

e-hulp.nl

Deze scriptie is aangemeld voor de scriptieprijs online hulp 2008. Een overzicht van alle scripties over hulpverlening via internet is te vinden op <http://www.e-hulp.nl/scriptieprijs>.
Wij wensen u veel leesplezier.
Stichting e-hulp.nl



De scriptieprijs online hulp is een initiatief van stichting e-hulp.nl, kenniscentrum voor online hulp.

E-hulp.nl ontwikkelt in samenwerking met instellingen uit de Jeugdzorg, GGZ en Maatschappelijk werk oplossingen via internet voor maatschappelijke vraagstukken.

Kijk voor meer informatie over online hulp en e-hulp.nl op www.e-hulp.nl.

Het effect van

Kleur je leven

op depressiviteit en disfunctionele attitudes

Een internetcursus tegen depressie

Wouter Geerts
1509012

Vrije Universiteit, Amsterdam

Effectiviteitsonderzoek

Masterthese 2007

Het effect van Kleur Je Leven op Depressiviteit en Disfunctionele Attitudes

**Masterthese
Wouter Geerts**

1509012

Vrije Universiteit, Amsterdam

Inhoudsopgave

Abstract.....	pag 3
Probleemstelling.....	pag 5
Depressie.....	pag 5
Zelfhulptherapieën.....	pag 6
Cognitieve therapie.....	pag 7
De cursus: Kleur Je Leven.....	pag 9
Hypotheses.....	pag 11
Methoden.....	pag 12
Opzet.....	pag 12
Meetinstrumenten.....	pag 12
Statistische Analyses.....	pag 13
Resultaten.....	pag 15
Uitval.....	pag 15
Steekproef en verschillen tussen de condities.....	pag 15
Effect cursus op depressieve klachten.....	pag 17
Relatie disfunctionele attitudes en depressie.....	pag 19
Intelligentie en effectiviteit.....	pag 20
Discussie.....	pag 21
Uitkomsten.....	pag 21
Mogelijke Beperkingen.....	pag 21
Betekenis resultaten.....	pag 24
Conclusie.....	pag 29
Referenties.....	pag 30

Abstract

Depressie komt veel voor onder de Nederlandse bevolking. Een groot deel van degenen die depressieve klachten hebben zoeken geen hulp. Minimale interventies via internet kunnen mogelijk uitkomst bieden om depressieve klachten te verlichten.

In dit onderzoek is onderzocht of de internetcursus Kleur je Leven effectief is in het verminderen van depressieve klachten. Daarnaast is onderzocht of een eventuele vermindering van deze klachten samenhangt met vermindering van disfunctionele attitudes en het opleidingsniveau van de deelnemers. Tenslotte is de mogelijke rol van de ernst van depressieve klachten bij uitval onderzocht.

Proefpersonen zijn geworven middels een advertentie in kranten, uiteindelijk zijn 63 personen geïnccludeerd. Om de effectiviteit te onderzoeken zijn de Center for Epidemiological Studies Depression schaal (CES-D) en de Dysfunctional Attitude Scale (DAS) afgenomen op drie momenten: een voormeting, nameting en een follow-up na vier weken.

Het percentage uitval in de Kleur-je-levengroep was op de nameting 44%, op de follow-up 53%. Er waren geen significante verschillen tussen de Kleur-je-levengroep en de wachtlijstgroep op de voormeting op de variabelen leeftijd, sekse, opleidingsniveau, score op de CES-D en de DAS.

De cursus bleek niet significant effectief te zijn in het verminderen van depressieve klachten, hoewel de afname van depressieve klachten aanzienlijk waren. Deze afname was tussen de voor- en de nameting gemiddeld 11,7 punten op de CES-D. De nametingen van de groep die de cursus ontving (gemiddelde score CES-D = 19,5) verschilde echter niet significant van de wachtlijstgroep (gemiddelde score CES-D = 26,3), $p = .066$. De effect-size was echter groot, $d = .60$.

De vermindering van depressieve klachten was in de Kleur-je-levengroep matig positief gecorreleerd met de vermindering van disfunctionele attitudes, $r = .55$, $p = .017$. In de wachtlijstgroep was de correlatie niet significant. Een hogere opleiding was matig positief gecorreleerd de vermindering van depressieve klachten, $r = .58$, $p = .013$. Ernst van de depressie bij aanvang van de cursus was niet gecorreleerd met de mate van uitval.

De resultaten bieden beperkte steun voor de hypothese dat minimale interventies via internet effectief zijn tegen depressieve klachten. Uitval en beperkingen in de controle van de wachtlijstgroep bieden mogelijke verklaringen voor de beperkte significantie. Er kan gesproken worden over een trend, die verder onderzoek behoeft. Vermindering van disfunctionele attitudes lijkt een effectieve manier te zijn om depressieve klachten te verminderen. De correlatie tussen effectiviteit en opleidingsniveau suggereert dat cognitieve therapie via internet minder geschikt is voor personen met een laag opleidingsniveau.

Abstract

Depression is common in the Dutch population. A substantial part of those who have depressive symptoms don't seek help. Minimal interventions can offer a solution to decrease depressive symptoms.

In this study the effectiveness of the internetcourse Kleur je Leven (Color your Life) in decreasing depressive symptoms is tested. Also, the possible correlation between a reduction of these symptoms, a reduction of dysfunctional attitudes and the level of education of the participants is tested. Last, the possible role of the severity of depressive symptoms in attrition is researched.

Participants were recruited by an advertisement in newspapers, 63 people were included. The test the effectiveness the Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) and the Dysfunctional Attitude Scale (DAS) were administered at three moments: before, right after, and four weeks after the course.

The percentage of attrition in the Kleur-je-levengroup right after the course was 44%, four weeks later it was 53%. There were no significant differences between the Kleur-je-levengroup and the waitinglistgroup on the first measurement on the variables age, sex, education and score on the CES-D and the DAS.

The course wasn't significantly effective in reducing depressive symptoms, although the reduction of depressive symptoms was substantial. The average reduction between the first and the second measurement was 11.7 points on the CES-D. De measurements right after the course in the group that followed the course (average score CES-D = 19.5) didn't differ significantly from the measurements in the waitinglistgroup (average score CES-D = 26.3), $p = .066$. However, the effect-size was large, $d = .60$.

The reduction of depressive symptoms in the Kleur-je-levengroup was positively correlated ($r = .55$, $p = .017$) with the reduction of dysfunctional attitudes. In the waitinglistgroup, the correlation wasn't significant. A higher education was positively correlated ($r = .58$, $p = .013$) with the reduction of depressive symptoms. Severity of depressive symptoms at the start of the study wasn't correlated with attrition.

De results offer limited support for the hypothesis that minimal interventions on the internet are effective against depressive symptoms. Attrition and limitations in the control of the waitinglistgroup offer possible explanations for the limited significance. The results can be seen as showing a trend, which should be researched. Reduction of dysfunctional attitudes seems to be an effective way to reduce depressive symptoms. The correlation between effectiveness and level of education suggests that cognitive therapy on the internet is less suitable for persons with a low level of education.

Probleemstelling

Depressie

Depressie is een stoornis die zich op de eerste plaats kenmerkt door een sombere, gedaalde stemming en een verminderde interesse voor zaken die eerder als prettig of interessant werden gezien. De symptomen van depressie staan in box 1. Van een depressieve episode wordt gesproken als gedurende een periode van twee weken vijf van de hiernaast genoemde symptomen aanwezig zijn, waarvan minimaal één kernsymptoom. (American Psychiatric Association, 1994). De lifetime-prevalentie van depressie in Nederland bedraagt 19% (Bijl, Zessen, Rabelli, 1998).

De lijdensdruk is aanzienlijk. De kwaliteit van leven van depressieven is lager dan die van gezonde mensen (Schaapveld, Nicolson, Berkhof & de Vries, 1999), lager dan bij de meeste chronische medische aandoeningen (Stewart, Greenfield, Hays, Wells, Rogers, Berry, McGlynn & Ware, 1989), en lager naarmate de depressie ernstiger is (Trivedi, Rush, Wisniewski, Warden, McKinney, Downing, Berman, Farabaugh, Luther, Nierenberg, Callan & Sackeim, 2005). 80% van de depressieven heeft suïcidale ideeën (Matthews & Fava, 2000), tegenover 5,6% van de normale bevolking (Eshun, 2000). Het beloop van depressie loopt sterk uiteen. Ongeveer eenderde tot de helft herstelt binnen een aantal maanden, terwijl er bij 20% sprake is van een chronisch beloop (Nolen & Koerselman, 2000).

Toch leidt de hoge lijdensdruk er niet toe dat mensen professionele hulp zoeken. Slechts 30% van de depressieven zoekt professionele hulp, 13% zoekt hulp in de geestelijke gezondheidszorg (Mojtabai, Olfson & Mechanic, 2002). Redenen hiervoor lopen nogal uiteen. Er is een deel dat de depressie niet als ernstig genoeg ziet om er hulp voor te zoeken. Een andere reden is dat de depressieve zelf de depressie niet als ziekte erkent (Blumenthal & Endicott, 1997). Ook voor de mensen

Box 1: Depressie

Kernsymptomen

- **Somberheid**
- **Interesseverlies**

Overige symptomen

- **verandering eetlust**
- **verandering slaappatroon**
- **vermoeidheid**
- **verminderd concentratievermogen**
- **suïcidaliteit**
- **schuld- en schaamtegevoelens**
- **agitatie of geremdheid**

die de noodzaak van hulp wel inzien zijn er barrières. Vaak weten mensen de weg naar hulp niet goed, en spelen schaamte en angst voor stigmatisering een rol (Mojtabai, Olfson & Mechanic, 2002).

Wanneer er wel contact wordt gezocht in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) loopt men alsnog tegen barrières op. Zo is er in veel GGz-instellingen een wachtlijst van enkele weken of maanden. Daarnaast verloopt het contact tussen de huisarts en de GGz vaak moeizaam (Ormel, Bartel & Nolen, 2003). Aan de kant van de patiënt zijn er ook barrières. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten kwam naar voren dat vrouwen die wél graag psychische hulp wilden ontvangen zich niet lieten verwijzen om instrumentele redenen. Hierbij kan worden gedacht aan te weinig financiële middelen voor therapie, vervoer en kinderopvang, en angst voor stigmatisering (Glieb, McCormack & Neufeld, 2003).

De kosten van deze stand van zaken voor de maatschappij liegen er niet om. In 2003 kostte depressie in Nederland 176 miljoen euro per miljoen inwoners (Cuijpers, Oostenbrink, de Graaf, Ten Have & Beekman, 2006). Het gaat hier zowel om de directe kosten, zoals therapie en huisartsconsulten, als de indirecte kosten, zoals ziekteverzuim.

Zelfhulphtherapieën

De lijdensdruk, de hoge drempel om hulp te zoeken en de hoge kosten zijn belangrijke en dringende redenen om te zoeken naar andere manieren om depressieven te bereiken en te behandelen. Een methode die hier mogelijk bij uitstek geschikt voor is wordt mogelijk gemaakt door internet. Een cursus of therapie die via internet wordt aangeboden biedt de voordelen van toegankelijkheid, discretie en laagdrempeligheid.

Eerdere effectiviteitsonderzoeken naar bibliotherapieën laten hoopgevende resultaten zien (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003); (Gould & Clum, 1993); (Cuijpers, 1997). Een bibliotherapie bestaat uit een gestandaardiseerde behandeling die door patiënten (tamelijk) onafhankelijk wordt doorgewerkt. Gould & Clum (1993) vonden in hun meta-analyse een effect-size van 0.76, Cuijpers (1997) zelfs één van 0.83. Dit is hoger dan de effect-size van 0.73 die uit de meta-analyse van Robinson, Berman & Niemyer (1990) komt, waarin het effect van psychotherapie op depressie wordt onderzocht. De resultaten van dergelijke interventies zijn duurzaam: Jamison,

Smith, Floyd & Scogin (1997) concludeerden uit hun onderzoek dat de bibliotherapie na drie jaar nog steeds significant effect had. Studies naar de effectiviteit van computertherapieën, waarbij gestandaardiseerde therapieprogramma's door de patiënt worden doorlopen, leveren vergelijkbare resultaten op (Colby, 1995), (Stutzke, Aiken & Stout, 1997). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat opleidingsniveau en aangeleerde vindingrijkheid van de patiënt belangrijke factoren zijn voor het slagen van de bibliotherapie (Jamison & Scogin, 1995).

Het voordeel van zelfhulp cursussen gegeven via internet is vooral de mogelijkheid voor het direct geven van feedback, het monitoren en het stap-voor-stap aanbieden van het materiaal (Andersson, Bergström, Holländare, Carlbring, Kaldö & Ekselius, 2005).

De eerste resultaten van internettherapie voor depressie zijn bemoedigend. In een studie van Andersson et al (2005) kregen mensen via internet een zelfhulp cursus aangeboden, waarbij minimale ondersteuning werd gegeven door een therapeut. Participanten werden daarnaast uitgenodigd om deel te nemen aan een discussieforum op internet. De controlegroep werd ook verzocht deel te nemen aan dit forum. De groep die de zelfhulp cursus had gekregen verbeterde significant en duurzaam op verscheidene meetinstrumenten voor depressie. De controlegroep vertoonde deze verbetering niet, ondanks de deelname aan het discussieforum.

Uit een meta-analyse van Spek et al (2006), waarin 12 randomized controlled trials (RCTs) werden vergeleken, kwam naar voren dat cognitieve gedragstherapie via internet een matig tot groot positief effect had op depressie.

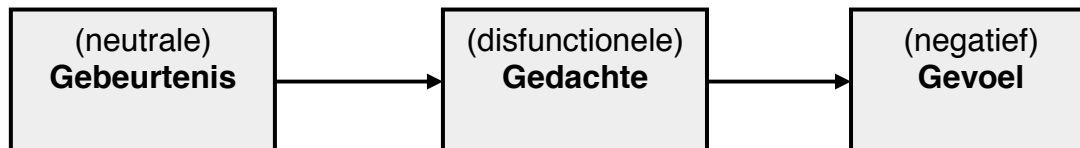
Cognitieve therapie

Juist deze cognitieve therapie leent zich bij uitstek voor toediening via internet door het gestructureerde karakter van de therapie. Cognitieve therapie voor depressie is gebaseerd op het cognitieve model van Aaron Beck (Beck, 2005). Centraal in deze theorie staan de disfunctionele cognities en schema's, de fundamentele assumpties en gedachten over zichzelf, anderen en de wereld. Over elke gebeurtenis heeft men gedachten, waarin de werkelijkheid geïnterpreteerd en verklaard wordt. Deze gedachten zorgen op hun beurt voor de emotie die bij deze gebeurtenis ervaren wordt. Hoe de gebeurtenis geïnterpreteerd wordt hangt voor een groot deel af van eerdere leerervaringen. Deze zorgen voor fundamentele aannamen

over de werkelijkheid, bijvoorbeeld “Ik ben waardeloos” of “Men heeft het goed met mij voor”. Een gedachte of schema is disfunctioneel als deze een negatief gevoel veroorzaakt terwijl daar geen objectief aanwijsbare reden voor is. Schematisch ziet Becks theorie er als volgt uit, in figuur 1.

Figuur 1:

Gebeurtenis-Gedachte-Gevoel-schema.



De cognitieve therapie voor depressie die voortbouwt op deze therapie richt zich op deze disfunctionele cognities, en de schema's die hieraan ten grondslag liggen. De behandeling volgens dit model is onder te verdelen in vier fasen. In de eerste fase wordt aan de patiënt de cognitieve theorie uitgelegd. Het doel is dat de patiënt het cognitieve model begrijpt en toe kan passen op zichzelf. De patiënt krijgt dan inzicht in de manier waarop negatieve gedachten invloed hebben op de stemming.

Vervolgens gaat de patiënt aan de slag om zijn eigen negatieve gedachten op te sporen. Het cognitieve model wordt dus toegepast op de situatie van de patiënt. Participatie van de patiënt is hierin essentieel; hij moet leren zelf gebeurtenis, gedachte en gevoel uit elkaar te houden, zodat de techniek ook buiten de therapie toegepast kan worden. Vaak wordt in deze fase gebruik gemaakt van een zogenaamd GGG-schema (Gebeurtenis-Gedachte-Gevoel), waar gebeurtenissen uit het dagelijks leven worden ingevuld. Ook worden gedachten gescoord op geloofwaardigheid.

Hiermee wordt de eerste stap gezet naar fase 3, waarin de gedachten worden uitgedaagd. Dat wil zeggen dat de patiënt zijn eigen gedachten kritisch moet onderzoeken op juistheid en functionaliteit. Daarnaast worden alternatieve gedachten geconstrueerd die de patiënt ook zou kunnen hebben in een specifieke situatie. In deze fase leert de patiënt afstand te nemen van de eigen gedachten, en wordt het onderscheid tussen de objectieve werkelijkheid en de subjectieve interpretatie gemaakt.

In de vierde fase wordt tenslotte gewerkt aan het veranderen van de meer fundamentele schema's die ten grondslag liggen aan de depressie. Dit gebeurt in principe op dezelfde manier als de aanpak van disfunctionele cognities.

Cognitieve therapie is een effectieve manier om disfunctionele attitudes significant en langdurig te veranderen (Jarret, Vittengl, Doyle & Clark, 2007). Saillant detail in deze studie is de constatering dat een vroege inventarisatie van de score op de Dysfunctional Attitude Scale (DAS) tijdens de behandeling een betrouwbare predictie oplevert voor latere verandering van de score op de DAS. Daarnaast bleek uit deze studie dat een vermindering van disfunctionele attitudes verband hield met een vermindering van depressieve symptomen. Otto, Teachman, Cohen, Soares, Vitonis & Harlow (2007) concludeerden dat disfunctionele attitudes zowel een predictieve als een consequentieële factor vormden voor depressie.

De score op de DAS bij aanvang van een biopsychosociale klinische behandeling was negatief gecorreleerd met de verbetering van depressieve symptomen (Beevers, Wells & Miller, 2007).

De cursus: Kleur Je Leven

Zoals gezegd zorgt dit tamelijk programmatische karakter ervoor dat cognitieve therapie goed aan te bieden zou kunnen zijn via internet. Op basis van het cognitieve model en de therapie is de cursus "Kleur je Leven" ontwikkeld door het Trimbos-instituut. Deze cursus bestaat uit een website waarop mensen gedurende acht weken elke week zelfstandig een les maken. Hij is bedoeld voor mensen met milde tot matige depressieve klachten. De bovenstaande fasen zijn verwerkt in de cursus; daarbij is nog een aantal andere interventies toegevoegd. Voor een deel bestaan deze uit gedragstherapeutische interventies, zoals ontspanningsoefeningen en het verhogen van het aantal plezierige activiteiten. Daarnaast leren deelnemers omgaan met piekeren en wordt geprobeerd hun sociale vaardigheden te verbeteren.

Er wordt in de cursus voortdurend gebruik gemaakt van de GGG-schema's. Daarnaast moeten de deelnemers een aantal opdrachten maken. De ingevulde GGG-schema's en de gemaakte opdrachten worden vervolgens bekeken en voorzien van feedback door 4^e-jaars studenten Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Aan het eind van de cursus is het de bedoeling dat patiënten zich het cognitieve model eigen hebben gemaakt en dat er handvatten zijn gegeven om

disfunctionele cognities en attitudes zelfstandig aan te pakken. De verwachting is dat de cursus door de verandering van deze cognities en attitudes een vermindering van depressieve klachten bewerkstelligd. In dat geval zou een afname van disfunctionele attitudes gepaard moeten gaan met een afname van de depressieve klachten.

Om meer uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid van de cursus wordt onderzocht of er contra-indicaties zijn. Er wordt in cognitieve zelfhulptherapie een beroep gedaan op het rationele vermogen van patiënten. In een face-to-facetherapie kan de therapeut het niveau (taalgebruik en methoden) aanpassen aan de patiënt. Bij een gestandaardiseerde cursus is dit niet mogelijk (Arntz, 1999). Mogelijk is intelligentie dus een factor van belang bij de werkzaamheid van een dergelijke cursus. Omdat in dit onderzoek geen intelligentie wordt gemeten, wordt het opleidingsniveau als maat voor intelligentie gebruikt. Er is een positief verband tussen intelligentie en schoolprestaties (Brody, 1997), en intelligentie is de beste voorspeller van schoolprestaties (Resing & Drenth, 2001). De verwachting is dat deelnemers met een lager opleidingsniveau minder baat hebben bij de cursus dan mensen met een hoger opleidingsniveau.

Zoals eerder genoemd zijn een paar belangrijke kenmerken van depressie verminderd cognitief functioneren, gevoelens van wanhoop en verlies van interesse. Bij een internetcursus waarbij veel gevraagd wordt van eigen initiatief, concentratie en andere cognitieve vermogens kunnen deze kenmerken ervoor zorgen dat deelnemers moeite hebben met het voltooien van de cursus. Samen met het gevoel van wanhoop dat mensen ervaren bij depressie kan dit ervoor zorgen dat deelnemers vroegtijdig stoppen met cursus. De verwachting is dan ook dat deelnemers die depressiever zijn bij aanvang van de cursus minder geneigd zijn de cursus af te maken. Dit is van belang, omdat dit zou betekenen dat de aard van cursus niet aansluit bij de aard van depressie, wat implicaties heeft voor de bruikbaarheid van de cursus.

Hypotheses

Het voorgaande vertaalt zich concreet in de volgende hypothesen:

Verminderen depressieve klachten door het volgen van deze cursus, en hoe verhoudt deze vermindering zich tot disfunctionele attitudes?

Welke factoren zijn van belang bij het volbrengen en de effectiviteit van de cursus?

Dit wordt onderzocht aan de hand van de toetsing van de volgende hypothesen:

Hypothese 1: Depressieve klachten verminderen door het volgen van de cursus.

Hypothese 2: Er is een positief verband tussen de afname van disfunctionele attitudes en de vermindering van depressieve klachten.

Hypothese 3: Er is een positief verband tussen de effectiviteit van de cursus en het opleidingsniveau van de deelnemers.

Hypothese 4: Er is een positief verband tussen de mate van depressiviteit bij aanvang en het volbrengen van de cursus.

Methoden

Opzet

Dit onderzoek maakt deel uit van een overkoepelend onderzoek, uitgevoerd door Lianne Warmerdam aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Aan dit deel van het onderzoek hebben 95 proefpersonen meegewerkt. Deze zijn geworven door advertenties in kranten, waarbij het onderzoek zich richtte in de algemene bevolking op mensen die met behulp van zelfhulpmateriaal iets willen doen aan hun depressieve klachten. De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- 1: aanwezigheid van milde of matige depressieve klachten, blijkend uit een score van 16 of hoger op een screeningslijst (CES-D, zie meetinstrumenten)
- 2: 18 jaar of ouder
- 3: beschikking hebben over e-mail en een snelle internetverbinding

Proefpersonen zijn een week voor aanvang van de cursus random toegewezen aan de drie condities door middel van een randomisatieprogramma. In twee condities werd een minimale interventie via internet aangeboden, te weten Kleur je Leven (Kleur-je-levegroep) en Alles Onder Controle. De derde conditie is een wachtlijstgroep, die nadat de andere twee condities de cursussen aangeboden hebben gekregen een interventie aangeboden zullen krijgen.

Dit onderzoek is gedaan in het kader van een masterthese, waarbij ondergetekende heeft aangesloten bij bovenstaand onderzoek. Voor dit onderzoek zijn de Kleur-je-levegroep (n = 32) en de wachtlijstgroep (n = 31) van belang. Het totale aantal proefpersonen dat relevant is voor dit onderzoek is dus n = 63.

Meetinstrumenten

De Center for Epidemiological Studies Depression schaal (CES-D; Bouma, Ranchor, Sanderman & Van Sonderen, 1995) is een zelfbeoordelinglijst, bestaande uit 20 items. Elk item kan gescoord worden op een schaal van 0 tot 3; de totaalscore varieert dus tussen de 0 (geen depressieve klachten) en de 60 (veel depressieve

klachten). De CES-D zal in dit onderzoek tevens als screeningsinstrument dienen. Er worden alleen mensen geïncludeerd die boven het afkappunt scoren. Dat komt neer op een score van 16 of hoger. De constructvaliditeit van de CES-D is goed, wat wil zeggen dat deze lijst geschikt is om depressieve symptomen te meten (Knight, Williams, McGee, Olaman, 1996). De betrouwbaarheid van de CES-D in dit onderzoek was goed, met $\alpha = .70$

Cognities worden gemeten met behulp van de Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Weismann, Beck, 2001). De DAS bestaat uit 40 items die ieder gescoord worden op een 7-puntsschaal. De maximale score is dus 280, waarbij een hogere score een hogere mate van disfunctionele attitudes aangeeft. Er wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van Raes, Hermans, Van den Broeck & Eelen (2001). De betrouwbaarheid van de DAS in dit onderzoek was goed, met $\alpha = .79$.

De lijst is een valide meetinstrument om disfunctionele cognities bij depressieve patiënten te meten (Nelson, Stern, Cicchetti, 1992). Er is een matige positieve correlatie tussen de DAS en depressie (Beevers, Strong, Meyer, Pilkonis & Miller, 2007).

Statistische analyses

De eerste hypothese werd op twee manieren onderzocht. Bij beide manieren werd ervan uit gegaan dat de groep die de cursus volgt en de wachtlijstgroep niet significant van elkaar verschieden voor aanvang van de cursus. Deze aanname is getoetst door middel van een independent sample t-toets.

Ten eerste zijn de nametingen op de CES-D van de Kleur-je-levengroep en de wachtlijstgroep met elkaar vergeleken door middel van een independent sample t-toets. Hierbij is ook de effect-size (Cohens d) handmatig berekend, met behulp van de formule $d = t/\sqrt{(N1+N2)/(N1N2)}$.

Om de continuïteit van het effect van de behandeling te onderzoeken wordt de follow-upmeting betrokken bij de analyses. Binnen de Kleur-je-levengroep wordt de follow-upmeting hiertoe vergeleken met de nameting, middels een paired sample t-toets. De wachtlijstgroep wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat deze na de nameting de cursus heeft gevolgd, en dus niet meer als wachtlijstgroep kan dienen. De effect-size (Cohens d) wordt handmatig berekend, met de formule $d = t/\sqrt{N}$.

Om de tweede hypothese te toetsen zijn de verschillen tussen de voor- en nameting van de CES-D en de DAS berekend. De relatie tussen deze verschillen is vervolgens getoetst met een Pearsons correlatie.

De derde hypothese wordt onderzocht door de Pearsons correlatie te berekenen tussen het opleidingsniveau en de afname van depressie tussen de voormeting en de nameting, bij de Kleur-je-leven-groep.

Tenslotte wordt onderzocht of de groep die de cursus niet afrondt bij aanvang verschilt van degenen die de cursus wel afronden in mate van depressiviteit bij aanvang van de cursus. Hier voor wordt een independent sample t-toets gebruikt.

Bij alle toetsen is een significantieniveau van $\alpha = .05$ aangehouden. Voor deze statistische analyses wordt SPSS gebruikt.

Resultaten

Uitval

Bij missing values werden alleen op die metingen personen geëxcludeerd. Op de voormeting hadden 32 proefpersonen in de Kleur-je-levengroep en 31 in de wachtlijstgroep de CES-D ingevuld. Op de nameting hadden 18 mensen in de Kleur-je-levengroep (uitval = 44%) en 23 mensen in de wachtlijstgroep (uitval = 26%) de CES-D ingevuld. Op de follow-up hadden 15 mensen in de Kleur-je-levengroep (totale uitval = 53%) en 21 mensen in de wachtlijstgroep (totale uitval = 32%) de CES-D ingevuld. 18 proefpersonen van de Kleur-je-levengroep hadden de voor- en nametingen op zowel de CES-D als de DAS ingevuld. De procedure en de uitval zijn samengevat in figuur 2.

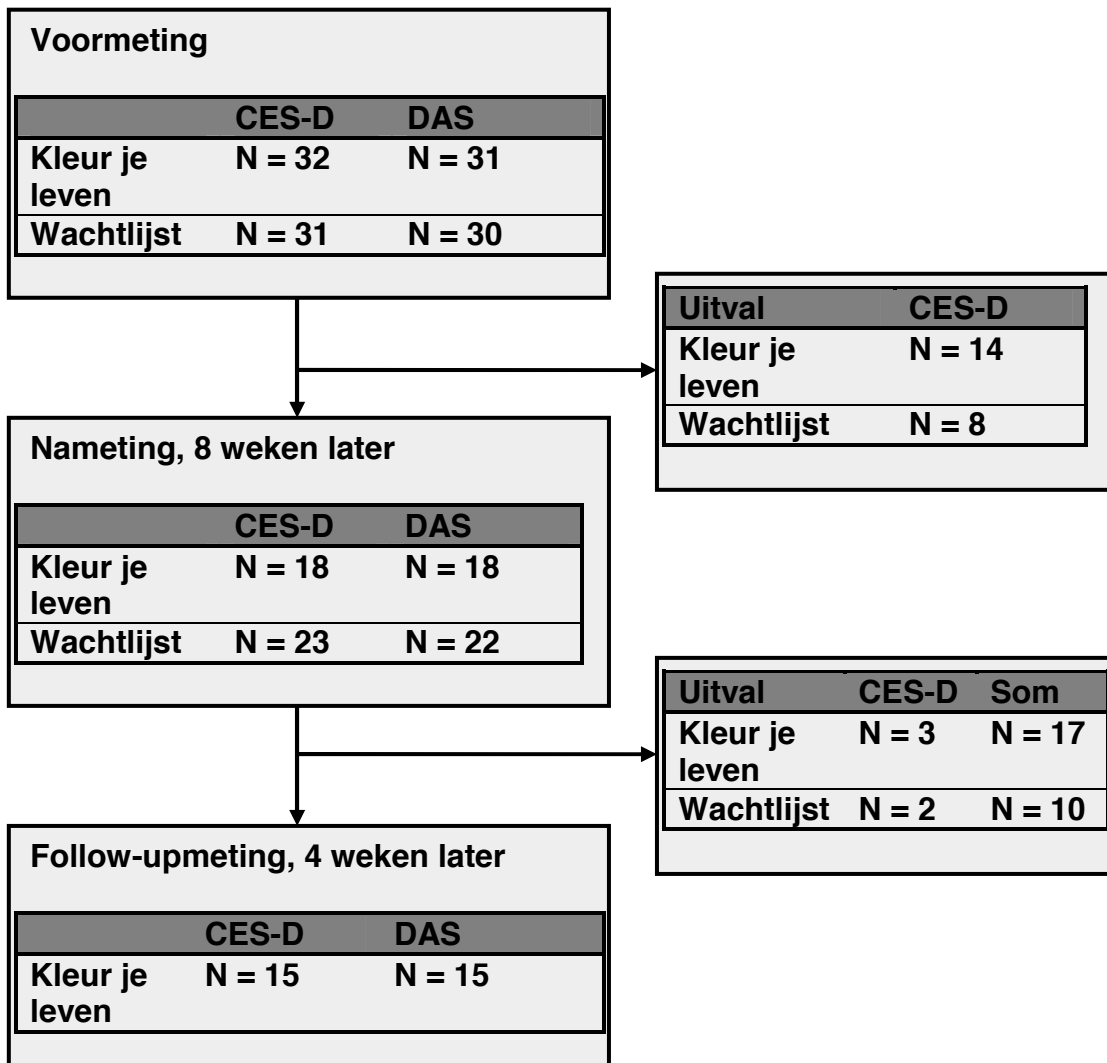
Om te onderzoeken of de groep die is uitgevallen verschilt in mate van depressiviteit ten opzichte van de groep die de nameting heeft ingevuld zijn deze groepen vergeleken met een independent sample t-toets. De groep uitvallers scoorde gemiddeld 34,3 op de CES-D, de niet-uitvallers scoorden gemiddeld 31,2. Dit verschil van 3,1 punten op de CES-D was niet significant, $p = .325$. Er is dus geen verband tussen de mate van depressiviteit bij aanvang van de cursus en de uitval.

Steekproef en verschillen tussen de condities

Aan het onderzoek hebben aanvankelijk 95 mensen meegedaan. 32 personen zijn toegewezen aan een groep die een andere cursus heeft ontvangen. Deze groep zal verder buiten beschouwing worden gelaten. In de voor dit onderzoek relevante groepen zaten 63 mensen, waarvan 23 mannen (36,5%) en 40 vrouwen (63,5%). De gemiddelde leeftijd was 42 jaar ($M = 42,3$, $SD = 12,1$), met een bereik van 20 tot 67. 15 personen (24,2%) vallen in de categorie 20-30 jaar, 29 (46,8%) in de categorie 26-50 jaar en 18 (29,0%) in de categorie 51 jaar en ouder.

Om de eerste hypothese te toetsen is allereerst getoetst of de Kleur-je-levengroep op bovenstaande kenmerken verschilt van de wachtlijstgroep. Hiervoor is een independent sample t-toets gebruikt. Op geen van kenmerken in tabel 1 is het verschil significant. Deze gegevens en de hoogst genoten opleiding zijn samengevat in tabel 1.

Figuur 2: Uitval



Tabel 1:

Demografische Gegevens Proefpersonen.

	Categorie	Kleur je leven	Wachtlijst	Significantie (p)
Sekse (N,%)	Man	14	9	.232
	Vrouw	18	22	
Leeftijd (N,%)	20-30 jaar	6	9	.056
	31-50 jaar	12	17	
	51 jaar en ouder	13	5	
Opleiding (N, %)	Basisschool	3	1	.676
	MAVO/VMBO	2	5	
	MBO	7	6	
	HAVO/WVO	3	6	
	HBO	11	9	
	WO	6	4	
CES-D (M, SD)	Voormeting	32,6	33,0	.818
DAS (M, SD)	Voormeting	152,2	157,7	.438

Effect cursus op depressieve klachten

De gemiddelden op de CES-D van de Kleur-je-levengroep en de wachtlijstgroep op de nameting zijn respectievelijk $M = 19,5$ en $M = 26,3$. In de Kleur-je-levengroep is de gemiddelde afname van de klachten $13,1$, in de wachtlijstgroep $6,7$. Om de gemiddelden op de nameting met elkaar te vergelijken is een independent sample t-toets gebruikt. Er is geen significant verschil tussen de twee nametingen op de CES-D, $t = -1.89$, $p = .066$. De effectsize is groot, $d = .60$. Gezien het kansniveau kan er gesproken worden van een trend.

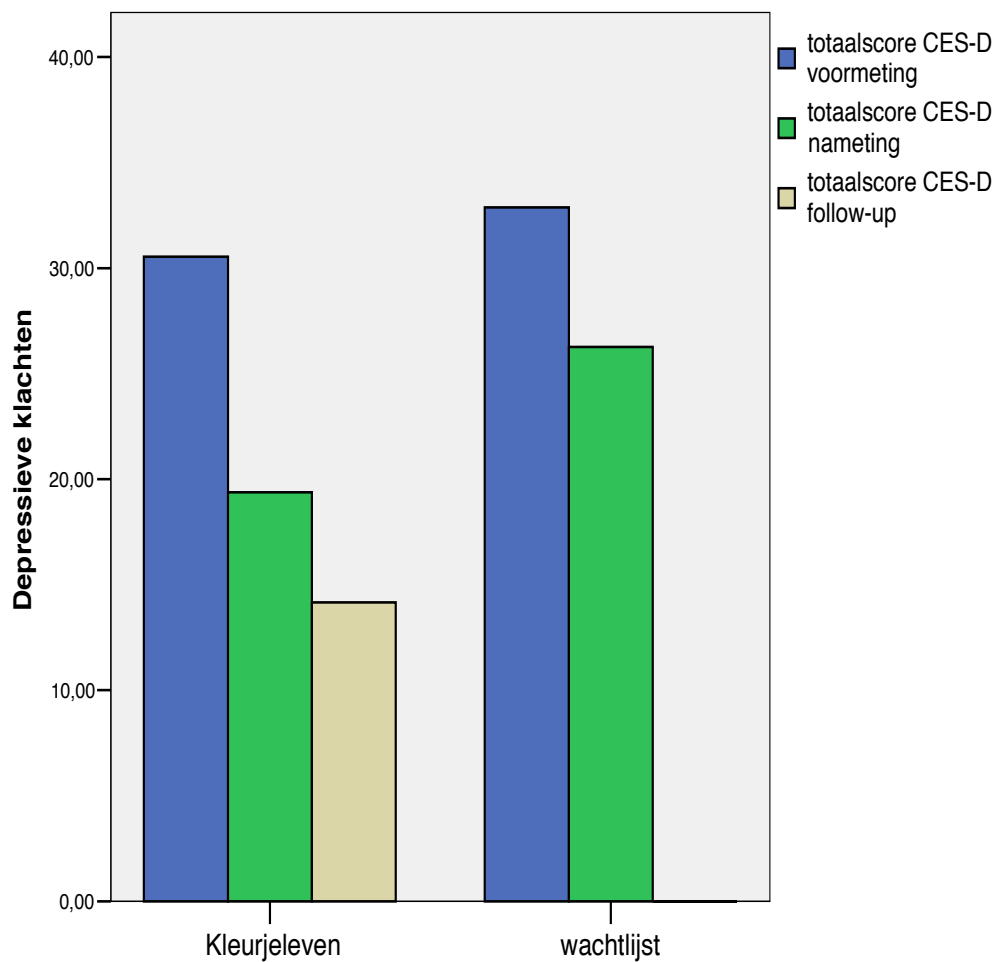
Tenslotte is de nameting met de follow-upmeting vergeleken binnen de Kleur-je-levengroep. Hiervoor is een paired sample t-toets gebruikt. Het verschil tussen deze metingen is significant, waarbij $M = -5,23$ (CES-D, T3-T2), $t = 2,09$, $p = 013$. De effect-size is gemiddeld, $d = -.54$. Tussen de nameting en de follow-upmeting nemen de depressieve klachten dus significant af. Bovenstaande resultaten zijn samengevat in tabel 2 en figuur 3.

Tabel 2:

Resultaten t-toetsen hypothese 1

	Kleur je leven M (SD)	WachtlIJst M (SD)	<i>p</i>	effect size
Voormetingen	32,6 (8,6)	33,0 (7,5)	.820	-
Nameting	19,5 (11,8)	26,3 (11,0)	.066	-.60
Follow-up	15,9 (14,8)	-	-	-
Follow-up - Nameting	-3,6	-	.013	-.54

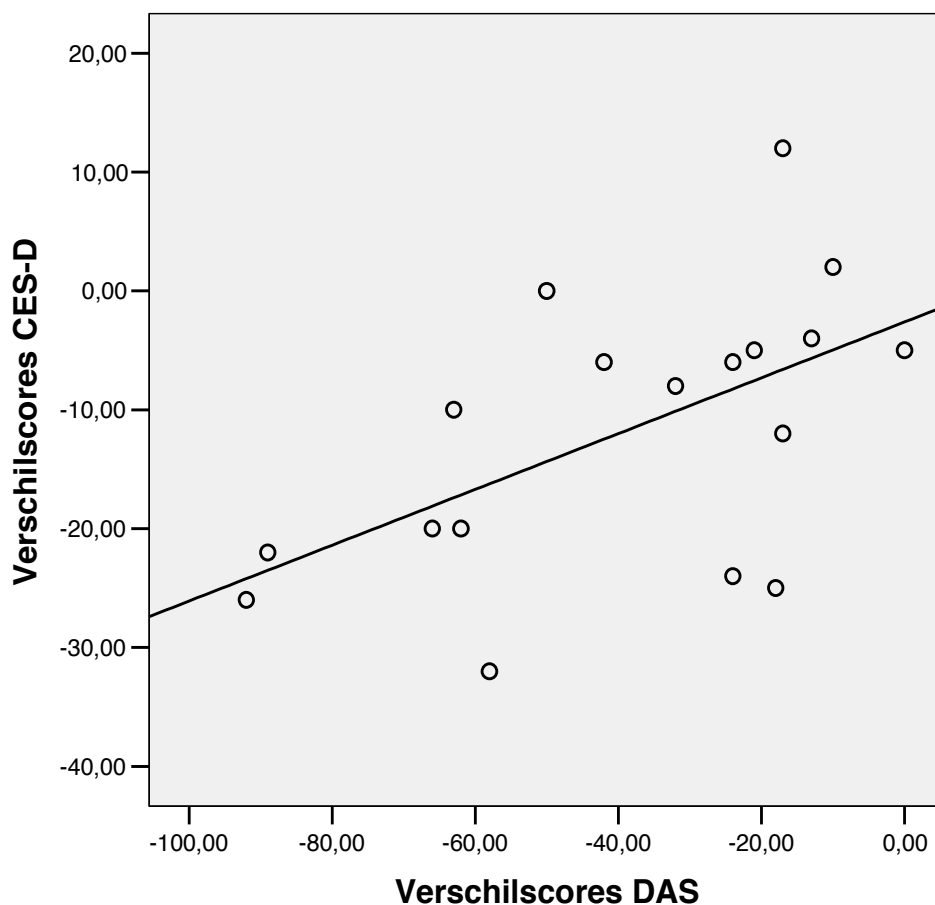
Figuur 3: Effect cursus op depressieve klachten



Relatie disfunctionele attitudes en depressie

Om de tweede hypothese te toetsen is bekeken of de verschillscores van de voor- en nameting op zowel de CES-D als op de DAS aan elkaar gecorreleerd zijn. Bij de Kleur-je-levengroep blijken deze verschillscores significant matig negatief gecorreleerd te zijn, $r = -.55$, $p = .017$. Dit suggereert dat bij deze groep de afname van depressieve klachten gepaard gaat met een afname van de disfunctionele attitudes. Bij de wachtlijstgroep is de correlatie tussen de verschillscores $r = .37$, $p = .084$. Deze correlatie is niet significant. De hypothese dat afname van depressieve klachten in de Kleur-je-levengroep gepaard gaat met een afname van de disfunctionele attitudes wordt aangenomen. Deze resultaten zijn samengevat in onderstaande figuur 4.

Figuur 4: Scatterplot correlatie depressie en disfunctionele attitudes Kleur-je-levengroep.

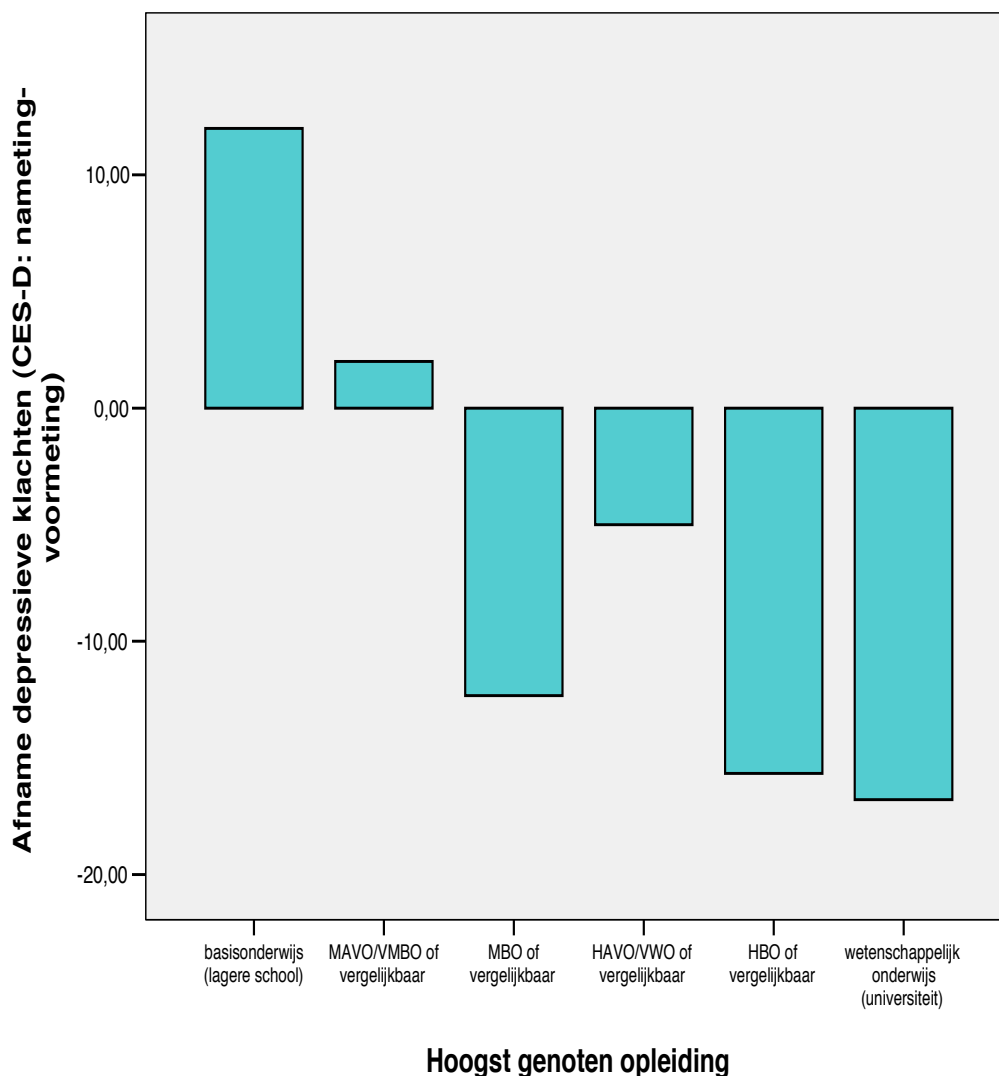


Noot: De verschillscores betreffen de nameting-voormeting.

Opleidingsniveau en effectiviteit

Er is getoetst of er een correlatie is tussen de hoogst genoten opleiding en de afname van depressieve klachten tussen de voor- en nameting. Deze correlatie is matig, $r = -.58$, $p = .013$. Deelnemers die een hogere opleiding hebben gevolgd, hadden meer baat bij de cursus om hun depressieve klachten te verminderen. De hypothese wordt aangenomen. De relatie tussen genoten opleiding en afname van depressieve klachten is duidelijk te zien in figuur 5.

Figuur 5: relatie tussen opleiding en afname depressieve klachten.



Discussie

Uitkomsten

De effectiviteit van de cursus wordt in dit onderzoek niet duidelijk. Wel kan er gesproken worden van een trend, omdat er de p -waarde .066 is. Daarnaast blijkt de effect-size groot te zijn, en de gemiddelde afname van de klachten in de steekproef substantieel. Door de p -waarde kan echter niet met zekerheid worden gezegd dat deze resultaten betekenis hebben. Wel vindt er tussen de cursus en de follow-upmeting nog een significante en grote verbetering van de klachten plaats.

Er is een matig positief verband tussen de afname van depressieve klachten en disfunctionele attitudes in de Kleur-je-levengroep, en niet in de wachtlijstgroep. Daarnaast hebben deelnemers met een hogere opleiding meer baat bij de cursus, uitgedrukt in de afname van depressieve klachten. De mate van depressiviteit bij aanvang van de cursus heeft geen invloed op de mate van uitval.

Mogelijke beperkingen

Werving

In het oorspronkelijke onderzoeksprotocol werd ervan uit gegaan dat er 300 respondenten geworven zouden kunnen worden. Uiteindelijk zijn dit 95 respondenten geworden. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de wervingsperiode korter was dan aanvankelijk gepland. Toch was de snelheid waarmee deelnemers geworven werden lager dan verwacht. De oorzaken hiervoor kunnen natuurlijk in de manier van werven liggen. Desalniettemin is het waardevol om naar andere mogelijke oorzaken te kijken. Deel van de relevantie van dit onderzoek berust op de aanname dat een internetcursus voor depressie laagdrempeliger is dan het bezoeken van een hulpverlener. De moeite om respondenten te werven kan een aanwijzing geven dat deze laagdrempeligheid overschat wordt. In de inleiding is een aantal redenen genoemd waarom een internetcursus laagdrempelig zou zijn. Wellicht zijn deze redenen minder belangrijke factoren in het besluit hulp te zoeken dan wordt aangenomen. Hierover kan in dit onderzoek alleen gespeculeerd worden. Om hier geldige uitspraken over te kunnen doen moet vervolgonderzoek gedaan worden. Dit

onderzoek zou grote relevantie kunnen hebben, omdat de laagdrempeligheid van dergelijke cursussen een groot deel van de meerwaarde boven reguliere therapie vertegenwoordigt.

Steekproef

De manier van werving kan ook invloed hebben gehad op de steekproef. Respondenten zijn geworven middels een advertentie in de krant. Het is goed mogelijk dat de populatie “krantenlezers” verschilt op relevante kenmerken van de beoogde “algemene” populatie, zoals intelligentie, opleidingsniveau en sociaal-economische status. (Kazdin, 2003)

Eenzelfde vertekening kan plaatsvinden doordat er gebruik wordt gemaakt van vrijwillige deelnemers. Mensen die zich vrijwillig aanmelden voor onderzoeken verschillen significant van niet-vrijwilligers op een aantal factoren. Zo zijn ze gemiddeld hoger opgeleid, hebben een hogere sociaal-economische status, zijn intelligenter en hebben een grotere behoefte aan sociale goedkeuring (Kazdin, 2003).

Wat betreft het opleidingsniveau wordt bij deze steekproef inderdaad een dergelijke vertekening geconstateerd: Ruim 50% van steekproef heeft HBO of hoger als hoogste opleiding, terwijl in 2004 29% van de Nederlandse bevolking tot die groep behoorde (www.nationaalkompas.nl, 2005).

Deze kenmerken kunnen bij een cursus als deze, waar een beroep wordt gedaan op zelfredzaamheid en ratio, de resultaten vertekenen. Een belangrijk onderdeel van cognitieve therapie is het begrijpen en kunnen toepassen van de theorie achter de therapie. Bij een internetcursus moet de proefpersoon deze kennis grotendeels zelf tot zich nemen. De verwachting is dan ook dat een hoger opleidingsniveau ertoe leidt dat de cursus effectiever lijkt dan hij zou zijn in de gemiddelde Nederlandse bevolking.

Uitval

In de voor deze hypotheses relevante condities zaten bij aanvang van de cursus 63 personen. 41 personen hebben de nameting ingevuld, 36 de follow-upmeting. Dit komt neer op respectievelijk 35% en 43% uitval. In een meta-analyse

door Spek et al (2006) van een aantal verschillende cognitieve internettherapieën zijn uitvalspercentages van 3-34% gevonden. De uitval in dit onderzoek is dus behoorlijk hoog.

De aanname dat de uitval samenhang met de mate van depressiviteit bij aanvang van de cursus is onjuist gebleken. Een meer ernstige depressie leidt niet tot meer uitval, zoals werd verwacht vanwege de aard van depressie.

Een alternatieve verklaring wordt geboden door het begrip “verwachtingen”. In een kwalitatieve studie naar de mening van patiënten over een zelfhulp cursus met minimale steun speelden verwachtingen een belangrijke rol (MacDonald, Mead, Bower, Richards & Lovell, 2007). Op een aantal punten werden er door de patiënten discrepanties ervaren tussen hun verwachtingen en de cursus. Allereerst bestond er bij patiënten onduidelijkheid over de betekenis van minimale steun. Hierdoor werd de mate van zelfstandigheid onderschat. Daarnaast hadden veel proefpersonen verwacht dat er meer ruimte zou zijn om over persoonlijke problemen te praten. Het gebrek aan deze mogelijkheid werd als een beperking ervaren. Patiënten hadden qua resultaten meer verwacht van de zelfhulpcursussen. Er werd wel vooruitgang geboekt, maar vaak minimaal en niet langdurig. Een laatste belangrijk punt dat als beperking werd ervaren was de insteek van de cursus. Waar patiënten vaak zochten naar een verklaring voor hun problemen, richtte de cursus zich meer op de huidige klachten.

Deze kritiekpunten van patiënten zijn gemakkelijk te vertalen naar de cursus Kleur Je Leven. Ook bij deze cursus wordt van mensen veel eigen inzet verwacht en wordt er geen inhoudelijke steun gegeven. De steun beperkt zich tot feedback over de manier waarop het huiswerk is gemaakt. De beperkte ervaren effectiviteit van de cursus om depressieve klachten te verminderen, zoals die ook blijkt uit de resultaten op de eerste hypothese, kan ook een reden zijn geweest voor mensen om te stoppen. Tenslotte richt ook deze cursus zich op huidige klachten en manieren om daarmee om te gaan. Het is mogelijk dat proefpersonen een aanpak hadden verwacht die zich meer op oorzaken had gericht.

De discrepantie tussen verwachtingen van patiënten en het aanbod van cursus in het onderzoek van MacDonald et al (2007) kan een verklaring bieden voor het hoge uitvalspercentage in dit onderzoek.

Betekenis resultaten

In de eerste instantie lijkt de effectiviteit van cursus niet voldoende bewezen. De nametingen van de Kleur-je-levengroep en de wachtlijstgroep verschillen net niet significant van elkaar. Wel lijkt er sprake te zijn van een trend, gezien de p -waarde van .07. Ook is de afname van depressieve klachten tussen de voormeting en de nameting aanzienlijk. Daarnaast nemen de klachten tussen de nameting en de follow-upmeting nog verder af. De hoge effect-size doet vermoeden dat de cursus wel effect heeft op depressieve klachten, die niet bewezen is door de net iets te hoge p -waarde.

De hoge p -waarde wordt wellicht veroorzaakt door de grote uitval, en daarmee samenhangend, het beperkte aantal deelnemers op de nameting. De uitval kan ook andere effecten hebben, zoals een vertekening door selectieve uitval.

De waargenomen afname kan wellicht verklaard worden door spontaan herstel. Het is mogelijk dat tijdens de onderzoeksperiode de depressieve klachten van deelnemers door andere oorzaken dan de cursus zijn verlicht. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan belangrijke levensgebeurtenissen en andere therapieën.

Het gebrek aan een significant verschil tussen de nametingen van de Kleur-je-levengroep en de wachtlijstgroep kan te maken hebben met een ontwikkeling bij de wachtlijstgroep. Deelnemers die in de wachtlijstgroep zaten waren vrij om andere therapieën te volgen. Of de deelnemers uit deze groep andere behandelingen hebben gehad, is niet bekend. Als dit het geval is, kan dat grote consequenties hebben voor de interpreteerbaarheid van de resultaten. Wanneer een aanzienlijk deel van de wachtlijstgroep een behandeling heeft gevolgd tussen de voor- en nameting, is het verschil tussen de nametingen meer een vergelijking tussen behandelingen dan een effectiviteitsonderzoek.

De afname tussen de nameting en de follow-upmeting is interessant, omdat dit mogelijk aangeeft dat een eventueel effect van de cursus blijvend is, of zelfs versterkt na verloop van tijd. Dat er op de follow-upmeting in de Kleur-je-levengroep een afname van depressieve klachten is ten opzichte van de nameting, kan aangeven dat het in de cursus gaat om vaardigheden die na meer oefening meer effect sorteren. Tussen de nameting en de follow-upmeting zitten 4 weken waarin de proefpersoon

geoefend kan hebben met de vaardigheden die hij of zij in de cursus geleerd heeft. In dit meest optimistische scenario heeft de cursus een toenemend positief effect, en is dus effectiever op lange termijn. Deze mogelijkheid kan onderzocht worden in een onderzoek waarin één of meer follow-upmetingen later dan 4 weken na het eindigen van de cursus plaatsvinden.

Natuurlijk is het ook mogelijk dat deelnemers na de cursus Kleur je Leven een andere behandeling zijn gaan volgen, of dat andere gebeurtenissen in hun leven tot verbetering hebben geleid.

De hoge effect-size en forse afname van de klachten leidt tot de conclusie de hypothese met betrekking tot de effectiviteit niet te verwerpen, ook al zijn de resultaten niet significant. De sterke afname van depressieve klachten vraagt om verder onderzoek, zodat meer uitsluitsel kan worden gegeven over de werkzaamheid van de cursus. Hierbij zouden de resultaten meer informatie kunnen opleveren als de wachtlijstgroep geen andere interventies ondergaat. Ook kan het verder in kaart brengen van factoren die spontaan herstel bevorderen meer duidelijkheid geven over de effectiviteit van de cursus. Voorlopig moet echter geconcludeerd worden dat dit onderzoek geen steun biedt voor de effectiviteit van minimale interventies via internet.

Disfunctionele attitudes, opleidingsniveau en depressiviteit

Uit de resultaten komt naar voren dat een grotere afname van disfunctionele attitudes verband houdt met een grotere afname van depressieve klachten. Dit resultaat kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden.

Het is mogelijk dat de vermindering van disfunctionele attitudes ervoor zorgt dat depressieve klachten afnemen. Zoals eerder aangegeven heeft de inhoud van de disfunctionele attitudes bij een depressie vaak betrekking op een negatief zelfbeeld en gedachten over schuld/schaamte. Het verminderen van dergelijke gedachten kan een directe invloed hebben op de stemming. Daarnaast is vermindering van disfunctionele attitudes nu juist het aangrijppunt bij cognitieve therapie. Deze therapie wordt momenteel beschouwd als de meest effectieve therapie tegen depressie. Het ligt daarom voor de hand te veronderstellen dat het onderdeel waarop cognitieve therapie zich onderscheidt ook het werkzame onderdeel is.

Een andere verklaring voor deze resultaten is dat er een derde factor ten grondslag ligt aan de afname van disfunctionele attitudes en depressieve klachten,

namelijk depressie. De hypothese veronderstelt dat er een onderscheid is tussen disfunctionele attitudes en depressieve klachten. In feite zijn disfunctionele attitudes bij depressie juist de klachten, maken dus deel uit van de depressie. Een afname van depressie vertaalt zich in een afname van depressieve klachten, en dus mogelijk ook van disfunctionele attitudes. Deze overlap tussen de twee concepten is terug te zien in de CES-D. Deze lijst bestaat voor een aanzienlijk deel uit vragen die geïnterpreteerd kunnen worden als disfunctionele attitudes. Een voorbeeld hiervan is de vraag “(De afgelopen week...)...vond ik mijn leven een mislukking.” Dit is een typische disfunctionele attitude zoals die voorkomt bij depressie. De aanwezigheid van deze vragen in de CES-D kan gezien worden als overlap tussen de CES-D en de DAS. Het is te verwachten dat overlap in vragenlijsten zich vertaalt in een correlatie. Zo bezien betekent de gevonden correlatie niets meer dan een correlatie tussen twee vragenlijsten, zonder verdere betekenis voor de invloed van de cursus.

Om deze bedenkingen te weerleggen is de relatie tussen de verschillcores ook getoetst in de wachtlijstgroep. Hier bleek de correlatie niet significant te zijn. In de wachtlijstgroep gaat de verlichting van depressieve klachten dus niet samen met afname van disfunctionele attitudes. Dit wekt de suggestie dat afname van depressieve klachten in de Kleur-je-levengroep veroorzaakt wordt doordat er minder disfunctionele attitudes zijn. Immers, nemen in de Kleur-je-levengroep de disfunctionele attitudes af, dan nemen de depressieve klachten ook af. Andersom geldt niet, want in de wachtlijstgroep nemen de disfunctionele attitudes niet af als de depressieve klachten afnemen. Hiermee lijkt het aanpakken van disfunctionele attitudes de werkzame factor te zijn in de cursus Kleur je Leven. Dit biedt steun voor de cognitieve theorie, waarin disfunctionele attitudes centraal staan. Cognities blijken dus eens te meer een goed aangrijpingspunt voor behandeling van depressie te zijn.

Enige reserve is echter wel op zijn plaats. De duidelijke relatie tussen opleiding en effectiviteit van de cursus suggereert dat een zekere mate van intelligentie nodig is om baat te hebben bij een minimale cognitieve interventie via internet. Voor hoog opgeleide personen lijkt een internetcursus geschikt. Of dit ook geldt voor personen die bijvoorbeeld alleen basisschool hebben gehad, lijkt twijfelachtig. Het ligt voor de hand dat het beroep dat wordt gedaan op cognitieve vermogens hier debet aan is. Bovengenoemde relatie roept de vraag op of een lage intelligentie een contra-indicatie zou moeten zijn voor andere cognitieve therapieën. Het voordeel van een face-to-facetherapie is wel dat de therapeut het niveau kan

aanpassen aan de patiënt. Toch is voor cognitieve therapie een zeker abstractievermogen en relativiseringsvermogen nodig; bepaalde aspecten van een situatie moeten volgens bepaalde kenmerken in de categorieën gebeurtenis-gedachte-gevoel worden geplaatst, en mentaal worden bewerkt. Gedachten moeten kritisch worden bekeken, gebeurtenissen moeten van verschillende kanten worden belicht. Het is maar zeer de vraag of mensen met een lagere intelligentie dat zelfstandig kunnen in een cursus als Kleur je Leven.

Praktijk

Minimale interventies kunnen een belangrijke rol gaan spelen in de klinische praktijk. Op het moment van het schrijven van dit onderzoeksverslag is de cursus Kleur Je Leven al geïmplementeerd. In de geestelijke gezondheidszorg (GGz) spelen op dit moment effectiviteit, financiering en efficiëntie een grote rol. Op twee manieren kunnen dergelijke interventies een rol spelen.

Ten eerste kunnen minimale interventies een mogelijk effectieve behandeling zijn voor lichte tot matige psychosociale klachten. Het voordeel dat deze interventies bieden, naast de voordelen voor patiënten, is simpelweg dat ze goedkoop zijn. Een hulpverlener kan veel meer mensen hulp bieden in de vorm van ondersteuning bij een verder gestandaardiseerde cursus, voor veel minder geld, dan bij een reguliere behandeling. De genoemde standaardisering sluit goed aan bij de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) die tegenwoordig nodig zijn om financiering te krijgen.

Minimale interventies als Kleur je Leven passen goed in het stepped-caremodel, waarin patiënten de interventie krijgen aangeboden die voldoende is voor hun hulpvraag. Na constatering van de aanwezigheid van depressieve klachten kan een patiënt dan eerst verwezen worden naar de cursus. Blijkt dit voldoende, dan is met een relatief goedkope interventie een patiënt geholpen. Mocht de cursus niet voldoende zijn, dan kan de patiënt verder verwezen worden binnen de GGz. Door de manier van aanbieden kunnen veel mensen bereikt worden voor wie een stap naar een psycholoog te groot is.

Er is al een aantal suggesties genoemd voor vervolgonderzoek. Om te beginnen vragen de gemengde resultaten met betrekking tot de effectiviteit van de cursus om verder onderzoek naar de werkzaamheid.

Daarnaast is het raadzaam te onderzoeken of dergelijke cursussen inderdaad zo laagdrempelig zijn, en hoe deze drempel zo mogelijk nog verlaagd kan worden.

Gezien de ernst en prevalentie van depressie, het lage percentage hulpzoekers en de recente ontwikkelingen in de GGZ is het van belang om deze onderzoeken op korte termijn plaats te laten vinden, zodat de werkzaamheid van deze en andere internetcursussen verbeterd kan worden.

Conclusie

De effectiviteit van de cursus Kleur je Leven in het verminderen van depressieve klachten is na dit onderzoek nog onduidelijk. De forse vermindering van klachten die zichtbaar is, nodigt echter wel uit tot verder onderzoek. De consequenties van de beperkingen van dit onderzoek en de forse uitval geven aanwijzingen voor mogelijke verbeteringen in vervolgonderzoek.

Disfunctionele attitudes lijken de werkzame factor te zijn in de cursus. Het opleidingsniveau is een belangrijke factor bij de cognitieve behandeling van depressie. Minimale interventies volgens het cognitieve model lijken daarom toch de aangewezen methode om aan de eisen van hedendaagse gezondheidszorg te voldoen. Dit lijkt echter niet op te gaan voor mensen met een lagere opleiding.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: APA.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*; 187: 456-461
- Barge-Schaapveld, D.Q.C.M., Nicolson, N.A., Berkhof, J., deVries, M.W. (1999). Quality of life in depression: daily life determinants and variability. *Psychiatry Research*; 88: 173-189
- Beck, J. (2005) *Basisboek Cognitieve Therapie*. Houtvangers, Baarn.
- Beevers, C.G., Strong, D.R., Meyer, B., Pilkonis, P.A., Miller, I.W. (2007). Efficiently assessing negative cognition in depression: an item response theory analysis of the dysfunctional attitude scale. *Psychological Assessment*; 19: 199-209
- Beevers, C.G., Wells, T.T., Miller, I.W. (2007). Predicting response to depression treatment: the role of negative cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 75: 422-431
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 50: 2453-2460
- Blumenthal, R., Endicott, J. (1997) Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and Anxiety*; 4: 273-278
- Bouma, J., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Van Sonderen, Eric. (1995) *Het meten van symptomen van depressie: een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of behavioural therapy and experimental psychiatry*; 28: 139-147
- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. (2007) Economic costs of minor depression: a population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 115: 229-236
- Colby, K.M. (1995). Clinical Computing: A computer program using cognitive therapy to treat depressed patients. *Psychiatric Services*; 46: 1223-1225
- Eshun, S. (2000). Role of gender and rumination in suicide ideation: A comparison of college samples from Ghana and the United States. *Cross-Cultural Research*; 34: 250-263

- Gega, L., Marks, I., Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology; 60: 147-157*
- Glied, S., McCormack, S., Neufeld, A. (2003) Women with depression: financial barriers to access. *Professional Psychology: Research and Practice; 34: 20-25*
- Gould, R.A., Clum, G.A., (1993). A meta-analysis of self-help treatment approaches. *Clinical Psychology Review; 13: 169-186*
- Jamison, C., Scogin, F. (1995). Outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *Journal of Counseling and Clinical Psychology; 63: 644-650*
- Jarrett, R.B., Vittengl, J.R., Doyle, K., Clark, L.A. (2007). Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology; 75: 432-446*
- Kazdin, A.E. (2003) *Research design in clinical psychology*. Allyn & Bacon, Boston.
- Knight, R.G., Williams, S., McGee, R., Olaman, S. (1997). Psychometric properties of the centre for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in a sample of women in middle life. *Behaviour Research and Therapy; 35: 373-380*
- Matthews, J.D., Fava, M. (2000). Risk of suicidality in depression with serotonergic antidepressants. *Annals of Clinical Psychiatry; 12: 43-50*
- McDonald, W., Mead, N., Bower, P., Rochards, D., Lovell, K. (2007). A qualitative study of patients' perceptions of a 'minimal' psychological therapy. *International Journal of Social Psychiatry; 53: 23-35*
- McKendree-Smith, N., L., Floyd, M., Scogin, F.R. (2003). Self-administered treatments for depression: a review. *Journal of Clinical Psychology; 59: 275-288*
- Mojtabai, R., Olfson, M., Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry; 59: 77-84*
- Nelson, L.D., Stern, S.L., Cicchetti, D.V. (1992). The Dysfunctional Attitude Scale: How well can it measure depressive thinking? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment; 14: 217-223*
- Nolen, W.A., Koerselman, G.F. (2000). Stemmingstoornissen. In Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (Ed.) *Handboek Psychopathologie, Deel 1 Basisbegrippen* (pp. 175-209). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ormel, J., Bartel, M., Nolen, W.A. (2003) Onderbehandeling bij depressie; oorzaken en aanbevelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 147: 1005-1009*

Otto, M.W., Teachman, B.A., Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonis, A.F., Harlow, B.L. (2007) Dysfunctional attitudes and episodes of major depression: predictive validity and temporal stability in never-depressed, depressed, and recovered women. *Journal of Abnormal Psychology*; 116: 475-483

Robinson, L.A., Berman, J.S., Neimeyer, R.A. (1990) Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Review*; 108: 30-49

Smith, N.M., Floyd, M.R., Scogin, F., Jamison, C.S. (1997). Three-year follow-up bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 65: 324-327

Spek, V., Cuijpers, P., Nykliček, I., Riper, H., Keyzer, J., Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*; 37: 319-328

Stewart, A.L., Greenfield, S., Hays, R.D., Wells, K., Rogers, W.H., Berry, S.D., McGlynn, E.A., Ware Jr, J.E. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*; 262:

Stutzke, T., Aitken, L., Stout, C. (1997). Maximizing treatment outcome in managed care: a useful technological adjunct. *The Independent Practitioner*; 17: 448-455

Trivedi, M.H., Rush, A.J., Wisniewski, S.R., Warden, D., McKinney, W., Downing, M., Berman, S.R., Farabaugh, A., Luther, J.F., Nierenberg, A.A., Callan, J.A., Sackeim, H.A. (2006). Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: A STAR*D report. *Journal of Clinical Psychiatry*; 67: 185-195

Verweij, A., Lucht, F. van der (2005) Scholing en opleiding samengevat.
www.nationaalkompas.nl