

Master's thesis
Utrecht University
Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

Het voorkomen van klinische depressie: Een studie naar deelname en
deelnamebereidheid aan geïndiceerde preventie onder adolescenten met
subklinische depressiesymptomen

M.T. (Marit) van Diest

4118464

Eerste beoordelaar: W.H. van den Heuvel

Tweede beoordelaar: D.H.M. Bodden

17-06-2019

Aantal woorden: 5316

Voorwoord

Voor jullie ligt mijn master thesis en daarmee de afsluiting van mijn master Orthopedagogiek en mijn jaren als student. Wat ben ik blij dat ik voor deze laatste opdracht dit onderzoek heb kunnen uitvoeren, een onderwerp waar mijn belangstelling ligt. Depressie is zo'n veelvoorkomend en verlamdend probleem, en ik denk dat deze dagen iedereen er direct of indirect mee te maken krijgt. Het uitvoeren van dit onderzoek was een groot leerproces, omdat ik zowel op een kwalitatieve en kwantitatieve manier onderzoek gedaan heb wat nieuw voor mij was. Ook heb ik veel geleerd van de dataverzameling waarbij ik meerdere adolescenten heb kunnen spreken over de klachten die zij ervaren. Het concreet maar volledig beschrijven van de grote hoeveelheid informatie was soms een uitdaging, nu is dit het eindresultaat waar ik trots op ben.

Op de allereerste plaats wil ik heel graag mijn begeleider, Marieke van den Heuvel, bedanken. Ik wil haar bedanken voor al haar inzet, tijd en feedback. Ik heb me altijd ondersteunt gevoeld, ook als ik het overzicht even kwijt was. Dat heeft ontzettend geholpen om het eindresultaat zo te krijgen als het nu is. Ook bedankt voor alle interessante gesprekken die we hebben gevoerd en het kijkje in de onderzoekswereld wat ik op deze manier heb kunnen nemen. Verder wil ik graag mijn familie, vrienden en vriend bedanken voor alle mentale ondersteuning de afgelopen periode. Speciale dank aan mijn vriend Jorn voor al zijn hulp met de digitale zaken, zonder hem had deze digibeet het vele malen moeilijker gehad. Na alle jaren als student ben ik nu klaar voor de praktijk, en kijk ik met heel veel plezier uit naar het werk in het klinische veld.

Marit van Diest

Utrecht, 17 juni 2019

Abstract

Although indicated prevention programs for depression have shown to be effective for adolescents, the participation rates are low. The goal of this study was two-fold. The first aim was to get more insight into the reasons for (not) participating. The second aim was to get more knowledge on the characteristics of adolescents who decide to participate and those who decide to not participate. Adolescents with symptoms from subclinical depression ($n = 2012$) were recruited from high schools with all levels of education. They were eligible to participate when they were between 10 and 20 years old and had a score of 11 or higher (75th percentile or higher) on the CDI-2. Reasons for not participating were analysed and coded. There were different reasons for refusing participation: adolescents did not recognize the symptoms whilst other adolescents did recognize the symptoms but refused to participate. Gender did have an influence on participation, girls participated more than boys. Age had an influence, younger adolescents participated more often than older adolescents. There was no influence of education level on participation. Adolescents with more and severe symptoms tended to participate more frequently. By obtaining more knowledge, the results of this research contribute to increasing adolescents' willingness to participate in depression prevention programs. In the long term, this has a positive effect on the significant impact of depression of individuals as well as a positive effect on public health.

Keywords: indicated prevention, subclinical depression, participation, adolescents, willingness to participate

Abstract

Ondanks dat geïndiceerde depressie preventieprogramma's effectief zijn, blijven deelnamecijfers onder adolescenten laag. Het doel van deze studie was tweeledig. Het eerste doel was om meer inzicht te verkrijgen in de redenen voor het niet deelnemen aan het preventieprogramma. Het tweede doel was om meer kennis te verkrijgen over de kenmerken van adolescenten die besluiten deel te nemen en adolescenten die besluiten niet deel te nemen. Er heeft een screening plaatsgevonden onder klassen van alle niveaus op negen scholen voor voortgezet onderwijs. Deelname was mogelijk indien de adolescenten tussen de 10-20 jaar oud waren en een score van 11 of hoger (75^e percentiel of hoger) hadden op de CDI-2. Redenen voor het niet-deelnemen zijn geanalyseerd en gecodeerd. Er waren verschillende redenen voor het niet-deelnemen: adolescenten herkenden zich niet in de symptomen, andere adolescenten herkenden zich wel maar gaven aan te druk te zijn of waren al in behandeling. Sekse bleek van invloed te zijn op deelname, waarbij meisjes vaker besloten deel te nemen

dan jongens. Ook leeftijd bleek van invloed waarbij jongere adolescenten vaker besloten deel te nemen dan oudere adolescenten. Er bleek geen invloed te zijn van opleidingsniveau op het besluit deel te nemen. Adolescenten met meer en ernstigere symptomen bleken meer geneigd te zijn te besluiten tot deelname. De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan het vergroten van deelnamebereidheid van adolescenten aan depressie preventieprogramma's. Op de lange termijn heeft dit positief effect op de individuele ziektelast van mensen en maatschappelijk gezien op de volksgezondheid.

Sleutelwoorden: geïndiceerde preventie, subklinische depressie, deelname, deelnamebereidheid, adolescenten

Het Voorkomen van Klinische Depressie: Een Studie naar Deelname en Deelnamebereidheid aan Geïndiceerde Preventie onder Adolescenten met Subklinische Depressiesymptomen

Depressie is een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen bij adolescenten (Klein, Torpey, & Bufferd, 2008). Uit onderzoek blijkt dat 21-28% van de adolescenten een depressieve episode heeft doorgemaakt voor de leeftijd van 19 jaar (Hankin et al., 1998; Lewinsohn, 1998). Bij de helft van de mensen die een depressieve episode meemaakt keren depressieve episodes terug, gemiddeld 7 tot 8 keer gedurende de levensloop (Smit et al., 2013). Depressieve klachten die ontstaan in de adolescentie worden sterk gerelateerd aan het ontstaan van chronische depressie in de volwassenheid (Lewinsohn, Rohde, Klein, & Seeley, 1999; Rao, Hammen, & Daley, 1999). Daarnaast blijkt dat subklinische depressieve klachten een van de sterkste voorspellers zijn voor het ontwikkelen van een klinische depressie (Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004). Depressie onder adolescenten wordt onder andere geassocieerd met lagere academische prestaties en problemen in het sociale functioneren. Ook is er sprake van een sterfterisico vanwege suïcide (Gladstone & Beardslee, 2009; Klein et al., 2008). Vanwege de sterke invloed die depressie heeft op meerdere levensdomeinen, en de kans op chroniciteit van de stoornis, is het van belang om vroegtijdig in te grijpen bij het ontstaan van depressieve klachten in de adolescentie.

Er zijn de laatste jaren relatief veel preventieprogramma's ontwikkeld voor het voorkomen van depressie bij adolescenten (Engels et al., 2015). In Nederland is depressiepreventie sinds 2007 ook een van de speerpunten in het preventieve volksgezondheidsbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Smit et al., 2013). Preventieprogramma's gericht op depressie kunnen universeel, selectief of geïndiceerd van aard zijn. Universele preventieprogramma's richten zich op een gehele groep (bijvoorbeeld middelbare scholieren), ongeacht de risicostatus van die groep. Selectieve preventie richt zich op een bepaalde groep die een verhoogd risico heeft op het ontwikkelen van een stoornis, omdat zij worden blootgesteld aan bepaalde risicofactoren. Een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie is bijvoorbeeld het hebben van ouders met psychosociale problemen (KOPP-kinderen) (Smit et al., 2013). Tot slot richt geïndiceerde preventie zich op mensen die vroege symptomen (subklinische klachten) ervaren, bijvoorbeeld somberheid en additionele symptomen zoals lichamelijke klachten, zonder dat zij voldoen aan de diagnostische criteria voor een depressie (Gillham et al., 2007; Mrazek & Haggerty, 1994).

Onderzoek naar de effectiviteit van preventieprogramma's voor depressieve klachten onder adolescenten heeft uitgewezen dat programma's gericht op 'high-risk' individuen (selectieve of geïndiceerde preventie) effectiever zijn dan universele preventie (Merry et al., 2012; Werner-Seidler et al., 2017). Meta-analyses tonen aan dat geïndiceerde preventie het risico op het ontstaan van een klinische depressie kan verminderen met 10 tot 30%, met een gemiddelde van ongeveer 22% (Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos, & Beekman, 2008; van Zoonen et al., 2014). Geïndiceerde preventie kan dus effectief zijn in het voorkomen van een klinische depressie. De geschatte prevalentie van Nederlandse adolescenten die subklinische depressieve symptomen ervaren ligt tussen de 17 en 21% (van den Zanden, Kramer, Gerrits, & Cuijpers, 2012), en dit is de groep waar geïndiceerde depressie preventie zich op zou kunnen richten.

Er is nog weinig bekend over deelname van adolescenten aan preventieprogramma's voor depressieve klachten. Over volwassenen is bekend dat slechts 40% in Nederland met een gediagnosticeerde depressie hulp zoekt (Bijl & Ravelli, 2000). Omdat bekend is dat deelname aan preventie en behandelingen samenhangt met de ernst van de klachten, waarbij er sprake is van hogere deelname bij klachten die ernstiger zijn, liggen deelnamecijfers aan preventieprogramma's waarschijnlijk lager dan deelnamecijfers aan behandeling. Cuijpers, Warmerdam, van Straten, & van Rooy (2010) suggereren dat slechts 1% van de volwassenen met subklinische depressiesymptomen deelneemt aan de beschikbare preventieve interventieprogramma's. Een mogelijke reden hiervoor is dat mensen met subklinische depressiesymptomen zichzelf niet als zodanig herkennen (van Zoonen et al., 2015). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij mensen die recent een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, deze mensen ervaren symptomen gerelateerd aan depressie maar zien deze als direct voortkomend uit de situatie. Ook klachten als problemen met academische prestaties worden niet direct herkend als zijnde een uitwerking van depressieve klachten (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999; Fröjd et al, 2008).

Er wordt verwacht dat het deelnemerspercentage van adolescenten aan geïndiceerde depressie preventieprogramma's nog lager is dan het percentage van volwassenen. Onderzoek toont aan dat adolescenten met een depressie de ernst van hun symptomen onderschatten en de mate van risico die ze lopen niet op de juiste waarde kunnen schatten (Culp, Clymann, & Culp, 1995). Daarbij komt dat adolescenten een extra ontwikkelingstaak hebben, namelijk het streven naar autonomie en het verminderen van afhankelijkheid van volwassenen. Dit staat lijnrecht tegenover het accepteren van hulp voor persoonlijke problemen van professionals (Logan, 2001). Ook de angst voor stigmatisering speelt mogelijk een rol bij de keuze die

adolescenten maken om niet deel te nemen aan geïndiceerde preventieprogramma's (Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Jorm et al., 1997). Depressieve adolescenten, voornamelijk meisjes, worden gezien als minder populair en minder toegankelijk dan hun niet depressieve leeftijdsgenoten (Connolly, Geller, Marton & Kutcher, 1992).

Het is bekend dat sekse een invloed heeft op het werken aan psychische problemen. Onderzoek naar sekseverschillen onder volwassenen toont aan dat mannen minder hulp zoeken voor psychische problemen dan vrouwen (Mackenzie, Gekoski, & Knox, 2006). Mogelijk hangt dit samen met ideeën in de maatschappij over welk gedrag als mannelijk wordt aangeduid. Over de invloed van leeftijd op deelnamebereidheid aan preventieprogramma's voor mentale gezondheid is onder adolescenten nog geen onderzoek verricht. Onderzoek onder volwassenen is niet eenduidig. Zo is er onderzoek dat aantoont dat leeftijd en het zoeken van hulp positief gerelateerd zijn, naarmate de leeftijd toeneemt wordt er vaker hulp gezocht voor psychische problemen (Bristow & Patten, 2002; Mackenzie et al., 2006). Mogelijk verwachten jongere mensen, waaronder adolescenten, dat klachten vanzelf kunnen verdwijnen. Ander onderzoek laat echter zien dat jongere mensen over het algemeen meer hulp ontvangen voor psychische problemen (Andrews, Issakidis, & Carter, 2001; Verhaak et al., 2009). Mogelijk speelt de rol van ouders hierbij mee, waarbij de invloed van ouders afneemt met de leeftijd. Ouders kunnen jongere adolescenten mogelijk makkelijker en effectiever motiveren tot deelname. Ook opleidingsniveau lijkt een rol te spelen bij de keuze voor deelname, waarbij onderzoek uitwijst dat mensen met een hoger opleidingsniveau over het algemeen meer hulp zoeken voor psychische problemen (Andrews et al., 2001).

Er is tot nu toe weinig empirisch onderzoek verricht naar de oorzaken van de lage deelnamecijfers van adolescenten aan depressie preventieprogramma's. Met behulp van empirische data kunnen redenen onderzocht worden waarom mensen niet deelnemen (Cuijpers et al., 2010). Ook kunnen er patronen ontdekt worden in demografische kenmerken van deelnemers ten opzichte van niet-deelnemers. Het is van belang dat er meer kennis komt over redenen voor niet-deelnemen en over demografische kenmerken van niet-deelnemers ten opzichte van deelnemers, zodat er maatregelen getroffen kunnen worden om deelname aan geïndiceerde depressie preventie te vergoten. Hogere deelnamecijfers aan preventieprogramma's reduceren op individueel niveau de ziektelast die depressieve klachten veroorzaken (Gladstone & Beardslee, 2009), maar zijn ook in maatschappelijk opzicht van belang, ten behoeve van de volksgezondheid. Daarnaast is het economisch gezien van belang om de hoge kosten die depressieve klachten met zich meebrengen te drukken (de Graaf, Tuithof, van Dorsselaer, & ten Have, 2011). Ziekteverzuim en zorggebruik voor behandeling

van depressies zijn twee van die kostenposten. Er is evidentie dat geïndiceerde preventie naar aanleiding van screening op scholen kosteneffectief is, en dit tegen acceptabele kosten geïmplementeerd kan worden (Mihalopoulos, Vos, Pirkis, & Carter, 2012).

Het doel van deze studie is om te onderzoeken hoe adolescenten met subklinische depressieve klachten die niet deelnemen aan een geïndiceerd preventieprogramma zich verhouden tot adolescenten die tevens subklinische depressieve klachten ervaren maar besluiten wel deel te nemen aan een geïndiceerd preventieprogramma. Het onderzoek is daarmee tweeledig en heeft twee onderzoeksvragen. Allereerst wordt onderzocht wat redenen zijn voor niet willen deelnemen aan een geïndiceerd preventieprogramma: Om welke redenen besluiten sommige adolescenten met subklinische depressieve klachten niet deel te nemen aan een geïndiceerd depressie preventieprogramma? Er wordt verwacht dat adolescenten zichzelf niet herkennen als iemand zijnde met depressieve klachten of de klachten niet als 'ernstig' genoeg ervaren (Cuijpers et al., 2010; Culp et al., 1995). Ook zou de angst voor stigmatisering een rol kunnen spelen bij het besluiten niet deel te nemen (Barney et al., 2006; Jorm et al., 1997).

Ten tweede wordt er onderzocht waarin adolescenten met subklinische depressieve klachten die wel deelnemen verschillen van niet-deelnemers op bepaalde demografische kenmerken en depressieve symptomen: Verschillen adolescenten die deelnemen van adolescenten die niet deelnemen op demografische kenmerken (leeftijd, sekse, opleidingsniveau) en het niveau en het soort depressie symptomen? Er wordt verwacht dat onder de deelnemende jongeren relatief meer meisjes zijn dan onder de niet deelnemende jongeren (Mackenzie et al., 2006). Daarnaast wordt er verwacht dat de deelnemende jongeren jonger zijn dan de niet-deelnemende jongeren (Andrews et al., 2001; Verhaak et al., 2009). Ook wordt verwacht dat deelnemende jongeren relatief vaker hoger opgeleid zijn dan niet-deelnemende jongeren (Andrews et al., 2001). Tot slot wordt verwacht dat deelnemers over het algemeen ernstigere symptomen ervaren dan niet-deelnemers, en dat dit geldt voor alle soorten symptomen. Ernstigere symptomen zouden leiden tot meer motivatie tot verandering en daarmee ook tot hogere deelnamecijfers (Stice, Shaw, Bohon, Marti & Rohde, 2009).

Methode

Participanten

Dit onderzoek is onderdeel van een grootschalig onderzoek naar depressiepreventie en de werkzame elementen van cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met depressieve klachten (STARr-project), een samenwerking van het Trimbos-instituut en de Universiteit

Utrecht (van den Heuvel, Bodden, Moerbeek, Smit & Engels, submitted). Adolescenten in alle klassen van het voortgezet onderwijs (van VMBO-basis t/m vwo) kwamen in aanmerking om deel te nemen aan het onderzoek. De inclusiecriteria voor deelname aan het STARr-project waren: (1) leeftijd tussen 10 en 20 jaar oud ten tijde van de screening, (2) voldoende kennis van de Nederlandse taal (3), een verhoogde score op depressieve symptomen, wat betekent een score van 11 of hoger (75^e percentiel of hoger) op de CDI-2. Een exclusiecriteria voor het STARr-project was suïcidale ideatie. Adolescenten bij wie er sprake was van suïcidale ideatie zijn doorverwezen naar de huisarts en verdere hulpverlening.

Voor dit onderzoek golden inclusiecriteria 1 en 3. Voldoende kennis van de Nederlandse taal gold niet als exclusiecriteria. Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal leidde in dit geval tot een reden voor niet-deelnemen omdat de CDI-2 op deze manier ook niet betrouwbaar kon worden ingevuld. In dit onderzoek gold suïcidale ideatie ook niet als exclusiecriteria, omdat het in zichzelf een reden vormde tot niet kunnen deelnemen aan het preventieprogramma.

Procedure

In het kader van het STARr-project zijn 6860 adolescenten gescreend afkomstig van negen middelbare scholen in de regio Midden-Nederland. Alle ouders en jongeren ontvingen informatie over de screening en het onderzoek. Na het verkrijgen van passieve toestemming zijn adolescenten gescreend met de CDI-2. Indien uit de screening een vermoeden van suïcidaliteit bleek (op item 28 gekozen voor het antwoord: 'Ik wil een eind aan mijn leven maken') werden de screeningsitems van de vragenlijst Vragen Over Zelfdoding en Zelfbeschadiging (VOZZ) afgenomen om te zien of er sprake was van suïcidale ideatie (Huisman, Smits, & Kerkhof, 2015). Adolescenten met een verhoogde score op de screening werden uitgenodigd deel te nemen aan een geïndiceerd preventieprogramma op school. Het aangeboden geïndiceerde preventieprogramma is gebaseerd op beginselen van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en is daarmee voornamelijk cognitief van aard.

Huidig onderzoek is een cross-sectioneel onderzoek met een exploratief karakter. Er is gebruik gemaakt van een mixed-methods design, wat wil zeggen dat er gebruik is gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve methodes van onderzoek. Het benaderen van de hoogscoorders is verlopen door eerst een mail te sturen met de uitslag van de score en uitleg omtrent de totstandkoming van de score. Vervolgens zijn adolescenten gebeld om te vragen naar hun deelnamebereidheid. Het mail- en telefoonverkeer verliep bij adolescenten van 16 jaar en ouder direct via de adolescent, onder de 16 jaar verliep dit in eerste instantie via ouders waarna zo mogelijk de adolescent ook zelf gesproken is. Indien ingestemd werd met

deelname was actieve toestemming middels een inschrijfformulier nodig. Voor adolescenten onder de 16 jaar oud was deze actieve toestemming zowel van de adolescent als van ouders nodig. Bij adolescenten van 16 jaar of ouder volstond actieve toestemming van de adolescent.

Voor de totstandkoming van de data van dit onderzoek is vervolgens als volgt te werk gegaan: onderzoeksassistenten hebben van elk telefoongesprek wat gevoerd is een korte samenvatting gemaakt. Met sommige mensen is alleen mailcontact geweest, dan is een samenvatting van het mailcontact gemaakt. De samenvattingen van het mail- en telefoonverkeer zijn geanalyseerd. Na een eerste analyse van de gegevens door drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar, is door elk een codeboom opgesteld. Deze drie codebomen zijn besproken en samengevoegd tot één definitieve codeboom. De definitieve codeboom is opgenomen in bijlage A. Vervolgens hebben twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar de samenvattingen van het mail- en telefoonverkeer geanalyseerd en gecodeerd.

Meetinstrumenten

Om depressieve klachten, *depressiesymptomen*, te meten is gebruik gemaakt van de Children's Depression Inventory 2 (CDI-2) (Bodden, Braet, & Stikkelbroek, 2016) die gebaseerd is op de CDI oorspronkelijk ontwikkeld door Kovacs (1992). De CDI-2 is een zelfrapportage vragenlijst met 28 items, elk bestaande uit drie beweringen waarbij de adolescent steeds de bewering uitkiest die het meest op hem/haar van toepassing is. Het gaat hierbij om de gedachten en gevoelens van de adolescent over de afgelopen twee weken. De eerste keuze gaat over de afwezigheid van een symptoom (score 0), de tweede keuze gaat over lichte symptomen (score 1) en de derde keuze weerspiegelt een klinisch symptoom (score 2). Een voorbeeld van een item is: 'ik ben soms verdrietig' (0), 'ik ben vaak verdrietig' (1), 'ik ben altijd verdrietig' (2). Uit de vragenlijst volgt een totaalscore die kan worden omgezet in percentielscores. Wanneer de totaalscore 11 of hoger was, en adolescenten in het 75e percentiel of hoger vielen, was er sprake van een verhoogde score en een vermoeden van subklinische depressie. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer symptomen er zijn en hoe ernstiger het vermoeden van een depressie is.

Naast de totaalscore zijn er subschalen die verschillende clusters van depressie symptomen differentiëren. De subschalen zijn: Negatieve Stemming en/of Lichamelijke Klachten, Negatief Zelfvertrouwen, Ineffectiviteit en Interpersoonlijke Problemen. De betrouwbaarheid van de CDI-2 is door de COTAN beoordeeld als 'Goed' (Egberink, de Leng, & Vermeulen, 2017). Er is sprake van een hoge mate van interne consistentie en een goede test-hertestbetrouwbaarheid (Bae, 2012). De begrips- en criteriumvaliditeit zijn door de COTAN beiden beoordeeld met 'Onvoldoende' waarbij aangegeven is dat verwacht wordt dat

dit voldoende is maar er nog te weinig onderbouwing is gegeven door de ontwikkelaars. Ander onderzoek wijst uit dat er sprake is van een hoge mate van begripsvaliditeit van de CDI-2 (Bae, 2012). De discriminante validiteit van de CDI-2 is goed, wat aangeeft dat het instrument goed onderscheid kan maken tussen depressieve jongeren en jongeren uit de algemene Nederlandse populatie (Bodden et al., 2016).

Om *suïcidale ideatie* te meten is gebruik gemaakt van de screeningsitems van de VOZZ. De betrouwbaarheid van de VOZZ is door de COTAN beoordeeld met ‘Goed’. (Egberink, de Leng, & Vermeulen, 2018). De begrips- en criteriumvaliditeit zijn beoordeeld met ‘Onvoldoende’, dit heeft te maken met dat het instrument verschillende aspecten meet die aan elkaar gerelateerd zijn. Daarbij wordt beschreven dat de VOZZ een nuttige rol kan spelen bij het signaleren van suïcidaal gedrag, wat in huidig onderzoek ook het beoogde doel was. Daarnaast is de discriminante validiteit van de VOZZ beoordeeld als goed (Huisman et al., 2015).

Analyses

Om de eerste onderzoeksvraag, redenen tot niet deelnemen, te onderzoeken zijn de samenvattingen van het mail- en telefoonverkeerd gecodeerd aan de hand van de codeboom. Deze gegevens zijn in SPSS ingevoerd om beschrijvende statistieken te genereren. Ook is van het instrument, de codeboom, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekent om de mate van overeenstemming tussen de twee onderzoekers te kunnen beoordelen.

Om de tweede onderzoeksvraag, de invloed van demografische kenmerken en depressiesymptomen op deelname, te onderzoeken zijn diverse analyses in SPSS uitgevoerd. Om de invloed van leeftijd op deelname te onderzoeken is een *t*-toets uitgevoerd. Om de invloed van sekse en opleidingsniveau op deelname te onderzoeken zijn Chi-kwadraattoetsen uitgevoerd. Om de groepen deelnemers en niet-deelnemers te vergelijken op de totaalscore van de CDI-2 is een ANCOVA uitgevoerd. Dit is gedaan om de invloed van sekse en leeftijd op de scores van de CDI-2 te kunnen controleren. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zowel sekse (meisjes scoren over het algemeen hoger) als leeftijd van invloed zijn op de scores van de CDI-2 (Bodden et al., 2016). Om de scores op de subschalen van de CDI-2 te kunnen vergelijken tussen de groepen deelnemers en niet-deelnemers is gebruik gemaakt van een MANCOVA waarbij tevens gecontroleerd is voor sekse en leeftijd.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De steekproef bestond uit 2012 adolescenten, waarvan er drie zijn geëxcludeerd omdat ze niet binnen de vooraf bepaalde leeftijdsrange van 10 tot en met 20 jaar oud vielen. In tabel

1 zijn de beschrijvende statistieken van de totale steekproef en de groepen deelnemers en niet-deelnemers weergegeven.

Tabel 1. Beschrijvende statistieken

	Totaal (<i>n</i> = 2009)	Deelnemers (<i>n</i> = 294)	Niet- deelnemers (<i>n</i> = 1715)
Leeftijd, M (SD)	14.15 (1.66)	13.81 (1.48)	14.20 (1.68)
Sekse, %			
Jongen	52.6	42.9	54.3
Meisje	47.4	57.1	45.7
Opleidingsniveau, %			
Laag	6.4	6.8	6.4
Midden	18.2	19.0	18.2
Hoog	75.1	73.8	75.1
Missing	0.3	0.3	0.3

Noot. Opleidingsniveaus zijn ingedeeld in laag (VMBO basis, VMBO kader, VMBO GL), midden (VMBO TL, VMBO TL/HAVO) en hoog (HAVO, HAVO/VWO, VWO) om de generaliseerbaarheid van de resultaten te verhogen.

Redenen niet deelnemen

In tabel 2 staan de percentages redenen weergegeven van de adolescenten die subklinische klachten hadden maar besloten niet deel te nemen (*n* = 1715). Bij het maken van deze tabel is de oorspronkelijke structuur van de codeboom aangehouden. Er is een tweedeling gemaakt: depressiesymptomen zijn herkenbaar of niet herkenbaar, met daaronder subredenen. Wanneer dit onderscheid niet gemaakt kon worden is enkel de hoofdreden gecodeerd. Zie bijlage B voor een visuele weergave in de vorm van een cirkeldiagram.

Tabel 2. Redenen niet deelnemen in percentages

%	Reden
16.0	depressie symptomen niet herkenbaar, geen interesse in deelname
5.7	invullen vragenlijst was een momentopname
2.1	verhoogde score vanwege overlap problematiek (ASS, ADHD, lichamelijke ziekte, bijwerking van medicijngebruik)
1.3	verhoogde score vanwege schoolproblematiek
5.2	moeite met vragenlijst (te weinig antwoordmogelijkheden, suggestief, verkeerd ingevuld/geïnterpreteerd)

- 3.4 vragenlijst niet serieus ingevuld
 - 0.3 depressie symptomen herkenbaar, maar geen interesse in deelname
 - 0.3 stigmatisering/schaamte
 - 1.3 focus op andere problematiek (rouw, faalangst, negatief zelfbeeld, stress)
 - 1.7 ziet het niet als probleem/klachten zijn niet erg genoeg
 - 0.5 zelf thuis mee aan de slag/zicht op houden
 - 1.2 moeite met groepsaspect training
 - 0.8 moeite met training op school
 - 2.9 te druk/intensief
 - 2.1 recentelijk in behandeling geweest voor angst/depressie
 - 6.3 momenteel in behandeling voor angst/depressie
 - 2.8 gaat in behandeling, gaan zelf hulp zoeken
 - 2.8 verhoogde suïcidale score dus uitgesloten van deelname ($n = 48$)
 - 24.7 niet te bereiken
 - 16.0 geen reden gegeven
 - 1.6 mondeling toegezegd, maar niet mee gedaan
 - 1.0 inhoudelijk bezwaar rondom procedure onderzoek
-

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (IBB) van de codering van de redenen voor het niet-deelnemen is met behulp van Cohen's Kappa vastgesteld op $\kappa(1715) = .824$, $p = .000$. Er is een zeer hoge mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Landis & Koch, 1977).

Deelnemers versus niet-deelnemers

Er is een t -toets uitgevoerd om te bepalen of leeftijd significant verschilt tussen de groepen deelnemers en niet deelnemers aan het preventieprogramma. De gemiddelde leeftijd van de groep niet-deelnemers verschilt significant van de gemiddelde leeftijd van de groep deelnemers, $t(433) = 4.104$, $p = .000$. De deelnemende adolescenten zijn gemiddeld jonger dan de adolescenten die besloten niet deel te nemen, zie tabel 1.

Er is een Chi-kwadraattoets uitgevoerd om te bepalen of sekse significant verschilt tussen de condities deelnemen en niet deelnemen aan het preventieprogramma. Er bleek een significant verschil te zijn tussen deelnemers en niet deelnemers, $\chi^2(1) = 13.15$, $p = .000$. In de groep met deelnemers zaten relatief meer meisjes en minder jongens dan in de groep met niet-deelnemers, zie tabel 1.

Er is een Chi-kwadraattoets uitgevoerd om te bepalen of opleidingsniveau verschilt tussen de condities deelnemen en niet deelnemen aan het preventieprogramma.

Opleidingsniveau bleek niet significant te verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers, $\chi^2(2) = 0.28, p = .869$. Zie tabel 1 voor percentages.

Middels een ANCOVA is onderzocht of er sprake is van een significant verschil tussen de groep deelnemers en de groep niet-deelnemers op de totaalscore van de CDI-2 op de screening, waarbij gecontroleerd is voor de variabelen sekse en leeftijd. De gemiddelde score op de CDI-2 van de groep niet-deelnemers verschilt significant van de gemiddelde score op de CDI-2 van de groep deelnemers, $F(1, 2005) = 29.08, p = .000$. Deelnemers scoren gemiddeld hoger op de CDI-2 dan niet-deelnemers, zie tabel 3.

Middels een MANCOVA is onderzocht of er sprake is van een significant verschil tussen de groep deelnemers en de groep niet-deelnemers op de subschalen van de CDI-2, waarbij er gecontroleerd is voor de variabelen sekse en leeftijd. Er was een significant verschil tussen de groep deelnemers en niet-deelnemers op de subschaal negatieve stemming/lichamelijke klachten, $F(1, 2005) = 6.22, p = .013$. Deelnemers scoren gemiddeld hoger op negatieve stemming/lichamelijke klachten dan niet-deelnemers. Er bestond tevens een significant verschil tussen de groep deelnemers en niet-deelnemers op de subschaal negatief zelfvertrouwen, $F(1, 2005) = 33.02, p = .000$. Deelnemers scoren gemiddeld hoger op negatief zelfvertrouwen dan niet-deelnemers. Er was ook een significant verschil tussen de groep deelnemers en niet-deelnemers op de subschaal ineffectiviteit, $F(1, 2005) = 11.67, p = .001$. Deelnemers scoren gemiddeld hoger op ineffectiviteit dan niet-deelnemers. Tot slot was er ook een significant verschil tussen de groep deelnemers en niet-deelnemers op de subschaal interpersoonlijke problemen, $F(1, 2005) = 24.06, p = .000$. Deelnemers scoren gemiddeld hoger op interpersoonlijke problemen dan niet-deelnemers. Zie tabel 3 voor de gemiddelde scores op de CDI-2 in de twee groepen.

Tabel 3. Gemiddeldes en standaarddeviaties CDI-2 totaalscore en subschalen

	Deelnemers		Niet-deelnemers	
	M	SD	M	SD
Totaalscore	18.53	6.56	16.04	6.63
Negatieve stemming/lichamelijke klachten	5.02	2.62	4.48	2.73
Negatief zelfvertrouwen	4.02	2.15	3.15	2.16
Ineffectiviteit	7.36	2.45	6.82	2.25

Interpersoonlijke problemen	2.12	1.60	1.59	1.69
-----------------------------	------	------	------	------

Discussie

Hoewel er de laatste jaren meer bekend is geworden over de effectiviteit en daarmee het belang van geïndiceerde preventieprogramma's voor depressieve klachten bij adolescenten, zijn de deelnamecijfers laag (Cuijpers et al., 2010; van Zoonen et al., 2015). Er is nog maar weinig bekend over de lage deelnamebereidheid aan geïndiceerde depressie preventie. Omdat uit onderzoek blijkt dat de eerste symptomen van depressie hun oorsprong vinden in de adolescentie (Lewinsohn et al., 1999), lijkt er juist winst te behalen voor geïndiceerde preventie in deze ontwikkelingsfase. Huidig onderzoek was tweeledig, de twee onderzoeksvragen die zijn onderzocht waren: 'Om welke redenen besluiten adolescenten met subklinische depressieve klachten niet deel te nemen aan een geïndiceerd depressie preventieprogramma?' en 'Verschillen adolescenten die deelnemen van adolescenten die niet deelnemen op demografische kenmerken (leeftijd, sekse, opleidingsniveau) en het niveau en het soort depressiesymptomen?'.

Uit dit onderzoek blijkt dat er diverse redenen zijn voor adolescenten om niet deel te nemen aan een geïndiceerd depressie preventieprogramma. Zoals vooraf verwacht is er een percentage (33.7%) adolescenten die de depressieve klachten niet herkent (Cuijpers et al., 2010). Meer dan de helft van die groep adolescenten (16.0%) heeft daarbij geen reden gegeven waarom de verhoogde score niet herkenbaar is. Het blijkt dat 24.7% van de adolescenten niet te bereiken is, ondanks dat contactgegevens in bijna alle gevallen bekend waren, waardoor we informatie missen over bijna een kwart van de adolescenten die verhoogd scoorden. Mogelijk zullen de percentages van andere redenen hoger uitvallen als we deze informatie wel hadden verkregen. 9% van de adolescenten geeft aan depressieve klachten te herkennen, maar besluit toch niet deel te nemen aan het geïndiceerde preventieprogramma. Zoals vooraf verwacht geeft een deel (0.3%) aan dat dit te maken heeft met schaamte dan wel angst voor stigmatisering (Barney et al., 2006). 11.2% van de adolescenten is recentelijk in behandeling geweest, is momenteel in behandeling of heeft besloten in behandeling te gaan voor symptomen gerelateerd aan depressie. Behandeling omvat hierbij behandeling binnen de GGZ, maar ook gesprekken of trainingen op school.

Van het percentage adolescenten dat aangeeft de depressieve klachten niet te herkennen geeft 5.7% aan de uitslag te wijten aan een momentopname. Dit kan bijvoorbeeld zijn een toetsweek, ziekte of een blessure, het tijdstip van de dag of een life-event die tijdelijk een grote invloed heeft op de stemming. Er zijn ook adolescenten die de symptomen wel

herkennen (1.7%) maar vinden dat deze niet erg genoeg zijn om er hulp voor te willen ontvangen. De vragen die daarbij gesteld kunnen worden is of deze groep daadwerkelijk geen behoefte heeft aan hulp, of dat ze de overtuiging hebben dat de klachten erger moeten worden voordat ze hulp mogen ontvangen.

Wat opgemerkt dient te worden is dat 5.2% van de adolescenten met een verhoogde score op de screening aangeeft moeite gehad te hebben met het gebruikte instrument, de CDI-2. Ze hebben de vragenlijst niet goed begrepen, vonden het instrument suggestief en/of vonden dat er sprake was van te weinig antwoordmogelijkheden. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor vervolgonderzoek. Aangezien de CDI-2 vaak wordt gebruikt in de klinische setting, sluit het misschien niet volledig aan in de onderzoekssetting. Wat mogelijk zou zijn is het aanbieden van een extra antwoordmogelijkheid, zodat er een vierpuntsschaal ontstaat. In de samenvattingen van het mail- en telefoonverkeer kwam regelmatig terug dat adolescenten een antwoordoptie misten tussen het niet of nooit voorkomen van een symptoom en het regelmatig voorkomen. Wanneer vaker het score 1 antwoord wordt ingevuld, bij gebrek aan een ander antwoord, kan ook uitgekomen worden op een verhoogde score terwijl dit niet ervaren wordt door de adolescent.

Het blijkt dat er een invloed is van sekse op het besluit wel of niet deel te nemen aan het preventieprogramma. Meisjes besluiten vaker deel te nemen aan een geïndiceerd preventieprogramma voor depressieve symptomen dan jongens. Dit is in lijn met eerder onderzoek naar de invloed van sekse op deelnamebereidheid, waaruit blijkt dat vrouwen een hogere deelnamebereidheid tonen (Andrews et al., 2001; Oliver, Pearson, Coe, & Gunnell, 2005). Mogelijk hangt dit fenomeen samen met ingesleten gender-rollen, waarbij mentale gezondheidsproblemen meer geaccepteerd worden bij vrouwen dan bij mannen (Mackenzie et al., 2006; Oliver et al., 2005). Hierdoor kan het voor mannen moeilijker zijn om hulp te accepteren voor depressieve klachten, zoals deelnemen aan een geïndiceerd preventieprogramma. Ook het cognitieve karakter van het geïndiceerde preventieprogramma kan implicaties hebben voor de deelname van jongens. Ondanks dat uit onderzoek blijkt dat CBT op dit moment de meest effectieve behandeling is voor depressieve klachten voor beide seksen, past het cognitieve karakter van CBT mogelijk beter bij meisjes dan bij jongens. Er is onderzoek verricht onder volwassenen wat aantoonde dat CBT-programma's aanpassingen vereisen om beter aan te kunnen sluiten bij mannen (Spendelow, 2015).

Daarnaast blijkt dat er een invloed is van leeftijd op het besluit wel of niet deel te nemen. Jongere adolescenten besluiten vaker deel te nemen dan oudere adolescenten. Dit hangt mogelijk samen met de sterkere invloed van ouders op jongere adolescenten.

Volwassenen kunnen de risico's van depressie en voordelen van het preventieprogramma beter inschatten dan adolescenten (Culp, Clymann, & Culp, 1995). Ouders kunnen een motiverende rol hebben bij het besluit van hun kinderen om deel te nemen. Daarbij speelt waarschijnlijk ook de drang naar ontwikkeling van autonomie mee, die toeneemt met de leeftijd van de adolescent, wat niet samengaat met het accepteren van hulp voor persoonlijke problemen (Logan, 2001).

Tot slot blijkt er geen invloed te zijn van opleidingsniveau op het besluit deel te nemen aan geïndiceerde depressiepreventie. Dit is in strijd met de verwachting dat hoger opgeleiden eerder zouden deelnemen, samenhangend met de trend dat hoger opgeleiden over het algemeen meer hulp zoeken voor mentale gezondheidsproblemen (Andrews et al., 2001). Mogelijk speelt de invloed van opleidingsniveau op deelname onder adolescenten een kleinere rol dan onder volwassenen. Dit zou te maken kunnen hebben met de bereikbaarheid van mensen. Uit onderzoek onder volwassenen blijkt dat het in de praktijk moeilijk is om mensen van alle opleidingsniveaus evenredig te bereiken (Smit et al., 2013). In dit onderzoek zijn participanten via scholen met alle opleidingsniveaus benaderd, waardoor de bereikbaarheid van adolescenten van verschillende opleidingsniveaus in principe hoog was. Er was wel sprake van een relatief homogene onderzoekspopulatie op deelname aan de screening, waarbij 75.1% hoog opgeleid was. In vervolgonderzoek zou meer rekening gehouden kunnen worden met de heterogeniteit van de onderzoekspopulatie, door hier al ten tijde van de werving meer op in te spelen.

Wat betreft de verschillen tussen deelnemers en niet-deelnemers op depressiesymptomen, blijkt dat er in totaal en op alle subschalen een significant verschil is tussen de groepen deelnemers en niet-deelnemers. Deelnemers scoren over het algemeen hoger op de totaalscore en ook op alle subschalen van de CDI-2 dan niet-deelnemers. Dit is in lijn met de verwachting vooraf dat mensen met ernstigere of meer depressiesymptomen eerder geneigd zijn hulp te ontvangen voor mentale gezondheidsproblemen (Stice et al., 2009). Dit gegeven werpt licht op twee kwesties, ten eerste: hoe kunnen mensen met subklinische klachten ook bereikt worden wanneer deze nog mild zijn, zodat de klachten niet erger (dan wel klinisch) hoeven te worden. Ten tweede kan ook de kritische noot geplaatst worden in hoeverre er altijd een daadwerkelijke behoefte aan hulp is wanneer adolescenten depressieve klachten ervaren. Zo is er ook een groep adolescenten waarbij er sprake is van spontaan herstel (Harrington & Dubicka, 2001). Hier moet wel bij opgemerkt worden dat spontaan herstel niet altijd betekent dat de persoon in kwestie de rest van het leven vrij is van de klachten, gezien het recidiverende karakter van depressieve klachten (Smit et al., 2013).

Vervolgonderzoek zou meer aandacht kunnen hebben voor verschillen tussen adolescenten die wel of geen behoefte hebben aan hulp, door ze aan de start van het onderzoek te identificeren en aparte onderzoeksgroepen te maken. Op deze manier kan er meer informatie komen over verschillen in demografische kenmerken dan wel het soort en niveau van depressiesymptomen tussen de groepen die wel en geen behoefte aan hulp ervaren. Zo kan er meer inzicht verkregen worden in wanneer hulp wel en niet noodzakelijk is bij subklinische depressieve klachten.

Een sterke kant van dit onderzoek is de grootte van de steekproef ($n = 2009$), waardoor er sprake is van voldoende statistische power om een verschil tussen groepen te vinden als deze daadwerkelijk in de populatie bestaat (Cohen, 1977). Een ander sterk punt is dat de onafhankelijkheid van de gebruikte codeboom gewaarborgd is doordat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend is, welke als goed geïnterpreteerd mag worden (Landis & Koch, 1977). De hoge mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid geeft weer dat persoonlijke kenmerken van onderzoekers waarschijnlijk weinig invloed hebben gehad bij het gebruik van het instrument, de codeboom. Tenslotte is het gebruikte mixed-methods design een sterk punt van dit exploratieve onderzoek. Omdat er nog weinig onderzoek was, is gekozen om zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve methode van analyseren te gebruiken. Het exploratieve karakter van dit onderzoek betekent echter ook dat de conclusies die getrokken worden in dit onderzoek, door vervolgonderzoek gerepliceerd en ondersteund dienen te worden.

Een limitatie van huidig onderzoek is dat de CDI-2 enkel een screeningsinstrument is. In huidig onderzoek was het daarom niet mogelijk de adolescenten die voldeden aan de criteria voor een klinische depressie te excluseren, wat mogelijk de resultaten heeft beïnvloed. Vervolgonderzoek zou gebruik kunnen maken van een diagnostisch interview of aanvullend assessment (zoals de K-SADS) om de diagnose depressie te kunnen vaststellen (Bodden et al., 2016). Deze groep kan dan geëxcludeerd worden uit onderzoek. Een ander aandachtspunt voor vervolgonderzoek is om te proberen de groep die wel verhoogd scoren maar niet te bereiken was (24.7%) toch te bereiken. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door meer aandacht te besteden aan de screening op scholen. Hierbij kan gedacht worden aan het inzetten van docenten, of een onderzoeker, om vooraf face-to-face informatie te verspreiden onder adolescenten over de screening die gaat plaatsvinden.

De onderzoeksresultaten hebben ook implicaties voor de praktijk. Nu er meer bekend is over redenen tot niet-deelnemen, waaruit blijkt dat een groot aandeel adolescenten de symptomen niet herkennen, zou er bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan het inzetten van

psycho-educatie over subklinische depressieve klachten op scholen. Dat er sekseverschillen bestaan waarbij meisjes vaker deelnemen aan preventie, zou moeten leiden tot het meer aandacht besteden aan een verbeterde werving van jongens. Gezien de uitkomst dat oudere adolescenten minder vaak deelnemen dan jongere adolescenten blijkt het tevens van belang voor professionals om bewust te blijven van de drang naar autonomie van de adolescenten (Logan, 2001). Op de juiste wijze aansluiten en communiceren waarbij de zich ontwikkelende autonomie niet in het gedrang komt blijft een belangrijk uitgangspunt om de adolescent gemotiveerd te krijgen voor het werken aan zijn of haar psychische problemen.

Ondanks dat geïndiceerde preventie effectief blijkt te zijn voor het verminderen van depressieve klachten en het voorkomen van klinische depressie onder adolescenten, zijn deelnamecijfers laag. In dit onderzoek is een eerste aanzet gegeven om zicht te krijgen op deelname en deelnamebereidheid van adolescenten aan geïndiceerde depressiepreventie. Deze kennis is de eerste stap om geïndiceerde preventie op de manier in te zetten dat de deelnamebereidheid vergroot kan worden, zodat deelnamecijfers hoger kunnen worden en meer adolescenten kunnen profiteren van geïndiceerde preventie. Geïndiceerde depressiepreventie voor adolescenten kan op individueel niveau de ziektelast verminderen, en op maatschappelijk niveau zorgen voor een verbetering van de volksgezondheid.

Referenties

- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry, 179*, 417–425. doi:10.1192/bjp.179.5.417
- Bae, Y. (2012). Test review: Children's Depression Inventory 2 (CDI 2). *Journal of Psychoeducational Assessment, 30*, 304-308. doi:10.1177/0734282911426407
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 258-269. doi:10.1037//0022-3514.76.2.258
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 51-54. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health, 90*, 602-607. doi:10.2105/ajph.90.4.602
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press
- Connolly, J., Geller, S., Marton, P., & Kutcher, S. (1992). Peer responses to social interaction with depressed adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 365-370. doi:10.1207/s15374424jccp2104_6
- Cuijpers, P., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders, 79*, 71–79. doi:10.1016/S0165-0327(02)00348-8
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1272-1280. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07091422
- Cuijpers, P., Warmerdam, L., Van Straten, A., & Van Rooy, M. J. (2010). Het bereik van preventieve interventies voor depressie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 88*, 278-284. doi:10.1007/bf03089624
- Culp, A. M., Clymann, M. M., & Culp, R. E. (1995). Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence, 30*, 827-837. Retrieved from <https://www.ebsco.com/>

- Egberink, I.J.L., Leng, W.E. de, & Vermeulen, C.S.M. (30-05-2019). COTAN beoordeling 2017, CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Egberink, I.J.L., Leng, W.E. de, & Vermeulen, C.S.M. (30-05-2019). COTAN beoordeling 2018, Vragenlijst over zelfdoding en zelfbeschadiging. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U., Marttunen, M. J., Koivisto, A., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, *31*, 485-498. doi:10.1016/j.adolescence.2007.08.006
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J., Samuels, B., ... Seligman, M. E. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn resiliency program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 9-19. doi:10.1037/0022-006x.75.1.9
- Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*, 212-221. doi:10.1177/070674370905400402
- Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, & Have, M. ten, (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 128-140. doi:10.1037//0021-843x.107.1.128
- Harrington, R., & Dubicka, B. (2001). Natural history of mood disorders in children and adolescents. In I. Goodyer (Ed.), *The Depressed Child and Adolescent* (Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, pp. 353-381). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543821.014
- Heuvel, W. H. van den, Bodden, D., Moerbeek, M., Smit, F., & Engels, R. (submitted). Dismantling the relative effectiveness of core components of Cognitive Behavioural Therapy in preventing depression in adolescents: Protocol of a cluster randomized microtrial. Article submitted for publication.

- Huisman, A., Smits, N., & Kerkhof, A. J. F. M. (2015). Signaleren van suicidaliteit bij jongeren met de VOZZ vragenlijst. *Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *47*, 118-120. doi:10.1007/s12452-015-0035-5
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Rodgers, B., Pollitt, P., Christensen, H., & Henderson, S. (1997). Helpfulness of interventions for mental disorders: Beliefs of health professionals compared with the general public. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 233-237. doi:10.1192/bjp.171.3.233
- Klein D. N., Torpey, D.C., Bufferd, S. J., & Dyson, M.W. *Depressive disorders*. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP, editors. *Child and adolescent psychopathology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2008. pp. 477–509.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159. doi:10.2307/2529310
- Lewinsohn, P. M. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *18*, 765-794. doi:10.1016/s0272-7358(98)00010-5
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *38*, 56-63. doi:10.1097/00004583-199901000-00020
- Logan, D. E. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 319-333. doi:10.1093/clipsy/8.3.319
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, *10*, 574-582. doi:10.1080/13607860600641200
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, *7*, 1409-1685. doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2012). The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics*, *129*, 723-730. doi:10.1542/peds.2011-1823.

- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks of mental disorder: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., Gunnell, D., (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297–301. doi:10.1192/bjp.186.4.297
- Rao, U., Hammen, C., & Daley, S. E. (1999). Continuity of depression during the transition to adulthood: A 5-year longitudinal study of young women. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 908-915. doi:10.1097/00004583-199907000-00022
- Smit, H. F. E., Vlasveld, M., Beekman, A., Cuijpers, P., Schoevers, R., Ruiters, M., & Boon, B. (2013). *Depressiepreventie; stand van zaken, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Spendelov, J. S. (2015). Cognitive-behavioral treatment of depression in men: Tailoring treatment and directions for future research. *American Journal of Men's Health*, 9, 94-102. doi:10.1177/1557988314529790
- 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, 486-503. doi:10.1037/a0015168
- Zanden, R. van den, 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, 86. doi:10.2196/jmir.2033
- Zoonen, K. van, Buntrock, C., Ebert, D. D., Smit, F., Reynolds, C. F. R., Beekman, A. T., Cuijpers, P., (2014). Preventing the onset of major depressive disorder: a meta analytic review of psychological interventions. *International Journal of Epidemiology*, 43, 318–329. doi:10.1093/ije/dyt175
- Zoonen, K. van, Kleiboer, A., Beekman, A. T., Smit, J. H., Boerema, A. M., & Cuijpers, P. (2015). Reasons and determinants of help-seeking in people with a subclinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 173, 105-112. doi:10.1016/j.jad.2014.10.062
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. doi:10.1016/j.cpr.2016.10.005.

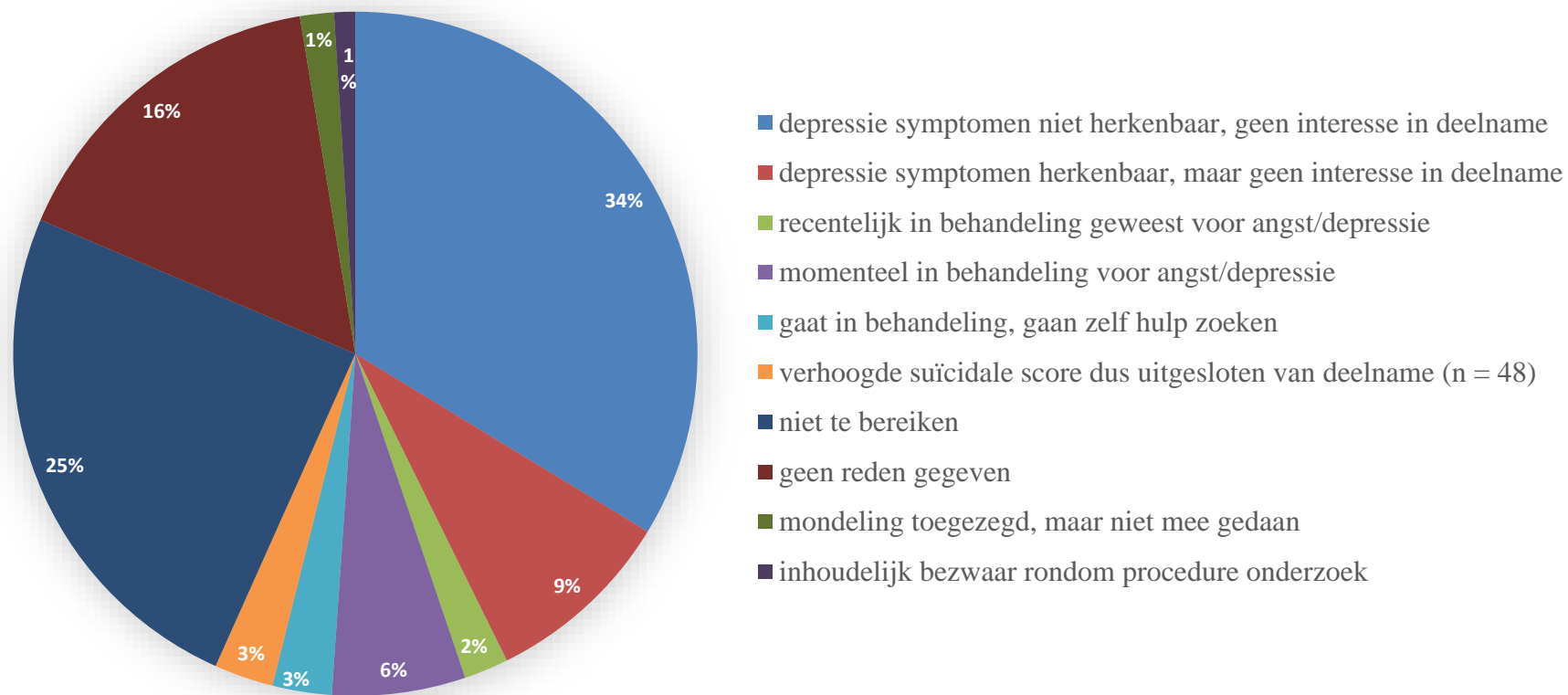
Bijlage A

Codeboom

1. Hoge CDI-2 score, maar desondanks zijn depressie symptomen niet herkenbaar:
 - a. momentopname (bijv. toetsweek, ongesteld, ziek, blessure, maandag laatste uur, life-event)
 - b. hoge score vanwege overlap met andere (al bekende) problematiek (bijv. ASS, ADHD, vitamine-D tekort, lichamelijk ziekte, medicijnen)
 - c. hoge score vanwege schoolproblemen (bijv. slechte cijfers, motivatieproblemen, leerproblemen, aandachtsproblemen)
 - d. moeite met vragenlijst
 - d1. te weinig antwoordmogelijkheden/suggestief
 - d2. verkeerd ingevuld/geïnterpreteerd/onvoldoende beheersing NL taal
 - e. niet serieus ingevuld
2. Hoge CDI-2 score, depressieve symptomen herkenbaar, maar geen interesse in deelname:
 - a. stigmatisering/schaamte
 - b. ziet nut niet/wil niet/geen zin → wordt 8
 - c. focus ligt op andere problematiek (bijv. rouw, faalangst, onzeker/negatief zelfbeeld, stress)
 - d. zien het niet als probleem (bijv. seizoensgebonden, normaal onderdeel puberteit, is wie ik ben)
 - e. gaan er zelf thuis mee aan de slag/houden er thuis zicht op
 - f. moeite met groepsaspect training
 - g. moeite met training op school
 - h. x
 - i. te druk/intensief
3. Hoge CDI-2 score, maar recentelijk in behandeling geweest voor angst/depressie:
 - a. GGZ
 - b. Alternatieve geneeswijzen
 - c. Hulp op school (bijv. zorgcoördinator/orthopedagoog/training op school)
 - d. Onbekend
4. Hoge CDI-2 score, maar momenteel in behandeling voor angst/depressie:
 - a. GGZ
 - b. Alternatieve geneeswijzen
 - c. Hulp op school (bijv. zorgcoördinator/orthopedagoog/training op school)
 - d. Onbekend
5. Hoge CDI-2 score, maar gaat in behandeling/ouders gaan zelf hulp zoeken
 - a. Huisarts/poh
 - b. GGZ
 - c. Alternatieve geneeswijzen
 - d. Hulp op school (trainingen)
 - e. Onbekend

6. Hoge CDI-2 score en verhoogde suïcidale score
7. Hoge CDI-2 score, maar geen contact geweest:
 - a. Contactgegevens bekend, maar niet bereikbaar (voicemail, niet aangenomen)
 - b. Contactgegevens bekend, maar vergeten te benaderen
 - c. Contactgegevens niet bekend, dus niet kunnen benaderen
8. Geen reden gegeven (bijv. ziet nut niet/wil niet/geen zin zonder reden te specificeren)
9. Mondeling toegezegd, geen toestemmingsformulier ontvangen/niet meegedaan
10. Inhoudelijk bewaar rondom procedure onderzoek (bijv. informeren huisarts)

Bijlage B



Figuur 1. Cirkeldiagram redenen niet-deelnemen