

Het effect van “ACT your way” op de depressieve klachten, schoolbeleving, schoolverzuim  
en schoolresultaten en de mediërende rol van cognitieve emotieregulatie strategieën bij  
depressieve jongeren

Sarah Brinkers  
Universiteit Utrecht

Master's thesis

Utrecht University

Master's programme Clinical Child, Family and Education Studies

Sarah Brinkers, S. (6516289)

Begeleider: Denise Bodden

Tweede beoordelaar: Marieke van den Heuvel

Datum: 27 mei 2020

Aantal woorden excl. voorblad, voorwoord, samenvatting en literatuurlijst: 5623

### Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek “Het effect van “ACT your way” op de depressieve klachten, schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten en de mediërende rol van cognitieve emotieregulatie strategieën bij depressieve jongeren”. Dit onderzoek is geschreven in het kader van mijn master Clinical Child, Family and Education Studies aan de Universiteit Utrecht. Voor dit onderzoek heb ik mij verdiept in hoeverre de interventie “ACT your way” een positief effect heeft op de cognitieve emotieregulatie strategieën van jongeren en daarmee op hun depressieve symptomen. Aangezien de bestaande richtlijnen (cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en medicatie) niet altijd voldoende effect hebben, hoop ik met dit onderzoek een bijdrage te kunnen leveren aan een werkzame behandeling van depressieve jongeren.

Graag wil ik mijn thesisbegeleidster Denise Bodden hartelijk bedanken voor haar ondersteuning. Dankzij haar expertise kon ik mijn onderzoek steeds verder optimaliseren. Mijn medestudenten wil ik graag bedanken voor de gezellige tijd en de ondersteuning tijdens de studie en het schrijfproces van deze thesis. Ten slotte wil ik mijn gezin, familie en vrienden bedanken voor al hun begrip en steun. De keuze om aan een voltijd universitaire opleiding te beginnen had grote gevolgen voor mijn omgeving en thuissituatie. Ik ben dan ook zeer dankbaar dat iedereen mij de tijd, ruimte en steun bood om deze studie te volgen.

*Heb de moed te veranderen wat te veranderen is  
Heb de kracht te accepteren wat niet te veranderen is  
Heb de wijsheid om beide van elkaar te onderscheiden*

Franciscus van Assisi

### Samenvatting

**Achtergrond:** De bestaande richtlijn behandelingen (cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en medicatie) voor depressieve jongeren lijken niet altijd voldoende effect te hebben. Het leren toepassen van adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën, kan een manier zijn om een depressie te voorkomen en te behandelen. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) draagt bij aan de verbetering van deze strategieën. **Doel:** In dit onderzoek wordt gekeken of ACT een positief effect heeft op de cognitieve emotieregulatie strategieën van jongeren en deze een mediërende rol hebben op de depressieve symptomen van deze jongeren. Daarnaast onderzoekt deze studie of een afname van de depressieve symptomen een mediërende rol heeft op de schoolervaring, het schoolverzuim en de schoolresultaten van deze jongeren. **Methode:** Dit onderzoek maakt gebruik van de data van het pilot-effectonderzoek: “ACT your Way”. De 26 deelnemers zijn jongeren van 14 tot 26 jaar oud ( $M = 18.0$ ,  $SD = 2.83$ ). Alle jongeren hebben een depressieve stemmingsstoornis als hoofddiagnose. Ze hebben allemaal een eerdere behandeling voor hun depressie gehad volgens de richtlijnen (CBT, IPT) en hebben hier onvoldoende van geprofiteerd of zijn teruggevallen in een depressieve stoornis (na een symptoomvrije periode van minimaal twee maanden). Een gepaarde  $t$ -test werd gebruikt om de voor- en nametingen te vergelijken en een PROCES-analyse werd gebruikt om het mediatie effect te bepalen. **Resultaten:** Dit onderzoek toonde aan dat depressieve jongeren na het volgen van “ACT your way”, significant minder depressieve symptomen rapporteren en dat ze meer gebruik maken van positief herinterpreteren. Er werd geen verschil gevonden op schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten. Ook werd er geen mediërend effect van cognitieve emotieregulatie strategieën op depressieve symptomen gevonden en geen mediërend effect van depressieve symptomen op schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten. **Conclusie:** De resultaten van dit onderzoek zijn een eerste aanwijzing dat “ACT your way” kan bijdragen aan het verminderen van depressieve symptomen bij jongeren. In de toekomst zal het daadwerkelijke effect en de rol van de cognitieve emotieregulatie strategieën verder moeten onderzocht worden. Het is belangrijk dat vervolgonderzoek gebruik maakt van een grotere, meer representatieve steekproef en een controle- en experimentele groep, om nauwkeuriger uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de op ACT gebaseerde interventie “ACT your way”.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT), ACT your way, depressie, interventie, cognitieve emotieregulatie strategieën, adolescenten, kinderen, jongeren, schoolbeleving, schoolverzuim, schoolresultaten

### Abstract

**Background:** The existing treatment guidelines for depressed young people, namely cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy and medication, do not always seem to have sufficient effect. Learning how to use adaptive emotion regulation strategies might be a way to prevent and treat a depression. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) contributes to the improvement of these strategies. **Aim:** This study explores whether there is a positive effect of ACT on the emotion regulation of young people on therefor a mediation effect on their depressive symptoms. In addition, this study examines whether a decrease in the depressive symptoms of young people has a mediation effect on their school experience, the absence and the school results. **Method:** For this study data was used from the pilot effect study: “ACT your Way”. Participants ( $n=26$ ) where youngsters aged 14 to 26 years old ( $M = 18.0$ ,  $SD = 2.83$ ). All the youngsters have a major depressive mood disorder as main diagnosis. They all have had previous treatment for their depression according to the guidelines (CBT, IPT), from which they have not benefited sufficiently or have fallen back into a depressive disorder (after a symptom-free period of at least two months). A paired  $t$ -test was used to compare the pre- and post-measurements and a PROCESS for mediation analysis was used to determine the mediation effect. **Results:** This study showed that depressed young people report significantly less depressive symptoms after following “ACT your way” and that they make more positive reinterpretation. No difference was found on school experience, absenteeism and school results. Also, no mediating effect of cognitive emotion regulation strategies on depressive symptoms and no mediating effect of depressive symptoms on school experience, absenteeism and school results were found. **Conclusion:** The results of this study are a first indication that “ACT your way” can contribute to a reduction of depressive symptoms in youngsters. In the future, the actual effect and the role of cognitive emotion regulation strategies will have to be further explored. It is important that a larger, more representative sample will be used and also a control and experimental group, in order to be able to make more accuracy statements about the effectiveness of the ACT-based intervention “ACT your way”.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy (ACT), ACT your way, depression, intervention, cognitive emotion regulation strategies, adolescents, children, youngsters, school experiences, absenteeism, school results

### ACT your way als interventie voor depressieve jongeren

Goede schoolresultaten en een positief welbevinden op emotioneel, psychologisch en sociaal vlak (Keyes, 2002) zijn doelen van het Nederlands (passend)onderwijssysteem (Smeets, De Boer, Van Loon-Dijkers, Rossen, & Ledoux, 2017). Beide dragen bij aan een goed en breed opgeleide bevolking (Rapport De Staat van het Onderwijs, 2019; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009; Gutman & Voraus, 2012; Layard, Clark, Cornaglia, Vernoit, & Powsdthavee's, 2014).

Een positief welbevinden is voor jongeren niet vanzelfsprekend, een deel kampt namelijk met internaliserende gedragsproblemen (De Looze et al., 2014), zoals depressiviteit (Achenbach, Howell, Quay, & Conners, 1991). Het meest kenmerkende is dat deze jongeren weinig of geen plezier beleven, een terneergeslagen indruk maken, of juist snel geprikkeld zijn en weinig energie hebben (Tak, Bosch, Begeer, & Albrecht, 2014). Het aantal jongeren met depressieve klachten lijkt toe te nemen. In 2018 gaf ruim vijf procent van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar oud aan zich voor minstens zes maanden in het afgelopen jaar depressief gevoeld te hebben (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Ten opzichte van 2014 zijn dat ruim twee keer zo veel jongeren.

Deze toename in het aantal jongeren met een depressie en de gevolgen hiervan, zoals slechte schoolresultaten en schoolverzuim (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003; Buitelaar, van Keulen, Nauta et al., 2009; Fergusson & Woodward, 2002; Scott, Korff, & Angermeyer, 2011; Dopheide, 2006), zijn zorgwekkend. Het is dan ook belangrijk de juiste begeleiding te bieden om zo depressies te verminderen en problemen op korte en lange termijn te voorkomen. De bestaande richtlijn behandelingen voor depressieve jongeren, namelijk cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en medicatie, lijken echter niet altijd voldoende effect te hebben (Sinnema, Volker, & Buiting, 2009; Timbremont & Braet, 2005). De helft van de jongeren profiteert niet van cognitieve gedragstherapie (CGT) en er is sprake van terugval (Watanabe et al, 2007; De Wit, 2009). Het aanleren en het toepassen van adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën vormt wellicht een aangrijpingspunt om de ontwikkeling van depressie tegen te gaan en te behandelen.

#### **De rol van cognitieve emotieregulatie bij depressiviteit**

Cognitieve emotieregulatie speelt namelijk een rol bij de ontwikkeling, duur en behandeling van depressiviteit (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Garnefski & Kraaij, 2007). Emotieregulatie omvat interne en externe processen waarmee personen (bewust en onbewust) hun emoties reguleren (welke emoties ze hebben, wanneer ze deze hebben, hoe ze deze

ervaren en uiten) (Gross, 1998; Barrett, Gross, Christensen, & Benvenuto, 2001). Bij de cognitieve emotieregulatie vindt deze regulatie plaats middels gedachten of cognities (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002). De Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski, Kraaij en Spinhoven, 2001) is een vragenlijst die de cognitieve componenten van de emotieregulatie beoordeelt. Hierbij worden negen, sterk onderling verbonden, strategieën onderscheiden, die gegroepeerd kunnen worden in adaptieve en maladaptieve strategieën. De maladaptieve strategieën zijn: *jezelf de schuld geven*, *rumineren*, *catastroferen* en *anderen de schuld geven* (Garnefski et al., 2001). De adaptieve strategieën zijn: *accepteren*, *concentreren op andere*, *positieve zaken*, *concentreren op planning*, *positief herinterpreteren* en *relativeren*.

De kans op het ontwikkelen van een depressie is groter bij maladaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën dan bij adaptieve strategieën (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Garnefski & Kraaij, 2007; Gross, 2001; Etebaryan & Pouruli, 2008). Zo blijkt rumineren voorspellend te zijn voor de ontwikkeling en de duur van depressieve symptomen bij jongeren (Nolen-Hoeksema et al., 2007; Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009). Rumineren zorgt er namelijk voor dat jongeren langer blijven hangen in negatieve gevoelens, waardoor zij het risico lopen om depressieve symptomen te ontwikkelen (Joormann & Gotlib, 2010). Cognities waarbij je jezelf de schuld geeft van zaken die je meemaakt, worden eveneens gerelateerd aan depressie (Anderson, Miller, Riger, Dill, & Sedikides, 1994; Garnefski et al., 2001). De schuld juist bij anderen neerleggen wordt daarentegen ook geassocieerd met een lager emotioneel welzijn (Tennen & Affleck, 1990). Ten slotte speelt catastroferen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van een depressie (Garnefski et al., 2001; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Aan de andere kant kan het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën beschermend werken bij de ontwikkeling en de behandeling van depressiviteit. Acceptatie, een van de meest gebruikte adaptieve strategie, kan beschermen tegen depressieve symptomen bij jongeren (Weinberg & Klonsky, 2009; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Jongeren met een depressie, accepteren hun emoties minder en zijn meer geneigd om deze te onderdrukken dan mensen zonder depressie (Campbell-Sills, Barlow, Brown en Hofman, 2006). Accepteren vermindert de negatieve emoties (Rood, Roelofs, Bögels & Arntz, 2012) en doet het niveau van rumineren dalen (Hilt & Pollak, 2012). Positief herinterpreteren, de meest adaptieve strategie (Schroevers, Kraaij, & Garnefski, 2007), draagt eveneens bij aan minder depressieve klachten (Garnefski, Legerstee, Kraaij, van Den Kommer, & Teerds, 2002). Jongeren die zich concentreren op hun planning denken na over welke stappen zij

kunnen ondernemen om met de negatieve gebeurtenissen om te gaan. Jongeren die zich focussen op andere, positieve zaken, leggen de nadruk minder op het actuele probleem. Deze strategieën kunnen dan ook, net als het relativeren, helpend zijn voor het verminderen en voorkomen van depressiviteit (Allan & Gilbert, 1995; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

### **Acceptance and Commitment Therapy (ACT)**

Adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën kunnen gestimuleerd worden door ACT (Hofmann & Asmundson, 2008; Boostani, Ezadikhah, & Sadeghi, 2017; Blackledge & Hayes, 2001). Volgens ACT ontwikkelt een depressie zich als gevolg van de zogenaamde psychologische inflexibiliteit (Blackledge & Hayes, 2001): hoe meer geprobeerd wordt negatieve gedachten of gevoelens te onderdrukken, des te sterker deze naar voren komen (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010).

Daarom is het doel van een ACT-behandeling het vergroten van de psychologische flexibiliteit (Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Scheurs, & Spinhoven, 2013; Hayes et al., 2006). In plaats van de focus te leggen op het veranderen van de psychologische gebeurtenis, wordt de nadruk gelegd op de functie ervan en de relatie ten opzichte van deze gebeurtenis (Teasdale, 2003). Het is nodig om gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties te ervaren zonder te proberen er controle over te krijgen (Hayes, 2008; Teasdale, 2003). Personen worden hierdoor in staat gesteld flexibel om te gaan met problemen die zij tegenkomen in het leven en te leven naar hun waarden (Hayes et al., 2006). Dit gebeurt door de jongeren een meer accepterende houding aan te laten nemen, minder in het “hoofd te laten leven” en om gedrag voor te stellen dat aansluit bij de eigenlijke levensdoelen en waarden (Hofmann & Asmundson, 2008).

Als tijdens het nastreven van deze waarden, gedachten en gevoelens naar voren komen die voorheen als barrière werkte, zijn nieuwe niet-vermijdende strategieën nodig (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Door het toepassen van deze effectieve cognitieve emotieregulatie strategieën zal er vervolgens minder sprake zijn van depressieve symptomen (Silk, Steinberg, & Morris, 2003). Hierbij wordt bij ACT gebruik gemaakt van verschillende metaforen, paradoxale interventies en technieken gebaseerd op mindfulness (Prins, Bosch, & Braet, 2011).

In de Verenigde Staten is ACT sinds 2010 erkend als evidence-based therapie voor depressie (A-Tjak et al., 2015a; A-Tjak, 2015b; Forman et al., 2012; Pots et al., 2015) Uit de meta-analyse van A-Tjak et al. (2015a) blijkt dat ACT als behandeling bij volwassenen voldoende evident is en daarnaast lijkt ACT werkzaam te zijn bij volwassenen met een depressie die niet verbetert door andere behandelingen (Markanday et al., 2013).

De weinige studies naar ACT bij jongeren met depressieve symptomen laten een

significante afname van depressieve klachten zien (Hayes, Boyd & Sewell, 2011, Livheim et al., 2014). ACT lijkt bij uitstek geschikt te zijn voor jongeren, omdat de metaforen en paradoxale interventies minder het karakter hebben van “een opdracht”. Hierdoor zullen geen conflicten ontstaan over het wel of niet gehoorzamen van de therapeut. De puberteit is tenslotte een periode waarin jongeren zich kunnen afzetten tegen de therapeut en taken wanneer zij het niet eens zijn met de doelen (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005). De puberteit wordt daarnaast gekenmerkt door overgang en verandering, een ideaal moment om ruimte te creëren voor psychologische flexibiliteit. Ten slotte lijkt ACT geschikt voor kinderen en jongeren, omdat zij minder lang “in hun hoofd” geleefd hebben dan volwassenen, waardoor ACT beter kan aanslaan (Prins, Bosch, & Braet, 2011).

Cognitieve emotieregulatie strategieën spelen dus een rol in het ontstaan en in stand houden van depressie (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Garnefski & Kraaij, 2007; Gross, 2001; Etebaryan & Pouruli, 2008). Het versterken van de adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën en het verminderen van de maladaptieve strategieën is dan ook een mogelijkheid om de depressieve klachten bij jongeren te doen afnemen. ACT draagt bij aan de verbetering van deze strategieën (Hofmann & Asmundson, 2008). Door een afname van de depressieve klachten zullen de schoolbeleving en resultaten toenemen en zullen de jongeren minder vaak afwezig zijn (Dopheide, 2006).

Op basis van bovenstaande literatuur is de eerste hypotheses van dit onderzoek dat ACT een positieve bijdrage levert aan de afname van de depressieve symptomen van jongeren met chronische of recidiverende depressie. Ten tweede wordt verwacht dat ACT een positief effect heeft op het toenemend gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën en de afname van maladaptieve strategieën. Ten derde wordt een toename van schoolbeleving en schoolresultaten en een afname van schoolverzuim verwacht. Ten vierde wordt verwacht dat ACT een positief effect heeft op de cognitieve emotieregulatie van jongeren en deze vervolgens een mediërende rol heeft op de depressieve symptomen van deze jongeren. Ten slotte wordt verwacht dat de afname van de depressieve symptomen een mediërende rol heeft op de schoolbeleving, de schoolverzuim en de schoolresultaten van de jongeren.

Wanneer uit dit onderzoek blijkt dat ACT een positief effect heeft op cognitieve emotieregulatie en daarmee op de depressieve klachten, schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten, kan ACT wellicht een passende aanvulling zijn op bestaande richtlijn behandelingen voor depressieve jongeren met recidiverende en chronische depressieve klachten.



## Methode

### Procedure

Het huidige deelonderzoek maakt gebruik van de voor- en nameting van het pilot-effectonderzoek “ACT your Way”. Bij dit bredere onderzoek wordt na ontvangst van informatie en het verlenen van toestemming van de jongere en indien nodig ook hun ouder(s)/verzorger(s), telefonisch de K-SADS afgenomen. Daarnaast worden verschillende vragenlijsten (e.g. de CDI-2, CERQ en de SQ) voorafgaand aan de interventie ingevuld. Met deze vragenlijsten is kwantitatieve data verzameld met betrekking tot depressieve symptomen, de cognitieve emotieregulatie strategieën van de jongeren, schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten. Na afloop van iedere sessie van de interventie “Act your Way” wordt door de deelnemers een korte vragenlijst ingevuld. Direct na de laatste behandelsessie vindt de nameting plaats, waarbij de wederom de K-SADS en de vragenlijsten afgenomen worden. Zes maanden na de interventie (6 maand follow-up) worden weer de vragenlijsten en de K-SADS afgenomen en één jaar na de interventie (1 jaar follow-up) worden wederom de vragenlijsten en de K-SADS afgenomen.

Alle deelnemers uit de steekproef hebben middels een *informed consent* toestemming gegeven om deel te nemen aan het onderzoek, nemen onafhankelijk van elkaar deel, zonder elkaar te beïnvloeden, en hebben de vragenlijsten individueel, anoniem en vrijwillig ingevuld.

### Steekproef

Bij aanvang van het onderzoek bestond de onderzoeksgroep uit 30 jongeren. Uiteindelijk zijn 4 jongeren gestopt met het invullen van de vragenlijsten waardoor 26 jongeren zowel de resultaten op de voor- als nameting hebben ingevuld. De experimentele groep bestaat dus uit 26 jongeren (6 jongens (23%) en 20 meisjes (77%)) tussen de 14 en 26 jaar met een gemiddelde leeftijd van 18 jaar ( $SD = 2.83$ ). Twintig jongeren (77%) gaan naar school en 6 (23%) niet; van 15 jongeren zijn schoolgegevens bekend. De jongeren zijn verworven via deelnemende eerste en tweede lijn GGZ-instellingen. De hoofddiagnose van de deelnemers is een depressieve-stemmingsstoornis (classificatie van de DSM-IV en de DSM-5 worden gehanteerd), maar co-morbiditeit is veelal aanwezig. Allen hebben eerdere behandeling gehad voor hun depressieve klachten volgens de richtlijnen (CGT, IPT), waarvan zij onvoldoende hebben geprofiteerd of terug zijn gevallen in een depressieve stoornis (na een symptoomvrije periode van minimaal twee maanden). De exclusiecriteria van dit onderzoek betroffen een intelligentie van lager dan 85, bipolaire stemmingsstoornissen, bipolaire stoornis, cyclothymie, schizofrenie, psychotische stoornis en ernstige verslaving. Wanneer er

sprake was van instabiliteit met betrekking tot antidepressiva kon de jongere eveneens niet deelnemen aan het onderzoek.

### **Interventie**

**ACT.** De interventie “ACT your way” is gericht op de identiteits- en autonomie ontwikkeling van jongeren (15 tot 23 jaar). De jongeren volgen wekelijks groepsbehandelingen gedurende twaalf weken. Voorafgaand aan deze groepsbehandeling vinden twee individuele sessies plaats. Tijdens de interventie wordt aan de hand van een werkboek een traject doorlopen waarbij de jongeren o.a. zicht krijgen op wat zij willen bereiken, wat hen in de weg staat, wat zij nodig hebben om hun doel te bereiken en op koers te blijven.

### **Meetinstrumenten en variabelen**

**Depressiviteit.** Depressieve symptomen worden gemeten aan de hand van de Child Depression Inventory (CDI-2; Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016). De CDI-2 meet cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen van depressie. De jongere maakt een keuze uit de zinnen die het beste beschrijven wat hij/zij de afgelopen twee weken gedacht en gevoeld heeft. De antwoordmogelijkheden komen overeen met de volgende drie scores: niet depressief (=0) “*Ik ben soms verdrietig*”, middelmatig depressief (=1) “*Ik ben vaak verdrietig*” en duidelijk depressief (=2) “*Ik ben altijd verdrietig*”. De totale score kan variëren tussen de 0 en 56 en een totaalscore boven de 14 wordt gezien als een klinische score (Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016). Alle participanten behaalden op de voormeting deze klinische score, met een minimum van 15 en een maximum van 42. Onderzoek toont een goede interne betrouwbaarheid en validiteit aan (Bae, 2012; Bodden et al., 2016). In dit onderzoek is de Cronbach’s alpha van de CDI-2 totaalscore .84 en is dus intern consistent.

**Cognitieve emotieregulatie.** De negen verschillende cognitieve emotie regulatie strategieën worden gemeten met de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Elke subschaal omvat 4 items gemeten aan de hand van een vijfpuntsschaal. Hierbij kan gekozen worden uit: nooit (= 1), soms (=2), regelmatig (=3), vaak (=4) en bijna altijd (=5). Voorbeelden van stellingen zijn: “*Ik denk bij mezelf dat het allemaal mijn eigen schuld is*”, “*Ik bedenk dat de situatie ook positieve kanten heeft*” en “*Ik denk eraan dat anderen verantwoordelijk zijn voor wat mij is overkomen*”. Het totaal (4-20) per subschaal wordt berekend. Hoe hoger de score op een subschaal des te meer de betreffende strategie wordt toegepast. Uit onderzoek is gebleken dat de interne consistentie van de subschalen goed en gevalideerd is. De betrouwbaarheid van de gehele vragenlijst

varieert van .68 tot .86 (Garnefski, Kraaij et al., 2002). In dit onderzoek werd een Cronbach's alpha vastgesteld van .82, wat duidt op een goede betrouwbaarheid.

**Schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten.** Deze variabelen worden gemeten met de School Questionnaire (SQ; Stikkelbroek et al., 2005).

Bij het eerste onderdeel geeft de jongere aan hoe goed het ging op school met o.a. het maken van het huiswerk, omgang met klasgenoten en de omgang met de leerkracht. Hierbij kan gekozen worden uit: zeer slecht (= 1), meestal slecht (=2), niet slecht/goed (=3), meestal goed (=4) en zeer goed (=5). Des te hoger de totale score, des te beter de jongere zich voelt op school. De Cronbach's alpha is in dit onderzoek .66.

Het tweede onderdeel meet de mate waarin de jongere afwezig is geweest op school gedurende de afgelopen vier weken: met en zonder toestemming van ouders en als gevolg van depressieve klachten of niet. Hierbij kan gekozen worden uit: nooit (= 1), 1x (=2), 2x (=3), 3x (=4) en 4x (=5). Hoe lager de totaalscore, hoe minder vaak de jongeren afwezig is. De Cronbach's alpha voor dit onderdeel is .24.

Ten derde worden de resultaten van de jongeren op verschillende vakken (Nederlands, vreemde talen, geschiedenis, wiskunde/rekenen en wereldoriëntatie/aardrijkskunde) gemeten aan de hand van een 5-punts schaal. Lager dan een 5 (= 1), 5 (= 2), 6 (= 3), 7 (= 4) of hoger dan een 7 (= 5). Er is gebruik gemaakt van de totaalscore. De Cronbach's alpha voor de items van dit onderdeel is .28. Deze lage betrouwbaarheid komt voort uit de verschillende schoolvakken die met elkaar vergeleken worden.

De totale vragenlijst heeft een Cronbach's alpha van .31. Aangezien zowel op de onderdelen als op de gehele SQ verschillende constructen worden gemeten, wordt een te lage Cronbach's alpha behaald om te spreken van een betrouwbaar meetinstrument.

### **Analyse plan**

Om antwoord te geven op de vraag of ACT een positieve bijdrage kan leveren aan de behandeling van depressieve jongeren, de cognitieve emotieregulatie strategieën, schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten worden de resultaten per onderdeel op de voor- en nameting met elkaar vergeleken middels een gepaarde *t*-toets. Na het bestuderen van de histogrammen, de skewness en kurtosis van de CDI-2, CERQ, schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten kon geconcludeerd worden dat de assumptie van normaliteit en die van de normaliteit van de verschillende scores over het algemeen niet werden geschonden, met uitzondering van concentreren op andere zaken, catastroferen en anderen de schuld geven. De uitkomsten van de Shapiro-Wilk test waren hiervoor respectievelijk  $p = .007$ ,  $p = .008$  en  $p < .001$ . De rechtsscheve verdeling op concentreren op

andere zaken is te verklaren, omdat depressieve jongeren minder gebruik maken van deze adaptieve strategie. De lagere scores op anderen de schuld geven zijn mogelijk te verklaren door de hogere scores op zichzelf de schuld geven. De rechtsscheve verdeling op catastroferen werd echter niet verwacht, aangezien jongeren met een depressie vaker gebruik maken van deze maladaptieve strategie (Legerstee, Garnefski, Verhulst, & Utens, 2011). Aan de assumptie van lineairiteit en homoscedasticiteit werd voldaan. Ondanks de geschonden assumpties werden de analyses toch uitgevoerd.

Vervolgens wordt middels een PROCESS for mediation analysis versie 3.4.1 bekeken in hoeverre de emotieregulatie strategieën een mediërende rol hebben tussen de score op de voormeting en de nameting van de CDI-2. De verschilscore tussen de voor- en nameting op de verschillende subschalen van de CERQ worden hierbij gebruikt als mediator.

Een tweede PROCESS for mediation analysis meet de mediërende rol van de depressieve symptomen op de schoolbeleving, het schoolverzuim en de schoolresultaten. Hierbij geldt de voormeting op de drie verschillende onderdelen van de SQ als onafhankelijke variabele. De afhankelijke variabele is de nameting van deze drie onderdelen van de SQ. De verschilscore tussen de voor- en nameting van de CDI-2 wordt als mediator gebruikt.

## **Resultaten**

### **Het effect van ACT op de depressieve symptomen**

Een gepaarde *t*-toets is gebruikt om de totaalscore van de depressieve symptomen van jongeren (CDI-2) op de voormeting ( $M = 22.96$ ,  $SD = 9.950$ ) te vergelijken met de totaalscore op de depressieve symptomen (CDI-2) op de nameting ( $M = 17.27$ ,  $SD = 8.897$ ). Dit verschil was statistisch significant,  $t(25) = 4.54$ ,  $p < .001$  en het effect was medium  $d = .60$ . Dit betekent dat de depressieve symptomen van de jongeren afnemen na het volgen van “ACT your way”; gemiddeld scoorden de jongeren 5.69 punten, 95 % betrouwbaarheidsinterval [3.108, 8.277] lager op de nameting dan op de voormeting.

### **Het effect van ACT op de cognitieve emotieregulatie strategieën**

Een gepaarde *t*-toets is gebruikt om de verschillende cognitieve emotieregulatie strategieën van jongeren (CERQ) op de voormeting te vergelijken met de cognitieve emotieregulatie strategieën van de jongeren op de nameting (zie tabel 1).

Alleen de scores op de voormeting van positief herinterpreteren ( $M = 8.85$ ,  $SD = 3.76$ ) en op de nameting van positief herinterpreteren ( $M = 10.96$ ,  $SD = 4.29$ ) verschilden significant van elkaar,  $t(25) = -2.274$ ,  $p = .032$ . De effectgrootte was medium,  $d = -.52$ . Gemiddeld scoorden de jongeren 2.12, 95% betrouwbaarheidsinterval [.930, -4.032], punten

hoger op de nameting dan op de voormeting. Dit betekent dat de jongeren positief herinterpreteren vaker als strategie inzetten na “ACT your way” dan ervoor.

Tabel 1.

*Resultaten gepaarde t-toets voor- en nameting cognitieve emotieregulatie strategieën (n=26)*

Totaalscore cognitieve emotieregulatie strategie	Voormeting		Nameting		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Accepteren	11.38	3.78	12.23	3.71	-1.33	-.23
Concentreren op andere zaken	8.88	3.81	9.42	3.46	-0.71	-.15
Concentreren op planning	10.65	3.72	12.23	3.96	-1.77	-.41
Positief herinterpreteren	8.85	3.76	10.96	4.29	-2.27*	-.52
Relativeren	10.46	3.95	11.46	4.26	-1.22	-.24
Jezelf de schuld geven	12.04	4.46	11.50	4.94	0.76	.11
Rumineren	12.42	3.51	11.62	3.55	1.08	.23
Catastroferen	8.77	4.34	7.62	3.23	1.67	.30
Anderen de schuld geven	6.54	3.11	6.81	3.51	-0.40	-.08

*Noot.* \* significant verschil bij  $\alpha < .05$

### Het effect van ACT op de schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten

Een gepaarde *t*-toets is gebruikt om de totaalscore van de schoolbeleving, schoolverzuim en de schoolresultaten van jongeren op de voormeting te vergelijken met die van de nameting (zie tabel 2). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de scores op de voor- en nameting.

Tabel 2.

*Resultaten gepaarde t-toets totaalscore voor- en nameting schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten (n=15)*

Totaalscore	Voormeting		Nameting		<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Schoolbeleving	17.81	3.11	18.32	3.15	-.61	-.16
Schoolverzuim	7.53	2.95	7.07	2.76	.76	.16
Schoolresultaten	18.52	2.99	18.83	4.41	-.35	-.08

### **De mediërende rol van de cognitieve emotieregulatie strategieën op de depressieve symptomen**

Per cognitieve emotieregulatie strategie is een PROCESS-analyse uitgevoerd. Allereerst werd per strategie bekeken of er een significante relatie was tussen de voor- en nameting CDI-2 (stap 1:  $X \rightarrow Y$ ). Daarna werd de relatie tussen de voormeting CDI-2 en de mediator onderzocht (stap 2:  $X \rightarrow M$ ). Als mediator is de verschilscore van de desbetreffende cognitieve emotieregulatie strategie gebruikt. Ten derde werd bekeken of er een significante relatie bestond tussen de mediator en de nameting CDI-2 in aanwezigheid van de voormeting CDI-2 (stap 3:  $M | X \rightarrow Y$ ). Ten slotte werd onderzocht of er een significante relatie bestond tussen de nameting CDI-2 en de voormeting CDI-2 in de aanwezigheid van de mediator (stap 4:  $X | M \rightarrow Y$ ).

Bij alle strategieën werd in de eerste stap ( $X \rightarrow Y$ ) van het mediatiemodel een significante samenhang aangetoond tussen de resultaten op de voormeting CDI-2 en de nameting CDI-2 terwijl de mediator buiten beschouwing werd gelaten,  $b = .69$ ,  $t(24) = 6.01$ ,  $p < .001$ . Tabel 3 geeft een overzicht van de stappen twee, drie en vier van het mediatiemodel per cognitieve emotieregulatie strategie. Hieruit bleek geen mediërend effect van de verschillende cognitieve emotieregulatie strategieën op de depressieve symptomen.

### **De mediërende rol van de depressieve symptomen op de schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten**

Om de mediërende rol van de depressieve symptomen op de schoolbeleving, schoolverzuim en de schoolresultaten te onderzoeken is drie keer een PROCESS-analyse uitgevoerd. Hierbij werd als mediator de verschilscore tussen de nameting en de voormeting CDI-2 gehanteerd.

Allereerst werd bekeken of er een significante relatie was tussen de voormeting op respectievelijk schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten en de nameting van deze items (stap 1:  $X \rightarrow Y$ ). Daarna werd per item de relatie tussen de voormeting en de mediator onderzocht (stap 2:  $X \rightarrow M$ ). Vervolgens werd per item bekeken of er een significante relatie bestond tussen de mediator en de nameting van de items in aanwezigheid van de voormeting van deze items (stap 3:  $M | X \rightarrow Y$ ). Ten slotte werd per item onderzocht of er een significante relatie bestond tussen de nameting van deze items en de voormeting van de items in de aanwezigheid van de mediator (stap 4:  $X | M \rightarrow Y$ ).

Uit de analyses bleek geen mediërend effect van de depressieve symptomen op schoolbeleving, schoolverzuim en de schoolresultaten (zie tabel 4).

Tabel 3.

*Resultaten stap 2 t/m 4PROCESS analyse: depressieve symptomen met als mediator cognitieve emotieregulatie strategie (n = 24)*

	Stap 2: X → M		Stap 3: M   X → Y		Stap 4: X   M → Y	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
Accepteren	.02	.32	-.14	-.40	.70	5.95**
Concentreren op andere, positieve zaken	-.02	-.20	-.37	-1.28	.69	6.03**
Concentreren op planning	-.03	-.35	-.61	-2.68*	.67	6.53**
Positief herinterpreteren	.04	.40	-.59	-2.72*	.72	6.96**
Relativeren	.02	.28	-.08	-.28	.70	5.90**
Jezelf de schuld geven	.04	.61	.75	2.58*	.66	6.31**
Rumineren	-.03	-.40	.70	2.58*	.71	6.86**
Catastroferen	-.004	-.06	.03	.10	.69	5.88**
Anderen de schuld geven	.08	1.20	.16	.45	.68	5.63**

*Noot.* \* significant verschil bij  $\alpha < .05$ ; \*\* significant verschil bij  $\alpha < .001$

Tabel 4.

*Resultaten PROCESS-analyse: schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten met als mediator depressieve symptomen (n= 13)*

	Stap 1: X → Y		Stap 2: X → M		Stap 3: M   X → Y		Stap 4: X   M → Y	
	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>b</i>	<i>t</i>
Schoolbeleving	.48	1.92	-.40	-.87	-.04	-.28	.46	1.74
Schoolverzuim	.61	3.11*	-.73	-1.61	.13	1.12	.71	3.32*
Schoolresultaten	.93	2.92*	-.14	-.28	.14	.78	.95	2.93*

*Noot.* \* significant verschil bij  $\alpha < .05$ ; \*\* significant verschil bij  $\alpha < .001$

## Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar het effect van de interventie “ACT your way” op de depressieve symptomen, de cognitieve emotieregulatie strategieën, de schoolbeleving, het schoolverzuim en de schoolresultaten van jongeren met chronische of recidiverende depressie. Hierbij is nagegaan of de cognitieve emotieregulatie strategieën en depressieve symptomen een mediërend effect hebben. Tot op heden, is hier nog niet eerder onderzoek naar gedaan. Dit onderzoek toonde aan dat depressieve jongeren na het volgen van “ACT your way”, significant minder depressieve symptomen rapporteren en dat ze meer gebruik maken van positief herinterpreteren. Er werd geen verschil gevonden op schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten. Ook werd er geen mediërend effect van cognitieve emotieregulatie strategieën op depressieve symptomen gevonden en geen mediërend effect van depressieve symptomen op schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten.

Op basis van de literatuur werd allereerst verwacht dat de interventie goed aan zou sluiten bij jongeren, o.a. omdat de puberteit het moment is om ruimte te creëren voor psychologische flexibiliteit (Hayes, Boyd & Sewell, 2011, Livheim et al., 2014; Prins, Bosch, & Braet, 2011; Dopheide, 2006). Dit onderzoek laat dan ook zoals verwacht een significante afname in de depressieve symptomen bij de jongeren zien. “ACT your Way” kan hierdoor mogelijk een geschikte interventie zijn voor jongeren met depressieve klachten, omdat jongeren meer open staan voor deze andere manier van omgaan (accepteren) met hun gedachtes dan het aanleren van nieuwe vaardigheden zoals bij cognitieve gedragstherapie (Forman et al., 2001).

Ten tweede was de verwachting dat door de interventie een verschil merkbaar zou zijn wat betreft de cognitieve emotieregulatie strategieën van de jongeren. Eerder onderzoek toonde namelijk aan dat ACT een positieve bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van de adaptieve cognitieve emotieregulatie strategieën (Hofmann & Asmundson, 2008; Boostani, Ezadikhah, & Sadeghi, 2017; Blackledge & Hayes, 2001). Aangezien ACT het doel heeft om de psychologische flexibiliteit te vergroten (Hayes et al., 2006) en Blackledge & Hayes (2001) aantoonden dat de cognitieve emotieregulatie gelijk staat aan deze psychologische flexibiliteit (beide dragen bij aan het passend kunnen reageren op onplezierige emoties), werd dan ook verwacht dat een positief effect merkbaar zou zijn. Op het significante verschil tussen de voor- en nameting positief herinterpreteren na, werden echter geen significante verschillen aangetoond. Dat een verschil merkbaar is bij het positief herinterpreteren en nog niet bij de andere strategieën is wellicht te verklaren vanuit de theoretische achtergrond van ACT: de Relational Frame Theory (RFT; Biglan & Hayes, 1996; Hayes et al., 2001). De kern van deze



theorie is dat mensen, door aangeboren vermogens tot symboliseren en verbaliseren, relaties tussen stimuli kunnen afleiden en hun gedrag daaraan kunnen aanpassen. Op deze manier ontstaan netwerken van stimuli en hun verwijzingen ernaar. Bij cognitieve herinterpretatie zal men in gedachten een positieve betekenis aan een gebeurtenis toekennen in termen van persoonlijke groei (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Dit sluit aan bij het doel van ACT om de invloed van de netwerken op het gedrag te verzwakken en de cliënt gedrag voor te stellen dat aansluit bij eigenlijke levensdoelen en waarden (Hofmann & Asmundson, 2008; Hayes et al., 2006). Het ontbreken van significante verschillen bij de andere cognitieve emotieregulatie strategieën komt wellicht doordat veranderingen in cognities zich soms pas na langere tijd openbaren (Horowitz, Garber, Ciesla, Young, & Mufson, 2007; Stice, Rohde, Seeley, & Gau, 2010).

Ten derde werd een positief effect op de schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten van de jongen verwacht. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat jongeren met een depressie slechtere schoolresultaten behalen en vaker afwezig zijn dan jongeren zonder depressieve stoornis (Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, 2003; Buitelaar et al., 2009; Fergusson & Woodward, 2002; Scott, Korff, & Angermeyer, 2011; Dopheide, 2006). Dit onderzoek toonde echter geen significante verschillen aan tussen de voor- en nameting van de schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten. Mogelijk is er sprake van sleeper-effecten (effecten die pas op langere termijn zichtbaar worden) (Pössel et al., 2005). De jongeren hebben wellicht meer tijd nodig om het geleerde meer en in andere domeinen toe te passen (Prins, Bosch, & Braet, 2011). Met behulp van de follow-up kunnen deze effecten in een volgende studie onderzocht worden.

Ten vierde werd een mediërend effect van de cognitieve emotieregulatie strategieën op de depressieve symptomen verwacht. Het ontbreken van dit effect is wellicht te wijten aan het ontbreken van de significante veranderingen in de cognitieve emotieregulatie van de jongeren. Het doel van ACT is om gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties te ervaren zonder te proberen er controle over te krijgen (Hayes, 2008; Teasdale, 2003). Dit betekent dat de jongeren de gedachten en gevoelens wellicht nog ervaren, maar de functie van deze gedachten mogelijk zijn veranderd als gevolg van ACT. Eventuele functieveranderingen zijn in dit onderzoek niet specifiek onderzocht.

Hoewel een afname van depressieve symptomen positieve gevolgen heeft op schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten (Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, 2003; Buitelaar et al., 2009; Fergusson & Woodward, 2002; Scott, Korff, & Angermeyer, 2011; Dopheide, 2006) bleef ten slotte een mediërend effect van de depressieve symptomen

op deze gebieden uit. Vermoedelijk is hierbij ook sprake van het eerdergenoemde sleeper-effect (Pössel et al., 2005).

### **Beperkingen, suggesties voor vervolgonderzoek en implicaties voor de praktijk**

De mogelijke reden van het uitblijven van significante verschillen kunnen mogelijk ook voortkomen uit de beperkingen van dit onderzoek. Allereerst de grootte en representativiteit van de steekproef en de onderzoeksopzet. Het onderzoek omvatte een experimentele groep van slechts 26 jongeren, waarvan van 15 ook resultaten van de SQ beschikbaar waren. Hierdoor was er sprake van te weinig power. De respondenten zijn benaderd middels een gemakssteekproef bij één GGZ-instelling, wat een belemmering vormt voor de representativiteit van de steekproef en de generalisatie. Het ontbreken van een controlegroep maakt dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. Bij toekomstig onderzoek blijft het streven naar een optimaal onderzoeksdesign dan ook belangrijk. Hierbij valt te denken aan een experimenteel effectenonderzoek waarbij de participanten in de experimentele groep vergeleken kunnen worden met een controlegroep en een kleine steekproef vermeden wordt. Hoe groter de steekproef, hoe betrouwbaarder de resultaten en hoe beter de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele populatie (Baarda & De Goede, 2001). Idealiter zouden de respondenten afkomstig moeten zijn vanuit verschillende instellingen om zo een representatieve afspiegeling te kunnen realiseren. Vervolgonderzoek zal ook de resultaten van de follow-up moeten analyseren om de langetermijneffecten van de interventie te onderzoeken en na te gaan of er mogelijk sprake is van sleeper-effecten (Pössel et al., 2005). De jongeren hebben wellicht meer tijd nodig om hetgeen zij geleerd hebben tijdens de interventie ook daadwerkelijk toe te passen in hun dagelijks leven. Longitudinaal vervolgonderzoek zou hier meer informatie over kunnen geven.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat niet gekeken is naar de eigenschappen van de jongeren, zoals de ernst van de depressieve klachten en sekse (Horowitz & Garber, 2006). Uit verschillende studies blijkt namelijk dat jongeren verschillend kunnen reageren op interventies. Jongeren met een hoger aanvangsniveau van depressieve symptomen zouden meer kunnen profiteren van interventies en dit geldt ook voor meisjes (Gillham, Hamilton, Freres, Patton & Gallop, 2006; Reivich, 1996).

Een andere beperking is dat dit onderzoek alleen gebruik maakt van de jongeren als informant. In vervolgonderzoek zou gebruik gemaakt moeten worden van meerdere soorten informanten om zo een aanvullend beeld te kunnen geven van de gedragsaspecten (o.a. de schoolresultaten en de omgang met medeleerlingen) van de jongeren (Kovacs, 1996).

Ten slotte beïnvloedt de keuze voor de meetinstrumenten wellicht de uitkomsten van dit onderzoek. Aangezien de CDI-2 ontwikkeld is voor kinderen van 8 tot 21 jaar en de steekproef ook participanten van 21 tot 26 jaar bevatte, zijn de resultaten van deze participanten vermoedelijk minder betrouwbaar. De Cronbach's alpha van de SQ was, als gevolg van de verschillende gemeten constructen, te laag om te spreken van een betrouwbaar meetinstrument. Bovendien had een aantal participanten missende waarden op hun schoolresultaten. Dit is gecorrigeerd door voor deze resultaten een gemiddeld cijfer van de participant toe te voegen. Hierdoor zijn de resultaten minder betrouwbaar en dienen de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Er zijn niet alleen beperkingen. De data van het onderzoek is verzameld aan de hand van vast protocol. Verschillende meetinstrumenten zijn gebruikt tijdens de voor- en nameting en het onderzoek "Act your Way" omvat een follow-up, welke ingezet kan worden bij vervolgonderzoek om zo de lange termijneffecten in kaart te brengen. Omdat nog geen onderzoek is gedaan naar de effecten van "ACT your way" en de mediërende rol van cognitieve emotieregulatie strategieën op de depressieve klachten, schoolbeleving, schoolverzuim en schoolresultaten van jongeren in de leeftijd van 12- 25 jaar, vormt dit onderzoek een goede aanzet voor verder onderzoek.

Samenvattend kan gezegd worden dat de resultaten van dit onderzoek een eerste aanwijzing vormen dat "ACT your way" bij kan dragen aan een vermindering van depressieve symptomen bij jongeren. Cognitieve gedragstherapie is tot op heden de meest onderzochte methode, maar lijkt niet altijd het meest effectief (Creswell, Waite, & Cooper, 2014). De helft van alle jongeren profiteert hier namelijk niet van (Watanabe et al, 2007; De Wit, 2009). Dit vraagt dan ook om nog meer en uitvoeriger onderzoek naar interventies gebaseerd op ACT. In de toekomst zal het daadwerkelijke effect hiervan en de rol van de cognitieve emotieregulatie strategieën verder onderzocht moeten worden. Hierbij is het belangrijk dat een grotere, meer representatieve steekproef gebruikt zal worden en gebruik gemaakt wordt van zowel een controle als experimentele groep om zo met nog meer nauwkeurigheid uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van de op ACT gebaseerde interventie "ACT your way" (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

### Literatuur

- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., Conners, C. K., & Bates, J. E. (1991). National survey of problems and competencies among four-to sixteen-year-olds: Parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the society for research in child development*, i-130.
- A-Tjak, J. (Ed). (2015b). *Acceptance & Commitment Therapy. Theorie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015a). A met-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. doi:10.1159/000365764
- A-Tjak, J., De Groot, F. (2008). Algemene aspecten van een ACT-behandeling. In *Acceptance & Commitment Therapy*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Baarda, D. B., & De Goede, M. P. M. (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bae, Y. (2012). Test Review: Children's Depression Inventory 2 (CDI 2). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30, 304-308. doi:10.1177/0734282911426407
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 15(6), 713-724.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5(1), 47-57. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80026-6
- Boostani, M., Ezadikhah, Z., & Sadeghi, M. (2017). Effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on the difficulty emotional regulation and distress tolerance patients with essential hypertension. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 3(3), 205. doi: 10.4103/2395-2296.204118
- Bohlmeijer, E., Schreurs, K., & Lamers, S. (2018). Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2016(3).
- Braet, C., & Goossens, L. (2019). Emotieregulatie bij kinderen: ontwikkeling en definities. In: *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* (pp. 3-17). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- Buitelaar, J.K., Keulen van, M., Nauta, M.H., Stikkelbroek, Y.A.J., Ruiter, & Duin van, D. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd Addendum*. Trimbos-instituut Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Utrecht. Geraadpleegd op 19 mei 2020 van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/1e4da111-1203-4bab-bba4-2a6897f163ee.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). Depressie onder jongeren. Verkregen op 20 februari 2020 van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005ned/table?fromstatweb>
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of child psychology and psychiatry*, 47. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 99(7), 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768
- Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American journal of health-system pharmacy*, 63(3), 233-243. doi: 10.2146/ajhp050264
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change*. New Harbinger Publications.
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 185-190. doi: 10.1016/j.jad.2010.05.016
- Etebaryan A, Pouruli Z. Determining the relationship between self-control and conflict resolution strategies among administrative staff of Khorasgan Azad University (Isfahan) A New Approach to Educational Management. 2008;1(2):133–113. [Persian]. doi: 10.25122/jml-2019-0035
- Forman, E. M., Chapman, J. E., Herbert, J. D., Goetter, E. M., Yuen, E. K., & Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 43(2), 341-354. doi: 10.1016/j.beth.2011.07.004
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life-events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van Den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611. doi: 10.1006/jado.2002.0507
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of abnormal child psychology*, 34(2), 195-211. doi: 10.1007/s10802-005-9014-7
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gutman, L. M., & Vorhaus, J. (2012). The impact of pupil behaviour and wellbeing on educational outcomes. London: Department for Education.
- Hayse S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of ACT and traditional CBT. *Clinical Psychology: Science and Practical*. 2008;5:286–295. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 401. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.401
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., & Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: A randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 75, 693. doi:10.1037/0022-006X.75.5.693
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222. doi: 10.2307/3090197
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705-715. doi: 10.1097/00004583-199606000-00010
- Layard, R., Clark, A. E., Cornaglia, F., Powdthavee, N., & Vernoit, J. (2014). What Predicts a Successful Life? A Life-course Model of Well-being. *The Economic Journal*, 124, F720-F738. doi: 10.1111/eoj.12170
- Lewinsohn, P. M., Petit, J. W., Joiner Jr, T. E., & Seeley, J. R. (2003). The symptomatic

- expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology*, 112(2), 244. doi: 10.1037/0021-843x.112.2.24
- Markanday, S., Data-Franco, J., Dyson, L., Murrant, S., Arbuckle, C., McGilvray, J., & Berk, M. (2012). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(12), 1198-1199.
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Norheim, I., Keyes, C. L., Espnes, G. A., & Vinje, H. F. (2015). Mental health as perceived by persons with mental disorders—an interpretative phenomenological analysis study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 17(4), 215-233. doi: 10.1080/14623730.2015.1039329
- De Looze, M., Dorsselaer, S. van, Roos, S. de., Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R., BonMartens, M. van, Bogt, T. ter & Vollebergh, W. (2014). HBSC 2013: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 982-994. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00395.x
- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., Klooster, ten, P. M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 1-9, doi:10.1192/bjp.bp.114.146068.
- Prins, P. J. M., Bosch, J. D., & Braet, C. (Eds.). (2011). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Reivich, K. (1996). The prevention of depressive symptoms in adolescents.
- Rapport De Staat van het Onderwijs (2019). Geraadpleegd op 22 oktober 2019, van <https://www.onderwijsinspectie.nl/documenten/rapporten/2019/04/10/rapport-de-staat-van-het-onderwijs-2019>
- RIVM (2018). *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht*. Verkregen op 24 februari 2020 van <https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-een-gezond-vooruitzicht>
- Seligman, M., Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, 293-311. doi:10.1080/03054980902934563
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping

- strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 413-423. doi: 10.1016/j.paid.2006.12.009
- Scott, K. M., Von Korff, M., & Angermeyer, M. C. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of General Psychiatry*, 68, 838-844. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.77
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference/ William R. Shadish, Thomas D. Cook, Donald T. Campbell*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 303-315. D oi: 10.1207/S15374424JCCP3003\_3
- Sinnema, H., Volker, D., & Buiting, A. M. T. (2017). JGZ-richtlijn Depressie. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, 49(4), 87-89. Geraadpleegd op 22 oktober, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12452-017-0113-y.pdf>
- Smeets, E., de Boer, A., van Loon-Dijkers, L., Rossen, L., & Ledoux, G. (2017). *Passend onderwijs op school en in de klas: Eerste meting in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs*. (Evaluatie Passend Onderwijs; Vol. 21). Nijmegen: KBA Nijmegen.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2010). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 273. doi: 10.1037/a0018396
- Tak, J.A., Bosch, J.D., Begeer, S., & Albrecht, G. (2014). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen en adolescenten*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten. *Kind en adolescent*, 26(1), 46-56. doi: 10.1007/BF03060940
- Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I.M., Churchill, R., & Furuk-awa, T.A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: A systematic review. *Acta Psychi-atrica Scandinavica*, 116, 84-95.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's



perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 148-150. doi:  
10.1176/appi.ajp.163.1.148