

Zijn klachtgerichte mini-interventies voor slapen, stress en piekeren een aanwinst voor depressiepreventie?

Resultaten van een pilot met voor- en nameting

Marion Spijkerman,¹ Marijke Ruiters,¹ Barbara Conijn,¹ Jeannet Kramer,¹ Brigitte Boon,¹ Agnes van der Poel¹

Onderzoek laat zien dat het bereik van depressiepreventie aanzienlijk achterblijft bij bevolkingsgroepen met een lagere sociaal-economische status (SES). Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een alternatief concept: klachtgerichte mini-interventies (KMIs). In dit artikel beschrijven we de uitkomsten van drie KMIs gericht op achtereenvolgens slapen, stress en piekeren. Verder identificeren we subgroepen van de Nederlandse bevolking die potentieel baat hebben bij deze interventies met speciale aandacht voor groepen met een lagere SES. In een totale onderzoekspopulatie van 135 volwassenen die hebben deelgenomen aan één van de drie KMIs, is tweemaal een vragenlijst afgenomen om niveaus van welbevinden, depressie, angst, slaapklachten, stress en piekeren te meten, één voor aanvang en één drie maanden na de start van de cursus. Alle interventies laten verbeteringen zien op de specifieke klachten waarop zij gericht zijn (slaap-, stress- of piekerklachten). Een afname van depressieve klachten en stress werd geobserveerd bij alle cursussen. De data tonen verder demografische verschillen in de impact van de interventies gebaseerd op geslacht, opleiding, leeftijd en het hebben van een betaalde baan. Voorzichtig concluderen we dat KMIs kunnen bijdragen aan het verminderen en voorkomen van depressie, ook onder lage SES groepen. Op basis van de resultaten van deze pilot verdient het aanbeveling om een gerandomiseerde gecontroleerde trial uit te voeren om te testen in hoeverre de gemeten effecten daadwerkelijk toegeschreven kunnen worden aan de interventies.

Trefwoorden: depressie, preventie, klachtgericht, interventie

INLEIDING

Depressie is de meest voorkomende psychische aandoening in Nederland. In 2009 hadden 546.500 volwassenen van 18-64 jaar een depressieve stoornis in Nederland.¹ Daarnaast zijn er jaarlijks circa 1,1 miljoen mensen met een subklinische depressie – mensen die wel last hebben van depressieve klachten maar niet voldoen aan de diagnostische criteria.² Gezien de omvangrijke ziektelast en de maatschappelijke kosten die hieraan verbonden zijn is het dan ook niet verwonderlijk dat Nederland de afgelopen jaren fors heeft geïnvesteerd in depressiepreventie. 'Grip op je dip', 'Kleur je leven' en 'In de put, uit de put' zijn slechts enkele voorbeelden van het scala aan interventies gericht op depressie die de geestelijke gezondheidszorg heeft voortgebracht.^{3,4}

Hoewel gangbare interventies voor depressiepreventie,

op basis van cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en oplossingsgerichte therapie, bewezen effectief zijn en het risico op het ontwikkelen van een depressie met 20 tot soms zelfs 50% verlagen,⁵⁻⁹ blijft het bereik hiervan aanzienlijk achter bij bevolkingsgroepen met een lagere sociaal-economische status (SES; laag opleidingsniveau, laag inkomen, geen betaalde baan) waar de prevalentie van depressie het hoogst is.¹

Dit vormde de aanleiding voor de ontwikkeling van een alternatief concept binnen de depressiepreventie, klachtgerichte mini-interventies afgekort als KMIs. Dit zijn groepsinterventies van drie tot maximaal zes bijeenkomsten die gericht zijn op veelvoorkomende klachten die aantoonbaar samenhangen met depressie.¹⁰ Voorbeelden van zulke klachten zijn slaapklachten, stress, spanningsklachten, piekeren en somberheid.¹⁰ Dergelijke klachten veroorzaken niet alleen individueel lijden, maar brengen ook veel kosten met zich mee. Het gaat dan

¹ Trimbos-instituut, Utrecht

zowel om zorgkosten als om kosten vanwege een minder productieve inzet, bijvoorbeeld in het arbeidsproces.

Uitgangspunt van de KMI's is dat mensen door het volgen van afzonderlijke, klachtgerichte modules actief leren met hun klachten om te gaan, mede doordat zij zelf prioriteiten kunnen stellen bij het aanpakken van klachten. De verwachting is dat deze interventies toegankelijker zijn voor lage SES groepen, die met de klassieke depressiepreventie onvoldoende bereikt worden, aangezien de behandeling direct op de klacht gericht is waarmee men zich presenteert, waardoor men zich eerder gehoord voelt.¹⁰ Door hun kortere tijdspanne vragen deze interventies bovendien minder motivatie en discipline om de interventie te voltooien.¹⁰ Een overweging vanuit de praktijk daarbij is dat korte interventies minder kostbaar zijn om uit te voeren en beter passen in de te verwachten kortingen op het aantal door de zorgverzekeraar toegestane sessies.

Recentelijk heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met de werkgroep Modulair Werken van het Platform Preventie Depressie en Angst (PPDA) (noot a) een drietal KMI's ontwikkeld die gebaseerd zijn op bestaande interventies voor de preventie van depressieve en angststoornissen. Uit de bestaande interventies zijn modules uitgelicht die afzonderlijk gevolgd kunnen worden. In elk van de drie KMI's staat een specifieke klacht centraal die veel voorkomt bij mensen met een depressie, te weten slaapproblemen, stress en piekeren. Focusgroepen met volwassenen met een lagere SES bevestigen dat dit klachten zijn waarmee zij zich vaak presenteren bij de huisarts.¹¹ De drie KMI's zijn: 1) *Beter slapen doe je zo*, gericht op het voorkomen en verminderen van (chronische) slapeloosheid;¹² 2) *Minder stress*, gericht op het voorkomen of verminderen van overmatige stress;¹³ en 3) *Minder piekeren*, gericht op het verminderen van piekergedrag.¹⁴ Vaste onderdelen zijn informatie over de klacht (psycho-educatie), toepassing van verklarings- en oplossingsmethoden op de eigen klachten, het leren van basisvaardigheden om de klachten aan te pakken, en het uitvoeren van oefeningen zowel tijdens de cursus als thuis. De werkwijze is deels gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken.

Met een 'one-group pretest posttest design' is onderzocht in hoeverre de drie KMI's de potentie hebben om depressie te verminderen onder de Nederlandse bevolking en lage SES groepen in het bijzonder. Het onderzoek is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hoofdoelen waren 1) inzicht verkrijgen in de mogelijke effecten van de KMI's op ni-

Kernpunten

- In het kader van depressiepreventie, zijn drie klachtgerichte mini-interventies ontwikkeld gericht op beter slapen, minder stress en minder piekeren.
- Het gaat om korte groepsinterventies (drie tot zes bijeenkomsten) gericht op veelvoorkomende klachten die aantoonbaar samenhangen met depressie.
- De interventies hebben een positief effect op de klachten en dragen bij aan het verminderen van depressieve klachten, ook in lage SES groepen.
- Een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) is nodig om te testen in hoeverre de effecten daadwerkelijk toegeschreven kunnen worden aan de interventies.

veaus van welbevinden, depressieve en angstklachten, slapen, stress en piekeren, en 2) het identificeren van subgroepen van de Nederlandse bevolking die potentieel baat hebben bij deze interventies. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten gepresenteerd.

METHODE

Werving en respondenten

In april-juli 2012 zijn de cursussen 'Beter slapen doe je zo', 'Minder stress' en 'Minder piekeren' respectievelijk elf, vijf en vijftien keer uitgevoerd door elf instellingen in de (preventieve) geestelijke gezondheidszorg. Deelnemers werden geworven via de werkgroep PPDA. Alle personen van achttien jaar en ouder (n=172) die deelnamen aan één van de drie KMI's werden tijdens een intakegesprek gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij werden via een brief geïnformeerd over de inhoud van het onderzoek. Deelnemers ondertekenden een toestemmingsverklaring waarmee zij aangaven kennis te hebben genomen van en in te stemmen met deelname aan het onderzoek.

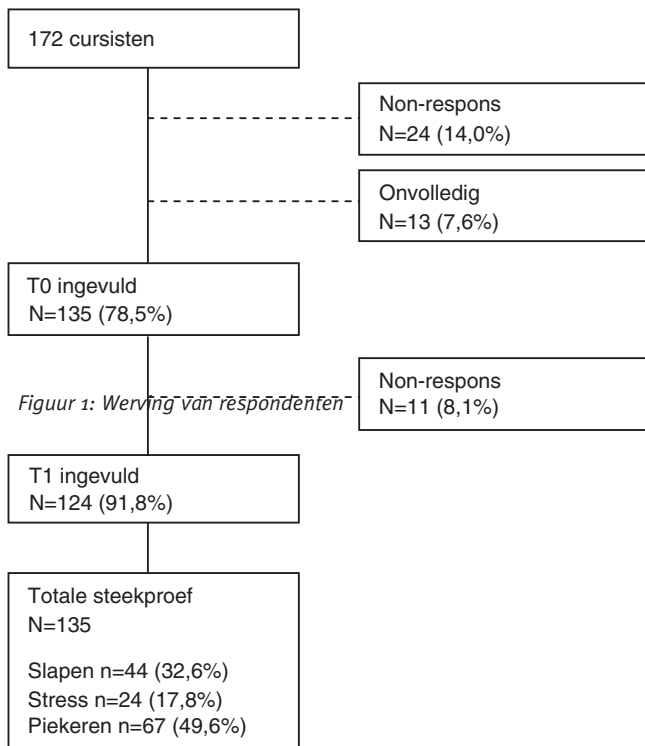
Onder de deelnemers is tweemaal een vragenlijst afgenomen om niveaus van welbevinden, depressieve en angstklachten, slaapproblemen, stress en piekeren te meten. Alle personen die zijn gestart met de cursus en de eerste vragenlijst (grotendeels) hebben ingevuld, zijn meegenomen in de analyses ongeacht of zij alle bijeenkomsten hebben bijgewoond of vroegtijdig zijn gestopt. De eerste vragenlijst is afgenomen voor aanvang van de cursus (T0) en werd volledig ingevuld door 135 deelnemers (78,5%). Drie maanden na de start van de cursus kregen de T0-deelnemers de tweede en grotendeels identieke vragenlijst thuis gestuurd inclusief een antwoordenvolp (T1). Deze lijst werd door 124 personen (91,8%) tijdig geretourneerd. Dit resulteerde in een totale onderzoekspopulatie van 135 personen waarvan elf personen alleen de T0-vragenlijst hebben ingevuld en het overige deel beide vragenlijsten heeft ingevuld (Figuur 1).

Van 70% van alle deelnemers (n=95) is bekend dat zij bij alle bijeenkomsten zijn geweest en van 21,5% (n=29) is bekend dat zij bijeenkomsten hebben gemist. Meestal gaat het om één gemiste bijeenkomst (n=16).

Meetinstrumenten

De vragenlijst is samengesteld uit de volgende onderdelen.

Mentaal welbevinden. De Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)¹⁵ bestaat uit veertien stellingen over subjectief welzijn en psychologisch functioneren (5-puntsschaal van 'nooit' tot 'altijd'). Scores variëren tussen 14 en 70, waarbij een hogere score duidt op



Figuur 1: Werving van respondenten

hoger welbevinden. De interne validiteit is goed met een Cronbach's alfa () van 0,89 en 0,91.¹⁵ In de huidige studie is die eveneens hoog met $\alpha=0,89$ en $\alpha=0,93$ voor de voor- en nameting.

Depressie. De Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)¹⁶ bestaat uit 20 items over depressieve klachten (4-puntsschaal van 'zelden of nooit' tot 'meestal of altijd'). Scores variëren tussen 0 en 60 waarbij een hogere score wijst op meer depressieve symptomen; een score van 16 of hoger wordt beschouwd als klinisch relevant. De interne validiteit is goed met α tussen de 0,79 en 0,92,¹⁶ en met $\alpha=0,92$ en $\alpha=0,93$ voor de voor- en nameting geldt dat ook voor de huidige studie.

Angst. De Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)¹⁷ bestaat uit zeven items over gevoelens van angst, nervositeit en gespannenheid (4-puntsschaal). Scores variëren van 0 tot 21, waarbij een score van 10 of hoger wijst op een klinisch relevant niveau van angstklachten. De GAD-7 heeft met $\alpha=0,92$ een goede interne validiteit.¹⁷ In de huidige studie is die ook goed met $\alpha=0,88$ en $\alpha=0,91$ voor de voor- en nameting.

Slaapproblemen. De Jenkins Sleep Evaluation Questionnaire (JSEQ)¹⁸ bestaat uit vier items over de mate en aard van slaapproblemen (6-puntsschaal van 'helemaal niet' tot '22-31 dagen'). Scores variëren van 0 tot 20 waarbij een hogere score duidt op meer slaapproblemen. De interne validiteit is goed met $\alpha=0,79$.¹⁸ Voor dit onderzoek is de JSEQ in het Nederlands vertaald door de onderzoekers en een 'native speaker'. De interne validiteit van de vertaalde schaal is goed met $\alpha=0,86$ en $\alpha=0,88$ voor de voor- en nameting.

Stress. De Perceived Stress Scale (PSS10)¹⁹ bestaat uit

tien items over de ervaring van stress in het dagelijks leven (5-puntsschaal van 'nooit' tot 'erg vaak'). Scores variëren van 0 tot 40, waarbij hogere scores duiden op een hogere mate van stress. De interne validiteit is goed met $\alpha=0,78$.²⁰ In de huidige studie is die eveneens hoog met $\alpha=0,87$ en $\alpha=0,90$ voor de voor- en nameting.

Piekeren. De Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)²¹ bestaat uit elf stellingen die de mate van piekeren meten (5-puntsschaal van 'helemaal niet kenmerkend' tot 'erg kenmerkend'). Scores variëren van 11 tot 55, waarbij een hogere score staat voor meer piekeren.²² In de huidige studie is de interne validiteit hoog met $\alpha=0,92$ en $\alpha=0,93$ voor de voor- en nameting.

Achtergrondinformatie. Enkele demografische kenmerken zijn uitgevraagd: leeftijd, geboorteland, geslacht, opleiding, woonsituatie en werksituatie. Verder is gevraagd naar de duur en de ernst van de klachten waarvoor deelnemers de cursus volgen, en of deze cursus onderdeel is van een behandeling bij een GGZ-instelling of huisarts.

Evaluatievragen. Als laatste zijn enkele evaluatievragen geïnccludeerd die betrekking hebben op onder andere de omgang met klachten en klachtreductie.

Statistische analyses

De resultaten zijn geanalyseerd met het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 19. Frequentieverdelingen zijn gebruikt om demografische kenmerken van de onderzoekspopulatie te beschrijven en klachtenniveaus bij de T0-meting in kaart te brengen.

Een one-way analysis of variance (ANOVA) is gedaan om te zien of er significante verschillen zijn in gemiddelde scores op slaapproblemen, piekeren en stress op basis van het cursusthema (tweezijdig getoetst, $p<0,05$). Vervolgens is een Tukey post-hoc test gebruikt om te kijken welke cursusgroepen van elkaar verschillen.

Pearson's correlatie coëfficiënten (tweezijdig getoetst, $p<0,05$) gaven inzicht in de correlaties van achtereenvolgens slapen, stress en piekeren met depressie en angst.

Paired-samples t-tests zijn uitgevoerd om significante veranderingen in klachten en welbevinden tussen de voor- en nameting te identificeren (tweezijdig getoetst, $p<0,05$). Cohen's d is berekend om inzicht te geven in de effectgroottes. Waarden van 0,56 tot 1,20 wijzen op een groot effect, waarden van 0,33 tot 0,55 wijzen op een matig effect en waarden van 0,00 tot 0,32 wijzen op een klein effect.²³

Demografische verschillen in de uitkomsten van de KMI's zijn onderzocht met behulp van independent samples t-tests (tweezijdig getoetst, $p<0,05$). De volgende kenmerken zijn meegenomen in de analyses: geslacht (mannen en vrouwen), leeftijd (gesplitst op de mediaan), opleiding (lager en hoger opgeleiden), woonsituatie (alleenstaand versus samenwonend), en werksituatie (wel of geen betaalde baan). Verschilcores tussen T0 en T1 zijn als afhankelijke variabele gebruikt. Frequentieverdelingen zijn gebruikt om in kaart te brengen in welke mate de deelnemers verbeteringen ervaren in de (omgang met) klachten en in hoeverre zij dit toeschrijven aan de cursus.

RESULTATEN

Demografische kenmerken

De onderzoekspopulatie bestaat uit 135 personen waarvan 36 mannen en 99 vrouwen. De leeftijd varieert van 21 tot 73 jaar (gemiddeld 46 jaar). Negentig procent is van Nederlandse komaf. Meer dan 50% heeft een lagere opleiding. De meerderheid woont samen met partner en/of kinderen. Bijna de helft heeft een betaalde baan. Verschillen in demografische kenmerken tussen de drie cursusgroepen zijn weergegeven in Tabel 1.

Welke klachten hebben de deelnemers aan de KMIs bij de voormeting?

Bijna een derde van de totale steekproef rapporteert erg veel slaapklachten (29%). Een kwart ervaart veel slaapklachten (24%) (Tabel 2). Meer dan de helft (56%) scoort erg hoog op piekeren vóór aanvang van een cursus, voor stress is dit meer dan 60% (64%). Van alle personen die veel of erg veel slaapklachten rapporteren (n=72) neemt 46% deel aan de slaapcursus (n=33) en 46% deel aan de piekercursus (n=33). Terwijl het merendeel van de totaal 107 personen die hoog of erg hoog scoren op piekerklachten in de piekercursus zit (n=63, 59%), nemen ook personen die hoog of erg hoog scoren op stress vooral deel aan de piekercursus (n=58, 53%). Slechts 15% van de 110 personen met een hoge dan wel erg hoge score op stress neemt deel aan de stresscursus (n=17).

Deelnemers aan de slaapcursus scoren significant hoger op slaapproblemen vergeleken met zowel deelnemers aan de stresscursus ($p < 0,001$) als deelnemers aan de piekercursus ($p = 0,007$). Deelnemers aan de piekercursus scoren significant hoger op piekeren dan deelnemers aan

de slaapcursus ($p < 0,001$) en deelnemers aan de stresscursus ($p = 0,030$). Deelnemers aan de piekercursus hebben een significant hogere score op stress vergeleken met deelnemers aan de stresscursus ($p = 0,045$). Het verschil in scores op stress tussen deelnemers aan de stresscursus en deelnemers aan de slaapcursus is verwaarloosbaar en niet significant ($p = 0,884$).

Zestig procent van de totale populatie scoort hoog op angst (GAD-7 score 10) vóór de start van de cursus. Daarvan zit 65% in de piekercursus. Van de in totaal 76% die hoog scoort op depressieve kenmerken (CES-D score 16) vóór de start van de cursus zit meer dan de helft (53%) in de piekercursus.

Driekwart (76%) van de deelnemers loopt al langer dan een jaar met klachten rond. Verschillen in de duur van de klachten tussen de drie cursusgroepen zijn klein en niet significant ($p = 0,367$). Over het totaal beoordeelt de meerderheid de ernst van de klachten als tamelijk ernstig (34%) of ernstig (34%). De ernst van de klachten zoals ervaren door de cursisten verschilt per thema ($p = 0,003$) waarbij deelnemers aan de stresscursus hun klachten het minst ernstig vinden gevolgd door deelnemers aan de slaapcursus. Vijftig procent van alle cursisten volgt de cursus als onderdeel van een behandeling bij een GGZ-instelling of huisarts. Deelnemers die hulp ontvangen beoordelen de ernst van hun klachten gemiddeld ernstiger dan diegenen die niet onder behandeling zijn ($p < 0,001$), maar lopen minder lang met de klachten rond ($p = 0,009$). De groep die hulp ontvangt scoort significant hoger op depressie ($p < 0,001$), angst ($p < 0,001$), stress ($p = 0,002$) en piekeren ($p < 0,001$) en lager op welbevinden ($p < 0,001$) voor de start van de cursus.

Tabel 1. Demografische kenmerken van de deelnemers aan de KMIs (n=135)

Kenmerk	Totaal (n=135)	Slapen (n=44)	Stress (n=24)	Piekeren (n=67)
<i>Geslacht n (%)</i>				
Man	36 (26,7%)	12 (27,3%)	10 (41,7%)	14 (20,9%)
Vrouw	99 (73,3%)	32 (72,7%)	14 (58,3%)	53 (79,1%)
<i>Leeftijd (jaren)</i>				
Gemiddelde (SD)	46,0 (14,3)	52,7 (12,9)	43,8 (11,4)	42,5 (14,8)
Minimum-Maximum	21-73	21-73	25-63	21-73
<i>Geboorteland n (%)</i>				
Nederland	122 (90,4%)	39 (88,6%)	21 (87,5%)	62 (92,5%)
Anders, westers ^a	8 (5,2%)	3 (6,8%)	2 (8,3%)	3 (4,5%)
Anders, niet-westers ^b	5 (4,4%)	2 (4,6%)	1 (4,2%)	2 (3,0%)
<i>Opleiding n (%)</i>				
Lagere opleiding ^c	73 (54,0%)	26 (59,1%)	10 (41,7%)	37 (55,2%)
Hogere opleiding ^d	62 (46,0%)	18 (40,9%)	14 (58,4%)	30 (44,8%)
<i>Woonsituatie n (%)</i>				
Alleenstaand	33 (24,4%)	15 (34,1%)	2 (8,3%)	16 (23,9%)
Samenwonend ^e	102 (75,6%)	29 (65,9%)	22 (91,7%)	51 (76,1%)
<i>Werk situatie n (%)</i>				
Betaalde baan	65 (48,1%)	13 (29,5%)	19 (79,2%)	33 (49,3%)
Geen betaalde baan ^f	69 (51,1%)	31 (70,4%)	5 (20,8%)	33 (49,3%)

^a Duitsland, Verenigde Staten, Engeland, Canada, Roemenië

^b Colombia, Curaçao, Congo, Indonesië

^c Basisonderwijs, VMBO/MBO

^d HAVO/VWO, HBO/WO

^e Met ouders, partner en/of thuiswonende kinderen.

^f Huisman- of vrouw, studie of opleiding, vrijwilligerswerk of werk met behoud van uitkering, werkloos, arbeidsongeschikt

Tabel 2. Klachtenniveaus (To)

Klachten	Totaal (n=135)	Slapen (n=44)	Stress (n=24)	Piekeren (n=67)
<i>Slaapklachten (JSEQ)</i>				
Niet of nauwelijks (0-4)	19 (14,1%)	-	6 (25,0%)	13 (19,4%)
Weinig (5-8)	19 (14,1%)	3 (6,8%)	8 (33,3%)	8 (11,9%)
Nogal wat (9-12)	24 (17,8%)	8 (18,2%)	4 (16,7%)	12 (17,9%)
Veel (13-16)	33 (24,4%)	15 (34,1%)	3 (12,5%)	15 (22,4%)
Erg veel (17-20)	39 (28,9%)	18 (40,9%)	3 (12,5%)	18 (26,9%)
<i>Stressklachten (PSS)</i>				
Erg laag (0-7)	4 (3,0%)	2 (4,5%)	2 (8,3%)	-
Laag (8-11)	7 (5,2%)	4 (9,1%)	2 (8,3%)	1 (1,5%)
Gemiddeld (12-15)	11 (8,1%)	2 (4,5%)	2 (8,3%)	7 (10,4%)
Hoog (16-20)	24 (17,8%)	17 (38,6%)	1 (4,2%)	6 (9,0%)
Erg hoog (≥21)	86 (63,7%)	18 (40,9%)	16 (66,7%)	52 (77,6%)
<i>Piekerklachten (PSWQ)</i>				
Erg laag (≤17)	3 (2,2%)	2 (4,5%)	1 (4,2%)	-
Laag (18-23)	5 (3,7%)	3 (6,8%)	1 (4,2%)	1 (1,5%)
Gemiddeld (24-31)	18 (13,3%)	11 (25,0%)	4 (16,7%)	3 (4,5%)
Hoog (32-39)	32 (23,7%)	13 (29,5%)	6 (25,0%)	13 (19,4%)
Erg hoog (≥40)	75 (55,6%)	13 (29,5%)	12 (50,0%)	50 (74,6%)

Intercorrelaties tussen slapen, stress, piekeren, depressie, angst en welbevinden

Slaap-, stress- en piekerklachten zijn positief gecorreleerd met depressie en angst ($p < 0,001$) en negatief gecorreleerd met welbevinden ($p < 0,05$) (Tabel 3). Verder is er sprake van een significante en sterke positieve relatie tussen pieker- en stressklachten ($r = 0,608$, $p < 0,001$). Er is geen significante correlatie tussen pieker- en slaapklachten ($r = 0,146$, $p = 0,094$). De samenhang tussen stress en slaapklachten is zwak ($r = 0,211$, $p = 0,015$).

Effecten van de KMI's op klachten en welbevinden

Over het totaal, treedt op alle uitkomstmaten gemiddeld een matige tot grote verbetering op (Tabel 4). Alle cursussen geven significante grote verbeteringen op de specifieke klachten waarop zij gericht zijn ($d = 0,73$, $p < 0,01$). Een significante afname van slaap- en piekerklachten is alleen te zien bij deelnemers aan respectievelijk de slaapcursus en de piekercursus. Een afname van stressklachten vinden we zowel bij deelnemers aan de stresscursus ($d = 0,73$, $p = 0,009$) als bij deelnemers aan de piekercursus ($d = 1,02$, $p < 0,001$), en – in mindere mate – bij deelnemers aan de slaapcursus ($d = 0,56$, $p = 0,016$). Ook tonen de uitkomsten van alle cursussen een statistisch significante grote afname van depressieve klachten ($d = 0,58$, $p < 0,05$). Naast deelname aan de piekercursus leidt deelname aan de stresscursus tot significante grote verbeteringen op het gebied van welbevinden en angst ($d = 0,80$).

Terwijl bij de voormeting nog 76% een CES-D score van 16 of hoger had, is dit bij de nameting 41%. Tevens is

een afname waargenomen in het aantal deelnemers met een GAD-7 score van 10 of hoger, van 81 (60,0%) bij de voormeting naar 33 (24,4%) bij de nameting.

Verschillen in de effecten van de KMI's naar demografische kenmerken

De resultaten laten zien dat mannen een significant grotere toename in welbevinden rapporteren dan vrouwen ($p = 0,031$). Verschillen in de impact op depressie hangen samen met verschillen in opleidingsniveau, waarbij lager opgeleiden een grotere afname van depressieve kenmerken rapporteren vergeleken met hoger opgeleiden ($p = 0,048$). Jongere deelnemers (<48 jaar) rapporteren een grotere afname van angstgevoelens ($p = 0,041$) en piekerklachten ($p = 0,010$) vergeleken met oudere deelnemers (≥48 jaar). Het hebben van een betaalde baan is geassocieerd met een significant grotere afname van piekerklachten ($p = 0,023$).

Percepties van de cursisten over klachtreductie

De helft van de onderzoekspopulatie (51%) geeft aan dat de klachten sinds aanvang van de cursus een beetje zijn verminderd. Een kwart (26%) ervaart een belangrijke afname van klachten. Van die deelnemers die een afname van klachten rapporteren, schrijft 58% dit een beetje toe aan de cursus en schrijft 39% dit in belangrijke mate toe aan de cursus. Veertien procent geeft aan dat de klachten helemaal niet zijn verminderd. Verder zegt circa 80% beter om te kunnen gaan met hun klachten sinds de start van de cursus. Het overgrote merendeel daarvan (97%)

Tabel 3. Intercorrelaties tussen slapen, stress, piekeren, depressie, angst en welbevinden (Pearson's correlatiecoëfficiënten)

	Slapen	Stress	Piekeren	Depressie	Angst	Welbevinden
Slapen	-	0,211*	0,146	0,430***	0,306***	-0,222*
Stress		-	0,608***	0,748***	0,720***	-0,691***
Piekeren			-	0,520***	0,674***	-0,571***
Depressie				-	0,787***	-0,796***
Angst					-	-0,699***
Welbevinden						-

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ (tweezijdig getoetst)

Tabel 4. Verschillen in welbevinden, depressie, angst, slapen, stress en piekeren

Klacht	Voormeting	Nameting	t	df	Cohen's d	Paired samples t-test (p)
	Mean (SD)	Mean (SD)				
<i>Totaal</i>						
Welbevinden (WEMWBS)	42,6 (7,9)	48,1 (8,5)	-4,98	115	0,70 ^a	0,000***
Depressie (CES-D)	25,4 (11,6)	17,0 (11,1)	5,61	107	0,72 ^a	0,000***
Angst (GAD-7)	10,9 (5,4)	6,5 (4,9)	6,33	120	0,81 ^a	0,000***
Slapen (JSEQ)	11,9 (5,9)	8,9 (5,9)	4,02	123	0,51 ^b	0,000***
Stress (PSS)	22,4 (6,7)	17,4 (7,5)	5,57	116	0,75 ^a	0,000***
Piekeren (PSWQ)	39,6 (9,6)	34,9 (10,4)	4,08	117	0,49 ^b	0,000***
<i>Slaapcursus</i>						
Welbevinden (WEMWBS)	45,4 (8,6)	48,1 (8,7)	-1,31	38	0,31 ^c	0,198
Depressie (CES-D)	21,9 (10,3)	15,9 (10,6)	2,39	34	0,58 ^a	0,023*
Angst (GAD-7)	8,5 (4,7)	6,3 (5,0)	1,98	41	0,47 ^b	0,055
Slapen (JSEQ)	14,9 (3,9)	8,4 (5,8)	6,64	43	1,67 ^a	0,000***
Stress (PSS)	20,2 (6,2)	16,7 (7,6)	2,52	41	0,56 ^a	0,016*
Piekeren (PSWQ)	35,2 (9,7)	32,7 (9,8)	1,37	40	0,26 ^c	0,178
<i>Stresscursus</i>						
Welbevinden (WEMWBS)	45,0 (7,2)	51,9 (5,6)	-3,44	22	0,96 ^a	0,002**
Depressie (CES-D)	20,3 (11,2)	12,2 (8,1)	2,62	22	0,72 ^a	0,016*
Angst (GAD-7)	9,7 (5,4)	5,4 (4,3)	2,73	23	0,80 ^a	0,012*
Slapen (JSEQ)	8,5 (5,7)	7,5 (5,2)	0,56	23	0,18 ^c	0,583
Stress (PSS)	20,8 (7,5)	15,3 (6,3)	2,85	22	0,73 ^a	0,009*
Piekeren (PSWQ)	38,7 (10,8)	35,0 (10,4)	1,26	21	0,34 ^b	0,223
<i>Piekercursus</i>						
Welbevinden (WEMWBS)	39,6 (6,6)	46,6 (8,9)	-4,30	53	1,06 ^a	0,000***
Depressie (CES-D)	30,3 (10,9)	20,1 (11,9)	4,40	41	0,94 ^a	0,000***
Angst (GAD-7)	13,3 (5,0)	7,2 (5,0)	5,98	54	1,22 ^a	0,000***
Slapen (JSEQ)	11,0 (6,3)	9,9 (6,1)	0,98	55	0,17 ^c	0,332
Stress (PSS)	25,0 (6,0)	18,9 (7,6)	4,13	51	1,02 ^a	0,000***
Piekeren (PSWQ)	43,3 (7,4)	36,5 (10,6)	4,00	54	0,92 ^a	0,000***

^a groot effect; ^b matig effect; ^c klein effect

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (tweezijdig getoetst)

schrijft dit in grotere of kleinere mate toe aan de cursus. Tien procent ervaart geen verbetering in de omgang met klachten.

DISCUSSIE

In deze pilotstudie is onderzocht in hoeverre de drie KMI's potentie hebben om depressie te verminderen onder de Nederlandse bevolking en lage SES groepen in het bijzonder. Uit de lage samenhang tussen de uitkomstmaten voor stress, slaapproblemen en piekeren op T0 blijkt dat het gaat om te onderscheiden problemen. Dat rechtvaardigt het aanbieden van verschillende modules onder de gekozen titels. Uitzondering is de relatie van stress met piekeren ($r=0,608$, $p<0,001$). Dat betekent dat deelnemers die kiezen voor een stresscursus, ook zouden kunnen kiezen voor een piekercursus, zoals ook het geval was in dit onderzoek.

Stress-, slaap- en piekerklachten blijken sterk samen te hangen met depressieve klachten en in iets mindere mate met angstklachten (vgl.¹⁰). Daaruit kunnen we voorzichtig concluderen dat het succesvol aanpakken van deze klachten zal bijdragen aan een vermindering van het risico op depressieve- en angststoornissen. De negatieve samenhang van de drie klachten met welbevinden is consistent met eerder onderzoek dat laat zien dat een verhoging van welbevinden een preventief en curatief effect op klachten kan hebben.^{24,25,26}

Alle cursussen geven grote significante verbeteringen

op de specifieke klachten waarop zij gericht zijn. Ook tonen de uitkomsten een significante grote afname van depressieve klachten ongeacht het cursusthema. Dit is een voorzichtige bevestiging van de veronderstelling dat de vermindering van slaap-, pieker- en stressklachten bijdraagt aan de preventie van depressie.¹⁰ Als we kijken naar de ervaringen van de deelnemers zien we dat het merendeel verbeteringen ervaart in (de omgang met) klachten. Percepties zijn belangrijk, want de interventies zijn erop gericht om mensen direct met de klacht aan de slag te laten gaan. Wil je mensen activeren om wat aan hun klachten te doen, dan moeten zij ook een afname in klachten ervaren. Het merendeel van de cursusbegeleiders (72%) ervaart eveneens een matig positief effect op zijn of haar cursisten.²⁷

Meer dan de helft (54%) van de deelnemers aan de KMI's is lager opgeleid. Opmerkelijk is dat lager opgeleiden daarbij een grotere afname van depressieve kenmerken rapporteren dan hoger opgeleiden ($p=0,048$). Dit biedt goede hoop dat de KMI's effectief zijn in het bereiken van mensen uit lage SES groepen, en daarmee kunnen bijdragen aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Hoewel de verwachting is dat het makkelijker is om iemand te motiveren om deel te nemen aan een korte interventie waar de klacht van de cliënt voorop staat, hadden sommige cursusbegeleiders moeite met het werven van voldoende deelnemers.²⁷ Er waren regelmatig te

weinig aanmeldingen, waardoor cursussen soms niet door gingen, en ook was er sprake van uitval.²⁷ Echter, diegenen die deelnamen waren over het algemeen enthousiast en gemotiveerd. De praktijk zal uitwijzen of het bereiken van de beoogde doelgroepen, lage SES groepen in het bijzonder, makkelijker gaat met de KMI's vergeleken met andere interventies.

Ondanks dat de KMI's speciaal bedoeld zijn als vroeg-interventie voor mensen met milde klachten, rapporteert een groot aandeel van de onderzoekspopulatie serieuze depressieve klachten voor aanvang van de cursus (76% had een CES-D score 16) en ontving de helft reeds hulp voor de betreffende klachten. Driekwart van de deelnemers (76%) liep al langer dan een jaar met de klachten rond. Een potentiële verklaring hiervoor is dat er veel via de GGZ is geworven waar eerder mensen met relatief hoge klachtniveaus in beeld komen.²⁷

In het kader van depressiepreventie is het belangrijk dat mensen in een zo vroeg mogelijk stadium van hun klachten deelnemen aan de KMI's. In vervolgonderzoek verdient het dan ook aanbeveling om wervingsstrategieën in te zetten die het bereik van deelnemers met milde klachten vergroten, zodat vastgesteld kan worden of de KMI's geschikt zijn als vroeginterventie. Huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners, zoals wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers, kunnen hier een belangrijke rol in spelen.

Daarnaast kunnen de mini-interventies ook worden ingezet als onderdeel van een (eerste- of tweedelijns) behandeling. De resultaten van deze pilotstudie laten immers zien dat ook mensen met zwaardere klachten profijt kunnen hebben van de KMI's. Uit recent onderzoek blijkt dat patiënten met een ernstige depressie ten minste evenveel baat hebben bij het volgen van een laagintensieve interventie, zoals het gebruik van zelfhulpboeken en -websites, als mensen met een milde depressie.²⁸ Bower et al.²⁸ suggereren dat dergelijke laagintensieve interventies aangeboden kunnen worden als onderdeel van een stepped care model.

Beperkingen van de studie

De resultaten dienen geïnterpreteerd te worden in het licht van een aantal beperkingen. Ten eerste is er geen gebruik gemaakt van een controlegroep, waardoor het onzeker is of veranderingen in niveaus van welbevinden en klachten toe te schrijven zijn aan deelname aan één van de cursussen of aan andere factoren of gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan in de betreffende periode. Ten tweede is er geen follow-up meting uitgevoerd. Op basis hiervan is het onduidelijk of de gemeten effecten gehandhaafd worden op de langere termijn of van tijdelijke aard zijn. Ten derde maken de meetinstrumenten gebruik van zelfrapportage. Het betreffen momentopnames die beïnvloed worden door de stemming van de deelnemer op het moment van invullen. Een vierde beperking zit in de werving. Hoewel het uitgangspunt van de KMI's is om aan te sluiten bij een klacht die een cliënt sterk ervaart, los van hoe men scoort op een klachtenlijst, was dit in het kader van dit onderzoek niet altijd mogelijk. Omdat instellingen meestal maar één of twee van de

drie KMI's aanboden, waren deelnemers beperkt in hun keuze. Dit verklaart mogelijk waarom sommigen deelnamen aan een cursus die niet aansluit op de klachten waarop zij het hoogst scoren. Het kan echter ook zo zijn dat er sprake is van een discrepantie tussen subjectieve en objectieve klachten.

CONCLUSIE

Op basis van de resultaten van deze pilot kunnen we voorzichtig concluderen dat KMI's een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen en voorkomen van depressie, ook onder lage SES groepen. De eerstelijns biedt mogelijkheden voor een kansrijke implementatie. Wel bevelen we aan om een gerandomiseerde gecontroleerde trial met meerdere follow-up momenten uit te voeren om te zien in hoeverre de gemeten effecten daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan de cursussen.

NOOT

- a Het Platform Preventie Depressie en Angst (PPDA) organiseert verschillende werkgroepen met als doel het bevorderen van de preventie van depressie en angst. De leden zijn GGZ-preventiewerkers met als aandachtsgebied depressie en angststoornissen bij kinderen, jongeren en volwassenen.

ABSTRACT

Are complaint-directed mini-interventions for sleeping, stress and worrying an enrichment for depression prevention? Results of a one-group pretest-posttest study

Research indicates that depression prevention reaches fewer people in lower socio-economic groups as compared to higher socio-economic groups. This gave rise to the development of an alternative concept: complaint-directed mini-interventions. In a pilot with a one-group pretest-posttest design, we examined the outcomes of three complaint-directed mini-interventions aimed at sleeping, stress and worrying. Furthermore, we identified subgroups who potentially benefit from these interventions with a special interest in groups with a low socio-economic status (SES). In a total sample of 135 Dutch adults who participated in one of the three interventions, levels of well-being, depression, anxiety, sleeping problems, stress and worrying were measured at baseline and at three-month follow-up. All three interventions yielded significant improvements on the specific complaints they aimed at (sleeping, stress or worrying). A reduction of levels of depression and stress was observed in all interventions. Moreover, the data indicate demographic variations in the impact of the interventions based on sex, education, age and having paid employment. Carefully, we conclude that complaint-directed mini-interventions have the potential to contribute to depression prevention, also among low SES populations. It is recommended to conduct a randomised controlled trial to examine to what extent these effects can be attributed to the interventions.

Keywords: depression, prevention, complaint, intervention

LITERATUUR

1. Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
2. Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:325-31.
3. Dijkstra M, Ruiter M. Aard en omvang GGZ- en verslavingspreventie 2010. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- en verslavingspreventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
4. Dijkstra M, Ruiter M, Poel A van der, Boon B. Aard en omvang GGZ- preventie 2011. Ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ- preventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
5. Cuijpers P, Straten A van, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1272-80.
6. Cuijpers P, Warmerdam L, Straten A van, Rooy MJ van. Het bereik van preventieve interventies voor depressie. Mogelijkheden om deelname te bevorderen. *Tijdschr Gezondheidswet* 2010; 88(5):278-284.
7. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *Am J Community Psychol* 1997;25:115-52.
8. Horowitz JL, Garber J. The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:401-15.
9. Veer-Tazelaar PJ van 't, Marwijk HWJ van, Oppen P van et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66: 297-304.
10. Smit F, Majo C, Boon B, Ruiter M, Abspoel M. Klachtgerichte mini-interventies: Een nieuwe aanpak van depressiepreventie voor groepen met een lagere sociaal-economische status? Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
11. Havinga P, Ruiter M. Klachtgerichte mini-interventies voor lage SES: Het goede spoor? Verslag van een literatuurstudie en twee focusgroepen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
12. Buuren E van, Roode Y de. Beter slapen doe je zo. Handleiding voor cursusbegeleiders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
13. Bruin J de, Vrencken W. Minder stress. Handleiding voor begeleiders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
14. Eeltink M, Lousee M, Wilschut N. Minder piekeren. Handleiding voor cursusbegeleiders. Utrecht: Trimbos-instituut, 2013.
15. Stewart-Brown S, Janmohamed K. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). User guide version 1. Warwick: Warwick Medical School, University of Warwick, 2008.
16. Bouma J, Ranchor AV, Sanderman R, Sonderer E van. Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: Een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen, 1995.
17. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med* 2006;166:1092-97.
18. Jenkins CD, Stanton BA, Niemcryk SJ, Rose RM. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol* 1988;41:313-21.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-396.
20. Cohen S, Williamson GA. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds). *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 1988:31-67.
21. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 1990;28:487-95.
22. Heiden C van der, Muris P, Bos AER, Molen H van der, Oostra M. Normative data for the Dutch version of the Penn State Worry Questionnaire. *Neth J Psychol* 2009;65:69-75.
23. Lipsey M, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *Am Psychol* 1993;48:1181-209.
24. Keyes CLM, Dhingra SS, Simoes EJ. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental health. *Am J Public Health* 2010;100:2366-71.
25. Lamers SMA, Westerhof GJ, Glas CAW, Bohlmeijer ET. Reciprocal impact of positive mental health and psychopathology: Findings from a longitudinal representative panel study. *Submitted* 2012.
26. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *J Affect Disord* 2009;122:213-7.
27. Spijkerman M, Ruiter M, Conijn B, Poel A van der. Evaluatie van klachtgerichte mini-interventies door cursusbegeleiders (intern rapport, op te vragen bij eerste auteur). Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
28. Bower P, Kontopantelis E, Sutton A et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data. *BMJ* 2013; 346:1-11.

CORRESPONDENTIEADRES

Marion Spijkerman, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, tel. 030-2959233, e-mail: mspijkerman@trimbos.nl