



**Universiteit Utrecht**

**Master Thesis**

---

**Werkzame elementen van Cognitieve Gedragstherapie, het belang van probleem  
oplossen**

Master Thesis (201600201)

Universiteit Utrecht

Master Clinical Child, Family and Education Studies

Céline van Wijngaarden (5733502)

11 juli 2018

## Voorwoord

Voor u ligt mijn Master Thesis; een onderzoek naar de kernelementen van een van de meest gebruikte interventies bij het voorkomen en behandelen van depressie bij adolescenten, cognitieve gedragstherapie. Een behandeling waarvan de bewezen effectiviteit mij al lange tijd fascineert, want wat maakt nou dat het werkt? In dit onderzoek heb ik de kans gekregen om één van de kernelementen van cognitieve gedragstherapie onder de loep te nemen; probleem oplossen.

Mijn dank gaat allereerst uit naar Denise Bodden. Ik wil je heel erg bedanken voor jouw geduld, begrip en betrokkenheid. Daarnaast wil ik je bedanken voor alle motiverende woorden en heldere feedback. Dit alles heeft mij in staat gesteld stap voor stap de masterthesis af te ronden. Tevens wil ik mijn familie en vrienden bedanken die voor de nodige steun, motivatie en ontspanning gezorgd hebben. Tot slot wil ik mijn moeder en vriend bedanken die mij geholpen hebben, gemotiveerd hebben en er voor gezorgd hebben dat ik in mijzelf bleef geloven.

Met plezier presenteer ik hierbij mij Masterthesis waarmee ik de master ‘Clinical Child, Family and Education Studies’ aan universiteit Utrecht afrond.

Céline van Wijngaarden

Gouda, juli 2018

## **Abstract**

### **Introduction**

This master thesis examines the importance of problem solving within cognitive behavioural therapy (CBT) for preventive and curative treatment of depression in adolescents.

### **Method**

Data is collected by analysing 23 depression protocols using a taxonomy. Regarding the element problem solving, several categories were examined: the presence or absence of the element, the components, the recipient of the therapy, the modality, mode of delivery, the dosage and the place within the intervention in which problem solving is used. By analysing the taxonomy and effect studies of the protocols, connections between the use of the element problem solving and the effectivity of the protocols were made. In addition, four professionals were interviewed regarding the implementation of CBT for depressed adolescents.

### **Results**

The results show that problem solving is used in more than half of the protocols, given using a minimum of one and a maximum of seven components, mostly offered to the child individually and in group, largely given face-to-face, at least 6% and at most 60% of the time is spent on the element and that this happens most in the middle and at the end of the treatment. The results show that there could be a connection between effectiveness and the number of components that are used, the modalities that are used and the dosage of time.

### **Discussion**

Because in current research these links are indirect, a recommendation for future research is to examine the importance of problem solving in CBT aimed at reducing and preventing depression in adolescent, only this time in practice.

*Keywords:* depression, adolescents, cognitive behavioural therapy, problem solving.

## **Samenvatting**

### **Inleiding**

Deze masterthesis onderzoekt het belang van het element probleem oplossen binnen de cognitieve gedragstherapie (CGT) in het preventief en curatief behandelen van depressie bij adolescenten.

### **Methode**

Aan de hand van een taxonomie zijn 23 depressie protocollen geanalyseerd. Met betrekking tot het element probleem oplossen is gekeken naar: de aan- of afwezigheid, de onderdelen, de ontvanger van de therapie, de modaliteit, de aanbiedingsvorm, de dosering en de plaats binnen de interventie waarin probleem oplossen ingezet wordt. Aan de hand van een kwalitatieve analyse van de taxonomie en effectstudies is er gekeken naar verbanden tussen het gebruik van het element probleem oplossen en de effectiviteit van de protocollen. Daarnaast zijn vier professionals geïnterviewd over het gebruik van CGT bij depressieve adolescenten.

### **Resultaten**

Uit de resultaten blijkt dat probleem oplossen in meer dan de helft van de protocollen voorkomt, aan de hand van minimaal één en maximaal zeven inhoudelijke onderdelen wordt behandeld, grotendeels aan het kind individueel en in een groep wordt aangeboden, door middel van minimaal twee en maximaal zes modaliteiten wordt gegeven, het meest face-to-face gegeven wordt, minimaal 6% en maximaal 60% van de tijd aan het element besteed wordt en dat dit het meest in het midden en aan het eind van de behandeling gebeurt. Uit de resultaten komen aanwijzingen naar voren dat er een verband zou kunnen zijn tussen effectiviteit en het aantal onderdelen dat gebruikt wordt, de modaliteiten die ingezet worden en de dosering van tijd.

### **Discussie**

Omdat deze verbanden indirect zijn wordt op grond van huidig onderzoek aanbevolen om een vervolgonderzoek te doen naar het belang van probleem oplossen in CGT gericht op het verminderen en voorkomen van depressie bij adolescenten in de praktijk.

*Trefwoorden:* depressie, adolescenten, cognitieve gedragstherapie, probleem oplossen.

## Inleiding

In Nederland alleen al hebben naar schatting 800.000 mensen te maken met een depressie. Het is dan ook niet gek dat depressie een belangrijk probleem vormt voor de volksgezondheid (Stichting Trimbos-instituut, 2018). Hoe en wanneer deze stemmingsstoornis ontstaat en hoelang deze aanhoudt verschilt per persoon, echter zijn er een aantal kenmerkende symptomen van een depressie die wel overeenkomstig zijn. Zo wordt het algemene kenmerk van een depressie in de DSM-V beschreven als de aanwezigheid van een droevige, lege of prikkelbare stemming die vergezeld wordt door somatische en cognitieve veranderingen waardoor het vermogen om te functioneren van een persoon merkbaar beïnvloed wordt (American Psychiatric Association, 2013). Dit kan zich uiten in suïcidale gedachtes, verslechterd concentratievermogen, verstoord slaappatroon, veranderde motoriek, veranderde denkwijzen, onterechte of excessieve schuldgevoelens, het verliezen van zelfvertrouwen en een verandering in de eetlust (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). Alles bij elkaar kan gesteld worden dat het krijgen van een depressie ingrijpend is voor het leven van een persoon en zijn of haar omgeving.

Een depressie komt voor in alle leeftijdsgroepen, zo ook tijdens de adolescentie. In deze periode is een depressieve stoornis één van de meest voorkomende psychiatrische problemen (Kessler, Avenevoli, & Ries Merikangas, 2001; Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein, & Gotlib, 2000). Zo ervaart 14 tot 25% van de adolescenten voor de volwassenheid een ernstige depressieve episode en keert deze bij het grootste deel binnen vijf jaar terug (Dunn & Goodyer, 2006; Maughan, Collishaw, & Stringaris, 2013; Ryan, 2005). Als gevolg van deze depressie hebben de betreffende adolescenten een verhoogd risico op het krijgen van fysieke, sociale, juridische en leer problemen. Daarnaast is de kans op zelfdoding en middelengebruik onder adolescenten met een depressie groter (Ryan, 2005; Thapar et al., 2012). De stijging van het aantal jongeren met een depressie tijdens de adolescentie wordt mogelijk verklaard door het toenemen van stress (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001), zelfbewustzijn en sociaal begrip bij adolescenten (Blakemore, 2008).

Terwijl de stresslevels toenemen, is de capaciteit om emoties te reguleren bij adolescenten nog in ontwikkeling. Dit zorgt ervoor dat de adolescenten steeds meer worden uitgedaagd na te denken over hun handelingen en de gevolgen daarvan (Seiffge-Krenke, 2004). Het proces waarin geprobeerd wordt zowel cognitief als gedragsmatig interne en externe vormen van psychologische stress te beheren wordt ook wel gedefinieerd als coping (Lazarus, 1993). Coping kan dienen als beschermende factor tegen de potentiële schadelijke gevolgen van stress zoals een depressie (Compas, Orosan, & Grant, 1993; Herres, 2015; Thompson et

al., 2010). Uit onderzoek van Thompson et al (2010) is gebleken dat mensen met een maladaptieve manier van coping, meer depressieve klachten rapporteren dan mensen met een adaptieve manier van coping. Daarnaast blijkt dat het aanleren van een adaptieve coping bij mensen met een depressie zorgt voor een vermindering van de depressieve klachten (Jaspers, Van Asma En, & Van Den Bosch, 1989).

Er zijn verschillende manieren waarop adolescenten coping kunnen inzetten om met hun stress om te gaan, probleem oplossen is hier een voorbeeld van. Probleem oplossen bestaat uit een cognitief proces waarmee een persoon probeert effectieve of adaptieve oplossingen te vinden voor stressvolle problemen die men tegenkomt in het dagelijks leven. Bij deze manier van coping worden alle inspanningen gericht op het veranderen en oplossen van de probleemsituatie of de reactie op dergelijke situaties (Hampel & Petermann, 2005; Nezu, 2004). De manier waarop adolescenten coping inzetten om met stress om te gaan hangt samen met het ontwikkelen van internaliserende problemen. Zo blijkt probleem oplossen geassocieerd te worden met een betere psychologische adaptatie aan stress (Compas et al., 2001; Connor-Smith & Compas, 2002; Hampel & Petermann, 2005) terwijl een coping waarbij probleem oplossen niet toegepast wordt juist gerelateerd wordt aan symptomen van angst en depressie (Compas et al., 2001; Hampel & Petermann, 2005; Jaser et al., 2005).

Het aanleren van probleem oplossen kan worden gedaan in Cognitieve Gedragstherapie [CGT]. Deze vorm van behandelen is effectief gebleken bij adolescenten met een depressie (Birmaher & Brent, 2007; Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008; Thapar et al., 2012; Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). In vergelijking met andere vormen van therapie blijkt CGT middelmatige tot grote effecten te hebben op het verminderen van depressieve symptomen bij adolescenten (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). CGT bestaat uit verschillende elementen zoals probleem oplossen, psycho-educatie, cognitieve herstructurering, gedragsactivatie, verbeteren van sociale vaardigheden en ontspanningsoefeningen (McCarthy, Weisz, & Hamilton, 2007; Stikkelbroek & Prinzie, 2008). Deze elementen worden door Chorpita & Daleiden (2009) ook wel “practice elements” genoemd; een techniek of strategie horende bij een overkoepelende interventie. Welk van deze elementen er binnen CGT worden ingezet verschilt per protocol en persoon.

Probleem Oplossen binnen CGT helpt bij het vormen van een effectieve coping stijl om zo het vertrouwen van de persoon in zijn of haar probleemoplossend vermogen te herstellen (Nezu, 2004). Het element probleem oplossen wordt gezien als één van de basis elementen van CGT (Nauta, Braet, & Scholing, 2011).

Probleem oplossen blijkt uit onderzoek van Kennard et al. (2013) een van de elementen te zijn die significant bijdragen aan positieve behandelresultaten van CGT bij adolescenten met een depressie. Dit is onderzocht bij 334 jeugdigen met een depressieve stoornis door hen verschillende CGT behandelingen aan te bieden. Deze behandelingen zijn gebaseerd op verschillende elementen uit CGT protocollen voor adolescenten met een depressie, waaronder probleem oplossen. De participanten waarbij het element probleem oplossen onderdeel van de behandeling is geweest, hebben betere resultaten gerapporteerd. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat in het onderzoek van Kennard et al. (2013), de participanten zowel CGT als medicamenteuze behandeling gekregen hebben. De resultaten moeten hierdoor met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Probleem oplossen bestaat uit meerdere onderdelen. Allereerst leren adolescenten hun problemen te omschrijven en verwoorden. Vervolgens wordt er gekeken naar mogelijke oplossingen voor het probleem. In dit onderdeel leert de adolescent oplossingen te bedenken en hiervan de voor en nadelen in kaart te brengen. Op basis hiervan kan de adolescent een keuze gaan maken voor een geschikte oplossing. Wanneer deze oplossing wordt toegepast is de volgende stap om deze te evalueren, hierbij wordt stil gestaan bij het verloop van het proces en of dit nog naar wens gaat. Daarnaast wordt er gekeken naar wat wel en niet werkt voor de adolescent en wat voor gevoel de gekozen oplossing oproept (Foolen & Ince, 2013; McCarthy & Weisz, 2009; Nauta, Braet, & Scholing, 2011; Nezu, 2004; Stikkelbroek & Prinzie, 2008).

De onderdelen van het element probleem oplossen kunnen op verschillende manieren doorlopen worden, de zogenaamde modaliteit. Zo kan er gewerkt worden met spelletjes waarin een probleemoplossende blik nodig is, zoals Mikado, om het onderwerp te introduceren. Vervolgens kunnen er fictieve probleemsituaties besproken worden aan de hand van een rollenspel totdat de adolescent ze weet toe te passen in eigen probleemsituaties (Nauta, Braet, & Scholing, 2011). Een andere wijze waarop probleem oplossen binnen CGT behandeld kan worden is aan de hand van een werkboek waarin de stappen van probleem oplossen met behulp van illustraties worden uitgelegd (Nauta, Braet, & Scholing, 2011; Stallard, 2006). Andere modaliteiten die kunnen worden gebruikt voor het element probleem oplossen zijn. uitleg geven, oefenen, discussie, modellering (voordoen van gewenst gedrag), instructie geven en motiveren. Het daadwerkelijk oefenen van lastige situaties tijdens de behandeling en in de vorm van huiswerk lijkt het meest effectief te zijn (Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde 2009; Kennard, 1997). Concluderend zijn er verschillende modaliteiten te gebruiken voor het toepassen van de onderdelen horende bij het element probleem oplossen.

De onderdelen van probleem oplossen kunnen worden doorlopen tijdens face-to-face contact met een therapeut en de individuele adolescent. Echter zijn er ook andere aanbiedingsvormen van CGT. Zo kan CGT gevolgd worden in groepsvorm.

Deze groepen kunnen zowel gericht zijn aan de adolescenten als hun ouders of verzorgers. Onderzoek wijst uit dat zowel individuele- als groeps- CGT even effectief blijken te zijn bij het verminderen van depressieve symptomen (Brown et al., 2011; Lockwood, Page, & Conroy-Hiller, 2004; Rosselló, Bernal, & Rivera-Medina, 2008). Naast individuele- en groeps- CGT zijn er ook programma's op de computer of via internet te volgen. Uit onderzoek met volwassen participanten blijkt, mits er bij computer of internet CGT gebruik wordt gemaakt van begeleiding tijdens het proces (Spek et al., 2007), het net zo effectief te zijn als individuele CGT (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014). Daarnaast blijkt dat computer of internet CGT zowel bij kinderen als adolescenten zorgt voor een afname van depressieve klachten (Richardson, Stallard, & Velleman, 2010). Naast de aanbiedingsvormen face-to-face en online kan CGT ook blended (combinatie van meerdere aanbiedingsvormen), via een game (een online spel), imaginair (in gedachte oefenen/beleven), met behulp van virtual reality (situaties oefenen aan de hand van computersimulaties), telefonisch, met behulp van video's of door middel van een boek aangeboden worden. Concluderend zijn er verschillende aanbiedingsvormen van CGT, kunnen deze gericht zijn op zowel het kind individueel en een groep en heeft dit veelal geen invloed op de effectiviteit ervan.

Daarnaast lijkt de effectiviteit van CGT met probleem oplossen samen te hangen met de duur ervan. Uit onderzoek blijkt dat het volgen van meer CGT sessies (minimaal vier) samenhangt met een significant positievere uitkomst van de therapie dan het volgen van een kortdurende CGT behandeling (Stice & Shaw, 2004). Probleem oplossen wordt vaak aan het eind van CGT behandeld. Uit de analyse van het onderzoek van Kennard et al. (2013) is gebleken dat van de negen sessies de laatste drie aan probleem oplossen worden besteed, een derde van de volledige CGT behandeling. Hoe langer de duur van CGT, hoe groter de kans dat probleem oplossen behandeld wordt. Omdat probleem oplossen gezien kan worden als één van de elementen die bijdragen aan de effectiviteit van CGT speelt de hoeveelheid sessies wellicht een rol (Kennard et al., 2013). Concluderend zijn er aanwijzingen gevonden dat een langer durende CGT behandeling effectiever is dan een kortdurende CGT behandeling en dat probleem oplossen veelal aan het einde van de behandeling wordt ingezet.

Wereldwijd zijn er onderzoeken geweest die de effectiviteit van CGT bij adolescenten met een depressie hebben aangetoond. Onderzoek naar de werkzame elementen binnen deze succesvolle behandeling is echter schaars.



Ondanks enkele onderzoeken, waaruit blijkt dat het element probleem oplossen een positieve bijdrage levert, blijft er relatief weinig informatie beschikbaar over de werkzaamheid van de afzonderlijke elementen binnen CGT. Voor het genereren van een effectieve en efficiëntere vorm van CGT bij adolescenten met een depressie is het van belang meer te weten te komen over de doeltreffendheid van de afzonderlijke elementen.

Dit onderzoek maakt deel uit van een overkoepelend onderzoek van het Trimbos-instituut naar werkzame elementen en de volgorde hiervan in CGT bij adolescenten met een depressie. Er zijn meerdere CGT protocollen beschikbaar om jongeren te behandelen. In huidig onderzoek zullen er aan de hand van een vooropgestelde taxonomie, beschikbaar gestelde protocollen worden geanalyseerd. Dit onderzoek gaat na in hoeverre het element probleem oplossen aanwezig en van belang is binnen deze bestaande protocollen. Op basis van de bestaande literatuur zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. a. In de meerderheid van de protocollen wordt er gebruik gemaakt van het element probleem oplossen.  
b. Protocollen waarin probleem oplossen is opgenomen zijn effectiever dan protocollen waarin het element niet is opgenomen.
2. a. Verwacht wordt dat protocollen waarin probleem oplossen opgenomen is minimaal gebruik maken van 3 onderdelen horende bij het element.  
b. Protocollen waarin meer onderdelen van probleem oplossen zijn opgenomen zijn effectiever.
3. a. Verwacht wordt dat het merendeel van de protocollen gericht zijn op de adolescent.  
b. Verwacht wordt dat de protocollen die gericht zijn op adolescenten effectiever zijn dan protocollen die niet gericht zijn op adolescenten.
4. a. Verwacht wordt dat het merendeel van de protocollen gebruik maken van de modaliteit probleemsituaties oefenen.  
b. Verwacht wordt dat protocollen die gebruik maken van de modaliteit probleemsituaties oefenen effectiever zijn dan protocollen die geen gebruik maken van deze modaliteit.
5. a. Verwacht wordt dat de meeste protocollen face-to-face aangeboden worden.  
b. Verwacht wordt dat er geen verschil is in effectiviteit tussen de verschillende aanbiedingsvormen.
6. a. Verwacht wordt dat één vierde (25%) van de behandel tijd van de protocollen waarin probleem oplossen opgenomen is besteed wordt aan het element probleem oplossen.

- b. Verwacht wordt dat protocollen waarbij meer dan één vierde van de behandelingsduur besteed wordt aan probleem oplossen effectiever zijn.
7.
  - a. Verwacht wordt dat probleem oplossen veelal aan het einde van een protocol ingezet wordt.
  - b. Verwacht wordt dat protocollen waarin probleem oplossen aan het einde van de behandeling wordt ingezet effectiever zijn.

## **Methode**

### **Steekproef**

Voor het onderzoek zullen CGT protocollen gericht op depressie bij adolescenten worden geraadpleegd. Deze protocollen zijn beschrijvingen van preventieve en curatieve interventies gericht op depressie die in de NJI database staan en door de auteurs beschikbaar zijn gesteld ( $n=23$ ). Naast het onderzoeken van protocollen zullen er vier professionals bevestigd worden in de vorm van een semigestructureerd interview. De professionals hebben allen de basis CGT opleiding afgerond en minimaal twee jaar ervaring met CGT.

### **Meetinstrumenten**

#### **Taxonomie**

De protocollen zullen worden onderzocht aan de hand van een vooraf ontworpen taxonomie (Bodden et al., 2017) (zie bijlage 1). Deze taxonomie is verdeeld in zeven categorieën; eerst is onderzocht of een protocol gebruik maakt van het element probleem oplossen alvorens de gehele taxonomie ingevuld kon worden. Vervolgens werd er gekeken welke onderdelen van probleem oplossen per protocol ingezet worden. De onderdelen horende bij het element probleem oplossen worden in deze taxonomie omschreven als rationale, doelen stellen, alternatieve oplossingen, voor en nadelen, oplossing kiezen, toepassen, evaluatie en coping strategieën. In de derde categorie is onderzocht aan wie het protocol gericht is, bijvoorbeeld ouder, kind of groep. Vervolgens werd per aanwezig onderdeel van probleem oplossen gekeken naar de modaliteit, de wijze waarop er aan het onderdeel gewerkt wordt, en de aanbestedingsvorm waarop het protocol aangeboden wordt bijvoorbeeld face- to- face of online. In de zesde categorie werd er gekeken naar de hoeveelheid sessies die er aan het element besteed worden en tot slot op welke plaats binnen de behandeling (begin, midden, eind) dit gebeurt.

#### **Interview**

Naast de taxonomie is er ook gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview (zie bijlage 2) gericht op het element probleem oplossen.

Vragen zijn gericht op dezelfde aspecten als in de taxonomie. Er is tevens gevraagd naar de ervaring van de professionals met het geven van CGT bij adolescenten met een depressie en welke protocollen zij hiervan kennen. Vervolgens is gevraagd welke elementen van CGT zij het meeste inzetten en welke zij het meest effectief vinden. Wanneer uit het antwoord is gebleken dat probleem oplossen gebruikt wordt door de professional is gevraagd welke onderdelen van het element probleem oplossen zij inzetten tijdens de behandeling, wie de ontvangers van de CGT zijn en welke modaliteit zij gebruiken.

Daarnaast is gevraagd hoeveel sessies zij aan probleem oplossen besteden en bij welke sessie zij beginnen met het aanbieden van probleem oplossen. Het interview is face-to-face afgenomen en heeft een duur gehad van 30 minuten.

### **Procedure**

Dit onderzoek maakt deel uit van een overkoepelend onderzoek van het Trimbos-instituut naar werkzame elementen en de volgorde hiervan in CGT bij adolescenten met een depressie. Adolescenten namen deel aan een programma voor depressiepreventie waarbij vier elementen van CGT aangeboden werden in vier verschillende volgordes. Huidig onderzoek dient als verkenning voor het overkoepelende onderzoek.

In huidig onderzoek zijn 23 protocollen onderzocht aan de hand van een vooropgestelde taxonomie. De uitkomsten van deze taxonomie geven antwoord op de geformuleerde onderzoeksvragen. Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen over de effectiviteit van het element probleem oplossen is er gezocht naar effectstudies van protocollen. Aan de hand hiervan is er voorzichtig gekeken naar de relatie tussen het gebruik van het element probleem oplossen en de effectiviteit van de protocollen.

### **Analyse**

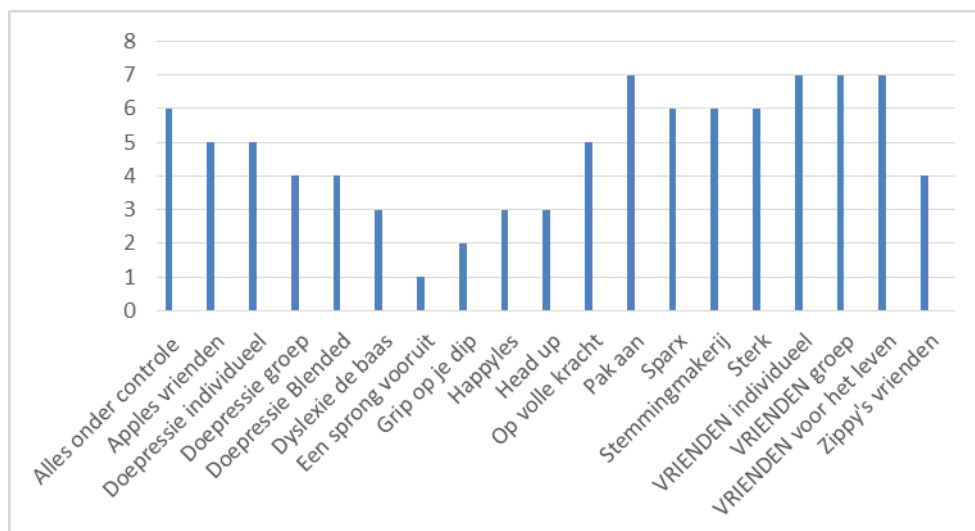
Om de effectiviteit van de protocollen te onderzoeken is er gezocht naar effectstudies. De mate van effectiviteit wordt bepaald door de kenmerken van het onderzoek en de effectgrootte (Cohen's  $d$ , Hedges  $g$  en  $\text{Eta}^2$ ). Kenmerken van onderzoeken die zorgen voor bewijskracht zijn: het gebruik van een controlegroep in de praktijk en het gebruik van een follow up studie. De protocollen zullen op volgorde van effectiviteit gezet worden en naast de taxonomie worden gehouden om verbanden te ontdekken. Echter deze verbanden zijn indirect en niet statistisch getoetst.

## Resultaten

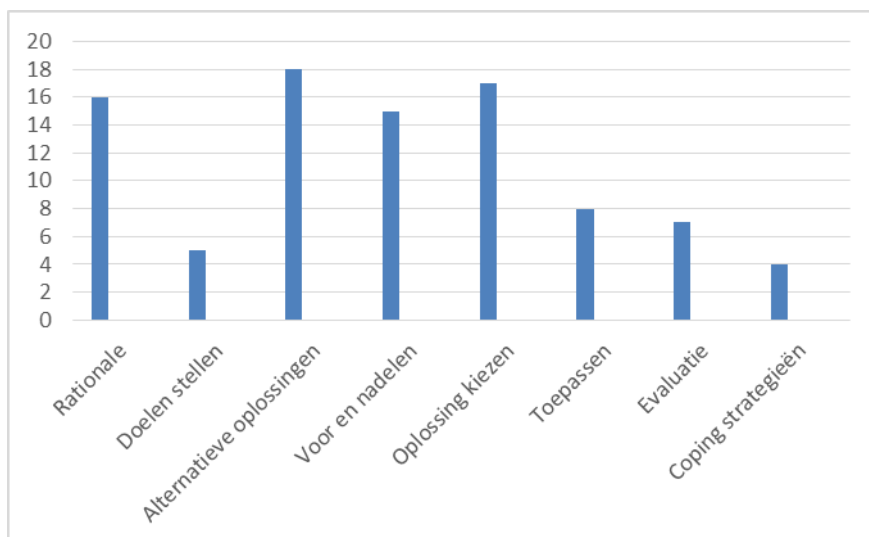
**Element probleem oplossen.** In de protocollen is allereerst gekeken of het element probleem oplossen gebruikt werd. In 19 van de 23 protocollen (82,6%) wordt aandacht besteed aan het element probleem oplossen. Deze 19 protocollen zijn *Alles onder controle*, *Apple's vrienden*, *Doepressie individueel*, *blended en groep*, *Dyslexie de baas*, *Een sprong vooruit*, *Grip op je dip*, *Happyles*, *Head up*, *Op volle kracht*, *Pak aan*, *Sparx*, *Stemmingmakerij*, *Sterk*, *VRIENDEN individueel en groep*, *VRIENDEN voor het leven* en *Zippy's vrienden*. Dit betekent dat, met 82,6%, het merendeel van de protocollen het element probleem oplossen inzetten. In vier protocollen komt probleem oplossen niet aan bod. Dit zijn *Praten online*, *Move2learn*, *KOPP* en *Fijn:VRIENDEN*. Deze vier protocollen worden in de verdere resultatenbeschrijvingen niet meegenomen

**Onderdelen van probleem oplossen.** Het element probleem oplossen bestaat uit 8 onderdelen namelijk rationale, doelen stellen, alternatieve oplossingen, voor en nadelen, oplossing kiezen, toepassen, evaluatie en coping strategieën. Het aantal onderdelen dat gebruikt wordt om het element probleem oplossen uit te voeren, varieert per protocol. Zo gebruiken *Pak aan*, *VRIENDEN individueel en groep* en *VRIENDEN voor het leven* met 7 onderdelen het meeste aantal onderdelen van probleem oplossen. *Een sprong vooruit* gebruikt met één onderdeel, namelijk coping strategieën, de minste onderdelen van probleem oplossen. Het merendeel van de protocollen, 14 van de 19 protocollen (73,7%), gebruikt meer dan 3 onderdelen van probleem oplossen. Voor een overzicht zie Figuur 1.

Van alle onderdelen wordt 'coping strategieën' het minst gebruikt, namelijk bij 4 van de 19 protocollen (21,1%). Het onderdeel 'alternatieve oplossingen' wordt het meest gebruikt, namelijk in 18 van de 19 protocollen (94,7%). Er zijn geen protocollen waarin alle 8 de onderdelen worden toegepast. Voor een overzicht zie Figuur 2.

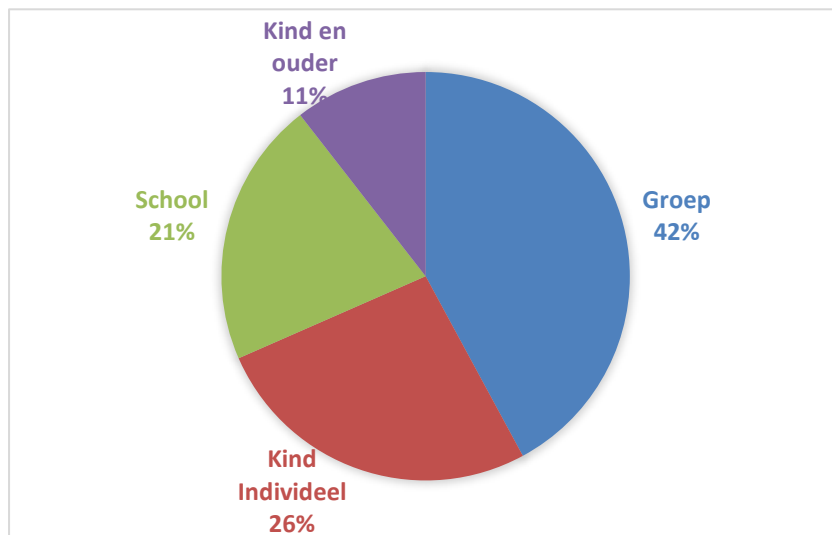


Figuur 1. Aantal onderdelen per protocol



Figuur 2. Aantal protocollen per onderdeel

**Ontvanger van probleem oplossen.** Tevens is er gekeken aan wie de protocollen gericht zijn. Het merendeel van de protocollen waarin probleem oplossen is opgenomen wordt gegeven in groepsvorm, namelijk 8 van de 19 protocollen (42,1%). De minste protocollen zijn gericht aan zowel de ouders als de kinderen, namelijk 2 van de 19 protocollen (10,5%). Daarnaast zijn 5 van de 19 protocollen (26,3%) gericht aan het kind individueel en 4 van de 19 protocollen (21,1%) worden klassikaal behandeld op school. Voor een overzicht zie Figuur 3.

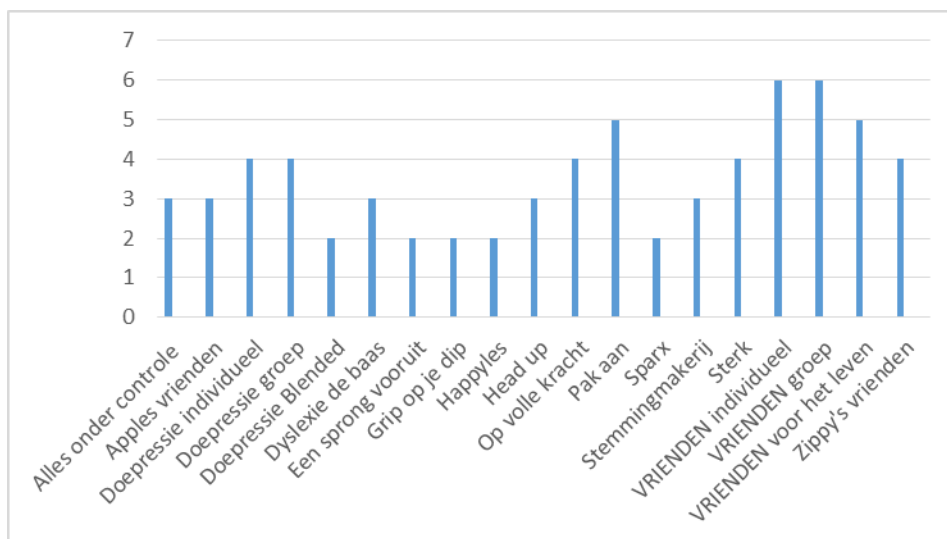


Figuur 3. Procentuele verdeling van ontvangers

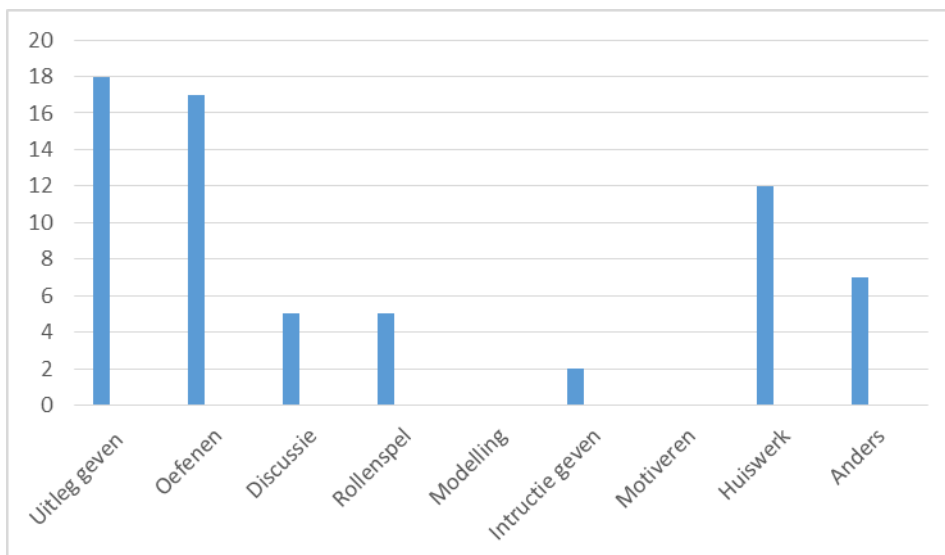
**Modaliteit.** Er zijn verschillende manieren waarop het element probleem oplossen gegeven kan worden namelijk uitleg geven, oefenen, discussie, rollenspel, modellering, instructie geven, motiveren, huiswerk of een andere wijze. Het grootste aantal modaliteiten dat gebruikt wordt in een protocol is 6, zowel in *VRIENDEN groep* als *individueel*. Het minste aantal modaliteiten gebruikt in een protocol is 2, namelijk in *Doepressie blended*, *Een sprong vooruit*, *Grip op je dip*, *Happyles* en *Sparx*.

De meerderheid van de protocollen, 15 van de 19 protocollen (68,9%), gebruikt 2, 3 of 4 modaliteiten. Voor een overzicht van het aantal modaliteiten per protocol zie Figuur 4.

De modaliteit ‘uitleg geven’ wordt het meest gebruikt, namelijk bij 18 van de 19 protocollen (94,7%). Zowel ‘motiveren’ als ‘modelling’ worden in geen van de protocollen als modaliteit toegepast. In 7 van de 19 (36,8%) protocollen wordt een modaliteit toegepast dat niet opgenomen is in de taxonomie. Vier van deze 7 protocollen (57,1%) maken gebruik van een spelvorm. Hierbij valt te denken aan Mikado of een spel waarin op creatieve wijze zonder aanraken een ballon naar de overkant moet worden gebracht. Eén protocol (14,3%) maakt gebruik van vertelplaten, een ander (14,3%) maakt gebruik van een getekende ladder waarbij elke trede symbool staat voor een stap richting probleem oplossen. Tot slot maakt 1 van de 7 protocollen (14,3%) gebruik van een computerspel. Voor een overzicht van het aantal protocollen per modaliteit, zie Figuur 5.

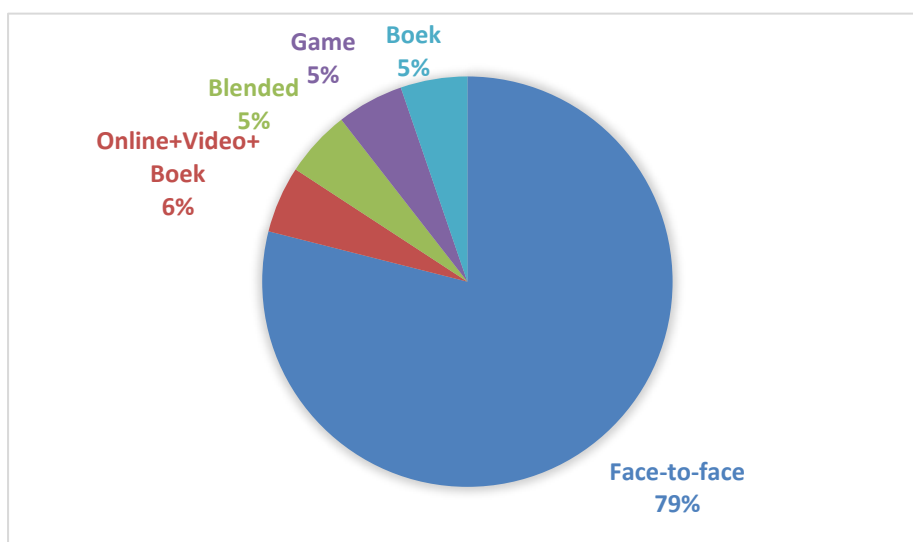


*Figuur 4.* Aantal modaliteiten per protocol



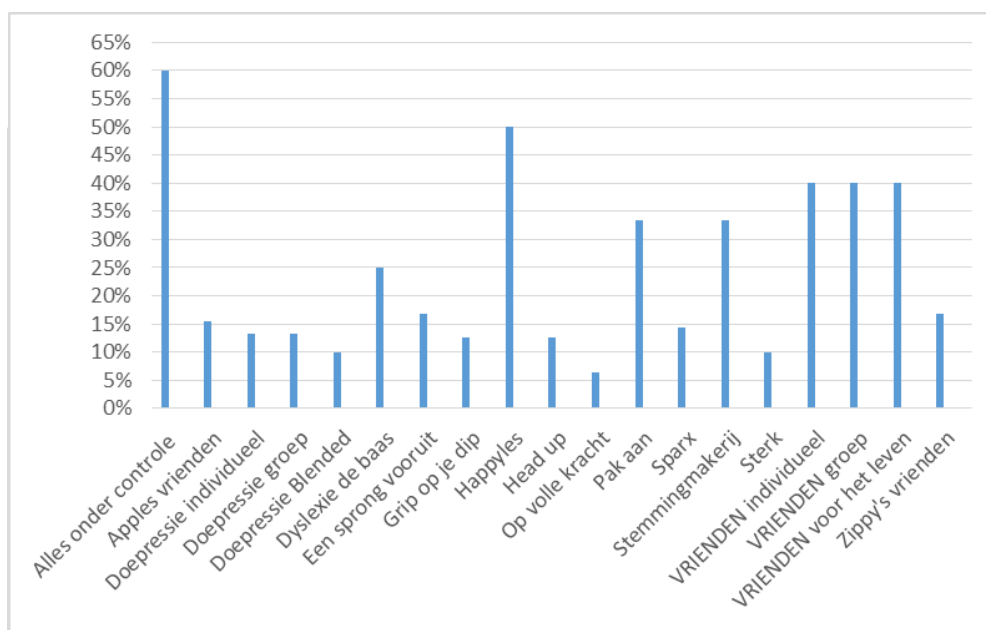
Figuur 5. Aantal protocollen per modaliteit

**Aanbiedingsvorm.** De manier waarop het element probleem oplossen wordt aangeboden is ook onderzocht. De meerderheid van de protocollen waarin probleem oplossen is opgenomen gebruikt de aanbiedingsvorm ‘face-to-face’, namelijk 15 van de 19 protocollen (79%). De overgebleven 3 protocollen maken gebruik van de aanbiedingsvorm ‘boek’, ‘game’ of ‘blended’. Het meeste aantal aanbiedingsvormen dat gebruikt worden binnen één protocol is 3. *Happyles* maakt gebruik van ‘online’, ‘face-to-face’ en ‘video’. Zie Figuur 6 voor een overzicht van de aanbiedingsvormen.



Figuur 6. Percentueel overzicht aanbiedingsvormen

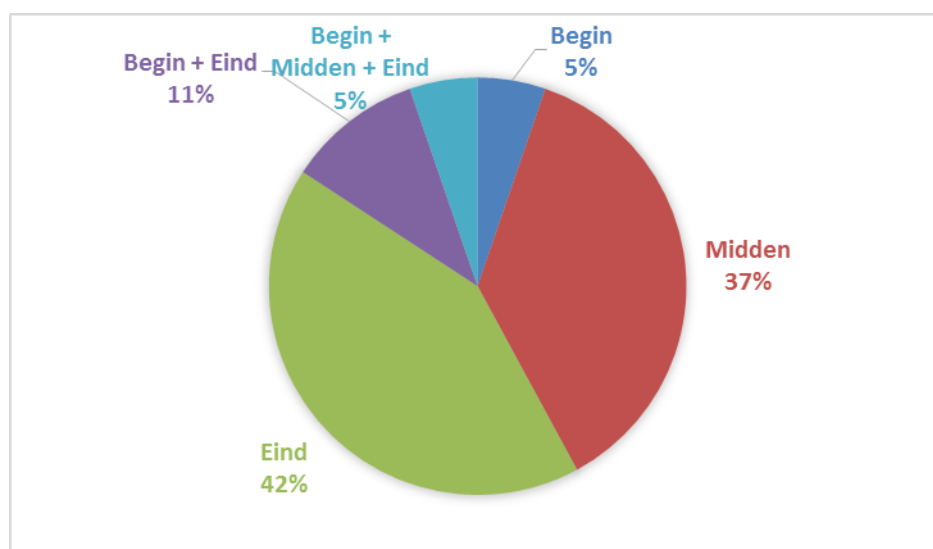
**Dosering/Frequentie.** De tijd die gespendeerd wordt aan het element probleem oplossen is tevens onderzocht. Het protocol dat de meeste tijd aan het element probleem oplossen besteedt is *Alles onder controle* met 3 van de 5 sessies (60%). Het protocol dat de minste tijd besteedt aan het element probleem oplossen is *Op volle kracht* met 1 van de 16 sessies (6,3%). Zie Figuur 7 voor een procentueel overzicht van het aantal sessies besteedt aan het element probleem oplossen per protocol.



Figuur 7. Procentueel overzicht van het aantal sessies besteed aan probleem oplossen per protocol

**Plaats probleem oplossen binnen de protocollen.** De plaats waarop probleem oplossen geïntroduceerd wordt binnen een protocol is ook onderzocht. In de meeste protocollen wordt probleem oplossen aan het eind van de behandeling ingezet, namelijk 8 van de 19 protocollen (42%). Probleem oplossen wordt het minst ingezet aan het begin van de behandeling, namelijk bij 1 van de 19 protocollen (5%). Bij 3 van de 19 protocollen lagen de sessies gewijd aan probleem oplossen uit elkaar. VRIENDEN 12-16 groep en individueel behandelen probleem oplossen zowel aan het begin als aan het einde van het protocol. VRIENDEN voor het leven behandelt probleem oplossen gedurende het gehele protocol, dat wil zeggen aan het begin, midden en einde. Voor een procentueel overzicht zie figuur 8.





Figuur 8. Procentuele verdeling van de plaats van probleem oplossen binnen de protocollen

### Effectiviteit

Om de effectiviteit van de protocollen te meten zijn er effectstudies onderzocht. Deze effectstudies zijn beoordeeld op effectgrootte (Cohen's  $d$ , Hedges  $g$  en  $\text{Eta}^2$ ) en kwaliteit van het effect onderzoek. Hiervoor is er gekeken naar het gebruik van een controle groep en het gebruik van een follow up studie. In totaal zijn 16 protocollen onderzocht op de mate van effectiviteit in een onderzoek waarin de protocollaire behandeling is vergeleken met een controlegroep (wachlijst, behandeling zoals altijd of een andere geprotocolleerde behandeling). Van de overige 7 protocollen lieten 5 protocollen wel een afname zien van depressieve klachten maar werd de interventie niet vergeleken met een controlegroep. Twee protocollen zijn nog niet onderzocht, namelijk *Sterk* en *Doepressie blended*.

Zoals te zien in Tabel 1 sectie A, variëren de effectgrootten van verwaarloosbaar (voor *Praten online*) tot zeer groot (voor *Pak aan*) wanneer de specifieke interventie werd vergeleken met een controlegroep. In sectie B worden de protocollen weergegeven die wel een afname van depressieve klachten lieten zien maar niet verschilden qua effectiviteit ten opzichte van de controlegroep en één protocol die geen afname van depressieve klachten liet zien. Sectie C geeft de protocollen weer die wel effectief gebleken zijn maar niet vergeleken zijn met een controlegroep. Tot slot geeft sectie D de protocollen weer waar nog geen effectstudies van bekend zijn. De vier protocollen waarin probleem oplossen niet aan bod komt (*Praten online*, *Move2learn*, *KOPP* en *Fijn: VRIENDEN*) worden in de verdere beschrijving van de effectiviteit niet meegenomen.

Tabel 1.

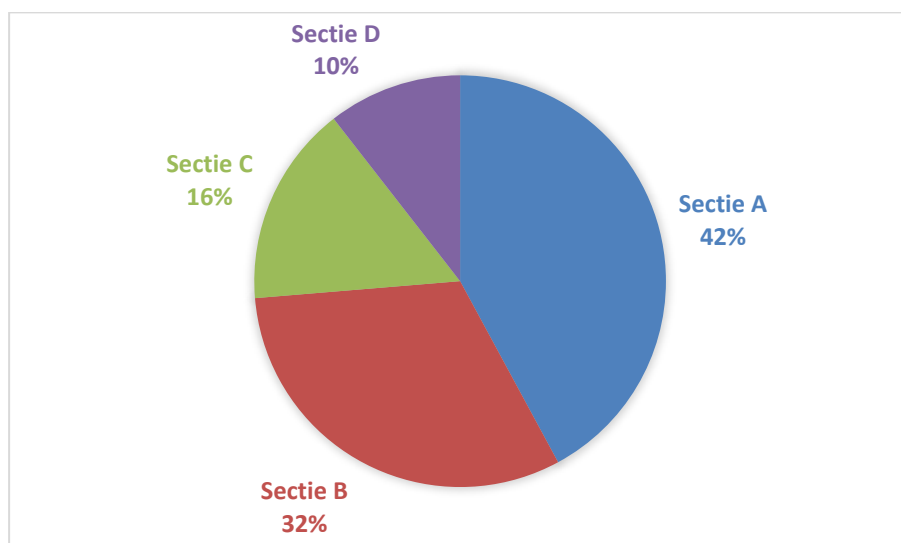
Protocol	Steekproef Totaal	Effectiviteit
<i>A. Effectiever dan Controlegroep</i>		
1. Pak aan	<i>n</i> = 15	Na 4 maanden <i>d</i> = .71 - .97 (middelgroot – groot), na 12 maanden <i>d</i> = 1.49 – 1.62 (zeer groot)
2. VRIENDEN voor het leven	14 studies	<i>d</i> = .24 - .84 (klein – groot)
3. Praten Online*	<i>n</i> = 263	Na 9 weken <i>d</i> = .18 (verwaarloosbaar), na 12 weken <i>d</i> = .79 (middelgroot)
4. VRIENDEN 12-16 groep	5 studies	<i>g</i> = .20 - .69 (klein – middelgroot)
5. VRIENDEN 12-16 individueel	<i>n</i> = 182	<i>d</i> = .23 - .65 (klein – middelgroot)
6. Alles onder controle	<i>n</i> = 213	<i>d</i> = .65 (middelgroot)
7. Doepressie groep	28 studies	<i>d</i> = .28 (klein)
8. Apple's vrienden	<i>n</i> = 1177	Eta <sup>2</sup> = .010 (klein)
9. Zippy's vrienden	<i>n</i> = 1177	Significant beter dan controlegroep
<i>b. Wel effect, maar niet effectiever dan controlegroep of geen effect</i>		
10. Doepressie individueel	<i>n</i> = 88	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep
11. Head up	<i>n</i> = 170	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep
12. Een sprong vooruit	<i>n</i> = 160	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep
13. Sparx	<i>n</i> = 57	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep
14. Fijn: VRIENDEN*	<i>n</i> = 263	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep
15. Stemmingmakerij	<i>n</i> = 899	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep
16. Op volle kracht	<i>n</i> = 182	Geen effect gemeten van behandelgroep en controlegroep
<i>c. Wel effect, maar geen controlegroep</i>		
10. Dyslexie de baas	<i>n</i> = 16	Eta <sup>2</sup> = .47 (sterk)
11. Move2learn*	<i>n</i> = 43	<i>d</i> = .53 (middelgroot)
12. KOPP*	<i>n</i> = 121	Postinterventie <i>d</i> = .20 (klein), na 18 maanden <i>d</i> = .42 (klein)
13. Happyles	<i>n</i> = 373	Significante afname in depressie klachten
14. Grip op je dip groep	<i>n</i> = 40	Significante afname in depressie klachten
<i>d. Effectiviteit nog niet gemeten</i>		
22. Sterk	<i>n</i> = 204	Onderzoeksoepzet aanwezig, nog niet uitgevoerd
23. Doepressie Blended	<i>n</i> = 32	Geen effectstudie beschikbaar

Noot. Protocollen met een \* maken geen gebruik van het element probleem oplossen.

**Element probleem oplossen en effectiviteit.** Zoals zichtbaar in Tabel 1, sectie A, zijn 8 van de 19 protocollen (42,1%) die gebruik maken van probleem oplossen effectief gebleken ten opzichte van een controle groep. Het protocol met de hoogste effectgrootte dat probleem oplossen toepast is *Pak aan* ( $n=15$ ,  $d=.71-1.62$ ). De protocollen met de laagste effectgrootte zijn *Apple's en Zippy's vrienden* ( $n=1177$ ,  $Eta^2=.010$ )

In sectie B staan 6 van de 19 protocollen (31,6%) die gebruik maken van probleem oplossen. Vijf van de 6 protocollen zorgen voor een afname van depressieve klachten maar zijn niet significant beter bevonden dan de controlegroep. Eén van de protocollen laat geen effect zien. Sectie C bevat 3 van de 19 (15,8%) protocollen die probleem oplossen inzetten, deze zijn wel effectief gebleken maar zonder gebruik van een controlegroep. De overige 2 van de 19 protocollen (10,5%) die probleem oplossen toepassen bevinden zich in sectie D, hier zijn nog geen effect studies naar gedaan. Zie voor een overzicht Figuur 9.

De meerderheid van de protocollen die probleem oplossen toepassen bevindt zich met 42,1% in sectie A. Dit zou kunnen betekenen dat het element probleem oplossen mogelijk bijdraagt aan de effectiviteit van de protocollen.

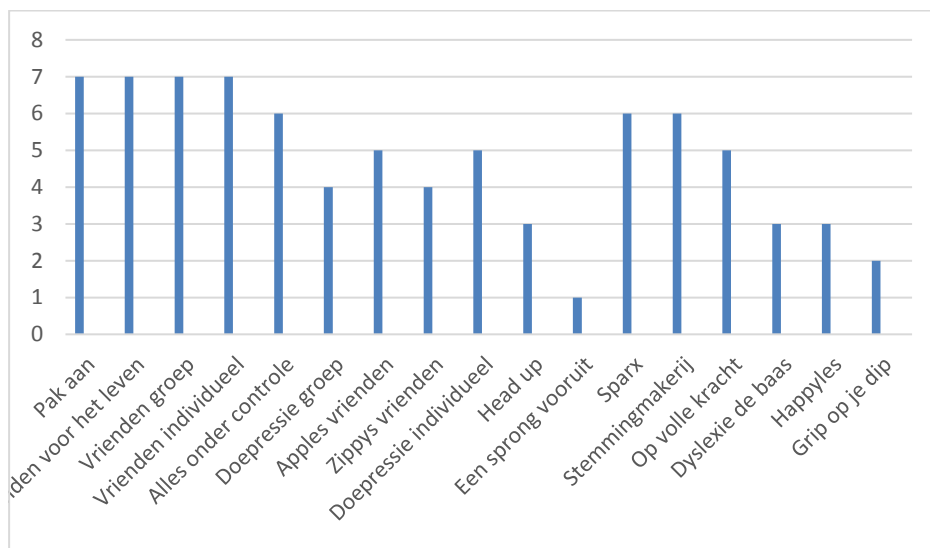


Figuur 9. Procentuele verdeling van het aantal protocollen per sectie

**Onderdelen van probleem oplossen en effectiviteit.** Probleem oplossen bestaat uit verschillende onderdelen. Zoals eerder gebleken is in de onderzochte protocollen het laagste aantal gebruikte onderdelen 1 en het hoogste aantal 7. Door middel van de effectstudies is er gekeken of er een verband is tussen het aantal gebruikte onderdelen en de effectiviteit.

*Pak aan*, *VRIENDEN groep en individueel* en *VRIENDEN voor het leven* blijken allemaal significant effectiever dan de controlegroep en maken allen gebruik van 7 onderdelen van het element probleem oplossen. *Alles onder controle*, waarin gebruik wordt gemaakt van 6 onderdelen, is tevens effectiever dan de controlegroep. Daarentegen gebruiken *SPARX* en *Stemmingmakerij* ook 6 onderdelen en zijn deze niet effectiever dan de controlegroep gebleken. Het protocol met de minst gebruikte onderdelen, *Een sprong vooruit*(1), is niet effectiever gebleken dan de controlegroep.

De meerderheid van de protocollen, namelijk 6 van de 8, die zich in sectie A van Tabel 1 bevinden gebruiken 5 of meer onderdelen van het element probleem oplossen. Dit zou kunnen betekenen dat het gebruik van meerdere onderdelen van het element probleem oplossen de effectiviteit van een protocol zou kunnen bevorderen. Voor een overzicht zie Figuur 10.



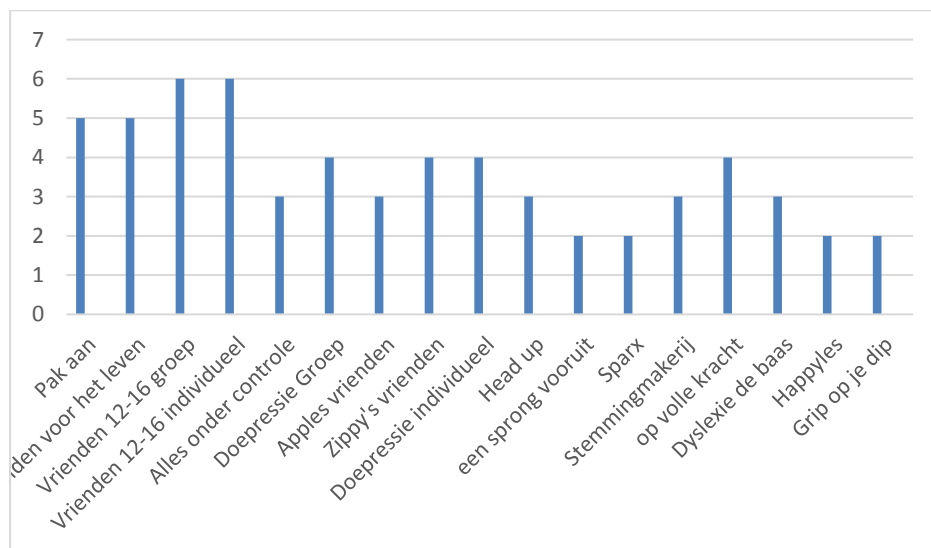
*Figuur 10.* Overzicht van het aantal onderdelen per protocol op volgorde (v.l.n.r.) van meest naar minst effectief

**Ontvanger van probleem oplossen en effectiviteit.** Aan de hand van de effectstudies is ook onderzocht of er een verband is tussen de effectiviteit en aan wie het protocol gericht is. Van de 8 protocollen die het element probleem oplossen bevatten en effectief gebleken zijn met gebruik van een controlegroep, zijn er 4 gericht op een groep (*Pak aan*, *VRIENDEN voor het leven*, *VRIENDEN groep* en *Doepressie groep*) 2 gericht op het kind individueel (*Alles onder controle* en *VRIENDEN individueel*) en 2 gericht op een schoolklas (*Apple's vrienden* en *Zippy's vrienden*). Van de 6 protocollen die niet effectiever dan de controlegroep gebleken zijn, zijn er 4 gericht op een groep (*Head up*, *Op volle kracht*, *Een sprong vooruit* en *Stemmingmakerij*) en 2 op het kind individueel (*Doepressie individueel* en *Sparx*).

Van de 3 protocollen die gebruik maken van probleem oplossen en effectief gebleken zijn zonder gebruik van een controlegroep, zijn er 2 gericht op een groep (*Dyslexie de baas* en *Grip op je dip*) en 1 gericht op een schoolklas (*Happyles*). Er lijkt op basis van deze gegevens geen verband te zijn tussen de ontvanger en de effectiviteit van een protocol.

**Modaliteit probleem oplossen en effectiviteit.** Met behulp van de effectstudies is onderzocht of er een verband is tussen modaliteiten van probleem oplossen en de effectiviteit van de protocollen. De 8 protocollen die probleem oplossen bevatten en effectief gebleken zijn in vergelijking met een controlegroep, gebruiken minimaal 3 en maximaal 6 modaliteiten. Opvallend is dat de vier protocollen met de hoogste effectgrootte (*Pak aan*, *VRIENDEN voor het leven*, *VRIENDEN groep* en *VRIENDEN individueel*) de meeste modaliteiten toepassen, namelijk minimaal 5. Dit zou kunnen betekenen dat het toepassen van meerder modaliteiten van probleem oplossen de effectiviteit van een protocol kan bevorderen. Zie voor een overzicht Figuur 11.

17 van de 19 protocollen maken gebruik van de modaliteit ‘oefenen’. *Alles onder controle* en *Grip op je dip* maken geen gebruik van ‘oefenen’, beide protocollen zijn, ongeacht het gebruik van een controlegroep, effectief gebleken. Dit betekent dat zowel effectief gebleken protocollen als niet effectief gebleken protocollen gebruik maken van de modaliteit ‘oefenen’. Op basis van deze gegevens lijkt er geen effect van het gebruik van ‘oefenen’ te zijn op de effectiviteit van de protocollen.



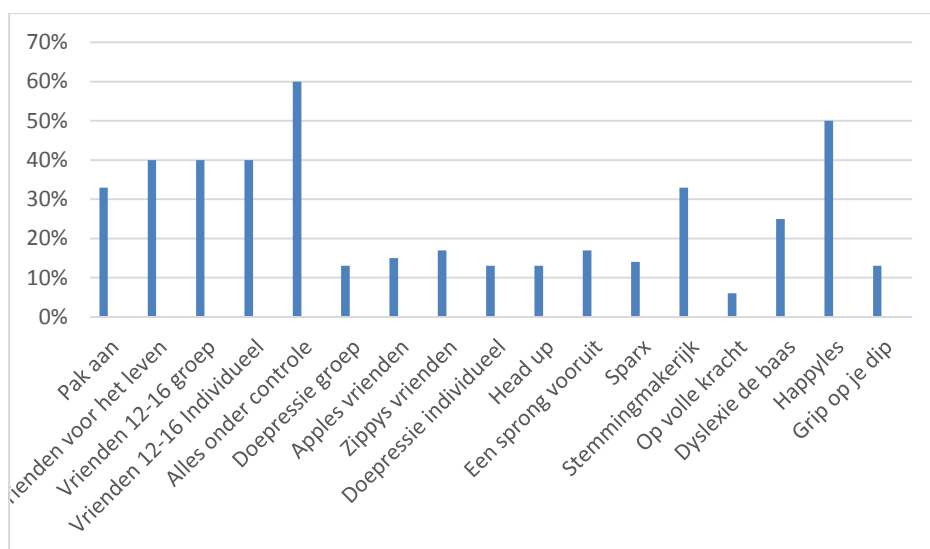
*Figuur 11.* Overzicht van het aantal modaliteiten per protocol op volgorde (v.l.n.r.) van meest naar minst effectief

**Aanbiedingsvorm probleem oplossen en effectiviteit.** Ook is er aan de hand van de effectstudies gekeken of er een verband is tussen de effectiviteit en de manier waarop het protocol gebracht wordt. Van de 19 protocollen die probleem oplossen toepassen worden er 16 ‘face-to-face’ gegeven. Zowel de meest (*Pak aan*) als de minst (*Op volle kracht*) effectieve protocollen worden face-to-face aangeboden. Van de 15 protocollen die gebruik maken van een face-to-face benadering zijn er 7 in vergelijking met een controlegroep effectief gebleken, 4 wel effectief gebleken maar niet significant beter dan de controlegroep, 1 niet effectief gebleken, 2 effectief gebleken zonder een controlegroep en 1 nog niet op effectiviteit onderzocht. Eén van de 19 protocollen, *Alles onder controle*, gebruikt de aanbiedingsvorm ‘boek’ en is ten opzichte van een controlegroep effectief. *Sparx* wordt aangeboden in een computerspel en is ten opzichte van een controle groep niet effectiever gebleken. Tot slot is er nog geen onderzoek gedaan naar de aanbiedingsvorm ‘blended’.

Mogelijk is er een verband tussen de aanbiedingsvorm ‘face-to-face’ en effectiviteit, aangezien de meerderheid van de effectief gebleken protocollen hier gebruik van maakt. Daarentegen zijn de uitkomsten hiervan wisselend en is het daarom niet mogelijk hier harde uitspraken over te doen.

**Dosering van probleem oplossen en effectiviteit.** De tijd die besteedt wordt aan het element probleem oplossen verschilt per protocol. Aan de hand van de effectstudies is onderzocht of er een verband is tussen de tijd besteed aan probleem oplossen en de effectiviteit van een protocol. Van de 8 protocollen die probleem oplossen bevatten en ten opzichte van een controlegroep effectief gebleken zijn, besteden 5 protocollen meer dan 33% van de tijd aan probleem oplossen. Opvallend is dat dit tevens de 5 protocollen zijn met de hoogste effectgrootte namelijk *Pak aan*, *VRIENDEN voor het leven*, *VRIENDEN groep en individueel* en *Alles onder controle* (zie Figuur 12). *Happyles* en *Stemmingmakerij* besteden ook 33% of meer van de tijd aan probleem oplossen en zijn effectief gebleken. Echter met effectstudies die van mindere kwaliteit zijn. *Op volle kracht* besteedt met 6% de minste tijd aan het element probleem oplossen en is niet effectief bevonden.

Aangezien de protocollen die de meeste tijd aan probleem oplossen besteden de hoogste effectgroottes in vergelijking met een controlegroep laten zien, zou het zo kunnen zijn dat het besteden van meer tijd aan het element probleem oplossen de effectiviteit van een protocol zou kunnen bevorderen.



*Figuur 12.* Procentuele overzicht van het aantal sessie besteed aan probleem oplossen op volgorde (v.l.n.r.) van meest naar minst effectiviteit

**Plaats van probleem oplossen en effectiviteit.** Tot slot is er onderzocht of er een verband is tussen de plaats waarop probleem oplossen geïntroduceerd wordt binnen een protocol en de effectiviteit van een protocol. Van de 8 protocollen die effectief gebleken zijn ten opzichte van een controlegroep, behandelen 4 protocollen het element probleem oplossen in het midden van de behandeling namelijk *Pak aan*, *Alles onder controle*, *Apple's vrienden* en *Zippy's vrienden*. Eén van deze 8 protocollen behandelt probleem oplossen aan het eind, namelijk *Doepressie groep*, de overige 3 besteden op uiteenlopende momenten binnen de behandeling tijd aan probleem oplossen, namelijk *VRIENDEN voor het leven*, *VRIENDEN groep* en *Individueel*. Van de 6 protocollen die ten opzichte van de controlegroep niet significant effectiever waren behandelen 4 protocollen probleem oplossen aan het einde, namelijk *Doepressie individueel*, *Head up*, *Op volle kracht* en *Stemmingmakerij*. Van de overige 2 protocollen besteedt er 1 in het midden (*Sparx*) en 1 aan het begin (*Een sprong vooruit*) tijd aan probleem oplossen. Van de 3 protocollen die effectief gebleken zijn zonder controlegroep wordt probleem oplossen door 2 aan het eind (*Dyslexie de baas* en *Grip op je dip*) en 1 in het midden (*Happyles*) behandelt. Vanwege de uiteenlopende uitkomsten kan er geen uitspraak worden gedaan over de invloed van de plaats van probleem oplossen binnen een protocol en de invloed ervan op de effectiviteit.

## Interviews

De 4 geïnterviewde professionals hebben allen 4 jaar of meer ervaring met CGT. Daarnaast hebben zij allemaal ervaring met CGT bij adolescenten met een depressie. Zij hebben allen een basis CGT certificaat. Eén van de 4 heeft de opleiding tot Cognitief gedragstherapeut afgerond en 2 van de 4 hebben een vervolg cursus CGT gedaan specifiek gericht op kinderen en jeugdigen.

De 4 professionals zijn allen bekend met CGT protocollen voor de behandeling van depressie. *Pak aan* wordt door alle professionals genoemd. Twee van de 4 professionals noemen *grip op je dip* en 1 professional is bekend met het *VRIENDEN programma*. Alle 4 geven zij aan gebruik te maken van protocollen maar dit niet altijd volledig te volgen. Naar behoefte van de patiënt wordt dan van het protocol afgeweken. Eén van de professionals geeft als voorbeeld aan dat zij dit doet wanneer er naast een depressie ook sprake is van een verstandelijke beperking. Er wordt dan vooral gekeken naar welke elementen van een protocol een patiënt aan kan.

In het geven van CGT maken zij allen gebruik van de elementen probleem oplossen, cognitieve herstructurering, gedragsactivatie en ontspanningsoefeningen. Twee van de 4 professionals geven aan gedragsactivatie en cognitieve herstructurering, het waardevolst te vinden en het meest te gebruiken. De andere 2 maken gebruik van alle 4 de elementen maar laten dit ook afhangen van de patiënt omdat de ene patiënt bijvoorbeeld meer baat heeft bij gedragsactivatie en ontspanningsoefeningen terwijl een andere patiënt weer veel beter reageert op probleem oplossen en cognitieve herstructurering.

Wanneer de professionals probleem oplossen inzetten maken zij allen gebruik van alle onderdelen; rationale, doelen stellen, alternatieve oplossingen bedenken, voor en nadelen afwegen, oplossing kiezen, toepassen en evalueren. Echter geven 2 van de 4 professionals wederom aan dat dit ook afhangt van de patiënt. Dit omdat niet alle onderdelen door elke patiënt uitgevoerd kunnen worden. Zo kan de ene patiënt beter de voor en nadelen van een oplossing afwegen terwijl het voor een andere patiënt al lastig genoeg is om een oplossing te bedenken

Alle 4 de professionals geven CGT zowel in groepsvorm als individueel. Twee van de 4 geven aan ook ouders en/of familie regelmatig te betrekken bij de behandeling. Alle 4 de professionals maken gebruik van de modaliteiten uitleg geven, oefenen, discussie en huiswerk. Twee van de 4 maken ook gebruik van de modaliteit rollenspel. Alle 4 geven zij aan ook weleens een andere modaliteit te gebruiken om aan probleem oplossen te werken, zoals een spelvorm.



Twee van de 4 professionals geven aan in zowel een groep als individueel 10 sessies te gebruiken voor CGT. Eén van de professionals geeft aan bij individuele CGT 12 tot 20 sessies te gebruiken en bij een groep 9. De laatste professional geeft aan dat het aantal sessies verschilt er patiënt. Twee van de 4 professionals geven aan gemiddeld 5 sessies aan probleem oplossen te wijden wanneer zij hier gebruik van maken. De andere 2 professionals besteden 3 tot 5 sessies aan probleem oplossen, afhankelijk van de patiënt. De ene patiënt heeft het element namelijk sneller door dan de andere.

### **Discussie**

In deze thesis is onderzoek gedaan naar het belang van probleem oplossen binnen CGT protocollen gericht op adolescenten met een depressie. Dit onderzoek is van belang omdat 14 tot 25% van de adolescenten voor de volwassenheid een depressieve episode ervaren (Dunn & Goodyer, 2006; Maughan, Collishaw, & Stringaris, 2013; Ryan, 2005). Een effectieve wijze om dit te behandelen is CGT (Birmaher & Brent, 2007; Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008; Thapar et al., 2012; Weisz, McCarty, & Valeri, 2006), echter is er nog weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van de afzonderlijke elementen binnen CGT.

Samenvattend blijkt uit huidig onderzoek dat probleem oplossen in meer dan de helft van de protocollen voorkomt, aan de hand van minimaal 1 en maximaal 7 inhoudelijke onderdelen wordt behandeld, grotendeels aan het kind individueel en in een groep wordt aangeboden, door middel van minimaal 2 en maximaal 6 modaliteiten wordt gegeven, het meest face-to-face gegeven wordt, minimaal 6% en maximaal 60% van de tijd aan het element besteed wordt en dat dit het meest in het midden en aan het eind van de behandeling gebeurt. Uit de resultaten komen aanwijzingen naar voren dat er een verband zou kunnen zijn tussen effectiviteit en het aantal onderdelen dat gebruikt wordt, de modaliteiten die ingezet worden en de dosering van tijd. Zo blijken protocollen die meer tijd besteden aan problemen oplossen, een betere effectiviteit te hebben.

De eerste verwachting was dat de meerderheid van de protocollen gebruik maakt van het element probleem oplossen. Deze hypothese wordt aangenomen; probleem oplossen komt in 82,6% van de 23 onderzochte protocollen voor, wat een overweldigende meerderheid is. Dit is tevens in overeenstemming met de literatuur waarin probleem oplossen als één van de basiselementen van CGT gezien wordt (McCarthy, Weisz, & Hamilton, 2007; Nauta, Braet, & Scholing, 2011; Stikkelbroek & Prinzie, 2008). De verwachting dat protocollen die gebruik maken van het element probleem oplossen effectiever zijn, wordt tevens aangenomen. Dit moet echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat dit verband indirect gelegd is.

Het lijkt erop dat alle protocollen waarin probleem oplossen is opgenomen, ongeacht de kwaliteit van de effectstudies, op één protocol na, een afname van depressieve klachten laten zien. Wanneer alleen gekeken wordt naar de protocollen die effectief gebleken zijn ten opzichte van een controlegroep (wachtlIJst, behandeling zoals gewoonlijk of een andere behandeling) blijken 8 van de 9 protocollen (88,9%) gebruik te maken van probleem oplossen. Dit zou kunnen betekenen dat het toepassen van het element probleem oplossen bijdraagt aan de effectiviteit van een protocol. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Kennard et al., (2013) waaruit blijkt dat probleem oplossen één van de elementen is die significant bijdragen aan positieve behandelresultaten van CGT bij adolescenten met een depressie.

De volgende verwachting was dat de meerderheid van de protocollen die gebruik maken van probleem oplossen, minimaal 3 onderdelen van het element toepassen. Deze hypothese wordt aangenomen; van de protocollen die probleem oplossen toepassen maakt 73,7% gebruik van minimaal 3 onderdelen. Daarnaast werd verwacht dat protocollen die gebruik maakten van meer dan één onderdeel van probleem oplossen effectiever zijn. Deze hypothese wordt aangenomen; wanneer gekeken wordt naar de effectstudies waarin de protocollen vergeleken zijn met een controlegroep blijken 6 van de 8 protocollen (75%) die probleem oplossen toepassen, gebruik te maken van 5 of meer onderdelen van het element. Dit zou kunnen betekenen dat het gebruik van meerdere onderdelen van het element probleem oplossen de effectiviteit van een protocol zou kunnen bevorderen. Dit is in overeenstemming met de zienswijze van D’Zurilla en Goldfried (1971) die stellen dat probleem oplossen een vijfstappenproces is, bestaande uit vijf duidelijk te onderscheiden onderdelen. Volgens hen bestaat probleem oplossen uit oriëntatie van het probleem, goed omschrijven van het probleem, alternatieven bedenken en afwegen, kiezen van een oplossing en evalueren van de oplossing. Het succesvol doorlopen van deze vijf onderdelen zorgt voor een adequate oplossing. D’zurilla en Goldfried hebben deze vijf onderdelen geformuleerd door verschillende theorieën over probleem oplossen naast elkaar te leggen en de meest overeenkomende onderdelen hieruit te gebruiken en te concretiseren.

Wat betreft de ontvanger werd verwacht dat het merendeel van de protocollen gericht zijn op de adolescent, ook wel het ‘kind individueel’. Deze hypothese wordt niet aangenomen; het merendeel van de protocollen wordt met 42,1% in groepsvorm gegeven. Van de 23 protocollen is 26,3% gericht op het ‘kind individueel’. Daarnaast werd verwacht dat de protocollen die gericht zijn op de individuele adolescent effectiever zijn dan protocollen die niet gericht zijn op individuele adolescenten. Deze hypothese wordt tevens niet aangenomen; er is geen verband te ontdekken tussen de effectiviteit en aan wie het protocol gericht is.

Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het gebruik van dezelfde elementen zou leiden tot dezelfde effecten, ongeacht de ontvanger van de therapie. Deze verklaring wordt in dit onderzoek zowel bevestigd als ontkracht. Zo laten *VRIENDEN groep* en *VRIENDEN individueel* soortgelijke resultaten zien maar *Doepressie groep* en *Doepressie individueel* op basis van de effectstudies die in huidig onderzoek gebruikt zijn niet.

De volgende verwachting was dat het merendeel van de protocollen gebruik maakt van de modaliteit probleem situaties ‘oefenen’. Deze hypothese wordt aangenomen; 17 van de 19 protocollen (89,5%) die probleem oplossen toepassen maken gebruik van de modaliteit ‘oefenen’. Daarnaast werd verwacht dat de protocollen die gebruik maken van deze modaliteit effectiever zijn dan de protocollen die hier geen gebruik van maken. Deze hypothese wordt niet aangenomen; zowel effectief gebleken protocollen als minder effectief gebleken protocollen maken gebruik van de modaliteit ‘oefenen’. Op basis van deze gegevens lijkt er geen effect van het gebruik van ‘oefenen’ te zijn op de effectiviteit van de protocollen. Toch lijkt deze modaliteit binnen verschillende onderdelen van probleem oplossen veelvuldig gebruikt te worden (Nauta, Braet, & Scholing, 2011; Stikkelbroek & Prinzie, 2008). Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de manier waarop de modaliteit oefenen wordt uitgevoerd per protocol verschilt. Zo oefent het ene protocol met fictieve problemen en oefent het andere protocol op een meer exposure-achtige wijze in de praktijk met probleem oplossen (Nauta, Braet, & Scholing, 2011).

Er lijkt echter wel een verband te zijn tussen het aantal gebruikte modaliteiten binnen een protocol en effectiviteit. Opvallend is dat de vier protocollen met de hoogste effectgrootte (*Pak aan*, *VRIENDEN voor het leven*, *VRIENDEN groep* en *VRIENDEN individueel*) de meeste modaliteiten toepassen, namelijk minimaal 5. Dit zou kunnen betekenen dat het toepassen van meerdere modaliteiten van probleem oplossen de effectiviteit van een protocol kan bevorderen. Echter kan de factor tijd hierin een mediërende rol spelen; hoe meer tijd een protocol kost, hoe meer modaliteiten er gebruikt zouden kunnen worden.

Wat betreft de aanbiedingsvorm werd verwacht dat de meeste protocollen ‘face-to-face’ aangeboden worden. Deze hypothese wordt aangenomen; 79% van de protocollen die probleem oplossen toepassen biedt de interventie face-to-face aan. Omdat uit de literatuur gebleken is dat, mits er een therapeut betrokken is, de verschillende aanbiedingsvormen even effectief zijn was dit ook de verwachting in het onderzoek. Deze hypothese wordt niet aangenomen; er zou mogelijk een verband kunnen zijn tussen de aanbiedingsvorm ‘face-to-face’ en effectiviteit aangezien de meerderheid van de effectief gebleken protocollen hier gebruik van maakt.

Omdat een grote meerderheid gebruik maakte van de aanbiedingsvorm ‘face-to-face’ en niet van de andere vormen is het moeilijk op basis van dit onderzoek een vergelijking te maken in effectiviteit. Redenen waarom zoveel protocollen gebruik maken van de aanbiedingsvorm ‘face-to-face’ zouden kunnen zijn om misverstanden in communicatie te voorkomen, gevoel van betrokkenheid te vergroten, veiligheid te waarborgen en de toegankelijkheid van de behandeling groot te houden (Schalken & Remmerswaal, 2015). Daarnaast is therapeutische alliantie van belang gebleken in CGT en lijkt deze face-to-face het beste tot stand te komen (Stikkelbroek & Prinzie, 2008; Weisz, 2004).

Omdat probleem oplossen gezien wordt als één van de vier basiselementen van CGT werd er verwacht dat één vierde (25%) van de behandeltime binnen een protocol aan probleem oplossen besteed wordt. Deze hypothese wordt niet aangenomen; 8 van de 19 protocollen (42.1%) besteedt 25% of meer van de tijd aan probleem oplossen, wat betekent dat een meerderheid van de protocollen minder dan 25% van de tijd aan het element besteedt. Daarnaast werd verwacht dat protocollen die 25% of meer van de behandeltime aan probleem oplossen besteden effectiever zijn. Deze hypothese wordt aangenomen; Van de 8 protocollen die probleem oplossen bevatten en ten opzichte van een controlegroep effectief gebleken zijn, besteden 5 protocollen (62,5%) meer dan 33% van de tijd aan probleem oplossen. Opvallend is dat dit tevens de 5 protocollen zijn met de hoogste effectgrootte namelijk *Pak aan, VRIENDEN voor het leven, VRIENDEN groep en individueel en Alles onder controle*. Aangezien de protocollen die de meeste tijd aan probleem oplossen besteden de hoogste effectgroottes in vergelijking met een controlegroep laten zien, zou het zo kunnen zijn dat het besteden van meer tijd aan het element probleem oplossen de effectiviteit van een protocol zou kunnen bevorderen. Dit is in overeenstemming met onderzoek van Kennard et al., 2013 waarin één derde van de behandeltime aan probleem oplossen besteed wordt en probleem oplossen gezien wordt als één van de elementen die significant bijdragen aan de effectiviteit van CGT. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat wanneer er meer tijd besteed wordt aan probleem oplossen er gelegenheid is om het element beter uit te leggen, de adolescenten meer tijd krijgen om met het element te oefenen, er meer tijd is om erover te discussiëren binnen een groep en de deelnemers meer tijd krijgen om bekend te raken met het element. Concluderend is er meer tijd om meerdere modaliteiten in te zetten. Onduidelijk is nog of een groter aantal modaliteiten zorgt voor een verbetering in effectiviteit of dat deze verbetering een gevolg is van de tijd die aan het element probleem oplossen besteed wordt.

De volgende verwachting was dat probleem oplossen veelal aan het einde van een protocol ingezet wordt.

Deze hypothese wordt aangenomen; het merendeel van de protocollen 42% behandelt probleem oplossen aan het einde. Tot slot werd verwacht dat protocollen die probleem oplossen aan het einde behandelen effectiever zijn. Deze hypothese wordt niet aangenomen; Vanwege de uiteenlopende uitkomsten kan er geen uitspraak worden gedaan over de invloed van de plaats van probleem oplossen binnen een protocol en de invloed ervan op de effectiviteit. Omdat probleem oplossen op verschillende plaatsen binnen een behandeling effectief gebleken is zou een mogelijke verklaring zijn dat de plek waarop probleem oplossen binnen de behandeling geïntroduceerd wordt variabel kan zijn. Dit zou kunnen betekenen dat vooral de inhoud van het element probleem oplossen invloed heeft op de effectiviteit en niet de plaats binnen de behandeling.

Ter aanvulling van de taxonomie zijn er professionals geïnterviewd over CGT en hun kijk op de elementen. Tijdens deze interviews kwam het belang van probleem oplossen niet expliciet naar voren. De professionals hebben aangegeven wel bekend te zijn met de protocollen en ze te gebruiken. Echter wijken ze hier vanaf door de CGT af te stemmen op de patiënt. Twee van de vier professionals geven aan meer waarde te hechten aan gedragsactivatie, cognitieve herstructurering en ontspanningsoefeningen. Het element probleem oplossen wordt wel door de professionals, door middel van verschillende onderdelen en modaliteiten ingezet. Het afwijken van de protocollen kan verklaard worden door het feit dat niet iedere geprotocolleerde behandeling voor iedereen werkt (Westermann & Maurer, 2010). Een andere verklaring is dat geen twee adolescenten hetzelfde zijn. Wanneer gestart gaat worden met CGT dient de behandelaar rekening te houden met de cognitieve vaardigheden, leeftijd, etniciteit en de ernst en duur van de gerapporteerde klachten (Foolen & Ince, 2013).

Het huidige onderzoek heeft zowel sterke als zwakke kanten. Een kracht van het huidige onderzoek is de vooropgestelde taxonomie (Bodden et al., 2017). De validiteit en betrouwbaarheid van de taxonomie is sterk omdat de inhoud er van op basis van literatuur gevormd is. Op deze manier is ieder protocol op dezelfde wijze beoordeeld. Daarnaast is het aantal protocollen dat onderzocht is een sterke eigenschap van het onderzoek. Met 23 protocollen is er getracht zoveel mogelijk CGT protocollen te onderzoeken.

Een beperking van huidig onderzoek is dat niet alle protocollen gericht zijn op de beoogde doelgroep adolescenten. Zo zijn *Apple's vrienden*, *Fijn: VRIENDEN, VRIENDEN voor het leven* en *Zippy's vrienden* gericht op kinderen van basisschoolleeftijd. Een andere beperking van het onderzoek is de vergelijkbaarheid van de effectstudies. Zo was er niet voor ieder protocol een effectstudie te vinden, waren de effectgroottes niet altijd berekend en varieerde de steekproefgroottes sterk.

Daarnaast werd er niet in iedere effectstudie gebruik gemaakt van een controlegroep en follow up studie. Tot slot zou de kleine steekproefgrootte van geïnterviewde professionals gezien kunnen worden als beperking.

In dit onderzoek komen aanwijzingen naar voren dat het gebruik van het element probleem oplossen binnen protocollen gericht op depressieve adolescenten, zou kunnen bijdragen aan de effectiviteit ervan. Met name op het gebied van het aantal onderdelen, modaliteiten en sessies besteedt aan het element probleem oplossen lijkt er een verband te zijn met de effectiviteit van een protocol. Hoewel deze resultaten veelbelovend zijn, zijn het geen harde bewijzen dat het toevoegen van probleem oplossen daadwerkelijk de effectiviteit van een protocol verbetert. Echter kunnen deze resultaten wel gezien worden als motivatie voor een vervolgonderzoek naar het belang van probleem oplossen in CGT gericht op het verminderen en voorkomen van depressie bij adolescenten.

Uit de interviews komt naar voren dat er niet altijd gebruik wordt gemaakt van het element probleem oplossen tijdens CGT. De discrepantie tussen de uitkomsten van de taxonomie en de antwoorden van de geïnterviewde professionals is opmerkelijk te noemen. Het implementeren van protocollen voor adolescenten met een depressie zoals het bedoeld is, blijkt lastig in de praktijk. Daarnaast is het van meerdere factoren afhankelijk. Het zou wenselijk zijn vervolgonderzoek te doen naar de uitvoering van CGT in de praktijk, in plaats van de uitvoering van protocollen. Daarin zou onderzocht kunnen worden hoe professionals de losse elementen van CGT in de praktijk vormgeven en van welke expliciete factoren zij dit laten afhangen.

Ondanks het feit dat de geïnterviewde professionals het belang van probleem oplossen in de praktijk niet zien, is op basis van de uitkomsten van de taxonomie het advies om probleem oplossen toch te blijven inzetten. Op grond van huidig onderzoek wordt hiervoor het protocol *Pak aan* aanbevolen vanwege de hoge effectgrootte van de effectstudie. Daarnaast zou het gebruik van het *VRIENDEN programma* geadviseerd worden omdat van de geïnterviewde professionals meer dan de helft niet bekend is met dit effectief gebleken programma. Vanuit de professionals luidt het advies om naast het volgen van een protocol, kritisch te blijven kijken naar wat aansluit bij de patiënt. In de praktijk blijft het dan ook de kunst om de balans te vinden tussen evidence based werken met effectief bewezen protocollen en het aansluiten ervan bij de patiënt.

## Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs . face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders : A systematic review and meta-analysis guided internet-based vs . face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders. *World Psychiatry, 13*(3), 288–295. doi: 10.1002/wps.20151
- 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
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1503–1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- Blakemore, S. J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews. Neuroscience, 9*(4), 267–277. doi: 10.1038/nrn2353
- Brandsma, S. (2013). Move2Learn: doeltreffendheid van een sociaal-cognitieve vaardigheidstraining voor jongeren. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Implementatie in de Jeugdzorg.
- Briesch, A. M., Sanetti, L. M. H., & Briesch, J. M. (2010). Reducing the prevalence of anxiety in children and adolescents: An evaluation of the evidence base for the FRIENDS for Life program. *School Mental Health, 2*(4), 155-165. doi: 10.1007/s12310-010-9042-5
- Brown, J. S. L., Sellwood, K., Beecham, J. K., Slade, M., Andiappan, M., Landau, S., ... Smith, R. (2011). Outcome, costs and patient engagement for group and individual CBT for depression: A naturalistic clinical study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 355–358. doi: 10.1017/S135246581000072X
- Chorpita, B.F., & Daleiden, E.L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 566 – 579

- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*(1), 87–127. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*. doi: 10.1006/jado.1993.1028
- Connor-Smith, J. K., & Compas, B. E. (2002). Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(1), 39-55. doi: 10.1023/A:1013889504101
- 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.
- 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
- De Vos, R., Tromp, N., Boddien, D., & Stikkelbroek, Y. (2017). Therapeut onmisbaar bij ‘blended therapie’ tegen depressie. *Kind & Adolescent Praktijk*, *16*, 6-13
- Dunn, V., & Goodyer, I. (2006). Longitudinal investigation into childhood and adolescence onset depression: Psychiatric outcome in early adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, *188*, 216–22. doi: 10.1192/bjp.188.3.216
- D’Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, *78*, 107-126.
- Foolen, N., & Ince, D. (2013). Cognitieve gedragstherapie. *Nederlands Jeugd Instituut*, (december), 1–7
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *34*(2), 73–83. doi: 10.1007/s10964-005-3207-9
- Herres, J. (2015). Adolescent coping profiles differentiate reports of depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 312–319. doi: 10.1016/j.jad.2015.07.031
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427–440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1



- Jaser, S. S., Langrock, A. M., Keller, G., Merchant, M. J., Benson, M. A., Reeslund, K., & Compas, B. E. (2005). Coping with the stress of parental depression II: Adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 193-205. doi: 10.1207/s15374424jccp3401\_18
- Jaspers, J. P. C., Van Asma, M. J. O., & Van Den Bosch, R. J. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 31, 587-599.
- Kennard, B. D., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Porta, G., Berk, M., & Brent, D. A. (2013). Effective components of TORDIA cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 77(6), 1033-1041. doi: 10.1037/a0017411.Effective
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01129-5
- 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.
- Lazarus, R. S. (1993). *Coping Theory and Research : Past, Present, and Future*, 247, 234-247.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry*, 157(10), 1584-1591. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1584
- 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. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2(5), 185-206. doi: 10.1097/01258363-200406000-00001
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35-40. doi: 10.1093/sw/32.6.512

- McCarty, C., Weisz, J., & Hamilton, J. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) learn from meta-Analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 879–886. doi: 10.1097/chi.0b013e31805467b3
- Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Day, A., Baker, F., Blacker, C., Clare, A., ... Gath, D. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7226), 26–30. doi: 10.1136/BMJ.320.7226.26
- Nauta, M., Braet, C., & Scholing, A. (2011). Cognitieve interventies bij kinderen en jongeren. In S. Bögels, & P. van Oppen (Reds.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (2e ed., pp. 451-505). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum
- 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.
- Nezu, A. M. (2004). (in press). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, (1971).
- 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.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. De, & Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Suppl II), 73–80.
- 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.

- Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *13*(3), 275–290. doi: 10.1007/s10567-010-0069-9
- Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *14*(3), 234–245. doi: 10.1037/1099-9809.14.3.234
- Ruiter, M. (1997). Preventie van depressie bij jongeren: probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'.
- Ryan, N. D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet (London, England)*, *366*(9489), 933–40. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67321-7
- Schalken, F., & Remmerswaal, J. (2015). Online groepswork. In J. Remmerswaal (Red.), *Begeleiden van groepen Groepsdynamica in praktijk*. (3e ed., pp. 251-258). doi:10.1007/978-90-368-0725-8\_25
- Seiffge-Krenke, I. (2004). Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything? *European Journal of Developmental Psychology*, *1*(4), 367-382.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*(3), 319. doi: 10.1017/S0033291706008944
- Stallard, P. (2006). Denk goed, voel je goed. *Cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Nieuwezijds BV.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(3), 486.
- Stichting Trimbos-instituut. (2018). Depressie: feiten en cijfers.
- Stikkelbroek, Y., & Prinzie, P. (2008). Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie. *Kind & Adolescent Praktijk*, *7*(2), 52-60.
- 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.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, *379*(9820), 1056–1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4

- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 459–466. doi: 10.1016/j.brat.2010.01.007
- Trimbos Instituut (2015) Resultaten effectiviteitsonderzoek zippy's vrienden.
- 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.
- 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.
- Voordouw, I., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2002). Grip op je dip, zelf je somberheid overwinnen. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor jongvolwassenen (18-25 jaar). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Waldron, S. M., Stallard, P., Grist, R., & Hamilton-Giachritsis, C. (2018). The 'Long-Term' effects of universal school-based anxiety prevention trials: A systematic review. *Mental Health & Prevention*. doi: 10.1016/j.mhp.2018.04.003
- Weeland, M. M. (2018). Diagnostics and treatment of internalizing problems in residential youth care (Doctoral dissertation).
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... & Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour research and therapy*, 57, 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.007
- Westermann, G. M. A., & Maurer, J. M. G. (2010). Bewezen effectieve therapie: En toch werkt het niet!. *Kind & Adolescent Praktijk*, 9(3), 100-106. doi:10.1007/BF03088871
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132–149. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.132
- Weisz, J.R. (2004). Psychotherapy for children and adolescents; evidence-based treatments and case examples. Cambridge: Cambridge University press.



## 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 8=huiswerk 9=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
<b>Probleem oplossen</b>  (Probleem oplossende manier van denken hanteren)		<b>Rationale</b> (Informatie over probleem oplossen)						
		<b>Doelen stellen</b> (Het opstellen van haalbare doelen)						
		<b>Alternatieve oplossingen</b> (Het bedenken van alternatieve oplossingen voor een probleem)						
		<b>Voor en nadelen</b> (De voordelen en nadelen van de alternatieve oplossingen in kaart brengen)						
		<b>Oplossing kiezen</b> (Het kiezen van de meest passende oplossing)						
		<b>Toepassen</b> (Het toepassen van de uitgekozen oplossing)						
		<b>Evaluatie</b> (Het evalueren van de gekozen oplossing.)						
		<b>Coping strategieën</b> (Coping strategieën aanleren o.a. sociale steun zoeken/situatie veranderen)						

## **Bijlage 2. Interview vragen**

1. Heeft u een CGT opleiding/cursus gedaan? Zo ja, welke?
2. Hoeveel ervaring (in jaren) heeft u met het geven van CGT?
3. Bent u bekend met CGT depressie protocollen? Zo ja, welke?
4. Maakt u gebruik van deze protocollen?
5. Er van uitgaande dat CGT bestaat uit de elementen: Cognitieve herstructurering, gedragsactivatie, ontspanningsoefeningen en probleem oplossen, welke 2 elementen gebruikt u dan het meest?
6. Wanneer u gebruik maakt van het element probleem oplossen, welke onderdelen gebruikt u dan? U kunt kiezen uit: Rationale, doelen stellen, alternatieve oplossingen bedenken, voor en nadelen afwegen, oplossing kiezen, toepassen en evalueren. Er mogen meerder antwoorden gekozen worden.
7. Wanneer u CGT geeft wie is dan de ontvanger? Te denken valt aan: Groep, individueel, familie van patiënt, etc.
8. Wanneer u CGT geeft welke modaliteit gebruikt dan? ( uitleg geven, huiswerk, rollenspel, etc.)
9. Hoeveel sessies heeft u gemiddeld nodig bij CGT
10. Wanneer u gebruik maakt van het element probleem oplossen, hoeveel sessies besteedt u hier dan gemiddeld aan?

**Bijlage 3. Effectiviteitstabel met bronnen**

<b>Protocol</b>	<b>Steekproef Totaal</b>	<b>Effectiviteit</b>	<b>Bron</b>
<i>A. Effectiever dan Controlegroep</i>			
1. Pak aan	<i>n</i> = 15	Na 4 maanden <i>d</i> = .71 - .97 (middelgroot – groot), na 12 maanden <i>d</i> = 1.49 – 1.62 (zeer groot)	De Cuyper, Timbremont, Braet, de Bakker & Wullaert (2004)
2. VRIENDEN voor het leven	14 studies	<i>d</i> = .24 - .84 (klein – groot)	Briesch, Sanetti, & Briesch (2010)
3. Praten Online*	<i>n</i> = 263	Na 9 weken <i>d</i> = .18 (verwaarloosbaar), na 12 weken <i>d</i> = .79 (middelgroot)	Kramer, Conijn, Oijevaar, & Riper (2014)
4. VRIENDEN 12-16 groep	5 studies	<i>g</i> = .20 - .69 (klein – middelgroot)	Waldron, Stallard, Grist, & Hamilton-Giachritsis (2018)
5. VRIENDEN 12-16 individueel	<i>n</i> = 182	<i>d</i> = .23 - .65 (klein – middelgroot)	Wergeland et al., (2014)
6. Alles onder controle	<i>n</i> = 213	<i>d</i> = .65 (middelgroot)	Van Straten, Cuijpers, & Smits (2008)
7. Doepressie groep	28 studies	<i>d</i> = .28 (klein)	Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn (2009)
8. Apple's vrienden	<i>n</i> = 1177	Eta <sup>2</sup> = .010 (klein)	Trimbos instituut (2015) Sikkenk (2014)
9. Zippy's vrienden	<i>n</i> = 1177	Significant beter dan controlegroep	Trimbos instituut (2015)
<i>b. Wel effect, maar niet effectiever dan controlegroep of geen effect</i>			
10. Doepressie individueel	<i>n</i> = 88	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Stikkelbroek et al., (2016)
11. Head up	<i>n</i> = 170	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Linden (2008)
12. Een sprong vooruit	<i>n</i> = 160	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Rasing, Creemers, Janssens, & Scholte (2013)
13. Sparx	<i>n</i> = 57	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Poppelaars et al., (2016)



14. Fijn:VRIENDEN*	n= 263	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Pahl (2009)
15. Stemmingmakerij	n= 899	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Ruiter (1997)
16. Op volle kracht	n= 182	Geen effect gemeten van behandelgroep en controlegroep	Weeland (2018)
<i>c. Wel effect, maar geen controlegroep</i>			
10. Dyslexie de baas	n= 16	Eta <sup>2</sup> = . 47 (sterk)	Poleij, Leseman & Stikkelbroek (2009)
11. Move2learn*	n= 43	d=.53 (middelgroot)	Brandsma (2013)
12. KOPP*	n= 121	Postinterventie d= .20 (klein), na 18 maanden d= .42 (klein)	Beardslee et al., (1997)
13. Happyles	n= 373	Significante afname in depressie klachten	Van der Zanden & van der Linden (2013)
14. Grip op je dip groep	n= 40	Significante afname in depressie klachten	Voordouw, Kramer & Cuijpers (2002)
<i>d. Effectiviteit nog niet gemeten</i>			
22. Sterk	n= 204	Onderzoeksopzet aanwezig, nog niet uitgevoerd	Nauta et al., (2012)
23. Doepressie Blended	n= 32	Geen effectstudie beschikbaar	De Vos, Tromp, Bodden & Stikkelbroek (2009)

**Bijlage 4. Analyse van interviews**

<b>Vragen</b>	<b>Professional 1: Orthopedagoog en Cognitief gedragstherapeut</b>	<b>Professional 2: Orthopedagoog</b>	<b>Professional 3: Psycholoog</b>	<b>Professional 4: Klinisch psycholoog</b>
1. Heeft u een CGT opleiding/cursus gedaan? Zo ja, welke?	Ja, CGT basis en de vervolgcursus gericht op kinderen en jeugdigen. Daarnaast de opleiding tot Cognitief Gedragstherapeut afgerond	Ja, CGT basis	Ja, CGT basis en de vervolgcursus gericht op kinderen en jeugdigen.	Ja, CGT basis
2. Hoeveel ervaring (in jaren) heeft u met het geven van CGT?	16 jaar	4 jaar	10 jaar	35 jaar
3. Bent u bekend met CGT depressie protocollen? Zo ja, welke?	Ja, <i>Pak aan en Grip op je dip</i>	Ja, <i>Pak aan en Grip op je dip</i>	Ja, Pak aan	Ja, <i>Pak aan</i> en het <i>VRIENDEN programma</i>
<b>4. Maakt u gebruik van deze protocollen?</b>	Ja maar wijkt er soms vanaf naar behoefte van de patiënt	Ja, maar niet altijd. Afhankelijk van patiënt en problematiek	Ja, maar volg ze niet van begin tot eind. Laat soms elementen achterwege wanneer het niet past bij patiënt	Ja, <i>Pak aan</i> wel, die staat in de kast. Het <i>VRIENDEN</i> programma niet. Wijkt soms af van protocol.
<b>5. Er van uitgaande dat CGT bestaat uit de elementen: Cognitieve herstructurering, gedragsactivatie, ontspanningsoefeningen en probleem oplossen, welke 2</b>	Allemaal, maar het meeste cognitieve herstructurering, gedragsactivatie en ontspanningsoefeningen	Allemaal maar cognitieve herstructurering, gedragsactivatie en ontspanningsoefeningen zijn het meest waardevol	Allemaal maar hangt af van de behoefte van de patiënt. Niet alles past bij iedereen	Allemaal maar past het wel aan, aan de patiënt

elementen gebruikt u dan het meest?				
<b>6. Wanneer u gebruik maakt van het element oplossen, welke onderdelen gebruik u dan? U kunt kiezen uit: Rationale, doelen stellen, alternatieve oplossingen bedenken, voor en nadelen afwegen, oplossing kiezen, toepassen en evalueren</b>	Alle onderdelen	Alle onderdelen	Alle onderdelen maar zeer afhankelijk van wat bij de patiënt past, niet ieder onderdeel kan door iedere patiënt uitgevoerd worden. Hierbij valt te denken aan het cognitieve niveau	Alle onderdelen maar afhankelijk van welke patiënt. Voor de één is het lastiger een oplossing te bedenken dan voor een ander.
<b>7. Wanneer u CGT geeft wie is dan de ontvanger?</b>	Zowel in groepsvorm als individueel; Op de afdeling worden beide vormen aangeboden.	Zowel in groepsvorm als individueel. Ook worden ouders/familieleden vaak betrokken.	Zowel in groepsvorm als individueel.	Zowel in groepsvorm als individueel. Ook worden ouders/familieleden vaak betrokken.
<b>8. Wanneer u CGT geeft welke modaliteit gebruikt dan? ( uitleg geven, huiswerk, rollenspel, etc.)</b>	Uitleg geven, oefenen, discussie en huiswerk. Discussie of overleg wordt vaak in de groep gebruikt. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van verschillende spelvormen, dit kan per patiënt verschillen. Er is een kast vol spellen en	Uitleg geven, oefenen, discussie en huiswerk. Daarnaast wordt rollenspel ook gebruikt bijvoorbeeld wanneer een lastige situatie nagespeeld kan worden	Uitleg geven, oefenen, discussie en huiswerk. Daarnaast wordt er ook spelenderwijs gewerkt, bijvoorbeeld met verschillende kleuren brillen. De ene is dan de positieve bril en de andere de negatieve. Hierin wordt ook gebruik	Uitleg geven, oefenen, discussie en huiswerk.

attributen die gebruikt kunnen worden tijdens CGT.

gemaakt van rollenspel

<b>9. Hoeveel sessies heeft u gemiddeld nodig bij CGT</b>	Individuele CGT 12 tot 20, afhankelijk van de patiënt en het cognitieve niveau, wanneer deze lager is kan herhaling vaker nodig zijn. Voor een groep worden er standaard 9 gebruikt.	Zowel voor individuele als groep CGT 10 sessies. Voor individuele CGT is uitloop wel altijd mogelijk	Zowel voor individuele als groep CGT 10 sessies. Voor individuele CGT is uitloop wel altijd mogelijk	Het aantal sessies verschilt per patiënt. De ene patiënt heeft meer sessies nodig dan de ander.
<b>10. Wanneer u gebruik maakt van het element probleem oplossen, hoeveel sessies besteedt u hier dan gemiddeld aan?</b>	Gemiddeld vijf.	Drie tot vijf afhankelijk van de patiënt	Gemiddeld vijf.	Drie tot vijf afhankelijk van de patiënt