Master thesis

Utrecht University

Master programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Glenda Gonzalez Argueta, 3918238

Eerste beoordelaar: Denise Bodden

Tweede beoordelaar: Leonie Vreeke

Datum: 13-09-2017

Voorwoord

Dit onderzoek heb ik uitgevoerd in het kader van mijn Masteropleiding Clinical Child, Family and Education Studies aan de Universiteit Utrecht. De reden dat ik heb gekozen voor dit onderwerp is de groeiende wereldwijde omvang van de depressieproblematiek. Wie ‘depressief' invult bij Google Trends, ziet dat steeds meer mensen op deze term zoeken en dat veel mensen kampen met deze problematiek. In het psychiatrisch werkveld, waarin ik al enige tijd werkzaam ben, kom ik eveneens veel depressieve jongvolwassenen tegen. De omvang van deze problematiek intrigeert mij en om die reden heb ik voor dit onderzoeksonderwerp gekozen.

Via deze weg wil ik een aantal personen bedanken die voor mij belangrijk waren tijdens het schrijven van mijn scriptie. Ik wil mijn masterthesisbegeleider Denise Bodden bedanken voor haar begeleiding en feedback in de afgelopen maanden, waarmee ik tot nieuwe inzichten kwam om mijn schrijf- en onderzoeksvaardigheden te verbeteren. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken die bij dit afstudeerproces betrokken zijn geweest en mij hebben gesteund.

Glenda Gonzalez Argueta
Utrecht, 13 oktober 2017

Samenvatting

Inleiding In deze studie is onderzocht of sekse, leeftijd (12 tot 16 en 17 tot 21 jaar) en comorbiditeit (angst en extrenaliserende problemen) voorspellers zijn van het behandelingseffect van cognitieve gedragstherapie bij depressieve Nederlandse adolescenten. Verwacht werd dat cognitieve gedragstherapie (CGT) beter werkt voor meisjes dan voor jongens met een depressie. Daarnaast werd verwacht dat CGT beter werkt voor adolescenten in de leeftijd van 12 tot 16 jaar dan in de oudere leeftijdscategorie. Ook werd verwacht dat CGT-therapie bij depressieve adolescenten met comorbide angstsymptomen (internaliserende problematiek) even goed werkt als bij adolescenten zonder comorbide angstsymptomen. Ten slotte werd verwacht dat CGT-therapie bij depressieve adolescenten beter werkt voor adolescenten zonder comorbide externaliserende problematiek) dan voor adolescenten met externaliserende problematiek. **Methode** Klinisch depressieve adolescenten in de leeftijd van 12 tot 21 jaar (N = 51) hebben meerdere vragenlijsten ingevuld in het kader van een randomised controlled trial, waarbij individuele CGT werd vergeleken met reguliere zorg. **Resultaten** Uit deze studie is gebleken dat het effect van CGT bij klinisch depressieve adolescenten niet verschilt tussen jongens en meisjes, jongere (12-16) en oudere (17-21) adolescenten, en ook niet voor depressieve adolescenten met of zonder comorbide angst of externaliserende problemen. **Discussie** Geconcludeerd kan worden dat zowel leeftijd, sekse als comorbiditeit geen voorspellend effect hebben op het effect van CGT in de Nederlandse situatie. Een suggestie voor vervolgonderzoek is dan ook om andere mogelijke voorspellers, zoals een hoog niveau van suïcidaliteit en conflicten in het gezin, te onderzoeken.

Sleutelwoorden: CGT, Voorspellers, Sekse, Leeftijd, Comorbiditeit, Behandelingseffect, Adolescenten

Abstract

Introduction: The current study examined whether gender, age and comorbidity are predictors of the effectiveness of cognitive behavioural therapy (CBT) for depressed Dutch adolescents. An age distinction was made between adolescents aged 12 to 16 years old and those aged 17 to 21 years old. It was expected that CBT would be more effective for girls suffering from depression than boys. Additionally, it was expected that CBT would be just as effective for depressed adolescents who suffer from comorbid internalized problems as those without internalized problems. Finally it was expected that CBT would be more effective for depressed adolescents without comorbid internalized problems than those with internalized problems.

Method: Adolescents were divided in two age categories: 12 to 16 years old and 17 to 21 years old (*N*= 51). All subjects completed two questionnaires containing items concerning depressive symptoms. The research questions were tested using a covariation analysis. **Results:** In this study, no difference was found in the effectiveness of CBT for younger and older adolescents. The effectiveness of CBT also did not differ across genders. Comorbidity did not seem to have any relationship with the effectiveness of CBT. **Discussion:** It can be concluded that age, gender and comorbidity do not have a predictive effect on the effectiveness of CBT in the Dutch system. It is advised that future research consider other possible predictors like high levels of suicidality, and conflicts in the family.

Key words: CBT, predictors, gender, age, comorbidity, treatment effectiveness, adolescents

Depressie bij adolescenten is een groot maatschappelijk probleem (Costello, Erkanli, & Angold, 2006; Gutman & Sameroff, 2004). Meer dan 20% van de adolescenten blijkt ten minste één depressieve episode te hebben doorgemaakt voordat zij de volwassenheid hebben bereikt (Caporino & Karver, 2012; Newman et al., 1996). Een depressie wordt gekenmerkt door een depressieve stemming, verlies van interesse en plezier, schuldgevoelens, verminderd zelfvertrouwen, verstoorde slaap en eetlust, weinig energie en slechte concentratie (American Psychiatric Association, 2013). Op de langere termijn kan depressie samengaan met andere psychosociale problemen, zoals middelenmisbruik en suïcide (Gutman et al., 2004; Lakdawalla, Hankin, & Mermestein, 2007). Depressieve problemen kunnen bij adolescenten chronisch worden en leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks leven (Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994).

Meerdere studies hebben aangetoond dat cognitieve gedragstherapie (CGT) een van de meest effectieve en efficiënte behandelingen is voor depressieve adolescenten (Asarnow, Scott, & Mintz, 2002; David-Ferdon & Kaslow, 2008; Dobson, Hopkins, Fata, Scherrer, & Allan, 2010; Marcotte, 1997; Rohde, Clarke, Mace, Jorgensen, & Seeley, 2004). CGT is gebaseerd op het cognitieve model van Aaron Beck. Dit model gaat ervan uit dat alledaagse gebeurtenissen reacties oproepen in de vorm van gedachten of interpretaties, die op hun beurt leiden tot emotionele reacties (Beck & Haigh, 2014). Depressieve mensen zullen als gevolg van onderliggende disfunctionele cognities bepaalde gebeurtenissen een negatieve betekenis toekennen (Dozois & Beck, 2008; Müller, Rohde, Gaub, & Stice, 2016). Dergelijke negatieve cognities vormen in psychologisch opzicht de kern van een depressie **(**Müller et al., 2016). CGT is gericht op het opsporen van de onderliggende disfunctionele cognities. De adolescent wordt aangemoedigd om tegenover deze cognities nieuwe, evenwichtige cognities aan te leren (Stikkelbroek & Prinzie, 2008). Tevens wordt bij deze aanpak nieuw gedrag aangeleerd om de disfunctionele cognities om te vormen tot helpende gedachten (David-Ferdon et al., 2008; Stikkelbroek et al., 2008).

Onderzoek van Costello et al. (2002) heeft meerdere voorspellers voor het effect van CGT bij depressieve adolescenten gerapporteerd. Voorbeelden hiervan zijn de sociaaleconomische status, etniciteit, leeftijd, sekse en comorbiditeit (Costello et al., 2002).

Als gevolg van de kleine steekproef zijn voor het huidige onderzoek sekse, leeftijd en comorbiditeit meegenomen en niet sociaaleconomische status en etniciteit, als mogelijke voorspellers voor de CGT-effect. Om een extern valide uitspraak te kunnen doen over

bijvoorbeeld het voorspellende effect van etniciteit, is namelijk een onderzoeksgroep nodig waarin alle (of in iedere geval de belangrijkste) etniciteiten in ruime mate vertegenwoordigd zijn. Dit is niet mogelijk met de uiteindelijke onderzoeksgroep van de huidige studie, *n*=51. Naar het voorspellende effect van leeftijd, sekse en comorbiditeit is weinig onderzoek gedaan met een Nederlandse klinische populatie (Stikkelbroek, Bodden, Deković & Van Baar, 2013). Onder meer om die reden is in deze studie onderzoek verricht naar het effect van deze drie voorspellers, onder een Nederlandse onderzoeksgroep. Een andere reden is de relevantie van deze drie voorspellers voor het effect van CGT, zoals die uit de internationale literatuur naar voren komt. Ten aanzien van leeftijd concluderen Costello et al. (2002) allereerst dat de slagingskans van CGT bij de adolescent met de jaren afneemt. Dit is het gevolg van cognitieve patronen die met toename van de leeftijd van de jongere steeds hardnekkiger worden en daardoor steeds moeilijker te doorbreken zijn (Curry et al., 2006; David-Ferdon et al., 2008; Michael & Crowley, 2002). Derhalve is het van groot belang om zo jong mogelijk te interveniëren (Curry et al., 2006; David-Ferdon et al., 2008). Echter, het wetenschappelijk onderzoek dat is verricht om na te gaan of CGT beter werkt in een vroegere fase van de adolescentie is beperkt en gedateerd (Clarke et al., 1992). Daarnaast is gevonden dat cognitieve interventies effectiever zijn voor oudere adolescenten, terwijl jongere adolescenten meer baat hebben bij gedragsinterventies. Een verklaring hiervoor is dat oudere adolescenten beter in staat zijn abstract te denken en te reflecteren dan jongere adolescenten (Ollendick, Grills, & King, 2001). Aangezien CGT uit een cognitieve en een gedragscomponent bestaat, is het, wanneer het laatstgenoemde onderzoek in ogenschouw wordt genomen, derhalve geschikt voor zowel jongere als oudere adolescenten. Ondanks het belang dat aan leeftijd wordt toegekend als voorspeller van het effect van CGT, wordt leeftijd, ook buiten Nederland, nauwelijks onderzocht in de CGT-context (Grave & Blissett, 2004).

Daarnaast wordt door verschillende studies aangetoond dat sekse een belangrijke voorspeller is van het effect van CGT. Uit onderzoek blijkt dat CGT voor meisjes effectiever is dan voor jongens (David-Ferdon et al., 2008; Michael et al., 2002). Een mogelijke verklaring hiervoor is de maatschappelijke verwachting dat vrouwen, zeker in de adolescentie, zich meer emotioneel bewust zijn en uiten dan mannen (Frank et al., 2008). Dit levert, in de context van een therapeutische setting waar emotionele openheid wordt gevraagd, voor meisjes een voordeel op (Frank et al., 2008; Weisz et al., 1995). In een andere studie blijkt sekse echter geen consistente voorspeller van het CGT-effect (Rohde, Seeley, Kaufman, Clarke & Stice, 2006). Op laatstgenoemde studie van Rohde et al., (2006) kan overigens

worden aangemerkt dat de onderzoeksgroep bestond uit adolescenten die zijn gerekruteerd uit jeugdgevangenissen. Hierdoor kan bij de resultaten van deze studie getwijfeld worden aan de externe validiteit. Daarnaast had dit onderzoek te lijden onder een te lage power, waardoor kleine effecten eventueel verborgen zijn gebleven (Rohde et al., 2006).

Comorbiditeit kan eveneens worden aangemerkt als belangrijke voorspeller van het behandelingseffect van CGT bij depressieve adolescenten (Rohde et al., 2004). Uit onderzoeken is gebleken dat de comorbiditeit van stoornissen een negatieve impact heeft op de werking van CGT (Curry et al., 2006; Nilsen, Eisenmann, & Kvernmo, 2013; Weisz et al., 2007). Een verklaring hiervoor is dat de aanwezigheid van een tweede stoornis een depressie kan veroorzaken of in stand kan houden (Garber & Weersing, 2010). Zo is uit onderzoek gebleken dat CGT minder effectief is bij comorbide internaliserende stoornissen, zoals een angststoornis, sociale teruggetrokkenheid en dysthymie (Curry et al., 2006). Echter, er is ook een onderzoek dat stelt dat de aanwezigheid van angst geen negatieve invloed hoeft te hebben op behandeling met CGT (Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley, & Kaufman, 2001). Een verklaring hiervoor is dat zowel bij angst als depressie een negatieve stemming de basis vormt, waardoor CGT, dat zich aan de hand van de negatieve cognities op deze stemming richt, beide stoornissen positief beïnvloedt (Boeting, Ferdinand, Barret, & Dadds, 2002; Whiteside & Ollendick, 2009). Ten aanzien van depressieve adolescenten met comorbide externaliserende stoornissen, zoals Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), delinquentie, pesten en agressie, wordt gevonden dat GCT weinig effectief is (Weersing et al., 2016). Dit zou verklaard kunnen worden door gedragsproblemen, die vaak sterk op de voorgrond staan en veelal de reden voor aanmelding van de behandeling zijn. Deze adolescenten staan niet zelden vijandig tegenover de therapie, hetgeen de therapeutische relatie bemoeilijkt. In tegenstelling tot het voorgaande biedt CGT juist de mogelijkheid om dit probleem op te lossen (Stikkelbroek et al., 2008). Deze oplossing ligt onder meer in psycho-educatie aan zowel ouders als adolescenten en het belang dat CGT stelt in het bewerkstelligen van een therapeutische relatie (Stikkelbroek et al., 2008). Andere onderzoekers hebben aangetoond dat het nog niet duidelijk is wat de differentiële effecten zijn van comorbide (internaliserende en externaliserende) problematiek op de werking van CGT (David- Ferdon et al., 2008; Watanabe, Hunot, Omori, Churchill, & Furukawa, 2007).

Onderzoek naar de werking van CGT bij depressieve adolescenten wordt voornamelijk in het buitenland uitgevoerd (Stikkelbroek et al., 2013). Naar voorspellers van de behandelingseffecten, zoals leeftijd, is bij een Nederlandse populatie nog geen onderzoek

gedaan. Bovendien is er, zoals hierboven besproken, in de internationale literatuur geen overeenstemming over het effect van de predictoren sekse en het differentiële effect van comorbide internaliserende en externaliserende problemen op het behandelsucces van CGT. Het feit dat depressie onder een grote groep adolescenten in Nederland voorkomt maar dat er weinig onderzoek is gedaan, benadrukt de maatschappelijke relevantie van de huidige studie. Het doel van dit onderzoek is om de invloed van leeftijd, sekse en comorbiditeit op het behandelsucces van CGT te onderzoeken.

De centrale onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt: ‘Zijn sekse, leeftijd en comorbiditeit voorspellers van het behandelingseffect van CGT bij depressieve Nederlandse adolescenten?’ Deze vraag wordt beantwoord met behulp van onderstaande deelvragen.

De eerste deelvraag is: ‘Werkt CGT beter voor jongere (12-16) dan voor oudere (17-21) klinisch depressieve adolescenten?’ Naar aanleiding van de geraadpleegde literatuur wordt verwacht dat na het volgen van CGT jongere adolescenten (12- tot 16-jarigen) minder depressieve symptomen rapporteren dan oudere adolescenten (17- tot 21-jarigen), als gevolg van de cognitieve patronen die met de leeftijd hardnekkiger worden en derhalve moeilijker te behandelen zijn (Curry et al., 2006; David-Ferdon et al., 2008; Michael et al., 2002).

De tweede deelvraag is: ‘Werkt CGT beter voor klinisch depressieve meisjes dan voor klinisch depressieve jongens?’ De verwachting is dat na het volgen van CGT meisjes minder depressieve symptomen rapporteren dan jongens. Hoewel de literatuur op dit punt niet geheel eenduidig is, overheerst vooralsnog de idee dat de maatschappelijke verwachting dat vrouwen zich meer emotioneel bewust zijn en uiten dan mannen, vrouwen meer geschikt maakt voor therapie (Frank et al., 2008; Weisz et al., 1995).

De derde deelvraag bestaat uit twee delen. Het eerste deel luidt: ‘Rapporteren klinische depressieve jongeren zonder comorbide internaliserende problematiek (angstproblemen), na het volgen van CGT, minder depressieve symptomen dan klinisch depressieve jongeren met internaliserende problematiek (angstproblemen)?’ De verwachting is dat na het volgen van CGT jongeren zonder angstproblemen niet minder depressieve symptomen rapporteren dan jongeren met angstproblemen. Een verklaring hiervoor is dat een negatieve stemming de basis vormt van zowel angst als depressie, waardoor CGT, dat zich aan de hand van de negatieve cognities op deze stemming richt, beide stoornissen positief beïnvloedt (Boeting, Ferdinand, Barret, & Dadds, 2002; Whiteside & Ollendick, 2009). Het tweede deel luidt: ‘Werkt CGT-therapie beter voor klinisch depressieve jongeren zonder comorbide externaliserende problematiek dan voor jongeren met comorbide externaliserende

problematiek?’ De verwachting hierbij is dat na het volgen van CGT jongeren zonder comorbide externaliserende problematiek minder depressieve symptomen rapporteren dan jongeren met comorbide externaliserende problematiek. Deze verwachting komt voort uit het idee dat externaliserende problematiek problemen geeft bij het opbouwen van een therapeutische relatie (Weersing et al., 2016).

Methode

Participanten

Deze studie maakt gebruik van data uit een randomized controletrial (RCT) waarin CGT, de experimentele groep, wordt vergeleken met treatment as usual (TAU), de controlegroep (Stikkelbroek et al., 2013). De onderzoeksgroep in deze studie is beperkt tot de experimentele groep: CGT (N = 70). Er is slechts gebruikgemaakt van de experimentele groep aangezien de huidige studie niet primair is gericht op de effectiviteit van CGT, maar op de eventuele voorspellers van het effect van CGT. De participanten waren gediagnosticeerd met een primaire depressieve stoornis en aangemeld bij een van de deelnemende ggz-instellingen. De inclusiecriteria voor deelname waren dat bij de deelnemer depressie als hoofddiagnose was gesteld, hij/zij tussen de 12 en 21 jaar was en dat hij/zij de Nederlandse taal goed beheerste. De exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren: acuut suïciderisico, drugsgebruik, pervasieve ontwikkelingsstoornis, bipolaire stoornis als primaire diagnose en dagopvang of opname in een klinische setting. Indien medicatie werd gebruikt voor een depressie of een andere stoornis, moest de dosering gedurende de interventie constant worden gehouden (Stikkelbroek et al., 2013). Van de oorspronkelijke onderzoeksgroep hebben slechts 56 adolescenten de CDI-II-nameting ingevuld. Van deze groep hadden twee personen geen YSR-gegevens ingevuld, hadden twee jongeren geen CDI-II bij de voormeting ingevuld en is één persoon van 22 jaar oud niet meegenomen in de analyses, omdat deze buiten de leeftijdsrange viel. Derhalve bestond de uiteindelijke onderzoeksgroep uit 51 adolescenten.

Procedure

De depressieve jongeren in het onderzoek van Stikkelbroek et al. (2013) zijn geworven in veertien verschillende gespecialiseerde ggz-instellingen, verspreid over heel Nederland. De participanten werden binnen de ggz-instellingen, waar zij behandeld werden door een ervaren psycholoog, benaderd met informatie over het onderzoek en een brief met de vraag om toestemming voor deelname. De participanten uit de CGT-groep, waar deze studie op is gericht, hebben vervolgens een geprotocolleerd individueel CGT-programma gekregen: de D(o)epressie-cursus. Er zijn vier metingen gedaan: voorafgaand aan de behandeling, direct na de behandeling, zes maanden na de behandeling en een jaar na de behandeling. Dit voorgestelde onderzoek is derhalve opgezet als een één-groepsdesign conditie verkregen uit een RCT met voor-, na- en twee follow-upmetingen. In dit onderzoek zijn alleen de gegevens van de voor- en nameting gebruikt.

Meetinstrumenten

Children's Depression Inventory II (CDI-II)

De CDI-II is een Nederlandstalige bewerking van de CDI (Kovacs, 1992). Het betreft een zelfrapportagelijst van Bodden, Stikkelbroek en Braet (2016) met items voor kinderen en jongeren tot en met 21 jaar, die de mate van depressieve symptomen vaststelt. Deze vragenlijst is bij dit onderzoek ingevuld door jongeren van 12 tot 21 jaar. Met de items wordt een totaalscore voor de mate van depressieve symptomen gemeten. De CDI-II bestaat in totaal uit 28 items. Elk item bestaat uit drie antwoordmogelijkheden. Een voorbeelditem is: "Ik ben soms verdrietig", "Ik ben vaak verdrietig" en "Ik ben altijd verdrietig". Ten aanzien van de betrouwbaarheid kan worden gesteld dat de interne consistentie van de CDI-II-totaalscore van de zelfrapportagelijst goed is voor zowel de niet-klinische als de klinische populatie. Wat betreft de test-hertest-betrouwbaarheid blijkt uit een analyse met correlaties tussen twee afnames een goede betrouwbaarheid, maar blijkt uit een analyse door middel van verschilscores een matige betrouwbaarheid. De betrouwbaarheid van de CDI-II in de huidige studie is eveneens goed te noemen (voormeting: alpha = 0.8, nameting: alpha= 0.9). Met betrekking tot de validiteit kan worden opgemerkt dat de CDI-II-totaalscores voor een klinische populatie een goede convergente en divergente validiteit heeft. Ten slotte is ook de discriminante validiteit van de CDI-II-zelfrapportage goed te noemen (Bodden et al., 2016).

Youth Self Report (YSR)

De YSR is een bewerking van een Amerikaanse vragenlijst, ontwikkeld door Achenbach (1991). De vragenlijst wordt ingevuld door de adolescenten in de leeftijdscategorie van 11 tot en met 18 jaar. Het betreft een vragenlijst die de visie van de adolescenten met betrekking tot vaardigheden en emotionele en gedragsproblemen in kaart brengt, waarbij de adolescenten aangeven in welke mate een vraag op hen van toepassing is in de afgelopen zes maanden (Verhulst, Ende, & Koot, 1997). De YSR bestaat uit acht schalen, met in totaal 112 items. Elk item wordt beantwoord op een driepuntschaal (0: 'helemaal niet', 1: 'een beetje of soms', 2: 'duidelijk of vaak'). Veertien van deze vragen worden gesteld om de sociale wenselijkheid van de antwoorden van de adolescenten te meten. Een voorbeelditem is: "Ik dreig andere mensen pijn te doen " en "Ik heb problemen met slapen". Een hoge score staat voor aanwijzingen over probleemgebieden of DSM-psychopathologie. De COTAN heeft in 1999 de betrouwbaarheid als goed, de begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit als voldoende en de normen als onvoldoende beoordeeld. Voor de huidige studie is de YSR gebruikt om zowel comorbide angst (internaliserend) als comorbide externaliserende symptomen te meten. Om

tot een score te komen voor de internaliserende problematiek is de angstschaalscore gebruikt. Deze score is gedichotomiseerd (wel klinisch =0 /niet klinisch =1), waarbij jongens vanaf een score van 7 (de klinische cut-off) in de klinische categorie terechtkwamen en meisjes vanaf een score van 8. Voor de totaalscore van de externaliserende problematiek zijn de itemscores van de schalen regel overtredend gedrag en agressief gedrag opgeteld. Ook deze score is gedichotomiseerd, waarbij jongens vanaf een score van 28 in de klinische categorie terechtkwamen en meisjes vanaf een score van 29.

Leeftijd

De variabele leeftijd is gemeten met behulp van een demografische vragenlijst. Deze variabele is voor de huidige studie gedichotomiseerd, in de categorieën 12-16 jaar en 17-21 jaar. Er is voor deze indeling gekozen omdat de periode tussen 12 en 16 jaar over het algemeen wordt aangeduid met ‘jongere adolescenten’, een periode van lichamelijke veranderingen en opbouw van de persoonlijkheid, met de blik naar binnen gericht. De periode tussen 17 en 21 wordt aangeduid als ‘oudere adolescenten’, een periode met een blik meer naar buiten gericht, waarin de gevormde persoon een plaats zoekt in de samenleving (Aken & Slot, 2010)**.**

Geslacht

De variabele geslacht is tevens gemeten met behulp van een demografische vragenlijst. Deze variabele is ook gedichotomiseerd: aan jongens is de waarde 1 toegekend en aan meisjes de waarde 2.

Behandelinterventie

In dit onderzoek is de geprotocolleerde CGT-interventie D(o)pressie gebruikt (Stikkelbroek, Bouman & Cuypers, 2005). De depressieve jongeren in de interventiegroep kregen een individuele behandeling die gebaseerd was op cognitief-gedragstherapeutische principes. D(o)pressie bestaat uit vijftien bijeenkomsten van 45 minuten en heeft als doel depressieve klachten te verminderen bij adolescenten met een depressieve stoornis. Tijdens de cursus leren adolescenten inzicht te krijgen in hun onbewuste negatieve cognities en deze te veranderen (cognitieve component). Daarnaast krijgen zij inzicht in het verband tussen hun stemming en de interactie met de omgeving en leren zij specifieke vaardigheden om positieve interacties met de omgeving te verbeteren (gedragsmatige component).

Data-analyse

In dit onderzoek zijn de drie hypothesen getoetst met behulp van een covariantie-analyse (ANCOVA). Hierbij is de voormeting van de CDI-II (depressiesymptomen) als covariaat gebruikt en de nameting van de CDI-II als afhankelijke variabele. Leeftijd (twee categorieën: 12-16 jaar versus 17-21 jaar), geslacht (jongen versus meisje), comorbide internaliserende problematiek (wel versus niet aanwezig) en comorbide externaliserende problematiek (wel versus niet aanwezig) zijn hierbij de onafhankelijke variabelen.

Met betrekking tot de assumpties die gelden voor de ANCOVA, is ten eerste de assumptie van de homogene regressielijnen nagegaan. Hierbij is getoetst of het effect van de covariaat op de afhankelijke variabele in de verschillende categorieën van de onafhankelijke variabelen gelijk is. Wanneer dit voor een onafhankelijke variabele het geval is, zijn de geschatte regressielijnen van de afhankelijke variabele op de covariaat voor elke categorie gelijk en is derhalve sprake van homogene regressielijnen. Dit is gedaan door voor elk van de drie onafhankelijke variabelen te toetsen of deze significant interacteert met de covariaat. Dit was bij geen van de drie hypotheses het geval en derhalve is in alle gevallen aan de assumptie voor homogene regressielijnen voldaan. Vervolgens is de assumptie voor normaliteit getoetst met behulp van de Kolgomorov-Smirnov-test op de residuen, waaruit bleek dat ook aan deze assumptie is voldaan. Ten slotte is met behulp van Levene’s test geconcludeerd dat tevens voldaan is aan de assumptie van homogene varianties.

Resultaten

Met deelvraag 1 is onderzocht is onderzocht of CGT beter werkt voor jongere (12 tot 16 jaar) dan voor oudere adolescenten (17 tot 21 jaar). Uit de ANCOVA is naar voren gekomen dat er geen significant verschil is in depressiesymptomen bij de nameting tussen de jongere adolescenten (n=29, M= 17.66, sd=2.38) en de oudere adolescenten (n=22, M=17.52, sd=2.80), $F(1,45)$ =.00, p =.964, η^2 =.000), waarbij gecorrigeerd werd voor de voormeting.

Vervolgens is met deelvraag 2 gekeken of CGT beter werkt voor meisjes dan voor jongens. Uit de ANCOVA blijkt dat er geen significant verschil is in depressieve symptomen tussen jongens (n=11, M= 16.41, sd=3.30) en meisjes (n=40, M= 18.77, sd=2.07) direct na afloop van CGT, waarbij gecorrigeerd werd voor de voormeting ($F(1,45)$ =.48, p =.494, η^2 =.010).

Met deelvraag 3a is onderzocht of CGT beter werkt bij depressieve jongeren zonder comorbide angstproblematiek dan bij depressieve jongeren met angstproblematiek. Uit de ANCOVA is gebleken dat er geen significant verschil is in depressieve symptomen na afloop van CGT tussen jongeren met (n=46, M=18.19, sd=3.14) of zonder (n=5, M= 16.99, sd=2.21) comorbide angstproblematiek, waarbij gecorrigeerd is voor de voormeting ($F(1,45)$ =.13, p =.719, η^2 =.003).

Als laatste is met deelvraag 3b gekeken of CGT beter werkt bij depressieve jongeren zonder comorbide externaliserende problematiek dan bij depressieve jongeren met comorbide externaliserende problematiek. Ook hier blijkt uit de ANCOVA geen significant verschil in depressieve symptomen op de nameting tussen jongeren met (n=18, M= 18.07, sd=3.46) en zonder (n=33, M= 17.11, sd=2.06) comorbide externaliserende problematiek, waarbij gecorrigeerd is voor de voormeting ($F(1,45)$ =.07, p =.799, η^2 =.001).

Discussie

Deze studie is opgezet met als doel het voorspellende effect te bestuderen van leeftijd, sekse en comorbiditeit op het behandelingseffect van CGT bij depressieve Nederlandse adolescenten. In de literatuur zijn meerdere sporen van dit voorspellende effect te vinden. Echter, de meeste onderzoeken naar deze effecten zijn uitgevoerd in het buitenland en de resultaten blijken niet altijd eenduidig. Dit onderzoek is uitgevoerd bij depressieve Nederlandse adolescenten die allen een CGT-behandeling hebben ondergaan.

Uit het onderzoek komt naar voren dat zowel leeftijd, sekse als comorbiditeit geen voorspellend effect hebben op het behandelingsresultaat van CGT bij depressieve Nederlandse adolescenten.

Ten aanzien van het voorspellende effect van leeftijd op het CGT-resultaat, was de verwachting dat CGT beter werkt voor jongere adolescenten (12- tot 16-jarigen) dan voor oudere adolescenten (17- tot 21-jarigen). Deze verwachting komt voort uit het idee dat de cognitieve patronen met toenemende leeftijd hardnekkiger worden en derhalve moeilijker zijn om te behandelen (Curry et al., 2006; David-Ferdon et al., 2008; Michael et al., 2002). In deze studie wordt echter geconcludeerd dat van dat effect geen sprake is. Bij jongere en oudere adolescenten heeft de CGT-behandeling een vergelijkbaar resultaat opgeleverd. Dit kan verklaard worden uit onderzoek dat stelt dat jongere adolescenten meer baat hebben bij gedragsinterventies en oudere adolescenten meer bij cognitieve interventies (Ollendick et al., 2001). Aangezien CGT bestaat uit een cognitieve en een gedragscomponent, is het mogelijk dat beide leeftijdsgroepen daardoor een vergelijkbare baat hebben bij CGT als geheel.

Met betrekking tot sekse als voorspeller, was de verwachting dat CGT beter werkt voor meisjes dan voor jongens met depressie. Hoewel de literatuur op dit punt niet geheel eenduidig is, overheerst vooralsnog het idee dat vrouwen meer geschikt zijn voor therapie. Deze veronderstelde geschiktheid is het gevolg van de maatschappelijke verwachting dat vrouwen zich meer emotioneel bewust zijn en uiten dan mannen (Frank et al., 2008; Weisz et al., 1995). De resultaten hebben echter laten zien dat het behandelingseffect voor meisjes en jongens niet verschilt. Deze conclusie komt overeen met die uit een andere studie, waaruit blijkt dat jongens en meisjes niet verschillen ten aanzien van het CGT-effect (Rohde et al., 2006). Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat de ideeën over genderverschillen zich, zeker in Nederland**,** de laatste twee decennia sterk ontwikkeld hebben, hetgeen een weerslag heeft op de opvoeding (Jansen & Liefbroer, 2006). Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat het verschil in emotionele openheid tussen Nederlandse jongens en meisjes

vervaagt. Hierdoor zou geen sprake meer zijn van een grotere geschiktheid voor therapie bij vrouwen, in vergelijking met mannen.

Ten slotte was deze studie gericht op comorbide inter- en externaliserende problematiek en in welke mate deze het CGT-effect kunnen voorspellen. De eerste verwachting hierbij was dat depressieve jongeren zonder comorbide angstproblematiek na CGT niet minder depressieve symptomen rapporteren dan depressieve jongeren met comorbide angstproblematiek. Het onderzoek bevestigde deze verwachting. Een verklaring hiervoor is dat zowel bij angst als depressie een negatieve stemming de basis vormt, waardoor CGT, dat zich aan de hand van de negatieve cognities op deze stemming richt, beide stoornissen positief beïnvloedt (Boeting et al., 2002; Whiteside et al., 2009). Ten slotte was er de verwachting dat het CGT-effect bij depressieve jongeren met comorbide externaliserende problematiek minder sterk zou zijn dan bij jongeren zonder comorbide externaliserende problematiek. Echter, uit de resultaten kwam ook hier geen verschil tussen beide groepen naar voren. Het ontbreken van een verschil in CGT-effect tussen beide groepen kan liggen in het feit dat CGT juist de mogelijkheid biedt om de problemen op te lossen die het externaliserende gedrag van de jongere voor de therapie oplevert. Deze oplossing ligt onder meer in psycho-educatie aan zowel ouders als adolescenten en het belang dat CGT stelt in het bewerkstelligen van een therapeutische relatie (Stikkelbroek et al., 2008).

Onderzoek naar de werking van CGT bij depressieve adolescenten wordt voornamelijk in het buitenland uitgevoerd (Stikkelbroek et al., 2013). De bijdrage die deze studie aan theorievorming levert, is dat nog geen onderzoek is gedaan naar voorspellers van de behandelingseffecten bij een Nederlandse populatie. Zoals gezegd, heeft het meeste onderzoek naar de werking van CGT zich afgespeeld buiten Nederland. Voor het begrip van de werking van CGT is het echter van groot belang helder te krijgen in hoeverre deze werking per land verschilt en dus afhankelijk is van cultuurverschillen. Deze studie vormt niet meer dan een aanzet hiervoor. Om nog meer inzicht te krijgen hierover zou toekomstig onderzoek gericht moeten zijn op de werking van CGT in verschillende landen en eventuele verschillen die correleren met cultuurspecifieke eigenschappen.

Wat betreft de limitaties van deze studie kan ten eerste worden opgemerkt dat sprake is van een geringe onderzoeksgroep (n=51), hetgeen een lage power oplevert. Deze lage power heeft een negatief effect op het statistisch onderscheidingsvermogen, waardoor eventuele verschillen minder goed kunnen worden aangetoond. Een andere limitatie heeft te maken met het feit dat het bij de CDI-II en de YSR om zelfrapportage gaat en deze studie

derhalve bij de meting van depressie en comorbiditeit geheel afhankelijk was van de visie van de jongeren zelf. Om een betrouwbaarder beeld te krijgen, zouden in de toekomst ook meetinstrumenten als de Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, Koot, 1996) en Kiddie-SADS Present and Lifetime (K-SADS-PL; Kaufman et al.,1997) in de analyse kunnen worden betrokken. Deze instrumenten maken namelijk gebruik van de inzichten van ouders en behandelaars. Ten slotte is het voor de huidige studie een limitatie dat 14 van de 70 respondenten de nameting niet hebben ingevuld en derhalve niet konden worden meegenomen in het onderzoek. De eventuele selectieve aard van deze uitval en daarmee de invloed op de resultaten kan niet onderschat worden.

De maatschappelijke bijdrage van deze studie moet gezocht worden in het grote belang dat de begeleiding van kwetsbare jongeren heeft. Zeker als het gaat om depressie. Het gaat namelijk om een steeds groter wordend probleem dat de Nederlandse samenleving veel geld kost. CGT heeft een bewezen effect bij de behandeling van depressieve jongeren (Asarnow et al., 2002; David-Ferdon et al., 2008; Dobson et al., 2010; Marcotte, 1997; Rohde et al., 2004). Echter, bij een aanzienlijk deel van de jongeren heeft het geen effect. Het is derhalve van belang de therapie te blijven ontwikkelen en in kaart te brengen voor wie deze wel en niet werkt. De resultaten van deze studie geven in dat opzicht een positief beeld voor de Nederlandse situatie. Hoewel de wetenschap erop is gericht verbanden te vinden, kan het ontbreken ervan in deze studie als positief worden opgevat. Wanneer alle verwachtingen van deze studie namelijk waren uitgekomen, zou de therapie slechts voor een beperkte groep depressieve jongeren voordelig werken, namelijk voor meisjes van 12 tot 17 jaar zonder comorbide problematiek. Op basis van deze studie kan geconcludeerd worden dat dit niet het geval is. Een suggestie voor vervolgonderzoek is dan ook om andere mogelijke voorspellers voor de werking van CGT bij depressieve jongeren te onderzoeken, zoals het niveau van suïcidaliteit en mate van conflicten in het gezin.

Referenties

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist, 4-18, YSR, and TRF profiles.* Burlington, Canada: University of Vermont Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. doi:org/ 10.1176/appi.books.9780890425596

Asarnow, J. R., Scott, C. V., & Mintz, J. A. (2002). Combined cognitive–behavioral family education intervention for depression in children: A treatment development study. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 221-229. doi:10.1023/A:1014573803928

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 1-24. doi: 10.1146/ annurev-clinpsy-032813-153734

Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren.* Amsterdam, Nederland: Hogrefe Uitgevers.

Boeting, M. A., Ferdinand, R. F., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2002). Interventie- en preventieve programma's voor angst en depressie. *Kind en Adolescent*, *23*(4), 300-312.

Caporino, N. E., & Karver, M. S. (2012). The acceptability of treatments for depression to a community sample of adolescent girls. *Journal of Adolescence*, *35*, 1237-1245. doi:10.1016/j.adolescence.2012.04.007

Clarke, G. N., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J. A., Seeley, J. R., & Williams, J. A. (1992). Cognitive–behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy*, *23*, 341-354.

Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., . . . Leckman, F. J. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, *52*, 529-542. doi:10.1016/S0006-3223(02)01372-0

Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 1263-1271. doi:10.1111/ j.1469-7610.2006.01682.x

Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C, . . . Pathak, S. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the treatment for adolescents with depression study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(12), 1427-1439. doi:10.1097/01.chi.0000240838.78984.e2

David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*,62-104. doi: 10.1080/15374410701817865

Dobson, K. S., Hopkins, J. A., Fata, L., Scherrer, M., & Allan, L. C. (2010). The prevention of depression and anxiety in a sample of high-risk adolescents: A randomized controlled trial. *Canadian Journal of School Psychology*, *25*(4), 291-310. doi: 10.1177/ 0829573510386449

Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. *Risk Factors in Depression*, 119-143. doi: 10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X

Frank, E., Soreca, I., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Mallinger, A. G., Thase, M. E., . . . P. R., Kupfer, D. J. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1559-1565. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07121953

Garber, J., & Weersing, R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*(4), 293-306. doi: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x

Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *24*, 399-420. doi:org/10.1016/j.cpr.2004.03.002

Gutman, L. M., & Sameroff, A. J. (2004). Continuities in depression from adolescence to young adulthood: Contrasting ecological influences. *Development and Psychopathology*, *16*, 967-984. doi:10.1017/S095457940404009X

Jansen, M., & Liefbroer, A. C. (2006). Couples' attitudes, childbirth, and the division of labor. *Journal of Family Issues*, *27*(11), 1487-1511. doi:10.1177/0192513X06291038

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the*

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *36*(7), 980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021

Kovacs, M. (1992). The child depression inventory 2 (CDI-2) and the child depression inventory for parents (CDIP). Geraadpleegd op 26 februari 2017, van http://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000636/childrens-depression-inventory-2-cdi-2.html

Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*(1), 1-24. doi:10.1007/s10567-006-0013-1

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 302-315. doi:10.1037/0021843X.103.2.302

Marcotte, D. (1997). Treating depression in adolescence: A review of the effectiveness of cognitive-behavioral treatments. *Journal of Youth and Adolescence*, *26*, 273-283. doi:10.1007/s10964-005-0002-6

Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *22*, 247-269. doi:10.1016/S0272-7358(01)00089-7

Müller, S., Rohde, P., Gaub, J. M., & Stice, E. (2016). Cognitive behavioral depression prevention programs on adolescents. *Depressive Symptoms and Depressive Disorder Onset*, *75*, 1-10. doi:10.1016/j.brat.2015.10.002

Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11–21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 552-562. doi:10.1037/0022-006X.64.3.552

Nilsen, T. S., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: A systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *22*(2), 69-87. doi:10.1007/s00787-012-0316-3

Ollendick, T.H., Grills, A.E., & King, N.J.(2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: does it make a difference? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 8(5),* 304–314. doi: 10.1002/cpp.311

Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(7),* 795-802. doi:10.1097/00004583-200107000-00014

Rohde, P., Clarke, G. N., Mace, D. E., Jorgensen, J. S., & Seeley, J. R. (2004). An efficacy-effectiveness study of cognitive–behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 660-668. doi: 10.1097/01.chi.0000121067.29744.41

Rohde, P., Seeley, J. R., Kaufman, N. K., Clarke, G. N., & Stice, E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74,* 80-88. doi:10.1037/0022-006X.74.1.8080

Slot, W., & Aken, M. van. (2010). *Psychologie van de adolescentie basisboek.* Amersfoort, Nederland: Thieme Meulenhoff.

Stikkelbroek, Y., Bodden, D., Deković, M., & Baar. A. L. van. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of cognitive behavioral therapy in clinically depressed adolescents: individual CBT versus treatment as usual. *BMC Psychiatry, 13,* 314. doi:10.1186/1471-244X-13-314

Stikkelbroek, Y., Bouman, H. & Cuijpers, P. (2005). De doepressiecursus. *Kind en Adolescent Praktijk, 5,* 192-195.

Stikkelbroek, Y., & Prinzie, P. (2008). Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie. *Kind en Adolescent Praktijk, 7,* 52-60. doi:10.1007/BF03076677

Verhulst, F., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL / 4–18.* Rotterdam, Nederland: Erasmus University Rotterdam.

Verhulst, F., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR).* Rotterdam, Nederland: Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus MC.

Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*, 84-95. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01018.x

Weersing, R., Shamseddeen, W., Garber, J., Hollon, S. D., Clarke, G. N., Beardslee, W. R., . . . Brent, D. A. (2016). Prevention of depression in at-risk adolescents: Predictors and moderators of acute effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*, 219-226. doi: 10.1016/j.jaac.2015.12.015

Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, *117(3)*, 450-468. doi:org/10.1037/0033-2909.117.3.450

Whiteside, S. P., & Ollendick, T. H. (2009). Developmental perspectives on anxiety classification. In D. McKay, J. S. Abramowitz, S. Taylor, & G. J. G. Asmundson (Eds.), *Current perspectives on the anxiety disorders: Implications for DSM-V and beyond* (pp. 303-325). New York, NY: Springer.