

Het belang van gedragsactivatie binnen de cognitieve gedragstherapie in het preventief en curatief behandelen van depressie bij adolescenten

Concept onderzoeksplan

Master thesis

Universiteit Utrecht

Master programma in Clinical Child, Family and Education Studies

Door: Prashanti Abrol

Studentnummer: 4149041

Naam supervisor: D. Bodden

Naam tweede beoordelaar: S. Staats

Datum: 01-08-2017

Opdrachtgever: Trimbos instituut

Woorden: 6021

Abstract

This master thesis examines the importance of behavioral activation (BA) within cognitive behavioral therapy (CBT) for preventive and curative treatment of depression in adolescents. Data is collected by analysing 22 depression protocols with a taxonomy. The analysis focuses on: presence or absence of BA, content of BA, recipient of the therapy, modality, mode of delivery, dosage of BA and moment of implementation of BA. Indirect relationships of the different conditions of BA and de effectivity of the intervention can be made by a qualitative comparison between the taxonomy results and effectivity studies of the protocols. In addition to the analysis of the protocols, four professionals are interviewed to identify how they apply different elements of CBT in practice and what elements they consider important.

Results indicate that BA is used in less than half of the protocol, is offered on the basis of at least two content components and is usually offered face-to-face to a child individually or to a group of children, is implemented in less than half of the sessions of protocols who use BA and is usually implemented from the beginning of a program. The results indicate insufficient evidence to establish a link between BA and effectiveness of CBT. Furthermore, no relation is found between the assessed conditions and effectiveness. However there is a possible relationship between online mode of delivery and the effectiveness of an intervention. The recommendation for further research is to examine the effect of a online mode of delivery in CBT and to examine if BA may be an effective element for CBT in combination with other behavioral elements.

Keywords: depression, adolescents, cognitive behavioural therapy, behavioural activation.

Samenvatting

Deze master thesis onderzoekt het belang van het element gedragsactivatie (GA) binnen de cognitieve gedragstherapie (CGT) in het preventief en curatief behandelen van depressie bij adolescenten. Aan de hand van een taxonomie zijn 22 depressie protocollen geanalyseerd. Hierbij is gekeken naar: de aan- of afwezigheid van GA, onderdelen van GA, de ontvanger van de therapie, de modaliteit, de aanbiedingsvorm, de dosering en de plaats binnen de interventie waarin GA een rol speelt. Aan de hand van een kwalitatieve analyse van de taxonomie en effectiviteitsstudies kunnen indirecte verbanden worden gelegd tussen de verschillende condities van GA en de effectiviteit. Naast de analyse van protocollen zijn vier professionals geïnterviewd om te achterhalen in hoeverre professionals verschillende elementen toepassen en welke elementen zij belangrijk vinden. Uit de resultaten blijkt dat GA in minder dan de helft van de protocollen voorkomt, aan de hand van minimaal twee inhoudelijke onderdelen wordt aangeboden, meestal face-to-face aan een kind individueel of aan een groep kinderen wordt aangeboden, bij het merendeel van de protocollen die GA toepassen in minder dan de helft van de sessies wordt toegepast en meestal vanaf het begin van een programma wordt ingezet. De resultaten duiden op onvoldoende aanwijzingen om een verband te leggen tussen GA en de effectiviteit van CGT. Wel is er een mogelijke relatie tussen een online aanbiedingsvorm en de effectiviteit van een interventie. Er wordt aanbevolen om in vervolgonderzoek te kijken naar de effectiviteit van een online aanbiedingsvorm van CGT en naar de effectiviteit van GA in combinatie met andere CGT elementen als mogelijk werkzaam element.

Trefwoorden: depressie, adolescenten, cognitieve gedragstherapie, gedragsactivatie.

Introductie

De zoektocht naar effectieve interventies om depressie bij adolescenten te voorkomen en behandelen blijft een actueel thema, omdat deze stoornis bij deze doelgroep veel voorkomt. Uit cijfers van het Centraal Bureau van de Statistiek (2017) komt naar voren dat 4% van de 12- tot 18-jarigen in het voorgaande jaar een depressieve stoornis heeft gehad; dat is een verdubbeling ten opzichte van 2014. Bij 18- tot 24-jarigen is dit zelfs 7%. Een depressieve stoornis kenmerkt zich door een langdurige sombere of prikkelbare stemming, gevoel van waardeloosheid, schuldgevoel, gebrek aan plezier in activiteiten, toename van lusteloosheid of concentratieproblemen. Lichamelijk is een depressie herkenbaar door lichamelijke onrust of traagheid, gebrek- of teveel aan eetlust of slaap (International classification of diseases-10 (ICD-10)). De adolescentie is een cruciale periode die heel bepalend is voor de keuzemogelijkheden van een individu in het verdere leven (Lewinsohn, Pettit, Joiner, & Seeley, 2003). Depressiviteit kan zeer ingrijpende gevolgen hebben; verhoogde kans op delinquent gedrag, hyperactiviteit, leerproblemen, een eetstoornis, drugsgebruik en sterk verhoogd suïcide risico (Harington, Bredenkamp, & Groothues, 1994; Lewinsohn et al., 2003; Wicks-Nelson et al., 2009). Symptomen van een depressie worden moeilijker te behandelen naarmate deze verder ontwikkelen (Cuijpers, Boljuit, & van Straten, 2008). Onderzoek naar werkzame methodes om deze symptomen te reduceren en depressie preventief en curatief te behandelen is dus nodig.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is momenteel de meest gebruikelijke evidence-based therapievorm bij het behandelen van depressieve symptomen bij kinderen en adolescenten (Campton et al., 2004; Merry et al., 2012). Uit gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep blijken medium tot grote effecten in symptoomreductie van depressieve klachten (Campton et al., 2004). De klassieke elementen van CGT zijn cognitieve herstructurering en gedragsactivering (Rogiers 2005). Daarnaast worden er probleemoplossingsvaardigheden en relaxatieoefeningen aangeboden. Inmiddels zijn er vele gestandaardiseerde depressieprotocollen ontwikkeld; deze protocollen maken in verschillende mate gebruik van deze elementen (Matson, 1989). Er is echter nog weinig bekend over de relatieve bijdrage in symptoomreductie van specifieke elementen (Campton et al., 2004). Het filteren van de overeenkomende elementen van effectieve studies kan inzicht geven in de werkzame elementen (Chorpita, Becker, & Daleiden, 2007). Een werkzaam element is een identificeerbaar onderdeel

van een interventie dat op zichzelf of in samenstelling met andere elementen van invloed kan zijn op het resultaat (Michie et al., 2013)

Een mogelijk werkzaam element van CGT bij depressie is gedragsactivatie (GA). Uit onderzoek van Lewinsohn en Graf (1973), blijkt dat de gemoedstoestand in verband staat met het aantal leuke activiteiten die iemand onderneemt. Individuen die depressief zijn vinden minder activiteiten leuk, vermijden vaak leuke activiteiten en krijgen daardoor steeds minder positieve bekrachtiging wat kan resulteren in een negatieve houding en het in stand houden van een depressie (MacPhillamy & Lewinsohn, 1974; Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Een element van CGT dat hier op inspeelt is GA (Lewinsohn, 1974). Door middel van GA wordt cliënten geleerd om vermijdingspatronen te identificeren en alternatief coping gedrag te vertonen dat grotere kans biedt op positieve bekrachtiging (Martell et al, 2001). Onderzoek van Jacobson en Dobson, (1996) wijst uit dat een interventie gericht op voornamelijk GA even effectief blijkt als de volledige behandeling van CGT bij volwassenen. Ander onderzoek (Asarnow, Scott, Mintz, 2002) laat zelfs zien dat gedragsmatige elementen van CGT (GA, probleemoplossingsvaardigheden en sociale vaardigheden) meer helpend zijn bij adolescenten dan cognitieve elementen. Na deze veelbelovende resultaten is het interessant om te achterhalen of het element GA in alle CGT protocollen wordt aangeboden en wat de condities zijn waaronder GA wel en niet effectief is. Verschillende kenmerken van GA die de effectiviteit mogelijk kunnen beïnvloeden zijn onderdelen, ontvanger, modaliteit, vorm, dosering en plaats binnen de interventie.

Het element GA bestaat uit verschillende inhoudelijke onderdelen. GA begint doorgaans bij het dagelijks monitoren van stemming en activiteiten om inzicht te geven in het verband hiertussen. Daarbij kan rationale (informatie en feedback) worden gegeven over dit verband. Vervolgens worden methodes aangeboden om een plan te ontwikkelen voor het vergroten van plezierige activiteiten en positieve interacties. Door het blijven monitoren van stemming naast de ondernomen activiteiten, kan het effect van het activiteitenplan worden geëvalueerd. Voor het bevorderen van positieve interacties wordt er naast GA vaak aandacht besteedt aan het bevorderen van sociale vaardigheden (Lewinsohn, Biglan and Zeiss, 1976; Martell et al., 2001). Een meta analyse van Cuipers, van Straten en Warmerdam (2007) wijst uit dat *activity scheduling* (stemming en activiteiten monitoren en activiteitenplan maken/uitvoeren) een grote effectgrootte laat zien en even effectief is als cognitieve therapie.

GA kan binnen CGT individueel of in groepsverband worden aangeboden aan de adolescenten. Bij behandeling in de adolescentie worden ouders in tegenstelling tot in de kindertijd weinig betrokken (Bogels, 2008). Uit onderzoek blijkt dat de effectiviteit van groepsbehandelingen en individuele behandeling van CGT (inclusief GA) gelijk is en beiden significant effectiever dan de controlegroep (Lockwood, Page en Conroy-Hiller, 2004).

Onderdelen kunnen op verschillende manieren worden gebracht (modaliteit). Hierbij kan gedacht worden aan; uitleg geven, oefenen, discussie, rollenspel (nabootsen van een situatie die in de praktijk kan voorkomen), modelling (voordoen van gewenst gedrag), instructie geven of motiveren, bijvoorbeeld door middel van uitleg geven of huiswerk. De modaliteit huiswerk speelt een belangrijke rol in de symptoomreductie van een depressie; huiswerk biedt de mogelijkheid om geleerde vaardigheden in de praktijk toe te passen en vergoot de kans op effect (Burns en Spangler, 2000). Activity scheduling wordt meestal gebracht in de vorm van huiswerk. Actieve deelname aan huiswerkopdrachten is cruciaal voor het effect van GA (Kazantzis et al. 2000, 2005).

Naast verschillende modaliteiten kan ook de vorm waarop een interventie wordt aangeboden verschillen. Hierbij kan gedacht worden aan face-to face (directe communicatie tussen aanbieder en ontvanger binnen dezelfde setting), online, blended (combinatie van meerdere aanbiedingsvormen), game (een online spel), imaginair (in gedachte oefenen/beleven), virtual reality (situaties oefenen aan de hand van computersimulaties), telefonisch, video of boek. De aanbiedingsvorm is ondanks de opkomst van online interventies nog voornamelijk face-to-face. Er wordt wel verwacht dat programma's die GA op verschillende didactische manieren ofwel *blended learning*, aanbieden effectiever zijn dan programma's die GA op enkele wijze aanbieden. Het idee is dat je nieuwe vaardigheden beter tot je neemt wanneer dit in meerdere contexten wordt aangeboden en toegepast (Singh, 2003). Ook de dosering van GA kan mogelijk van invloed zijn op de effectiviteit. De lengte van een interventie, de hoeveelheid sessies staan namelijk in positief verband met de effectiviteit van een interventie, omdat een langere interventie meer gedragsveranderingsvaardigheden kan aanleren en de mogelijkheid geeft om deze tussen sessies te oefenen en hier tijdens de sessies op te reflecteren (Rooney & Murray, 1996; Stice & Shaw, 2004).

Tot slot kan de plaats binnen de interventie waarin GA en rol speelt de effectiviteit van de interventie beïnvloeden. Zo zou het ten goede komen van de effectiviteit van GA als deze in

het begin van een interventie wordt geboden, omdat hiermee de rest van de interventie geoefend kan worden (Rooney & Murray, 1996; Stice & Shaw, 2004). Uit onderzoek van Beck, Rush, Shaw en Emery (1979) blijkt dat de meeste progressie vaak in de eerste weken van CGT wordt geboekt. Dit is de periode waarbij GA vaak een rol speelt.

Al met al zijn er op basis van literatuur sterke aanwijzingen dat de kenmerken van GA onder bepaalde voorwaarden van invloed zijn op de effectiviteit van de behandeling.

Het doel van deze masterthesis is om te achterhalen wat het belang is van GA binnen CGT bij een depressie onder adolescenten. Deze thesis zal fungeren als verkennend kwalitatief onderzoek binnen een grootschalig onderzoek van het Trimbos Instituut. In dat grootschalig onderzoek zal gekeken worden naar de werkzame factoren van CGT bij kinderen en adolescenten voor verschillende stoornissen waaronder angst en depressie. Aan de hand van een vooropgestelde taxonomie zullen in deze thesis verschillende protocollen worden geanalyseerd. Hierbij wordt gekeken naar: GA als element van CGT, onderdelen van GA, de ontvanger, de modaliteit, de aanbiedingsvorm, de dosering en de plaats binnen de interventie waarin GA een rol speelt. Door het leggen van verbanden tussen de resultaten van de taxonomie en effectiviteitsstudies kan een beeld worden gegeven van de mogelijke effectiviteit van GA. Naast de analyse van protocollen zullen vier professionals worden geïnterviewd om te achterhalen in hoeverre professionals verschillende elementen (zoals GA) toepassen en welke elementen zij belangrijk vinden. Onderzoek van Hansen (2002) wijst namelijk uit dat ervaren psychologen enkel de elementen uit protocollen toepassen waarvan ze zelf hebben ervaren dat deze effectief zijn. In deze thesis zullen de punten van de taxonomie de structuur bieden.

Op basis van de literatuur zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. A) In de meeste protocollen wordt het element GA meegenomen (90%)
B) Protocollen die GA meenemen zijn effectiever dan protocollen die alleen cognitieve therapie bieden.
2. A) De meeste protocollen die GA aanbieden maken gebruik van minimaal twee GA onderdelen (80%).
B) Protocollen die meerdere GA onderdelen aanbieden zijn effectiever dan protocollen die maar één GA onderdeel aanbieden.
3. A) De verwachting is dat de meeste protocollen (80%) voornamelijk gericht zijn op het kind in een groep of individuele setting.

- B) Er is geen verschil in effectiviteit wanneer de ontvanger een groep kinderen of een individueel kind is.
4. A) Het merendeel van de protocollen (80%) maakt gebruik van de modaliteit huiswerk.
B) Protocollen die huiswerk met betrekking tot GA aanbieden zijn effectiever dan protocollen die geen huiswerk met betrekking tot GA aanbieden.
5. A) De verwachting is dat de meeste programma's (>50%) face-to-face worden aangeboden.
B) Programma's die blended methodes aanbieden zijn effectiever dan methodes die een enkele aanbiedingsvorm hebben.
6. A) Van de protocollen die GA aanbieden wordt bij minimaal 50% aandacht besteed aan GA.
B) Protocollen waarbij meer aandacht aan GA wordt besteed (>50%) zijn effectiever dan protocollen waarbij minder aandacht aan GA wordt besteed.
7. A) Het merendeel besteed in het begin van het programma aandacht aan GA (80%)
B) Een protocol die in het begin GA aanbiedt is effectiever dan een protocol waarbij GA in het midden of op het einde wordt aangeboden.

Methode

Steekproef

Protocollen Er is gebruik gemaakt van alle beschikbare depressie protocollen ($n=22$) uit de database van het *Nederlands Jeugd Instituut* die vanuit het grootschalig onderzoek van het Trimbos Instituut beschikbaar zijn gesteld. De doelgroep waar deze protocollen zich op richten ligt tussen de 5 en 21 jaar met lichte tot zware internaliserende problemen. Er worden zowel preventie als interventieprogramma's in het onderzoek meegenomen.

Interviews Interviews zijn afgenomen bij professionals met minimaal 2 jaar werkervaring ($n=4$). Via e-mail zijn 36 professionals van de zorginstelling i-psy, en de universiteit Utrecht uitgenodigd om te participeren in het onderzoek. Deelname is op basis van vrijwillige aanmelding naar aanleiding van de e-mail. De professionals zijn GZ-psycholoog ($n=2$), systeemtherapeut en gedragswetenschapper van beroep en zijn tussen de 35 en 62 jaar (1 man, 3 vrouwen). Twee van hen hebben een CGT basis opleiding gevolgd. Drie van de vier professionals zijn werkzaam bij GGZ-instelling i-psy en één professional is werkzaam op een VMBO school.

Procedure

Protocollen De data is verzameld aan de hand van de taxonomie. Voor de taxonomie zie bijlage 1. Eerst is gekeken of een protocol gebruik maakt van GA. Alleen wanneer GA in een protocol wordt toegepast, is dit protocol op de overige punten van de taxonomie geanalyseerd. Stemming monitoren wordt meestal parallel aangeboden met het monitoren van activiteiten (Martell et al, 2001), daarom is het monitoren van stemming als onderdeel van GA, in plaats van als los element, toegevoegd aan de bestaande taxonomie. GA en stemming monitoren zijn wel in de resultaten los van elkaar beschreven.

Aan de hand van de taxonomie wordt de aanwezigheid nagegaan van de volgende onderdelen: rationale monitoring, monitoren van stemming, rationale over het verband tussen stemming en gedrag, activiteitenlijst, activiteiten monitoren en een activiteitenplan van plezierige activiteiten maken, uitvoeren, evalueren en aanpassen. Vervolgens is gerapporteerd wie de ontvanger is van het protocol en hoe het onderdeel wordt gebracht (modaliteit). Tot slot wordt er gekeken naar de dosering GA en de plaats binnen het protocol (begin, midden of eind). De frequentie GA is gemeten in hele sessies (komt wel voor/komt niet voor), omdat niet alle protocollen de precieze tijd per onderdeel weergeven. Huiswerk vindt plaats buiten de gestructureerde sessies. Wanneer er geen aandacht wordt besteedt aan GA binnen een sessie, maar wel GA-gerelateerd huiswerk wordt opgegeven is dit gescoord als een hele sessie die aandacht besteedt aan GA. Om vertekening te beperken is het aantal sessies dat aandacht besteedt aan GA ook zonder huiswerk weergegeven.

Om inzicht te geven in de effectiviteit van de depressieprotocollen zijn van alle protocollen bestaande effectiviteitsstudies gezocht. In eerste instantie is gezocht naar effectiviteitsstudies waarbij een Nederlandse steekproef is gebruikt, maar bij het ontbreken van dergelijk onderzoek is naar buitenlandse studies gekeken. Van enkele protocollen is de effectiviteit nog niet onderzocht.

Interview Om de ervaringen van professionals met CGT bij adolescenten in kaart te brengen is een semi-gestructureerd interview afgenomen aan de hand van vooropgestelde vragen (zie bijlage 2). De vragen hebben betrekking op het gebruik van verschillende elementen, welke elementen zij belangrijk vinden, het gebruik van CGT behandelprotocollen en het ervaren effect van CGT bij adolescenten. Het interview heeft circa 20 minuten geduurd en is telefonisch afgenomen.

Analyse

Om de effectiviteitsstudies van de depressie protocollen op een effectiviteitsladder te kunnen plaatsen is er gekeken naar effectgrootte (cohen's d en η^2 (Eta squared)) en bewijskracht. Voor bewijskracht is gekeken naar de designs; protocollen zonder controlegroep worden gezien als minder bewijskrachtig dan onderzoeken met controlegroep en staan dus lager op de effectiviteitsladder dan een protocol met controlegroep ondanks dat de effectgrootte groter is. Indien onderzoek met controlegroep significant effectief blijkt, maar effectgroottes ontbreken, zijn deze onder de protocollen geplaatst waarvan wel effectgroottes bekend zijn. De effectiviteitsladder is naast de resultaten van de taxonomie gelegd om verbanden te beschrijven. Vanwege de kwalitatieve aard van het onderzoek en het gebruik van bestaande data zijn verbanden altijd indirect van aard en beschrijvend weergegeven.

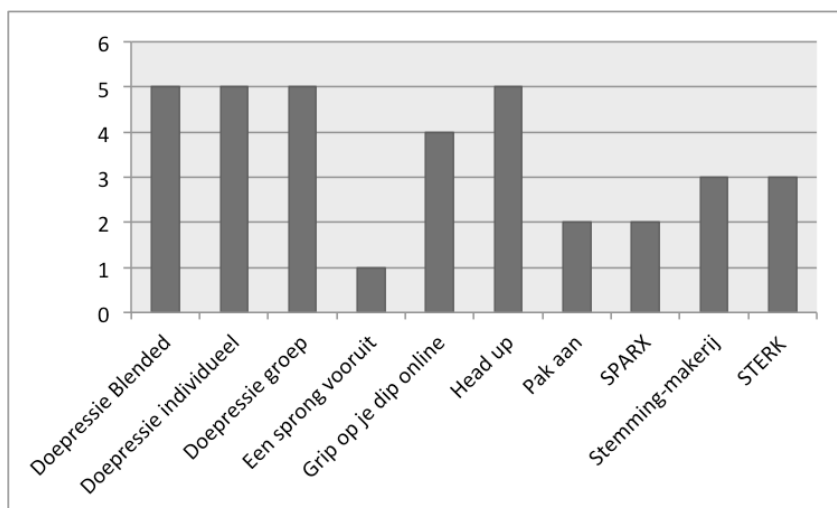
Resultaten

Protocollen

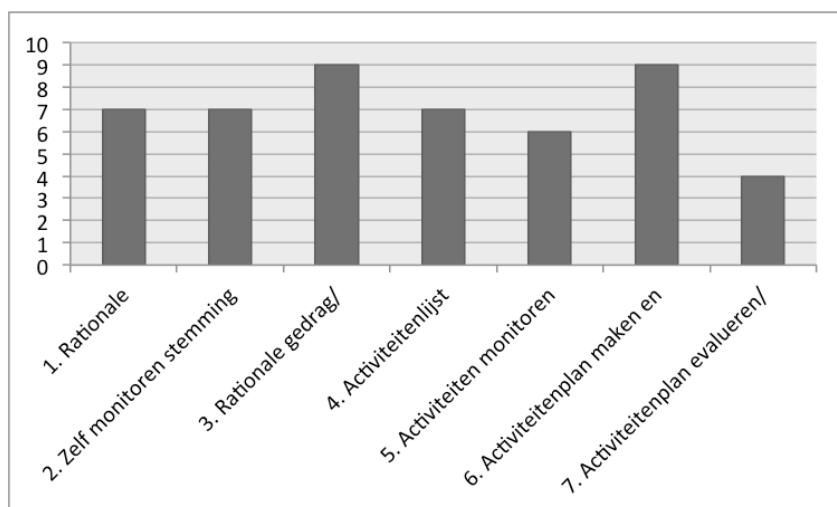
Elementen GA en Monitoring Aan de elementen GA en monitoring wordt in 10 van de 22 protocollen (45,5%) aandacht besteed. Het gaat om de protocollen *Doepressie blended, groep* en *individueel*, *Een Sprong Vooruit*, *Grip op je dip*, *Headup*, *Pak aan*, *Sparx*, *Stemmingmakerij* en *STERK*. Dit betekent dat GA in het merendeel van de protocollen niet voorkomt. Protocollen zonder GA worden verder niet meegenomen. Voor de samenvatting van de resultaten uit de taxonomie zie bijlage 3.

GA en Monitoring onderdelen De hoeveelheid gebruikte GA onderdelen varieert sterk; *Een Sprong Vooruit* gebruikt de minste onderdelen (1 onderdeel). *Head up* en *Doepressie individueel, blended* en *groep* past de meeste onderdelen toe (5 onderdelen). De meeste protocollen (90%, $n=10$) tellen meer dan 1 onderdeel. Zie figuur 1 voor het aantal GA onderdelen per protocol.

Van alle onderdelen wordt 'evalueren van het activiteitenplan' het minst toegepast (40%, $n=10$). De onderdelen 'rationale over gedrag en stemming' en een 'activiteitenplan maken en uitvoeren' worden het meest toegepast (90%, $n=10$). Bij *Pak aan* en *STERK* wordt een activiteitenplan zelf opgesteld zonder vooropgestelde activiteitenlijst. Monitoren van stemming wordt bij 70% van de protocollen gedaan. Er zijn geen protocollen waarbij alleen stemming wordt gemonitord zonder toepassing van GA onderdelen. Voor het aantal protocollen dat gebruik maakt van GA en Stemming Monitoren per onderdeel zie figuur 2.

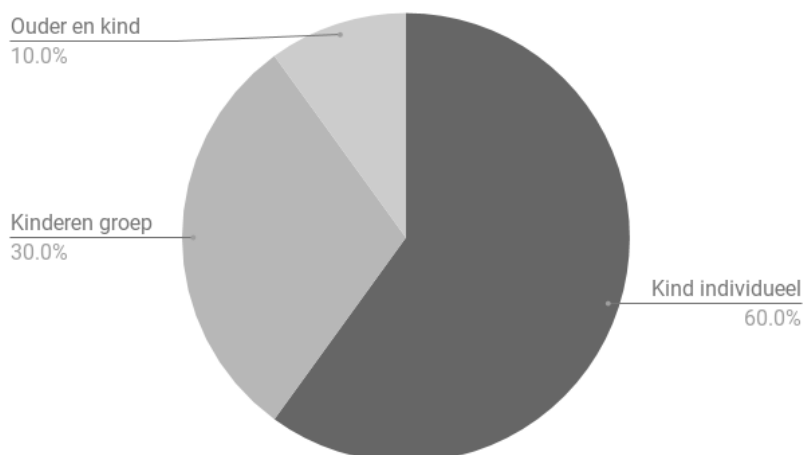


Figuur 1. Aantal GA onderdelen per protocol



Figuur 2. Aantal protocollen per GA en Monitoring onderdeel

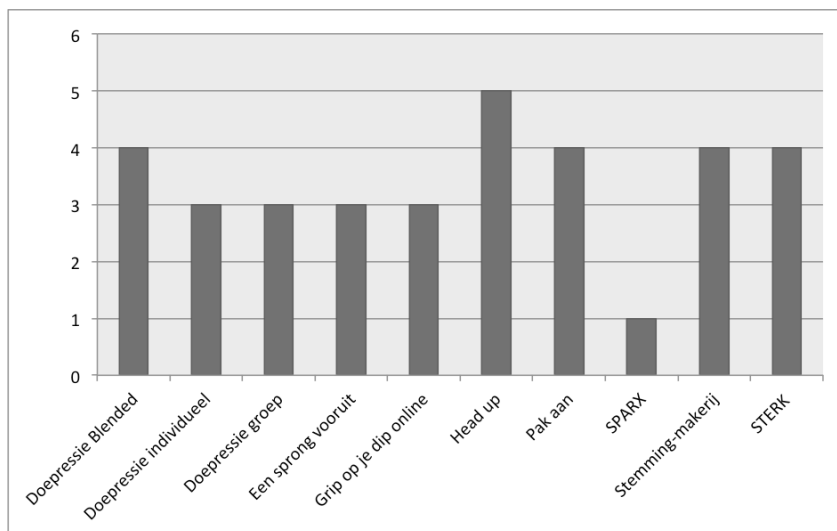
Ontvanger De interventies waarin GA wordt aangeboden worden in 30% ($n=10$) van de protocollen aangeboden aan een kind individueel, in 60% ($n=10$) aan een groep kinderen en in 10% ($n=10$) aan zowel ouders als het kind. *Head up* is het enige protocol waarbij GA wordt aangeboden, waarbij ouder en kind bijeenkomsten door elkaar heen lopen. Het grootste deel van de overige protocollen hebben ook ouderbijeenkomsten, maar deze staan los van de training van de kinderen en vinden meestal na afronding van alle kinderbijeenkomsten plaats. Voor de procentuele verdeling van de verschillende ontvangers van protocollen die GA gebruiken ($n=10$) zie figuur 3.



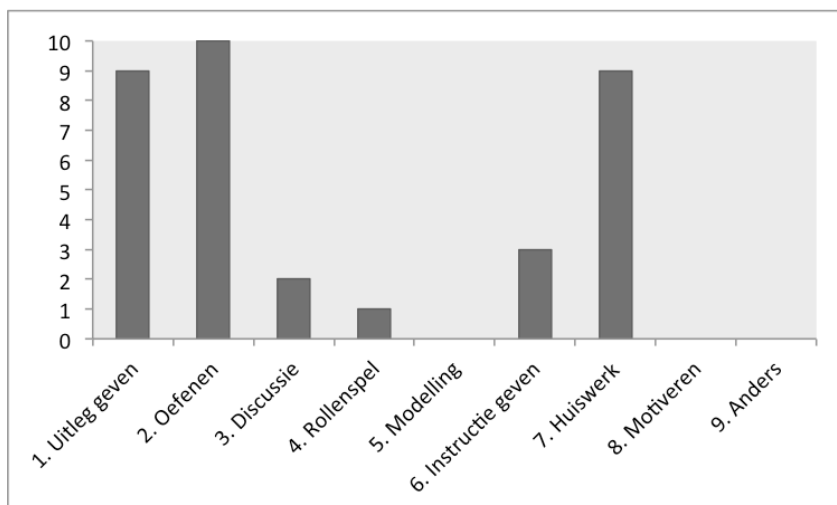
Figuur 3. Percentuele verdeling ontvangers van GA protocollen

Modaliteit In de meeste protocollen (90%, $n=10$) wordt het element GA op meer dan drie manieren gebracht. *SPARX* past GA slechts aan de hand van 1 modaliteit toe, namelijk modaliteit oefenen. In *Head up* wordt GA toegepast met de meeste variatie in modaliteiten (5 modaliteiten). Zie figuur 4 voor de hoeveelheid modaliteiten per protocol

GA wordt in geen enkel protocol toegepast aan de hand van modelling of motiveren. De modaliteit ‘oefenen’ wordt als enige in alle protocollen toegepast. Ook ‘uitleg geven’ en ‘huiswerk geven’ wordt veel toegepast. Zie figuur 5 voor het aantal protocollen dat GA toepast per modaliteit.

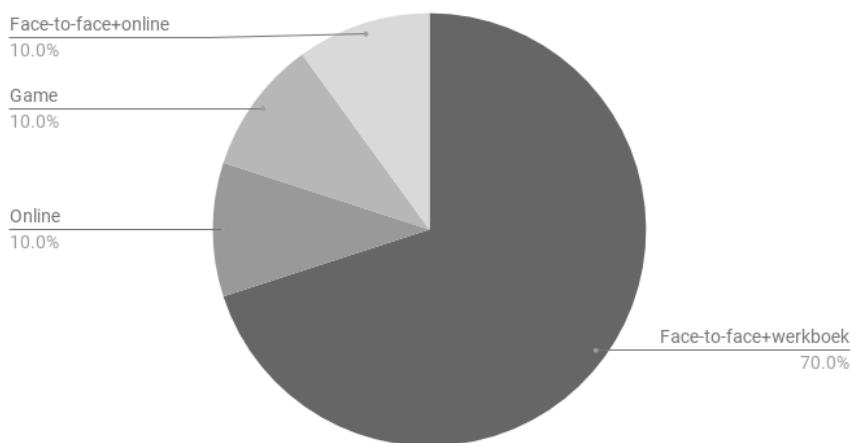


Figuur 4. Hoeveelheid modaliteit per protocol



Figuur 5. Hoeveelheid protocollen per modaliteit

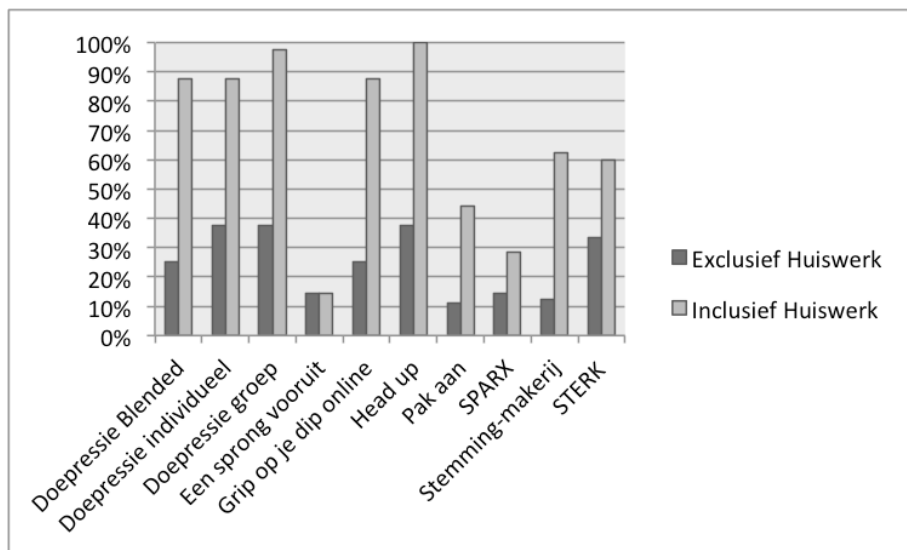
Aanbiedingsvorm Van de protocollen met GA maakt 70% ($n=10$) gebruik van face-to-face contact in combinatie met een werkboek waarin oefeningen worden gemaakt. Slechts 1 protocol is op basis van een game (*SPARX*), 1 protocol wordt aangeboden aan de hand van online bijeenkomsten (*Grip op je dip online*) en 1 protocol biedt de interventie zowel face-to-face als online aan (*Doepressie Blended*). Zie figuur 6 voor de procentuele verdeling van de aanbiedingsvormen van GA



Figuur 6. Procentuele verdeling aanbiedingsvormen GA

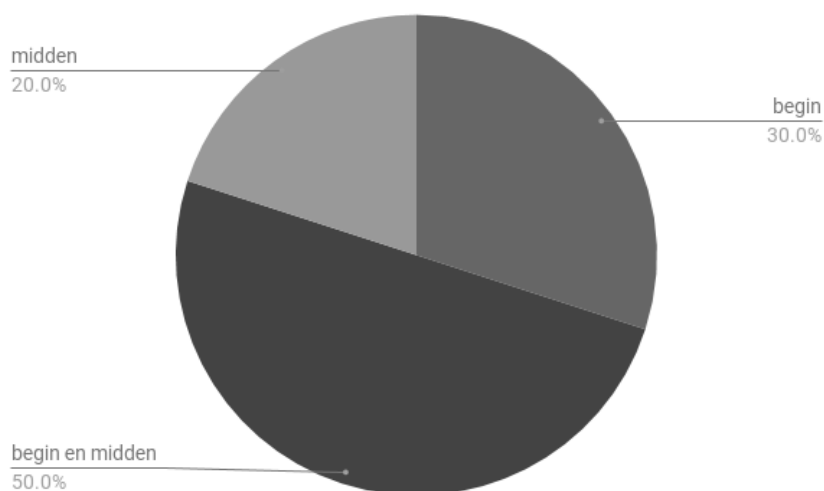
Dosering Van de protocollen die GA toepassen besteedt *Pak aan* (11,1% van 18 sessies) in de minste sessies aandacht aan GA. *Doepressie individueel*, *Doepressie groep* en *Head up* besteden in de meeste sessies aandacht aan GA (37,5% van 8 sessies). In alle

protocollen, op SPARX, wordt huiswerk gegeven na sessies. Wanneer sessies worden meegenomen waarin GA als huiswerk wordt opgegeven besteedt *Een Sprong Vooruit* (14,3% van 7 sessies) de minste aandacht en *Head up* de meeste aandacht aan GA (100% van 8 sessies). Zie figuur 7 voor een overzicht van de dosering GA per protocol.



Figuur 7. Dosering GA per protocol, met en zonder modaliteit huiswerk

Plaats GA binnen de interventie De plaats waar GA wordt ingezet is bij de meeste protocollen in het begin en midden (50%, $n=10$), bij 30% ($n=10$) alleen in het begin en bij 20% ($n=10$) alleen in het midden. Bij 80% ($30\%+50\%$, $n=10$) wordt GA dus vanaf het begin al ingezet. Zie figuur 8 voor de procentuele verdeling van de plaats van GA in de verschillende protocollen.



Figuur 8. Procentuele verdeling van de plaats van GA binnen het programma

Effectiviteit

Effectiviteit element GA Zoals zichtbaar in tabel 1, sectie A, laten 9 van de 22 protocollen (41%, $n=22$) met en zonder GA een significante verbetering ten opzichte van een controlegroep zien. Van Sectie A heeft *Pak aan* ($n=8$, $d=0.71-0.97$) de hoogste effectiviteit en *Zippy's Vrienden* (effectgrootte onbekend) de laagste effectiviteit. Van deze 9 protocollen bevatten er 3 GA.

De protocollen uit sectie B hebben wel significante resultaten, maar geen gebruik gemaakt van een controlegroep. In sectie B zijn geen protocollen die GA gebruiken. In sectie C zijn daarentegen, op *Fijn:vrienden* na, enkel protocollen die GA toepassen. *Doepressie blended*, *STERK* en *Schateiland* zijn nog niet op effectiviteit onderzocht. Behalve *Pak aan* ($n=8$, $d=0.71-0.94$), *Grip op je dip* ($n=224$, $d=0,94$) en *Doepressie groep* ($d=0,28$) staan de meeste protocollen zonder GA boven de protocollen met GA. Er zijn op basis van deze gegevens onvoldoende aanwijzingen om aan te nemen dat GA de effectiviteit van de interventie bepaalt.

Tabel 1. Effectiviteitsladder

Protocol	Steekproef totaal	Effectiviteit
<i>A. Significante verbetering ten opzichte van een controlegroep</i>		
Pak aan	$n=8$	$d = .71-.97$ (middelgroot-groot) 4 maanden. $d=1.48-1.62$ ((zeer)groot) na 12 maanden.
Grip op je dip online	$n= 224$	$d = 0,94$ (groot) 12 maanden
Praten online	$n=263$	$d = 0.18$, 95% (klein effect) 9 weken, $d=0.79$ (groot effect)12 weken
Op Volle Kracht	$n=102$	$d = 0.74$ (medium -groot effect)
VRIENDEN	$n=71$	$d = 0.42 - 0.81=$ (middel/groot effect)
Alles onder controle	$n=213$	$d = 0.67$ (medium effect)
Doepressie groep	28 studies	$d = 0.28$ (klein effect)
Apple's vrienden	$n=1177$	$n^2 = 0.010$ (klein effect)
Zippy's vrienden	$n=1177$	Experimentele groep significant beter dan controlegroep.
<i>B. Wel significante verbetering, maar geen vergelijkingsgroep</i>		
Dyslexie de Baas	$n=16$	$n^2 = 0.47$ (sterk).
Move2Learn	$n=42$	$d = 0,53$ (middelgroot)
KOPP	$n=121$	$d = 0,20$. (klein) Post interventie. $d=0,42$ (middel) 18 maanden.
Happyles	$n=373$	Sterke Significante afname in depressieklachten bij $p<.0001$
<i>C. Geen significante verbetering/geen significant verschil controle en interventie groep</i>		
Doepressie individueel	$n=140$	Geen significant verschil met controlegroep, $d = 0.55$ (medium effect)
Fijn: vrienden	$n=263$	Geen significant verschil met controlegroep $n^2 = 0.14$ (medium effect)
Sparx	$n=57$	Geen significant verschil met controlegroep $n^2 = 0.14$ (medium effect)
Headup	$n=170$	Geen significant verschil met controlegroep
Stemmingmakerij	$n=899$	Geen significant verschil met controlegroep
Een Sprong Vooruit	$n=160$	Geen significant verschil met controlegroep
<i>D. Geen effectiviteitsstudie</i>		
Doepressie blended	$n=32$	Veelbelovende reacties van testgroep, maar nog geen effectiviteitsonderzoek
STERK	$n=204$	Significante reductie van intergenerationale transmissie van stemming en angst, geen effectiviteitsonderzoek.
Schateiland	-	Geen effectiviteitsstudies voor een op zichzelf staand zelfhulp programma.

Note. Dit schema volgt een effectiviteitsladder van boven naar beneden. Het bovenste protocol heeft de grootste effectiviteit volgens literatuur en het protocol onderaan heeft de zwakste bewijskracht voor effectiviteit.

Effectiviteit GA onderdelen *Een Sprong Vooruit* die maar 1 GA onderdeel toepast blijkt niet significant effectiever dan de controlegroep. *SPARX* ($n=208$) die 2 GA onderdelen gebruikt blijkt evenmin effectief. Er is daarentegen wel een grote bewijskracht en effectgrootte voor *Pak aan* ($n=8$, $d=0.71-0.97$) die ook maar 2 onderdelen van GA toepast. Van protocollen die de meeste onderdelen toepassen (*Doepressie individueel*, *Doepressie groep*, *Doepressie blended* en *Head up*) blijkt alleen *Doepressie groep* ($d=0.28$) significant effectiever dan de controlegroep. Voor de andere drie protocollen blijkt dit niet zo te zijn. Op basis van deze gegevens lijkt er geen verband tussen het aantal GA onderdelen en de effectiviteit van de interventie.

Effectiviteit ontvanger *Grip op je dip*, *Doepressie individueel*, *SPARX*, en *Doepressie blended* zijn protocollen gericht op een kind individueel. Van deze protocollen blijkt alleen *Grip op je dip* ($n=244$, $d=0.94$) significant effectiever dan de controlegroep. De protocollen *Pak aan*, *Doepressie groep*, *Stemmingmakerij*, *STERK* en *Een Sprong Vooruit* bieden de interventie aan een groep kinderen aan. Van deze protocollen blijken *Pak aan* ($n=8$, $d=0.71-0.97$) en *Doepressie groep* significant effectiever dan een controlegroep ($d=0.28$), terwijl de andere protocollen niet significant beter scoren dan een controlegroep. Opvallend is dat de *Doepressie cursus* onder vergelijkbare condities aan zowel een groep als individueel is aangeboden, maar dat *Doepressie groep* wel significante meer verbetering laat zien dan een controlegroep ($d=0.28$) en *Doepressie individueel* ($n=140$, $d=0.55$) niet. Toch zijn er op basis van deze gegevens onvoldoende aanwijzingen om op een verband tussen een specifieke ontvanger en effectiviteit van de interventie te duiden.

Effectiviteit modaliteit *Head up* die de meeste variatie in modaliteit aanbied is net als *SPARX* die GA slechts aan de hand van 1 modaliteit niet effectiever dan een controlegroep. Alle protocollen die GA gebruiken ($n=10$) geven huiswerkopdrachten behalve *SPARX*. *Grip op je dip online* ($n=244$, $d=0.71-0.97$), *Pak aan* ($n=8$, $d=0.71-0.97$) en *Doepressie groep* ($d=0.28$) zijn echter de enige protocollen die GA toepassen die ook een effectieve verbetering laten zien ten opzichte van de controlegroep. *Stemmingmakerij*, *STERK* en *Een Sprong Vooruit* geven het minste vaak huiswerk en laten geen significante verbetering zien ten opzichte van een controlegroep evenals *Head up* die de meeste sessies huiswerk opgeeft. Op basis van deze gegevens lijkt er geen effect van huiswerk of de hoeveelheid modaliteit op de effectiviteit van de interventie.

Effectiviteit aanbiedingsvorm De meeste protocollen bieden face-to-face behandeling aan. *Pak aan* ($n=8$, $d=0.71-0.97$) en *Doepressie groep* ($d=0,28$) zijn de enige face-to-face interventies die ook significant effectief zijn ten opzichte van een controlegroep. *Grip op je dip* is de enige online interventie en deze heeft nagenoeg de hoogste effectiviteit op de effectiviteitsladder. *SPARX* is als enige een game en blijkt niet significant beter werkzaam dan een controlegroep. *Doepressie blended* is nog niet op effectiviteit onderzocht. Mogelijk is er een verband tussen online interventies en effectiviteit van een interventie. De effecten van de face-to-face protocollen zijn wisselend, hierbij wordt geen verband gezien met effectiviteit.

Effectiviteit dosering Zonder huiswerk mee te rekenen besteden *Doepressie groep*, *Doepressie individueel* en *Head up* in de meeste sessies aandacht aan GA (37,5%). *Doepressie groep* laat een kleine effectgrootte zien en de andere twee laten geen significante verbetering ten opzichte van een controlegroep zien. Met huiswerkopdrachten erbij gerekend besteedt *Head up* alle sessies aandacht aan GA en *Grip op je dip*, *Doepressie groep* en *Doepressie individueel* 87,5% (zie figuur 7). *Grip op je dip* toont een grote effectgrootte ten opzichte van een controlegroep, maar *Head up* toont geen significante vooruitgang ten opzichte van een controlegroep. Van deze 4 protocollen laten 2 wel en 2 geen significante verschillen zien. *Pak aan* daarentegen die een grote effectgrootte heeft besteed slechts 11,1% van de sessies zonder huiswerk en 44% van de sessies met huiswerk van de sessies aan GA. Ondanks dat *Grip op je dip* wel hoog scoort en ook redelijk veel aandacht besteed aan GA is er op basis van de overige gegevens onvoldoende bewijs om een verband tussen een hoge dosering GA en effectiviteit aan te duiden.

Effectiviteit plaats GA binnen de interventie Van de protocollen besteedt 80% ($n=10$) vanaf het begin tijd aan GA. De effectiviteit van deze protocollen loopt sterk uiteen. Slechts 30% ($n=10$) laat significante effecten zien ten opzichte van een controlegroep. De overige protocollen staan onder aan de effectiviteitsladder. *Een Sprong Vooruit* en *Doepressie blended* zijn de enige protocollen die GA pas vanaf het midden van de interventie aanbieden. Deze protocollen staan onder aan de effectiviteitsladder. *Doepressie blended* is echter nog niet onderzocht. Er kan op basis van deze gegevens geen verband worden gelegd tussen plaats waarop GA wordt aangeboden en de effectiviteit van de interventie.

Interviews

Alle professionals hebben ervaring met CGT bij depressieve adolescenten en

gebruiken regelmatig losse elementen van CGT tijdens een behandeling. Het element GA wordt door geen van de professionals benoemd als belangrijk. Cognitieve herstructurering met als onderdeel het 4G (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag) schema wordt daarentegen door alle professionals benoemd als belangrijk in het geven van inzicht. Verder worden door 1 professional ook ontspanningsoefeningen en probleemoplossingsvaardigheden genoemd. Huiswerk om activiteiten en stemming te monitoren wordt door 2 professionals ingezet, maar samen met het monitoren van gebeurtenissen en gedachten onder het mom van het 4G schema. De andere twee professionals vinden het geven van huiswerk niet nuttig, omdat hier motivatie voor nodig is die vaak afwezig is. CGT onderdelen worden door 2 van de 4 professionals wel eens preventief ingezet waarbij het 4G schema, psycho-educatie aan de adolescent en ouders en het stimuleren van copingsvaardigheden als belangrijk worden benoemd.

Van de professionals werken er 2 met protocollen. Professional 2 werkt nooit met protocollen en professional 4 heeft vroeger met protocollen gewerkt. Professional 1 en 4 geven aan dat protocollen niet op elke casus toepasbaar zijn. De 2 professionals die nog geregeld met protocollen werken wijken daarom ook vaak van protocollen af om de behandeling af te stemmen op de cliënt. De professionals hebben wisselende ervaringen met CGT in de praktijk. Multigezinsproblematiek, slechte motivatie en beperkte cognitieve vaardigheden van de cliënt worden als obstakels genoemd voor het slagen van CGT. Zie bijlage 5 voor de uitwerking van de interviews en bijlage 6 voor de schematische weergave van de interview antwoorden.

Discussie

In deze thesis is onderzoek gedaan naar de bijdrage van GA binnen CGT bij adolescenten, omdat de prevalentie van depressie bij deze doelgroep zeer hoog is en er nog weinig onderzoek naar de relatieve bijdrage van specifieke elementen van CGT is gedaan (Campton et al., 2004).

Samenvattend blijkt uit deze masterthesis dat GA in minder dan de helft van de protocollen voorkomt, aan de hand van minimaal twee inhoudelijke onderdelen wordt aangeboden, meestal face-to-face aan een kind individueel of aan een groep kinderen wordt aangeboden, bij het merendeel van de protocollen in minder dan de helft van de sessies wordt toegepast en meestal vanaf het begin van een programma wordt ingezet. De resultaten

duiden op onvoldoende aanwijzingen om een verband te leggen tussen GA en de effectiviteit van CGT. Van de GA kenmerken blijken er geen verbanden met effectiviteit, behalve een mogelijk verband tussen een online aanbiedingsvorm en de effectiviteit van een interventie.

De eerste verwachting was dat de meeste protocollen ($\geq 90\%$) GA aanbieden (Hypothese 1A). Deze hypothese wordt niet aangenomen; GA komt maar in 45,5% ($n=22$) van de protocollen voor. Dit gaat tegen de verwachtingen gebaseerd op literatuur die GA als klassiek en effectief element van CGT weergeeft in (Jacobson & Dobson; Rogiers, 2005, 1996). Een verklaring voor deze discrepantie is dat een groot deel van de protocollen mogelijk is gebaseerd op de cognitieve traditie die tot de jaren '90 meer populariteit verkreeg boven GA (Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch & Rusch, 2010).

De hypothese (1B), dat protocollen die GA meenemen effectiever zijn dan protocollen die alleen cognitieve therapie bieden, wordt niet aangenomen. Ondanks hoge effectscores van twee programma's met GA, laten meer programma's zonder GA hoge effectgroottes zien. Dit is strijdig met eerder onderzoek waarin GA gelijke tot betere resultaten in symptoomreductie laat zien in vergelijking met cognitieve elementen van CGT (Asarnow et al., 2002; Jacobson & Dobson, 1996). Een mogelijke verklaring is dat GA niet opzichzelfstaand, maar in combinatie met andere gedragselementen (sociale vaardigheidstraining en probleemoplossingsvaardigheden) het werkzame element van CGT vormen (Asarnow en collega's, 2002). Dit is in lijn met onderzoek van Martell en collega's (2001) waaruit blijkt dat deze twee gedragselementen helpen bij het ondernemen van plezierige activiteiten en de effectiviteit van GA.

Met betrekking tot de onderdelen werd verwacht dat de meeste protocollen ($\geq 80\%$) die GA aanbieden, minimaal twee GA onderdelen toepassen (hypothese 2A), omdat GA al vanuit de oorsprong van Lewinsohn (1974) bestaat uit *Activity scheduling* (monitoren en inplannen van activiteiten). Deze hypothese wordt aangenomen; van de protocollen die GA toepassen, maakte 90% gebruik van minimaal twee onderdelen.

Verwacht werd daarnaast dat protocollen die meerdere onderdelen gebruiken effectiever zijn dan protocollen die één GA onderdeel aanbieden (Hypothese 2B). Deze wordt niet aangenomen. Er lijkt op basis van de resultaten geen verband tussen de hoeveelheid onderdelen en effectiviteit. Mogelijk is het niet de hoeveelheid onderdelen die de effectiviteit bepaalt, maar de aan- of afwezigheid van *activity scheduling* in combinatie met andere CGT

elementen (Cuipers et al., 2007).

Met betrekking tot de ontvanger werd verwacht dat minimaal 80% van de protocollen is gericht op de adolescent individueel of in een groep (hypothese 3A), omdat adolescenten steeds zelfstandiger worden waardoor behandeling meer op hen en minder op ouders gericht wordt (Bogels 2007). In lijn met de verwachting op basis van literatuur wordt hypothese 3A aangenomen; 90% van de protocollen is gericht op individuele- of groepsbehandeling bij adolescenten.

Daarnaast werd geen verschil in effectiviteit verwacht voor individuele- of groepsbehandeling (hypothese 3B). Deze hypothese wordt ook aangenomen; er zijn geen eenduidige resultaten in het voordeel van kinderen individueel of in een groep. Gelijke effecten van groeps- en individuele behandeling is in lijn met eerder onderzoek (Lockwood, Page en Conroy-Hiller, 2004). Een mogelijke verklaring uit dat onderzoek is dat gebruik van gelijke elementen zou leiden tot gelijke effecten ongeacht of de therapie individueel of in een groep wordt aangeboden. Deze verklaring wordt echter niet in deze thesis gevonden, omdat *Doepressie individueel* en *Doepressie groep* dezelfde kenmerken hadden, maar verschillende resultaten lieten zien.

Wat betreft modaliteit werd er verwacht dat minimaal 80% van de protocollen GA via de modaliteit huiswerk aanbiedt (Hypothese 4A). Deze hypothese wordt aangenomen want 90% van de protocollen maakt gebruik van huiswerk. Dit is naar verwachting omdat *Activity Scheduling* vaak in de vorm van huiswerk wordt aangeboden (Kazantzis et al. 2000, 2005). De modaliteit huiswerk zou een sterke rol spelen in de symptoomreductie van een depressie, omdat geleerd gedrag hierdoor geoefend en geïnternaliseerd kan worden (Hypothese 4B) (Burns en Spangler, 2000). Echter zijn er geen aanwijzingen dat GA protocollen die GA huiswerk aanbieden effectiever zijn dan protocollen die dit niet doen. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten is een weinig actieve deelname aan huiswerk van participanten uit de effectiviteitsstudies. Uit onderzoek van Kazantzis (2000; 2005) blijkt namelijk dat actieve deelname aan huiswerkopdrachten cruciaal is voor het effect van GA.

Ondanks een opkomst in online interventies is de verwachting dat meer dan de helft van de protocollen de behandeling face-to-face aanbiedt (hypothese 5A). Deze hypothese wordt aangenomen; 70% van de protocollen die GA toepast biedt de interventie face-to-face aan, wel in combinatie met een werkboek. Er zijn nog weinig protocollaire online

programma's, omdat deze nog weinig zijn onderzocht (Sztein et al., 2017).

Met betrekking tot de aanbiedingsvorm werd verwacht dat een blended aanpak effectiever is dan een enkele aanbiedingsvorm (hypothese 5B) (Singh, 2003). Hypothese 5B wordt niet aangenomen; er is nog geen onderzoek bekend naar *Doepressie blended*. De face-to-face methodes die daarnaast gebruik maakte van een werkboek lieten wisselende resultaten zien in effectiviteit. Er bleek daarentegen wel een mogelijk verband tussen de online aanbiedingsvorm en effectiviteit van de interventie; de enige online interventie die GA aanbod liet een grote effectgrootte zien. Het verband in deze thesis zal echter voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd, omdat het verband slechts gebaseerd is op één protocol. Wel komt het verband overeen met zeer recente meta-analyse, waaruit zeer gunstige uitkomsten in symptoomreductie blijken op zowel korte als lange termijn voor online aangeboden CGT bij volwassenen (Sztein et al., 2017). Een verklaring dat CGT (met GA) online en vooral bij adolescenten goed werkt is dat het in de anonimiteit van het internet makkelijker is om gevoelens en ervaringen te delen dan in face to face-gesprekken (Peter, Valkenburg & Schouten, 2006).

De zesde verwachting was dat protocollen die GA aanbieden dit in minimaal 50% van de sessies doen (hypothese 6A). Deze hypothese wordt niet aangenomen; als huiswerkopdrachten rondom GA niet worden meegeteld wordt tussen de 11,1% en 37,5% van de sessies besteed aan GA. Wanneer dit wel meegeteld wordt in 14,3% tot 100% van de sessies aandacht besteed aan GA. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat het belang van andere elementen zoals cognitieve therapie door de makers van de programma's groter wordt geacht.

Meer sessies zouden in verband staan met betere effectiviteit; een hogere dosering GA (>50%) zou naar verwachting effectiever zijn dan protocollen met een lagere dosering (hypothese 6B). Echter lijkt er geen verband tussen dosering GA en effectiviteit; hypothese 6B wordt niet aangenomen. Dit in tegenstelling tot onderzoek van Ronney en Murray (1996) en Stice en Shaw (2004) waaruit dosering wel in verband staat met betere effectiviteit. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat deze twee onderzoeken betrekking hebben op andere problematiek. Het gevonden effect van dosering is mogelijk niet generaliseerbaar naar de depressieprotocollen.

De laatste hypothese stelt dat het merendeel van de protocollen die GA toepast ($\geq 80\%$)

dit in het begin van het programma doet (hypothese 7A). Hypothese 7A wordt aangenomen; bij 80% van de protocollen wordt GA vanaf het begin ingezet. GA wordt mogelijk in het begin ingezet om cliënten de mogelijkheid te bieden om de rest van de therapie met GA te kunnen oefenen. Hierdoor wordt ook verwacht dat protocollen die GA in het begin aanbieden effectiever zijn dan protocollen die GA later aanbieden (hypothese 7B). Dit wordt echter niet in de resultaten gevonden. Mogelijk kan dit verklaard worden doordat GA opzichzelfstaand niet het werkzame element blijkt te zijn en daardoor de plek binnen de interventie niet van belang is.

Evenals de resultaten van de taxonomie kwam het belang van GA ook in de interviews niet naar voren. De meeste professionals gaven aan dat afstemmen op de behoefte van de cliënt belangrijker is dan het volgen van een protocol. De professionals die protocollen gebruiken, gebruiken vaak alleen de, naar eigen klinisch oordeel, werkzame elementen uit de protocollen (Hansen, 2002). Van de elementen werd vooral cognitieve herstructurering en het onderdeel 4G schema genoemd, dat inzicht zou geven in de oorzaak van de depressie. Multigezinsproblematiek en beperkte motivatie van cliënten maken volgens de professionals dat CGT met of zonder protocol niet altijd effectief is.

Achteraf bezien zijn er sterke aspecten en een aantal beperkingen van het onderzoek. Sterk aan dit onderzoek is het gebruik van een taxonomie die op basis van literatuuronderzoek is opgesteld voor het grootschalig onderzoek van het Trimbos instituut (Werkgroep Taxonomie ZonMw-consortia, 2017). De validiteit en betrouwbaarheid van de taxonomie is sterk omdat er consensus is over de betekenis van de kenmerken op de taxonomie op basis van literatuur waardoor alle protocollen op dezelfde manier beoordeeld worden. Daarbij is het sterk dat zoveel mogelijk protocollen zijn onderzocht door alle protocollen die beschikbaar waren op het NJI in het onderzoek mee te nemen.

Een beperking van het onderzoek is de vergelijkbaarheid van de effectiviteitsstudies; de effectiviteitsstudies waren namelijk niet voor elk protocol uitgevoerd. Daarnaast was de effectgrootte niet voor alle protocollen berekend. Ook waren voor sommige effectiviteitsonderzoeken wel, en voor anderen geen controlegroep gebruikt. Tot slot waren de steekproefgroottes sterk variërend van acht tot 1177 participanten. Een andere beperking is dat er ook protocollen zijn meegenomen voor kinderen van basisschoolleeftijd (*VRIENDEN*, *Apple's vrienden*, *Zippy's vrienden* en *Fijn: vrienden*), die buiten de beoogde doelgroep

vallen. De kleine steekproef van geïnterviewde professionals is een andere beperking aan dit onderzoek. De uitspraken zullen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Tot slot is de dosering GA in hele sessies weergegeven, omdat niet alle protocollen een duur per onderdeel weergeven. Hierdoor is de dosering slechts globaal weergegeven.

Op basis van deze masterthesis lijken er onvoldoende aanwijzingen om te duiden op het belang van GA als geïsoleerd element. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of GA wellicht in combinatie met andere CGT elementen, wel het werkzame element is. Specifiek wordt aanbevolen om na te gaan wat de effectiviteit is van GA in combinatie met sociale vaardigheidstraining en probleemoplossingsvaardigheden en wat het effect van deze gedragscomponenten individueel is. Op basis van de interviews wordt daarnaast aanbevolen om naar de rol van het element cognitieve herstructurering en specifiek het onderdeel 4G schema te kijken. Tot slot wordt aanbevolen om te achterhalen wat de rol is van een online aanbiedingsvorm; is dit alleen gunstig voor protocollen met GA of ook voor andere elementen?

Voor de klinische praktijk wordt aanbevolen om GA te blijven toepassen in CGT, omdat de effectiviteit van GA in combinatie met andere elementen nog niet is onderzocht en er tevens geen aanwijzingen zijn die er op duiden dat GA niet effectief zou zijn. Op basis van deze thesis wordt het protocol *Grip op je dip online* sterk aangeraden, vanwege de sterke bewijskracht en effectiviteit. Op basis van de ervaringen van professionals wordt vooral een goede balans aanbevolen tussen een kritische professionele houding van de therapeut en de prescriptieve aard van protocollen, om zo de werkrelatie en behandeling zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de behoefte van de cliënt.

Literatuur

- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Wright, E. J., Salt, P., Rothberg, P. C., Drezner, K., & Gladstone, T. R. G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology*, 9, 109-130.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*.
- Brandsma, S. (2013). *Move2Learn: doeltreffendheid van een sociaal-cognitieve vaardigheidstraining voor jongeren*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Implementatie in de Jeugdzorg.
- Brezinka, V. (2008). Treasure Hunt-a serious game to support psychotherapeutic treatment of children. *Studies in health technology and informatics*, 136, 71.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 46.
- Campton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Depressie onder jongeren*
- Chorpita, B. F., Becker, K. D., Daleiden, E. L., & Hamilton, J. D. (2007). Understanding the common elements of evidence-based practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 647-652.
- 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(5), 449-458.
- Cuijpers, P., Boluijt, P., & Van Straten, A. (2008). Screening of depression in adolescents through the Internet. *European child & adolescent psychiatry*, 17(1), 32-38.
- De Cuyper, S., Timbremont, B., Braet, C., De Backer, V., & Wullaert, T. (2004). Treating depressive symptoms in schoolchildren: a pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 105-114
- Hansen, A. (2002). Over protocollen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 1(1), 31-34.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groothues. (1994) Adult outcomes of childhood and adolescent depression III. Links with suicidal behaviours. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1309-1319.
- Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P., & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, 16(5), e141.
- Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Joiner, T. E., Seeley, J. R. (2003) The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 244–52.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261–268.
- Linden, D. (2008). Head Up! Effecten van een preventieve cursus voor adolescenten (13-17 jaar) met depressieve klachten (Master's thesis).
- Lockwood, C., Page, T., & Conroy-Hiller, T. (2004). Comparing the effectiveness of

- cognitive behaviour therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *Jbi Reports*, 2(5), 185-206.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 295.
- MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1974). Depression as a function of levels of desired and obtained pleasure. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 651–657.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Matson, J. L. (1989). *Treating depression in children and adolescents*. Pergamon Press.
- Merry, S. N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., & Lucassen, M. F. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Bmj*, 344, e2598.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*, 46(1), 81-95.
- Nauta, M. H., Festen, H., Reichart, C. G., Nolen, W. A., Stant, A. D., Bockting, C. L., ... & de Jong, P. J. (2012). Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC psychiatry*, 12, 31.

- Pahl, K. M. (2009). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in early childhood: An investigation of aetiological risk factors. University of Queensland.
- Poleij, C., Leseman, P., & Stikkelbroek, Y. (2009). Effecten van een groepstraining ter preventie van internaliserende stoornissen bij dyslectische adolescenten: Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 48, 351-363.
- Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C., Lobel, A., Merry, S. N., ... & Granic, I. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour research and therapy*, 80, 33-42.
- Rasing, S. P., Creemers, D. H., Janssens, J. M., & Scholte, R. H. (2013). Effectiveness of depression and anxiety prevention in adolescents with high familial risk: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 13(1), 316.
- Rooney, B. L., & Murray, D. M. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health education quarterly*, 23(1), 48-64.
- Ruiter, M. (1997). Preventie van depressie bij jongeren: probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'. [Sl: sn].
- Rogiers, R. (2005). Een hoofd vol gedachten over depressie. *gedrag en gezondheid*, 33(5), 241-242.
- Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2017). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X17717402.

- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 525-535.
- Sikkenk, A. J. (2015). *Zippy's Vrienden; Effectonderzoek in Nederland* (Master's thesis).
- Singh, H. (2003). Building effective blended learning programs. *Educational Technology-Saddle Brook Then Englewood Cliffs NJ-*, 43(6), 51-54.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 130, 206.
- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M. H., Bottelier, M. A., Vet, L. J., Lont, C. M., ... & Bodden, D. H. (2016). Effectiveness and moderators of individual Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Treatment As Usual (TAU) in clinically depressed adolescents. *Turning depression inside out*, 131.
- Trimbos Instituut (2015) Resultaten effectiviteitsonderzoek zippy's vrienden.
- Van der Zanden, R., & van der Linden, D. (2013). *Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de Jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e86.
- van Straten, A., Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 10.
- De Vos, R., Tromp, N., Bodden, D., & Stikkelbroek, Y. (2017). *Therapeut onmisbaar bij*

‘blended therapie’ tegen depressie. *Kind & Adolescent Praktijk*, 16, 6-13.

Wicks-Nelson, R., Israel, A. C., & Wicks-Nelson, R. (2009). *Abnormal child and adolescent psychology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Wijnhoven, L. A., Creemers, D. H., Vermulst, A. A., Scholte, R. H., & Engels, R. C. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program (‘Op Volle Kracht’) among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 42(2), 217-228.

Bijlage 1. Taxonomie

Element (modules)	Aanwezig 0=nee, 1=ja	Onderdelen (steps)	Aanwezig 0=nee, 1=ja	Ontvanger (recipient/target) 1=Kind individueel 2=Groep kinderen 3=Ouder 4=Groep ouders 5= Kind + ouders 6=Gezin 7=Omgeving 8=Kind + omgeving 9=Kind + ouder + omgeving 10=School 11=Kind + school 12=Leefgroep 13=Anders, namelijk... 0=Onbekend	Modaliteit (modality) 1=uitleg geven 2=oefenen 3=discussie 4=rollenspel 5=modellering 6=instructie geven 7=motiveren 6=huiswerk 7=Motiveren 8= anders namelijk... 0=onbekend	Aanbiedingsvorm (mode of delivery) 1= Face-to-face/"live" 2=Online 3=blended 4=Game 5=imaginair 6=virtual reality 7=telefonisch 8=video 9=Boek 10=Anders, namelijk... 0=onbekend	Dosering/ Frequentie (hoeveel sessies?/hoeveel tijd) 0=onbekend	Wanneer? Sessie nummer rapporteren
Monitoring (Bijhouden van stemming in een dagboek oid)		Rationale (Feedback en informatie geven over stemmingswisselingen / fluctuaties ahv zelf-monitoring)						
		Zelf Monitoren van stemming (Stemming bijhouden gedurende een bepaalde periode)						
Activatie		Rationale/uitleg (Informatie over hoe gedrag samenhangt met stemming)						
		Activiteitenlijst (Een vooropgestelde lijst met plezierige activiteiten aanbieden)						
		Activiteiten monitoren (Het bijhouden van activiteiten die als plezierig worden ervaren)						
		Activiteitenplan maken en uitvoeren (Een plan maken met een bepaald aantal plezierige activiteiten die uitgetoetst gaan worden.)						
		Activiteitenplan evalueren en aanpassen (Het activiteitenplan bekijken op geschiktheid en eventueel aanpassen)						

Bijlage 2. Interviewvragen

1. Heeft u een CGT certificaat?
2. Hoe lang werkt u met CGT?
3. Werkt u met CGT protocollen?
4. Welk(e) protocol(len) gebruikt u mee?
5. Merkt u verschil bij het behandelen met verschillende protocollen?
6. Volgt u meestal het protocol of wijkt u hier van af?
7. Heeft u ervaring met CGT bij depressieve adolescenten?
8. Gebruikt u wel eens losse componenten van CGT?
Welke componenten en waarom?
9. Wat is uw idee van de effectiviteit van CGT bij depressieve adolescenten?
10. Wat maakt dat het werkt?
11. Heeft u wel eens CGT preventief ingezet bij suggestie van depressie?
12. Denkt u dat CGT preventief kan worden ingezet? Wat is hierbij belangrijk?
Welk component van CGT denkt u dat het meest van belang is bij preventie van depressie bij adolescenten?

Bijlage 3. Samenvatting resultaten taxonomie

Protocol	Aanwezig/ Afwezig	GA en Stemming monitoring Onderdelen	Ontvanger	Modaliteit	Aanbiedingsvorm	Dosering GA (inclusief huiswerk)	Dosering GA (exclusief huiswerk)	Wanneer sessie- nummer	Wanneer 1. begin, 2.Begin/ midden 3.Midden 4.midden/ eind 5. eind
Pak aan	3	1,2, 3,4	2	1,2,6,7	1,10	44% (8 van 18)	11,1% (2 van 18)	3,4	1
Grip op je Dip online	3	1,2, 3,4,5,6,	1	1,2,7	2	87,5% (7 van 8)	25% (2 van 8)	2,5	2
Doepressie groep	3	1,2, 3,4,5,6,7	2	1,2,7	1,10	87,5% (7 van 8)	37,5% (3 van 8)	1,2,4	2
Doepressie individueel	3	1,2, 3,4,5,6,7	1	1,2,7	1,10	87,5% (7 van 8)	37,5% (3 van 8)	1,2,4	2
Head up	3	1,2, 3,4,5,6,7	5	1,2,4,6,7	1,10	100%	37,5% (3 van 8)	1,2,4	2
Sparx	1	3,6	1	0	4	28,6% (2 van 7)	14,3% (1 van 7)	2	1
Stemming-makerij	1	3,4,6	2	1,2,3,7	1,10	62,5% (5 van 8)	12,5% (2 van 8)	1,2	1
STERK	3	1,2, 3,5,6	2	1,2,3,7	1,10	60% (6 van 10)	33,3% (3 van 10)	2,3,4	2
Een sprong vooruit	1	6	2	1,2,7	1,10	14,3% (1 van 7)	14,3% (1 van 7)	4	3
Doepressie blended	3	1,2, 3,4,5,6,7	1	1,2,6,7	3	87,5% (7 van 8)	25% (2 van 8)	3,4	3

Bijlage 4. Effectiviteitsladder

Protocol	Steekproef	Effectiviteit	Artikel
<i>Significante verbetering ten opzichte van controlegroep</i>			
Pak aan	Kinderen/ jeugdigen met stemmingsproblemen 9-13 jaar. Interventie: (n=4) Wachtlijst (n=4) (follow up geen wachtlijst)	Effectgroottes op de CDI na follow up (n=15) na 4-12 maanden waren middel (.71-.97) tot groot (1.48-1.62). Geen bewijs groep x tijd effect.	De Cuyper, Timbremont, Braet, De Backer, & Wullaert (2004).
Grip op je dip online	Jeugdigen met stemmingsproblemen 12-22 jaar. Interventie (n=121) Controle (n=123)	Na 12 weken, 56% interventiegroep, 20% controlegroep klinische verandering. Significante meer depressie afname voor interventiegroep. Effectgrootte d:0,94 (groot)	van der Zanden, Kramer, Gerrits, & Cuijpers (2012).
Praten online	Jeugdigen 12-23 jaar met stemmingsproblemen (131) Interventie en controlegroep (n=132)	Na 9 weken: (d=0.18, 95% CI -0.10 to 0.47) (klein effect) Na 4,5 maand: (d=0.79, 95% CI 0.45-1.08) (groot effect) Praten online significant effectiever. (veel uitval)	Kramer, Conijn, Oijevaar, & Riper (2014).
Op Volle Kracht (OVK)	Meisjes 11-12 jaar, Interventie (n=50) Controle (n=52)	Interventie significante afname na 6 maanden ten opzichte van controle $\beta = -0.36$, $p < 0.001$. Cohen's $d = -0.74$ (medium - groot effect) ,	Wijnhoven, Creemers, Vermulst, Scholte, & Engels (2014).
VRIENDEN	Kinderen 6-10 jaar met stemmingsproblemen of angstklachten. n=71	Groep: .42 tot .81= (middel/groot) 69% klachtenvrij ook nog na een jaar. Significant beter dan wachtlijst.	Alison, Shortt, Barrett, & Fox (2001)
Alles onder controle	Interventie (n=107) Controle (n=106)	Middelgrote effecten CES-D: $d = 0.67$ MDI: $d = 0.56$	Van Straten, Cuijpers, & Smits (2008)
Doepressie groep	Meta-analyse (n=28 studies). Vergelijking effectiviteit met controlegroep.	Significant meer verbetering ten opzichte van controlegroep, met een kleine effectgrootte (Cohen's $d = 0.28$).	Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn, (2009).
Zippy's vrienden	n=1177	Significant beter effect van interventiegroep op sociaal emotionele vaardigheden dan controlegroep.	Trimbos Instituut (2015). Sikkenk Masterthesis (2014)
Apple's vrienden	Kinderen uit groep 3 volgen Zippy's vrienden. Kinderen die starten in groep 4 volgen na 1 jaar apple's vrienden. Interventie (n=586), Controle (n=591)	Experimentele groep scoorde significant hoger dan controle met een klein effect ($n_2 = .010$).	Trimbos Instituut (2015)
<i>Wel significante verbetering, maar geen vergelijkingsgroep</i>			
Dyslexie de Baas	n=16, 12-16 jaar met dyslexieverklaring en internaliserende problemen zonder comorbide stoornissen. (Geen onderzoek naar aangepaste versie na pilot.)	Jongeren: Significant minder problemen meetmoment 1 en 4: verschil 7.03; $p < .01$. Significant hoofdeffect van tijd: (F[2,11]=4,79; $p < .05$), de partial eta squared .47 (sterk). Beleving internaliserende problemen door ouders: significant hoofdeffect van tijd (F[2,8]=7,38; $p < .05$) effectgrote partial eta quadraat= .65. Zeer groot. Tussen meetmomenten 2 en 4 significant verschil: m verschil=7,79; $p < .01$. Bewijskracht zeer zwak. Geen controlegroep.	Poleij, Leseman, & Stikkelbroek (2009)
Fijn: vrienden	Kleuterschool leerlingen 4-6jaar Interventie (n=134) Wachtlijst (129)	Geen significant verschil met wachtlijst: ouders: (F(1,151) = 1.12, $p = .29$) leerkracht: Follow up: (geen controle) Angst afname significant effect voor tijd (F(2,58) = 4.53, $p < .05$), groot effect ($\eta^2 = .14$)	Pahl (2009)
Move2Learn	Trial: Jongeren (n=42) Geen controlegroep	Middelgrote effectsize: $d = 0,53$	Brandsma (2013)
KOPP	Relatief gezonde kinderen met stemmingsproblemen, 8-15 jaar (n=121)	Significante afname problemen kinderen Post interventie effectgrootte: $d = 0,20$. (klein) Na 18 maand: $d = 0,42$ (middel)	Beardslee et al. (1997)
Happyles	VMBO jongeren Met subklinisch tot ernstige klachten. (n=373)	Sterke Significante afname in depressieklachten bij $p < .0001$	Van der Zanden, & van der Linden (2013)
<i>Geen significante verbetering/geen significant verschil controle en interventie groep0,2</i>			
Doepressie individueel	Klinisch geïndiceerde jongeren (12-21) Interventie (n=70) Controle (n=70)	Geen significant verschil Interventie en Colegroep. Beiden afname internaliserende problemen met matig effect (0.55). Bij follow up interventie groep 61,4% beneden klinische cut off en controle 47,7%.	Stikkelbroek et al. (2016)
Headup	Cursusgroep (n=17) Normgroep (n=153) Vergelijkingsgroep (n=17)	Sterk significante afname cursusgroep op depressie: F (1, 26) = 5.6, $p < .05$ en op de cognitieve depressiedimensie F (1, 26) = 6.8, $p < .05$ maar ook in de vergelijkingsgroep F (1, 26) = 5.0, $p < .05$. Geen significant verschil tussen groepen.	Linden (2008)

Sparx	Adolescenten 12-19 jaar. Interventie (n=31) Controle (n=26,4%)	Significante effect van tijd en niet conditie. $F(6.31, 977.71) = 24.31, p < .001, \text{partial } \eta^2 = 0.14$. (medium effect). Alle condities (controle, SPARX en SPARX+OVK) even effectief.	Poppelaars et al. (2016)
Stemmingmake rij	Jeugdigen met mild-ernstige stemmingsproblemen 15-19 jaar	Daling depressieve symptomen in cursusgroep niet significant groter dan vergelijkingsgroep.	Ruiter 1997
STERK	Jongeren 8-17 jaar. Interventie: (n=102) Control (n= 102)	Significante reductie van intergenerationele transmissie van stemming en angststoornis. Effectiviteit is nog niet gemeten.	Nauta, et al. (2012).
<i>Een Sprong Vooruit</i>	<i>Adolescenten, 11-14 jaar. Interventie (N=80) Controle (N=80)</i>	<i>Geen verschil met controlegroep in afname depressieve klachten. Geen effect op voorspellers van depressie en dus niet niet geschikt als preventiemethode.</i>	<i>Rasing, Creemers, Janssens, & Scholte (2013)</i>
<i>Geen effectiviteitsstudie</i>			
Doepressie blended	Adolescenten, 12-18 jaar. Klinische depressie trial, N=32	Het meest gehad aan programmaonderdelen 'vermeerderen van plezierige activiteiten', 'opkomen voor jezelf', 'veranderen van negatief denken' en 'goed luisteren en zelfexpressie'. Geen effectiviteitsonderzoek	De Vos, Tromp, Bodden, & Stikkelbroek (2017)
Schateiland	Geen effectiviteitsstudies voor een op zichzelf staand zelfhulp programma. Wel positieve reacties van kinderen. Therapeutische computerspelletjes zonder begeleidende psychotherapie zijn niet afdoende voor de behandeling van een psychische stoornis.		Brezinka (2008).

Note. Dit schema volgt een effectiviteitsladder van boven naar beneden. Het bovenste protocol heeft de grootste effectiviteit volgens literatuur en het protocol onderaan heeft de zwakste bewijskracht voor effectiviteit. □

Bijlage 5. Uitwerking Interviews

Interview 1

Professional Z is GZ psycholoog en heeft circa 11 jaar ervaring met het behandelen aan de hand van CGT. Ze is in bezit van een CGT basis certificaat. Ze geeft aan wel eens met protocollen te werken. Z maakt wel eens gebruik van een protocol. Welke ze gebruikt is afhankelijk van de cliënt, omdat elk protocol zich toespitst op bepaalde problematiek. Ze geeft aan dan ook niet te kunnen zeggen dat het ene protocol beter werkt dan het ander. Ook geeft ze aan dat het afwijken of aanhouden van de protocollen afhankelijk is van de cliënt. Ze geeft aan de behandeling aan te passen op de behoeftes en groei van de cliënt. Ze geeft aan vaker wel dan niet af te wijken van een protocol. Het belangrijkste bij CGT is inzicht geven in het gebeurtenis-gedachte-gevoel-gedrag (4G) model; dit is niet anders voor adolescenten of volwassenen. Ze geeft aan dat ze denkt dat CGT effectief is, want dit is wetenschappelijk bewezen. Uit eigen ervaring merkt ze wisselende resultaten. Of CGT aanslaat ligt meestal aan de motivatie en het type problematiek. Meervoudige problematiek is moeilijker te behandelen. Ze geeft aan geen CGT te hebben ingezet als preventiemethode.

Interview 2

Professional M is gedragswetenschapper en werkt op een VMBO school. Hij geeft aan geen CGT opleiding te hebben gevolgd, maar de basis wel kent. Hij werkt ruim twee jaar met depressie bij adolescenten, maar nooit met een protocol. Hij geeft aan vaker gebruik te maken van EMDR dan CGT. Wanneer M depressie behandelt heeft hij vooral aandacht voor copingsvaardigheden. Motivatie van de adolescent en een goede werkrelatie ziet hij als belangrijkste component van een behandeling. De behandelvorm is hier aan ondergeschikt. Van de CGT onderdelen zet hij cognitieve herstructurering (kerncognities identificeren en aanvechten) en ontspanningsoefeningen in. M heeft het idee dat CGT voor veel jongeren (vooral lager geschoold) niet is weggelegd omdat het veel beroep doet op cognities. Directe probleemoplossingsvaardigheden zijn dan belangrijker. Tot slot geeft M aan dat psycho-educatie een ouders en leerkrachten van zeer groot belang is voor de preventie van adolescenten zodat in een vroeg stadium de juiste coping kan worden geboden.

Interview 3

L is systeemtherapeut en basispsycholoog en heeft ruim 2 jaar ervaring met depressiebehandelingen. Ze heeft de CGT opleiding voor kinderen gedaan en maakt

regelmatig gebruik van het VRIENDEN programma. Ze geeft aan het protocol meestal als inspiratie te gebruiken. Ze gebruikt het de ene keer meer dan de ander, maar volgt het nooit volledig. L geeft aan dat het per cliënt belangrijk is om de behandeling af te stemmen op datgene wat voor dat individu belangrijk is. Haar uitgangspunt is de vraag: “Wat heeft de depressie veroorzaakt?”. Vanuit die vraag kiest ze onderdelen uit CGT of andere behandelmethodes om aan te pakken wat de client nodig heeft. Ze geeft aan de variant van het VRIENDENprogramma voor adolescenten te ingewikkeld vind. Ze geeft aan dat de opdrachten vaak onduidelijk en te moeilijk zijn. Meestal gebruikt ze de basis uit het VRIENDEN programma voor kinderen, vertaald naar de adolescent. Hierbij neemt ze vooral rationale over de 4G's mee en geeft jongeren soms huiswerk mee om gedachtes, gevoelens en activiteiten te monitoren. L gebruikt het 4G schema ook wel eens wanneer er geen Depressie is geconstateerd om inzicht te geven in denkfouten.

Interview 4

Y is een GZ-psycholoog met meer dan 30 jaar werkervaring met onder andere depressie bij kinderen en jongeren. Y heeft geen certificaat CGT. Ze geeft aan momenteel niet meer met protocollen te werken vanwege de (interculturele) doelgroep waarbij deze niet aansluiten. Ze geeft aan in het verleden wel met protocollen te hebben gewerkt. Ze geeft aan dat het identificeren van denkfouten aan de hand van het 4G-model centraal staat bij de meeste CGT behandelingen. Ze geeft aan dat ze dit momenteel nog wel meeneemt. Ze geeft aan dat het 4G –model kinderen en jongeren (bijvoorbeeld in een scheiding) veel inzicht kan geven in hun rol binnen het gezin. Het volgen van een protocol is meestal echter onvoldoende omdat er vaak sprake is van Multi gezinsproblematiek. Y heeft geen ervaring met het inzetten van CGT als preventiemethode.

Bijlage 6. Analyse interviews

Vragen	Professional 1 (GZ-psycholoog)	Professional 2 (Gedragswetenschapper)	Professional 3 (Systeemtherapeut/ psycholoog)	Professional 4 (GZ- psycholoog)
Heeft u een CGT opleiding gevolgd?	CGT basis	nee	CGT basis	nee
Hoe lang werkt u met CGT?	11 jaar	2 jaar	2 jaar	30+ jaar
Werkt u met CGT protocollen?	Soms wel, soms niet	Nee	Soms wel soms niet. VRIENDEN programma wel.	Vroeger
Merkt u verschil met het behandelen met het behandelen met verschillende protocollen?	Elk protocol is geschikt bij een bepaald soort problematiek.	-	Ik vind niet alle protocollen prettig werken, sommige zijn erg ingewikkeld.	Het past niet bij elke casus
Volgt u meestal het protocol of wijkt u af?	Afhankelijk van de behoefte van de cliënt	-	Wijk vaak af, afstemmen op behoefte client.	-
Heeft u ervaring met CGT bij depressieve adolescenten?	Ja	Ja	Ja	Ja
Gebruikt u wel eens losse componenten van CGT?	Ja	Ja	Ja	Ja
Welke componenten en waarom?	Inzicht geven in het 4G schema is belangrijk (ook als huiswerk). (gebeurtenis-gedachte-gevoel-gedrag)	Cognitieve herstructurering , ontspanningsoefeningen en probleemoplossingsvaardigheden	4G schema, huiswerk 4G monitoren	4G schema
Wat is uw idee over de effectiviteit van CGT bij depressieve adolescenten?	Het is bewezen effectief. Praktijkervaring is wisselend.	Niet voor iedereen weggelegd door cognitieve aspect. Vooral niet bij lager opgeleide.	4G helpt mensen om inzicht te verkrijgen in denkfouten	Het geeft kinderen inzicht in hun rol binnen het gezin
Wat maakt dat het wel/niet werkt?	Het hangt af van de motivatie en de problematiek.	Directe probleemoplossingsvaardigheden zijn toegankelijker voor iedereen.	Inzicht geven in denkfouten	Het werkt niet bij Multi gezinsproblematiek

Heeft u wel eens CGT preventief ingezet bij suggestie van depressie?	Nee	Ja	Ja	nee
Denkt u dat CGT preventief kan worden ingezet? Wat is hierbij belangrijk?	Wellicht	Psycho-educatie aan ouders en coping vaardigheden jongeren	Ja: inzicht geven in denkfouten	-
Welk component van CGT denkt u dat het meest van belang is bij preventie van depressie bij adolescenten?	Inzicht geven in het 4G schema is belangrijk.	Psycho-educatie aan ouders en coping vaardigheden jongeren	4G schema	-