

In de put, uit de put

Effecten en effectpredictoren van een cursus 'omgaan met depressie'

PIM CUIJPERS

Cuijpers P. In de put, uit de put. Effecten en effectpredictoren van een cursus 'omgaan met de depressie'. Huisarts Wet 2000;43(5):223-6.

Kortdurende vormen van psychologische hulp bij depressie, zoals cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie, zijn moeilijk toepasbaar in de huisartspraktijk. Sommige patiënten kunnen echter geholpen worden met een cursus 'omgaan met depressie': 'In de put, uit de put'. In een recente meta-analyse van 20 onderzoeken werd gevonden dat een dergelijke cursus een aanzienlijk effect op depressieve klachten kan hebben (gemiddelde effectgrootte 0,62). Uit twee onderzoeken blijkt dat de cursus vooral effectief is bij de volgende categorieën patiënten: minder ernstige depressieklachten, vooraf hoge verwachtingen van de effecten van de cursus, steun uit de eigen omgeving, en het gevoel controle te hebben over het eigen leven.

Dr. P. Cuijpers, hoofd afdeling Preventie, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht; e-mail pcuijpers@trimbos.nl.

Inleiding

Patiënten met een depressie worden voornamelijk door de huisarts behandeld; slechts 10 tot 20 procent wordt verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).¹ Veel patiënten willen niet verwezen worden naar de GGZ, omdat zij dit beschouwen als een persoonlijk falen en een teken van zwakte of vanwege gebrek aan vertrouwen in de behandeling die ze daar zullen krijgen. Ook de huisarts kan minder genegen zijn tot verwijzing, omdat de problematiek niet ernstig genoeg is (bij de mildere depressies), omdat er wachtlijsten bij de GGZ zijn, of omdat de huisarts geen vertrouwen heeft in de behandeling binnen de GGZ.

De behandeling door huisartsen bestaat doorgaans uit voorlichting, gesprekstherapie en het voorschrijven van antidepressiva.² Hoewel de effectiviteit van gesprekstherapie door de huisarts nog niet vast staat, worden begeleidende gesprekken zowel bij mildere als bij ernstigere depressies aanbevolen. Bij ernstige depressies verdient het daarnaast aanbeveling ook antidepressieve medicatie voor te schrijven.^{3,4}

In de GGZ zijn enkele vormen van kortdurende gesprekstherapie ontwikkeld waarvan de effectiviteit voldoende is aangetoond. Dat geldt met name voor de cognitieve gedragstherapie en de interpersoonlijke psychotherapie.⁴⁻⁶ Cognitieve gedragstherapie is gericht op het ontdekken, evalueren en veranderen van automatische of irrationele gedachten. In deze therapievorm komen doorgaans ook gedragspatronen aan bod, zoals het vermeerderen van positieve activiteiten en het versterken van assertief gedrag. In interpersoonlijke therapie wordt de huidige interpersoonlijke context van de patiënt als uitgangspunt genomen en leert de patiënt om te gaan met de situatie.⁷ De therapie richt zich op rolconflicten, rolveranderingen, tekorten in interpersoonlijke vaardigheden of op rouwverwerking. Beide therapievormen zijn echter nauwelijks toepasbaar door huisartsen, doordat ze veel tijd vergen (tien tot twintig sessies van een

uur), terwijl de uitvoering specifieke deskundigheden vereist.

Vanuit GGZ-instellingen wordt sinds enige tijd een vorm van gesprekstherapie aangeboden met een lagere drempel, zonder het stigma van de GGZ en zonder de gebruikelijke wachtlijsten. Aan deze cursussen 'In de put, uit de put' (of 'Omgaan met depressie') kan iedereen met depressieve klachten deelnemen, zonder als cliënt of patiënt te worden ingeschreven bij een GGZ-instelling en zonder dat er wachtlijsten zijn (*kader op pag. 224*).

In dit artikel wordt ingegaan op twee aspecten:

- de effecten van de cursus;
- de kenmerken van de patiënten die de meeste baat hebben bij een cursus.

Effecten

Sinds de oorspronkelijke cursus 'Coping with depression' in het begin van de jaren tachtig in de Verenigde Staten is ontwikkeld, zijn er diverse effectstudies uitgevoerd. In een recente meta-analyse werden twintig onderzoeken geïnventariseerd, waarvan zeven gerandomiseerde klinische trials.⁸ Zes daarvan hadden een goede methodologische kwaliteit. Wel waren de interventies uitgevoerd bij verschillende doelgroepen, zoals ouderen, adolescenten en verslaafden, maar in de meeste onderzoeken waren respondenten geworven uit de algemene populatie.

Met behulp van een statistische meta-analyse werden de effecten die in de verschillende onderzoeken waren gevonden, geïntegreerd tot een gemiddelde effectgrootte; deze geeft in eenheden van standaarddeviaties aan hoeveel de controle- en experimentele groep na de behandeling gemiddeld van elkaar verschillen. Door het gebruik van de standaarddeviatie als eenheid kunnen de effectgroottes van verschillende onderzoeken direct met elkaar worden vergeleken, en kan ook een gemiddelde effectgrootte worden berekend.⁹ Deze gemiddelde effectgrootte bedroeg 0,62 (95%-BI 0,44-0,85). Dat is een gunstige uitkomst; effecten van 0,50 en hoger kan men beschouwen als groot.⁹

De gevonden effecten zijn vergelijkbaar met de effecten van psychotherapie en farmacologische behandeling van depressies.⁶ Het lijkt er dan ook op dat cognitieve gedragstherapie in een laagdrempelige cursusvorm gegoten kan worden, zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit. Dit wordt geïllustreerd in *tabel 1*. Deze tabel is gebaseerd op 22 onderzoeken naar het effect van psychotherapie bij depressie en 16 onderzoeken naar het effect van de cursus 'In de put, uit de put'. In al deze onderzoeken is gebruik gemaakt van de Beck Depression Inventory (BDI, een zelfinvulvragenlijst die een indicatie geeft van de mate van depressieve klachten). Daarnaast zijn gemiddelde BDI-scores beschikbaar voor de algemene bevolking (28 onderzoeken; gemiddelde score 7,0) en voor de algemene bevolking met uitsluiting van mensen met psychische problemen (12 onderzoeken; gemiddelde score 4,9). Uiteraard geeft de tabel alleen een algemene indruk van de effecten van de cursus, doordat slechts één uitkomstmaat is gebruikt, terwijl niet gecorrigeerd kan worden voor structurele verschillen tussen populaties.

Tabel 1 De effecten van de cursus 'Omgaan met depressie' en van kortdurende psychotherapie op depressieve klachten. Gemiddelde scores op de Beck Depression Inventory bij voor- en nameting

	Voormeting	Nameting
Cursus	22,4	9,6
Controlegroepen	22,5	16,5
Psychotherapie	21,8	11,8
Controlegroepen	20,7	18,1

De effecten op langere termijn zijn minder duidelijk. Het gemiddelde niveau van de depressieve klachten bleef tot ongeveer een half jaar na afloop van de cursus gelijk; daarna waren in zes van de zeven onderzoeken geen controlegroepen meer beschikbaar, doordat daarvoor mensen die op de wachtlijst stonden waren gebruikt. In slechts één onderzoek waren de effecten wél op langere termijn onderzocht (één jaar en drie jaar).¹⁰ Daarbij bleek dat 54

procent van de deelnemers na 60 weken opnieuw depressief was geworden. Terugval kwam meer voor bij deelnemers met een of meer van de volgende kenmerken: vaker depressies gehad, slechte gezondheid, ontevreden met belangrijke levensgebieden, lagere leeftijd en ernstiger depressie bij aanvang. Een dergelijke uitkomst is vergelijkbaar met het terugvalcijfer bij andere psychologische en farmacologische behandelingen.¹¹

Verschillende vragen over de effecten van de cursus blijven onbeantwoord. Zo werd in geen van de onderzoeken het effect van deelname aan de cursus direct vergeleken met het effect van antidepressiva. Ook werden voornamelijk wachtlijstcontrolegroepen gebruikt en geen placebo's. Bovendien zijn de effecten op langere termijn niet geheel duidelijk. Al met al lijkt de effectiviteit van deze interventie echter redelijk goed aangetoond.

Eén trial was uitgevoerd in de huisartspraktijk. Daarbij werd een vereenvoudigde versie van de cursus aangeboden aan patiënten met depressieve klachten (gemeten met een zelfinvulvragenlijst), maar geen ernstige depressieve stoornis (gemeten met een diagnostisch instrument). De deelnemers waren vooral mensen uit lagere sociaal-economische milieus. Er werd een significante daling van de hevigheid van de depressieve klachten gevonden, samen met een vermindering van psychosomatische klachten.^{12,13}

Naar het effect van de cursus bij ouderen zijn alleen twee niet-gecontroleerde onderzoeken verricht. Uit andere meta-analyses is echter bekend dat cognitieve gedragstherapie bij ouderen met een depressie in het algemeen net zo effectief is als bij jongere volwassenen.^{14,15} En in een meta-analyse van 'outreach'-programma's gericht op depressieve ouderen werd een gemiddelde effectgrootte gevonden van 0,77 (95%-BI 0,55-0,98).¹⁶

In de put, uit de put Een cursus voor volwassenen (20-55 jaar) en ouderen (≥55 jaar)

Inhoud

Cognitieve gedragstherapie tegen depressieve klachten in cursusvorm.

Organisatoren

Afdelingen Preventie van Riagg's of gefuseerde GGZ-instellingen.

Doelgroep

Mensen met mildere depressies. Mensen met ernstigere depressies kunnen ook deelnemen, maar dan is combinatie met antidepressiva te overwegen.

Aantal bijeenkomsten

10 (de cursus voor ouderen vanaf 55 jaar) of 12 (de cursus voor volwassenen van 20 tot 55 jaar).

Exclusiecriteria

- andere psychische stoornis (bipolaire stoornis, dreigende suicide of crisis, verslaving of schizofrenie);
- ernstige gehoorstoornissen en slechthoortendheid.

Gelijktijdig gebruik van antidepressiva en psychotherapie elders zijn geen exclusiecriteria.

Geleerde vaardigheden

- ontspanningstechnieken;
- het systematisch vermeerderen van plezierige activiteiten;
- cognitieve vaardigheden (het veranderen van storende negatieve gedachten);
- sociale vaardigheden.

Theoretisch kader

Sociaal-lerntheorie.

Basiskenmerken

- geen relatie psychotherapeut - cliënt/patiënt, maar cursusleider - leerling;
- er wordt niet ingegaan op vroege jeugdervaringen of hoe men in elkaar zit; centraal staat hoe het leven van betrokkene er op dit moment uit ziet en wat veranderd kan worden om de stemming te verbeteren;
- cursist moet veel huiswerk maken (half tot één uur per dag).

Disseminatie

De cursus wordt door ruim de helft van de Riagg's/GGZ-instellingen aangeboden.

Wie heeft baat bij de cursus?

Er zijn verschillende onderzoeken naar predictoren voor succesvolle deelname aan de cursus (met name kenmerken van participanten die samenhangen met de effectiviteit).

- Bij adolescenten was de verbetering groter onder degenen die vooraf meer depressieve klachten hadden, terwijl de effecten minder waren bij een geschiedenis van depressieve stoornissen in de familie, en als de betrokkene minder cohesie ervoer in de cursusgroep.¹⁷⁻¹⁹ In Nederland worden cursussen voor adolescenten echter alleen nog op experimentele basis aangeboden.

- Er zijn twee onderzoeken onder volwassenen met een milde, matige of ernstige depressieve stoornis (volgens de Research Diagnostic Criteria).^{20,21} In beide onderzoeken werd een multiële regressie-analyse uitgevoerd, met de score op de Beck Depression Inventory (BDI – een zelfinvulvragenlijst voor depressie²²) bij de nameting als afhankelijke variabele (tabel 2). De volgende variabelen bleken

in beide onderzoeken significant van betekenis:

- Deelnemers die vooraf hoger scoorden op de BDI dan andere deelnemers, scoorden na afloop nog steeds hoger.
- Deelnemers met hogere verwachtingen van de cursus hadden na afloop een lagere BDI-score.
- Deelnemers die meer sociale steun kregen, hadden na afloop een lagere BDI-score.
- Mensen die meer controle over hun leven ervoeren, hadden na afloop een lagere BDI-score.

Daarnaast waren er variabelen die in één van beide onderzoeken naar voren kwamen als significante succespredictor. Deze variabelen bleken echter slechts een zeer beperkt deel van de variantie te verklaren ($R^2 < 0,07$, met uitzondering van de ervaren groepscohesie: $R^2 = 0,16$). Niet significant gerelateerd aan de depressiescore aan het einde van de cursus waren: intelligentie, de mate waarin het huiswerk was gemaakt, irrationele gedachten, introversie, suïcidaliteit, alcohol- of drugsmisbruik, en de mate waarin men de sociaal-lernen

theorie over depressie (de rationale van de cursus) accepteerde.

- Een laatste onderzoek dat relevant is voor de vraag welke personen het meeste baat hebben bij deelname, is een pilotstudie waarin werd onderzocht of deze interventie ook geschikt is voor depressieve mensen die niet reageren op farmacologische behandeling.²³ Dit is een klein, niet gecontroleerd onderzoek onder tien patiënten. Door deelname aan de cursus verbeterden vier patiënten, twee verbeterden enigszins, drie waren nog steeds depressief en één deelnemer haakte tussentijds af. Hieruit kan worden geconcludeerd dat een deel van de patiënten die niet reageren op antidepressiva, wel positief reageert op deelname aan de cursus.

Beschouwing

Vormen van gesprekstherapie die in de GGZ ontwikkeld en effectief bevonden zijn, zijn in de huisartspraktijk moeilijk uitvoerbaar, doordat zij veel tijd vergen en specifieke deskundigheden vereisen. Aan

Tabel 2 Verklaarde variantie van significante predictoren voor succesvolle deelname aan de cursus 'In de put, uit de put' voor volwassenen

Predictor	Steinmetz et al. ²⁰ n=75	Hoberman et al. ²¹ n=40	Meetinstrumenten
Depressiescore bij aanvang	0,27§	0,14†	Beck Depression Inventory (BDI)
Verwachte depressiescore na interventie	0,11‡	0,14§	1 Verwachte BDI-score na interventie 2 Zelf samengesteld (19 items)
Sociale steun / netwerk	0,03†	0,05‡	Perceived Social Support Inventory
Ervaren 'mastery'	0,03*	0,05§	1 Zelf samengesteld (3 items) 2 Mastery Scale
Leeftijd	0,04†	n.s.	–
Gelijktijdige behandeling elders	0,03†	n.s.	Wel/niet
'Social adjustment'	n.s.	0,07§	Social Adjustment Scale
Aantal eerdere depressies	n.s.	0,02†	Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (gestandaardiseerd interview)
Leesvaardigheden	0,06†	–	Wide Range Achievement Test
Coping skills	–	0,03§	Learned Resourcefulness Inventory
Ervaren groepscohesie (tijdens sessie 3)	–	0,16‡	Zelf samengesteld (aantal items niet vermeld)
Mening over cursusleider (sessie 1)	–	0,13§	Barret-Lennard Relationship Inventory
Kwaliteit relatie met interviewer	–	0,04§	Barret-Lennard Relationship Inventory
Aanwezigheid intieme relatie	–	0,02†	Wel/niet
Totaal verklaarde variantie (R^2)	0,56	0,85	

* $p < 0,1$; † $p < 0,05$; ‡ $p < 0,01$; § $p < 0,001$.

de andere kant zijn veel mensen niet gene- gen zich naar een GGZ-instelling te laten verwijzen vanwege het stigma, terwijl deze instellingen bovendien met lange wachtlijsten kampen. De cursussen 'In de put, uit de put', die door een groeiend aantal GGZ-instellingen worden aangeboden, kunnen voor een deel van de patiënten met mildere depressieve stoornissen een oplossing bieden. Deze cursussen zijn laagdrempelig, minder stigmatiserend dan reguliere psychiatrische hulp en hebben niet de wachtlijsten die voor andere GGZ-hulp gelden. Een meta-analyse van effectstudies naar de cursus 'In de put, uit de put' liet zien dat de gemiddelde effectgrootte van deze interventie groot was en vergelijkbaar met de effecten van andere vormen van psychologische hulpverlening en van antidepressiva.

Onderzoek naar predictoren van succesvolle deelname liet zien dat de cursus met name effectief is bij deelnemers die vooraf lager scoren op de BDI. Ook is de cursus effectiever bij mensen die met hogere verwachtingen aan de cursus beginnen. Verder is de cursus effectiever als mensen meer steun uit hun eigen omgeving krijgen en als ze zelf het gevoel hebben controle te hebben over hun leven. Deze effectpredictoren werden in twee studies bevestigd.

Men zou vanwege het vele lees- en huiswerk kunnen verwachten dat bij patiënten met een minder hoog IQ ook minder optreden, maar daar werd geen bewijs voor gevonden.

Er zijn verder enige voorzichtige aanwijzingen dat patiënten die niet op antidepressiva reageren ook baat kunnen hebben bij deelname, maar het verdient in een der-

gelijk geval vanwege de zwakke bewijskracht de voorkeur de patiënt naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg te verwijzen.

Literatuur

- 1 Veeninga AT, Van Rijn OJL, Burgers JS. Voor- schrijven van antidepressiva in de huisartsprak- tijk. *Huisarts Wet* 1999;42:112-4.
- 2 Terluin B, Meijman FJ. Wat doen Nederlandse huisartsen bij psychosociale problemen van hun patiënten? Naar een inventarisatie van methoden, technieken en theorieën. *Huisarts Wet* 1999;42: 151-2.
- 3 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brue- ren MM, et al. NHG-Standaard Depressie. *Huis- arts Wet* 1994;37:482-90.
- 4 Depression Guideline Panel. Depression in pri- mary care: Volume 2. Treatment of major depres- sion. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1993.
- 5 Cuijpers P. De effecten van psychologische be- handeling van depressies: een overzicht van me- ta-analyses. *Tijdschr Psychother* 1996;22:402- 16.
- 6 Robinson LA, Berman JS, Niemeyer RA. Psy- chotherapy for the treatment of depression. A comprehensive review of controlled outcome re- search. *Psychol Bull* 1990;108:30-49.
- 7 Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal therapy of depres- sion. Northvale: Aronson, 1984.
- 8 Cuijpers P. A psycho-educational approach to the treatment of depression; a meta-analysis of Le- winsohn's 'Coping with depression' course. *Behav Ther* 1998;29:521-33.
- 9 Lipsey MW. Design sensitivity; statistical power for experimental research. Newbury Park: Sage publications, 1990.
- 10 Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN. Lon- gitudinal follow-up of unipolar depressives: an investigation of predictors of relapse. *J Consult Clin Psychol* 1985;53:461-9.
- 11 Cuijpers P. Psychologische strategieën bij de pre- ventie van terugval bij depressie: een overzicht van de literatuur. *Tijdschr Psychother* 1997;23: 237-47.
- 12 Muñoz RF, Ying Y. The prevention of depres- sion. Research and practice. Baltimore: John's Hopkins University Press, 1993.
- 13 Miranda J, Muñoz R. Intervention for minor de- pression in primary care patients. *Psychosom Med* 1994;56:136-42.
- 14 Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression. A quantitati- ve review. *J Consult Clin Psych* 1994;62:69-74.
- 15 Engels GI, Vermey M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders. A quantitative analysis. *J Clin Geropsychol* 1997;3:17-34.
- 16 Cuijpers P. Psychological outreach programs for depressed elderly; a meta-analysis of effects and drop-out. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:41-8.
- 17 Clarke GN, Hops H, Lewinsohn PM, et al. Cog- nitive-behavioral group treatment of adolescent depression. Prediction of outcome. *Behav Ther* 1992;23:341-54.
- 18 Lewinsohn PM, Clarke GN, Rohde P, et al. A course in coping. A cognitive-behavioral ap- proach to the treatment of adolescent depression. In: Hibbs ED, Jensen PS, editors. Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice. Washington: American Psychological Associa- tion, 1996.
- 19 Cuijpers P, Stikkelbroek Y. De cursus 'Omgaan met depressie'. Groepsbehandeling van depres- sive adolescenten in cursusvorm. *Kind & Adol* 1997;18:126-34.
- 20 Steinmetz JL, Lewinsohn PM, Antonuccio DO. Prediction of individual outcome in a group inter- vention for depression. *J Consult Clin Psych* 1983;51:331-7.
- 21 Hoberman HM, Lewinsohn PM, Tilson M. Group treatment of depression: Individual pre- dictors of outcome. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:393-398.
- 22 Spitzer RL, Endicott J, Robins H. Research diag- nostic criteria: Rationale and reliability. *Arch Gen Psychiat* 1978;35:773-782.
- 23 Antonuccio DO, Thompson Akin W, Chatham PM, et al. An exploratory study: the psychoedu- cational group treatment of drug-refractory uni- polar depression. *J Behav Ther & Exp Psychiat* 1984;15:309-13.