n</i> =9 TAU: <i>n</i> =8 <u>Drop-out</u> PPI: 22.2% TAU: 25%	-	3	SWLS	-	-	BDI-II	Geen significant verschil tussen de PPI en TAU na de behandeling in de verbetering van de levenstevredenheid ($p =$ n.s) en depressie ($F(1.15) = 1.92$, $p =$ n.s.)

Eerste auteur (jaartal)	% vrouw	Gemiddelde leeftijd (SD)	Deelnemers per conditie (n)	Follow-up (in weken)	Kwaliteitsscore	Uitkomstmaat				Resultaten
						EWB	PWB	SWB	Depressie	
Seligman (2006) (study 2)	76%	29.8 (12.2)	Positive Psychotherapy (PPT) T: $n=11$ TAU: $n=9$ <u>Drop-out</u> PPT: 13% TAU: 40%	-	4	SWLS	-	-	ZSRS	Geen significant verschil tussen de PPT en TAU na de behandeling in de verbetering van levenstevredenheid ($F(2,32) = 2.21, p =$ n.s.). De vermindering in de depressieve klachten was significant groter in de PPI na de behandeling vergeleken met de TAU ($p < .05, d =$ 1.12).
Taylor (2017)	50%	29.8 (12.2)	Positive activity intervention (PAI): $n=16$ Wait-list: $n=13$ <u>Drop-out</u> PAI: 50% WL: 7%	12-21w	5	SWLS	-	-	BDI-II	PAI groep rapporteert significant minder depressieve klachten (p $< 0.001, d = -1.53$) en meer levenstevredenheid (p $< 0.001, d = 1.73$) na de behandeling vergeleken met de wachtlIJstgroep.

Note. BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; EWBS = Emotional Well-Being Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum Short Form; PANAS = The Positive and Negative Affect Scale; PPI = Positive Psychology Intervention; PWBS = Psychological Well-Being Scales QID-SR-16 = Quick Inventory of Depressive Symptomatology; SWB = Subjective Well-Being Scale; SWLS = The Satisfaction with Life Scale; ZSRS = Zung Self-Rating Depression Scale.

Tabel 4. *Karakteristieken van de PPIs van de geïncludeerde studies in de systematische review*

Eerste auteur (jaartal)	Doel en doelgroep	PPI soort (n) en handleiding	PPI componenten	Duur in dagen of weken (n sessies)	Vorm (begeleiding)
Asgharipoor (2010)	Verbeteren van (1) welbevinden en (2) verminderen klachten van depressie bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Positive psychotherapy (9) PPI Protocol (Sahebi, 2011).	(1) Identificeren en versterken potentiële kwaliteiten (2) Waarderen positieve gebeurtenissen/zaken	12w (12)	Groep (Ja)
Celano (2017)	Verbeteren (1) facetten van welbevinden en verminderen (2) klachten van depressie bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Weekly positive psychology exercises (32)	(1) Bevorderen dankbaarheid en vriendelijkheid (2) Identificeren en inzetten van persoonlijke kwaliteiten (3) Uitvoeren plezierige en betekenisvolle activiteiten	6w (6)	Individueel (Ja)
Chaves (2017)	Verbeteren (1) facetten van welbevinden en (2) verminderen klachten van klinische stoornissen bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Positive Psychology Intervention (47)	(1) Emotioneel welbevinden training (2) Psychologisch welbevinden training	10w (10)	Groep (Ja)

Eerste auteur (jaartal)	Doel en doelgroep	PPI soort (n) en handleiding	PPI componenten	Duur in dagen of weken (n sessies)	Vorm (begeleiding)
Coote (2012)	Verbeteren (1) facetten van welbevinden en verminderen (2) klachten van depressie bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Goal-setting and Planning (GAP) (26) GAP handleiding (Macleod et al., 2008).	(1) Doelen stellen (2) Plannen (3) Identificeren van waardevolle levensdoelen en toewerken naar deze doelen	5w (0)	Individueel (Ja)
Pietrowsky (2012)	Verbeteren (1) facetten van welbevinden, (2) veerkracht en (3) klachten van depressie bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Positive Psychology Intervention (9) Oefeningen (King, 2001).	(1) ‘Best Possible Self’ oefening (2) “Drie goede dingen” oefening	4w (3)	Groep(Ja)
Seligman (2006) (study 2)	Verbeteren (1) facetten van welbevinden en verminderen (2) klachten van depressie bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Positive Psychotherapy (11) PPI protocol (Rashid & Seligman, in press).	(1) Bevorderen plezier, dankbaarheid, verbondenheid, betekenis (2) Inzetten persoonlijke kwaliteiten	12w (14)	Individueel (Ja)
Taylor (2017)	Verbeteren (1) facetten van welbevinden en verminderen (2) klachten van depressie en (3) angst bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis	Positive activity intervention (16) PAI handleiding (Garland et al., 2010).	(1) Bevorderen positief denken (2) Bevorderen positieve emoties (3) Bevorderen positief gedrag	10w (10)	Individueel (Ja)

Tabel 5. *Kwaliteitsbeoordeling van de geïncludeerde studies*

Eerste auteur (jaar)	Randomisatie en sequentie van toewijzing	De geheimhouding van toewijzing	Verblindings	Incomplete uitkomstdata	Selectiviteit bij de keuze en het rapporteren van de uitkomsten	Groepsovereenkomsten bij aanvang ("baseline")	Betrouwbaarheid van de diagnostische beoordeling	Totaal
Asgharipoor (2010)	1	0	0	0	0	0	1	2
Celano (2017)	1	1	1	0	0	1	1	5
Chaves (2017)	1	1	1	1	0	1	1	6
Coote (2012)	1	1	0	1	0	0	0	3
Pietrowsky (2012)	1	0	0	1	0	1	0	3
Seligman (2006) (study 2)	1	0	0	1	0	1	1	4
Taylor (2017)	1	1	0	1	0	1	1	5

Note. 0 = Afwezig; 1 = Aanwezig

3. Resultaten

3.1 Selectie van studies

In totaal hebben de databanken 312 studies opgeleverd (Figuur 1). Eerst zijn de duplicaten verwijderd (n=5) en vervolgens zijn de studies op titel gescreend (n=311). Daarna zijn de 72 overgebleven studies op basis van het abstract doorgenomen. Hieruit zijn er 18 artikelen geselecteerd om de full-tekst te bekijken. Dit resulteerde in drie studies die geschikt zijn voor dit onderzoek. Deze drie studies zijn een aanvulling op de vier relevante studies uit een eerder uitgevoerde meta-analyse (Chakhssi et al., 2016).

3.2 Kenmerken en kwaliteit van de geïncludeerde studies

De kenmerken van de geïncludeerde studies zijn weergegeven in Tabel 2. Hieronder zullen ze toegelicht worden.

Design en controlegroepen. Alle studies die geïncludeerd zijn in deze huidige studie zijn gerandomiseerde onderzoeken met controlegroepen (RCTs). Twee studies hebben de interventiegroep vergeleken met een actieve controle conditie (Chaves, Lopez-Gomez, Hervas, Vazquez, 2017; Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012) en drie studies hebben de interventiegroep met een treatment-as-usual conditie vergeleken (Celano et al., 2017; Pietrowsky & Mikutta, 2012; Seligman, Rashid, & Parks, 2006). Verder hebben twee studies gebruik gemaakt van wachtlijstgroepen als controlegroep (Taylor, Lyubomyrsky, Stein, 2017; Coote & Macleod, 2012).

Populatiekenmerken en drop-out. De studies die geselecteerd zijn voor dit onderzoek omvatten in totaal 296 deelnemers. Hiervan zijn 150 deelnemers toegewezen aan de groepen die een Positieve Psychologische Interventie (PPI) hebben ontvangen en 146 deelnemers zijn toegewezen aan een controlegroep. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 40.4 jaar ($SD=11.27$). Meer dan de helft van de deelnemers waren vrouwen (70.1%). Drie studies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten. De overige studies zijn uitgevoerd in één land, namelijk in Engeland, Duitsland, Spanje en Iran.

De steekproeven zijn klinische populaties waarbij de diagnoses zijn vastgesteld op verschillende wijze. In twee studies is de diagnose Major Depressive Disorder vastgesteld aan de hand van de Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Celano et al., 2017; Taylor, Lyubomyrski en Stein, 2017). In drie andere studies is de diagnose gesteld aan de hand van de Structured Clinical Interview voor DSM-IV-TR (SCID-I) (Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Seligman,, Rashid, & Parks, 2006). Tot slot is er door twee studies gebruik gemaakt van vragenlijsten om

een depressieve stoornis vast te stellen. In de studie van Coote & Macleod (2012) is de Centre for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) afgenomen met een cut-off score van 16 of meer. En in de studie van Pietrowsky & Mikutta (2012) is er voor de Beck Depression Inventory (BDI-II) gekozen met een cut-off score van 19 of hoger. Beide cut-offscores duiden op milde tot ernstige depressie, waardoor deze twee studies ook zijn geïncludeerd in de huidige studie.

Bij alle studies was er sprake van drop-out tijdens de interventie, uitsluitend op een studie na waarbij er geen informatie beschikbaar is over de drop-out (Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012). Deze gegevens zijn te vinden in Tabel 3.

Metingen. Alle studies hebben zowel bij de interventiegroep als de controlegroep een pre- en postmeting gedaan. In vier van de zeven studies is er na afloop van de interventie nog een follow-up uitgevoerd (Celano et al., 2017; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Coote & Macleod, 2012; Taylor, Lyubomyrsky, Stein, 2017). De tijdstippen van de follow-ups waren voor iedere studie verschillend, uiteenlopend van 4 weken (Coote & Macleod, 2012) tot 12 weken (Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017).

Meetinstrumenten welbevinden. In drie van de zeven studies is er gekozen om het Positief Affect als uitkomstmaat te nemen voor het emotioneel welbevinden (Celano et al., 2017; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Coote & MacLeod, 2012). Dit is gemeten aan de hand van de Positive Affect Negative Affect Scale.

In drie studies is levenstevredenheid als uitkomstmaat genomen (Pietrowsky & Mikutta, 2012; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Taylor, Lyubomyrski, & Stein, 2017). Dit is gemeten aan de hand van de Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

In een studie is de subschaal emotioneel welbevinden als uitkomstmaat genomen, dit is gemeten aan de hand van MHC-SF (Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012).

Twee van de zeven studies hebben meetinstrumenten gebruikt om het psychologisch welbevinden te meten (Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017). In een studie (Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017) is er gebruik gemaakt van Ryff's Psychological Well-being Scales (PWBS) en een andere studie heeft voor het meten van het psychologisch welbevinden de MHC-SF gebruikt (Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012).

Tot slot heeft een studie het sociaal welbevinden gemeten aan de hand van de MHC-SF (Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012).

Meetinstrumenten depressie. Vier van de zeven studies (Ashgaripoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Pietrowsky & Mikutta, 2012; Taylor, Lyubomyrsky, Stein, 2017) hebben voor het meten van de depressieve klachten de Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996; Sanz et al. 2003) gebruikt, zie Tabel 3. De overige studies hebben gekozen voor de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977), de Quick Inventory of Depressive Symptomatology (Celano et al., 2017) (QID-SR16; Rush et al., 2003) en de Zung Self-Rating Depression Scale (ZSRS; Zung, 1965).

Kwaliteitsbeoordeling. De kwaliteit van de studies liepen uiteen van laag tot gemiddeld (Tabel 4). Vier van de zeven studies hebben een lage kwaliteit en de overige studies zijn van een gemiddelde kwaliteit (n=3). Geen enkele studie voldoet aan alle kwaliteitscriteria. Het meest opvallende was dat alle studies voldoen aan de criteria voor randomisatie en sequentie van toewijzing en dat geen enkele studie voldoet aan de criteria selectiviteit bij de keuze en het rapporteren van uitkomstmaten.

3.3 Kenmerken PPIs van de geïnccludeerde studies

De kenmerken van PPIs zijn weergegeven in Tabel 4. Hieronder zullen ze nader toegelicht worden.

Doel. Alle interventies waren gericht op het verbeteren van verschillende facetten van het welbevinden en het verminderen van klachten van depressie bij patiënten gediagnosticeerd met een depressieve stoornis.

Componenten Positieve Psychologische Interventies (PPIs). In alle zeven studies is gebruik gemaakt van een PPI die gericht is op het stimuleren van positieve gevoelens, positieve cognities en positief gedrag (Sin & Lyubomirsky, 2009). Alhoewel alle PPIs voornamelijk gericht waren op het verbeteren van het welbevinden en depressieve klachten, werd de focus bij de PPIs op verschillende componenten gelegd, zie Tabel 3. Bij drie studies ging het om het identificeren en versterken van persoonlijke kwaliteiten (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Celano et al., 2017; Seligman, Rashid & Parks, 2006). In twee studies waren de interventies gericht op een positief toekomstbeeld door middel van oefeningen of aan de hand van plannen en doelen stellen (Coote & Macleod, 2012; Pietrowsky & Mikutta, 2012). De overige studies waren gericht op het bevorderen van positieve gedachtes, gevoelens en gedrag.

Intensiteit en interventievorm. De PPIs verschilden in de duur en vorm. De duur van de interventies varieerden van vier tot twaalf weken, waarbij het bij alle studies ging om

wekelijkse sessies. Twee studies hadden een duur van 12 weken (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Seligman, Rashid & Parks, 2006) en twee studies hadden een duur van 10 weken (Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Taylor, Lyubomyrsky, Stein, 2017). Bij de overige studies was de duur 4, 5 of 6 weken (Celano et al., 2017; Coote & Macleod, 2012; Pietrowsky & Mikutta, 2012). Vier interventies werden individueel aangeboden (Celano et al., 2017; Coote & Macleod, 2012; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Taylor, Lyubomyrski, & Stein, 2017) en drie interventies in groepen (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Pietrowsky & Mikutta, 2012). Bij vijf van de zeven studies ging het om face-to-face interventies en twee interventies werden online (Coote & Macleod, 2012) of telefonisch gegeven (Celano et al., 2017). Alle interventies werden aangeboden door een therapeut, met uitzondering van een studie die online werd aangeboden (Coote & Macleod, 2012).

3.4 Effecten PPIs op welbevinden ten opzichte van de controlecondities

Effecten op emotioneel welbevinden. Vijf van de zeven geïncludeerde studies laten zien dat er geen significante verschillen zijn tussen de PPIs en controlecondities wat betreft het emotioneel welbevinden, zie Tabel 2 (Celano et al., 2017; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Pietrowsky & Mikutta, 2012; Seligman, Rashid, & Parks, 2006).

In een van de zeven studies tonen de deelnemers van een PPI na de behandeling een significante verbetering in de levenstevredenheid in vergelijking met de controleconditie (wachtlijstgroep) (Taylor, Lyubomyrski, & Stein, 2017). De between group effect size is te interpreteren als een groot significant effect ($d = 1.73$, $p < 0.001$).

In het onderzoek van Coote & Macleod (2012) laten de resultaten zien dat er een marginaal significant effect is op het verbeteren van positief affect ($p = .06$, $d = .61$) bij de deelnemers van de PPI na de behandeling vergeleken met de controleconditie (wachtlijstgroep).

Effecten op psychologisch welbevinden. In twee van de zeven studies is het psychologisch welbevinden gemeten (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017). In beide studies laten de resultaten na de behandeling geen significant verschil zien op het psychologisch welbevinden tussen de PPI en controlecondities ($p > 0.05$), zie Tabel 2.

Effecten op sociaal welbevinden. Slechts een studie heeft het sociaal welbevinden gemeten (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012) en deze studie laat zien dat er geen

significante verschillen werden gevonden na de behandeling op het sociaal welbevinden wanneer een PPI vergeleken werd met de controleconditie (CBT-groep) ($F = .35, p = .56$).

Concluderend laten de resultaten zien dat geen verschil bestaat in het verbeteren van emotioneel welbevinden tussen de deelnemers van de PPI en controlegroepen na de behandeling, alhoewel PPIs vergeleken met wachtlijstgroepen wel effectiever lijken.

3.5 Effecten PPIs op depressie ten opzichte van de controlecondities

Effecten op depressie. Vier van de zeven studies laten zien dat er geen significante verschillen werden gevonden op het verminderen van de depressieve klachten na de behandeling tussen de PPIs en controlecondities (Asgharipoor, Farid, Arshadi, & Sahebi, 2012; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Coote & Macleod, 2012), Pietrowsky & Mikutta, 2012).

In twee studies scoorden de deelnemers in een PPI na de behandeling significant beter op de depressieve klachten in vergelijking met de controlecondities. Zo laat de studie van Seligman, Rashid & Parks (2006) een between group effect size van $d = 1.12$, met respectievelijk $p < .05$.

De resultaten van een ander onderzoek (Taylor, Lyobomyrski, & Stein, 2017) laten zien dat de deelnemers van een PPI na de behandeling significant minder depressieve klachten ervaren vergeleken met de controleconditie (wachtlijstgroep) ($d = -1.53, p < 0.001$).

In een van de studies (Celano et al., 2017) scoorden de deelnemers van de PPI na de behandeling significant slechter voor de klachten van depressie in vergelijking met de deelnemers van de controleconditie (CF groep) ($d = -1.00, p = .02$).

Concluderend laten de resultaten zien dat er een wisselend beeld bestaat in het verminderen van de depressieve klachten na de behandeling tussen de deelnemers van de PPI en controlegroepen.

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om de effecten van positief psychologische interventies op depressieve klachten en het welbevinden binnen de klinische populatie met een depressieve stoornis in kaart te brengen. In totaal zijn er zeven studies geïncludeerd waarbij de kwaliteit, kenmerken van de studies en PPIs, en effecten van de PPIs op het welbevinden en depressieve klachten zijn onderzocht.

De kwaliteit van de studies liepen uiteen van laag tot gemiddeld. Alle studies hebben een kleine steekproefgrootte met over het algemeen vrouwelijke deelnemers van middelbare leeftijd. De diagnoses zijn gesteld aan de hand van betrouwbare klinische interviews of vragenlijsten en alle PPIs zijn gericht op het teweeg brengen van positieve gevoelens, gedragingen en cognities. Tussen de deelnemers van de PPI en controlegroepen na de behandeling lijken geen significante verschillen naar voren te komen in het verbeteren van emotioneel welbevinden, alhoewel PPIs vergeleken met wachtlijstgroepen wel effectiever lijken te zijn. In het verminderen van de depressieve klachten na de behandeling tussen de deelnemers van de PPI en controlegroepen is het beeld wisselend.

4.1 Kenmerken en kwaliteit van geïncludeerde studies

Alle studies hebben een lage tot gemiddelde kwaliteit en bevatten een kleine steekproefgrootte met over het algemeen vrouwelijke deelnemers van middelbare leeftijd. Om de resultaten van een onderzoek te generaliseren voor een doelgroep is het van belang dat de kwaliteit van de studies hoger is en de steekproef groter is. Volgens Henselman, de Haes en Smets (2012) zou een studie ten minste 35 deelnemers per conditie moeten bevatten om de gevonden resultaten te generaliseren over de gekozen doelgroep. In deze huidige studie voldoet een studie aan deze voorwaarde (Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017), omdat er sprake is van een beperkte power en de meerderheid van de geïncludeerde studies van lage kwaliteit zijn, zouden de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

De doelgroep van het huidige onderzoek zijn mensen die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis. In vijf studies is de diagnose gesteld door een hulpverlener aan de hand van klinische interviews en de overige twee studies hebben een vragenlijst gebruikt om de mate van depressie vast te stellen. Alhoewel de populatie van deze twee studies geen klinische populaties vormen, zijn ze toch meegenomen in dit onderzoek omdat beide studies hoge cut-off scores hanteren die duiden op een milde tot ernstige depressie. Dit zou een vertekend beeld kunnen geven over de resultaten die zijn gevonden.

Uit de huidige studie komt naar voren dat er weinig bekend is over de lange termijn effecten van een PPI. De meerderheid van de studies hebben na afloop van de interventie nog een follow-up uitgevoerd op korte termijn, maar geen enkele studie heeft een follow-up uitgevoerd die de lange termijn effecten van de PPIs nagaan. Uit een eerdere studie blijkt dat mensen met een lager welbevinden een hoger risico lopen op een terugval naar een depressie tien jaar later (Wood & Joseph, 2010). Er is nog weinig kennis over deze effecten van een PPI op het welbevinden op lange termijn, waardoor het niet mogelijk is om na te gaan of PPIs gunstig kunnen zijn voor mensen die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis en mogelijk de kans op terugval naar een depressie kunnen verkleinen.

Tot slot is het opvallend dat er in de studies voornamelijk vragenlijsten gebruikt worden die alleen het emotioneel welbevinden meten. Redenen hiervoor kunnen zijn dat bestaande vragenlijsten die de verschillende domeinen van het welbevinden meten lang zijn (e.g. WHOQOL-100), niet het sociaal welbevinden meten (e.g. CASP-19) of alleen items bevatten die psychopathologie meten (e.g. GHQ) (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Het aanbod in de vragenlijsten die het emotioneel en psychologisch welbevinden meten is beperkt, waardoor weinig studies het psychologisch en sociaal welbevinden als uitkomstmaat nemen.

4.2 Kenmerken PPIs van de geïncludeerde studies

De PPIs lijken allen ongeveer dezelfde doel te hebben. Alle interventies zijn gericht op het teweeg brengen van positieve gevoelens, gedragingen en cognities (Sin & Lyubomirsky, 2009). In vijf van de zeven studies wordt er in de sessies eerst een positief construct (bv. dankbaarheid, positief affect, zelfacceptatie etc.) geïntroduceerd, waarna de rol hiervan wordt toegelicht. Vervolgens worden hier oefeningen aan gekoppeld waarbij ook rekening gehouden wordt met de toepassing van het geleerde in de praktijk.

Opvallend is dat de duur (van vier tot twaalf weken) en de manier (individueel of in een groep) waarop de PPI gegeven werd varieert. Uit eerder gevonden resultaten lijkt het erop dat interventies met een langere duur meer waarschijnlijk zijn voor het opleveren van grotere winsten in het welbevinden (Sin & Lyubomyrsky, 2009). Sin & Lyubomyrsky (2009) suggereren dat een langere duur van een interventie de deelnemers de mogelijkheid geeft om de geleerde positieve activiteiten te integreren in het dagelijks leven en om te zetten in gewoontes. Volgens Bolier et al. (2013) lijken PPIs die individueel gegeven worden en een langere duur hebben meer effectief dan interventies die in groepen gegeven worden en een kortere duur hebben. De geïncludeerde studies in dit huidige onderzoek variëren in de duur en

de manier waarop de PPI gegeven is, waardoor het gevonden interventie effect hierdoor beïnvloed zou kunnen zijn.

4.3 Effecten PPIs op welbevinden

Het blijkt dat PPIs niet effectiever zijn voor het emotioneel welbevinden van mensen die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis vergeleken met actieve, treatment-as-usual en wachtlijstgroepen. Verder is er weinig onderzoek gedaan naar het effect van PPIs op het psychologisch en sociaal welbevinden bij mensen gediagnosticeerd met een depressieve stoornis, waardoor er geen betrouwbare uitspraak hierover gedaan kan worden.

Meer specifiek werden na het volgen van een PPI significante verbeteringen in het positief affect en levenstevredenheid gevonden. PPIs lijken even effectief als de bestaande therapievormen en lijken met name het ervaren van positieve emoties te stimuleren en het ervaren van negatieve emoties te verminderen. Het lijkt erop dat mensen doorgaans meer tevreden zijn met hun leven na het volgen van een PPI vergeleken met wachtlijstgroepen. De bevindingen uit dit onderzoek komen overeen met eerdere onderzoeken die laten zien dat PPIs het positieve affect versterken (Peterson, Flink, Boersma & Linton, 2010; Sheldon & Lyubomirsky, 2006b), maar ook de levenstevredenheid verhogen (Seligman, Rashid & Parks, 2006).

Deze verbeteringen in het positief affect en levenstevredenheid lijken gunstig voor mensen met een depressieve stoornis, omdat een depressieve stoornis zich sterk kenmerkt door een gedeprimeerde stemming gedurende het grootste deel van de dag en een verlies van levenslust (APA, 2000; APA, 2013). De bevindingen tonen aan dat ze klinisch relevant zijn, gezien een depressieve stoornis ook verband houdt met suïcide of suïcidepogingen, verminderde rolfunctie en kwaliteit van leven (Spijker, Graaf, Bijl, Beekman, Ormel & Nolen, 2004; Üstün, Ayuso-Mateos & Chatterij, 2004).

Naast de klinische relevantie is het ook van maatschappelijk belang. Een depressieve stoornis gaat gepaard met aanzienlijke persoonlijke, sociale en economische kosten (Donohue & Pincus, 2007). PPIs kunnen dienen als een waardevolle therapeutische methode of als aanvulling aan de huidige bestaande therapievormen voor patiënten met een depressieve stoornis, waarbij de patiënten leren stilstaan bij hun positieve emoties en deze leren ervaren met ook ruimte voor het verbeteren van hun levenstevredenheid. Alhoewel er nog weinig bekend is over het psychologisch -en sociaal welbevinden, is er wel enig onderzoek uitgevoerd.

In eerder onderzoek (Moeenizadeh & Salagame, 2010) en meta-analyse (Bolier et al. 2013) is het effect van PPIs aangetoond op het psychologisch welbevinden bij mensen met milde depressieve klachten. Verder pleitte Keyes (1998) al eerder om meer aandacht te besteden aan het sociaal welbevinden. Uit maatschappelijke perspectief, waarin de burgers zijn ingebed in sociale structuren, is het van belang de mate van sociaal welbevinden vast te kunnen stellen (Keyes, 1998). Bovendien blijkt dat sociaal welbevinden een grote invloed heeft op de overige domeinen van het welbevinden en daarnaast ook de fysieke gezondheid (Helliwel & Putnam, 2004; Cohen, Gotlieb & Underwood, 2000).

Gezien er nog weinig bekend is over het effect van PPIs op het psychologisch –en sociaal welbevinden bij mensen met een klinische depressie, wordt aanbevolen om in toekomstig onderzoek meer aandacht aan deze twee dimensies te besteden.

4.4 Effecten PPIs op depressie

PPIs lijken niet effectiever dan actieve, treatment-as-usual en wachtlijstgroepen voor de depressieve klachten voor mensen gediagnosticeerd met een depressieve stoornis.

Alhoewel voorgaand onderzoek naar de effecten van PPIs op klinische depressie schaars is, komen de bevindingen uit huidige onderzoek overeen met eerdere resultaten uit meta-analyses naar populaties met depressieve klachten waaruit blijkt dat PPIs effectief zijn in het verminderen van deze klachten (Bolier et al., 2013; Sin & Lyobomirsky, 2009). Soortgelijke bevindingen komen naar voren uit het onderzoek van Moeenizadeh & Salagame (2010) waarin deelnemers met depressieve klachten een significante vermindering laten zien in deze klachten na het volgen van een welbevindentherapie. Uit eerder onderzoek blijkt dat PPIs vooral effectief lijken te zijn in het behandelen van restsymptomen van een depressie (Fava, Rafanelli, Cazzaro & Conti, 1998) en bij het voorkomen van een terugval in de toekomst (Segal, Williams, Teasdale, 2002). PPIs lijken in de toekomst een gunstige aanvulling voor het huidige behandelaanbod voor mensen die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis, maar nader onderzoek is vereist.

4.5 Sterke kanten en beperkingen

De huidige studie heeft een aantal sterke kanten. De geselecteerde studies zijn systematisch opgezocht en aan de hand van PRISMA statement (Liberati et al., 2009) geselecteerd en gerapporteerd. Door gebruik te maken van de 27 item checklist en vier-fasen stroomdiagram werd de kwaliteit van dit systematisch literatuuronderzoek verhoogd. Daarnaast is de kwaliteit van de studies beoordeeld aan de hand van de Cochrane

Collaboration's tool for assessing risk of bias (Higgins et al., 2011) en de Jadad schaal voor het rapporteren van een Randomized Control Trial (RCT) (Jadad, et al., 1996).

De resultaten van de huidige studie dienen geïnterpreteerd te worden met inachtneming van een aantal beperkingen. Ten eerste zijn er in deze review een beperkt aantal studies opgenomen, namelijk zeven met allen een kleine steekproefgrootte en met een lage tot gemiddelde kwaliteit. Ten tweede is dit aanvullend systematische literatuuronderzoek uitgevoerd door één persoon. Door een gebrek aan een tweede beoordelaar bestaat de kans dat er relevante studies niet opgenomen zijn bij het selectieproces van de studies die wel enige toegevoegde waarde aan dit onderzoek zouden kunnen leveren en kan er sprake zijn geweest van subjectiviteit bij de beoordeling van de kwaliteit van de studies. De resultaten zouden hierdoor met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Desalniettemin, is dit de eerste systematische literatuuronderzoek in het psychologisch veld naar het effect van PPIs op het welbevinden en de klachten van een depressie bij patiënten met een depressieve stoornis.

4.6 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktijk

De aandacht naar interventies in het positieve psychologisch werkveld is aan het groeien. Toch zijn er meer wetenschappelijke onderzoeken nodig naar klinische populaties om de toegevoegde waarde van de PPI te bepalen aan huidige behandelingen.

De bovengenoemde beperkingen vormen allen een aandachtspunt voor vervolgonderzoek. Ten eerste zou toekomstig onderzoek uitgevoerd moeten worden met studies die voldoen aan goede kwaliteitsvoorwaarden met grotere en representatieve steekproeven. In het CONSORT statement (Moher, Schulz, Altman, 2001) zijn er aanbevelingen opgesteld met betrekking tot de betrouwbaarheid van de steekproef in een RCT. Hierin staat vermeld dat er voorafgaand aan een onderzoek de grootte van een steekproef berekend dient te worden en bepaald moet worden aan welke voorwaarden deze steekproef moet voldoen.

Ten tweede zijn klinische populaties niet makkelijk te werven. Wellicht zouden deelnemers geworven kunnen worden via de wachtlijsten bij een GGZ instellingen, waarbij eventueel al bij de deelnemers een diagnose is vastgesteld. In vervolgonderzoek wordt aanbevolen om alleen studies te includeren waarbij de diagnose is gesteld aan de hand van een diagnostisch assessment die beoordeeld is door een professional. Indien er vragenlijsten gebruikt worden waarvan scores wijzen op een depressieve stoornis, wordt aanbevolen om

nader diagnostisch onderzoek te verrichten aan de hand van klinische interviews door professionals.

Ten derde wordt het aanbevolen om na onderzoek follow-ups uit te voeren om na te gaan of therapeutische effecten na afloop van behandeling nog aanwezig zijn. Dit kan gedaan worden aan de hand van follow-up assessments, welke relatief laag zijn in kosten en belangrijke informatie opleveren over in hoeverre de effecten van interventies op lange termijn gehandhaafd worden (Weiner, Schinka & Velicer, 2012). Een minimum follow-up periode van een jaar wordt aanbevolen, alhoewel twee tot drie jaar na afloop van behandeling een goede richtlijn blijkt te zijn om lange termijn effecten van een psychologische interventie in kaart te brengen (Weiner, Schinka & Velicer, 2012).

Ten vierde is het interessant om onderzoek te richten op de PPI componenten en de interventievorm (duur van interventie, aantal sessies, manier waarop interventie wordt gegeven etc.). Gezien de verscheidenheid in de geïncludeerde studies is het interessant om hier meer inzicht in te krijgen zodat er gekeken kan worden wat deelname aan een PPI aantrekkelijk maakt en op welke wijze het verbeterd kan worden om bijvoorbeeld adherentie te vergoten en drop-out te voorkomen.

Ten vijfde is er nog weinig bekend over de ervaringen, acceptatie en tolerantie van cliënten gezien de invulling van PPI anders is dan huidige behandelingen. Door na te gaan wat deelnemers van deze vorm van interventie vinden en hoe ze de intensiteit ervaren vergeleken met reguliere behandeling zou dit nieuwe inzichten kunnen opleveren.

Tot slot is het welbevinden niet in alle onderzoeken als primaire uitkomst genomen en is er ook niet in iedere onderzoek onderscheid gemaakt in de verschillende domeinen van het welbevinden. In vervolgonderzoek naar PPI wordt aanbevolen om gevalideerde instrumenten te nemen die het welbevinden meten en die deze opsplitsen in emotionele, psychologisch en sociaal welbevinden (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011).

4.3 Conclusie

Voor zover bekend is dit de eerste review die de effecten van positieve psychologische interventies op het welbevinden en klachten van depressie bij mensen met een depressieve stoornis systematisch in kaart brengt. De bevindingen uit de huidige studie laten zien dat PPIs even effectief lijken te zijn als de bestaande therapievormen voor het welbevinden en de depressieve klachten bij mensen die gediagnosticeerd zijn met een depressieve stoornis. PPIs kunnen in de toekomst een gunstige bijdrage leveren aan de huidige behandelmogelijkheden, maar nader onderzoek is vereist en zou zich moeten richten op de verschillende domeinen van

het welbevinden met aandacht voor de effecten van de vorm en componenten van de PPIs. De toekomst van de Positieve Psychologie lijkt belovend, het zou zich uitbreiden met als doel de levenskwaliteit van mensen te verbeteren.

Referenties

Referenties gemarkeerd met een verwijsteken (*) zijn studies die geïnccludeerd zijn in de systematische literatuurstudie.

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J., Katz, S., Kessler, R., Kovess, V., Lepine, J., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M., Codony, M., Domingo Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S., Martinez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacin, C., Romera, B., Taub, N. and Vollebergh, W. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), pp.21-27.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 184, 526-533.
- *Asgharipoor, N.A., Arshadi, H., Sahebi, A. (2012). A comparative study of the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 6(2), 33-41.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Bernal, M., Haro, J.M. Bernert, S., Brugha, T., de Graaf R., Bruffaerts, R., Lepine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affect Disorders*. 101(1-3), 27-34. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.018

- Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., Walburg, J. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie. Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak?. *De Psycholoog*, 49-59.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public health*. 13(1), 1.
- *Celano, C.M., Beale, E.E., Mastromauro, C.A., Stewart, J.G., Millstein, R.A., Auerbach, R.P., Bedoya, C.A., & Huffman, J.C. (2017). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 47(5), 810-821.
- Chakhssi, F., Kraiß, J., Sommes-Spijkerman, M., Bohlmeijer, E. (2016) The effects of positive psychological interventions on well-being in clinical populations: a systematic review and meta-analysis. Verkregen via: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016037451.
- *Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*. 41(3), 417-433.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support*. New York: Oxford University Press.
- *Coote, H.M, Macleod, A.K. (2012) A self-help positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clin Pschol Psychother*. 19(4), 305-315.
- Covi L, Lipman RS, Derogatis LR, Smith JE, Pattison JH. Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 191-98.
- Cuipers, P., van Straten, A., Andersson, G., van Oppen, P. (2008c). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal Consult Clinical Psychology*. 76(6), 909-922. doi: 10.1037/a0013075.
- Cuijpers, P., van Straten. A., Warmerdam, L., Andersson, G. (2008a). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry*. 8, 36. doi:10.1186/1471-244X-8-36.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., Smit, N. (2008b) Characteristics of effective psychological treatments of depression: a metaregression analysis. *Psychother Res.* 18, 225-236.
- Daneman EA. Imipramine in office management of depressive reactions (a double-blind study). *Dis Nerv Syst* 1961; 22: 213-17.
- Diaz, D., Rodriguez-Carvajal, R. Blanco, A., Moreno-Jimenez, B., Gallardo, I., Valle, C., van Dierendonck D. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS). *Psicothema.* 18(3), 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Diener, E. & Chan, M.Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dobson, K. and Dozois, D. (2008). *Risk factors in depression*. Amsterdam: Elsevier/Academic.
- Donohue, J.M., Pincus, H.A. (2007). Reducing the societal Burden of Depression: A review of Economic Costs, Quality of Care and Effects of Treatment. *PharmacoEconomics.* 25(1), 7-24.
- Dunn, B.D. (2012). Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: Current insights and future directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 19, 326-340.
- Emmons, R.A. & McCullough, M.E. (2003) Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *J. Pers. Soc. Psychol.* 84(2). 377-389/ doi: 10.1037/0022-3514.84.2.377
- Fava, G.A. Raffanelli, C., Cazzaro, M., & Conti, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine.* 28(2); 475-480.
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinic Psychology Review*, 30(7), 849– 864.
- de Graaf, R, ten Have, M.M., van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de

- Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. *Utrecht*: Trimbos instituut.
- Helliwell, J.F., & Putnam, R.D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of The Royal Society*. 359, 1435-1446. doi:10.1098/rstb.2004.1522.
- Henselmans, I., Haes, H. C., & Smets, E. (2013). Enhancing patient participation in oncology consultations: a best evidence synthesis of patient-targeted interventions. *Psycho Oncology*. 22(5), 961-977.
- Higgins, J.P., Altman, D.G., Gotszche, P.C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A.D., Savovic, J., Schulz, K.F., Weeks, L., Sterne, J.A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials. *BMJ*. 343. doi: 10.1136/bmj.d5928.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled clinical trials*. 17(1), 1- 12.
- de Jonghe, F.M., & Baneke, J.J. (1989). The Zung Self-Rating Depression Scale: A Replication Study on Reliability, Validity and Prediction. *SAGE Journals*. 64(3), 833-834. doi: <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.64.3.833>
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*. 61, 121-140
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*. 43:207-222. doi: 10.2307/3090197.
- Keyes, C.L.M. (2005) Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73, 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539.
- Keyes, C.L.M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164-2172.
- Klerman GL, DiMascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am Journal Psychiatry* 1974; 131: 186-91.
- Lamers, S.M.A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 35, 538 - 547.
- Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L. (2011) Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal Clinical Psychology*. 67(1), 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741.

- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J., Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*. 339.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 71(3), 616-628.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. and Sheldon, K. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well being. *Emotion*, 11(2), pp.391-402.
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 3(11), e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
- *MacLeod, A.K., Coates, E., & Hetherington, J. (2008). Increasing well-being through teaching goal-setting and planning skills: results of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies*. 9(2), 185–196.
- Moeenizadeh, M., & Salagame, K.K. (2010). The impact of well-being therapy on symptoms of depression. *International Journal of Psychology Studies*. 2, 223-230.
- Moher, D., Schulz, K.F., Altman, D.G. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel group randomized trials. *BMC Medical Research Methodology*. 1-2. doi: 10.1186/1471-2288-1-2
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., & Fredrickson, B.L. (2006). Happy people become happier through kindness: a counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*. 7(3), 361-375. doi: 10.1007/s10902-005-3650-z
- Peterson, M.L., Flink, I.K., Boersma, K., & Linton, S.J. (2010). Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies?. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 204-211. doi:10.1080/17439761003790963.
- Pietrowsky, R., Mikutta, J. (2012) Effects of Positive Psychology Interventions in Depressive Patients – A randomized Control Study. *Psychology*. 03(12), 1067-1073.
- 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.
- Roy, A. (1987). Five risk factors for depression. *The British Journal of Psychiatry*. 150(4), 536-541. doi: 10.1192/bjp.150.4.536.

- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (in press). *Positive psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.
- Ruini, C., Belaise, C., Brombin, C., Caffo, E. and Fava, G. (2006). Well-Being Therapy in School Settings: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), pp.331-336.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Ibrahim, H.M. Carmody, T.J., Arnow, B., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Ninan, P.T. Kornstein, S., Manber, R., Thase, M.E., Kocsis, J.H., & Keller, M.B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry Journal*. 54(5), 573-583.
- Ryff, C.D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 57. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C.D. (1989b). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful aging. *International Journal of Behavioral Development*. 12(1). doi: 10.1177/016502548901200102
- Sahebi A. (2011) In pursue of happiness: Application of positive psychology exercised in pursuing happiness. Participants Manual. *William Glasser Institute*.
- Schinka, J., Velicer, W. & Weiner, I. (2012). *Handbook of psychology*.
- Segal, Z.V., Pearson, J.L., Thase, M.E. (2003). Challenges in preventing relapse in major depression. Report of a National Institute of Mental Health Workshops on state of the science of relapse prevention in major depression. *Journal of Affect Disorders*. 77(2), 97-108.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Seligman, M.E.P. (2009). *Gelukkig zijn kun je leren: positieve psychologie*. Houten: Spectrum.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- *Seligman, M.E.P., Rashid, T., Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol*. 61(8), 774-788. doi:10.1037/0003-066X.61.8.774

- Seligman M.E.P., Steen T.A., Park N., Peterson C. (2005) Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol.* 60, 410–421.
- Sheldon, K.M., & Lyubomirsky, S. (2006a). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies.* 7, 55-8
doi:10.1007/s10902-005-0868-8
- Sheldon, K.M., & Lyubomirsky S (2006b). How to increase and sustain positive emotion: the effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *J Posit Psychol.* 1, 73-82. doi:10.1080/17439760500510676.
- Sheldon, K.M., Kasser, T., Smith, K., Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality S2- Character & Personality.* 70, 5-31.
- Sin, N.L., Porta, M.D.D., Lyubomirsky, S. (2010). *Tailoring Positive Psychology Interventions to treat depressed individuals* (pp. 80-96). Semantic Solar.
- Sin, N.L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice friendly meta-analysis. *J Clin Psychol.* 65(5), 467-487.
- Spijker J., Graaf R., Bijl R.V., Beekman A.T., Ormel J., Nolen W.A. (2004) Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatr. Scand.* 110, 208-214.
- Spijkerman, M., Potts, W., Bohlmeijer, E. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 45, 102-114.
- *Taylor, C.T., Lyubomirsky, S., Stein, M.B. (2017). Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. *Depression and Anxiety.* 34(3), 267-280.
- Üstün T.B., Ayuso-Mateos J.L., Chatterji S., Mathers C., Murray C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br. J. Psychiatry.* 184, 386–392.
- van Rooijen, K. (2012). Oorzaken van depressie. Verkregen via https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Risicofactoren_Depressie.pdf.
- Verweij, G., Houben-van Herten, M. (2013). Depressiviteit en antidepressiva in Nederland. *Centraal bureau voor statistiek.* Verkregen via <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf>.

- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). Extraversion and its positive emotional core. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 767-793). San Diego, CA: Academic Press.
- Wood, A.M., Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213–217. doi:10.1016/j.jad.2009.06.032.
- Wood, A.M., Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin Psychol Rev*. 30(7), 819-829.
- World Health Organization. (2013). Mental health a state of well-being. Verkregen via http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, M., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *The American Journal of Psychiatry*. 163, 148–150.
- Zung, W.W. (1965). A Self-rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. 12, 63-70.