



Universiteit Utrecht

**Het Effect van Acceptance and Commitment Therapy op de Psychologische
Flexibiliteit van Adolescenten met Depressieve Symptomen en de rol van
Cognitieve Emotieregulatiestrategieën op dit Effect**

Master's thesis

Utrecht University

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

Uzunali, B.

Studentnummer: 6548512

Thesisdocent: Dr. D. H. M. Bodden

Tweede beoordelaar: MSc Marieke van den Heuvel

Datum: 28 mei 2020

Word count: 6986

Universiteit Utrecht 2019 – 2020

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoek ‘Het effect van Acceptance and Commitment Therapy’ op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen, waarbij wordt nagegaan of het gebruik van adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën een mediërend effect heeft op dit effect. Dit onderzoek is geschreven in het teken van het masterprogramma Clinical Child, Family and Education Studies. Verschillende onderzoeken laten zien dat ACT een grotere verbetering op depressieve klachten van adolescenten liet zien dan de reguliere behandeling. Afgezien van deze onderzoeken hebben slechts enkele onderzoeken ACT bij adolescenten met depressieve symptomen onderzocht. Met dit onderzoek is aldus getracht om bij te dragen aan het dichten van dit wetenschappelijk gat.

Mijn welgemeende dank aan alle betrokkenen met wie ik het afgelopen jaar heb samengewerkt. Om te beginnen mijn thesisbegeleider Denise Bodden. Haar prettige manier van begeleiden en expertise hebben een bijdrage geleverd aan het gehele proces van dit onderzoek. De inhoudelijke feedback die ik van haar heb ontvangen, heeft mijn onderzoek naar een hoger niveau getild. Ook mijn lieve familie en vrienden waren bereid om mij te helpen in tijden dat dat nodig was. De steun en inleving van deze mensen, ondanks de afstand die zij hadden met de opleiding, hebben mij geholpen tijdens de afronding van dit onderzoek.

Büsra Uzunali

Oosterhout, 28 mei 2020

Abstract

Currently, only a few studies are known which have researched ACT on adolescents. This longitudinal study explores the effect of ACT on psychological flexibility of adolescents with depressive symptoms, examining whether the use of adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies has a mediating effect on this effect. Based on previous research, it was expected that following ‘ACT your way’ would lead to more frequent application of adaptive cognitive emotion regulation strategies and an increase of psychological flexibility and decrease depressive symptoms and the use of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Also, as a harbinger for the mediation analyzes, a coherence was expected between the psychological flexibility during the pre-measurement, psychological flexibility during the post-measurement and the difference score between both the adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies during the pre-measurement and post-measurement. The CDI-II, CERQ and AFQ-Y were used to measure the depressive symptoms, cognitive emotion regulation and psychological flexibility of adolescents. These questionnaires were taken by $N= 26$ adolescents, girls ($n= 20, 77\%$) and boys ($n= 6, 23\%$) within the age of fourteen and 26 years old ($M= 18$ and $SD= 2.83$). These results show that the use of adaptive cognitive emotion regulation strategies and the psychological flexibility of adolescents increase and the depressive symptoms and the use of maladaptive cognitive emotion regulation strategies decrease after following ‘ACT your way’. There was only a significant coherence observed between the psychological flexibility during the pre-measurement and the psychological flexibility during the post-measurement. Thus, these results show that ‘ACT your way’ has a positive effect on the psychological flexibility of adolescents with depressive symptoms. Herein, adaptive and maladaptive cognitive emotion regulation strategies appear to have no mediated effect.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Adolescents, Depressive Symptoms, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Psychological Flexibility

Samenvatting

Er zijn slechts enkele onderzoeken die ACT bij adolescenten hebben onderzocht. Dit longitudinale onderzoek verkent het effect van ACT op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen, waarbij wordt nagegaan of het gebruik van adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën een mediërend effect heeft op dit effect. Uitgaand van eerdere onderzoeken werd verwacht dat het volgen van ‘ACT your way’ voor een

HET EFFECT VAN ACT OP DE PSYCHOLOGISCHE FLEXIBILITEIT VAN ADOLESCENTEN MET DEPRESSIEVE SYMPTOMEN EN DE MEDIËRENDE ROL VAN COGNITIEVE EMOTIEREGULATIESTRATEGIEËN

toename van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en psychologische flexibiliteit en een afname in depressieve symptomen en het minder frequent toepassen van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën zou zorgen. Daarnaast werd als voorbode voor de mediatie-analyses een samenhang tussen de psychologische flexibiliteit op de voormeting, psychologische flexibiliteit op de nameting en verschilscore tussen zowel de adaptieve als maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting verwacht. De CDI-II, CERQ en AFQ-Y werden gebruikt om de depressieve symptomen, cognitieve emotieregulatie en psychologische flexibiliteit van de adolescenten te meten. Deze vragenlijsten werden afgenomen bij $N=26$ adolescenten, meisjes ($n=20$, 77%) en jongens ($n=6$, 23%), in de leeftijd van veertien tot 26 jaar ($M=18$ en $SD=2.83$). De resultaten laten zien dat het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en psychologische flexibiliteit van de adolescenten toenemen en de depressieve symptomen en het gebruik van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën afnemen na het volgen van 'ACT your way'. Er is enkel een samenhang tussen de psychologische flexibiliteit op de voormeting en psychologische flexibiliteit op de nameting waargenomen. De resultaten laten dus zien dat 'ACT your way' een positief effect heeft op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen. Adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën lijken hier geen mediërend effect op te hebben.

Kernwoorden: Acceptance and Commitment Therapy, Adolescenten, Depressieve Symptomen, Cognitieve Emotieregulatiestrategieën, Psychologische Flexibiliteit

Inleiding

De adolescentie is voor veel individuen een uitdagende en stressvolle overgangsfase van de kindertijd naar de volwassenheid. Alhoewel de meeste adolescenten deze fase doorkomen zonder al te veel moeite, zorgt onder meer het niet kunnen omgaan met stress ervoor dat sommigen te maken krijgen met depressieve gevoelens, eenzaamheid, angst en suïcidaliteit (Junger, Mesman, & Meeus, 2003; Meeus & 't Hart, 1993; Rönnlund & Karlsson, 2006).

Factoren die een rol spelen in de ontwikkeling en instandhouding van depressieve symptomen zijn onder andere omgevingsfactoren, beperkingen in genetische factoren, beperkingen in executieve functies en problemen met emotieregulatiestrategieën (De Wit, 2000; Gotlib & Joormann, 2010; Koole, 2009; Reuter, Scaramella, & Wallace, 1999; Goodyer, 2001, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Emotieregulatie wordt gedefinieerd als het vermogen om emoties te begrijpen en het kunnen reguleren van emotionele ervaring en expressie (Feldman-Barrett, Gross, Christensen, & Benvenuto, 2001). Uit onderzoek blijkt dat depressieve symptomen bij adolescenten samenhangen met maladaptieve emotieregulatiestrategieën (Garber, Braafladt, & Weiss, 1995; Silk, Steinberg, & Morris, 2003). Depressieve adolescenten lijken een laag emotionele zelfeffectiviteit en gebrek aan emotioneel zelfbewustzijn te hebben, wat kan resulteren in maladaptieve emotieregulatie van negatief affect (Garbet et al., 1995; Penza-Clyve & Zeman, 2002; Silk et al., 2003; Zeman, Shipman, & Suvey, 2002). Maladaptieve emotieregulatie van negatief affect zorgt ervoor dat negatieve emoties veel intenser ervaren worden. Wanneer adolescenten bijvoorbeeld niet het vermogen hebben om hun emoties op een adequate manier te leren reguleren, zullen zij negatieve emoties waarschijnlijk veel intenser ervaren en meer moeite hebben met het reguleren van deze intense emoties. Deze intense confrontaties met negatieve emoties kunnen op langere termijn mogelijk resulteren in depressieve symptomen (Cole, Michel, & Teti, 1994). Naast de emotieregulatie lijken adolescenten met depressieve symptomen ook problemen te hebben met de cognitieve emotieregulatie (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). In dit huidige onderzoek staat de cognitieve emotieregulatie centraal, aangezien individuen met depressieve symptomen meer geneigd zijn om uitkomsten als negatief te interpreteren (Silk et al., 2003). Cognitieve emotieregulatie verwijst naar het organiseren van emotionele informatie middels cognitieve strategieën, oftewel het reguleren van emoties door gedachten of cognities (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002). Garnefski, Kraaij en Spinhoven (2001) beschrijven de volgende negen cognitieve emotieregulatiestrategieën: 'Jezelf de schuld geven'; 'Rumineren'; 'Concentreren op andere, positieve zaken'; 'Concentreren op planning'; 'Positief herinterpreteren';

‘Catastroferen’; ‘Accepteren’; ‘Relativeren’ en ‘Anderen de schuld geven’. Wetenschappelijk onderzoek associeert depressieve symptomen bij kinderen en adolescenten met de cognitieve emotieregulatiestrategieën ‘Jezelf de schuld geven’, ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’ en ‘Anderen de schuld geven’ (d’Acremont & Van der Linden, 2007; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt, & Kraaij, 2007).

Garnefski en haar collega’s (2001) bestudeerden middels een test-hertest model de associatie tussen de negen cognitieve emotie regulatiestrategieën en depressieve symptomen. In dit onderzoek, waarin de CERQ (Garnefski et al., 2001) afgenomen werd bij 547 scholieren in de leeftijd van twaalf tot zestien jaar, werd een samenhang tussen meer depressieve symptomen en meer gebruik van de strategieën ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’ en ‘Jezelf de schuld geven’ gevonden. De strategieën ‘Concentreren op andere, positieve zaken’ en ‘Positief herinterpreteren’ bleken samen te hangen met minder depressieve symptomen. In deze studie maakten Garnefski en haar collega’s (2001) een onderscheid tussen adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën, deze categorisering is afhankelijk van het positieve of negatieve effect op het voorkomen van depressieve symptomen. Als adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën worden de strategieën ‘Concentreren op andere, positieve zaken’, ‘Concentreren op planning’, ‘Positief herinterpreteren’, ‘Accepteren’ en ‘Relativeren’ beschouwd en als maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën worden de strategieën ‘Jezelf de schuld geven’, ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’, en ‘Anderen de schuld geven’ beschouwd (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2007).

In het onderzoek van Garnefski en Kraaij in 2006 met 2762 participanten in de leeftijd van twaalf tot 65 jaar, werd evenzo een positieve samenhang gevonden tussen de strategieën ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’ en ‘Jezelf de schuld geven’ en depressie en een negatieve samenhang tussen de strategie ‘Positief herinterpreteren’ en depressie. Uit deze studie blijkt dat individuen kwetsbaarder kunnen zijn voor emotionele problemen door het gebruik van de strategieën ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’ en ‘Jezelf de schuld geven’. Daartegenover staat dat individuen minder kwetsbaar kunnen zijn voor emotionele problemen wanneer ze gebruik maken van de strategie ‘Positief herinterpreteren’ (Garnefski & Kraaij, 2006). Garnefski en haar collega’s (2002) concludeerden uit hun onderzoek naar de negen cognitieve emotieregulatiestrategieën en emotionele problemen een samenhang tussen bepaalde cognitieve (maladaptieve) emotieregulatiestrategieën en vormen van psychopathologie zoals depressie. Een meta-analyse van Aldao, Nolen-Hoeksema en Schweizer (2010) toonde aan dat maladaptieve cognitieve strategieën sterker en consistent verbonden zijn met psychopathologie

dan adaptieve cognitieve strategieën. Daarnaast blijkt uit deze meta-analyse dat stemming gerelateerde stoornissen meer correleren met cognitieve emotieregulatiestrategieën dan met andere stoornissen (Aldao et al., 2010).

Het gebruik van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën vergroot aldus de kans op het ontwikkelen van verschillende vormen van psychopathologie zoals depressie. De richtlijnbehandelingen Cognitieve Gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie en medicatie worden vaak ingezet om depressieve symptomen te verminderen, maar lijken onvoldoende effect te hebben met betrekking tot het (blijvend) verminderen van depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Timbremont & Braet, 2005; De Wit, 2000). In de laatste decennia zijn meerdere behandelvormen ontwikkeld die zich, afgezien van de bestaande klachten, vooral richten op het vergroten van het welbevinden. Deze behandelvormen worden de derde generatie therapieën genoemd, een voorbeeld daarvan is *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes et al., 2004). Het doel van ACT is niet het verminderen van psychopathologie, maar het vergroten van de psychologische flexibiliteit van een individu door het aanleren van zes positieve psychologische vaardigheden. Deze positieve psychologische vaardigheden worden omschreven als ‘Acceptatie’, ‘Cognitieve defusie’, ‘Observerende zelf’, ‘Mindfulness’, ‘Waarden’ en ‘Doelgerichte actie’ (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). ‘Acceptatie’ wordt aangeleerd als alternatief voor ervaringsvermijding, door ruimte te maken voor vervelende gedachten en gevoelens. Gebruik makend van ‘Cognitieve defusie’ worden gedachten gezien als gedachten in plaats van feiten waarnaar gehandeld moet worden. Met de psychologische vaardigheid ‘Observerende zelf’ wordt een observerende positie ingenomen om het individu zichzelf te leren zien in context met zijn omgeving. ‘Mindfulness’ wijst op het ontwikkelen van gerichte aandacht en het achterwege laten van preoccupatie met het verleden en toekomst. De psychologische vaardigheid ‘Waarden’ leert het individu zich richten op de dingen die hij als persoon belangrijk vindt. Met behulp van ‘Doelgerichte actie’ leert het individu zijn gedrag stap voor stap te veranderen in de richting van zijn waarden (Hayes et al., 2006). Deze zes kernprocessen van ACT worden als positieve psychologische vaardigheden beschouwd en bevorderen de verandering van psychologische inflexibiliteit (psychopathologie) naar psychologische flexibiliteit (Hayes et al., 2006). Psychologische flexibiliteit is het vermogen om in het huidige moment, met het volle bewustzijn, alle onvermijdelijke gedachten en gevoelens te accepteren en te handelen richting waarden. Het ontwikkelen van psychologische flexibiliteit kan ervoor zorgen dat een individu zich op een andere manier verhoudt tot

onaangename emoties of gedachtes die spelen (Hayes et al., 2006). Het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën kunnen individuen in stressvolle en uitdagende situaties helpen te herstellen en hebben een positief effect op de geestelijke gezondheid (Nelis, Quoidbach, Hansenne, & Mikolajczak, 2011). Daarentegen kunnen maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën in stressvolle en uitdagende situaties een negatief effect hebben en schade toebrengen aan de geestelijke gezondheid, wat tegenwerkend is in het ontwikkelen van psychologische flexibiliteit (Nelis et al., 2011; Garnefski & Kraaij, 2006). De psychologische flexibiliteit zorgt ervoor dat de individu anders leert omgaan met vervelende en niet-helpende gedachten en het accepteren van stressvolle en uitdagende situaties. Disfunctionele cognities worden geherstructureerd tot meer adaptieve cognities om emoties te reguleren (Hayes et al., 2006). Drie wetenschappelijke studies (Bond & Bunce, 2000, 2002; Donaldson & Bond, 2004) toonden aan dat een hogere niveau van psychologische flexibiliteit (acceptatie en waarden) werden geassocieerd met een betere geestelijke gezondheid en een lagere kans op een psychiatrische stoornis bij volwassenen. Studies van Fledderus et al. (2013) en Hayes et al. (2006) bevestigen dit tevens en tonen aan dat het versterken van de psychologische flexibiliteit een positief effect heeft op depressieve klachten.

ACT behandelingen laten positieve resultaten zien in de behandeling van psychopathologie bij volwassenen. Uit vier meta-analyses blijkt dat ACT effectiever is dan controle condities en placebo condities, maar even effectief lijkt te zijn voor het behandelen van angststoornissen, depressie, verslaving en somatische problemen als gebruikelijke interventies zoals CGT (A-Tjak et al., 2015; Öst, 2008; Öst, 2014; Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2010). Op de veronderstelde processen van verandering was te zien dat na de behandeling de invloed van ACT groter was en dit verminderde bij follow-up (Öst, 2014; Ruiz, 2010).

Er zijn slechts enkele onderzoeken die ACT bij adolescenten hebben onderzocht (A-Tjak et al., 2015). Zo lieten verschillende pilotonderzoeken van Hayes, Boyd en Sewell (2011) en Livheim et al. (2015) zien dat ten opzichte van CGT, bij ACT sprake was van meer symptoomreductie bij adolescenten met depressieve klachten. Uit de studie van Hayes et al. (2011) lijken daarnaast voorzichtige aanwijzingen te zijn dat adolescenten, die een ACT interventie hebben gevolgd, na de therapie blijven verbeteren in vergelijking tot adolescenten die een CGT interventie hebben gevolgd (Hayes et al., 2011). Opgemerkt dient te worden dat het onderzoek van Hayes et al. (2011) methodologisch minder sterk is vanwege zijn kleine steekproefgrootte.

In dit onderzoek zal getracht worden het effect te onderzoeken van ACT op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen, waarbij nagegaan wordt of dit effect verschillend is afhankelijk van het gebruik van adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën van de depressieve jongere. In dit onderzoek zal gekeken worden naar de cognitieve emotieregulatiestrategieën ‘Jezelf de schuld geven’; ‘Rumineren’; ‘Concentreren op andere, positieve zaken’; ‘Concentreren op planning’; ‘Positief herinterpreteren’; ‘Catastroferen’; ‘Accepteren’; ‘Relativeren’ en ‘Anderen de schuld geven’ met behulp van de CERQ.

Hypotheses

De volgende hypothesen werden opgesteld:

- Na het volgen van ACT your way rapporteren de adolescenten minder depressieve symptomen dan voor de interventie.
- Na het volgen van ACT your way rapporteren de adolescenten meer adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën, namelijk ‘Concentreren op andere, positieve zaken’; ‘Concentreren op planning’; ‘Positief herinterpreteren’; ‘Accepteren’ en ‘Relativeren’ dan voor de interventie.
- Na het volgen van ACT your way rapporteren de adolescenten minder maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën, namelijk ‘Jezelf de schuld geven’; ‘Rumineren’; ‘Catastroferen’ en ‘Anderen de schuld geven’ dan voor de interventie.
- Na het volgen van ACT your way rapporteren de adolescenten meer psychologische flexibiliteit dan voor de interventie.
- Als voorbode voor de mediatie-effecten wordt een samenhang tussen psychologische flexibiliteit op de voormeting en psychologische flexibiliteit op de nameting, verschilscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting en verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting verwacht.
- Een mediatie-effect van de verschilscore adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op het effect van psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting wordt verwacht.
- Een mediatie-effect van de verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op het effect van psychologische flexibiliteit van de

adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting wordt verwacht.

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag van deze studie is gekozen voor een longitudinaal onderzoek met een kwantitatieve onderzoeksopzet. De analysevraag die is opgesteld ter beantwoording van de onderzoeksvraag luidt als volgt: ‘Wat is het effect van ACT op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen, waarbij wordt nagegaan of het gebruik van adaptieve of maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën een mediërend effect heeft op dit effect?’.

Methode

Deze huidige studie betreft een toetsend onderzoek en is uitgevoerd in samenwerking met Altrecht. Dit deelonderzoek is een onderdeel van het bredere effectonderzoek ‘ACT your way’. In deze studie werd de werkzaamheid van ‘ACT your way’ in de jeugd onderzocht.

Participanten

In de huidige studie participeren $N=26$ adolescenten, waaronder 20 meisjes (77%) en 6 jongens (23%), in de leeftijd van veertien tot 26 jaar ($M=18$ en $SD=2.83$). De participanten zijn allen gediagnosticeerd met een depressieve stoornis of dysthyme stoornis en zijn allen eerder in behandeling (waaronder CGT) geweest.

De participanten voor deze studie zijn middels inclusie- en exclusiecriteria, geïncludeerd via de deelnemende eerste en tweedelijns GGZ-instellingen. De inclusiecriteria betrof een leeftijd van vijftien tot 25 jaar en een hoofddiagnose met depressieve-stemmingsstoornissen, waarbij comorbiditeit veelal aanwezig was. Aangezien er sprake is van een overgangsmoment van DSM-IV naar DSM-5 werden de classificaties van beiden handboeken gehanteerd: dysthymie, dubbele depressie (dysthyme stoornis en depressieve stoornis), terugkerende depressie met onvolledige remissie tijdens episodes en persisterende depressieve stoornis. De cliënten dienden een CGT en IPT behandeling te hebben gevolgd. Wanneer cliënten onvoldoende geprofiteerd leken te hebben van de behandeling, dan wel terug waren gevallen in een depressieve stoornis, konden ze geïncludeerd worden. De exclusiecriteria betrof een IQ onder de 85 en bipolaire-stemmingsstoornissen, bipolaire stoornis, cyclothymie, schizofrenie, psychotische stoornis of ernstige verslaving. Daarnaast gelden een op de voorgrond staande suïcidaliteit en/of crisisgevoeligheid (op basis van inschatting tijdens

diagnostiek- en/of behandeloverleg) en instabiliteit met betrekking tot antidepressiva ook als exclusiecriteria. In maart 2017 is de eerste groep gestart en hebben de eerste metingen plaatsgevonden. Vervolgens hebben meerdere groepen geparticipeerd, waaraan tot op heden 30 adolescenten in de leeftijd van veertien tot 26 jaar hebben deelgenomen. Tijdens het onderzoek zijn er vier participanten afgevallen, waardoor er in de huidige studie 26 adolescenten participeerden.

Meetinstrumenten

Children's Depression Inventory II (CDI-II)

Om de depressieve symptomen en de ernst hiervan te meten is gebruik gemaakt van de zelfrapportagelijst Child Depression Inventory (CDI-II; Bodden, Braet, & Stikkelbroek, 2016). Deze lijst bestaat uit een zelfrapportagelijst en oudervragenlijst en is bestemd voor kinderen en adolescenten in de leeftijd van acht tot 21 jaar. De CDI-II brengt de cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen van depressie in kaart (Nederlands Jeugdinstituut, 2019). Voor deze studie is alleen gebruik gemaakt van de zelfrapportagelijst. De zelfrapportagelijst bestaat uit 28 vragen, die onderverdeeld zijn in zes subschalen (negatieve gemoedstoestand; negatieve zelfwaardering; emotionele problemen; ineffectiviteit; interpersoonlijke problemen en functionele problemen). De vragen werden gescoord op een driepuntsschaal (0, 1, 2), zoals ‘‘Ik ben soms verdrietig’’, ‘‘Ik ben vaak verdrietig’’ en ‘‘Ik ben altijd verdrietig’’ (Bodden et al., 2016).

De scores werden opgeteld tot een totaalscore die de mate van de depressieve symptomen aanduidde. De subschalen werden in dit onderzoek niet apart berekend, omdat gekeken werd naar de ernst van de depressieve symptomen. Totaalscores konden variëren van 0 tot 56, waarbij een score van 14 of hoger als klinisch relevant werd beschouwd. Een hogere score betekende aldus een hogere mate van depressieve symptomen (Bodden et al., 2016). De CDI-II scoort op de COTAN-beoordeling voldoende op de punten begripsvaliditeit en betrouwbaarheid en onvoldoende (te weinig onderzoek; niet representatief en/of representativiteit niet te beoordelen) op het punt criteriumvaliditeit (Tak, Bosch, Begeer, & Albrecht, 2014). Voor deze studie is een interne betrouwbaarheid van $\alpha = .89$ berekend voor de CDI-II. In een eerdere studie uitgevoerd bij adolescenten door Stikkelbroek, Bodden, Kleinjan, Reijnders en Van Baar (2016) was de betrouwbaarheid voor de CDI-II zeer goed voor zowel de adolescenten tot 17 jaar ($\alpha = .93$) als voor de adolescenten vanaf 17 jaar ($\alpha = .91$).

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

Om de cognitieve emotieregulatie van de respondenten te meten is gebruik gemaakt van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Met deze vragenlijst is in kaart gebracht of sprake was van adaptieve of maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën bij de respondenten. De CERQ is een zelfrapportagelijst die de cognitieve copingstrategieën van jongeren van twaalf tot 25 jaar meet. De CERQ meet zowel adaptieve als maladaptieve cognitieve copingstrategieën, waarbij adaptieve strategieën gerelateerd worden met positieve uitkomsten en maladaptieve strategieën met negatieve uitkomsten (Garnefski et al., 2001). Als adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën worden de strategieën ‘Concentreren op andere, positieve zaken’, ‘Concentreren op planning’, ‘Positief herinterpreteren’, ‘Accepteren’ en ‘Relativeren’ beschouwd en als maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën worden de strategieën ‘Jezelf de schuld geven’, ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’ en ‘Anderen de schuld geven’ beschouwd (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2007). Deze vragenlijst bestaat uit 36 items, die onderverdeeld zijn in negen subschalen (‘Jezelf de schuld geven’; ‘Accepteren’; ‘Rumineren’; ‘Concentreren op andere, positieve zaken’; ‘Concentreren op planning’; ‘Positief herinterpreteren’; ‘Relativeren’; ‘Catastroferen’ en ‘Anderen de schuld geven’). De items werden gescoord op een vijfpunts-Likertschaal lopend van (1) (bijna) nooit tot (5) (bijna) altijd. Per schaal werden de scores opgeteld, waarbij de minimale score per schaal 4 en de maximale score 20 was. Een hoge score op een subschaal betekende dat de specifieke cognitieve copingstrategie vaak werd gebruikt door de jongere (Garnefski et al., 2001). De CERQ scoort op de COTAN-beoordeling voldoende op de punten betrouwbaarheid en begripsvaliditeit en onvoldoende (te weinig onderzoek; niet representatief en/of representativiteit niet te beoordelen) op het punt criteriumvaliditeit (Egberink, Holly-Middelkamp, & Vermeulen, 2002). Voor deze studie is een interne betrouwbaarheid van $\alpha = .82$ berekend voor de CERQ. In een eerdere studie uitgevoerd bij volwassenen door Garnefski en Kraaij (2007) toonden de resultaten een hoge interne betrouwbaarheid aan voor de CERQ, met Cronbach's α 's variërend van $\alpha = .75$ tot $\alpha = .87$ per schaal.

Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)

De vragenlijst Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y; Greco, Lambert, & Baer, 2008, Nederlandse versie) is gebruikt om de experiëntiële vermijding en cognitieve- en emotionele fusie (psychologische flexibiliteit) te meten (Greco et al., 2008). De

AFQ-Y is een zelfrapportagelijst die de experiëntiële vermijding en cognitieve- en emotionele fusie (psychologische flexibiliteit) van kinderen en adolescenten in de leeftijd van negen tot zeventien jaar meet. Deze lijst bestaat uit zeventien items, die onderverdeeld worden in twee schalen, namelijk vermijding (bijv. “Als ik me slecht voel, stop ik met de dingen die belangrijk zijn voor mij”) en fusie (bijv. “Mijn gedachten en gevoelens sturen mijn leven in de war”). De items werden gescoord op een vijfpunts- Likertschaal lopend van (1) helemaal niet waar tot (5) heel erg waar. De scores werden opgeteld tot een totaalscore variërend van 0 tot 85, waarbij hoge scores overeenkwamen met een hoge vermijding en fusie. Adolescenten die een hoge score behaalden, rapporteerden dus een lagere psychologische flexibiliteit (Greco et al, 2008). De AFQ-Y heeft geen COTAN-beoordeling. Voor deze studie is een interne betrouwbaarheid van $\alpha = .90$ berekend voor de AFQ-Y. In een eerdere studie uitgevoerd door Greco et al. (2008) toonde de AFQ-Y voldoende interne consistentie (Cronbach's $\alpha = .90$).

Interventie

In deze studie is de interventie ‘ACT your way’ gebruikt. ACT your way is een interventie gebaseerd op ACT, die identiteits- en autonomieontwikkeling van jongeren in de leeftijd van vijftien tot 25 jaar als doel heeft. Deze interventie wordt gebruikt in de behandeling van jongeren die zijn vastgelopen op het gebied van psychische klachten, prikkelverwerkingsproblemen en jongeren met chronische pijn en/of somatisch onverklaarde klachten. ACT your way bestaat uit een werkboek voor jongeren en een handleiding voor de therapeut. Tijdens deze interventie leren jongeren om meer psychologisch flexibel te worden. Dit kan de jongeren helpen om een waardevol leven te leiden en te leren omgaan met ‘negatieve emoties’ en ‘niet-helpende gedachten’. Ook leren jongeren om stressvolle en uitdagende situaties in hun leven te accepteren. ACT your way draagt bij aan het verminderen van ineffectieve coping-stijlen van jongeren en om regie te nemen over hun leven, door bewust te kiezen voor gedrag dat past bij hun ontwikkeling. Tijdens ACT your way werken de jongeren weer (actief) aan een passende identiteitsontwikkeling en autonomie voor zichzelf (Matthijssen, De Rooij, & Bodden, 2018).

Procedure

De participanten zijn middels inclusie- en exclusiecriteria, geïncludeerd via de deelnemende eerste en tweedelijns GGZ-instellingen. De cliënten die voldeden aan deze criteria hebben mondelinge en schriftelijk informatie gekregen (zie bijlage 1). Bij bereidheid om medewerking te verlenen, werd gevraagd dit te bevestigen door ondertekening van een

toestemmingsformulier (zie bijlage 2). Deelname aan deze studie was vrijwillig. Als werd besloten om niet deel te nemen, kregen de cliënten de behandeling die ze nodig hadden. De cliënten konden tijdens het onderzoek van gedachten veranderen en stoppen als ze wilden. Ondanks het voortijdig stoppen tijdens het onderzoek hebben de cliënten de behandeling verder kunnen afronden.

Deze studie betrof een voormeting (T1) en nameting (T2). In maart 2017 is de eerste groep gestart en hebben de eerste metingen plaatsgevonden. Voor de eerste sessie is de KSADS telefonisch afgenomen door de klinisch psycholoog in opleiding. Tijdens de voormeting, nameting en follow-up hebben de cliënten vragenlijsten ingevuld en is vervolgens de KSADS afgenomen. De ingevulde vragenlijsten zijn na de pre-, interventie, en postmeting opgestuurd naar Universiteit Utrecht.

Analyse

Om te beginnen is de dataset gecontroleerd op missende waarden. Respondenten die op de nameting zijn afgevallen, zijn uit de steekproef gehaald. De assumpties voor een meervoudige regressieanalyse zijn gecontroleerd. Aan de assumpties van een meervoudige regressieanalyse: normaalverdeling van de residuen, lineariteit en homoscedasticiteit, werd voldaan. Vervolgens is als voorbode op de mediatie-analyse met een correlatietoets onderzocht of de verschilscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën, de verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën, de psychologische flexibiliteit op de voormeting en nameting met elkaar samenhangen. Voor de correlatieberekeningen gold dat een samenhang (r) van ± 0.10 voor een klein effect, ± 0.30 voor een middelgroot effect en ± 0.50 voor een groot effect stond (Field, 2009). Om te kijken of adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën een mediërende rol hadden op het verband tussen de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting en psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting is een mediatie-analyse uitgevoerd op basis van de Baron & Kenny (1986) methode. Deze methode toont middels vier stappen op basis van de onderlinge regressies aan of sprake is van mediatie. Middels een methode voor het testen van de betekenis van een mediatie-effect, de Sobel-test, is gecontroleerd of werkelijk sprake was van een significant mediatie-effect (Baron & Kenny, 1986). Bij de mediatie-analyse is gebruik gemaakt van de verschilscore tussen de voormeting en nameting van de adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën, om te kijken of de verandering op emotieregulatie leidt tot een toename van psychologische flexibiliteit.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

Allereerst is gekeken of de scores op de voormeting (T1) en nameting (T2) van elkaar verschilden. De gemiddelde score van *depressieve symptomen* was significant lager op de nameting dan op de voormeting, $t(26) = 4.47, p < .01$. De effectgrootte was .29, wat duidt op een middelgrote en significante afname van de depressieve symptomen na het volgen van ACT your way. Daarentegen was de gemiddelde score van *adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën* significant hoger op de nameting dan op de voormeting, $t(26) = -2.35, p < .05$. De effectgrootte was -.22, wat duidt op een zeer kleine en significante toename van het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën na het volgen van ACT your way. De gemiddelde score van *maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën* was niet significant lager op de nameting dan op de voormeting, $t(26) = 1.17, p = .25$. De effectgrootte was .11, wat duidt op een kleine en niet significante afname van het gebruik van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën na het volgen van ACT your way. De gemiddelde score van *psychologische flexibiliteit* was op de nameting significant lager dan op de voormeting, $t(26) = 2.65, p < .01$. De effectgrootte was .23, wat duidt op een kleine en significante toename van de psychologische flexibiliteit na het volgen van ACT your way. De gemiddelden, standaarddeviaties, t-waardes, en effect sizes zijn opgenomen in tabel 1.

Tabel 1

Gemiddelden, standaarddeviaties, t-waardes, en effect sizes van Depressieve Symptomen, Adaptieve en Maladaptieve Cognitieve Emotieregulatiestrategieën en Psychologische Flexibiliteit op de voormeting en nameting

Variabele	Voormeting	Nameting	<i>t</i>	<i>d</i>
DeprSymp	22.96 (9.95)	17.33 (8.90)	4.47**	.29
AdapEmStr	50.23 (13.00)	56.31 (13.62)	-2.35**	-.22
MaladapEmStr	39.77 (10.24)	37.54 (10.36)	1.17	.11
PsychFlex	54.00 (13.78)	47.83 (12.33)	2.65**	.23

Noot. * $p < .05$, ** $p < .01$

Correlaties

Aansluitend is als voorbode op de mediatie-analyses de samenhang tussen de variabelen *psychologische flexibiliteit* op de voormeting en de *verschilscore van adaptieve cognitieve*

emotieregulatiestrategieën, de *verschilscore* van *maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën* en *psychologische flexibiliteit* op de nameting onderzocht. In tabel 2 is te zien dat *psychologische flexibiliteit* op de voormeting en *psychologische flexibiliteit* op de nameting significant met elkaar samenhangen.

De *verschilscore adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën* hangt niet significant samen met de *psychologische flexibiliteit* op zowel de voormeting als nameting (Voormeting: $r = .25, p = .22$; Nameting: $r = -.13, p = .52$). Tevens is te zien dat de *verschilscore maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën* niet significant samenhangt met de *psychologische flexibiliteit* op zowel de voormeting als nameting (Voormeting: $r = -.38, p = .06$; Nameting: $r = .21, p = .30$). Daarentegen hangt de *psychologische flexibiliteit* op de voormeting significant samen met de *psychologische flexibiliteit* op de nameting ($r = .59; p < .01$). Deze samenhang is groot en geeft aan dat hoe meer psychologisch flexibel de adolescenten op de voormeting zijn, hoe meer psychologische flexibeler ze op de nameting zijn.

Tabel 2

Correlatie tussen Psychologische Flexibiliteit op de voormeting en Verschilscore Adaptieve Cognitieve Emotieregulatiestrategieën, Verschilscore Maladaptieve Cognitieve Emotieregulatiestrategieën en Psychologische Flexibiliteit op de nameting

	VrAdapEmStr	VrMaladapEmStr	PsychFlexVM	PsychFlexNM
VrAdapEmStr				
VrMaladapEmStr	-.02			
PsychFlexVM	.25	-.38		
PsychFlexNM	-.13	.21	.59**	

Noot. ** $p < .01$

Mediatie-analyse

Het model waarin de variabelen psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting en het verschil in adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting zijn toegevoegd, verklaart 43% van de variantie in psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting, $R^2 = .43, F(1, 23) = 3.35, p = .08$. Het mediatiemodel is in Figuur 1 weergegeven. Het totale effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting (pad *c*) blijkt significant positief, $\beta = .53, t(26) = 3.60, p < .001$ (tabel 3). Dit betekent dat een hogere mate van psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting samenhangt met een hogere mate van psychologische flexibiliteit van adolescenten op de nameting. Vervolgens

HET EFFECT VAN ACT OP DE PSYCHOLOGISCHE FLEXIBILITEIT VAN ADOLESCENTEN MET DEPRESSIEVE SYMPTOMEN EN DE MEDIËRENDE ROL VAN COGNITIEVE EMOTIEREGULATIESTRATEGIEËN

is het effect tussen het verschil in adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting en psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting (pad b^1) berekend. Na het toevoegen van de verschillscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën valt het effect van psychologische flexibiliteit op de voormeting niet weg, wat betekent dat geen sprake is van een mediatie-effect, $\beta = -.30$, $t(26) = -1.83$, $p = .08$. Aansluitend is het directe effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting, met de verschillscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën (pad c^1) als mediator berekend. Hieruit blijkt dat na het toevoegen van de verschillscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën het effect van de psychologische flexibiliteit van de voormeting groter wordt, $\beta = .67$, $t(26) = 4.11$, $p < .001$ (tabel 3). Dit suggereert dat het verband tussen psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting en psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting niet wordt gemedieerd door het verschil in adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting. Deze bevinding is gecontroleerd middels een methode voor het testen van de betekenis van een mediatie-effect, de Sobel-test (Baron & Kenny, 1986). De uitkomsten indiceren dat het effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting niet gemedieerd wordt door de verschillscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën ($t = -1.05$, $p = .30$).

Tabel 3

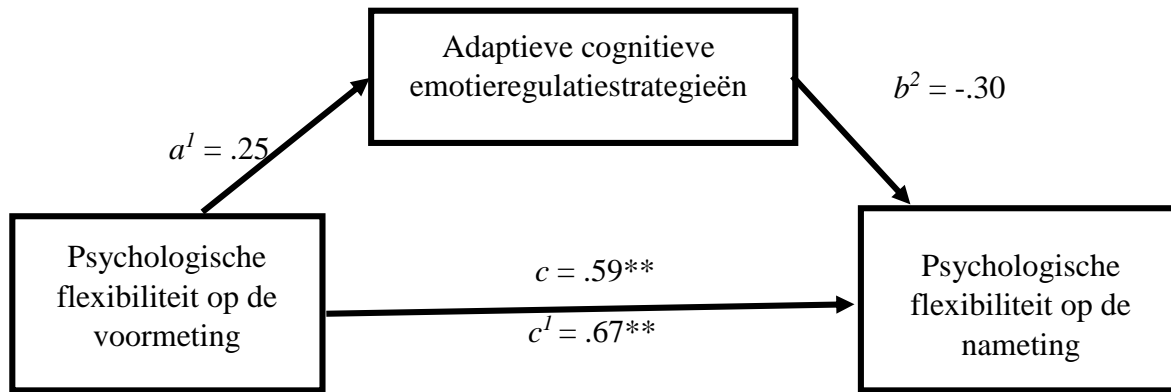
Regressie analyse van de psychologische flexibiliteit op de nameting voorspeld uit psychologische flexibiliteit op de voormeting en adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën (n=26)

Variabele	B	SE B	β
Stap 1			
PsychFlexVM	.53	.15	.59**
Stap 2			
PsychFlexVM	.60	.15	.67**
VrAdapEmStr	-.28	.15	-.30

Noot: $R^2 = .35$ voor Stap 1 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .08$ voor Stap 2 ($p = .08$)

** $p < .001$, * $p < .01$

HET EFFECT VAN ACT OP DE PSYCHOLOGISCHE FLEXIBILITEIT VAN ADOLESCENTEN MET DEPRESSIEVE SYMPTOMEN EN DE MEDIËRENDE ROL VAN COGNITIEVE EMOTIEREGULATIESTRATEGIEËN



Figuur 1. Het totale, directe en indirecte effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting via adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën.

** $p < .001$, * $p < .01$.

Het model waarin de variabelen psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting en het verschil in maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting zijn toegevoegd, verklaart 57% van de variantie in psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting, $R^2 = .57$, $F(1, 23) = 11.72$, $p < .01$. Het mediatiemodel is in Figuur 2 weergegeven. Het totale effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting (pad c) blijkt significant positief, $\beta = .53$, $t(26) = 3.60$, $p < .001$ (tabel 4). Dit betekent dat een hogere mate van psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting samenhangt met een hogere mate van psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting. Vervolgens is het effect tussen het verschil in maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting en psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting (pad b^2) berekend. Na het toevoegen van de verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën valt het effect van psychologische flexibiliteit op de voormeting niet weg, wat betekent dat geen sprake is van een mediatie-effect, $\beta = .50$, $t(26) = 3.42$, $p < .01$. Aansluitend is het directe effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting, met de verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën (pad c^2) als mediator berekend. Hieruit blijkt dat na het toevoegen van de verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën het effect van de psychologische flexibiliteit van de voormeting groter wordt, $\beta = .78$, $t(26) = 5.30$, $p < .001$ (tabel 4). Dit suggereert dat het verband tussen psychologische flexibiliteit van de

HET EFFECT VAN ACT OP DE PSYCHOLOGISCHE FLEXIBILITEIT VAN ADOLESCENTEN MET DEPRESSIEVE SYMPTOMEN EN DE MEDIËRENDE ROL VAN COGNITIEVE EMOTIEREGULATIESTRATEGIEËN

adolescenten op de voormeting en psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting niet wordt gemedieerd door het verschil in maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting. Deze bevinding is gecontroleerd middels een methode voor het testen van de betekenis van een mediatie-effect, de Sobel-test (Baron & Kenny, 1986). De uitkomsten indiceren dat het effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting niet gemedieerd wordt door de verschilscore van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën ($t = -1.77, p = .08$).

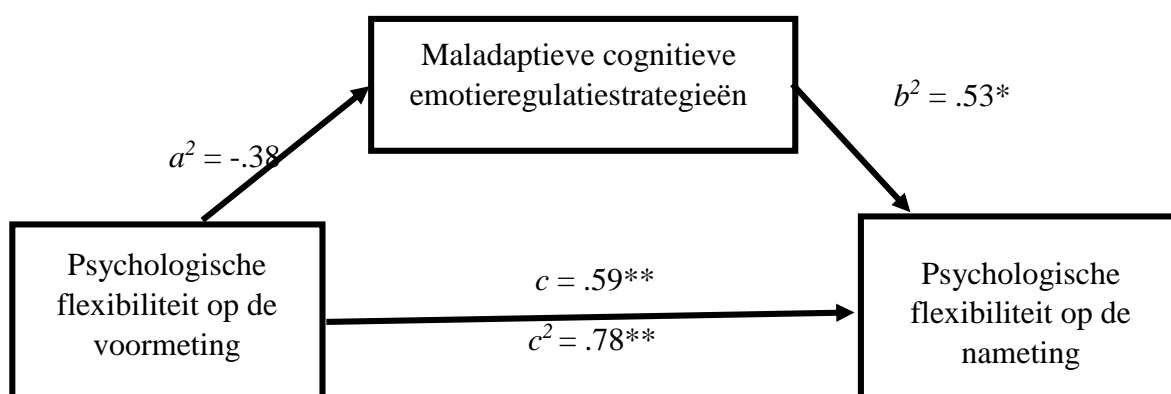
Tabel 4

Regressie analyse van de psychologische flexibiliteit op de nameting voorspeld uit psychologische flexibiliteit op de voormeting en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën (n=26)

Variabele	B	SE B	β
Stap 1			
PsychFlexVM	.53	.15	.59**
Stap 2			
PsychFlexVM	.70	.13	.78**
VrMaladapEmStr	.64	.19	.50*

Noot: $R^2 = .35$ voor Stap 1 ($p < .001$); $\Delta R^2 = .22$ voor Stap 2 ($p < .01$)

** $p < .001$, * $p < .01$



Figuur 2. Het totale, directe en indirecte effect van de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting op de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting via maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën.

** $p < .001$, * $p < .01$.

Discussie

In de huidige studie is onderzoek gedaan naar het effect van ACT op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen, waarbij is nagegaan of het gebruik van adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën een mediërend effect heeft op dit effect. Verschillende pilotonderzoeken van Hayes et al. (2011) en Livheim et al. (2015) laten zien dat ACT een grotere verbetering op depressieve klachten van adolescenten liet zien dan de reguliere behandeling. Afgezien van deze onderzoeken hebben slechts enkele onderzoeken ACT bij adolescenten met depressieve symptomen onderzocht (A-Tjak et al., 2015). Met dit onderzoek is aldus getracht om bij te dragen aan het dichten van dit wetenschappelijk gat.

Dit huidige onderzoek toont aan dat de psychologische flexibiliteit van de adolescenten en het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën toenemen en de depressieve symptomen en het gebruik van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën afnemen na het volgen van 'ACT your way'. Terwijl een significante samenhang werd waargenomen tussen psychologische flexibiliteit op de voormeting en nameting, werden geen significante samenhangen waargenomen tussen de psychologische flexibiliteit op zowel de voormeting als nameting met de verschilscore van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en de verschilscore maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën.

Aan de hand van de wetenschappelijke literatuur werd verondersteld dat na het volgen van 'ACT your way' de adolescenten minder depressieve symptomen zouden rapporteren. De gemiddelde score van de depressieve symptomen van de adolescenten was significant lager op de nameting, dan op de voormeting. Dit wil zeggen dat de depressieve symptomen van de adolescenten lager zijn na het volgen van 'ACT your way'. In hun onderzoek rapporteerden Hayes et al. (2011) dat ten opzichte van de CGT, zowel op de nameting als follow-up van de ACT interventie, sprake was van meer symptoomreductie bij adolescenten met depressieve klachten. Daarnaast lijken uit deze studie voorzichtige aanwijzingen te zijn dat adolescenten, die een ACT interventie hebben gevolgd, na de therapie blijven verbeteren in vergelijking tot adolescenten die een CGT interventie hebben gevolgd (Hayes et al., 2011).

Daarnaast werd verondersteld dat na het volgen van 'ACT your way' de adolescenten meer adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en minder maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën zouden rapporteren. Uit de studie van Garnefski en Kraaij (2006) blijkt dat individuen kwetsbaarder kunnen zijn voor emotionele problemen door het gebruik

van de maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën ‘Rumineren’, ‘Catastroferen’ en ‘Jezelf de schuld geven’. Maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën kunnen in stressvolle en uitdagende situaties een negatief effect hebben en schade toebrengen op de geestelijke gezondheid (Nelis et al., 2011). Volgens Kashdan en Rottenberg (2010) worden disfuncties in de geestelijke gezondheid, waaronder depressie en angststoornissen, gezien als het resultaat van psychologische inflexibiliteit. Psychologisch inflexibele individuen ervaren moeite met het werken naar waarden gebaseerde doelen, rumineren en het herstellen van stressvolle situaties (Kashdan & Rottenberg, 2010). Daartegenover staat dat individuen minder kwetsbaar kunnen zijn voor emotionele problemen wanneer ze gebruik maken van de adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategie ‘Positief herinterpreteren’ (Garnefski & Kraaij, 2006). Adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën kunnen individuen in stressvolle en uitdagende situaties helpen te herstellen en hebben een positief effect op de geestelijke gezondheid (Nelis et al., 2011). Onderzoek van Hayes et al. (2006) toonde aan dat het ontwikkelen van psychologische flexibiliteit ervoor zorgt dat de individu anders leert omgaan met vervelende en niet-helpende gedachten en het accepteren van stressvolle en uitdagende situaties. Disfunctionele cognities worden geherstructureerd tot meer adaptieve cognities om emoties te reguleren (Hayes et al., 2006). Dit werd tevens gevonden, terwijl het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën toenam na het volgen van ‘ACT your way’, nam het gebruik van maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën af.

Verder werd verondersteld dat het volgen van ‘ACT your way’ voor een toename van psychologische flexibiliteit zou zorgen. In dit onderzoek werd gevonden dat de psychologische flexibiliteit van de adolescenten toenam na het volgen van ‘ACT your way’. De toepassing van de zes positieve psychologische vaardigheden tijdens ‘ACT your way’ hebben vermoedelijk voor een andere manier van omgaan met uitdagingen en stress gezorgd (Hayes et al., 2006). Het doel van ACT om de psychologische flexibiliteit van individuen te vergroten (Hayes et al., 2006) is zodoende aangetoond met dit onderzoek.

Als voorbode voor de mediatie-analyses werd een samenhang tussen psychologische flexibiliteit op de voormeting en psychologische flexibiliteit op de nameting, verschilscore in adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en verschilscore in maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting verwacht. In tegenstelling tot deze verwachtingen is uit de uitgevoerde analyses enkel een positieve samenhang tussen de psychologische flexibiliteit op de voormeting en psychologische flexibiliteit op de nameting waargenomen. Dit geeft aan dat hoe hoger de psychologische flexibiliteit op de voormeting

was, des te hoger de psychologische flexibiliteit op de nameting was. Wellicht is de termijn mogelijk te kort om veranderingen in de cognitieve emotieregulatiestrategieën te observeren, aangezien bekend is dat veranderingen in cognities pas soms op lange termijn zichtbaar zijn (Horowitz, Garber, Ciesla, Young, & Mufson, 2007; Stice, Rohde, Gau, & Wade, 2010). Dit kan een verklaring bieden voor het uitblijven van samenhangen tussen de cognitieve emotieregulatiestrategieën en de psychologische flexibiliteit op de voormeting en nameting.

De resultaten van de mediatie-analyses toonden aan dat het verband tussen de psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de voormeting en psychologische flexibiliteit van de adolescenten op de nameting niet wordt gemedieerd door het verschil in adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en het verschil in maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën op de voormeting en nameting. Wellicht is het ontbreken van dit effect te wijten aan de zeer kleine en significante toename van de adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en kleine en niet significante afname van de maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën van de adolescenten. ACT heeft als doel om de context en functie van negatieve interne gedachten en ervaringen te veranderen, in plaats van het inhoudelijk veranderen van deze gedachten en ervaringen (Hayes, 2004). Dit kan erop wijzen dat de adolescenten deze negatieve interne gedachten en ervaringen mogelijk nog ervaren, maar de functie van deze gedachten wellicht zijn veranderd na het volgen van ACT your way. Mogelijke functieveranderingen in de gedachten van de adolescenten zijn in dit huidige onderzoek niet onderzocht.

Beperkingen en sterke punten

De gebruikte steekproef in dit onderzoek van $N = 26$ respondenten kan gezien worden als een kleine steekproef wat de generaliseerbaarheid van de resultaten kleiner maakt. Een kleine steekproef verkleint de kans op het vinden van significante verbanden, wat ervoor kan zorgen dat geen betrouwbare conclusies aan de resultaten verbonden kunnen worden. De respondenten waren in de leeftijd van veertien tot 26 jaar, wat betekent dat twee respondenten niet voldeden aan de inclusiecriteria. Enkele respondenten voldeden tevens niet aan de leeftijdscategorie van de CDI-II, CERQ en AFQ-Y. De data van deze respondenten zijn echter wel gebruikt. De betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten van deze vragenlijsten zijn zodoende aangetast. Een grote beperking van dit onderzoek is het ontbreken van een controlegroep. In dit onderzoek kon niet gemeten worden of het gevonden effect daadwerkelijk aan 'ACT your way' toegeschreven kon worden, omdat het effect niet bij een groep

respondenten is onderzocht die ‘ACT your way’ niet hebben gevolgd (Vermande, Bodden, & Deković, 2015). Deze beperkingen zorgen ervoor dat de gevonden resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Afgezien van de beperkingen, heeft dit onderzoek ook zijn sterke punten. De uitgevoerde studie maakte gebruik van een longitudinale dataset. De data voor dit onderzoek is op een volledige geprotocolleerde manier afgenomen door een eerste en tweedelijns GGZ-instelling met voldoende onderzoekservaring. De depressieve symptomen, het gebruik van adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën en de psychologische flexibiliteit van de adolescenten zijn middels de CDI-II, CERQ en AFQ-Y en K-SADS¹ tijdens de voormeting, interventie en nameting in kaart gebracht. Deze studie kent dus een multi-method design. De combinatie van verschillende meetmomenten en onderzoeksmethodes zorgt dat de verkregen data betrouwbaarder is en een objectiever beeld van de constructen schetst, dan wanneer het slechts met één onderzoeksinstrument op één meetmoment gemeten zou zijn.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om naast het gebruik van een multi-method benadering ook gebruik te maken van een grotere steekproef met een controlegroep om de betrouwbaarheid van het design te vergroten. Een grotere steekproef met een controlegroep zal meer adolescenten met depressieve symptomen binnen GGZ-instellingen representeren, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek en de bewijskracht en effectiviteit van de interventie toereikend zal worden (Vermande et al., 2015). In dit onderzoek zijn de respondenten namelijk middels een gemakssteekproef bij slechts één eerste en tweedelijns GGZ-instelling benaderd. Hayes et al. (2011) rapporteerden dat ten opzichte van CGT, zowel op de nameting als follow-up van de ACT interventie, sprake was van meer symptoomreductie bij adolescenten met depressieve klachten. Daarnaast lijken uit deze studie voorzichtige aanwijzingen te zijn dat adolescenten, die een ACT interventie hebben gevolgd, na de therapie blijven verbeteren in vergelijking tot adolescenten die een CGT interventie hebben gevolgd (Hayes et al., 2011). Om te kijken of de effecten van ACT in de huidige studie ook op lange termijn aanhouden, wordt aangeraden om afgezien van de voormeting, gedurende de ‘ACT your way’ interventie en nameting, ook een follow-up meting in te plannen. Met de follow-up meting kunnen eventuele sleeper-effecten, effecten die op lange termijn waarneembaar zijn, in kaart worden gebracht (Vermande et al., 2015). Voor deze studie was een follow-up van zes

¹ De K-SADS is niet opgenomen in de beschrijving van de onderzoeksinstrumenten, maar is wel gebruikt in groot onderzoek

maanden na de interventie beschikbaar, echter was niet voldoende data aanwezig om het op te nemen in deze studie. Tot slot bestaat de CDI-II uit zowel een zelfrapportagelijst als een oudervragenlijst. In dit onderzoek is echter alleen gebruik gemaakt van de zelfrapportagelijsten van de adolescenten, aangezien geen data beschikbaar was van de oudervragenlijsten. Ten behoeve van de betrouwbaarheid van de data wordt geadviseerd om in vervolgonderzoek verschillende betrokkenen van de adolescenten te benaderen om te meten of 'ACT your way' daadwerkelijk effectief is geweest. Door verschillende betrokkenen van de adolescenten te benaderen voor het onderzoek kan 'triangulatie', het toepassen van meerdere dataverzamelmethodeën of databronnen, worden gerealiseerd. Het verrichten van metingen vanuit verschillende perspectieven heeft positieve gevolgen voor de betrouwbaarheid van de onderzoeksdata. Indien overeenkomstige gewenste patronen voorkomen in de ontwikkeling van de adolescenten volgens de verschillende betrokkenen, onderbouwt dit de bewijskracht voor de effectiviteit van de interventie (Oates, 2005; Van Yperen & Veerman, 2008).

Uit de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat 'ACT your way' een positief effect heeft op de psychologische flexibiliteit van adolescenten met depressieve symptomen. Adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën lijken hier geen mediërend effect op te hebben. Deze bevindingen suggereren dus dat ACT een positieve effect lijkt te hebben voor het behandelen van adolescenten met depressieve symptomen. Dit effect en de rol van de adaptieve en maladaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën zal in de toekomst met een groter steekproef met aanwezigheid van een controlegroep verder onderzocht moeten worden om met meer nauwkeurigheid uitspraken te kunnen doen over de bewijskracht en effectiviteit van op ACT gebaseerde interventies, zoals 'ACT your way'. Dit is van belang om vast te stellen dat het waargenomen effect te wijten is aan 'ACT your way'. Voor de klinische praktijk is het een positieve gegeven dat op ACT gebaseerde interventies, gericht op het vergroten van de psychologische flexibiliteit, een toename in de psychologische flexibiliteit als gevolg hebben. Daarnaast werd in het huidige onderzoek gevonden dat de depressieve symptomen afnemen en het gebruik van adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën toenemen na het volgen van 'ACT your way'. Onderzoek van Garnefski et al. (2001) toonde aan dat minder depressieve symptomen werden gerapporteerd, wanneer meer gebruik werd gemaakt van adaptieve cognitieve strategieën. Dit impliceert dat het binnen de behandeling van depressieve symptomen gunstig is om te werken aan het vergroten van de adaptieve cognitieve emotieregulatiestrategieën. Echter heeft dit onderzoek een dergelijke mediatie niet kunnen aantonen.

Referenties

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217–237. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator (Manual for a multidimensional psychopathology-indicator/ Dutch translation and adaptation)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, N. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy Psychosomatic, 84*(1), 30-6. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156-163. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.156>
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*(6), 1057-1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 73-100. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x>
- D'Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence, 30*(2), 271-282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>

- De Wit, C. A. M. (2000). *Depressie bij kinderen en adolescenten. Theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Donaldson-Feilder, E. J., & Bond, F. W. (2004). The relative importance of psychological acceptance and emotional intelligence to workplace well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 187-203. <https://doi.org/10.1080/08069880410001692210>
- Egberink, I. J. L., Holly-Middelkamp, F. R., & Vermeulen, C. S. M. (2002). *COTAN beoordeling 2002, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ*. Opgehaald van www.cotandocumentatie.nl
- Feldman-Barrett, L., 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 and Emotion*, 15, 713–724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3rd ed). London: SAGE Publications.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J. P., Schreurs, K. M. G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 142- 151. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.007>
- Garber, J., Braafladt, N., & Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology*, 7(1), 93-115. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006362>
- Garnefski, N., Kommer, T. van den, Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples.

Personality and Individual Differences, 40, 1659-1669.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire – psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
<https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.

Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3>

Goodyer, I. M. (2001). Life events: their nature and effects. In *The Depressed Child and Adolescent* (ed. I. M. Goodyer), 204-233. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press.

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognitions and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>

Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20(2), 93-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)

- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2, 86-94. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0046-5>
- 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, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.693>
- Hughes, E. K., Gullone, E., & Watson, S. D. (2011). Emotional functioning in children and adolescents with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 335-345. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9220-2>
- Junger, M., Mesman, J., & Meeus, W. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten: Prevalentie, risicofactoren en preventie*. Assen: Van Gorcum.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An interview review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41. <https://dx.doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). Addendum Depressie bij Jeugd bij de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Utrecht, Nederland: Trimbos-instituut/CBO.

- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltd, A., Rowse, J., ... Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1016-1030. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9912-9>
- Matthijssen, D., De Rooij, E., & Bodden, D. (2018). *ACT your way - Doen wat werkt voor jou*. Amsterdam: Boom.
- Meeus, W., & 't Hart, H., (1993). *Jongeren in Nederland: Een nationaal survey naar ontwikkeling in de adolescentie en naar intergenerationele overdracht [Young people in the Netherlands. A national survey into adolescent development and intergenerational transmission]*. Amersfoort: Academische Uitgeverij Amersfoort.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care*. London: British Psychological Society.
- Nederlands Jeugd Instituut (2019). Children's Depression Inventory (CDI-2). Geraadpleegd op 11 november 2019, van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Zoek-een-instrument/Childrens-Depression-Inventory-\(CDI-2\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Zoek-een-instrument/Childrens-Depression-Inventory-(CDI-2))
- Oates, B. J. (2005). *Researching information systems and computing*. London: SAGE Publications.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.005>
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Penza-Clyve, S., & Zeman, J. (2002). Initial validation of the emotion expression scale for children (EESC). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 540-547. <https://doi.org/10.1207/153744202320802205>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B. & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>

- Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *Nederlandse vertaling van Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Utrecht: H.C. Rümke Groep.
- Reuter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. E., & Conger, R. D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 726-732. <https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.56.8.726>
- Rönnlund, M., & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, *167*(1), 47-63. <https://doi.org/10.3200/GNTP.167.1.47-63>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*, 125-162.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, *74*(6), 1869-1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1-and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 856. <https://doi.org/10.1037/a0020544>
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Baar, A. L. van (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PLoS ONE*, *11*(8): e0161062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161062>
- Tak, J. A., Bosch, J. D., Begeer, S. M., & Albrecht, G. (Eds.) (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), 150-168. <https://doi.org/10.1007/BF03060940>
- Van Yperen, T. A., & Veerman, J. W. (Red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Vermande, M. M., Bodden, D. H. M., & Deković, M. (2015). Interventie en interventieonderzoek. In Vermande, M. M., Van der Meulen-Van Dijk, M., & Reijntjes, A. (Red.), *Pesten op school. Achtergronden en interventies* (pp. 117-142). Amsterdam: Boom Psychiatrie en Psychologie.

Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*(3), 393-398.
https://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_11

Bijlage

1. INFORMATIEBLAD JONGEREN PILOT EFFECTONDERZOEK ACT your way

Beste

Vanuit Universiteit Utrecht en Altrecht wordt onderzoek gedaan naar het effect van behandelingen waaronder de behandeling: ACT your way. Het is belangrijk om gebruik te maken van behandelingen die bewezen effectief zijn, of waarvan we in ieder geval een positief effect verwachten. Jij gaat binnenkort starten met Act your way of je bent er wellicht al mee gestart. We willen onderzoeken hoe en bij wie deze behandeling werkt omdat we dit nog niet goed weten. Hierbij willen we je uitnodigen om mee te doen aan dit onderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling.



Als jij besluit om mee te doen aan het onderzoek *dan* vul je het toestemmingsformulier in (zie bijlage 1). Vervolgens krijg jij een kort telefonisch interview en vragen we je om enkele vragenlijsten in te vullen. Deze lijsten gaan over stemming- en angstgevoelens. Ook gaan er lijsten over je zelfbeeld, hoe je omgaat met problemen en emoties hanteert. Het interview duurt ongeveer ½ uur en het invullen van de vragenlijsten duurt ongeveer 45 minuten.

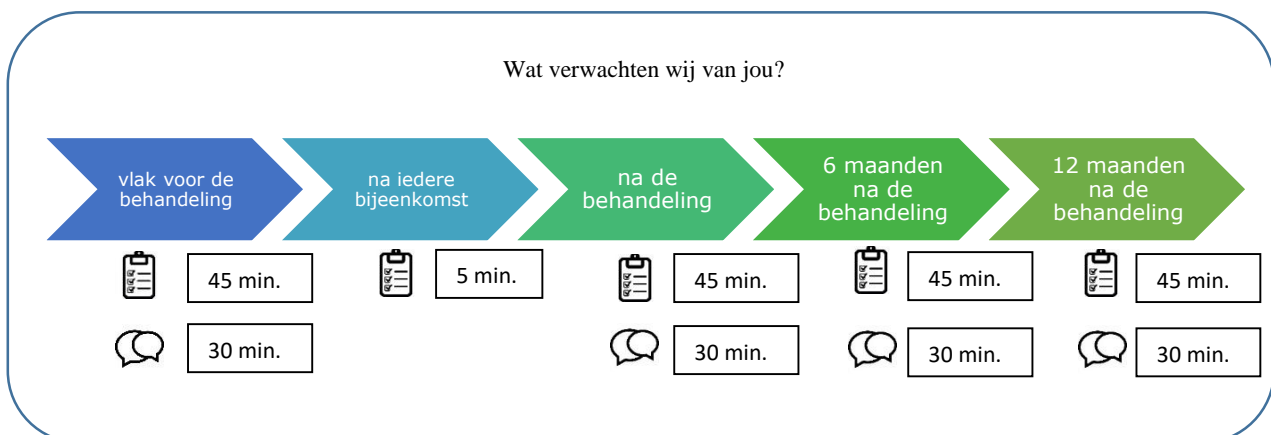
Er wordt, na elke therapiesessie, een korte vragenlijst afgenomen (duurt maximaal 5 minuten).

Na de laatste behandelsessie vragen we jou opnieuw om enkele vragenlijsten in te vullen (duur 45 minuten) en zullen we jou bellen voor het telefonisch interview (duur ongeveer ½ uur).

Ook zes en twaalf maanden na afloop van de behandeling neemt de onderzoeker contact op met jou op om de vragenlijsten in te vullen (duur 45 minuten) en voor een telefonisch interview (duur ongeveer ½ uur).

hieronder staat weergegeven wat wij van jou verwachten en wanneer.

 = invullen digitale vragenlijst  = telefonisch interview



Daarnaast worden er twee video-opnames van de therapeuten gemaakt zodat we kunnen nagaan hoe de ACT behandeling gegeven wordt. Het gaat dus echt om de therapeuten te filmen en jij zal buiten beeld worden gehouden.

Jij beslist zelf of je wilt meedoen aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als je besluit om niet mee te doen, hoef je verder niets te doen. Je krijgt gewoon de behandeling die je nodig hebt. Als je wel meedoet, kun je je altijd bedenken en toch stoppen. Ook tijdens het onderzoek.

Alle informatie die tijdens dit onderzoek wordt verzameld is geheim. Alleen de onderzoekers kunnen jouw uitkomsten zien. Anderen zullen jouw uitkomsten niet zien. Bij presentaties of artikelen van dit onderzoek zal je naam niet bekend worden gemaakt. Er zal alleen over groepen gesproken worden

Meedoen aan het onderzoek heeft geen direct voordeel voor jou. Het enige voordeel is dat jouw therapeut extra informatie krijgt over jou en die kan gebruiken in de behandeling. Ook krijg je na afloop van het onderzoek de resultaten te zien. Ook zal het onderzoek wel helpen om jongeren met een depressie in de toekomst een betere behandeling te geven.

Wanneer je nog vragen hebt over dit onderzoek kun je contact opnemen met Jacquelijne Schraven. Zij zal in de loop van de week contact met je opnemen zodat je eventuele vragen kunt stellen en om te weten of je gaat deelnemen.

Met vriendelijke groet

Jacquelijne Schraven

j.schraven@altrecht.nl

INFORMATIEBLAD OUDERS PILOT EFFECT ONDERZOEK ACT YOUR WAY



Geachte ouder,

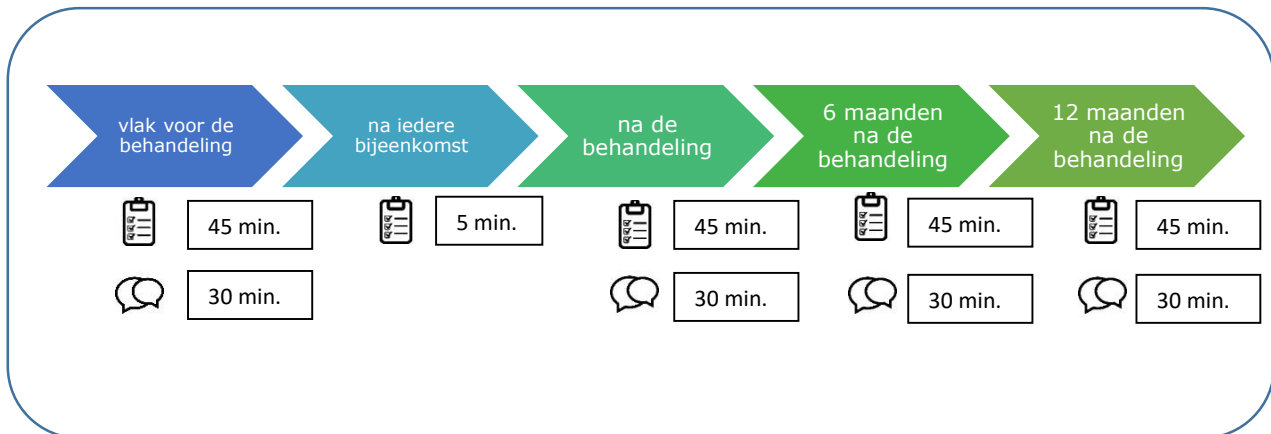
Vanuit Universiteit Utrecht en Altrecht wordt onderzoek gedaan naar het effect van behandelingen waaronder de behandeling die voor uw kind is geïndiceerd: ACT your way. Deze behandeling is ontwikkeld voor jongeren met langdurige en/of terugkerende depressieve klachten waarbij eerdere behandeling onvoldoende effect heeft gehad. Depressie is een ingrijpende en belemmerende ziekte. Dit onderzoek kan een bijdrage leveren aan de verbetering van behandelingen voor jongeren met chronische of recidiverende depressie bij wie eerdere behandelingen niet effectief zijn gebleken. Via deze brief willen wij u vragen of u toestemming geeft voor deelname van uw kind aan dit onderzoek.

Hoe ziet het onderzoek er uit?

Deelname aan dit onderzoek houdt voor uw kind een kort telefonisch interview in en het invullen van een set van vragenlijsten bij de start, aan het einde en na 6 (mogelijk ook nog na 12) maanden. Deze lijsten gaan over stemming- en angstgevoelens. Ook gaan er lijsten over zelfbeeld, hoe uw kind omgaat met problemen en emoties hanteert. Het interview duurt ongeveer een ½ uur en het invullen van de vragenlijsten duurt ongeveer 45 minuten. De vragenlijsten worden aansluitend aan behandelcontact afgenomen door ondergetekende. Na elke therapieessessie wordt een korte vragenlijst afgenomen (duurt maximaal 5 minuten).

hieronder staat weergegeven wat wij van uw kind verwachten en wanneer.

 : invullen digitale vragenlijst  = telefonisch interview



Daarnaast worden er een tweetal video-opnames van de therapeut gemaakt. Deze video wordt geobserveerd met als doel zo goed mogelijk behandeling te geven volgens de ACT methode. Het gaat dus echt om de therapeut te filmen en uw kind worden buiten beeld gehouden.

Alle gegevens worden volledig anoniem verzameld. Alleen de onderzoekers kunnen de uitkomsten zien. Er zullen in het onderzoek nergens namen genoemd worden. Gegevens zullen niet aan derden worden verstrekt. Bij presentaties of artikelen van dit onderzoek wordt de naam van uw kind niet bekend gemaakt.

De deelname aan het onderzoek is uiteraard vrijwillig. Als wordt besloten om niet mee te doen dan krijgt uw kind gewoon de behandeling die hij/zij nodig heeft. Ook kan uw kind zich altijd bedenken en toch stoppen als hij/zij meedoet met het onderzoek.

Aan het einde van het onderzoek zullen we alle deelnemers berichten over de algemene uitkomsten van het onderzoek.

Inlichtingen

Voor vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker, Jacquelijne Schraven. Zij is bereikbaar op Altrecht: tel. nr. 030-2809311/0620745528 of via de mail: j.schraven@altrecht.nl. In de loop van de week zal zij contact met zowel u als uw kind opnemen zodat er eventuele vragen kunnen worden gesteld en om te weten of uw kind gaat deelnemen.

Hoe te handelen bij klachten?

Als u klachten heeft over het onderzoek, kunt u dit melden aan de onderzoeker (Jacquelijne Schraven) of aan de eindverantwoordelijke onderzoeker (Dr. D. Bodden vanuit Universiteit Utrecht).

Wij danken u bij voorbaat voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet

Drs. Jacquelijne Schraven

Gz-psycholoog/psychotherapeut, in opleiding tot klinisch psycholoog

Altrecht, Kinder-, Jeugd- en Jongvolwassenenpsychiatrie

2. TOESTEMMINGSFORMULIER JONGEREN ONDERZOEK NAAR ACT your way

- Ik heb de informatiebrief voor de deelnemers gelezen. Ik heb vragen kunnen stellen over dit onderzoek. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- De vragenlijstgegevens en de video-opnames van de therapeuten volstrekt anoniem verzameld en gebruikt worden. De gegevens zullen niet worden gegeven aan anderen. Ik geef toestemming om de gegevens te gebruiken.

Hierbij geldt dat:

JA, ik geef toestemming om mee te doen aan dit onderzoek

Datum:.....

Naam jongere:.....

Geboortedatum ____-____-_____

E-mail adres jongere:.....

Handtekening jongere:.....

Handtekening onderzoeker:

TOESTEMMINGSFORMULIER OUDERS ONDERZOEK NAAR ACT your way

- Ik heb de informatiebrief voor de deelnemers gelezen. Ik heb vragen kunnen stellen over dit onderzoek. Deze vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen of mijn kind meedoet.
- Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Mijn zoon/dochter en ik kunnen op ieder moment besluiten om af te zien van deelname aan het onderzoek zonder gevolgen voor de behandeling.
- De vragenlijstgegevens en de video-opnames van de therapeuten worden volstrekt anoniem verzameld en gebruikt. De gegevens zullen niet worden gegeven aan anderen. Ik geef toestemming om de gegevens te gebruiken.

JA, ik geef toestemming om mee te doen aan dit onderzoek

Datum:.....

Naam ouder:.....

Naam kind:.....

E-mail adres ouder:.....

Handtekening ouder:.....

Handtekening onderzoeker: