
Gerandomiseerde, gecontroleerde studie naar het effect van Acceptance and Commitment Therapy & Mindfulness op depressieve klachten: Preventieve zelfhulp cursus “Voluit leven”

Carlijn Nijhuis
Universiteit Twente

In Nederland lijdt 16 procent van de volwassen bevolking aan subklinische depressieve klachten. De gevolgen van deze klachten op welbevinden en psychosociaal functioneren zijn enorm. Om te voorkomen dat subklinische depressieve klachten zich ontwikkelen tot een klinische depressie, is geïndiceerde preventie van groot belang. In deze gerandomiseerde, controle studie wordt de effectiviteit van de preventieve zelfhulp cursus “Voluit leven” getoetst. “Voluit leven” is gebaseerd op Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en Mindfulness. ACT is een nieuwe vorm van gedragstherapie die op een positieve manier omgaat met psychisch leed en zich richt op het vergroten van de psychologische flexibiliteit. Verwacht wordt dat “Voluit leven” zorgt voor een afname van depressieve klachten en toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness. De mate van begeleiding, bij deze preventieve zelfhulp cursus, wordt in deze studie meegenomen.

376 deelnemers zijn aselekt verdeeld over 3 verschillende condities: “Voluit leven” met proces e-mail begeleiding, “Voluit leven” met intensieve e-mail begeleiding en een wachtlijst. “Voluit leven” is een negen weken durende zelfhulp cursus in de vorm van bibliotherapie. De e-mail begeleiding wordt gegeven door psychologen in opleiding die ondersteund worden door een gz-psycholoog. Procesbegeleiding volgt het proces dat de deelnemer doorgaat en intensieve begeleiding gaat tevens in op de inhoud. Op de voor- en nameting zijn score's op depressie, psychologische flexibiliteit en mindfulness afgenomen.

Bij deelnemers in de proces- en intensief conditie wordt een significante afname gevonden van depressieve klachten. Beide experimentele condities zorgen daarnaast voor een grotere kans om een score van < 16 op de CES-D te behalen, in vergelijking tot de wachtlijst conditie. Op zowel de proces- als intensief conditie wordt eveneens een significante toename op psychologische flexibiliteit en op mindfulness gevonden. Er worden geen significante verschillen gevonden tussen de mate van proces- en intensief begeleiding.

Deze studie toont aan dat geïndiceerde preventie in de vorm van bibliotherapie, gebaseerd op ACT, een effectieve methode is voor afname van depressieve klachten en voor toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness. Daarnaast laat deze studie zien dat een intensievere vorm van begeleiding niet voor meer effect zorgt op afname van depressieve klachten of op toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness.

Sleutelwoorden: Randomized Controlled Trial (RCT), Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, depressieve klachten, preventie, zelfhulp cursus en Voluit leven.

In Nederland lijden jaarlijks 589.000 volwassenen, tussen de 18 en 65 jaar, aan een depressie. Dit is 5,8 procent van de Nederlandse volwassen bevolking (Smit, 2007). De jaarlijkse incidentie onder volwassenen in Nederland is 287.000. Deze instroom van nieuwe gevallen is in vergelijking tot de prevalentie erg hoog, namelijk 48,7 procent (Smit, 2006a). Volwassenen in Nederland met een depressie zorgen de staat jaarlijks voor een geschatte 1.3 miljard euro aan zorgkosten. Onder deze zorgkosten vallen naast gemaakte kosten in de gezondheidszorg grotendeels kosten aan

ziekteverzuim en werkloosheid (Smit, 2007).

Naast de hoge jaarlijkse prevalentie van volwassenen met een depressie ervaart een nog grotere groep (16 procent van de Nederlandse volwassen bevolking) subklinische depressieve klachten. Deze klachten voldoen niet aan de criteria voor een depressieve stoornis, maar zorgen wel voor een verhoogd risico op het ontwikkelen hiervan (Smit, Bohlmeijer & Cuijpers, 2002). De kans om gedurende volwassen levensjaren een depressie te ontwikkelen is 15 procent, aldus Schoemaker, Poos & Spijker, 2005.

Ziektelast

Slobbe, Kommer, Smit, Groen, Meerding & Polder (2006) hebben de ziektebelasting van depressie onder de volwassen Nederlandse bevolking gemeten. Hiervoor is gebruik gemaakt van het door de World Health Organisation gevormde concept Disability-Adjusted Life-Years (DALY's). DALY's meet het aantal gezonde levensjaren dat een populatie verliest door een ziekte. Slobbe et al. (2006) concluderen dat depressie in Nederland, bij zowel vrouwen als mannen, in de top tien staat van ziekten met de hoogste ziektebelasting. Vrouwen zetten depressie op plaats vier en mannen op plaats zeven.

De gevolgen van depressieve klachten op welbevinden en psychosociaal functioneren zijn enorm. Mensen met depressieve klachten zijn ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Naarmate de ernst van depressieve klachten toeneemt, neemt de kwaliteit van leven af, aldus Kruijschaar, Hoeymans, Bijl, Spijker & Essink-Bot (2003). Uit verscheidene studies (Schoemaker, 2002; Schoemaker et al., 2005) blijkt dat een depressie van invloed is op de sterftekans, mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden. Uit een meta-analyse van Cuijpers & Smit (2002) blijkt dat de kans om te overlijden voor mensen met een depressie bijna twee keer zo groot is als voor niet depressieve mensen. Jaarlijks overlijden ongeveer 500 mensen met een depressie aan zelf toegebracht letsel, aldus Schoemaker (2002).

Risicofactoren

Er zijn verschillende studies die onderzoek hebben gedaan naar de voorspelling van afzonderlijke depressieve symptomen op het krijgen van een depressieve stoornis. Twee van deze grootschalige studies (Horwath, Johnson, Klerman & Weissman, 1992; Eaton, Badawi & Melton, 1995) vormen sterke aanwijzingen dat subklinische depressieve klachten een belangrijke risicofactor vormen voor de ontwikkeling van een klinische depressie. Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn & Seeley (1995) tonen aan dat mensen met subklinische depressieve klachten een verhoogd risico hebben op een

klinische depressie en voegen hieraan toe dat dit risico beïnvloed kan worden door een interventie. Zij verdeelden 150 scholieren met verhoogde depressieve symptomen willekeurig over een psychologische interventiegroep en een controlegroep. Na een jaar had 14,5 procent van de deelnemers uit de interventiegroep een depressie ontwikkeld, ten opzichte van 25,7 procent uit de controlegroep ($p = .05$).

Daarnaast is in de afgelopen tien jaar steeds meer wetenschappelijk bewijs gevonden dat mensen de neiging hebben om onplezierige gedachten en gevoelens te vermijden. Biglan, Hayes & Pistorello (2008) associëren dit vermijdende gedrag, experiëntiele vermijding genoemd (EV), met de ontwikkeling van verschillende psychologische- en gedragsproblemen. De aanname bestaat dat EV een belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van internaliserende- en mogelijk externaliserende problemen (Hayes et al., 1999). Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger (2006) beschrijven dat EV een mediërend effect heeft op maladaptieve omgangsstijlen en emotieregulatie strategieën. EV wordt als de aanleg gezien van kwetsbaarheid in bepaalde stresssituaties en een minder goed psychologisch functioneren.

Een alternatief voor EV is acceptatie van ongewenste innerlijke ervaringen en het vergroten van de psychologische flexibiliteit (Hayes et al., 2004). In de meta-analyse van Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis (2006) zijn drie studies gevonden waarin een hogere mate van psychologische flexibiliteit samenhangt met een kleinere kans op het hebben van een psychische stoornis (Bond & Bunce, 2000, 2003; Donaldson-Feilder & Bond, 2004). Tull, Gratz, Salters & Roemer (2004) hebben een positieve correlatie gevonden tussen EV en depressie. In onderzoek van Fledderus, Bohlmeijer en Pieterse (2010), naar de mediërende relatie tussen EV en maladaptieve omgangsstijlen, wordt een gemiddelde correlatie gevonden tussen een lage mate van EV en afname op depressie $r(93) = .47, p < .01$.

Depressiepreventie

Romijn, Ruiter & Smit (2007) beschrijven het grote belang van geïndiceerde preventie,

waarbij de preventie zich richt op hoogrisicogroepen. De vier redenen die zij van belang achten zijn: de hoge jaarlijkse incidentie tegengaan, de forse ziektelast verlagen, terugval verminderen en behandeling heeft onvoldoende effect. Uit studies naar de effectiviteit van depressiepreventie komt naar voren dat deze interventies tussen de 7 en de 35 procent van de éénjaarsincidentie kunnen tegengaan (Cuijpers, Van Straten & Smit, 2005a; Meijer, Smit, Schoemaker & Cuijpers, 2006; Smit, 2006b; Smit & Bockting, 2008; Cuijpers, Van Straten, Smit, Mihalopoulos & Beekman, in druk). Onderzoek laat bovendien zien dat depressiepreventie kosteneffectief kan zijn (Smit, Willemse, Koopmanschap, Onrust, Cuijpers & Beekman, 2006). Romijn et al. (2007) concluderen dat depressiepreventie niet alleen effectief en kosteneffectief kan zijn, maar dat dit ook nodig is als aanvulling aan het huidige behandelaanbod. Van 't Hof, Cuijpers & Stein (2009) concluderen dat zelfhulp een effectieve methode is om depressie tegen te gaan.

Huidige preventieaanbod

Het huidige preventieaanbod is door Meijer et al. (2006) in kaart gebracht. Drie geïndiceerde, preventieve zelfhulp cursussen worden genoemd, waarvan twee door middel van internet en één in de vorm van bibliotherapie. De eerste zelfhulp cursus: 'In de put, uit de put' (Cuijpers, 2004a; Voordouw, Kramer & Cuijpers, 2002) is in de vorm van bibliotherapie met minimale begeleiding en is gebaseerd op de door Lewinsohn, Anonucci, Breckenridge & Teri (1984) ontwikkelde cursus 'Coping with depression'. Uit een in Nederland gerandomiseerde studie komt naar voren dat deze zelfhulp cursus positieve effecten heeft op de incidentie van depressie (Willemse, Smit, Cuijpers & Tiemen, 2004). De tweede zelfhulp cursus: 'Alles onder controle' (Cuijpers, 2004b) is een begeleide internet cursus, die als doel heeft een betere greep op het eigen leven te krijgen, waarbij klachten worden aangepakt. Gerandomiseerd onderzoek door Van Straten, Tiemens, Hakkaar, Nolen & Donker (2006) laat grote

positieve effecten zien ($d=1.02$) op depressiviteitsklachten. De derde zelfhulp cursus: 'Kleur je leven' (Kramer & Riper, 2005) is een internet cursus met twee varianten: voor jongere en oudere volwassenen. Naar deze op Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) gebaseerde zelfhulp cursus hebben Spek, Nyklicek, Smits, Cuijpers, Riper & Keyzer (2007) een RCT uitgevoerd, waarin een groot effect ($d=1.00$) gevonden werd in het verminderen van depressieve symptomen. Na follow-up van een jaar blijken deelnemers nog steeds baat te hebben van de deelname aan 'Kleur je leven' ($d=1.22$), aldus Spek et al. (2008).

Ondanks de beschikbaarheid van effectieve interventies lukt het de geestelijke gezondheidszorg (ggz) maar gedeeltelijk om de enorme ziektelast van depressie te verminderen. Met het huidige aanbod wordt slechts 10 tot 20 procent van de ziektelast van depressie weggenomen. Terwijl deze ziektelast volgens Meijer et al. (2006) onder de meest optimale omstandigheden met maximaal 40 procent kan verminderen. Volgens Biglan et al. (2008) en Forman, Herbert, Moitra, Yeomans & Geller (2007) is Acceptance and Commitment Therapy (ACT) een waardevolle, nieuwe vorm van gedragstherapie. Die van meerwaarde lijkt te zijn voor het huidige preventieaanbod

Acceptance and Commitment Therapy

ACT is een positieve manier van omgaan met psychisch leed binnen de ggz. De nadruk ligt op het vergroten van de geestelijke gezondheid en de psychologische flexibiliteit. Deze vorm van gedragstherapie is gericht op acceptatie van psychisch leed in plaats van het verzet er tegen. ACT wordt in veel studies vergeleken met CGT, maar verschilt op een aantal belangrijke punten aanzienlijk. Zo vermijdt ACT intensief het centrale thema van CGT (de inhoud van depressieve gedachten testen en veranderen) maar richt het zich op de functie van gedrag en de context ervan.

Het centrale uitgangspunt van ACT is dat emotionele pijn niet als pathologisch moet worden gezien, maar als een onderdeel van het menselijk bestaan. Ieder mens heeft ervaringen in zijn leven die negatieve

emoties veroorzaken. Binnen ACT zijn niet zozeer deze negatieve emoties het probleem, maar eerder de reactie op deze emoties en de negatieve gedachten ervan. Wanneer deze negatieve gedachten en gevoelens serieus genomen worden krijgen deze een werkelijkheidswaarde en worden ze zoveel mogelijk vermeden (Hayes et al., 2006).

Binnen het ACT model staan zes kernprocessen centraal:

1. **Acceptatie:** aanvaarding van negatieve gedachten en gevoelens.
2. **Cognitieve defusie:** leren inzien dat EV meestal wordt veroorzaakt door onze gedachten.
3. **Mindfulness:** in het hier en nu bewust worden van ervaringen en deze consistenten laten worden met je eigen waarden.
4. **Het observerende zelf:** ervaren dat je meer bent dan gedachten en emoties.
5. **Waarden:** stil staan bij en naleven van de voor jou belangrijke waarden.
6. **Commitment:** leren om deze waarden te vertalen naar concrete acties en stappen.

ACT bij depressieve klachten

De huidige wetenschappelijke status van ACT is door Pull (2008) onderzocht. Geconcludeerd wordt dat ACT hulpvol kan zijn voor de behandeling van verschillende klachten. Zo lijkt ACT met name effectief voor de behandeling van depressie. In een RCT (Zettle & Hayes, 1986) naar het effect van ACT op depressieve klachten werd ACT met CGT vergeleken. In dit onderzoek bleek ACT, zowel op de nameting als bij de follow-up, effectiever te zijn dan CGT in het reduceren van depressieve symptomen. Lappalainen, Lehtonen, Skarp, Taubert, Ojanen & Hayes (2007) hebben ook CGT en ACT met elkaar vergeleken, waarbij de interventies werden uitgevoerd door beginnende therapeuten. Ondanks dat de ACT therapeuten aangaven gevoelsmatig minder kennis te hebben van het ACT model en hier tijdens het geven van de therapie angstiger over waren, ervoeren de cliënten in de ACT conditie na afloop meer symptoomverbetering en acceptatie.

In een RCT van Forman et al. (2007), waarbij Cognitieve Therapie (CT) en ACT met elkaar werden vergeleken, behaalden de deelnemers in beide condities gelijkwaardige verbeteringen op afname van depressie. Een opvallende bevinding in dit onderzoek is dat deze gelijkwaardige resultaten door geheel verschillende mechanismen in gang werden gezet. De gevonden mediërende factoren in de CT conditie zijn 'observeren' en 'beschrijven', terwijl in de ACT conditie 'experientiële vermijding', 'handelen vanuit bewustzijn' en 'acceptatie' worden gevonden. Door Bohlmeijer, Fledderus & Pieterse (in voorbereiding) is een RCT uitgevoerd naar de groepscursus "Voluit leven", gebaseerd op ACT. In dit onderzoek werden de groepscursus "Voluit leven" en een controlegroep wachtlijst met elkaar vergeleken. Middelgrote, significante effecten werden zowel op afname van depressieve klachten, als op toename van psychologische flexibiliteit gevonden.

Door Johnston, Foster, Shennan, Starkey & Johnson (2010) is een kleinschalig (n=11) onderzoek gedaan, naar een op ACT gebaseerde zelfhulpinterventie, bij mensen met chronische pijnklachten. Deze zelfhulp cursus werd aangeboden in de vorm van een bibliotherapie met minimale begeleiding. Naast gemiddelde effectgroottes op afname in pijnklachten werden grote effectgroottes gevonden voor verbetering van 'acceptatie', 'kwaliteit van leven' en 'tevredenheid van leven'. Daarnaast werd er bij de deelnemers bij wie er op de voormeting een klinische depressie werd gemeten (een score van > 98 op de Chicago Multiscale Depression Inventory: CMDI; Nyenhuis & Luchetta, 1998) op de nameting een verbetering in CMDI score's gevonden. Ondanks dat deze afname niet statistisch significant aangetoond kon worden, bleken deze deelnemers een klinisch significante verbetering te behalen op de nameting (< 98 op de CMDI).

Bibliotherapie bij depressieve klachten

Bibliotherapie is ontwikkeld om verschillende stoornissen en problemen, waaronder depressie, tegen te gaan. Cuijpers (1995) beschrijft bibliotherapie als een vorm

van therapie door zelfstudie, waarbij de deelnemer een gestandaardiseerde psychologische behandeling zelfstandig (eventueel met beperkte begeleiding) uitvoert. Het meest voorkomende medium is een zelfhulpboek en de beperkte begeleiding wordt gegeven in de vorm van een ondersteunende rol. Cuijpers (1995) beschrijft drie belangrijke voordelen van bibliotherapie bij depressieve klachten: (1) een efficiënte, goedkope en (kosten)effectieve manier van hulpverlening; (2) een laagdrempelige, gangbare behandelvorm om vroegtijdig mensen te bereiken, waardoor de duur en ernst van depressieve klachten kunnen worden beperkt; (3) het is aantrekkelijk voor begeleiders, door de minder grote tijdsinvestering en het aanbod vanuit verschillende settings.

Er is groeiend bewijs dat zelfhulp interventies effectief zijn om depressie tegen te gaan (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003; Anderson et al., 2005; Van 't Hof et al., 2009). In het onderzoek van Gellatly, Bower, Hennessy, Richards, Gilbody & Lovell (2007) komt naar voren dat zelfhulp interventies, in de vorm van bibliotherapie, effectief kunnen zijn voor de behandeling van depressie. Behandelingen zonder therapeutisch contact kunnen de meest effectieve interventie zijn, maar zijn mogelijk minder efficiënt voor depressieve deelnemers, die een gebrek hebben aan motivatie en vertrouwen. Begeleide zelfhulp wordt mogelijk als de beste balans tussen effectiviteit en efficiëntie gegeven. In de meta-analyse door Gellatly et al. (2007) zijn 34 studies naar effectieve zelfhulp interventies voor depressieve symptomen met elkaar vergeleken. Opvallend is dat er maar één mediërende factor significant blijkt, namelijk de begeleiding die bij zelfhulp wordt gegeven ($r = .36$).

Uit onderzoek van Cuijpers (2006) komt naar voren dat bibliotherapie, in de vorm van begeleide zelfhulp, depressie symptomen beter vermindert dan geen behandeling ($d=0.84$). Geconcludeerd wordt dat bibliotherapie met begeleide zelfhulp even effectief is als kortdurende psychotherapie. Smit et al. (2006) tonen aan dat deelnemers met depressieve klachten baat hebben bij minimale begeleiding naast een

zelfhulp cursus. Uit de meta-analyse van Gellatly et al. (2007) en de studie van Cuijpers & Schuurmans (2007) blijkt dat een zelfhulp interventie met minimaal contact zorgt voor significant hogere effectgroottes dan dezelfde interventie zonder minimaal contact. Gellatly et al. (2007) concluderen dat deze significante verschillen niet komen door de duur of methode van de begeleiding. Naar de mate van intensiteit van de begeleiding bij zelfhulp interventies is echter nog weinig onderzoek gedaan.

Deze studie

In deze gerandomiseerde, controle studie wordt onderzoek gedaan naar het effect van ACT en mindfulness op depressieve klachten. Hiervoor wordt de op ACT en mindfulness gebaseerde zelfhulp cursus "Voluit leven" bestudeerd. Als primaire uitkomstmaat wordt gekeken naar depressieve klachten. De verwachting bestaat dat deze zelfhulp cursus, in de vorm van een bibliotherapie, zorgt voor een afname van depressieve klachten. Bij een score van < 16 op de Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D; Radloff, 1977) is er, volgens Ensels, Lin & Dean (1986), geen sprake meer van de aanwezigheid van subklinische depressieve klachten. In deze studie wordt de mate van afname van depressieve klachten meegenomen en de kans dat een deelnemer op de zelfhulp cursus, in vergelijking tot een wachtlijst conditie, een score van < 16 op de CES-D behaalt. Verwacht wordt dat de kans om onder deze grens van subklinische depressieve klachten te vallen groter is na het volgen van de zelfhulp cursus "Voluit leven", dan na het staan op een wachtlijst.

Als secundaire uitkomstmaat kijkt dit onderzoek naar psychologische flexibiliteit en mindfulness. De verwachting bestaat dat de op ACT en mindfulness gebaseerde zelfhulp cursus "Voluit leven" de psychologische flexibiliteit vergroot en zorgt voor toename van mindfulness vaardigheden, in vergelijking tot het staan op een wachtlijst.

Tenslotte wordt er in deze studie gekeken naar de mate van begeleiding bij de zelfhulp cursus "Voluit leven". Er wordt onderzoek gedaan naar mogelijke verschillen

tussen proces e-mail begeleiding (waarbij een begeleider het proces van de cursus volgt), intensieve e-mail begeleiding (waarbij naast het volgen van het proces inhoudelijk op de cursus wordt ingegaan) en een wachtlijstconditie. Verwacht wordt dat het volgen van de zelfhulpcursus "Voluit leven" met intensieve e-mail begeleiding voor de meeste afname van depressieve klachten en toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness zal zorgen.

Methode

Procedure

Middels een advertentie in landelijke dagbladen (Metro, Volkskrant, NRC-next, Tubantia en Wegener) zijn voor deze studie kandidaten geworven. De advertentie richtte zich op volwassenen vanaf achttien jaar die zelfstandig aan de slag wilden om meer uit het leven te halen. Belangstellenden konden zich voor de zelfhulpcursus aanmelden door middel van de website www.cursusmindfulness.nl, waarnaar de advertentie verwees. Als inclusiecriteria hanteerde deze studie volwassenen met lichte tot matige depressieve klachten (met als afkappunt een score van ≥ 10 of meer op de CES-D). De gehanteerde exclusiecriteria waren: (1) ernstige depressieve klachten (met als afkappunt een score van > 39 , één standaarddeviatie boven het populatiegemiddelde, op de CES-D) (Bouma, Rachor, Sanderman & van Sonderen, 1995; Donker, van Straten, Riper, Marks, Andersson & Cuijpers, 2009a), (2) reeds een medicamenteuze en/of een therapeutische (zelfhulp)behandeling ontvangen of hier recent mee zijn begonnen (korter dan drie maand geleden) (3) het niet ervaren van lichte tot matige depressieve en/of angstige klachten (een score van < 10 op de CES-D en/of een score van < 3 op de Hospital Anxiety and Depression Scale Anxiety, HADS-A; Zigmond & Snaith, 1983), (4) de Nederlandse taal niet beheersen, (5) lees- of leermoeilijkheden hebben, (6) niet voldoende tijd hebben om de zelfhulpcursus te volgen en tot slot (7) geen e-mail hebben.

Middels de website hadden zich binnen een week 625 kandidaten aangemeld. De

mogelijkheid tot aanmelding is eerder stop gezet dan verwacht, om de haalbaarheid van het onderzoek te waarborgen. Alle 625 kandidaten hebben schriftelijk een informatiebrief over het onderzoek en een 'informed consent' formulier toegestuurd gekregen. 507 deelnemers stuurden vervolgens het 'informed consent' formulier terug en kregen hierna online de gevalideerde vragenlijst CES-D, vragen omtrend de exclusiecriteria en een vragenlijst om demografische variabelen te meten toegestuurd. Na het uitsluiten van 54 kandidaten met ernstige depressieve klachten bleven er nog 44 kandidaten over bij wie, volgens de Web Screenings Questionnaire (WSQ; Donker, van Straten, Marks & Cuijpers, 2009b), sprake was van depressie. Bij deze volwassenen is telefonisch het onderdeel depressie van de Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998) afgenomen, waarna alsnog 3 kandidaten werden uitgesloten van deelname, waaronder één die telefonisch niet bereikbaar was. 58 kandidaten die op de CES-D lager scoorden dan 10 en op de HADS-A lager scoorden dan 3 werden eveneens uitgesloten van deelname, wegens het ontbreken van lichte tot matige klachten. Verder vulden 15 kandidaten de vragenlijst niet in en was 1 kandidaat reeds onder psychologische behandeling. Uiteindelijk bleven er 376 deelnemers over voor deelname aan het onderzoek. Deze 376 deelnemers zijn door middel van blokrandomisatie, gestratificeerd naar geslacht en leeftijd (jonger of ouder dan vijftig jaar) in drie parallele groepen geplaatst. De uitkomst van deze randomisatie werd per e-mail aan de deelnemers meegedeeld, waarbij de deelnemers in de interventie groepen direct het zelfhulpboek "Voluit leven" ontvingen.

Tijdens deze studie vinden er twee meetmomenten plaats. Voor deelname aan de zelfhulpcursus vindt er een baseline meting (t0) plaats en na afloop van de zelfhulpcursus een nameting (t1).

Deelnemers

De demografische variabelen van de deelnemers zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Demografische variabelen van de deelnemers.

	Proces		Intensief		Wachtlust		Totaal	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Geslacht								
<i>Man</i>	38	(10.1%)	38	(10.1%)	38	(10.1%)	114	(30.3%)
<i>Vrouw</i>	87	(23.1%)	87	(23.1%)	88	(23.4%)	262	(69.7%)
Burgerlijke staat								
<i>Gehuwd</i>	49	(13.1%)	58	(15.5%)	57	(15.2%)	164	(43.7%)
<i>Ongehuwd</i>	76	(20.3%)	66	(17.6%)	69	(18.4%)	211	(56.3%)
Werksituatie								
<i>Werk</i>	95	(25.3%)	91	(24.3%)	102	(27.2%)	288	(76.8%)
<i>Geen werk</i>	29	(7.7%)	34	(9.1%)	24	(6.4%)	87	(23.2%)
Opleidingsniveau								
<i>Laag opgeleid</i>	35	(9.3%)	19	(5.1%)	26	(6.9%)	80	(21.3%)
<i>Hoog opgeleid</i>	90	(23.9%)	106	(28.2%)	100	(26.6%)	296	(78.7%)
Geloofsovertuiging								
<i>Wel gelovig</i>	70	(18.6%)	84	(22.3%)	71	(18.9%)	225	(59.8%)
<i>Niet gelovig</i>	55	(14.6%)	41	(10.9%)	55	(14.6%)	151	(40.2%)
Cultuur								
<i>Nederlands</i>	119	(31.6%)	114	(30.3%)	116	(30.9%)	349	(92.8%)
<i>Anders</i>	6	(1.6%)	11	(2.9%)	10	(2.7%)	27	(7.2%)
Financiën								
<i>Betaald werk</i>	45	(12.0%)	56	(14.9%)	46	(12.2%)	147	(39.1%)
<i>Geen betaald werk</i>	80	(21.3%)	69	(18.4%)	80	(21.3%)	229	(60.9%)
Leeftijd (M,SD)	42.35 (10.09)		42.64 (11.96)		42.47 (11.29)		42.49 (11.08)	

Op de baselinemeting wordt zichtbaar dat de gemiddelde leeftijd van de deelnemers 42 jaar is ($SD = 11.08$; bereik = 18-73). De meerderheid van de deelnemers is van Nederlandse afkomst (92.8%) en van de 376 deelnemers zijn er 262 vrouw (69.7%). Meer deelnemers zijn ongehuwd (56.3%) en 76.8 procent geeft aan werk te hebben, waarvan 39.1 procent betaald. 78.7 procent van de deelnemers is hoog opgeleid (hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs) en 59.8 procent geeft bij levensovertuiging aan gelovig te zijn.

Meetinstrumenten

Primaire uitkomstmaat

Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D; Radloff, 1977). De CES-D is gebruikt om bij de deelnemers de mate van depressieve klachten te meten. Deze korte, zelfbeoordelingsvragenlijst bestaat uit 20 items die de mate van depressieve symptomen in een gemiddelde populatie meet. Iedere vraag is te beantwoorden op een 4-punt Likertschaal, die

loopt van: 'zelden of nooit' (0); 'soms of weinig' (1); 'regelmatig' (2) tot 'meestal of altijd' (3), in het ervaren van depressieve symptomen in de afgelopen week. De opgetelde score van de vragenlijst heeft een bereik van 0 tot 60 punten, waarbij een score van 16 of hoger duidt op subklinische relevante depressieve klachten (Ensel et al., 1986). Bouma et al. (1995) hebben vijf in Nederland uitgevoerde onderzoeken met elkaar vergeleken. Geconcludeerd wordt dat de CES-D ook in Nederland een betrouwbare en valide methode is om informatie over depressieve klachten te verzamelen. In deze studie wordt op de voormeting een goede interne consistentie gevonden $\alpha = .78$.

Secundaire uitkomstmaten

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., ingediend). De AAQ-II meet psychologische flexibiliteit. De vragenlijst bestaat uit 10 items die op een 7-punt Likertschaal beoordeeld worden, lopend van: 'nooit waar' (1); 'bijna nooit waar' tot 'altijd waar' (7). De somscore heeft een bereik van 0 tot 70 punten, waarbij een hogere score

staat voor een hogere acceptatie, ofwel lagere EV. In het onderzoek van Bond et al. (ingediend) zijn uit zeven testen veelbelovende resultaten gevonden betreffende structuur, betrouwbaarheid en validiteit. Jacobs, Kleen, de Groot & A-Tjak (2008) hebben op de naar het Nederlands vertaalde AAQ-II goede psychometrische waarden gevonden. In deze studie wordt bij op de voormeting $\alpha = .85$ gevonden.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietmeijer & Toney, 2006). De FFMQ meet mindfulness. Het vermogen om aandacht te geven aan het hier en nu, hier op accepterende wijze bewust van te worden, zonder hierover te oordelen. De FFMQ meet de vijf afzonderlijke vaardigheden: (1) observeren; (2) beschrijven; (3) bewust handelen; (4) niet-oordelen en (5) non-reactief zijn. In onderzoek door Baer et al. (2008) wordt een hoge interne consistentie voor de FFMQ gevonden.

In deze studie is gebruik gemaakt van de naar het Nederlands vertaalde versie van de FFMQ. Deze door Muskens, Kamphuis, Kindt & Emmelkamp (2008) vertaalde replica wordt de FFMQ-NL genoemd. De vragenlijst bestaat uit 39 items die door middel van een 5-punt Likertschaal zijn te beantwoorden. Gevraagd wordt om bij iedere uitspraak de meest passende mening te geven, lopend van: 'nooit of bijna nooit waar' (1) tot 'heel vaak of altijd waar' (5). De somscore heeft een bereik van 0 tot 195, waarbij de hoogste score staat voor het meest mindful. In deze studie is op de voormeting een zeer goede interne consistentie gevonden ($\alpha = .88$).

Interventie

De zelfhulpcursus "Voluit leven" is een op ACT en Mindfulness gebaseerde bibliotherapie, geschreven door Bohlmeijer & Hulsbergen (2009). Het is geschreven in de vorm van een praktisch handboek, met als doel: leren leven met aandacht, bewust worden van de voor jou belangrijke waarden, je niet verzetten of laten leiden door negatieve emoties en gedachten, maar deze accepteren als onderdeel van het leven. Het

boek bestaat uit negen weken, die zijn onderverdeeld in drie delen. Het eerste deel is gericht op de vraag: "Wat is voluit leven?" Met in week 1 een kennismaking van het boek, ACT en Mindfulness. De deelnemer wordt gevraagd om na te denken over de aanwezige lasten die voluit leven in de weg staan. In de 2^e week komen vermijdende strategieën aanbod en week 3 laat zien dat ons verstand in de weg zit en dat onze gedachten niet gezien moeten worden als werkelijkheid. Week 4 tot en met 6 vormen het tweede deel, genaamd: "Hulpbronnen van voluit leven". Deze weken zijn gericht op de eerste vier kernprocessen van ACT: acceptatie, cognitieve defusie, mindfulness en het observerende zelf. Het derde en laatste deel van het boek: "Voluit leven in de praktijk" (week 7 tot en met 9) richt zich op de laatste twee kernprocessen van ACT: waarden en commitment en geeft een samenvattend, afsluitend hoofdstuk met tips bij terugval. De weken in het boek worden ondersteund door één of meerdere mindfulness oefeningen, die door middel van een toegevoegde cd begeleid kunnen worden.

Proces

De deelnemers zijn verdeeld over twee experimentele condities en één controle conditie. De deelnemers in de eerste experimentele conditie 'proces' ($n = 125$) volgden de zelfhulpcursus "Voluit leven" met éénmaal wekelijkse, proces e-mail begeleiding. Deze deelnemers ontvingen minimale begeleiding bij het volgen van het proces van de cursus, waarbij ze door de begeleider werden aangemoedigd in het (ver)volgen van de zelfhulpcursus. De begeleiding in deze conditie ging niet in op de ervaring van de deelnemer tijdens de cursus of op de inhoud van het boek.

Intensief

De tweede experimentele conditie 'intensief' ($n = 125$) bestond uit het volgen van de zelfhulpcursus "Voluit leven" en éénmaal wekelijkse, intensieve e-mail begeleiding. De begeleiding in deze conditie ging, naast het volgen van het proces en het aanmoedigen van de deelnemer, in op de

ervaringen van de deelnemer. De begeleider nodigde de deelnemer wekelijks uit om één inhoudelijke vraag te stellen.

Wachttijst

De derde conditie van deze studie bestond uit een 'wachttijst' (n = 126). Deelnemers in deze conditie ontvingen geen zelfhulp cursus "Voluit leven" met proces- of intensieve e-mail begeleiding. Deze deelnemers kregen na afloop van de nameting, het zelfhulpboek "Voluit leven" thuis gestuurd.

Begeleiding

De e-mail begeleiding in deze studie is gegeven door vijf psychologen in opleiding, die voor aanvang van het onderzoek het zelfhulpboek "Voluit leven" hebben doorgenomen. Aansluitend hebben zij in een 2-daagse workshop, van een aan de Universiteit Twente verbonden gezondheidszorgpsycholoog, het zelfhulpboek bestudeerd en geleerd om e-mail begeleiding te geven aan de hand van de zes kernprocessen van het ACT model. De gezondheidszorgpsycholoog heeft daarnaast, gedurende de negen weken e-mail begeleiding, ondersteuning geboden bij het schrijven van de e-mails. Iedere psycholoog in opleiding heeft voor deze studie 25 deelnemers uit de proces conditie en 25 deelnemers uit de intensief conditie begeleid bij het volgen van de zelfhulp cursus.

Statistische analyse

De verwachtingen, dat de zelfhulp cursus zorgt voor een afname van depressieve klachten en toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness, zijn alle drie eenzijdig statistisch te toetsen. Hiervoor is gebruik gemaakt van Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 16.0.

Om de randomisatie te controleren is gebruik gemaakt van de chi-kwadraat toets en de Analysis of Variance (ANOVA). Hierbij zijn geen significante verschillen gevonden op geslacht ($\chi^2=.002$, $df=2$, $p=.999$) en leeftijd ($F=.021$, $df=2$, $p=.979$). Voor de overige demografische variabelen wordt alleen een significant verschil

gevonden op opleidingsniveau ($\chi^2=6.13$, $df=2$, $p=.047$). Met in de proces conditie significant meer laag opgeleiden dan in de intensief conditie ($p=.04$).

Bij het vormen van de schalen is gebruik gemaakt van 'mean imputations'. Wanneer tenminste 80 procent van de items was ingevuld op een schaal, werden de missende waarden ingevuld met het gemiddelde van dat item, om zoveel mogelijk deelnemers te kunnen meenemen in de analyses. Vervolgens is er gebruik gemaakt van 'completers data analyse', de deelnemers die minder dan 80 procent van de items hadden ingevuld werden uitgesloten. Met ANOVA is er gekeken naar mogelijke verschillen tussen de drie condities. Hierbij is gebruik gemaakt van de post-hoc toets Bonferroni.

Om de effectgrootte van de condities weer te geven is er gebruik gemaakt van Cohen's d. Hoe groter de gevonden Cohen's d, zowel van een negatieve als positieve waarde, hoe groter het effect van de ene conditie, ten opzichte van de andere. De odds ratio (OR) is gebruikt om de verhouding tussen de condities weer te geven, op de kans om een score van < 16 op de CES-D te behalen. Een OR van 1 duidt op een even grote kans voor beide condities, groter dan 1 duidt op een grotere waarschijnlijkheid dat de eerste conditie een score van < 16 behaalt en vice versa. Hoe hoger de OR, hoe hoger de waarschijnlijkheid dat een score van < 16 op de conditie voorkomt, ten op zichte van de conditie waar deze mee vergeleken wordt.

Resultaten

Baseline karakteristieken

Op de voormeting zijn er, bij alle drie de uitkomstmaten, geen significante verschillen gevonden tussen de condities proces, intensief en wachttijst; CES-D ($F=.452$, $df=2$, $p=.64$), AAQ-II ($F=.661$, $df=2$, $p=.52$) en FFMQ-NL ($F=.255$, $df=2$, $p=.78$). Op de CES-D wordt daarnaast op alle drie de condities een gemiddelde score van > 16 gevonden, wat duidt op de aanwezigheid van subklinische depressieve klachten. De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) op de CES-D, AAQ-II en FFMQ-NL zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2 De gemiddelden en standaarddeviaties op de primaire- en secundaire uitkomstmaten.

	Proces			Intensief			Wachtlijst			F (df)	p
	M	SD	(N)	M	SD	(N)	M	SD	(N)		
Depressie											
CES-D (t0)	22.43	6.65	(125)	23.13	6.51	(124)	22.45	6.68	(126)	29.48 (2)	.00
CES-D (t1)	12.78	7.24	(110)	13.39	8.00	(106)	19.79	8.60	(122)		
Psychologische flexibiliteit											
AAQ-II (t0)	41.33	8.99	(124)	40.08	7.93	(125)	40.74	8.82	(124)	20.64(2)	.00
AAQ-II (t1)	49.77	9.87	(108)	49.46	8.63	(105)	42.81	10.29	(122)		
Mindfulness											
FFMQ-NL (t0)	113.32	15.40	(125)	114.66	15.72	(125)	113.59	15.83	(124)	54.04 (2)	.00
FFMQ-NL (t1)	135.23	18.81	(109)	135.44	16.45	(105)	114.91	18.46	(122)		

Primaire uitkomstmaat

Op de CES-D wordt tussen de drie verschillende condities een significant verschil gevonden ($F=29.48$, $df=2$, $p=.00$). Deze verschillen zitten tussen de condities 'proces en wachtlijst' ($p=.00$) en 'intensief en wachtlijst' ($p=.001$). De deelnemers op de proces- en intensief conditie scoren op de nameting significant lager op de CES-D dan de deelnemers op de wachtlijst conditie (figuur 1). Tussen 'proces en intensief' wordt geen significant verschil gevonden ($p=1.00$).

De gevonden gemiddelde verschillen score's en de effectgroottes staan weergegeven in tabel 3. Zichtbaar is dat de proces conditie zorgt voor een groot effect ($d=-.88$) en de intensief conditie voor een middel groot effect ($d=-.77$) in de afname van depressieve klachten. Tussen de proces en intensief conditie wordt geen verschil in interventie effect gevonden ($d=-.08$).

Wanneer de gemiddelde CES-D score's op de nameting met elkaar worden vergeleken, wordt er alleen nog een score van ≥ 16 gevonden op de wachtlijst conditie ($M=19.79$, $SD=8.60$). De odds ratio's op het behalen van een score van < 16 op de CES-D staan in tabel 4. Voor beide experimentele condities wordt een grote kans gevonden om een score van < 16 te behalen na afloop van de interventie (proces $OR=4.85$; intensief $OR=5.31$). Tussen het volgen van de proces of intensief conditie wordt geen verschil in kans gevonden ($OR=1.09$).

Secundaire uitkomstmaten

Op de uitkomstmaat psychologische flexibiliteit zijn bij de nameting alle drie de gemiddelde score's op de AAQ-II gestegen. Tussen de drie condities wordt een significant verschil gevonden ($F=20.64$,

$df=2$, $p=.00$). Figuur 2 laat zien dat de deelnemers in de proces- en intensief conditie significant hoger scoren op de nameting, dan de deelnemers in de wachtlijst conditie (proces, $p=.00$; intensief, $p=.003$). Tussen de condities proces en intensief wordt geen significant verschil gevonden ($p=1.00$).

Zowel de proces conditie ($d=.69$) als de intensief conditie ($d=.70$) zorgt voor een middelgroot effect in toename van psychologische flexibiliteit. Tussen de proces- en intensief conditie wordt geen verschil in interventie effect gevonden ($d=.03$).

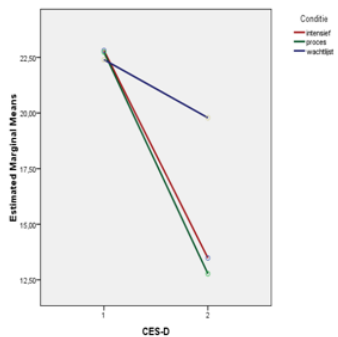
Tabel 3 Gemiddelde verschillen score's en effectgrootte

	Gemiddelde verschillen score's	SD	p	Cohen's d
CES-D				
Proces – wachtlijst	-3.34	.81	.000	-.88
Intensief – wachtlijst	-2.95	.82	.001	-.77
Proces – intensief	-0.39	.84	1.000	-.08
AAQ-II				
Proces – wachtlijst	4.21	1.07	.000	.69
Intensief – wachtlijst	3.60	1.08	.003	.70
Proces – intensief	.61	1.11	1.000	.03
FFMQ-NL				
Proces – wachtlijst	10.64	1.95	.000	1.09
Intensief – wachtlijst	11.85	1.97	.000	1.17
Proces – intensief	-1.21	2.03	1.000	-.01

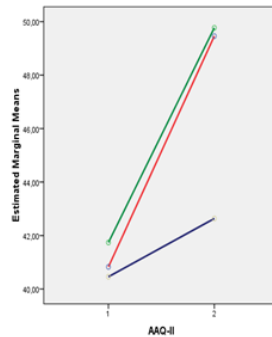
Tabel 4 Odds Ratio

	CES-D		(a.d) (b.c)	OR
	< 16	≥ 16		
Intensief x Proces				
Intensief	78	28	(78x31)	1.09
Proces	79	31	(28x79)	
Intensief x Wachtljst				
Intensief	78	28	(78x80)	5.31
Wachtljst	42	80	(28x42)	
Proces x Wachtljst				
Proces	79	31	(79x80)	4.85
Wachtljst	42	80	(31x42)	

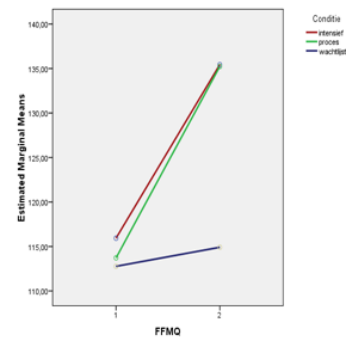
Figuur 1 Depressieve klachten.



Figuur 2 Psychologische flexibiliteit.



Figuur 3 Mindfulness.



Ook op de uitkomstmaat mindfulness zijn bij de nameting alle drie de gemiddelde score's op de FFMQ-NL gestegen. Tussen de drie verschillende condities wordt een significant verschil gevonden ($F=54.04$, $df=2$, $p=.00$). Zowel de deelnemers in de proces conditie, als de deelnemers in de intensief conditie scoren significant hoger op de nameting, dan de deelnemers in de wachtlijst conditie (proces, $p=.00$; intensief, $p=.00$). Tussen de proces- en intensief conditie wordt geen significant verschil gevonden ($p=1.00$). Figuur 3 geeft een grafische weergave van de toename op de FFMQ-NL.

Zowel op de proces conditie ($d=1.09$) als op de intensief conditie ($d=1.17$) wordt een groot interventie effect gevonden op toename van psychologische flexibiliteit. Tussen de proces- en intensief conditie wordt geen effect gevonden ($d=-.01$).

Nameting karakteristieken

Van de 376 deelnemers in deze RCT maakten 48 mensen de zelfhulp cursus niet af. Dit zorgt voor een totale dropout van 12.8 procent. In de proces conditie hebben 21 deelnemers de zelfhulp cursus niet afgemaakt (16.8%) en in de intensief conditie hebben 27 deelnemers de zelfhulp cursus niet afgemaakt (21.6%). Deelnemers die desondanks de vragenlijsten op de nameting wel hebben ingevuld, zijn meegenomen in de analyse. In diagram 1 is de 'population flow' van deze studie weergegeven (zie bijlage). Hierin is onder andere te zien dat van de 126 deelnemers in de wachtlijst conditie vier deelnemers de nameting niet hebben ingevuld.

Discussie

Een grote groep volwassenen lijdt in Nederland aan een klinische depressie en een nog veel grotere groep ervaart subklinische depressieve klachten. Depressie wordt gekenmerkt door de hoge incidentie, de enorme ziektelast en de grote zorgkosten voor de staat. Dit versterkt het belang van effectiviteitsonderzoek naar interventies van toevoegende waarde voor depressiepreventie. Interventies gericht op depressiepreventie kunnen de incidentie tegengaan (Cuijpers et al., 2005a; Meijer et al., 2006; Smit, 2006b; Smit et al., 2008; Cuijpers et al., in druk), blijken effectief, kosteneffectief en nodig als aanvulling voor het huidige behandelaanbod (Romijn et al., 2007). ACT lijkt zo'n waardevolle aanvulling te zijn (Biglan et al., 2008; Forman et al., 2007).

Deze RCT is uitgevoerd om de effectiviteit van een op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulp cursus op depressieve klachten te onderzoeken. De mate van afname op depressieve klachten is meegenomen om een beter inzicht te krijgen in de klinische effectiviteit. Daarnaast is er gekeken naar de grootte van de kans om na afloop van de zelfhulp cursus geen subklinische depressieve klachten meer te ervaren. Als secundaire uitkomstmaten is gekeken naar toename op psychologische flexibiliteit en mindfulness. Tenslotte is de mate van begeleiding bij deze preventieve zelfhulp cursus meegenomen.

376 volwassenen met lichte tot matige depressieve klachten zijn aselekt verdeeld over de condities: (1) proces, de zelfhulp cursus "Voluit leven" met proces e-mail begeleiding; (2) intensief, de

zelfhulpcursus "Voluit leven" met intensieve e-mail begeleiding en (3) een wachtlijst.

Resultaten

De gevonden onderzoeksresultaten (voor zowel de proces- als intensief conditie) tonen aan dat een op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulpcursus effectief is voor de afname van depressieve klachten. De in deze studie gevonden effectgroottes komen overeen met eerdere RCT's naar de effectiviteit van ACT op depressie (Zettle & Hayes, 1986; Lappalainen et al., 2007; Forman et al., 2007; Bohlmeijer et al., in voorbereiding). Deelnemers ervaren na afloop van de zelfhulpcursus significant minder depressieve klachten. En de kans om na afloop van de zelfhulpcursus geen subklinische depressieve klachten meer te ervaren is groot, in verhouding tot de wachtlijst. Deze verbetering in depressieve klachten toont de klinische significantie aan. De gevonden onderzoeksresultaten impliceren dat een op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulpinterventie een geschikte methode is voor geïndiceerde depressiepreventie. Toevoeging van ACT en Mindfulness aan het huidige depressiepreventieaanbod kan mogelijk meehelpen in het tegengaan van de hoge incidentie van depressie.

De op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulpcursus zorgt tevens voor toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness. Gelijke onderzoeksresultaten worden ook hier gevonden voor de proces- en intensief conditie. De gevonden effectgroottes op psychologische flexibiliteit komen overeen met in eerder onderzoek gevonden resultaten (Bohlmeijer et al., in voorbereiding). Na het volgen van de zelfhulpcursus werd er bij de deelnemers een significante toename gevonden op psychologische flexibiliteit en mindfulness. Aangenomen wordt dat deelnemers meer acceptatie van negatieve gedachten en gevoelens ervaren, dat ze meer mindfulness vaardigheden bezitten en bewuster leven in het hier en nu. Deze vergrote psychologische flexibiliteit en mindfulness vaardigheden helpen experiëntiele vermijding tegen te gaan. Waarvan de aanname bestaat dat het een

belangrijke risicofactor is in de ontwikkeling van internaliserende- en mogelijk externaliserende problemen (Hayes et al., 1999). Dit impliceert dat de op ACT en Mindfulness gebaseerde zelfhulpcursus een effectieve methode is in het tegen van de ontwikkeling van internaliserende- en mogelijk externaliserende problemen. Om zo mogelijk de ontwikkeling van klinische depressies tegen te gaan.

Tenslotte komt in deze studie naar voren dat er geen verschil bestaat tussen de mate van begeleiding bij het volgen van de op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulpcursus. Proces- en intensieve e-mail begeleiding leveren dezelfde onderzoeksresultaten op. Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek waarin het belang van minimale, begeleide zelfhulp wordt aangetoond (Cuijpers, 2006; Smit et al., 2006; Gellatly et al., 2007; Cuijpers & Schuurmans, 2007). Bij alle drie de uitkomstmaten blijken de proces- en intensief conditie even effectief te zijn in afname van depressieve klachten en toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness. Het ingaan op ervaringen en het wekelijks vragen naar één inhoudelijke vraag zorgt niet voor meer interventie effect. Dit impliceert dat er voor de effectiviteit van een op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulpcursus niet meer dan proces begeleiding nodig is. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het materiaal van de zelfhulpcursus "Voluit leven" de deelnemer al genoeg aanzet tot het nadenken over ervaringen en voldoende ingaat op de inhoud. Een alternatieve verklaring zou kunnen zijn dat deelnemers die zich aanmelden voor een zelfhulpcursus ervoor kiezen om het proces zelf te doorlopen. Mogelijk hebben deze deelnemers geen behoefte aan een begeleider die ingaat op ervaringen. Proces begeleiding is voldoende begeleiding voor het (ver)volgen van de op ACT en Mindfulness gebaseerde preventieve zelfhulpcursus.

Beperkingen

In deze studie ontbreekt een follow-up. Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van deze kortdurende zelfhulpinterventie op langere

termijn is follow-up onderzoek van groot belang. Nu is onbekend of de behaalde resultaten blijvend zijn, of er mogelijk sprake is van voortgaande verbetering of dat mensen na verloop van tijd juist verslechteren of zelfs terugvallen.

Daarnaast is er gekozen voor een wachtlijst conditie als controlegroep. Een wachtlijst wordt gezien als de zwakste vorm van een controle groep. De interventie conditie is bedoeld om zo effectief mogelijk te zijn, terwijl de wachtlijst conditie bedoeld is om niet effectief te zijn. (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2005; Öst, 2008) Het zou beter zijn om de op ACT en Mindfulness gebaseerde zelfhulpcursus te vergelijken met een reeds bestaande therapie, die wordt uitgevoerd door een ervaren therapeut. ACT kan volgens Öst (2008) het beste vergeleken worden met CGT.

In deze interventie is er alleen gekeken naar de effectiviteit voor de 'groep in het geheel'. De deelnemers aan deze RCT zijn niet individueel meegenomen in de analyse, maar verdeeld over drie groepen. Hierdoor blijft onbekend bij wie de zelfhulpcursus wel of niet effectief is en wat ervoor zorgt dat het wel of niet effectief is voor een individu. De gevonden interventie effecten kunnen dan ook alleen worden toegeschreven aan de 'groep in het geheel'. Onduidelijk blijft voor welke individu de interventie het beste werkt.

Bij het interpreteren van de gevonden onderzoeksresultaten moet verder rekening gehouden worden met de beperkte generaliseerbaarheid. Zo is de meerderheid van de deelnemers in dit onderzoek vrouw (n=262) en een nog grotere meerderheid (n=296) hoog opgeleid (hoger beroepsondewijs of wetenschappelijk onderwijs).

Verwacht wordt dat de zelfhulpcursus ook effectief is voor jongeren. Uit onderzoek blijkt dat een psychologische interventie, onder adolescenten (14 tot 18 jaar) met verhoogde depressieve symptomen, van invloed is op de ontwikkeling van een klinische depressie (Clarke et al., 1995). Mede omdat ACT kijkt vanuit een positieve benadering, die zich richt op het vergroten van de psychologische flexibiliteit en de laagdrempeligheid en leesbaarheid van het

zelfhulpboek, lijkt deze methode zeer geschikt voor jongeren.

Aanbevelingen

Voor vervolgonderzoek wordt het meenemen van een follow-up sterk aanbevolen. Follow-up is van belang om te kunnen zien of de afname van depressieve klachten en toename van psychologische flexibiliteit en mindfulness na verloop van tijd ook nog aanwezig zijn. Om aan te tonen dat de preventieve zelfhulpinterventie daadwerkelijk van toegevoegde waarde is voor depressiepreventie is longitudinaal onderzoek nodig.

Het kiezen van een sterkere controlegroep spreekt ook tot de aanbeveling. Wanneer de preventieve zelfhulpinterventie wordt vergeleken met een CGT groep, ontstaat er een realistischer beeld van de effectiviteit van de interventie. Er kan dan een beter beeld geschetst worden over de daadwerkelijke toevoeging van ACT en Mindfulness ten opzichte van reeds bestaande, effectief gebleken behandelingen.

Om een beter inzicht in de effectiviteit van de interventie te krijgen wordt het analyseren van individuele onderzoeksresultaten aanbevolen. Dit geeft meer inzicht in de processen die ervoor zorgen dat de interventie effectief is. Dit biedt vervolgens de mogelijkheid om de zelfhulpinterventie, indien nodig, aan te passen.

Voor de generaliseerbaarheid is het van belang dat de effectiviteit van de zelfhulpinterventie ook gemeten wordt bij mannen en lager opgeleiden. Onderzoek is nodig hoe deze doelgroepen het beste benaderd kunnen worden. Daarnaast is het interessant om te zien of de op ACT en Mindfulness gebaseerde zelfhulpinterventie ook effectief is voor jongeren. Bij blijf van effectiviteit kan in een nog eerder stadia depressiepreventie worden geboden. Uit onderzoek blijkt dat depressiepreventie gericht op jongeren het meest effectief is (Park, 2003). Vervolgonderzoek is dan ook nodig om de bruikbaarheid van de preventieve zelfhulpcursus "Voluit leven" binnen de geestelijke gezondheidszorg te toetsen.

Referenties

- Anderson, L., Lewis, G., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J., Schmidt, U., Sharp, D., Weightman, A. & Williams, C. (2005). Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *British Journal of General Practice*, 55, 387–392.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietmeijer, J. & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S. & Walsh, E. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Biglan, A., Hayes, S.C. & Pistorello, J. (2008). Acceptance and Commitment: Implications for Prevention Science. *Prevention Science*, 9, 139-152. doi: 10.1007/s11121-008-0099-4.
- Bijl, R.V., Ravelli, A. & van Zessen G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bohlmeijer, E.T., Fledderus, M. & Pieterse, M.E. (in voorbereiding). The effects of acceptance and commitment therapy as an early intervention on psychological distress in adults: results of a pilot RCT.
- Bohlmeijer, E.T. & Hulsbergen, M. (2009). Voluit leven. *Mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch handboek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bond, F.W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in problem-focused and emotion-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 156-163.
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057–1067.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Orcutt, H.K., Waltz, T. & Zettle, R.D. (ingediend). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance.
- Bouma, J., Rachor, A.V., Sanderman, R. & van Sonderen, E. (1995). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. *Een handleiding*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken: Rijksuniversiteit Groningen.
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321. doi: 10.1097/00004583-199503000-00016.
- Cuijpers P. (1995). Bibliotheapie bij unipolaire depressie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 28(4), 297-295.
- Cuijpers, P. & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: A meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.
- Cuijpers, P. (2004a). Cursusmap In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Baarn: HB Uitgevers/Trimbos-instituut.
- Cuijpers, P. (2004b). Alles onder controle: uw problemen en zorgen overwinnen door zelfanalyse. Amsterdam: Vrije Universiteit, Afd. Klinische Psychologie.

- Cuijpers, P., Smit, F. & Willemse, G. (2005b). Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 133-8.
- Cuijpers, P., Van Straten, A. & Smit, F. (2005a). Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 119-125.
- Cuijpers, P. (2006). Beproefd – Is zelfhulp effectief bij ernstige depressie of angststoornissen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61(3), 248-250.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C. & Beekman, A. (in druk). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: an overview. *Current Psychiatry Reports*, 9, 284-290.
- Donaldson-Feilder, E.J. & Bond, F.W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 187-203.
- Donker, T., van Straten, A., Marks, I., & Cuijpers, P. (2009b). A Brief Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders: Development and Validation. *Journal of Medical Internet Research*. 11(3), 19.
- Donker, T., van Straten, A., Riper, H. Marks, I., Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009a). Study protocol. Implementation of Internet-based preventive interventions for depression and anxiety: role of support? *Trials*, 10, 59. doi: 10.1186/1745-6215-10-59.
- Eaton, W.W., Badawi, M. & Melton, B. (1995). Prodromes and precursors: Epidemiological data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry*, 152, 967-972.
- Ensel, W.M., Lin, N. & Dean, A. (1986). Measuring depression: the CES-D scale. In: Social support, life events and depression, p. 51- 70. Orlando: Academic Press Inc.
- Forman, E.M., Herbert, J.D., Moitra, E., Yeomans, P.D. & Geller, P.A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799. doi: 10.1177/0145445507302202.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T. & Pieterse, M.E. (2010). Does Experiential Avoidance Mediate the Effects of Maladaptive Coping Styles on Psychopathology and Mental Health? *Behavior Modification*, PMID: 20660354.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37, 1217-1228.
- Hayes, S.C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., Cooper, L. & Grundt, A.M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth J.P., Karekla, M., & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S.C. & Pierson, H. (2005). Acceptance and Commitment Therapy. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, 1-4.

- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 817-823.
- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F. & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. & Johnson, A. (2010). The Effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy Self-help Intervention for Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393-402. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P. & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kramer, J.J.A.M. & Riper, H. (2005). Online zelfhulp cursus kleurjeleven voor volwassenen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kruijschaar, M.E., Hoeymans, N., Bijl, R.V., Spijker, J. & Essink-Bot, M.L. (2003). Levels of disability in Major Depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 77(1), 53-64.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M. & Hayes, S.C. (2007). The Impact of CBT and ACT Models Using Psychology Trainee Therapists. A Preliminary Controlled Effectiveness Trial. *Behavior Modification*, 31(4), 488-511. doi: 10.1177/0145445506298436.
- Lewinsohn, P.M., Antonucci, D.O., Breckenridge, J.S. & Teri, L. (1984). *The Coping With Depression Course*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- McKendree-Smith, N., Floyd, M. & Scogin, F. (2003). Selfadministered treatments for depression: a review. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 275-288.
- Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G. & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.
- Muskens, J.G.A.M., Kamphuis, J.H., Kindt, M. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). The Dutch Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ-D): A replication.
- Nyenhuis, D.L. & Luchetta, T. (1998). The Development, Standardization, and Initial Validation of the Chicago Multiscale Depression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 386 – 401.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Park, N. (2003). Building wellness to prevent depression. *Prevention and treatment*, 6(1), 16.
- Pull, C.B. (2008). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 55-60.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385.
- Romijn, G., Ruiter, M. & Smit, F. (2007). Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. Wetenschappelijke Onderbouwing

- Depressiepreventie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schoemaker, C.G., Rigter, H.G.M., de Graaf, R. & Cuijpers, P. (2002). Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Utrecht: Bureau NMGG.
- Schoemaker, C.G., Poos, M.J.J.C. & Spijker, J. (2005). Hoe vaak komt depressie voor? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Slobbe, L.C.J., Kommer, G.J., Smit, J.M., Groen, J., Meering, W.J. & Polder, J.J. (2006). Kosten van Ziekten in Nederland 2003; Zorg voor euro's - 1. Bilthoven: RIVM.
- Smit, F., Bohlmeijer, E. & Cuijpers, P. (2002). 'Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen'. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smit, F. (2006a). Concept factsheet Depressieprevent. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smit, F. (2006b). Prevention of Depression (Dissertation). Amsterdam: VU University, Departments of Psychiatry and Clinical Psychology.
- Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P. & Beekman, A. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients. Randomised Trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 330-336.
- Smit, F. (2007). Factsheet Preventie van depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smit, F. & Bockting, C. (2008). Preventie van depressie. In: Husyer, J., Schene, A.H., Sabbe, B. & Spinhoven, P. (eds.). Handboek depressieve stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom.
- Spek, V., Nyklicek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37, 1797-1806.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2008). Oneyear follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, 21, 1-5.
- Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaf, R. & Nolen, W.A. (2001). Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 19-24.
- Tull, M.T., Gratz, K.L., Salters, K. & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 754-761.
- Van Straten, A., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W.A. & Donker, M.C.H. (2006). Stepped care vs. Matched care for mood and anxiety disorders; a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 468-76.
- Van 't Hof, E., Cuijpers, P. & Stein, D.J. (2009). Self-Help and Internet-Guided Interventions in Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Meta-Analyses. *Clinical Neurology Spectrums: Psychiatry*, 14(2), 34-40.

Veen, C. van der (2009). Bibliotheapie bij depressieve klachten. Evaluatie van het proefimplementeren van de zelfhulp cursus Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Voordouw, I., Kramer, J. & Cuijpers, P. (2002). In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor volwassenen en 55+. Utrecht: Trimbos-instituut/ Landelijke Steunfunctie Preventie.

Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131(3), 427-433. doi: 10.1037/0033-2909.131.3.427.

Willemse, G.R., Smit, F., Cuijpers, P. & Tiemens, B.G. (2004). Minimal-contact psychotherapy for subthreshold depression in primary care. Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421.

Zettle, R.D. & Hayes, S.C. (1986). Dysfunctional control by verbal behavior. The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Bijlage

In the Netherlands 16 percent of the adult population suffers from subclinical depressive complaints. The impact of these complaints on well-being and psychosocial functioning are enormous. To prevent that subclinical depressive complaints develop into a subclinical depressive disorder, indicated prevention is of great importance. In this randomized, controlled trial the effectiveness of the preventive self-help intervention "Living to the fullest" is reviewed. "Living to the fullest" is based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT). This new form of behavior therapy is

a positive manner to handle mental suffering and tries to increase psychological flexibility and Mindfulness skills. The expectation is that "Living to the fullest" results in a decrease of depressive complaints and increase of psychological flexibility and Mindfulness. The degree of e-mail support, at this preventive self-help intervention, is taken along in this study.

376 participants have been randomly divided into 3 different conditions: "Living to the fullest" with intensive e-mail support, "Living to the fullest" with process e-mail support and a waiting list. "Living to the fullest" is a nine weeks lasting self-help course in the form of bibliotherapy. The e-mail support is given by psychologists in training, supported by a healthcare psychologist. The process e-mail support follows the process which the participant is going through and the intensive e-mail support also discusses the contents of ACT and Mindfulness. On the pre- and posttest score's on depression, psychological flexibility and Mindfulness were taken.

On both process- and intensive condition were found significant decreases in depressive complaints. The chance for scoring < 16 on the CES-D is increasingly more in both experimental conditions. The process- and intensive condition show also a significant increase on psychological flexibility and on Mindfulness. No significant differences were found between the degree of process- and intensive support.

This study shows that indicated prevention, in the form of bibliotherapy, based on ACT, is an effective method for a decrease of depressive complaints and for an increase of psychological flexibility and Mindfulness. This study shows that a more intensive form of support does not ensure more effect in the decrease of depressive complaints.

Keywords: Randomized Controlled Trial (RCT), Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness, depressive complaints, prevention, self-help intervention and Living to the fullest.

Diagram 1 Population flow

