

Het belang van een ontspannen lichaam en geest binnen cognitieve gedragstherapie

Master's thesis

Utrecht University

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

L. Dollekamp 5709598

Student: L. Dollekamp

Studentnummer: 5709598

Supervisor: Dr. Denise Bodden

Tweede beoordelaar: W.H. van den Heuvel MSc

### Abstract

This study examines the importance of relaxation exercises in cognitive behavioral therapy for young people with depression in the Netherlands. Data is collected by analysing 20 depression protocols using a taxonomy regarding: presence or absence of relaxation exercises, different components of relaxation exercises, recipient of the therapy, modality, mode of delivery, the dosage and the place within the treatment in which relaxation exercises start. Thereafter, existing effect studies were compared with the result of the 20 depression protocols and looked at comparison between the use of relaxation exercises and the effectiveness of the protocols. In addition, two cognitive behavioral therapists were interviewed. The results show that 65% of the protocols used relaxation exercises, usually two or more relaxation techniques are used in groups or in combination with parents, a minimum of four and a maximum of seven modalities are used and all except one protocol is given face-to-face treatment, between 8.3% and 27.2% of the total treatment time is spent on relaxation exercises and this is mainly used at the beginning of the treatment. The results indicate insufficient evidence to establish a link between relaxation exercises and the effect of cognitive behavioral therapy. However there are several indications that are promising and follow-up research is recommended. In particular, the time each protocol spends on relaxation exercises appears to affect the effectiveness of relaxation exercises as an element of cognitive behavioral therapy.

*Key-words:* depression, cognitive behavioural therapy, relaxation exercises, adolescents.

### Samenvatting

In dit onderzoek is er gekeken naar het belang van ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een depressie in Nederland. Hierbij zijn 20 depressie protocollen geanalyseerd aan de hand van een taxonomie waarbij er is gekeken naar: de aan- of afwezigheid van ontspanningsoefeningen, verschillende ontspanningstechnieken, ontvanger van de behandeling, modaliteit, aanbiedingsvorm, de dosering en de plaats binnen de behandeling waarin ontspanningsoefeningen start. Vervolgens zijn bestaande effectstudies vergeleken met de resultaten van de 20 geanalyseerde protocollen en gekeken naar verbanden tussen het gebruik van ontspanningsoefeningen en de effectiviteit van de protocollen. Daarnaast zijn twee cognitieve gedragstherapeuten geïnterviewd. Uit de resultaten blijkt dat 65% van de protocollen ontspanningsoefeningen bevatten, meestal twee of meer ontspanningstechnieken worden ingezet in groepen of in combinatie met ouders, er minimaal vier en maximaal zeven modaliteiten worden gebruikt en er op één protocol na allemaal face-to-face behandeling wordt gegeven, tussen de 8,3% en 27,2% van de totale behandelingstijd besteed wordt aan ontspanningsoefeningen en dit voornamelijk aan het begin van de behandeling wordt ingezet. De causaliteit van dit onderzoek is beperkt, het blijft onduidelijk of ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie daadwerkelijk de behandeling effectiever maakt. Wel zijn er meerdere aanwijzingen naar voren gekomen die veelbelovend zijn en vervolgonderzoek aanbevolen wordt. Met name de tijd die elk protocol aan ontspanningsoefeningen besteed lijkt invloed te hebben op de effectiviteit van ontspanningsoefeningen als element binnen de cognitieve gedragstherapie.

*Trefwoorden:* depressie, cognitieve gedragstherapie, ontspanningsoefeningen, adolescenten.

## Het Belang van Ontspanningsoefeningen Binnen de Cognitieve Gedragstherapie bij Jongeren in Nederland met een Depressie

Depressie is wereldwijd een stijgend gezondheidsprobleem waarvan wordt verwacht dat het in het jaar 2030 tot de top 3 stoornissen met grootste ziektelast zal behoren (Mathers & Loncar, 2006). De prevalentie van depressie bij jongeren is de afgelopen jaren toegenomen (Abela & Hankin, 2008). Onder de Nederlandse jongeren tussen de 12 en 16 jaar blijkt op dit moment 1,4% langdurig depressief te zijn. Bij jongeren in de leeftijd van 16 tot 20 jaar ligt het percentage zelf nog een stuk hoger, namelijk 5% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018).

Alle jongeren hebben wel eens last van schommelingen in hun stemming. Wisselend van somberheid tot euforisch. Deze wisselingen zijn gebruikelijk, mits ze binnen bepaalde grenzen blijven (Buchanan, Eccles, & Becker, 1992). Wanneer een depressieve of prikkelbare stemming langer en heftiger wordt, gepaard gaat met een gevoel van waardeloosheid, vermoeidheid, verlies van interesse en plezier kan er sprake zijn van een depressieve stoornis (American Psychiatric Association [APA], 2013). Kenmerkend voor jongeren met een depressie is het verlies van interesse en/of plezier, buitensporige mate van schuld, extreme vermoeidheid en het vermogen om kennis op te nemen en te verwerken verminderd (Lewinsohn, Pettit, Joiner & Seeley, 2003; Luby, Belden, Pautsch, Si, & Spitznagel, 2009).

Een depressie grijpt in op allerlei aspecten van het leven van jongeren. Depressie leidt tot prestatieproblemen, afsluiten van de buitenwereld, moe en lusteloosheid, extreme onzekerheid en een afname van zelfwaarde (Greenberg et al., 2015; Mehler-Wex & Kölch, 2008). Op de langere termijn kan dit gepaard gaan met slaapproblemen, middelenmisbruik en vergroot het de kwetsbaarheid van iemand door de verkeerde denkstijlen waardoor een depressie op latere leeftijd zich opnieuw kan ontwikkelen (Andrews, 2001; Solomon et al., 2000). Daarnaast neemt de kans op zelf milderend gedrag en suïcide toe (Kerkhof, Arensman, Neeleman, & De Wilde, 2003). Naast de dagelijkse impact zijn er ook maatschappelijke consequenties zoals de hoge economische kosten door verzuim en zorgconsumptie doordat jongeren met een depressie vaker in de somatische of geestelijke gezondheidszorg terecht komen (Keenan-Miller, Hammen, & Brennan, 2007).

Het ontwikkelen van depressieve klachten bij jongeren kan mogelijk verklaard worden door de toename van stress (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Gold, Machado-Vieira & Pavlatou, 2015). Volgens Jayanthi, Thirunavukarasu & Rajkumar (2015) is het risico voor het ontwikkelen van depressie klachten door stress 2,4 keer zo groot. De oorzaak van verhoogde stress kan herleid worden naar ruwweg drie categorieën. Ten eerste kan de levensfase waarin de jongere zich bevindt spanning en stress opleveren. De

adolescentie wordt gekenmerkt door grote fysieke, sociale en psychologische veranderingen en is ook het begin van een kwetsbare periode (Dahl & Gunnar, 2009). Hoge verwachtingen zoals examens van school, het zelfstandig wonen of het aangaan van een relatie kunnen voor stress zorgen (Emck, 1998). De tweede categorie die stress oplevert zijn bepaalde 'life-events'. Dit zijn gebeurtenissen die de jongere heeft meegemaakt zoals een scheiding, overlijden van een dierbare of een ongeluk. Ten derde wordt de dagelijkse rompslomp genoemd, een dagelijks terugkerende last of irritatie die bijdraagt aan het gevoel van stress (Emck, 1998). Deze drie stressbronnen kunnen bij jongeren die daar kwetsbaar voor zijn leiden tot het ontwikkelen van depressieve klachten (Emck, 1998).

Alhoewel bovenstaande stressbronnen aantoonbare invloed hebben op het ontstaan van een depressie, zal hun invloed sterk afhangen van de kwetsbaarheid van de jongere zelf in combinatie met omgevingsfactoren (stressbronnen). Deze complexe interactie tussen biologische en omgevingsfactoren wordt aan de hand van het kwetsbaarheids-stressmodel van Hankin en Abela (2005) verder verklaard. Het kwetsbaarheids-stress model stelt dat jongeren een bepaalde mate van kwetsbaarheid hebben en dit verder ontwikkelen op basis van levenservaringen. In combinatie met stressvolle gebeurtenissen kunnen kwetsbaarheden leiden tot een hogere kans op het ontwikkelen van een depressie (Hankin & Abela, 2005). Een tegengeluid komt van Hammen (1991) die suggereert dat je als persoon een actieve rol hebt in de creatie van stresserende levensgebeurtenissen en dit niet passief ondergaat. Het model dat hiervoor wordt gebruikt is het stress generatie model. Dit stelt dat individuele eigenschappen en gedrag mede bepalen of jongeren stressvolle gebeurtenissen meemaken die leiden tot toekomstige depressie (Bakker, 2010). Zowel het kwetsbaarheids-stressmodel als het stress generatie model stellen dat er een relatie is tussen stress en depressie en wordt veroorzaakt door kwetsbaarheden (Hammen, 1991; Hankin & Abela, 2005).

Om een depressieve stoornis zo goed mogelijk te behandelen en de verdere gevolgen hiervan te minimaliseren zou de jongere psychotherapie kunnen ondergaan. Psychotherapie is een behandelmethodes waarin je samen met een behandelaar door middel van gesprekken op zoek gaat naar patronen in het denken, doen en voelen. Psychotherapie kent meerdere vormen zoals cognitieve gedragstherapie, systemische therapie en interpersoonlijke therapie. Met name cognitieve gedragstherapie is goed onderzocht waarbij is aangetoond dat het een groot effect heeft op het herstel en verminderen van depressieve klachten bij jongeren (Churchill et al., 2002; Cuijper & Dekker, 2005). Cognitieve gedragstherapie is tevens de meeste ingezette vorm van psychotherapie bij een depressieve (Campton et al., 2004). Aaron T. Beck (1979) is de grondlegger van cognitieve gedragstherapie en beschrijft het als een manier om nieuwe,

positieve gedachten aan te leren. Deze nieuwe gedachtenpatronen leiden uiteindelijk tot een verandering van gedrag (Beck, 1979). Onderzoek toont al op jonge leeftijd, 12 tot 18 jaar, aan dat het aanleren van nieuwe technieken en vaardigheden door middel van cognitieve gedragstherapie leidt tot verbetering van depressieve klachten en dat het de kans op terugval verkleint (Jacobs et al., 2016). Kern van de cognitieve gedragstherapie zijn de verschillende elementen waaronder probleem oplossingsvaardigheden, cognitieve herstructurering, gedragsactivatie en ontspanningsoefeningen (Park & Goodyer, 2000; Shirk & Karver, 2006; Elling, 2008). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de afzonderlijke elementen van cognitieve gedragstherapie waardoor onduidelijk is in welke mate de elementen op zichzelf toegevoegde waarde hebben en welke invloed elk element heeft op de effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie. Door de elementen binnen de cognitieve gedragstherapie los van elkaar te onderzoeken wordt duidelijk welk element belangrijk is voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie. Het huidige onderzoek richt zich op het belang van het element ontspanningsoefeningen.

Onderzoek naar de effectiviteit van ontspanningsoefeningen voor de behandeling van depressie is nog schaars. Alhoewel het lijkt dat ontspanningsoefeningen een positieve werking hebben en geclassificeerd kunnen worden als waarschijnlijk effectief bij jongeren met een depressie (David-Ferdon & Kaslow, 2008; Weersing et al., 2017). De effectiviteit van het element ontspanningsoefeningen in de behandeling van depressie bij jongeren blijkt onder andere uit het onderzoek van Reynolds & Coats (1986). Ontspanningsoefeningen zouden beter zijn dan geen behandeling en even goed als cognitieve gedragstherapie. Beide behandelingen, in vergelijking met een controlegroep, resulteerde in een significante afname van depressieve klachten (Reynolds & Coats, 1986). Het onderzoek van Fung & White (2012) concludeerde ook dat ontspanningsoefeningen beter zijn dan geen of minimale behandeling. Maar tot op heden worden ontspanningsoefeningen voornamelijk ondersteunend ingezet binnen de behandeling van depressie (Wamel, Takkenkamp, Meeuwissen, Voordouw, & Verburg, 2005).

De gedachte achter ontspanningsoefeningen is dat ze ervoor zorgen dat je tot rust komt met als doel het lichaam te ontspannen, waardoor uiteindelijk ook gedachten tot rust komen en daardoor stress verminderd (Payne & Donaghy, 2010). Door middel van ontspanningsoefeningen leer je een balans te vinden tussen spanning en ontspanning zodat overbelasting kan worden voorkomen. Bij een ontspannen lichaam ben je beter in staat om (helder) na te denken, juiste beslissingen te nemen en dingen minder zwaar op te vatten. Ontspanningsoefeningen zijn bedoeld ter preventie en reductie van stress- en

spanningsklachten en dragen daardoor bij aan een afname van depressieve klachten (Fung & White, 2012; van Praag, 2005).

Ontspanningsoefeningen kent vele variaties die verschillen in technieken, aanpak, methode en uitvoering. De meest voorkomende ontspanningstechnieken zijn progressieve spierrelaxatie, ademhalingsoefeningen, geleide visualisatie, aandachtsoefeningen en mindfulness. Naast verschillende technieken is het ook wisselend aan wie de behandeling wordt gegeven. Het kan zowel individueel als in groepen worden gegeven. Uit een meta-analyse van McCarty, Weisz & Hamilton (2007) blijkt dat zowel groepsbehandeling als individuele behandeling significant effect heeft op het verminderen van een depressie binnen de cognitieve gedragstherapie. Het onderzoek van Rijnmond (2013) toont aan geen significante verschillen in uitkomst tussen individuele of groepsbehandeling te vinden, alleen de tevredenheid van de personen in de groepssetting waren significant minder dan de personen die individueel behandeld werden.

Ontspanningsoefeningen kunnen door de behandelaars op verschillende manieren worden aangeleerd, dit wordt ook wel de modaliteit genoemd. De verschillende modaliteiten zijn uitleg geven, oefenen, discussiëren, rollenspellen, modelling, instructies geven, motiveren of huiswerk. Het onderzoek van Stice et al. (2009) toont aan dat het oefenen van bepaalde situaties die moeilijk zijn in combinatie met huiswerk een positief effect hebben op de behandeling (Kennard, 1997).

Het overbrengen van ontspanningsoefeningen wordt face-to-face, online, blended, game, imaginair, virtual reality, telefonisch of via een boek gedaan. In het onderzoek van Wal (2008) blijkt bijvoorbeeld dat een onlinebehandeling al effectief kan zijn in het reduceren van depressieve klachten.

De duur van ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie en de aantal sessies die hieraan worden gewijd variëren per ontspanningsoefening. Het onderzoek van McCarty, Weisz & Hamilton (2007) toont aan dat er geen verband is tussen de duur van cognitieve gedragstherapie en de uitkomst van de behandeling. Gesuggereerd wordt dat korte behandelingen net zo effectief kunnen zijn als langere. Het onderzoek van Stice en Shaw (2004) spreekt dit tegen en benoemt dat meer sessies samenhangt met een significant positievere uitkomst van de behandeling.

Tot slot lijkt er een verband te zijn tussen het moment waarop ontspanningsoefening binnen de behandeling worden ingezet. Als dit bij de start van de behandeling wordt geïntroduceerd lijken jongeren hier meer effect van te hebben, mogelijk doordat ze langer kunnen oefenen. Er is nauwelijks literatuur over het moment waarop ontspanningsoefeningen

binnen de behandeling van depressie ingezet moeten worden. Een onderzoek naar de uitgangspunten bij de behandeling van overspanning suggereert dat de eerste fase van de behandeling gericht moet zijn op de bestrijding van de kernsymptomen, onder andere door ontspanningsoefeningen (Schmidt, 2002).

In Nederland zijn er meerdere behandelprotocollen die ingezet worden bij cognitieve gedragstherapie voor de behandeling van depressies. Uit onderzoek in een GGZ-instelling bleek dat de meeste cognitieve gedragstherapeuten deze protocollen niet aanhouden omdat ze niet tevreden zijn met de bestaande protocollen. Deze cognitieve gedragstherapeuten hebben zelf uit verschillende protocollen werkzame elementen gebruikt, meestal afgestemd op de cliënt (Molenaar, 2009; Molenaar, Don, & Dekker 2009). Dat er wel eens wordt afgeweken van een bestaand protocol wordt bevestigd door het onderzoek van Hansen (2002) die concludeert dat therapeuten in de praktijk zelf beslissen welke elementen ze gebruiken omdat ze uit eigen werkervaring halen wat wel of niet werkt. Het correct uitvoeren van een protocol is juist belangrijk om de betrouwbaarheid te vergroten zodat de behandeling in dezelfde vorm wordt gegeven en de resultaten onderling vergeleken kunnen worden en verbeterd (Molenaar, 2009).

Het doel van dit onderzoek is aantonen wat het belang is van het element ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie en maakt deel uit van een grootschalig onderzoek van het Trimbos Instituut. Het Trimbos Instituut stelt meerdere cognitieve gedragstherapie protocollen beschikbaar om aan de hand van een vooropgestelde taxonomie de protocollen te analyseren. Op deze manier worden alle elementen op dezelfde manier onderzocht zodat er conclusies over de effectiviteit van de elementen afzonderlijk kunnen worden getoetst. Naast de analyse van de protocollen worden twee cognitief gedragstherapeuten geïnterviewd om te achterhalen of de theorie overeenkomt met de praktijk. Dit onderzoek gaat na in hoeverre ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie worden toegepast en welke aantoonbare effecten dit heeft binnen bestaande protocollen. Onderstaande hypothesen zijn opgesteld, op basis van de bestaande literatuur, om antwoordt te geven op de onderzoeksvraag:

1.
  - a. De meerderheid (80%) van de protocollen maakt gebruik van ontspanningsoefeningen.
  - b. De meerderheid (70%) van de protocollen die ontspanningsoefeningen inzetten maakt gebruik van meerdere ontspanningstechnieken.
  - c. Protocollen die ontspanningsoefeningen inzetten zijn effectiever dan protocollen die geen ontspanningsoefeningen inzetten.



2.
  - a. De meerderheid (80%) van de protocollen maakt gebruik van ontspanningsoefeningen die alleen gericht zijn op het individu.
  - b. Protocollen die alleen gericht zijn op het individu zijn niet effectiever dan protocollen die gericht zijn op groepen.
3.
  - a. De meerderheid (90%) van de protocollen maakt gebruik van meerdere modaliteiten.
  - b. Protocollen die meerdere modaliteiten inzetten zijn effectiever dan protocollen die één modaliteit inzet.
4.
  - a. De meerderheid (70%) van de protocollen worden face-to-face aangeboden.
  - b. Protocollen die meerdere aanbiedingsvormen gebruiken zijn effectiever dan protocollen die één aanbiedingsvorm aanbiedt.
5.
  - a. Binnen de protocollen wordt niet meer dan 15% van de tijd besteedt aan ontspanningsoefeningen.
  - b. Protocollen die tenminste 15% van de tijd besteedt aan ontspanningsoefeningen zijn effectiever dan protocollen die minder tijd hieraan besteden.
6.
  - a. De meerderheid (60%) van de protocollen start met ontspanningsoefeningen gedurende de start van de behandeling.
  - b. Protocollen die in het begin van de behandeling ontspanningsoefeningen inzetten zijn effectiever dan protocollen die het later inzetten.

## **Methode**

### **Steekproef**

**Protocollen** Dit onderzoek is onderdeel van een grootschalig onderzoek naar de werkzame elementen van cognitieve gedragstherapie, uitgevoerd door het Trimbos Instituut. Om de werkzame elementen te onderzoeken is er gebruik gemaakt van twintig beschikbare protocollen ( $n=20$ ) uit de database van het Nederlands Jeugd Instituut. De protocollen die worden geanalyseerd richten zich op kinderen en jongeren tussen de 5 en 21 jaar oud met lichte tot zware internaliserende problemen. Zie bijlage 1 voor een totaaloverzicht van de protocollen.

**Interviews** Naast het onderzoek van de protocollen zijn aanvullend twee semigestructureerde interviews (zie bijlage 3) afgenomen bij twee cognitieve gedragstherapeuten met minimaal 5 jaar werkervaring op 2 en 3 mei 2019 in de provincie Overijssel. Beide cognitieve gedragstherapeuten hebben de opleiding tot GZ-psycholoog afgrond, zijn 36 en 42 jaar oud en vrouw. Hiervan is één therapeut werkzaam in haar eigen praktijk en één therapeut werkzaam binnen een grote organisatie.

## Procedure

**Protocollen** Er zijn 20 bestaande depressie protocollen gericht op kinderen en jongeren doorgenomen aan de hand van een vooraf ontworpen taxonomie, zie bijlage 2. De protocollen zijn gecheckt op de aanwezigheid van ontspanningsoefeningen. Daarnaast zijn de volgende elementen gescoord: de soorten ontspanningstechnieken die worden ingezet (progressieve spierrelaxatie, ademhalingsoefeningen, geleide visualisatie, aandachtsoefeningen en mindfulness), de ontvanger (kind individueel, groep kinderen, ouder, groep ouders, kind en ouder, gezin, omgeving, kind en omgeving, kind en ouder en omgeving, school, kind en school, leefgroep), modaliteit (uitleg geven, oefenen, discussie, rollenspel, modelling, instructie geven, motiveren, huiswerk), aanbiedingsvorm (face-to-face, online, blended, game, imaginair, virtual reality, telefonisch, video, boek), dosering/frequentie (hoeveel sessies en hoeveel tijd) en in welke sessie het voorkomt (start ontspanningsoefeningen in behandeling). Als laatst is gekeken naar effectstudies van de 20 protocollen. Door de uitkomsten van de taxonomie naast de effectstudies te leggen kan gekeken worden naar een mogelijk verband tussen ontspanningsoefeningen en de effectiviteit van het protocol.

**Interviews** Er zijn twee semigestructureerde interviews afgenomen om te kijken of de theorie klopt met de praktijk. Deze interviews zijn face-to-face afgenomen in de praktijken van de geïnterviewden. Er is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews om beide interviews zo gelijk mogelijk te houden maar nog wel ruimte over te laten om eventueel dieper op de antwoorden in te gaan. De interviews duurden elk 30 minuten. Deze interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen om hierna de antwoorden beter te kunnen analyseren. Het eerste deel van het interview gaat over de therapeut en haar visie op cognitieve gedragstherapie. Deel twee is toegespitst op protocollen en het gebruik hiervan bij mensen met een depressie. Tot slot worden vragen gesteld over het inzetten van ontspanningsoefeningen binnen de behandeling van depressie. De interviews zijn gericht op het verkrijgen van informatie uit de praktijk. Hierdoor is inzichtelijk gemaakt hoe cognitieve gedragstherapeuten de behandeling vormgeven, hoeverre protocollair wordt behandeld en of ontspanningsoefeningen worden ingezet.

## Analyse

Om de effectiviteit van de 20 protocollen te meten zijn effectstudies onderzocht. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de effectstudies is als eerste gekeken naar de steekproef en een eventuele controlegroep. Daarna is gezocht naar de effectgrootte aan de hand van Cohen's  $d$  en  $\eta^2$ . Daarbij wijst een effectgrootte van Cohen's  $d$  van .20 op een klein effect,

.50 op een gemiddeld effect en .80 op een groot effect. Bij  $\eta^2$  is er sprake van een klein effect bij .02, een gemiddeld effect bij .13 en een groot effect bij .26. De effectgrootte van de follow-up wordt wanneer aanwezig ook onderzocht. Door de kwalitatieve aard van het onderzoek kan er geen causaal verband worden gelegd omdat de verbanden indirect zijn en niet statistisch getoetst.

## **Resultaten**

### **Presentatie resultaten**

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksresultaten weergegeven die antwoordt geven op de vraag of ontspanningsoefeningen van toegevoegde waarde zijn binnen de cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een depressie in Nederland. Allereerst zijn 20 protocollen geanalyseerd op de verschillende onderdelen. Vervolgens is er uitgebreid gekeken naar de effectiviteit van de protocollen om vervolgens een koppeling te maken met de praktijk door het analyseren van twee interviews met cognitieve gedragstherapeuten.

### **Protocollen**

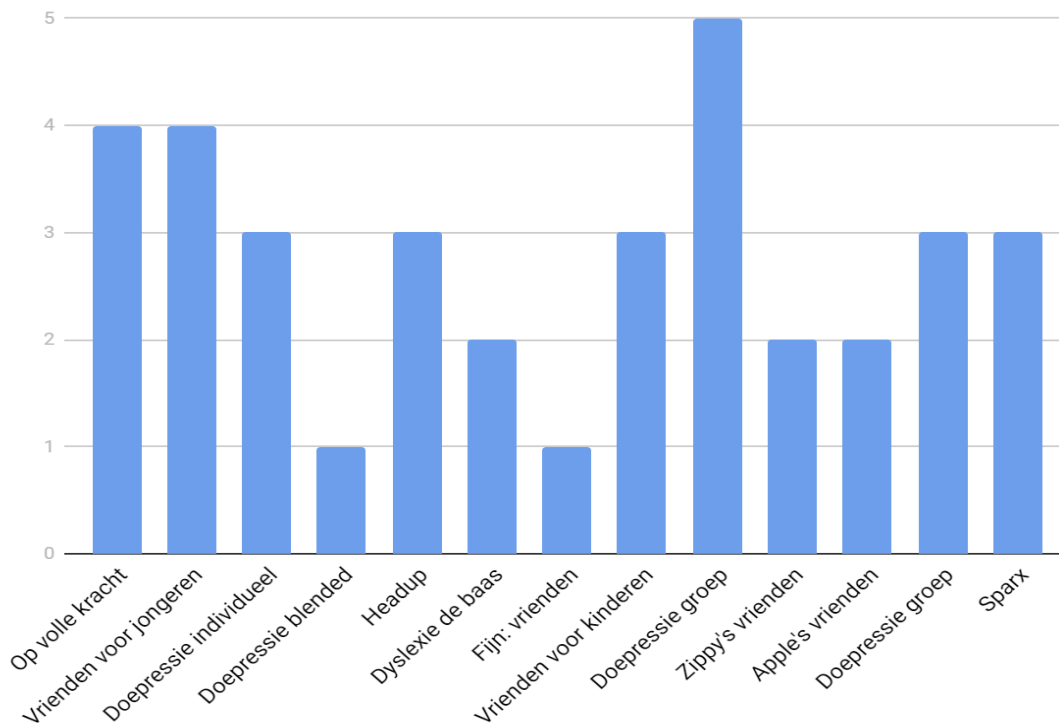
In totaal zijn 20 protocollen doorgenomen die worden ingezet bij cognitief gedragstherapeutische behandelingen. Aan de hand van een vooraf opgestelde taxonomie zijn de protocollen geanalyseerd. Als eerste is gekeken naar de aanwezigheid van ontspanningsoefeningen. Wanneer een protocol gebruik maakt van ontspanningsoefeningen wordt deze verder onderzocht op de volgende onderdelen: ontspanningstechniek, ontvanger, modaliteit, aanbiedingsvorm, dosering/frequentie en in welke sessie het voorkomt. De onderzoeksresultaten worden per onderdeel weergegeven.

#### **Aanwezigheid van ontspanningsoefeningen**

Van de in totaal 20 protocollen bevat 65% (13 van de 20) ontspanningsoefeningen. De 13 protocollen, die ontspanningsoefeningen bevatten en verder worden onderzocht, zijn *Doepressie cursus groep, individueel en blended, Headup, Op volle kracht, Sparx, Dyslexie de Baas, Fijn: vrienden, Move2Learn, Vrienden voor kinderen en jongeren, Zippy's vrienden en Apple's vrienden*. De zeven protocollen die geen gebruik maken van ontspanningsoefeningen zijn *Happyles, Pak aan, Praten online, Stemmingmakerij, Alles onder controle, KOPP en STERK*. Deze protocollen worden niet verder onderzocht.

Er wordt in de 13 protocollen die ontspanningsoefeningen inzetten gebruik gemaakt van vijf verschillende ontspanningstechnieken waaronder progressieve spierrelaxatie, ademhalingsoefeningen, geleide visualisatie, aandachtsoefeningen en mindfulness. Van de 13 protocollen gebruiken 11 protocollen 2 of meerdere ontspanningstechnieken. Bij één protocol wordt er gebruik gemaakt van alle vijf de ontspanningstechnieken. De meeste protocollen

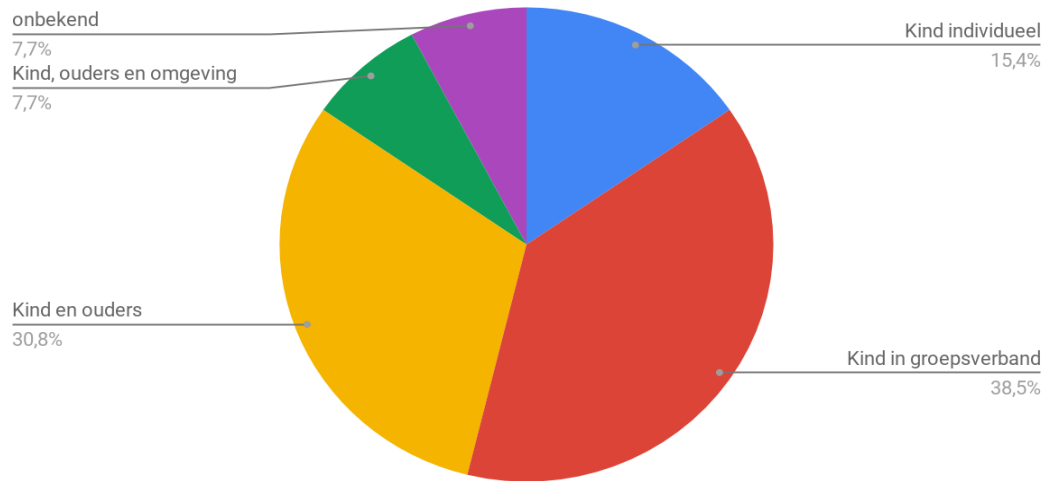
liggen rond de 3 ontspanningstechnieken per protocol. Zie figuur 1 voor een overzicht van de hoeveelheid ontspanningstechnieken per protocol.



Figuur 1. Hoeveelheid ontspanningstechnieken per protocol

### Ontvanger

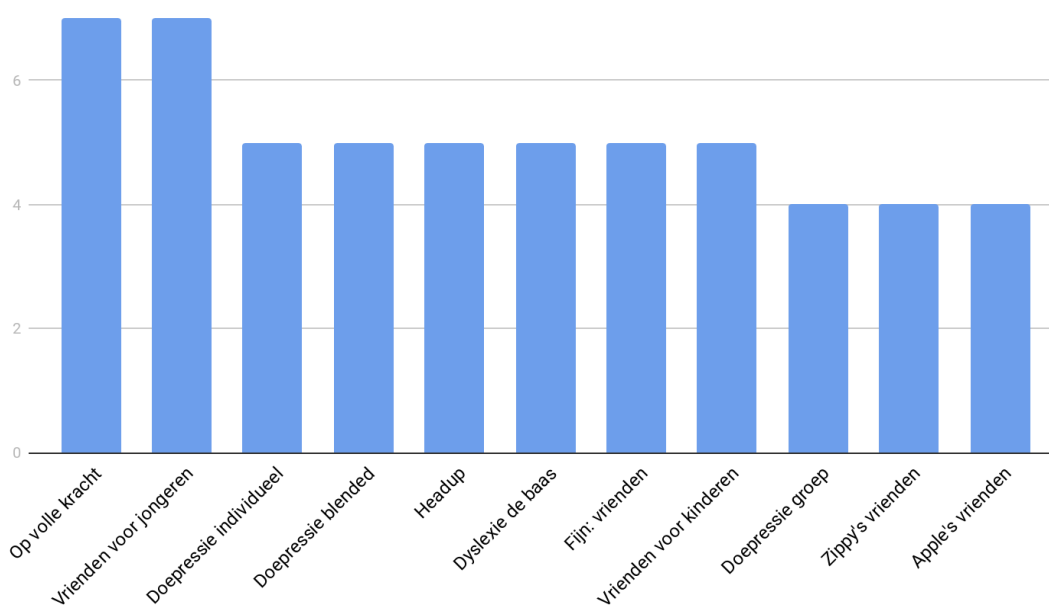
Bij 12 van de 13 protocollen worden vier verschillende ontvangers onderscheiden namelijk kind individueel, kind in groepsverband, kind samen met ouder en kind, ouder en omgeving. Bij één protocol is de ontvanger onbekend. Zo zijn 38,5% (5 van de 13) van de protocollen gericht op kinderen in groepsverband. En 30,8% (4 van de 13) van de protocollen zijn gericht op zowel het kind als de ouders. Dit varieert van speciale ouderavonden tot het bijwonen van de laatste 15 minuten van de sessie. Ruim 15% (2 van de 13) zijn gericht op het individuele kind en één protocol (7,7%) richt zich op het kind, de ouder en zijn omgeving. Zie figuur 2 voor een overzicht van de procentuele verdeling van de ontvangers.



Figuur 2. Procentuele verdeling ontvanger

### Modaliteit

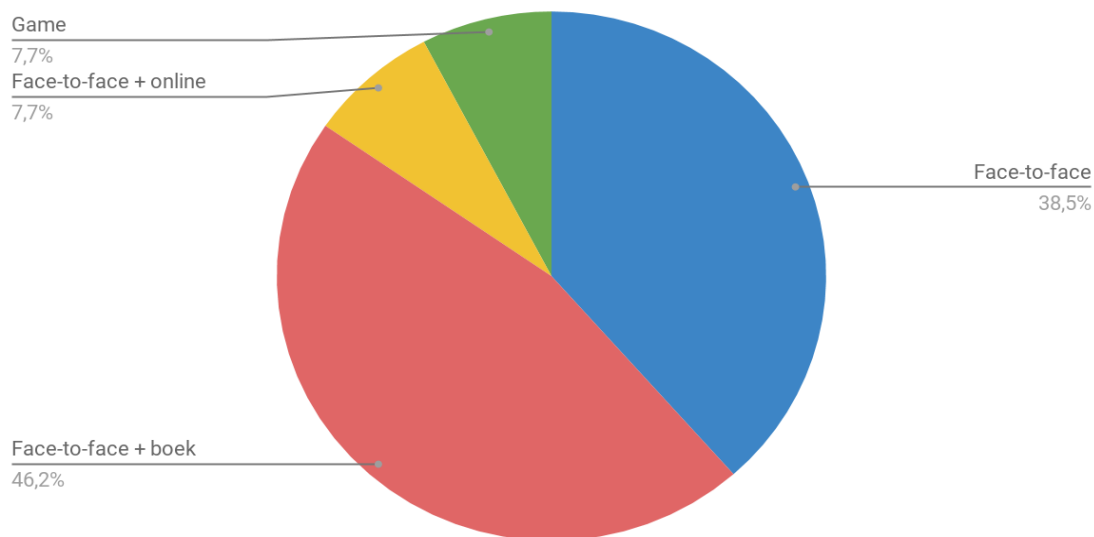
Binnen de 13 protocollen worden ontspanningsoefeningen op zeven verschillende modaliteiten aangeboden namelijk uitleg geven, oefenen, discussiëren, rollenspellen, instructies geven, motiveren en huiswerk aanbieden. Alle protocollen waarbij bekend is welke modaliteit ze gebruiken (11 van de 13) zetten meerdere modaliteiten in. Twee protocollen bieden ontspanningsoefeningen aan met zeven verschillende modaliteiten, dat zijn *Vrienden voor jongeren* en *Op volle kracht*. Bij zes protocollen worden er vijf modaliteiten aangeboden en bij twee protocollen vier modaliteiten. Zie figuur 3 voor een overzicht van het aantal modaliteiten per protocol.



Figuur 3. Hoeveelheid modaliteiten per protocol

### Aanbiedingsvorm

In de 13 protocollen wordt er een onderscheidt gemaakt tussen vier aanbiedingsvormen namelijk face-to-face, online, game en via een (werk)boek. Maar liefst 92,3% (12 van de 13) van de protocollen gebruikt face-to-face als aanbiedingsvorm. Hiervan zijn vijf protocollen die face-to-face als enige aanbiedingsvorm gebruiken, zes protocollen die een combinatie van face-to-face met (werk)boek (46,2%) aanbieden en één protocol die een combinatie van face-to-face met onlinebehandeling aanbiedt. Van de 13 protocollen maakt 7,7% (1 van de 13) gebruik van de aanbiedingsvorm game en wordt dit niet gecombineerd met een andere aanbiedingsvorm. Zie figuur 4 voor een overzicht van de procentuele verdeling van de aanbiedingsvormen.

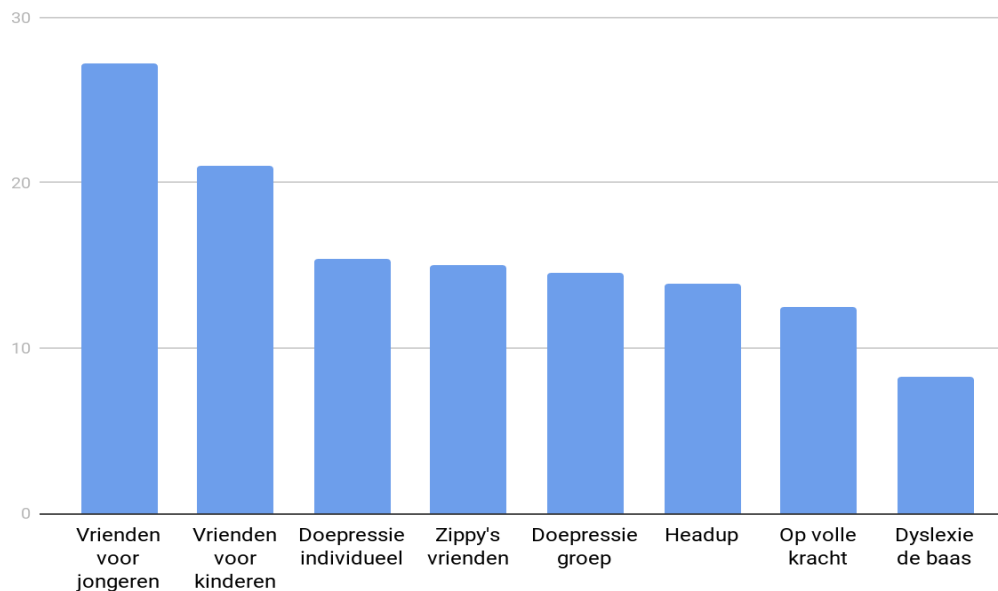


Figuur 4. Procentuele verdeling aanbiedingsvorm

### Dosering

De hoeveelheid tijd die elk protocol besteed aan ontspanningsoefeningen varieert. De meeste protocollen maken gebruik van tijdsaanduiding per ontspanningsoefening waardoor het totaal aantal minuten van ontspanningsoefeningen binnen een protocol opgesteld kan worden en een totaalsom kan worden gemaakt. Bij vijf van de 13 protocollen is de hoeveelheid tijd besteed aan ontspanningsoefeningen onbekend omdat deze protocollen geen tijdsaanduiding gebruiken. Het protocol *Vrienden voor jongeren* besteedt gedurende de totale behandeling de meeste tijd aan ontspanningsoefeningen, met een totaal van 27,2% (163 minuten). Bij het protocol *Vrienden voor kinderen* en *Doepressie* groep is dit 21% (105 minuten) van de totale behandelingsduur. Vijf protocollen besteden tussen de 12% (90 minuten) en 15% (105 minuten) van de totale behandeling aan ontspanningsoefeningen. Het protocol dat de minste tijd aan

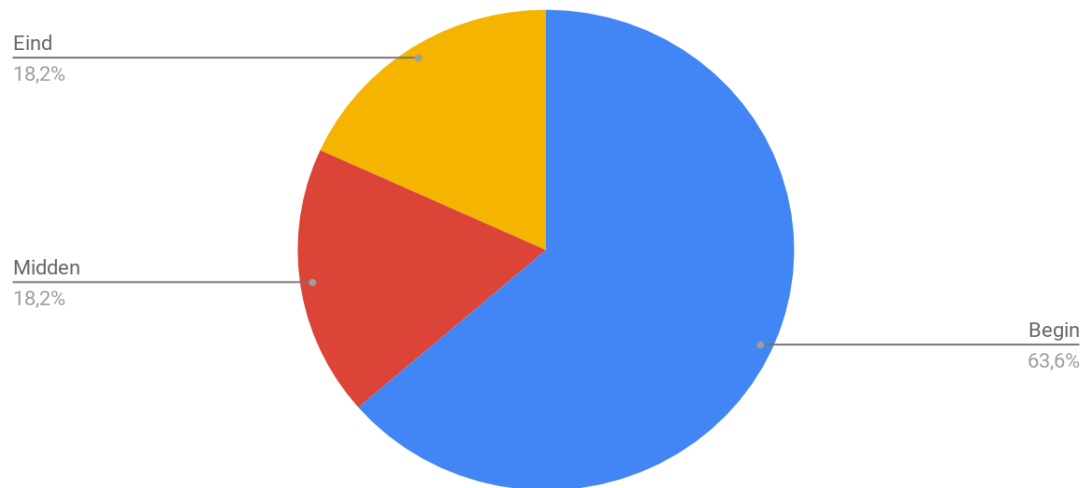
ontspanningsoefeningen inzet is *Dyslexie de baas* met 8,3% (55 minuten). Zie figuur 5 voor een overzicht van de procentuele verdeling van de totale tijd die wordt besteed aan ontspanningsoefeningen per protocol.



Figuur 5. Procentuele verdeling van de totale tijd besteedt aan ontspanningsoefeningen per protocol

### **Wanneer worden ontspanningsoefeningen ingezet**

Binnen de 13 protocollen is het wisselend in welke deel van de behandeling wordt gestart met ontspanningsoefeningen. Alle protocollen zijn in drie gelijke delen verdeeld die het begin (0% - 33,3%), midden (33,3 - 66,6%) en einde (66,6% - 100) voorstellen. Bij twee protocollen is onbekend in welk deel de ontspanningsoefeningen starten. Zeven protocollen starten met ontspanningsoefeningen in het begin van de behandeling. Zowel in het midden als het einde van de behandeling starten twee protocollen met ontspanningsoefeningen. Zie figuur 6 voor een overzicht van de procentuele verdeling van de start van ontspanningsoefeningen binnen de totale behandeling.



Figuur 6. Procentuele verdeling van de plaats waar ontspanningsoefeningen in het protocol start

### **Effectiviteit**

Om de effectiviteit van de 20 protocollen te meten zijn effectstudies gezocht en bestudeerd. Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de effectstudies is als eerste gekeken naar de steekproef en een eventuele controlegroep. Daarna is gezocht naar de effectgrootte aan de hand van Cohen's  $d$  en  $\text{Eta}^2$ . De effectgrootte van de follow-up wordt wanneer aanwezig ook onderzocht. De onderzoeksresultaten zijn onderverdeeld in vier secties. Allereerst zijn de resultaten van de effectstudies die effectiever zijn dan de controlegroep weergegeven in sectie A. Als tweede zijn in sectie B de resultaten van de effectstudies die effectief zijn, maar niet verschilden qua effectiviteit ten opzichte van de controlegroep weergegeven. In sectie C staan de resultaten van de effectstudies die effectief zijn, maar een controlegroep ontbreekt. Tot slot worden de protocollen zonder effectstudies weergegeven in sectie D. Alle protocollen staan op volgorde van meest naar minst effectief. Zie Tabel 1 voor een overzicht van de onderzoeksresultaten.



Tabel 1.  
*Overzicht effectgrootte per protocol op volgorde van effectiviteit*

Protocol	Aanwezigheid ontspannings oefeningen	Steekproef (n) /Controlegroep	Effectgrootte en follow-up	Bron
<i>A. Effectstudies van protocollen die effectiever zijn dan de controlegroep</i>				
Pak aan	Nee	Studie 1: n=9 wachtdlijst=11 Studie 2: n=15 geen controlegroep	na 4 maanden: gemiddeld/groot (d=.71-.97). na 12 maanden: groot (d=1.18-1.62)	De Cuyper, Timbremont, Braet, de Backer & Wullaert (2004)
Vrienden voor kinderen	Ja	n=339 wachtdlijst=157	Direct na interventie:klein (d=.44) na 6 maanden: gemiddeld (d=.69) na 12 maanden: groot (d=.83)	Köster (2015)
Praten online	Nee	n=131 wachtdlijst=132	na 9 weken: klein/gemiddeld (d=.18) Na 4.5 maand:gemiddeld (d=.79)	Kramer, Conijn, Oijeveaar & Riper (2014)
Vrienden voor jongeren	Ja	n=8 studies waarvan 4 studies met wachtdlijst	klein/gemiddeld (g=.20-.69)	Waldron, Stallard, Grist & Hamilton-Giachritsis (2018)
Alles onder controle	Nee	n=107 wachtdlijst=106	gemiddeld (d.50)	Van Straten, Cuijpers & Smits (2008)
Doepressie groep	Ja	n=28 studies	klein (d=.28)	Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn (2009)
Apple's vrienden	Ja	n=1177	klein (Eta <sup>2</sup> =.01)	Trimbos instituut (2005) Sikkenk (2014)
Zippy's vrienden	Ja	n=586 wachtdlijst=591	Significant beter dan controlegroep	Trimbos instituut (2005)
<i>B. Effectstudies van protocollen die effectief zijn, maar niet verschilden qua effectiviteit ten opzichte van de controlegroep</i>				
Doepressie individueel	Ja	n=70 wachtdlijst=70	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Stikkelbroek el al. (2016)
Headup	Ja	n=17 wachtdlijst=153	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Linden (2008)
SPARX	Ja	n=51 wachtdlijst=51	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Poppelaars et al. (2016)
Stemmingmak erij	Ja	n=899	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Ruiter (1997)
Op volle kracht	Ja	n=627 n=704	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Tak, Lichtwarch-Aschoff, Gillham, Van Zundert & Engels (2016)

*Vervolg Tabel 1.*

Protocol	Aanwezigheid ontspannings oefeningen	Steekproef (n) /Controlegroep	Effectgrootte en follow-up	Bron
<i>C. Effectstudies van protocollen die effectief zijn, maar een controlegroep ontbreekt</i>				
Dyslexie de baas	Ja	n=16	groot ( $\eta^2=.47$ )	Poleij, Leseman & Stikkelbroek (2009)
Fijn:vrienden	Ja	n=134	Na follow-up: gemiddeld ( $\eta^2=.14$ )	Pahl (2009)
Move2Learn	Ja	n=42	gemiddeld ( $d=.53$ )	Brandsma (2013)
KOPP	Nee	n=121	Direct na interventie:klein ( $d=.20$ ) Na 18 maand: klein ( $d=.42$ )	Beardslee et al. (1997)
Happyles	Nee	n=373	Significante afname in depressie klachten	Van der Zanden & van der Linden (2013)
<i>D. Effectstudies van protocollen ontbreken</i>				
Doepressie blended	Ja	-	-	-
STERK	Nee	-	-	-

**Effectiviteit ontspanningsoefeningen**

Van de 20 protocollen bevinden zich acht protocollen in sectie A, vijf protocollen in sectie B en C en twee protocollen in sectie D. Van de acht protocollen in sectie A, protocollen die effectiever zijn, maken er vijf protocollen gebruik van ontspanningsoefeningen. Van deze vijf protocollen is er één protocol met een groot effect, één protocollen met gemiddeld effect, twee met klein effect en bij één protocol is de effectgrootte onbekend. Voor de protocollen zonder ontspanningsoefeningen in sectie A varieerde de effectiviteit van gemiddeld naar groot. Van de vijf protocollen in sectie B, protocollen effectief maar niet verschillend dan de controle, maken vier protocollen gebruik van ontspanningsoefeningen waarbij er geen significant verschil is tussen de behandelgroep en controlegroep. In sectie C, effectief maar zonder controlegroep, zijn drie van de vijf protocollen die gebruik maakt van ontspanningsoefeningen. Van deze drie protocollen is er één met een groot effect en twee met gemiddeld effect. Van de twee protocollen die geen ontspanningsoefeningen inzetten heeft er één een klein effect en bij de ander is het effect onbekend. De effectiviteit in sectie D is onbekend omdat de effectstudies nog ontbreken.

**Effectiviteit ontspanningstechniek**

De drie protocollen die gebruik maken van de meeste ontspanningstechnieken bevinden zich in sectie A en B. De effectgrootte varieert tussen klein en gemiddeld. De twee protocollen die het minst aantal ontspanningstechnieken gebruiken, namelijk maar één, komen voor in sectie C en B. Deze resultaten kunnen erop wijzen dat het gebruik van meerdere ontspanningsoefeningen de effectiviteit van een protocol kan bevorderen.

#### **Effectiviteit ontvanger**

Binnen de protocollen die gebruik maken van ontspanningsoefeningen wordt er onderscheid gemaakt tussen drie ontvangers namelijk een groep kinderen, groep kinderen met hun ouders en het kind individueel. Vijf protocollen die alleen gericht zijn op een groep kinderen bevinden zich in sectie A, B en C en hebben een klein of gemiddeld effect. De vijf protocollen die de behandeling geven aan een groep kinderen met hun ouders bevinden zich ook in sectie A, B en C maar hebben een groot of gemiddeld effect. De drie protocollen die alleen aan het kind individueel behandeling geven bevinden zich in sectie B en D. Op basis van deze gegevens lijkt het erop dat de effectiviteit hoger is wanneer de behandeling gegeven wordt aan een groep kinderen en hun ouders. Er kunnen geen harde uitspraken worden gedaan omdat het verschil daarvoor te klein is.

#### **Effectiviteit modaliteit**

Alle protocollen gebruiken meerdere modaliteiten, de wijze waarop iets wordt uitgevoerd. Beginnend met het minst aantal modaliteiten namelijk vier, zijn drie protocollen in sectie A. De effecten hiervan zijn klein of onbekend. Vijf modaliteiten komen bij zeven protocollen voor in zowel sectie A, B, C en D. Waaronder het protocol met het meeste effect in sectie A en de protocollen met het minste effect in sectie C en D. Twee protocollen gebruiken zeven modaliteiten en bevinden zich in sectie A en B. Op basis van deze gegevens lijkt er geen verband te zijn tussen de hoeveelheid modaliteiten en de effectiviteit van het protocol.

#### **Effectiviteit aanbiedingsvorm**

Gekeken is of de manier waarop het protocol wordt overgebracht op de jongere invloed heeft op de effectiviteit. Binnen de protocollen die gebruik maken van ontspanningsoefeningen is er een verschil tussen face-to-face, face-to-face met (werk)boek, face-to-face met online en een game. Er zijn zes protocollen die één aanbiedingsvorm aanbieden en de overige zeven protocollen zetten twee vormen in. Er zijn twee protocollen in sectie A en C waarvan de effectiviteit groot is waarvan beiden gebruik maken van face-to-face in combinatie met een (werk)boek. De drie protocollen die daarna het meest effectief zijn met een gemiddeld effect maken gebruik van alleen face-to-face behandeling. Mogelijk is er een verband tussen het

gebruik van twee aanbiedingsvormen en de effectiviteit van de behandeling of kan het zijn dat er een verband is tussen de twee aanbiedingsvormen face-to-face en (werk)boek.

### **Effectiviteit dosering**

De dosering gaat uit van de totale tijd, per protocol, dat besteed wordt aan ontspanningsoefeningen. Van de 13 protocollen kon er bij 8 protocollen de totale tijd worden uitgerekend. De twee meest effectieve protocollen in sectie A maken gebruik van het meeste aantal minuten ontspanningsoefeningen in de gehele behandeling en hebben een groot tot gemiddeld effect. In sectie C bevindt het protocol dat het minst aantal minuten aan ontspanningsoefeningen besteedt maar wel een groot effectsize heeft. Gezien de resultaten lijkt er een verband tussen de hoeveelheid ontspanningsoefeningen binnen een protocol en het effect van de behandeling.

### **Effectiviteit startpunt van ontspanningsoefeningen**

Als laatst is gekeken wanneer het effectief is om te starten met ontspanningsoefeningen in de behandeling. Zeven protocollen zetten ontspanningsoefeningen in tijdens het begin van de behandeling en komen voor in sectie A, B, C en D. De mate van effectiviteit is in sectie A gemiddeld en klein en in sectie C groot en gemiddeld. Het starten met ontspanningsoefeningen in het midden van de behandeling wordt door twee protocollen gedaan. In sectie A één met een grote effectiviteit en in sectie C één met een gemiddelde effectiviteit. Twee protocollen zetten ontspanningsoefeningen in aan het eind van de behandeling en bevinden zich in sectie A en B. De uiteenlopende uitkomsten geven geen duidelijkheid over de effectiviteit van de plaats waar ontspanningsoefeningen worden ingezet tijdens de behandeling. Dit maakt dat het onbekend is welke invloed het op de effectiviteit heeft.

### **Interviews**

Bij twee cognitief gedragstherapeuten zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Deze interview geven inzicht in de mate waarop therapeuten in de praktijk daadwerkelijk zich aan een protocol houden of niet.

#### **Professional 1**

Professional 1 werkt voornamelijk met kinderen en jongeren, daar ziet zij er veel van met depressieve klachten. Ze werkt niet volgens een protocol. Ze gebruikt meerdere protocollen die als richtlijn dienen maar door jaren ervaring heeft ze hier haar eigen twist aan gegeven. Professional 1 heeft hierover het volgende gezegd “Hoe ik het voor mijn cliënten, vaak nog erg jong, visualiseer is door tijdens het eerste gesprek papier en pen te pakken. Dan teken ik vuur en zeg ik dat dit is waar je nu last van hebt, bijvoorbeeld woede of angsten. Vuur gaat

nooit zomaar branden en dan teken ik hout. Er moet brandstof zijn en dat kunnen gebeurtenissen, gedachten of een deel karakter zijn. Aan de andere kant teken ik een emmer water. We weten niet of we alles weg kunnen halen, daarom zijn er blusmiddelen. Als je last hebt van je klachten weet je wat je kunt doen om te blussen zoals oplossingstechnieken, ontspanningsoefeningen of je omgeving om hulp vragen”. Professional 1 maakt veelvuldig gebruik van ontspanningsoefeningen. Het gebruik van ontspanningsoefeningen is per cliënt wisselend en wordt door professional 1 zelf ingeschat. Dit varieert van uitleg over ontspanningsoefeningen, herkennen van spanning, progressieve spierrelaxatie, ademhalingsoefeningen, geleide visualisatie en aandachtsoefeningen.

Ontspanningsoefeningen worden geoefend tijdens de sessie maar er wordt ook huiswerk meegegeven. In de meeste gevallen worden de ouders ook betrokken bij de behandeling. Op de vraag wanneer in de behandeling er wordt gestart met ontspanningsoefeningen en hoeveel sessie hieraan worden besteed kon professional 1 geen eenduidig antwoord geven omdat dit per cliënt verschilt. Over het algemeen wordt het elke keer wanneer er spanning is tijdens de sessie ingezet. Professional 1 vindt ontspanningsoefeningen een waardevolle toevoeging aan haar behandeling van kinderen/jongeren met depressie. De reactie van de kinderen/jongeren op ontspanningsoefeningen is ook altijd positief al is dit wel afhankelijk van de manier waarop het gebracht wordt.

### **Professional 2**

Professional 2 werkt met zowel jongeren als volwassenen (voornamelijk volwassenen) met depressieve klachten. Professional 2 maakt geen gebruik van specifieke protocollen maar het boek van Keijsers ‘protocollaire behandeling’ wordt als richtlijn gebruikt. Gedragsactivatie wordt het meest ingezet naast oplossingsgerichte en cognitieve herstructurering.

Ontspanningsoefeningen zet professional 2 niet in. Een enkele keer heeft ze een cliënt verwezen naar een boek over mindfulness maar besteedt hier tijdens de sessies geen aandacht aan. De reden hiervoor is dat ze vindt dat gedragsactivatie meer helpend is in de behandeling van een depressie en dit niet heeft ervaren met ontspanningsoefeningen. Na doorvragen blijkt dat de vier collega’s van Professional 2, die ook cognitieve gedragstherapie geven, ook geen ontspanningsoefeningen inzetten.

Samenvattend kan worden gesteld dat beide professionals niet met protocollen werken maar deze alleen als richtlijn gebruiken. Professional 1 maakt veelvuldig gebruik van ontspanningsoefeningen maar in verschillende vormen en zet dit alleen in wanneer zij vindt dat dit nodig is. Professional 2 maakt geen gebruik van ontspanningsoefeningen. De

professionals zijn beiden positief over de werking van cognitieve gedragstherapie, met of zonder ontspanningsoefeningen.

### **Discussie**

Deze thesis heeft onderzocht wat het belang is van ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een depressie in Nederland. Door een toename van depressieve klachten bij jongeren en de verwachting dat depressie in de top 3 van stoornissen met grootste ziektelast zal behoren is onderzoek naar effectieve behandelingen van groot belang (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2018; Mathers & Loncar, 2006). Cognitieve gedragstherapie als behandelvorm tegen depressie is effectief bewezen (Churchill et al., 2002; Cuijper & Dekker, 2005). Echter naar de werkzaamheid van de afzonderlijke elementen binnen deze behandelmethodes is weinig tot geen onderzoek gedaan. Dit onderzoek heeft het element ontspanningsoefeningen, binnen de cognitieve gedragstherapie, onderzocht.

Uit de resultaten blijkt dat 65% van de twintig onderzochte protocollen ontspanningsoefeningen bevatten. Bovendien worden bij deze protocollen meestal twee of meer ontspanningstechnieken ingezet en dit wordt voornamelijk aan een groep kinderen/jongeren gegeven of in combinatie met ouders. Tevens worden minimaal vier en maximaal zeven modaliteiten gebruikt waarvan de modaliteiten uitleg geven, oefenen en discussiëren in bijna 85% van de protocollen voorkomt. De protocollen, op één protocol na, passen de behandeling allemaal face-to-face of een combinatie met face-to-face toe, de duur van ontspanningsoefeningen binnen de behandeling varieert tussen de 8,3% tot 27,2% van de totale behandelduur en de meeste protocollen starten met het inzetten van ontspanningsoefeningen aan het begin van de behandeling.

Deze bovengenoemde uitkomsten zijn getoetst op effectiviteit. De gedachte is dat er een mogelijk verband is tussen ontspanningsoefeningen en de effectiviteit van het protocol in de behandeling van een depressie. Ondanks de positieve verbanden is er geen hard bewijs dat ontspanningsoefeningen daadwerkelijk de effectiviteit verbeterd.

Allereerst werd verondersteld dat de meerderheid (80%) van de protocollen gebruik maakt van ontspanningsoefeningen. Op basis van de resultaten wordt deze hypothese niet aangenomen omdat van de 20 protocollen maar 13 (65%) ontspanningsoefeningen inzet. In de literatuur wordt gesproken over ontspanningsoefeningen als kernelementen van cognitieve gedragstherapie waardoor werd verwacht dat het veelvuldig zou worden ingezet (Park & Goodyer, 2000; Shirk & Karver, 2006; Elling, 2008). Daarna is gekeken of er meerdere ontspanningstechnieken werden ingezet tijdens de behandeling. Er werd verondersteld dat (70%) van de protocollen gebruik maakt van meerdere ontspanningstechnieken. Dit blijkt te

kloppen want 11 van de 13 protocollen (92,3%) zet twee of meer ontspanningstechnieken in. Deze hypothese wordt daarom aangenomen. Dat ontspanningsoefeningen effectiever zijn dan behandelingen zonder ontspanningsoefeningen komt in dit onderzoek niet goed naar voren. Er zijn enkele aanwijzingen die laten blijken dat ontspanningsoefeningen positief effect hebben maar onvoldoende om deze hypothese te accepteren.

Als tweede hypothese werd verwacht dat de meerderheid (80%) van de protocollen alleen gericht is op het individuele kind. Van de 13 protocollen die ontspanningsoefeningen inzetten bleken er maar twee individueel aan het kind gegeven te worden. Bij de meerderheid (77%) van de protocollen wordt de behandeling in groepsvorm aangeboden. Op basis van deze uitkomst wordt deze hypothese niet bevestigd. De hypothese dat ontspanningsoefeningen gericht op het individuele kind geen verschil maakt in effectiviteit wordt niet aangenomen. Er lijkt geen verband tussen de effectiviteit van het protocol en aan wie het protocol gericht is. Dit komt overeen met de literatuur die zegt dat zowel groepsbehandeling als individuele behandeling effectief blijken (McCarty, Weisz & Hamilton, 2007).

De volgende hypothese verwachtte dat de meerderheid (90%) van de protocollen gebruik maakt van meerdere modaliteiten zoals uitleg geven, huiswerk of oefenen. Van de 13 protocollen die ontspanningsoefeningen inzetten maken er 11 gebruik van meerdere modaliteiten (92,3%), hypothese wordt dus aangenomen. De effectiviteit van het inzetten van meerdere modaliteiten wordt niet aangenomen. De effecten tussen de protocollen geven geen eenduidig beeld met betrekking tot betere effectiviteit van inzet meerdere modaliteiten bij ontspanningsoefeningen. Hierdoor kan er geen uitspraak gedaan worden of het de daadwerkelijke effectiviteit van protocollen bevordert.

De veronderstelling dat de meerderheid (70%) van de protocollen face-to-face worden aangeboden wordt aangenomen. Van de 13 protocollen die ontspanningsoefeningen inzetten worden er 12 face-to-face gegeven (92,3%). Van alle protocollen wordt er één online gegeven. Het onderzoek van Wal (2008) benoemt dat online behandeling effectief is in het reduceren van depressieve klachten. Op basis van één protocol kan hier geen conclusie op gebaseerd worden. In hoeverre de effectiviteit groter is bij protocollen die meerdere aanbiedingsvormen gebruiken dan de protocollen die maar één aanbiedingsvorm aanbiedt lijkt aan te tonen dat er een verband is tussen het gebruik van twee aanbiedingsvormen en de effectiviteit van de behandeling. Deze hypothese wordt derhalve aangenomen.

Verwacht wordt dat de hoeveelheid tijd die besteed wordt aan ontspanningsoefeningen binnen één protocol niet meer is dan 15%. In de literatuur is namelijk weinig informatie te vinden over ontspanningsoefeningen en de werkzaamheid hiervan. Bovendien wordt gezegd

dat ontspanningsoefeningen voornamelijk ondersteunend ingezet worden (Wamel, Takkenkamp, Meeuwissen, Voordouw, & Verburg, 2005). Dit blijkt overeen te komen met de onderzoeksresultaten. Het merendeel van de protocollen maken minder dan 15% gebruik van ontspanningsoefeningen in de totale behandeling. Op basis van deze gegevens wordt deze hypothese aangenomen. De effectiviteit van protocollen die minimaal 15% van de tijd besteedden aan ontspanningsoefeningen zijn volgens de resultaten effectiever en wordt daarom ook aangenomen. De protocollen die het meeste aantal minuten aan ontspanningsoefeningen inzetten hebben de grootste effectiviteit. Dit komt overeen met het onderzoek van Stice en Shaw (2004) die aantonen dat de effectiviteit van de behandeling samenhangt met het aantal sessies.

Als laatste wordt verondersteld dat de meerderheid (60%) van de protocollen starten met ontspanningsoefeningen in het begin van de behandeling. In 11 van de 13 protocollen wordt gestart met ontspanningsoefeningen in het begin van de behandeling wat maakt dat deze hypothese wordt aangenomen. De effectiviteit van een behandeling die start met ontspanningsoefeningen wordt aan de hand van de resultaten van dit onderzoek niet aangenomen. Er zijn wisselende effecten gevonden waardoor de hypothese niet kan worden verondersteld.

Ter aanvulling van de resultaten van de taxonomie zijn twee professionals geïnterviewd over hoe zij cognitieve gedragstherapie in de praktijk toepassen. Hieruit blijkt dat zij zich niet houden aan vaste protocollen en oefeningen inzetten op gevoel en afstemmen op de behoefte van de cliënt. Dit betekent dat ze afwijken van alle geprotocolleerde behandelingen. Ontspanningsoefeningen wordt door één professional veelvuldig ingezet en door één professional helemaal niet. De professional die vaak ontspanningsoefeningen inzet houdt hierbij rekening met de leeftijd, wensen en vaardigheden van het kind/jongeren. Uit ervaring is ze erachter gekomen dat niet alle oefeningen aansluiten wat maakt dat ze niet geprotocolleerd werkt. Dit komt overeen met het onderzoek van Westermann & Maurer (2010) waarin wordt verklaard dat mensen afwijken van protocollaire behandelingen omdat afstemming nodig is om beter aan te sluiten bij de cliënt.

Het onderzoek heeft onder andere de volgende twee sterke punten. Ten eerste, doordat het onderzoek gebruik heeft gemaakt van een taxonomie die op basis van literatuur is opgesteld en die wordt gebruikt in het grootschalig onderzoek van het Trimbos instituut (Bodden et al., 2017). Een vervolgstudie kan gebruik maken van deze taxonomie waardoor ieder protocol op dezelfde wijze kan worden beoordeeld. Ten tweede omdat er 20 cognitieve gedragstherapeutische protocollen zijn doorgenomen voor het verkrijgen van informatie. Een



deel van deze 20 cognitieve gedragstherapeutische protocollen zijn tevens een beperking voor dit onderzoek omdat vier van de 20 protocollen gericht zijn op kinderen en niet de beoogde doelgroep jongeren. Daarnaast kon de taxonomie niet bij elk protocol volledig worden ingevuld omdat de antwoorden in het protocol ontbraken. Dit heeft als gevolg dat sommige conclusies zijn gebaseerd op een klein aantal protocollen. Tot slot is het aantal geïnterviewde professionals klein wat gezien kan worden als een beperking.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan onvoldoende bewezen worden dat het element ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling. Wel zijn er meerdere aanwijzingen naar voren gekomen die veelbelovend zijn en vervolgonderzoek aanbevolen wordt. Met name de tijd die elk protocol aan ontspanningsoefeningen besteedt lijkt invloed te hebben op de effectiviteit van ontspanningsoefeningen als element binnen de cognitieve gedragstherapie. De duur van ontspanningsoefeningen binnen de protocollen duren doorgaans tussen de 90 en 105 minuten, met uitschieters naar beneden van 30 en 55 minuten en uitschieters naar boven van 163 minuten. De uitschieters bevinden zich bij de protocollen met de meeste effectiviteit. Interessant is om te onderzoeken wat de effecten zijn van korte en lange behandelduur van ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast wordt aanbevolen om te achterhalen of de uitvoering van een protocol in de praktijk wordt nageleefd bij meerdere therapeuten. Er kan immers effectieve behandelprotocollen ontwikkeld worden, maar als in de praktijk behandelaren volgens hun eigen methoden blijven werken en protocollen niet naleven, dan schiet het onderzoek zijn doel voorbij.

Het belang van ontspanningsoefeningen binnen de cognitieve gedragstherapie bij jongeren in Nederland is niet aangetoond in dit onderzoek. Allereerst komt het minder vaak voor dan werd verwacht en lijkt de invloed die het heeft op de effectiviteit van de behandeling niet aanwezig of klein. Desondanks is de literatuur over het element ontspanningsoefeningen positief maar wordt dat niet teruggezien binnen de cognitieve gedragstherapie. Hierbij wordt opgemerkt dat ontspanningsoefeningen vaker worden gezien als extra bijdrage voor een geruste gemoedstoestand en ontstressend werkt wat ten gunste komt voor de behandeling.

## Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ*, 322, 419-421. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7283.419>
- Bakker, M. P. (2010). Stressful life events and adolescents' mental health. *Health*, 46, 444-450.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Wright, E. J., Salt, P., Rothberg, P. C., Drezner, K. & Gladstone, T. R. G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. *Development and Psychopathology*, 9, 109-130. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001090>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Publications.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S., & Becker, J. B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107. <https://doi.org/10.10370033-2909.111.1.62>
- Brandsma, S. (2013). Move2Learn: Doeltreffendheid van een sociaal-cognitieve vaardigheidstraining voor jongeren. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Implementatie in de Jeugdzorg.
- Campton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R. & Curry, J. (2004) Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf>
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. & Wessely, S. (2002). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35), 1-173.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Geraadpleegd op 16-03-2018 van <https://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83005ned&D1=28&D2=0-7&D3=0&D4=a&HD=170425-0958&HDR=G2,G3,T&STB=G1&P=T>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. & Wadsworth, M.

- E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*, 87-127.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Cuijpers, P. & Dekker, J. J. M. (2005). Psychologische behandeling van depressie: Een systematisch overzicht van meta-analyses. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *149*, 1892-1897.
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N. & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “Coping with Depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, *29*, 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.04.005>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, *26*, 279-288. <https://doi.org/10.1002/da.20519>
- Dahl, R. E., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, *21*, 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000017>
- 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. <https://doi.org/10.1080/15374410701817865>
- Elling, M. (2008). Denkfouten herstellen helpt bij kinderen met psychische problemen. *Jeugd en Co Kennis*, *2*(2), 8-20.
- Emck, C. (1998). *Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen*. Acco.
- Fung, C. & White, R. (2012). Systematic review of the effectiveness of relaxation training for depression. *International Journal of Applied Psychology*, *2*, 8-16.  
<https://doi.org/10.5923/j.ijap.20120202.02>
- Gold, P. W., Machado-Vieira, R. & Pavlatou, M. G. (2015). Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress. *Neural Plasticity*, *2015*, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2015/581976>
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T. & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*, 155-162. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09298>

- Hammen, C., (1991). The Generation of Stress in the Course of Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555-561.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2005). *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. Sage Publications.
- Jacobs, R. H., Watkins, E. R., Peters, A. T., Feldhaus, C. G., Barba, A., Carbray, J. & Langenecker, S. A. (2016). Targeting ruminative thinking in adolescents at risk for depressive relapse: rumination-focused cognitive behavior therapy in a pilot randomized controlled trial with resting state fMRI. *Plos One, 11*, e0163952. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163952>
- Jayanthi, P., Thirunavukarasu, M., & Rajkumar, R. (2015). Academic stress and depression among adolescents: A cross-sectional study. *Indian Pediatrics, 52*, 217-219. <https://doi.org/10.1007/s13312-015-0609-y>
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health, 41*, 256-262. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.015>
- Kerkhof, A. J. F. M., Arensman, E., Neeleman, J. & De Wilde, E. J. (2003). Suïcide en suïcidepreventie in Nederland. *Psychopraxis, 6*, 128-133. <https://doi.org/10.1007/BF03072159>
- Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P. & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 16*, e141. <https://doi.org/10.2196/jmir.3261>
- Rijnmond, H. C. G. P. (2013). Behandeling van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek: groep versus individuele behandeling. *Gedragstherapie, 46*, 77-88.
- Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Joiner, T. E., Seeley, J. R. (2003) The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 244–52. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.244>
- Linden, D. (2008). Head Up! Effecten van een preventieve cursus voor adolescenten (13-17 jaar) met depressieve klachten (Master's thesis).
- Luby, J., Belden, A., Pautsch, J., Si, X. & Spitznagel, E. (2009). The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Affective Disorders, 112*, 111-119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.026>
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of

- disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 3, e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- McCarty, C. A., Weisz, J. R. & Hamilton, J. D. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 879-886. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805467b3>
- Mehler-Wex, C., & Kölch, M. (2008). Depression in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105, 149-155. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0149>
- Molenaar, P. J., & Don, F. J. H. (2009). *Cognitieve gedragstherapie bij depressie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Molenaar, P. J., Don, F., & Dekker, J. (2009). Cognitieve gedragstherapie bij depressie: een geïntegreerd protocol. *Psycho Praktijk*, 1(1), 28-31.
- Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 147-161. <https://doi.org/10.1007/s007870070038>
- Payne, R. A., & Donaghy, M. (2010). *Relaxation techniques E-book: A practical handbook for the health care professional*. Elsevier Health Sciences.
- Poleij, C., Leseman, P., & Stikkelbroek, Y. (2009). Effecten van een groepstraining ter preventie van internaliserende stoornissen bij dyslectische adolescenten: Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 48, 351-363.
- Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C., Lobel, A., Merry, S. N. & Granic, I. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*, 80, 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.005>
- Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 653-660. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.653>
- Ruiter, M. (1997). *Preventie van depressie bij jongeren: Probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'*. Maastricht, Nederland: Unigraphic.
- Schmidt, A. (2002). Uitgangspunten bij de behandeling van overspanning. *Huisarts en Wetenschap*, 45(3), 119-123.
- Shirk, S., & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth.

- In C. Philip & Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 465-491). New York: The Guilford Press
- Sikkenk, A. J. (2015). *Zippy's Vrienden; Effectonderzoek in Nederland* (Master's thesis).
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T. & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *157*(2), 229-233.
- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M. H., Bottelier, M. A., Vet, L. J., Lont, C. M. & Bodden, D. H. (2016). Effectiveness and moderators of individual Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Treatment As Usual (TAU) in clinically depressed adolescents. *Turning Depression Inside Out*, 131.
- van Straten, A., Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*, 1-11. <http://doi.org/10.2196/jmir.954>
- Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Gillham, J. E., Van Zundert, R. M., & Engels, R. C. (2016). Universal school-based depression prevention 'Op Volle Kracht': A longitudinal cluster randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*, 949-961. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0080-1>
- Trimbos Instituut (2015) Resultaten effectiviteitsonderzoek zippy's vrienden.
- Van der Zanden, R., & van der Linden, D. (2013). *Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de Jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Praag, H. M. (2005). Can stress cause depression? *The World Journal of Biological Psychiatry*, *6*, 5-22. <https://doi.org/10.1080/15622970510030018>
- Waldron, S. M., Stallard, P., Grist, R., & Hamilton-Giachritsis, C. (2018). The 'Long-Term' effects of universal school-based anxiety prevention trials: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, *11*, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.04.003>
- Wal, M. (2008). *Analyse van Internet-based behandelings- en preventieprogramma's voor depressie, Een advies voor UBAssertiv*.
- van Wamel, A., Takkenkamp, J., Meeuwissen, J., Voordouw, I., & Verburg, H. (2005) *Landelijk Basisprogramma Depressie*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- 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.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0429>

Westermann, G. M. A., & Maurer, J. M. G. (2010). Bewezen effectieve therapie: En toch werkt het niet! *Kind & Adolescent Praktijk*, *9*, 100-106. <https://doi.org/10.1007/BF03088871>

### **Bijlage 1. Protocollen**

1. Doepressie cursus groep
2. Doepressie cursus individueel
3. Doepressie cursus blended
4. Happyles
5. Headup
6. Op volle kracht
7. Pak aan
8. Praten online
9. Sparx
10. Stemmingmakerij
11. Alles onder controle
12. Dyslexie de Baas
13. Fijn: vrienden
14. Move2Learn
15. Psycho-educatie gezinsinterventie Kopp
16. STERK (Screening and Training: Enhancing
17. VRIENDEN voor kinderen
18. VRIENDEN voor jongeren
19. Zippy's vrienden
20. Apple's vrienden



**Bijlage 2. Taxonomie**

**DEPRESSIE**

Element (modules)	Aanwezig 0=nee. 1=ja	Onderdelen (steps)	Aanwezig 0=nee. 1=ja	Ontvanger (recipient/target) 1=Kind individueel 2=Groep kinderen 3=Ouder 4=Groep ouders 5= Kind + ouders 6=Gezin 7=Omgeving 8=Kind + omgeving 9=Kind + ouder + omgeving 10=School 11=Kind + school 12=Leefgroep 13=Anders, namelijk... 0=Onbekend	Modaliteit (modality) 1=uitleg geven 2=oefenen 3=discussie 4=rollenspel 5=modellering 6=Instructie geven 7=motiveren 6=huiswerk 7=Motiveren 8= anders namelijk... 0=onbekend	Aanbiedingsvorm (mode of delivery) 1= Face-to-face/"live" 2=Online 3=blended 4=Game 5=imaginair 6=virtual reality 7=telefonisch 8=video 9=Boek 10=Anders, namelijk... 0=onbekend	Dosering/ Frequentie (hoeveel sessies?/hoeveel tijd) 0=onbekend	Wanneer? Sessie nummer rapporteren
<b>Ontspannings-oefeningen</b> (Stress verminderen)		<b>Rationale</b> (Informatie over ontspanningsoefening en)						
		<b>Herkennen van spanning</b> (Lichamelijke en psychische signalen identificeren die mogelijke signalen zijn van stress)						
		<b>progressieve spierrelaxatie</b> (Oefening waarbij spieren eerst gespannen daarna ontspannen worden)						
		<b>Ademhalings-oefeningen</b> (Oefening waarbij er op het in en uit ademen gelet wordt)						
		<b>Geleide visualisatie</b> (Oefening waarbij vanuit een ontspannen houding fantasiebeelden worden opgeroepen.)						
		<b>Aandacht-oefeningen  taak-concentratie</b> (Oefening waarbij de aandacht gericht moet worden)						
		<b>Mindfulness</b> (Oefening gericht op het in het hier en nu zijn)						

### Bijlage 3. Interviewvragen

Intro geven (breed houden, niet specifiek over inhoud van protocollen).

1. Wat versta jij onder CGT?
2. Vind jij dat de CGT die je geeft volgens de basisprincipes is?
3. Heb je in de loop van de jaren wellicht eigen toevoegingen erin gestopt?
4. Wanneer zet je CGT in ?
5. Heb je een CGT opleiding/cursus gedaan? Zo ja, welke?
6. Hoeveel ervaring (in jaren) heeft u met het geven van CGT?

In het kader van mijn onderzoek wil ik het graag alleen met jou hebben over het gebruik van CGT bij mensen/jongeren met een depressie.

1. Bent u bekend met CGT protocollen voor gebruik bij depressie? Zo ja, welke?
2. Maakt u gebruik van deze protocollen?
3. Wordt er door de organisatie waarvoor u werkt een bepaald protocol voorgeschreven/geadviseerd?
4. Wijkt u wel eens af van deze protocollen?
5. Welke leeftijden behandel je?
6. Wat zijn voor jou de werkzame elementen van CGT?

Binnen CGT wordt regelmatig ontspanningsoefeningen aangeboden. Dit zijn ademhalingstechnieken, progressieve spierrelaxatie, mindfulness, geleide visualisatie, aandachtsoefeningen en mindfulness.

1. Maakt je gebruik van ontspanningsoefeningen? Zo ja, welke?
2. Wie zijn betrokken bij deze behandeling? (individueel, groep, ouders, etc.)
  - Hoe beslis je dat?
3. Hoe geef je ontspanningsoefeningen tijdens de behandeling? (uitleg geven, oefenen, discussie, rollenspel, instructie geven, huiswerk, etc.)
  - Is dit altijd hetzelfde of wissel je hier in ?
4. Op wat voor manieren biedt je ontspanningsoefeningen aan? (face-to-face/'live', online, blended, telefonisch, boek, game etc.)
5. Hoeveel sessies gebruikt u voor ontspanningsoefeningen?
  - En hoelang duren de sessies? (hoelang duurt een normale sessie algemeen?)
  - Wat bepaald de duur? (welke factoren spelen daar een rol in?)
6. Bij inzet van ontspanningsoefeningen, wanneer zet je het in?
  - Waarom?
  - Welke momenten?
  - Tijd?
  - hoeveel sessie besteed je hier gemiddeld aan?
7. Hoe belangrijk vind jij dit element binnen de CGT?
8. Wat vinden de mensen hiervan en hoe reageren ze hierop?

**Bijlage 4. Effectiviteit protocollen**

Protocol	Steekproef (n) /Controlegroep	Effectgrootte en follow-up	Bron
A. Effectstudies van protocollen die effectiever zijn dan de controlegroep			
Pak aan*	Studie 1: n=9 wachtljst=11 Studie 2: n=15 geen controlegroep	na 4 maanden: gemiddeld/groot (d=.71-.97). na 12 maanden: groot (d=1.18-1.62)	De Cuyper, Timbremont, Braet, de Backer & Wullaert (2004)
Vrienden voor kinderen	n=339 wachtljst=157	Direct na interventie:klein (d=.44) na 6 maanden: gemiddeld (d=.69) na 12 maanden: groot (d=.83)	Köster (2015)
Praten online*	n=131 wachtljst=132	na 9 weken: klein/gemiddeld (d=.18) Na 4.5 maand:gemiddeld (d=.79)	Kramer, Conijn, Oijevaar & Riper (2014)
Vrienden voor jongeren	n=8 studies waarvan 4 studies met wachtljst	klein/gemiddeld (g=.20-.69)	Waldron, Stallard, Grist & Hamilton-Giachritsis (2018)
Alles onder controle*	n=107 wachtljst=106	gemiddeld (d.50)	Van Straten, Cuijpers & Smits (2008)
Doepressie groep	n=28 studies	klein (d=.28)	Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn (2009)
Apple's vrienden	n=1177	klein (Eta <sup>2</sup> =.01)	Trimbos instituut (2005) Sikkenk (2014)
Zippy's vrienden	n=586 wachtljst=591	Significant beter dan controlegroep	Trimbos instituut (2005)
B. Effectstudies van protocollen die effectief zijn, maar niet verschilden qua effectiviteit ten opzichte van de controlegroep			
Doepressie individueel	n=70 wachtljst=70	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Stikkelbroek et al. (2016)
Headup	n=17 wachtljst=153	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Linden (2008)
SPARX	n=51 wachtljst=51	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Poppelaars et al. (2016)
Stemmingmake rij*	n=899	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Ruiter (1997)

Op volle kracht	$n=627$ $n=704$	Geen significant verschil tussen behandelgroep en controlegroep	Tak, Lichtwarch-Aschoff, Gillham, Van Zundert & Engels (2016)
C. Effectstudies van protocollen die effectief zijn, maar een controlegroep ontbreekt			
Dyslexie de baas	$n=16$	groot ( $\text{Eta}^2=.47$ )	Poleij, Leseman & Stikkelbroek (2009)
Fijn:vrienden	$n=134$	Na follow-up: gemiddeld ( $\text{Eta}^2=.14$ )	Pahl (2009)
Move2Learn	$n=42$	gemiddeld ( $d=.53$ )	Brandsma (2013)
KOPP*	$n=121$	Direct na interventie: klein ( $d=.20$ ) Na 18 maand: klein ( $d=.42$ )	Beardslee et al. (1997)
Happyles*	$n=373$	Significante afname in depressie klachten	Van der Zanden & van der Linden (2013)
D. Effectstudies van protocollen ontbreken			
Doepressie blended	-	-	-
STERK*	-	-	-