

“I Just Want To Be Happy”

Het Effect van Cognitieve Gedragstherapie op Negatieve Cognities bij Adolescenten met
Depressieve Klachten

Collegejaar 2018-2019

Universiteit Utrecht

Master thesis

Masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies

Daniel Maldonado Sevilla

6259103

Thesis begeleider

Marieke van den Heuvel

Tweede beoordelaar

Denise Bodden

Datum

14-06-2019

Opdrachtgever:

Trimbos-Instituut

Abstract

Background: Suffering from depressive symptoms, such as negative cognitions, can occur at any age, but the chance increases during adolescence. Cognitive behavioural therapy (CBT) is a form of treatment that is used in preventive interventions for depressive symptoms. Little is known about the effectiveness of specific CBT elements on depressive symptoms. **Aim:** This study was aimed at examining the effectiveness of four different CBT elements (cognitive restructuring, behavioural activation, relaxation and problem solving skills) on depressive symptoms. Second, it was examined whether a change in negative cognitions mediates the relationship between the elements and depressive symptoms. The sample consisted of 220 Dutch high-school students between 10 and 20 years of age with subclinical depressive symptoms. The current research was part of the longitudinal research by the Trimbos-Instituut. **Results:** An ANCOVA and a paired sample t-test were conducted to investigate if there was a significant effect of CBT elements on depressive symptoms. The results show that there was no significant relation between CBT and depressive symptoms and that there was no significant decrease in symptoms between the pre- and post-measurement. As no correlations were found between the variables in the model, the mediation analysis could not be executed. **Conclusion:** According to this study specific CBT elements are not effective in decreasing depressive symptoms. At last it can be concluded that negative cognitions is not a mediator between CBT and depressive symptoms. Further research is suggested since the effectiveness of CBT elements is important for future interventions for adolescents with depressive symptoms.

Keywords: Depression, Cognitive behavioural therapy, prevention, negative cognitions

Het Effect van Cognitieve Gedragstherapie op Negatieve Cognities bij Adolescenten met Depressieve Klachten

Depressie is een veel voorkomend probleem bij adolescenten (Fletcher, 2008; Mathers, Fat, & Boerma, 2008). Ruim 5% van de adolescenten tussen de 12 en 18 jaar hebben last van een depressie. De prevalentie neemt over het algemeen toe vanaf de vroege adolescentie (rond het 14^e levensjaar) tot in de volwassenheid (Stark, Boswell, Sander, Yancy, Bronik, & Hoke, 2000). Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door een aantal symptomen, bijvoorbeeld een sombere en/of geïrriteerde stemming, verminderde interesses in activiteiten, gevoelens van waardeloosheid, vermoeidheid en psychomotorische agitatie (American Psychiatric Association, 2013). Een depressieve stoornis kan gesteld worden wanneer de persoon klinisch significante lijdensdruk ervaart in het sociale functioneren, het functioneren op school of op andere belangrijke domeinen. Een depressie tijdens de adolescentie geeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van toekomstige depressieve episodes, uitval van school, problemen met leeftijdsgenoten of familie en suïcide (Essau & Chang, 2009; Garber et al., 2009). Naast adolescenten met een depressieve stoornis zijn er ook veel adolescenten die subklinische klachten ervaren. Per jaar ervaart 17% van de Nederlandse 10 tot 25-jarigen subklinische depressieve symptomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Het ervaren van subklinische depressieve symptomen kan leiden tot een verhoogd risico op een depressie en suïcide pogingen als zij volwassen zijn (Fergusson, Horwood, Ridder & Beatrais, 2005). Depressieve symptomen kunnen ook een negatieve invloed hebben op de executieve functies van een persoon. Hierbij gaat het om plannen, redeneren, informatie opnemen en verwerken, werkgeheugen en mentale flexibiliteit (Groves et al., 2015). Het is dus van belang om vroegtijdig in te grijpen op deze subklinische depressieve symptomen en onderzoek te doen naar preventieve interventies.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een van de meest effectieve methoden in de behandeling en preventie van depressieve symptomen bij adolescenten (Van Rooijen, 2018). Het doel van CGT is om de negatieve cognities en gedragingen te veranderen en daarmee de depressieve symptomen te verminderen. De meeste gebruikte en voorkomende CGT-elementen zijn cognitieve herstructurering, gedragsactivatie, ontspanningsoefeningen en probleemoplossingsvaardigheden (Stikkelbroek & Prinzie, 2008). Ondanks dat CGT een van de meest effectieve methoden is voor het behandelen van depressieve symptomen is er nog weinig onderzoek gedaan om te kunnen stellen welk element het meest effectief is. Doordat CGT elementen vaak samen worden toegepast kan er niet gezegd worden welk element

effectiever is. Het is van belang om de effectiviteit van specifieke CGT elementen te onderzoeken om meer persoonsgericht te kunnen werken en alleen de effectieve elementen toe te passen (National Institute of Mental Health, 2006).

CGT-elementen

Bij cognitieve herstructurering worden negatieve gedachten opgespoord en worden onrealistische cognities veranderd (Ten Broeke, 2016). Kenmerkend voor dit element is het uitdagen van de gedachten door te kijken naar bewijzen voor en tegen de negatieve gedachten. Hierdoor worden denkfouten opgespoord en kunnen alternatieve gedachten geformuleerd worden (Larsson, Hooper, Osborne, Bennett, & McHugh, 2016). Cognitieve herstructurering is gebaseerd op de cognitieve therapie, wat kijkt naar de cognitieve processen van een persoon (Ten Broeke, 2016). Een belangrijk model hierbij is het depressiemodel van Beck (1967). Dit model stelt dat depressieve mensen negatieve cognitieve schema's hebben, die ervoor zorgen dat zij informatie op een negatieve manier verwerken (Köhler, Unger, Hoffman, Mackert, Ross, & Fydrich, 2015). Hierdoor worden negatieve ervaringen aan het individu toegeschreven, terwijl positieve ervaringen aan externe factoren worden toegeschreven (Bennett-Levy et al., 2010). Een voordeel van cognitieve herstructurering is dat de persoon leert om afstand te doen van de negatieve gedachten en op een andere manier naar de wereld leert kijken (Beck, 1967). Dit zorgt voor een vermindering van depressieve symptomen. Cognitieve herstructurering is het meest effectieve element in het verminderen van depressieve symptomen bij mensen boven de 18 jaar (Köhler et al., 2015).

Gedragsactivatie is een element waarbij de persoon wordt gestimuleerd om meer plezierige activiteiten te doen (Ekers, Webster, Van Straten, Cuijpers, Richards, & Gilbody, 2014). Dit wordt gedaan door het vermijdingsgedrag van de persoon te identificeren en coping strategieën aan te leren om ervoor te zorgen dat de persoon activiteiten gaat doen. Depressieve symptomen kunnen ontstaan wanneer er sprake is van een belangrijke verandering in het leven van een individu, wat leidt tot een vermindering van positieve sociale ervaringen (Lewinsohn, 1973). De gemoedsstand van een persoon staat in verband met het aantal leuke activiteiten die iemand onderneemt (Lewinsohn, 1973). Gedragsactivatie is effectief voor het verminderen van depressieve symptomen bij kinderen en adolescenten tussen de 8 en 18 jaar (Tindall et al., 2017). Er kan na vijf sessies sprake zijn van een vermindering van depressieve symptomen bij mensen ouder dan 16 jaar (Ekers et al., 2014).

Bij ontspanningsoefeningen wordt de persoon getraind om zijn aandacht te richten op het hier en nu (Dunning et al., 2018). Ontspanningsoefeningen hebben als doel het

verminderen van stress, wat resulteert in een vermindering van depressieve symptomen (Dunning et al., 2018; Eberhart, Auerbachm, Bigda-Peyton, & Abela, 2011). Diathese-stress modellen worden vaak gebruikt om de relatie te begrijpen tussen depressieve symptomen en stressoren uit de omgeving. Hammen (1991) onderzocht als eerst de invloed van stressoren in de omgeving op depressieve symptomen van een persoon. Hieruit bleek dat mensen met depressieve symptomen hoge levels van stress rapporteerden. Hoewel onderzoek naar het effect van ontspanningsoefeningen schaars is, worden ontspanningsoefeningen door verschillende reviews geclassificeerd als waarschijnlijk effectief bij adolescenten met depressieve symptomen (David-Ferdon & Kaslow, 2008; Weersing et al., 2017).

Probleemoplossingsvaardigheden houdt in dat de persoon technieken aanleert om problemen op te lossen en om logisch te redeneren. Een tekort in probleemoplossingsvaardigheden speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen en in stand houden van depressieve symptomen (Nezu, 1986; Marx, Williams, & Claridge, 1992; Pollock & Williams, 2004). De sociale probleem-oplossende theorie van Bandura (1997) stelt dat het hebben van probleemoplossingsvaardigheden ervoor zorgt dat men adaptieve strategieën toepast in negatieve en stressvolle situaties in plaats van maladaptieve strategieën, zoals vermijding. Maladaptieve strategieën zorgen voor het in stand houden van depressieve symptomen (Nezu, 2004). Probleemoplossingsvaardigheden zorgen voor een vermindering van depressieve symptomen bij adolescenten (Kennard et al., 2009).

Negatieve cognities als mediator

Beck (1967) stelt dat negatieve cognitieve schema's een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van depressieve symptomen. Het hebben van negatieve cognities is een mediator tussen CGT en depressieve symptomen (Kaufman, Rohde, Seeley, Clarke en Stice, 2005). Dit betekent dat het aanpakken van negatieve cognities middels CGT zorgt voor een vermindering van depressieve symptomen bij adolescenten (Lo, Ho, & Hollon, 2008). Een mediatie analyse is belangrijk om onderliggende effecten van de interventie te onderzoeken en daarnaast kan het helpen om te verhelderen welk element binnen de interventie het meest effectief is in het verminderen van depressieve symptomen. Cognitieve herstructurering heeft als doel het veranderen van dysfunctionele cognities, waardoor dit element het meest effectief blijkt voor het verminderen van negatieve cognities (Larsson, 2016).

Onderzoeksvraag

Onderzoek toont aan dat CGT effectief is in de preventie van een depressie bij adolescenten. Er is echter weinig bekend over het effect van de elementen binnen CGT en over de rol van negatieve cognities als mediator. Het doel van het huidige onderzoek is om te

kijken welk CGT element het meest effectief is in het verminderen van depressieve symptomen. Daarnaast zal gekeken worden of negatieve cognities een mediator is in de relatie tussen typen CGT elementen en depressieve symptomen. Daarom staan in dit onderzoek de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Wat is de effectiviteit van de verschillende CGT elementen op depressieve symptomen ten opzichte van elkaar?
2. Is het hebben van negatieve cognities een mediator in de relatie tussen de CGT elementen en depressieve symptomen?

De deelvragen zullen toegespitst zijn op de individuele invloed van het type CGT element (cognitieve herstructurering, gedragsactivatie, ontspanningsoefeningen en probleemoplossingsvaardigheden) op depressieve symptomen. Negatieve cognities worden meegenomen als mediator tussen het type CGT element en depressieve symptomen.

Op basis van de literatuur zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. Cognitieve herstructurering is het meest effectieve element voor het verminderen van depressieve symptomen.
2. Het hebben van negatieve cognities is een mediator in de relatie tussen CGT elementen en depressieve symptomen.

Methode

Design

Dit onderzoek is onderdeel van een longitudinaal onderzoek naar de werkzame factoren van preventieve CGT bij kinderen en adolescenten met subklinische depressieve symptomen, uitgevoerd door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht. Er zijn metingen uitgevoerd voorafgaand aan de training, gedurende de training, na de eerste module (na drie sessies), na de tweede module (na zes sessies), na de derde module (na negen sessies), na afloop van de training (12 sessies) en na 6-maanden follow-up. In dit onderzoek maken we alleen gebruik van module 1.

Participanten

Om deel te kunnen nemen aan het huidige onderzoek moesten adolescenten voldoen aan de volgende inclusie criteria: (1) leeftijd tussen 10 en 20 jaar; (2) minimaal schoolniveau van VMBO-basis; (3) voldoende kennis van de Nederlandse taal; (4) een (sub)klinisch niveau van depressieve symptomen scoren op basis van de Child Depression Inventory-2 (CDI-2) op de screening (Bodden, Braet, & Stikkelbroek, 2016). De exclusie criteria waren: (1) acute en ernstige suïcidale gedachten en/of intenties op basis van de suicide-items van de Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging (VOZZ) (Kerkhof, & Huisman, 2017); (2) op dit

moment in behandeling voor angst en/of somberheid; (3) geen toestemming voor deelname. Bij adolescenten onder de 16 jaar moesten ouders (of de wettelijk bevoegde personen) toestemming geven voor deelname. Adolescenten boven de 16 jaar mochten zichzelf aanmelden voor de training. De totale steekproef bestond uit 220 adolescenten, welke allen voldeden aan de inclusiecriteria.

Werving, screening en randomisatie

De adolescenten werden geworven via een screening op somberheid op middelbare scholen in Midden-Nederland. Nadat de scholen toestemming voor deelname hadden gegeven, werden zij uitvoerig geïnformeerd over de training en het onderzoek. De school verstuurde per mail of per post een informatiebrief aan de adolescenten en aan ouders van adolescenten onder de 16 jaar. Nadat er passieve toestemming ontvangen was werden alle leerlingen (behalve degene die zich hadden afgemeld) onder schooltijd gescreend op sombere klachten middels een digitale vragenlijst. De screening bestond uit drie delen. In het eerste deel werden de algemene gegevens van de adolescenten (bijvoorbeeld geslacht en leeftijd) en contactgegevens van de adolescenten en ouders uitgevraagd. Deze gegevens werden gebruikt om contact op te nemen met de adolescenten en/of ouders als er sprake was van een verhoogde score. Het tweede deel bestond uit de afname van de CDI-2, om de aanwezigheid van sombere gedachten en/of gevoelens te screenen. Het derde deel bestond uit de suïcide items van de VOZZ, om het suïciderisico in kaart te brengen. Het derde deel werd alleen afgenomen bij adolescenten die op de CDI-2 een 2 scoorden op item 28 ('Ik wil een eind aan mijn leven maken'). Indien er bij de screening een (sub)klinische score (percentielscore >75) op de CDI-2 gerapporteerd werd, kwamen zij in aanmerking voor de training.

Indien de adolescenten (en ouders) deel wilden nemen aan de training en het onderzoek, werd er gevraagd om actieve (schriftelijke) toestemming. De adolescenten die zich hadden aangemeld werden binnen de scholen geclusterd op basis van geslacht en leeftijd. Vervolgens zijn behandelgroepen gemaakt met gemiddeld vijf adolescenten per groep. Elke groep is vervolgens random toegewezen aan één van de vier condities, middels blokrandomisatie (blok grootte: 4) via computer gegenereerde nummers.

Meetinstrumenten

Depressieve symptomen. Om depressieve symptomen te meten is gebruik gemaakt van de CDI-2 screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen tussen de 8 en 21 jaar (Bodden et al., 2016). Dit is een zelfrapportagelijst die bestaat uit 28 items met drie keuzes per item. Elk item vraagt een symptoom uit. De adolescenten konden kiezen uit drie antwoordmogelijkheden. De eerste keuze staat voor een normale stemming/ afwezigheid van

de symptomen (0), de tweede keuze verwijst naar lichte symptomen (1) en de derde keuze verwijst naar duidelijke symptomen (2). Hoe hoger de score op de CDI-2, hoe meer depressieve symptomen er gerapporteerd werden. Voor de tussenmeting 1 (de nameting in het huidige onderzoek) is gebruik gemaakt van een verkorte versie van de vragenlijst die uit 13 items bestaat. De volledige CDI-2 is door de COTAN beoordeeld als goed. De normen en validiteit zijn echter beoordeeld als onvoldoende (COTAN, 2017). De Cronbach's alpha in de huidige studie was .85, wat aangeeft dat de verkorte vragenlijst betrouwbaar is.

Negatieve cognities. Om negatieve cognities te meten is gebruik gemaakt van de Children's Negative Cognitive Error Questionnaire – Revised (CNCEQ-R) (Maric, Heyne, Van Widenfelt, & Westenberg, 2011; Schwartz & Maric, 2015). Deze vragenlijst meet de mate van negatieve gedachten bij personen met depressieve symptomen aan de hand van 16 items. Elk item heeft vijf keuze mogelijkheden (“Helemaal niet op wat ik zou denken (1)” tot “bijna precies op wat ik zou denken (5)”). Hoge scores op deze vragenlijst duiden op een hoge mate van negatieve cognities. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van een verkorte versie van de vragenlijst. Deze versie bestaat uit vijf items. Uit het onderzoek van Maric et al. (2011) komt naar voren dat het een valide en betrouwbare vragenlijst is. De Cronbach's alpha in de huidige studie was .86. Dit is een goede score, wat erop duidt dat de vragenlijst betrouwbaar is.

De training

De training werd gegeven door gecertificeerde alumni pedagogiek en psychologie die voorafgaand een driedaagse training gevolgd hebben. De training bestond uit 12 wekelijkse bijeenkomsten van 45-60 minuten. Voorafgaand aan de training was er een kennismakingsbijeenkomst van 30 minuten. De training bestond uit vier groepen (condities) die ieder een verschillend type CGT element kregen.

Analyses

De variabele CGT elementen bestond uit vier condities. Conditie 1 was cognitieve herstructurering, conditie 2 was gedragsactivatie, conditie 3 was ontspanningsoefeningen en conditie 4 was probleemoplossingsvaardigheden. De CDI-2 is gebruikt om depressieve symptomen te meten voorafgaand aan de training en de nameting. De scores van vijf vragen (2, 6, 11, 13 en 16) zijn omgepoold, omdat de keuzemogelijkheden positief gesteld waren (een lage score op deze vragen betekent in dat geval minder depressieve symptomen). De scores van de voor- en nameting zijn gebruikt om de eerste onderzoeksvraag te onderzoeken. Om de tweede onderzoeksvraag te onderzoeken is gebruik gemaakt van de scores van de CDI-2 en van de CNCEQ-R.

Resultaten

Met behulp van de statistische analyses zijn de volgende onderzoeksvragen onderzocht: ‘Wat is de effectiviteit van de verschillende CGT elementen op depressieve symptomen ten opzichte van elkaar?’ en ‘Is er een mediërende rol van negatieve cognities in de relatie tussen de CGT elementen en depressieve symptomen?’.

Beschrijvende statistieken

Voor de analyses zijn er 50 adolescenten geëxcludeerd wegens missende waarden op een aantal items van de CDI-2 en/of de CNCEQ-R op de voor- en/of nameting. De analyses zijn uitgevoerd over 170 adolescenten. De gemiddelde leeftijd van de adolescenten was 13.9 jaar. Over het algemeen zaten er meer meisjes ($n = 122$) in de groepen dan jongens ($n = 98$) en had het grootste deel van de adolescenten een hoog opleidingsniveau ($n = 100$). In tabel 1 worden de demografische factoren van de totale steekproef en de vier condities weergegeven.

Tabel 1

Demografische kenmerken van de totale steekproef per conditie

Variabele		1 ($n = 58$)	2 ($n = 61$)	3 ($n = 58$)	4 ($n = 43$)
Leeftijd		13.81 (1.49)	13.62 (1.42)	14.34 (1.45)	13.72 (1.24)
Sekse	Jongens	28	26	23	21
	Meisjes	30	35	35	22
Opleidingsniveau	Laag	0	14	1	2
	Midden	22	24	36	21
	Hoog	36	23	21	20

Noot. Conditie 1 (cognitieve herstructurering), 2 (gedragsactivatie), 3 (ontspanningsoefeningen) en 4 (probleemoplossingsvaardigheden). Opleidingsniveau laag (VMBO-basis/kader/gl), midden (VMBO-tl, VMBO-tl/HAVO en HAVO) en hoog (HAVO/VWO en VWO).

Allereerst is onderzocht of er verschillen zijn tussen de vier condities op de demografische variabelen, namelijk leeftijd, sekse en opleidingsniveau. Uit de ANOVA blijkt dat er geen significante leeftijdsverschillen zijn tussen de condities, $F(3, 169) = 2.01, p = .12$. Daarnaast blijkt uit de Chi-square toets dat er ook geen significante sekseverschillen zijn tussen de condities, $\chi^2(3, N = 170) = 1.28, p = .74$. Uit de Chi-square toets blijkt dat er

significante verschillen zijn tussen condities in opleidingsniveau, $\chi^2 (6, N = 170) = 20.15, p = .003$. Uit de beschrijvende statistieken blijkt dat er in conditie 2 meer adolescenten zitten met een laag opleidingsniveau ten opzichte van de andere condities. In conditie 3 zitten meer adolescenten met een midden opleidingsniveau en in conditie 1 met een hoog opleidingsniveau. Opleidingsniveau is hierdoor meegenomen als controle variabele in de verdere analyses.

CGT elementen en depressieve symptomen

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag is gekeken of er een vermindering is in depressieve symptomen per conditie. Om te kunnen onderzoeken of er een significant verschil was tussen de voor- en nameting van depressieve symptomen in alle condities is er een gepaarde t-toets uitgevoerd met een significantieniveau van $\alpha = .05$. In tabel 2 worden de resultaten van de analyse weergegeven. Uit de gepaarde t-toets blijkt dat er geen significante verschillen zijn tussen de voor- en nameting bij de vier condities.

Tabel 2

Resultaten van de gepaarde t-toets analyse met gemiddelde scores voor de voor- en nameting van depressieve symptomen

Conditie	Voormeting	Nameting	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
1	8.20 (3.89)	7.98 (4.07)	0.46	40	.65
2	8.51 (3.94)	8.34 (4.14)	0.49	46	.63
3	9.11 (4.02)	8.49 (4.32)	1.51	42	.14
4	8.23 (4.40)	7.92 (4.33)	0.84	38	.41

Een one-way analysis of covariance (ANCOVA) werd uitgevoerd om te toetsen of er, na gecontroleerd te hebben voor de voormeting depressieve symptomen en opleidingsniveau, een significant effect zou zijn van conditie op de nameting depressieve symptomen. De variabelen voormeting depressieve symptomen en opleidingsniveau werden meegenomen als controle variabelen. Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyse is getoetst of er voldaan werd aan de assumpties.

Uit de Shapiro-Wilk statistieken en histogrammen bleek dat de depressieve symptomen normaal verdeeld zijn. Uit de scatterplots kwam naar voren dat de relatie tussen de controlevariabele (voormeting depressieve symptomen) en de afhankelijke variabele (nameting depressieve symptomen) lineair is. Ten slotte werd er voldaan aan de assumpties van Homogeneity of Regression Slopes en Homogeneity of Variance, doordat er geen

significant interactie effect was tussen de condities en de voormeting depressieve symptomen, $F(1, 158) = 0.36, p = .78$, en tussen de condities en opleidingsniveau, $F(3, 158) = 0.33, p = .80$. Daarnaast was er geen significante score op de Levene's test, $F(3, 166) = 2.04, p = .11$.

Uit de ANCOVA blijkt dat er geen significant effect is van de condities op depressieve symptomen op de nameting, gecontroleerd voor depressieve symptomen op de voormeting en opleidingsniveau, $F(3, 164) = 0.15, p = .93, \eta^2 = .003$. Dit betekent dat er geen verschillen zijn tussen de condities in de afname van depressieve symptomen. Uit de t-toets en de ANCOVA blijkt dus dat er geen significante afname is van depressieve symptomen en ook geen significant verschil is tussen de condities.

Mediatie

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden werd er gekeken naar de variabelen depressieve symptomen voormeting, depressieve symptomen nameting en de verschilscore negatieve cognities. Om vast te stellen of er sprake was van een mediatie werd gekeken naar de correlaties tussen de variabelen. In de tabellen 3a t/m 3d zijn de Pearson correlaties (r) tussen de variabelen per conditie weergegeven. In alle condities is er alleen sprake van een significante correlatie tussen de voor- en nameting van depressieve symptomen, $r(168) = .80, p < .001$. Tussen de andere variabelen is geen significante correlatie. Doordat het een voorwaarde is dat er significante correlaties zijn tussen de variabelen, kon de mediatie-analyse niet worden uitgevoerd.

Tabel 3a.

Pearson correlaties tussen de variabelen depressieve symptomen voor- en nameting en negatieve cognities voor conditie 1 (cognitieve herstructurering).

	1	2	3
1. Depressieve symptomen voormeting	-	.70**	-.25
2. Depressieve symptomen nameting	.70**	-	-.01
3. Negatieve cognities verschilscore	-.25	-.01	-

*Noot. ** $p < .01.$, tweezijdig, $n=41$*

Tabel 3b.

Pearson correlaties tussen de variabelen depressieve symptomen voor- en nameting en negatieve cognities voor conditie 2 (gedragsactivatie).

	1	2	3
1. Depressieve symptomen voormeting	-	.83**	-.21
2. Depressieve symptomen nameting	.83**	-	.05
3. Negatieve cognities verschilscore	-.21	.05	-

*Noot. ** $p < .01.$, tweezijdig, $n=47$*

Tabel 3c.

Pearson correlaties tussen de variabelen depressieve symptomen voor- en nameting en negatieve cognities voor conditie 3 (oplossingsvaardigheden).

	1	2	3
1. Depressieve symptomen voormeting	-	.79**	.05
2. Depressieve symptomen nameting	.79**	-	.40
3. Negatieve cognities verschilscore	.05	.40	-

*Noot. ** $p < .01.$, tweezijdig, $n=43$*

Tabel 3d.

Pearson correlaties tussen de variabelen depressieve symptomen voor- en nameting en negatieve cognities voor conditie 4 (probleemoplossingsvaardigheden).

	1	2	3
1. Depressieve symptomen voormeting	-	.86**	-.17
2. Depressieve symptomen nameting	.86**	-	.04
3. Negatieve cognities verschilscore	-.17	.04	-

*Noot. ** $p < .01.$, tweezijdig, $n=39$*

Discussie

Per jaar ervaart 17% van de Nederlandse 10 tot 25-jarigen subklinische depressieve symptomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Voor de behandeling en preventie van depressieve symptomen blijkt CGT één van de meest effectieve methoden te zijn (Van Rooijen, 2018). Het is echter onduidelijk welke elementen binnen de CGT het meest effectief zijn in het verminderen van (sub)klinische depressieve symptomen bij adolescenten en wat de rol van negatieve cognities hierin is. Hierdoor stonden de volgende vragen in dit onderzoek centraal: ‘Wat is de effectiviteit van de verschillende CGT elementen op depressieve symptomen ten opzichte van elkaar?’ en ‘Is het hebben van negatieve cognities een mediator in de relatie tussen de CGT elementen en depressieve symptomen?’.

Het is belangrijk om te onderzoeken welke elementen effectief zijn en wat de rol van negatieve cognities is om te weten welke specifieke elementen meegenomen kunnen worden in verdere preventieve interventies voor adolescenten met depressieve symptomen. Ondanks de bevinding dat CGT één van de meest effectieve methode is in de preventie van depressieve symptomen, werd in het huidige onderzoek geen significante relatie gevonden tussen de CGT elementen en de depressieve symptomen. Elk CGT element is apart van elkaar onderzocht. Daaruit bleek dat er geen significante afname was van depressieve symptomen en dat er geen significant verschil was tussen de condities. Dit betekent dat adolescenten die de training volgden weinig verschil rapporteerden in depressieve symptomen bij de voor- en nameting. Op basis van de literatuur en empirisch onderzoek werd verwacht dat cognitieve herstructurering het meest effectieve CGT element zou zijn in het verminderen van depressieve symptomen (Beck, 1967; Köhler et al., 2015). Als er gekeken wordt naar de invloed van de vier condities los van elkaar, blijkt dat er geen significante verschillen zijn. Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek wordt geconcludeerd dat cognitieve herstructurering niet het meest effectieve element is. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er op de voormeting een aantal adolescenten waren die geen verhoogde score meer hadden op de CDI-2. Deze adolescenten voldeden tijdens de screening wel aan het inclusie criterium, waardoor zij toch zijn meegenomen in de analyse. Mogelijk viel er weinig effect te behalen bij een groot deel van de steekproef, omdat het al beter ging met de adolescenten. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou zijn om alleen de adolescenten mee te nemen die zowel bij de screening als bij de voormeting een (sub)klinische score voor depressieve symptomen hebben.

Een andere mogelijke verklaring voor de gevonden resultaten is dat de elementen slechts uit drie sessies bestonden. Mogelijk zijn drie sessies onvoldoende voor het bereiken van een effect. Voor de preventie en behandeling van depressie worden minimaal 12 sessies CGT geadviseerd (Engels et al., 2015). Het bieden van meer sessies CGT wordt ook geadviseerd in het onderzoek van Arnberg en Öst (2014). Zij vonden dat er meer afname in depressieve symptomen was bij adolescenten die meer sessies volgden (minimaal 12) dan bij adolescenten die minder sessies volgden (minder dan 12). Het volgen van veel sessies is echter niet van belang voor gedragsactivatie. Hierbij kan er al na vijf sessies sprake zijn van een vermindering van depressieve symptomen bij adolescenten ouder dan 16 jaar (Ekers et al., 2014). In het huidige onderzoek werd echter geen effect gevonden voor gedragsactivatie na drie sessies. Voor vervolg onderzoek wordt geadviseerd om de intensiteit van de CGT elementen te vergroten, door meer sessies per element te bieden.

Als er gekeken wordt naar de rol van negatieve cognities, worden in het huidige onderzoek geen significante correlaties gevonden tussen de voor- en nameting van depressieve symptomen en negatieve cognities. Doordat het een voorwaarde was dat er significante correlaties waren tussen de variabelen, kon de mediatie-analyse niet worden uitgevoerd. In eerder onderzoek wordt echter wel gesteld dat het hebben van negatieve cognities een mediator is in de relatie tussen CGT elementen en depressieve symptomen (Kaufman et al., 2005). Op basis van de resultaten in de huidige studie wordt er geconcludeerd dat negatieve cognities geen mediator is in de relatie tussen CGT en depressieve symptomen.

Het huidige onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste zijn de CDI-2 en de CNCEQ-R niet volledig afgenomen, maar is er een verkorte versie gebruikt. Hierdoor werden niet alle constructen van de vragenlijst volledig meegenomen, wat invloed kan hebben op de interne validiteit van het onderzoek. In het huidige onderzoek kwam echter wel naar voren dat de verkorte lijsten een hoge Cronbach's alpha hebben, wat impliceert dat ze betrouwbaar zijn. Om de interne validiteit van vervolgonderzoek te vergroten wordt geadviseerd om de volledige vragenlijsten af te nemen. Ten tweede was er geen controle groep aanwezig, waardoor de waargenomen effecten niet te wijten zijn aan spontane veranderingen. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou zijn om gebruik te maken van een controlegroep, wat de interne validiteit van het onderzoek vergroot. Ten derde zijn in het huidige onderzoek veel hoogopgeleide adolescenten meegenomen. Er is in de eerste plaats gekozen om geen onderscheid te maken in opleidingsniveaus, waardoor de steekproef meer representatief zou zijn voor alledaagse adolescenten. In de steekproef zaten uiteindelijk meer adolescenten met

een hoog opleidingsniveau ten opzichte van de andere niveaus. Hierdoor was de steekproef minder heterogeen en representatief. Voor vervolgonderzoek is het belangrijk om in de steekproef ongeveer evenveel adolescenten per opleidingsniveau mee te nemen om een meer heterogene groep te hebben.

Een sterk punt aan het onderzoek was dat het één van de eerste onderzoeken was die naar specifieke CGT elementen kijkt. De intensiteit en frequentie van de CGT elementen wordt binnen de behandeling en preventie van depressieve symptomen verschillend toegepast (Kennard et al., 2009). Onderzoek naar de effectiviteit van deze specifieke elementen is belangrijk om verdere interventies naar depressieve symptomen meer persoonsgericht en effectiever te maken. Een ander sterk punt was dat de training gegeven werd door getrainde psychologen en orthopedagogen. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Arnberg & Öst, 2014).

Conclusie

Samenvattend is in het huidige onderzoek gevonden dat specifieke CGT elementen niet effectief zijn in het verminderen van depressieve symptomen. Daarnaast wordt geconcludeerd dat het hebben van negatieve cognities geen mediator is in de relatie tussen CGT elementen en depressieve symptomen. Het is van belang om verder onderzoek te doen naar de effectiviteit van CGT elementen op depressieve symptomen. Zo kunnen alleen de meest effectieve elementen meegenomen worden in de preventieve interventies, waardoor deze meer persoonsgericht en effectiever zullen zijn.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Arnberg, A., & Öst, L.-G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*, 275–288. doi:10.1080/16506073.2014.947316.
- Beck, A. T. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2010). *Gedragsexperimenten in cognitieve therapie*. Amsterdam: Pearson.
- Beevers, C. G., & Miller, I. W. (2005). Unlinking Negative Cognition and Symptoms of Depression: Evidence of a Specific Treatment Effect for Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 68-77. doi:10.1037/0022-006X.73.1.68
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en adolescenten. Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016, 3 juni). *Personen met huisartscontact voor bepaalde diagnose;leeftijd* [Dataset]. Geraadpleegd van <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=80193ned&D1=0-5,9-12,17-24,30-31,37-41,49-50,63-72,81-86,92-98,105-108,120-124,133-134,140-144,148-152,154-159,164-167&D2=0&D3=1-17&D4=0&D5=1&VW=T>
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatment for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 62-104. doi:10.1080/15374410701817865
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2018). Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*, 1-15. doi:10.1111/jcpp.12980
- Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., & Abela, J. R. Z. (2011). Maladaptive Schemas and Depression: Tests of Stress Generation and Diathesis-Stress Models. *Journal of Social & Clinical Psychology, 30*, 75-104. doi:10.1521/jscp.2011.30.1.75
- Egberink, I. J. L., Leng, W. E. de, & Vermeulen, C. S.M. (1 mei 2019). COTAN beoordeling 2017, CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren. Bekeken via www.cotandocumentatie.nl

- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *Plos One*, *9*, 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0100100
- Engels, R.C.M.E., Cilessen, A.H.N., Bakker, C.J., Bodden, D.H.M., Kuijpers, R.C.W.M., Nauta, M.H., Stikkelbroek, Y.A.J., Vermaes, I.P.R., Zanden, A.P. van der (2015). Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd (consortium en voorstudie). Den Haag: ZonMw.
- Essau, C. A., & Chang, W. C. (2009). Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. In C. A. Essau (Ed.). *Treatments for adolescent depression. Theory and Practice* (pp. 3–25). London: Oxford University Press.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 66–72. doi:10.1001/archpsyc.62.1.66
- Fletcher, J. M. (2008). Adolescent depression: Diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Economics*, *17*, 1215–1235. doi:10.1002/hec.1319.
- Garber, J., Clarke, G., Weersing, V., Beardslee, W., Brent, D., Gladstone, T., et al. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *21*, 2215–2224. doi:10.1001/jama.2009.788.
- Groves, S. J., Porter, M. D., Jordan, J., Knight, R., Carter, J. D., McIntosh, V. V. W. ... Joyce, P. R. (2015). Changes in Neuropsychological Function after treatment with Metacognitive Therapy or Cognitive Behavior Therapy for Depression. *Depression and Anxiety*, *32*, 437-444. doi:10.1002/da.22341
- Hammen, C. (1991). Generation of Stress in the Course of Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 555-561.
- Kaufman, N. K., Rohde, P., Seeley, J. R., Clarke, G. N., & Stice, E. (2005). Potential Mediators of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Comorbid Major Depression and Conduct Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 38-46. doi:10.1037/0022-006X.73.1.38
- Kennard, B. D., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Asarnow, J. R., Shamseddeen, W., Porta, G., ... & Keller, M. B. (2009). Effective components of TORDIA cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: Preliminary findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 1033-1041. doi:10.1037/a0017411

- Kerkhof, A. J. F. M., & Huisman, A. (2017). *Vragenlijst over zelfdoding en zelfbeschadiging. Signalering en bespreking van suïcidaliteit bij jongeren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Köhler, S., Unger, T., Hoffmann, S., Mackert, A., Ross, B., & Fydrich, T. (2015). Dysfunctional cognitions of depressive inpatients and their relationship with treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, *58*, 50-56.
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L. A., Bennett, P., & McHugh, L. (2016). Using Brief Cognitive Restructuring and Cognitive Defusion Techniques to Cope With Negative Thoughts. *Behavior Modification*, *40*, 452-482. doi:10.1177/0145445515621488
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*, 261-268. doi:10.1037/h0035142
- Lo, C. S. L., Ho, S. M. Y., & Hollon, S. D. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 487-495. doi:10.1016/j.brat.2008.01.013
- Maric, M., Heyne, D. A., Van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2011). Distorted cognitive processing in youth: the structure of negative cognitive errors and their associations with anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *35*, 11-20.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W Norton & Co.
- Marx, E. M., Williams, J. M. G., & Claridge, G. C. (1992). Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 78-86.
- Mathers, C., Fat, D. M., & Boerma, J. T. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.
- National Institute of Mental Health (2006). *Meeting summary: Benefits, limitations, and emerging research needs in treating youth with depression*. Verkregen van <http://www.nimh.nih.gov/research-funding/scientific-meetings/2006/benefits-limitations-and-emerging-researchneeds-in-treating-youth-with-depression/summary.shtml>
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 196-202.
- Nezu, A. M. (2004). Problem Solving and Behavior Therapy Revisited. *Behavior Therapy*, *35*, 1-33.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, *34*, 163-167.

- Stark, K. D., Boswell Sander, J., Yancy, M. G., Bronik, M. D., & Hoke, J. A. (2000). Treatment of depression in childhood and adolescence: cognitive-behavioral procedures for the individual and family. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 173-234). New York: Guilford Press.
- 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.
- Stikkelbroek, Y., & Prinzie, P. (2008). Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie. *Kind en Adolescent Praktijk, 2*, 52-60.
- Schwartz, J. S., & Maric, M. (2015). Negative Cognitive Errors in Youth: Specificity to Anxious and Depressive symptoms and Age differences. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*, 526-537. doi:10.1017/S1352465814000228
- Ten Broeke, E. (2016). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C., & Gascoyne, S. (2017). Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*, 770-796. doi:10.1111/papt.12121
- Van Rooijen, K. (2018). *Preventie en behandeling van depressie. Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- Vázquez, F. L., Torres, A., Blanco, V., Díaz, O., Otero, P., & Hermida, E. (2012). Comparison of relaxation training with a cognitive-behavioural intervention for indicated prevention of depression in university students: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research, 46*, 1456-1463. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.08.007
- Weersing, V. R., Brent, D. A., Rozenman, M. S., Gonzalez, A., Jeffreys, M., Dickerson, J. F. ...Iyengar, S. (2017). Brief Behavioral Therapy for Pediatric Anxiety and Depression in Primary Care. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 74*, 571-578. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0429