The original publication is available on http://dx.doi.org/10.1007/s12483-010-0390-5

Preventie van Stress, Angst en Depressie door Psycho-educatie: een overzicht van interventies

Tom Van Daele[1], Dirk Hermans[2], Debora Vansteenwegen[3], Chantal Van Audenhove[1], Omer Van den Bergh[4]

[1] Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, K.U. Leuven & Onderzoeksgroep voor Gezondheidspsychologie, K.U. Leuven

[2] Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, K.U. Leuven

[3] Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, K.U. Leuven & ISW-Limits

[5] Onderzoeksgroep voor Gezondheidspsychologie, K.U. Leuven

Correspondentieadres: Tom Van Daele, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; K.U. Leuven, Kapucijnenvoer 39, B-3000 Leuven. Emailadres: Tom.VanDaele@med.kuleuven.be

Abstract:

This paper aims to provide a review of the effectivity of psychoeducation as a method for preventing stress, anxiety and depression.
Major databases were searched using predefined keywords. Main characteristics of reviewed articles are presented in overviews that are grouped according to the intervention targets. For each group, characteristics are highlighted and two studies are used to illustrate the main principles.
Results indicate an overall positive short time effect for this method and there are also indications for more long-lasting changes.
As a conclusion some general considerations and suggestions for further research are made.

Inleiding

In het afgelopen decennium is in de geestelijke gezondheidszorg meer aandacht gegroeid voor preventie. ‘Beter voorkomen dan genezen’ spreekt steeds grotere groepen zorgverstrekkers en overheden aan. Eén methodiek voor preventie die bijval wint is psycho-educatie. Dit overzicht focust op interventies die als voornaamste doel hebben om stress, angst en depressie te voorkomen middels psycho-educatie. Het doel van dit overzicht is om de evidentie te evalueren voor de werkzaamheid van psycho-educatie als eerstelijnsinterventie, om een aantal suggesties te geven voor toekomstig onderzoek en om de uitgebreide en diverse toepassingsmogelijkheden van deze methodiek te illustreren. Behandelingspakketten komen dus niet in aanmerking. Er werd gekozen voor een narratief overzicht in plaats van voor een meta-analyse omdat psycho-educatie erg ruim kan worden opgevat en de invulling vaak erg divers is. Een alternatief zoals een meta-analyse is in dit geval minder geschikt. Deze gaat namelijk voorbij aan de grote variëteit aan doelgroepen, uitkomstmaten en interventievarianten waardoor onderzoek naar psycho-educatie wordt gekenmerkt. Daarnaast maakt ook de verhouding tussen het beperkt aantal beschikbare studies en de grote hoeveelheid mogelijk relevante variabelen het moeilijk om bijvoorbeeld een analyse naar relevante moderatoren van gerapporteerde effecten uit te voeren.

Eerst wordt er stilgestaan bij wat psycho-educatie als preventieve interventie kan inhouden en hoe dit soort interventies meestal worden gecategoriseerd. Vervolgens worden diverse interventiestudies geëvalueerd en besproken.

Psycho-educatie als methode

Psycho-educatie is een methode met als doel personen competenties te laten verwerven die bijdragen tot hun geestelijke gezondheid. Dit kan beperkt zijn tot kennisoverdracht, maar er kan ook aandacht besteed worden aan het aanleren van vaardigheden, waarna de persoon deze al dan niet via huiswerkopdrachten dient in te oefenen. Psycho-educatie wordt zowel individueel als in groep aangeboden. Bij preventie door middel van psycho-educatie wordt meestal geopteerd om dit voor groepen te organiseren. Een zorgverstrekker staat dan in voor een (grote) groep personen. De informatie wordt meestal via lessen in groepsverband aangereikt,

maar dit kan even goed gebeuren via het internet of door middel van zelfhulpboeken. Zowel klassen, verenigingen, buurtorganisaties als specifieke doelgroepen komen hiervoor in aanmerking.

De concrete invulling is zeer divers. Centraal is echter het concept van de cursist die les volgt. Niet alleen wordt aan de cursist alle informatie met betrekking tot een stoornis, behandeling en vooruitzichten uitgelegd, er worden ook handvatten aangeleverd om zelf te werken aan de eigen vooruitgang. Individuen met een verhoogd risico op psychische stoornissen kunnen bijvoorbeeld de nodige informatie en vaardigheden meekrijgen om hun psychische gezondheid te vrijwaren.

Het onderscheid tussen preventieve psycho-educatie en aanverwante vormen van hulpverlening is echter niet altijd even helder. Bovendien is psycho-educatie vaak een onderdeel is van een breder behandelpakket. Om onduidelijkheid te vermijden stellen we dat de didactische activiteit centraal dient te staan, terwijl andere technieken zoals bijvoorbeeld relaxatie enkel dienen om deze didactische activiteit te ondersteunen. Deze didactische activiteit houdt dan in dat de cursist een niet geïndividualiseerd standaard aanbod krijgt. Tijdens de psycho-educatie wordt een ruime hoeveelheid informatie aangereikt, de cursist selecteert en verwerkt zelf de informatie die persoonlijk relevant lijkt en is vervolgens vrij om met de aangereikte dingen iets te doen. Iedereen draagt dus de eigen verantwoordelijkheid voor de impact ervan. Deze manier van kennisoverdracht laat een collectieve aanpak toe, zowel via groepsessies als via het internet.

Preventie

Traditioneel wordt het onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie (Caplan, 1964, in Van den Broucke, 2001). Primaire preventie probeert de incidentie van nieuwe gevallen van een bepaalde aandoening te verminderen. Bij secundaire preventie staat het verminderen van de prevalentie door vroegtijdige detectie en behandeling voorop. Tertiaire preventie focust dan weer op terugvalpreventie en op het verminderen van verdere invalidering van chronische patiënten (Van den Broucke, 2001).

Het 'Committee for Prevention of Mental Disorders' van de US Institutes of Medicine stelt dat deze invulling van preventie eigenlijk de gehele geestelijke gezondheidszorg omvat. Zo vervaagt de grens tussen curatie en preventie en dreigt het preventiebegrip voor een deel uitgehold te worden. Hun voorstel is dan ook om de term preventie te reserveren voor interventies die gericht zijn op factoren die de ontwikkeling van een psychische stoornis voorafgaan (Mrazek & Haggerty, 1994, geciteerd in Van den Broucke, 2001). Zij zien twee strategieën: geestelijke gezondheidsbevordering en risicoreductie. Geestelijke gezondheidsbevordering heeft als doel het verbeteren van het algemeen welbevinden en het vergroten van de inspanningen die de maatschappij investeert in geestelijke gezondheid (Van den Broucke, 2001). Psycho-educatie valt eerder te situeren binnen de strategie van risicoreductie. Hierin kunnen drie vormen van preventieve interventies onderscheiden worden (Van den Broucke, 2001). *Universele interventies* zijn gericht op (groepen van) de algemene populatie. *Selectieve interventies* zijn gericht op groepen die een reëel risico lopen op de ontwikkeling van een psychische stoornis. *Geïndiceerde interventies* zijn ten slotte gericht op personen bij wie tekenen of symptomen van een psychische stoornis worden vastgesteld, maar die op dat moment niet beantwoorden aan de diagnostische criteria. Dozois (2004) merkt echter op dat in de bovenstaande visie op preventie een belangrijk luik vergeten wordt, namelijk preventie van terugval. Vaak hebben mensen die hersteld zijn na een episode van ziekte een verhoogd risico op een nieuwe episode. Om dit terugvalrisico te beperken zijn er de zogenaamde *heraangewezen interventies*.

Literatuur

Selectie en verwerking

In de afgelopen jaren werd veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van psycho-educatie die gericht is op het voorkomen van stress, angst en depressie. In volgend overzicht vatten we de evidentie samen uit de literatuur tussen 2000 en midden 2008.

In diverse databases werd op volgende combinaties aan de hand van volgende brede trefwoorden gezocht: ‘psychoeducation AND stress AND prevention’, ‘psychoeducation AND depression AND prevention’, ‘psychoeducation AND anxiety AND prevention’. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de online zoekmachines PubMed en Google Scholar. Vervolgens werden de referenties van de relevante studies doorzocht en werden ook bestaande overzichtsartikelen geraadpleegd. Uiteindelijk werden er zes preventie studies weerhouden bij stress, vier bij depressie en negen bij angst.

Uit de uitgebreide lijsten die de verschillende trefwoorden genereerden werden de artikels met een relevante titel en samenvatting weerhouden. Verdere selectie gebeurde op grond van de volgende criteria: (1) het betrof een interventiestudie waarin psycho-educatie centraal stond, terwijl andere technieken slechts aanvullend waren. Indien psycho-educatie slechts een element was van een groter geheel van uiteenlopende interventiemethoden werd de studie geëxcludeerd. (2) het doel van de interventie betrof de preventie van stressgerelateerde klachten, angststoornissen of depressie. (3) de interventie is preventief van aard en richt zich als dusdanig enkel op personen zonder of met subklinische klachten. Alle weerhouden studies zijn opgenomen in Tabellen 1-3. Indien de data dit toelieten, werd bij elke studie ook Cohen’s d gerapporteerd. Dit is een courante effectmaat bij het berekenen van effectgroottes op basis van gepubliceerde literatuur (Thalheimer & Cook, 2002). Cohen’s d is het verschil tussen de gemiddelden op de pre- en postmeting, gedeeld door de gepoolde poststandaarddeviatie. Voor de interpretatie van deze effectmaat, geldt algemeen dat .20 als klein wordt beschouwd, .50 als gemiddeld en .80 als groot (Cohen, 1988). De scores werden zo gerapporteerd dat een positieve Cohen’s d wijst op een voordeel voor de experimentele conditie; indien er meer dan 1 experimentele conditie was, werd de meest uitgebreide gebruikt als vergelijkingsbasis. De omzetting van de gerapporteerde maten naar Cohen’s d gebeurde aan de hand van ClinTools (versie 4.1, Psytek Ltd., La Habra, CA, USA). Als Cohen’s d niet kon worden berekend, werd de originele maat gerapporteerd, met een bijhorende p-waarde als indicatie voor de interpretatie.

Het is niet mogelijk om elke studie gedetailleerd te bespreken. Daarom wordt er per categorie dieper ingegaan op slechts een tweetal interventies. Deze interventies zijn geselecteerd omwille van hun duidelijk aangetoonde en gerapporteerde effectiviteit en kunnen ons inziens beschouwd worden als voorbeelden van 'good practices'.

Psycho-educatie bij stress

De meeste studies naar de effectiviteit van psycho-educatie voor stress zijn groepsinterventies, maar er zijn ook voorbeelden terug te vinden van interventies voor individuen of van een interventie die via een website wordt aangeboden (zie Tabel 1). In de verschillende studies zijn diverse doelgroepen opgenomen, zowel qua leeftijd als qua achtergrond. Ook de totale interventieduur varieert van twee uur (één enkele sessie) tot 24 uur (verspreid over 12 sessies). De outcome wordt telkens gemeten door vragenlijsten waarin de evolutie van de stresservaring en het algemeen functioneren wordt bevraagd.

De onderzoeksresultaten tonen aan dat er voor de meeste interventies op korte termijn een reductie is in stressgerelateerde klachten. Effecten op langere termijn zijn echter nog niet duidelijk. Hiervoor is nood aan meer onderzoek met langere follow-up. De gerapporteerde Cohen's d waarden variëren tussen -.06 tot .90.

Tabel 1

Overzicht van de studies over preventieve psycho-educatie bij stress

Studie en categorie	Proefgroep en doel interventie	Interventie	Metingen	Effect
Rahe, Taylor, Robbyn, Newhall, Veach en Bryson (2002) *	N_{EG1} = 171 N_{EG2} = 166 N_{wCG} = 164 Selectieve interventie Reductie van stress bij nieuwe werkomgeving	EG1 = stressbeheersingcursus gepersonaliseerde zelfstudie 6 x 1/1,5 uur / 2 weken groepsessies EG2 = stressbeheersingscursus gepersonaliseerde zelfstudie WCG = wachtlijst 1 jaar wachten alvorens aan te vangen met de interventie	Stress and Coping Inventory (SCI) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) Quarterly Health Report Questionnaire (QHRQ)	FU (6 m.): d = .07 snelheid daling stress EG1 > EG2 > WCG + minder huisartsconsulten EG1 FU (1 jr.): d = - .06 huisartsconsulten EG1=EG2=WCG
Golant, Altman en Martin (2003)	N_{EG} = 32 Geïndiceerde interventie Reductie van stress gerelateerd aan kanker en de behandeling van kanker	EG = Community based educatief programma Halve dag conferentie CG = geen CG	Distress scale van de Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18)	FU (1 m.): d = .08 Afname in problemen gerelateerd aan stress
Lechner, Antoni, Lydston, LaPerriere, Ishii, Devieux, et al. (2003) *	N_{EG1} = 180 N_{EG2} = 150 Selectieve interventie Verhogen van de QoL bij vrouwen met AIDS	EG 1 = psycho-educatief programma 10 x 2 uur / week individuele sessies EG2 = cognitief-gedragsmatig programma 10 x 2 uur / week groepssessies	Medical Outcomes Study Health Status Questionnaire for HIV (MOS-HIV-30)	POST: d = .38 Levenskwaliteit EG > CG
Jones (2004) *	N_{EG} = 30 N_{CG} = 28 Selectieve interventie Verhogen van psychosociale competenties bij zwarte studentes	EG = psycho-educatief programma 8 x 1,5 uur / week groepssessies CG = non-interventie	Perceived Stress Scale (PSS) Behavioral Attitudes of Psychosocial Competence Scale - Condensed Form (BAPC-C)	POST: Waargenomen stress EG < CG d = .44 + Copingsvaardigheden EG > CG d = .25

Shimazu, Kawakami, Irimajiri, Sakamoto en Amano (2005)	N_{EG} = 121 N_{WCG} = 113 Universele interventie Verhogen zelfeffectiviteit, probleemoplossend gedrag, kennis van stress en jobtevredenheid bij werknemers	EG = website gedurende 1 maand op eigen tempo doornemen WCG = wachtlijst 1 maand wachten alvorens aan te vangen met de interventie	Brief Job Stress Questionnaire (BJSQ)	POST: d = .15 Stressresponsen EG < WLCG + Vooral minder stress na afloop bij mannen, jonge deelnemers en persoonlijk met initieel hoger stressniveau
Hawkins, Reddy en Bunker (2007)	N_{EG} = 132 Universele interventie Stressreductie bij personen uit landelijk Australië	EG = stressbeheersingscursus 6 x 2 uur / week groepssessies CG = geen CG	Stress Symptom Checklist (SCC)	POST: d = .90 Significante daling in psychologische stressymptomen FU (6 m.):d = .16 Daling behouden en licht verder doorgezet

* studie is een randomized controlled trial

EG = Experimentele groep, CG = Controlegroep, WCG = Wachtlijstcontrolegroep, POST = Postmeting, FU = Follow-up meting, d = Cohen's d, m. = maand, jr.= jaar

Uit het onderzoek over psycho-educatie bij stress worden twee studies toegelicht: De universele interventie van Shimazu, Kawakami, Irmajiri, Sakamoto en Amano (2005) is een voorbeeld van psycho-educatie die via het internet wordt aangeboden. Golant, Altman en Martin (2003) implementeerden hun geïndiceerde interventie via een meer conventioneel groepsprogramma.

Shimazu et al. voerden een gecontroleerde trial uit naar de effectiviteit van web-based psycho-educatie bij werknemers van een Japans industriebedrijf. Zo wensten ze ondermeer de zelfeffectiviteit, probleemoplossend gedrag, stressresponsen en jobtevredenheid te beïnvloeden. Alle geïnteresseerde werknemers werden volgens toeval over twee condities verdeeld. In de experimentele conditie namen deelnemers gedurende één maand op eigen tempo een website door. Wie aan de wachtlijstcontroleconditie toegewezen werd, mocht hier pas met één maand vertraging mee aanvangen. De website bestond uit vijf hoofdstukken die drie fasen behandelden. Fase 1 hield in dat er aan cognities en motivatie gewerkt werd. Het doel was om de deelnemers te motiveren het programma te leren, hen basisinzichten over stress te verstrekken en hen het belang van stresshantering duidelijk te maken. Fase 2 omvatte het verwerven en inoefenen van vaardigheden. Deelnemers leerden hier om nieuwe en meer effectieve stresshanteringsmethoden te gebruiken. Fase 3 betrof de toepassing en consolidatie van wat geleerd was via aanmoediging om de verworven vaardigheden toe te passen op de werkvloer. Uit de resultaten bij mannen bleek dat jonge deelnemers en personen met een initieel hoger stressniveau significant baat hadden van de educatie.

Golant et al. onderzochten de effectiviteit van een groepsprogramma voor stressbeheersing bij kanker. De focus van de interventie was gericht op mogelijke stresserende gevolgen van kanker, zoals sociaal isolement, pessimistische attitudes en verlies van hoop, maar ook op de talrijke ongemakken als gevolg van de behandeling. De algemene gezondheid en levenskwaliteit van de deelnemers werd gemeten. Dertig dagen na afloop vond een follow-up meting plaats. De deelnemers rapporteerden een verminderd stressniveau en minder problemen op het werk en in hun dagdagelijkse activiteiten.

Psycho-educatie bij angst

De studies in Tabel 2 zijn afgestemd op diverse doelgroepen, met bijzondere aandacht voor kinderen en personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis. De bijzondere aandacht voor kinderen is deels ook de reden waarom men slechts in een aantal gevallen randomiseert: meestal wordt een interventie namelijk aan volledige klassen aangeboden. Alle geëvalueerde interventies zijn op groepen gericht en variëren in duur van vijf uur (in één sessie) tot 13 uur (verspreid over zes sessies). Outcome wordt bepaald door middel van diverse zelfrapporteringsvragenlijsten of – in een enkel geval – via een diagnostisch interview. Hierbij wordt niet enkel gepeild naar de evolutie van angstklachten, maar ook naar tevredenheid met de interventie, hanteringsmechanismen en het zelfbeeld.

De resultaten geven aan dat de interventies effectief zijn bij uiteenlopende doelgroepen: van jonge kinderen tot zwangere vrouwen. De meeste studies maken echter geen gebruik van follow-up metingen. Het is dan ook moeilijk om uitspraken te doen over effecten op lange termijn. Dit is evenwel niet irrelevant bij angststoornissen die vaak gekenmerkt worden door herval. Dat deelnemers ook vooruitgang boekten op protectieve factoren voor herval zoals hanteringsvaardigheden en zelfbeeld, is echter wel een positieve indicatie. De gerapporteerde Cohen's d variëren hier van .02 tot 2.76.

Tabel 2

Overzicht van de studies over preventieve psycho-educatie bij angst

Studie en categorie	Proefgroep en doel interventie	Interventie	Metingen	Effect
Gardenswartz en Craske (2001) *	N_{EG} = 55 N_{WCG} = 66 Geïndiceerde interventie Preventie van paniekstoornis bij personen met matige angst en minstens één paniekaanval in het afgelopen jaar	EG = angstpreventieworkshop 1 volledige dag, ongeveer 5 uur WCG = wachtlijst Na FU keuze tussen workshop of zelfhulpboek	Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI)	FU (6 m.): d = .11 Minder aanvallen en minder vermijden van sociale situaties
Cooley, Boyd en Grados (2004)	N_{EG} = 10 Selectieve interventie Preventie van angststoornis bij Australische kinderen met Afro-Amerikaanse roots met matige angst die geregeld geconfronteerd worden met geweld	EG = psycho-educatief programma 'FRIENDS' 11 x 1 uur / 2 weken CG = geen CG	Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)	POST: d = 2.76 Afname algemene angst en angst gerelateerd aan omgevingsgeweld
Saisto, Toivaven, Salmela-Aro en Halmesmäki (2006)	N_{EG} = 102 N_{CG} = 85 Selectieve interventie Reductie van angst voor bevalling bij Finse vrouwen	EG = psycho-educatief programma + relaxatie 5 x 2 uur / week gedurende 3de trimester 2 uur 3 maand na bevalling CG = standaard bezoeken aan verloskundige 2 x 20 - 40 min. (PRE en in week 37)	Keuze voor natuurlijke bevalling	POST: p χ^2 = .02 Natuurlijke bevalling EG > CG + Cursisten gaven belang aan hun gevoelens te kunnen uiten

Stallard, Simpson, Anderson, Carter, Osborn en Bush (2007)	NEG= 197 Universele interventie Preventie van angst gedurende de kindertijd	EG = psycho-educatief schoolprogramma 10 x 1 uur / week CG = geen CG	Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) Culture Free Self Esteem Inventory (CFSEI)	POST: d = .30 Zowel reductie in angst, als stijging van het zelfbeeld

* studie is een randomized controlled trial

EG = Experimentele groep, CG = Controlegroep, WCG = Wachtlijstcontrolegroep, POST = Postmeting, FU = Follow-up meting, d = Cohen's d, m. = maand, jr. = jaar

Twee psycho-educatieve interventies worden bij wijze van illustratie meer gedetailleerd besproken. De eerste is een typische universele interventie gericht op kinderen van Stallard, Simpson, Anderson, Carter, Osborn en Bush (2007). De studie van Saisto, Toivaven, Salmela-Aro en Halmesmäki (2006) is een voorbeeld van hoe een selectieve interventie voor een zeer specifieke doelgroep kan worden opgezet.

Stallard et al. (2007) evalueerden de effectiviteit van het FRIENDS-programma, een interventie voor de preventie van angst tijdens de kindertijd. FRIENDS is een acroniem van de vaardigheden die in de verschillende sessies aan bod kwamen: F – Feeling Worried?, R – Relax and feel good, I – Inner thoughts, E – Explore plans, N – Nice work so reward yourself, D – Don't forget to practice, S – Stay cool. Er werd dus gewerkt rond de gevoelens van het kind, relaxatie, het herkennen van innerlijke gedachten, het exploreren van plannen, het belonen van goed werk, niet vergeten te oefenen en kalm te leren blijven. Het programma bestond uit tien sessies die klassikaal werden gevolgd, aangevuld met een programma van drie avonden voor ouders. In deze ongecontroleerde studie werd het algemeen angstniveau en het zelfbeeld onderzocht tijdens een pre- en postmeting. Bij meer dan 90% van de kinderen werd een significant lager angstniveau vastgesteld en significant betere scores voor het zelfbeeld.

Saisto et al. (2006) onderzochten de effectiviteit van psycho-educatie in combinatie met relaxatietraining bij een groep Finse vrouwen die angst hadden om te bevallen. Het programma omvatte vijf groepsessies in het derde trimester van de zwangerschap, gevolgd door één sessie drie maanden na de bevalling. De controlegroep volgde de standaardbehandeling van twee bezoeken bij een verloskundige. Uit de resultaten bleek dat de deelnemers vooral de relaxatie en het kunnen delen van ervaringen als helpend hadden ervaren. De vrouwen uit de experimentele conditie waren na de eerste vijf sessies minder angstig. Verder bevielen ze meer op een traditionele manier en opteerden ze significant minder voor een keizersnede. Omdat het in deze interventie ging om het voorkomen van tijdelijke angst, werd geen follow-up meting uitgevoerd.

Psycho-educatie bij depressie

Alle studies in Tabel 3 zijn randomized controlled trials. De interventies zijn vooral gericht op volwassenen met subklinische symptomen, maar er is ook een aanbod voor adolescenten. Verder worden de meeste interventies aan groepen aangeboden. Slechts één interventie maakt gebruik van een website, bij een andere interventie ontvangen deelnemers enkel een handleiding. De duur van de groepssessies varieert tussen 10 uur (8 sessies) en 43 uur (21 sessies). Twee meetinstrumenten zijn courant in dit type onderzoek: de zelfrapporteringsvragenlijst 'Centre for Epidemiologic Studies – Depression Scale' (CES-D) en het gestructureerd interview 'Composite International Diagnostic Interview' (CIDI). Verder worden vaak meetinstrumenten opgenomen met aandacht voor het breder algemeen functioneren van de deelnemers.

Over verschillende studies heen blijkt dat psycho-educatie bij depressie effectief is. Bij relatief grote groepen worden consequent vergelijkbare resultaten bekomen. Zo geven postmetingen aan dat er onmiddellijk na de cursus al vooruitgang geboekt wordt. Uit follow-up metingen blijkt dat deze vooruitgang tot twee jaar later behouden blijft. De gerapporteerde Cohen's d zijn te situeren tussen -.43 en .78.

Tabel 3

Overzicht van de studies over psycho-educatie bij depressie

Studie en Categorie	Proefgroep en Doel interventie	Interventie	Cruciale metingen	Resultaat
Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber & Lewinsohn (1995) *	N_{EG} = 76 N_{CG} = 74 Selectieve interventie Preventie van depressie bij adolescenten met verhoogd risico op depressie	EG = psycho-educatief programma (CWD) 15 x 45 min. groepssessies op 5 weken CG = non-interventie, vrijheid tot eigen initiatief	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES–D)	POST: d = .48 Depressieve symptomen EG < CG FU (6 - 12 m.): Incidentie depressie EG < CG op basis van 'survival analysis'
Muñoz, Ying, Bernal, Pérez-Stable, Sorensen, Hargreaves et al. (1995) *	N_{EG} = 72 N_{CG} = 78 Universele interventie Preventie van depressie bij volwassenen	EG = psycho-educatief programma (CWD) 8 x 120 min. / week groepssessies CG = non-interventie of enkel informatie	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES–D)	POST: b = -2.11, p = .02 FU (6 m.): b = -2.71, p = .003 FU (12 m.): b = -1.73, p = .04 Depressieve symptomen EG < CG ↕ Incidentie depressie EG = CG
Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin, Schaap (2001) *	N_{EG} = 68 N_{CG} = 42 Geïndiceerde interventie Preventie van depressie bij subklinische volwassenen	EG = psycho-educatief programma (CWD) 8 x 120 min. / week groepssessies CG = non-interventie	Beck Depression Inventory (BDI)	POST: d = .54 FU (6 & 12 m.): d = .33 & .20 Depressieve symptomen EG < CG ↕ Incidentie depressie EG = CG

Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale & Beardslee (2001) *	N_{EG} = 49 N_{CG} = 45 Selectieve interventie Preventie van depressie bij adolescente kinderen van depressieve ouders	EG = standaardaanbod van de geestelijke gezondheidszorg + psycho-educatief programma (CWD) 15 x 60 min. groepssessies CG = non-interventie, vrijheid tot eigen initiatief	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES–D)	POST: d = .47 FU: (1 & 2 jr.): d = .54 & .04 Depressieve symptomen EG < CG + Incidentie depressie EG < CG
Quayle, Dziurawiek, Roberts, Kane en Ebsworthy (2001) *	N_{EG} = 24 N_{WCG} = 23 Universele interventie Preventie van depressie bij vrouwelijke preadolescenten	EG = psycho-educatief programma 'Optimism and Lifeskills Program' 8 x 80 minuten / week groepssessies WCG = wachtlijst 6 maanden wachten alvorens aan te vangen met de interventie	Children's Depression Inventory (CDI)	POST: d = -.43 Depressieve symptomen EG > WCG FU (6 m.): d = .78 Depressieve symptomen EG < WCG
Colom, Vieta, Reinares, Martinez-Arán, Torrent en Goikolea (2003) *	N_{EG1}= 25 N_{CG2} = 25 Heraangewezen interventie Preventie van terugval bij hoog gemotiveerde patiënten met een bipolaire 1 stoornis in remissie	EG = psycho-educatief programma 5 x 1 contact / maand psychiater 21 x 90 min. / week groepssessies CG = ongestructureerde samenkomsten 5 x 1 contact / maand psychiater 20 x 90 min. / week groepssessies	Terugval	FU (2 jr.): $\chi^2 = 7.01$, p = .008 Terugval EG < CG
Willemse, Smit, Cuijpers & Tiemens, 2004 *	N_{EG} = 107 N_{CG} = 109 Geïndiceerde interventie Preventie van depressie bij subklinische volwassenen	EG = psycho-educatief programma (CWD) individueel door te nemen handleiding CG = non-interventie, vrijheid tot eigen initiatief	Composite International Diagnostic Interview (CIDI-AUTO) Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES–D)	FU (12 m.): d = .20 Depressieve symptomen EG < CG + Incidentie depressie EG < CG

Muñoz, Le, Ippen, Diaz, Urizar, Soto, et al. (2007) *	N_{EG} = 21 N_{CG} = 20 Selectieve interventie Preventie van depressie bij vrouwen, zowel tijdens als na de zwangerschap	EG = psycho-educatief programma (CWD) 12 x 90 min. / week groepssessies CG = non-interventie	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)	POST: d = .13 FU (6 & 12 m.): d = .15 & .23. Aantal majeure depressies EG ≈ CG
Mackinnon, Griffiths & Christensen (2008) *	N_{EG1} = 107 N_{EG2} = 94 N_{CG} = 124 Geïndiceerde interventie Reduceren van depressieve symptomen	EG1 = psycho-educatieve website 6 x 1 sessie / week op eigen tempo EG2 = cognitief gedragsmatige website 6 x 1 sessie / week op eigen tempo CG = aandachtsplacebo (gerichte vragen) 6 x 1 telefonisch contact / week	Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES–D)	POST: d = .33 Depressieve symptomen EG1 + EG2 < CG FU (6 m. & 12 m.): d = .20 & .21 Depressieve symptomen EG1 < EG2 < CG

* studie is een randomized controlled trial

EG = Experimentele groep, CG = Controlegroep, WCG = Wachtlijstcontrolegroep, POST = Postmeting, FU = Follow-up meting, d = Cohen's d, m. = maand, jr.= jaar

We bespreken de ‘Coping with Depression’ (CWD) cursus als voorbeeld van een selectieve interventie. CWD is op dit moment de best bestudeerde psycho-educatieve cursus voor de preventie van depressie. Specifiek eraan is het principe van een gereedschapskist: doorheen de cursus leren de deelnemers namelijk diverse, uiteenlopende hanteringstechnieken waarmee ze vervolgens zelf aan de slag gaan met hun problemen. De technieken zijn sociale vaardigheden, vaardigheden voor het uitdagen van negatieve gedachten, behavioral activation en cognitieve technieken om een positieve stemming te bevorderen. Het preventief effect van deze cursus is ondertussen al in zes randomized controlled trials onderzocht (Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin, Schaap, 2001; Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber & Lewinsohn, 1995; Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale & Beardslee, 2001; Muñoz, Ippen, Diaz, Uriar, Soto et al., 2007; Muñoz, Ying, Bernal, Pérez-Stable, Sorensen, Hargreaves et al., 1995; Willemse, Smit, Cuijpers & Tiemens, 2004). De doelgroepen varieerden over de studies heen van adolescenten, over zwangere moeders, tot volwassenen. In een meta-analyse van Cuijpers, Muñoz, Clarke en Lewinsohn (2009) bleek dat deelnemers aan de CWD 38% minder kans hadden op het ontwikkelen van een depressieve stoornis in vergelijking met personen uit de controlecondities.

Algemeen besluit

Algemeen beschouwd is de kwaliteit van het onderzoek naar preventieve psycho-educatieve interventies hoogstaand. Zowat 70% van de besproken studies zijn immers randomized controlled trials. Verder is er zowel voor psycho-educatie bij stress, angst als depressie een indicatie van de effectiviteit van de interventies op korte termijn. De effectgroottes variëren echter vrij sterk over de verschillende studies heen.

Aangezien er niet telkens follow-upmetingen werden uitgevoerd, is het moeilijk om uitspraken te doen over de duurzaamheid van de bekomen effecten. De uitzondering hierop is het onderzoek naar psycho-educatie bij depressie, waar vaak wel een follow-up van langere duur wordt doorgevoerd. De resultaten van studies waarin follow-upmetingen beschikbaar zijn, wijzen hier op een positief effect op de langere termijn: de vooruitgang blijft behouden of zet zich zelfs nog verder door.

Een reductie van klachten en symptomen wordt dus vastgesteld, maar het preventie-aspect, dit wil zeggen een verminderd aantal gevallen dat voor het eerst met depressieve of angstgerelateerde stoornissen te kampen krijgt, wordt niet altijd terug gevonden. Een mogelijke verklaring is dat dergelijke interventies de ernst van de klachten waarop zij zich richten slechts in beperkte mate verlagen. Voor personen met ernstige klachten, bij wie misschien al bijna sprake is van een stoornis, blijkt een dergelijke preventieve interventie een minder effectieve oplossing. De resultaten bieden evidentie voor het feit dat preventieve psycho-educatieve interventies best worden aangeboden (1) als laagdrempelige cursussen waarbij iedereen die interesse heeft, vrij kan deelnemen (2) als eerstelijnshulp binnen de geestelijke gezondheidszorg aan personen met geringe klachten, voor wie de klassieke oplossingen (initieel) misschien te intensief zijn.

Er blijven echter nog heel wat onbeantwoorde onderzoeksvragen over. (1) Zo wordt het placebo-effect vaak niet in rekening gebracht. Waar wachtlijstcontrolegroepen in RCT's de standaard zijn, is een beter alternatief om deze deelnemers gelijktijdig een niet-psycho-educatieve cursus te laten volgen. (2) Daarnaast wordt er relatief veel aandacht besteed aan evoluties van klachten en minder aan evoluties in het algemeen functioneren. (3) Welke

componenten van een cursus (kennisoverdracht, aanleren van hanteringsmechanismen, relaxatie…) instaan voor de effectiviteit is ook nog onduidelijk. (4) Ten slotte is het van belang om te bepalen wie baat heeft bij welk type interventies. Door een antwoord te voorzien op (3) en (4), zouden deelnemers gerichter naar specifieke cursussen kunnen gestuurd worden. Dit kan op zijn beurt resulteren in grotere afname van hun klachten en een hogere tevredenheid met de interventie.

De nauwe verwevenheid van psycho-educatie met aanverwante interventievormen maakt het moeilijk om studies te vinden die enkel de effectiviteit van psycho-educatie evalueren. Daarnaast kan de vraag gesteld worden of psycho-educatie meer effectief is als deze wordt ingebed in een ruimer interventiepakket. Deze vraag kan momenteel niet beantwoord worden omdat onvoldoende studies beschikbaar zijn die het effect laten vaststellen van de verschillende onderdelen van een interventie, waaronder psycho-educatie. De vaststelling dat psycho-educatie op zichzelf al duurzame effecten heeft is een belangrijk argument voor de promotie ervan, al dan niet ingebed in een ruimer geheel.

Afsluitend kan geconcludeerd worden dat er evidentie is voor de effectiviteit van preventieve psycho-educatieve interventies. Omdat met relatief weinig inspanning een grote groep personen bereikt wordt, kan deze methodiek op grond van gezondheidseconomische overwegingen een prominentere plaats innemen in het toekomstig landschap van de geestelijke gezondheidszorg.

Referenties

Allart-van Dam, E., Hosman, C. M., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (2007). Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the 'Coping with Depression' course. *Journal of Affective Disorders*, 97, 219−228.

Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk samplea of high school adolescents: a randomised trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 312−321.

Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry, 58,* 1127−1134.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2de editie). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., et al. (2003). A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Archives of General Psychiatry, 60,* 402-407.

Cooley, M.R., Boyd,R.C., & Grados, J.J. (2004). Feasibility of an Anxiety Preventive Intervention for Community Violence Exposed African-American Children. *The Journal of Primary Prevention, 25, 1,* 105-123.

Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G.N., Lewinsohn, P.M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review, 29,* 449-458.

Dozois, D.J.A. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: Conceptual, methodological, and practical issues. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 425-429.

Gardenswartz, C.A., & Craske, M.G. (2001). Prevention of Panic Disorder. *Behavior Therapy, 32,* 725-737.

Golant, M., Altman, T., & Martin, C. (2003). Managing Cancer Side Effect to Improve Quality of Life. A Cancer Psychoeducation Program. *Cancer Nursing, 26,1,* 37-44.

Hawkins, K.M., Reddy, P., & Bunkers, S. (2007). Evaluation of a stress management course in adult education centres in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health, 15,* 107-113.

Jones, L.V. (2004). Enhancing Psychosocial Competence among Black Women in College. *Social Work, 49, 1,* 75-83.

Lechner, S.C., Antoni, M.H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., et al. (2003). Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research, 54,* 253-261.

Mackinnon, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2008). Comparative randomized trial of online cognitive-behavioral therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry, 192,* 130-134.

Muñoz, R.F., Le, H., Ippen, C.G., Diaz, M.A., Urizar, G.G.J., Soto, J., et al. (2007). Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice, 14,* 70-83.

Muñoz, R. F., Ying, Y.W., Bernal, G., Pérez-Stable, E. J., Sorensen, J. L.,Hargreaves,W. A., et al. (1995). Prevention of depressionwith primary care patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology, 23,* 199−222.

Quayle, D., Dziurwiec, S., Roberts, C. Kane, R., & Ebsworthy, G. (2001). The effect of an Optimism and Lifeskills Program on Depressive Symptoms in Preadolescence. *Behaviour Change, 18, 4,* 194- 203.

Rahe, R.H., Taylor C.B., Robbyn L.T., Newhall, L.M., Veach, T.L., & Bryson S. (2002). A Novel Stress and Coping Workplace Program Reduces Illness and Healthcare Utilization. *Psychosomatic Medicine, 64,* 278-286.

Ruys, K. (2006). *Psycho-educatie bij stress. Effectonderzoek aangaande de cursus ' Word uw eigen gids bij stress en spanning'.* Ongepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Centrum voor Leerpsychologie en experimentele psychopathologie.

Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmäki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica, 85,* 1315-1319.

Shimazu, A., Kawakami, N., Irimajiri, H., Sakamoto, M. & Amano, S. (2005). Effect of Web-Based Psychoeducation on Self-Efficacy, Problem Solving Behavior, Stress Responses and Job Satisfaction among Workers: A Controlled Clinical Trial. *Journal of Occupational Health, 41,* 405-413.

Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Carter, T., Osborn, C., & Bush, S. (2005). An evaluation of the FRIENDS programme: a cognitive behavior therapy intervention to promote emotional resilience. *Archives of Disease in Childhood, 90,* 1016-1019.

Thalheimer, W., & Cook, S. (2002, August). *How to calculate effect sizes from published research articles: A simplified methodology.* Geraadpleegd op 4 mei 2010, op http://work-learning.com/effect_sizes.htm.

Van den Broucke, S. (2001). Preventie in de geestelijke gezondheidszorg. *Strategieën en methoden. Welzijnsgids - Gezondheidszorg, Geestelijke gezondheidszorg, 41,* 85 – 103.

Willemse, G. R. W. M., Smit, F., Cuijpers, P., & Tiemens, B. G. (2004). Minimal contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care: a randomised trial. *British Journal of Psychiatry, 185,* 416−421.