

Het effect van verschillende CGT-componenten op de therapeutische alliantie en de rol van therapeutische alliantie binnen CGT in de preventie van depressie bij adolescenten.

Master thesis

Universiteit Utrecht

Master programma in Clinical Child, family and Education Studies

C. de Jonge – 6894852

Thesis begeleidster: Marieke van den Heuvel

Tweede beoordelaar: Denise Bodden

28 mei 2021

Voorwoord

Deze thesis is geschreven in het kader van de Masteropleiding Clinical Child, Family and Education studies die ik volg aan de Universiteit van Utrecht. Ik heb dit als een zeer intensief en pittig jaar ervaren, waarin ik hard heb gewerkt om tot dit resultaat te komen. Tegelijkertijd vond ik het een zeer interessant onderwerp en vond ik het een leuke ervaring om te werken aan dit wetenschappelijke onderzoek. Ik ben trots op hoe ik mij heb ontwikkeld in de vaardigheden om een wetenschappelijk onderzoek uit te voeren.

Dit was mij echter nooit gelukt zonder de fantastische hulp en begeleiding van mijn thesisdocent en tevens hoofdonderzoeker van de overkoepelende studie, Marieke van den Heuvel. Ik wil haar bij deze bedanken voor haar enthousiasme, de prettige begeleiding en voor de feedback die mij kritisch heeft leren kijken naar het schrijven van een wetenschappelijk artikel. Tot slot wil ik mijn lieve familie en vriend bedanken voor hun steun en positieve support.

Cynthia de Jonge,

Meppel, Mei 2021

Abstract

Prevention of depression among adolescents is important, given the prevalence of (sub)clinical depression and its negative consequences. Cognitive behavioral therapy (CBT), consisting of various components such as cognitive restructuring (CR), behavioral activation (BA), problem solving (PS) and relaxation (RE), has proven to be an effective treatment form in the prevention of depression among adolescents, with both specific and non-specific factors playing a role. The present study aimed to investigate the effect of specific factors, namely two CBT components cognitive restructuring and behavioral activation, on a non-specific factor, namely therapeutic alliance. In addition, the role of the non-specific factor (therapeutic alliance) as a mediator, in combination with the specific factors (CBT components) within CBT in the prevention of depression in adolescents was examined. The sample consisted of adolescents with elevated depressive symptoms that were randomly assigned to one of four conditions in which the CBT components were differentially sequenced, with each component consisting of three sessions. The current study focused on condition 1: CR-BA-RE-PS (n = 39) and condition 2: BA-CR-RE-PS (n = 29). No significant difference was found in the level of therapeutic alliance after three sessions of CR and three sessions of BA. Also, no significant differences were found in the change of therapeutic alliance when CR was sequenced before or after BA (followed by RE and PS, resp. condition 1 and 2). At last, no mediating effect of therapeutic alliance on the change of depressive symptoms was found. Possible explanations and suggestions for follow-up research are discussed.

keywords; depression prevention, adolescents, therapeutic alliance, CBT components

Samenvatting

Preventie van depressie onder adolescenten is van groot belang, gezien de prevalentie en de negatieve consequenties van een (sub)klinische depressie. Cognitieve gedragstherapie (CGT), bestaande uit verschillende componenten, zoals cognitieve herstructurering (CH), gedragsactivatie (GA), probleem oplossen (PO) en relaxatie (RE), blijkt hierin een effectieve behandelvorm. Hierin spelen zowel specifieke als non-specifieke factoren een rol. De huidige studie heeft als doel om het effect van specifieke factoren, namelijk de CGT-componenten cognitieve herstructurering en gedragsactivatie, op een non-specifieke factor, namelijk de therapeutische alliantie te onderzoeken. Daarnaast wordt er gekeken naar de rol van de non-specifieke factor (therapeutische alliantie) als mediator, in combinatie met de specifieke factoren (CGT-componenten) binnen CGT in de preventie van depressie bij adolescenten. Uiteindelijk werden 68 adolescenten met verhoogde depressieve klachten random toegewezen aan één van de vier condities waarin de CGT-componenten in verschillende volgorde werden aangeboden. De huidige studie richtte zich op conditie 1: CH-GA-RE-PO (n=39) en conditie 2: GA-CH-RE-PO (n=29). Er werd geen significant verschil gevonden in de therapeutische alliantie na drie sessies van CH en na drie sessies van GA. De verandering van therapeutische alliantie was niet significant verschillend wanneer de module CH wordt aangeboden voor de module GA. Er werd geen mediërend effect gevonden van therapeutische alliantie op de verandering van depressieve symptomen. Mogelijke verklaringen en suggesties voor vervolgonderzoek worden besproken.

kernwoorden; depressiepreventie, adolescenten, therapeutische alliantie, CGT-componenten

Het effect van verschillende CGT-componenten op de therapeutische alliantie en de rol van therapeutische alliantie binnen CGT in de preventie van depressie bij adolescenten

Depressie komt vaak voor tijdens de adolescentie (van Bergen, 2019). In het jaar 2019 had 2,5% van de adolescenten tussen de 12 en 16 jaar in Nederland een depressieve stoornis (CBS, 2020). In 2014 was dit 0,7%. Dat betekent dat dit percentage fors is gestegen. Dit is exclusief de cijfers van subklinische depressie onder adolescenten, deze varieerden in 2017 zelfs tussen de 5 % en de 29 % (Carrellas et al., 2017). Zowel klinische als subklinische depressieve klachten kennen ernstige gevolgen, zoals een beperkt functioneren op school of op sociaal vlak (Bijl & Ravelli, 2000; Jaycox et al., 2009). Daarnaast zorgt het voor een verhoogd risico op een depressie op latere leeftijd (Pine et al., 1999). Naar schatting heeft 60% van de Nederlandse kinderen en adolescenten met een depressieve stoornis, suïcidale gedachten, waarvan 30% daadwerkelijk een poging doet (Trimbos-instituut, 2009). Gezien de hoge prevalentie en de ernstige gevolgen zowel op korte als lange termijn, is de preventie van depressie van groot belang (Rith Najarian et al., 2019).

In de preventie van depressie blijkt Cognitieve gedragstherapie (CGT) een effectieve behandelvorm (Garber, 2009). Volgens literatuur kunnen zowel specifieke als non-specifieke factoren hierin een rol spelen. Een non-specifieke factor is een factor die in (bijna) alle vormen van hulpverlening gemeenschappelijk is en die verantwoordelijk wordt geacht voor het effect ervan (de Vries, 2010), zoals bijvoorbeeld de therapeutische alliantie. Therapeutische alliantie wordt gedefinieerd als de samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en therapeut, bestaande uit de overeenstemming over de doelen en taken van de behandeling en de ontwikkeling van een persoonlijke band (Bordin, 1979). Een specifieke factor is een factor die, op basis van theorie, essentieel wordt geacht voor de behandeling van een specifiek probleem of symptoom en die verantwoordelijk wordt geacht voor het effect van de behandeling (de Vries, 2010). Zo kent CGT verschillende componenten, waarvan cognitieve herstructurering, relaxatie, gedragsactivatie en probleem oplossen, het meest worden gebruikt in de preventie van depressie bij adolescenten (McCarty & Weisz, 2007; Rith-Najarian et al., 2019). In het onderzoek van Karver et al. (2008) wordt gesteld dat de rol van therapeutische alliantie mogelijk varieert, afhankelijk van de specifieke aanpak. Verschillende CGT-componenten hebben dus mogelijk verschillende effecten op de therapeutisch alliantie. Hier is nog weinig over bekend. Het doel van het huidige onderzoek is daarom om het effect van specifieke factoren, namelijk verschillende CGT-componenten, op een non-specifieke factor, namelijk de therapeutische alliantie, te onderzoeken. Door de therapeutische alliantie daarnaast als mediator te onderzoeken, kan worden verhelderd of en in hoeverre deze non-

specifieke factor bijdraagt aan het effect van verschillende CGT-componenten (specifieke factoren) en hun volgorde in de preventie van depressie bij adolescenten (Laurenceau et al., 2007). Het is hierin belangrijk om de therapeutische alliantie vanuit verschillende perspectieven te bekijken, omdat therapeut en adolescenten dit vaak verschillend beoordelen (Langhoff et al., 2008).

De therapeutische alliantie speelt een belangrijk rol binnen CGT als behandeling van een depressie (Beard et al., 2016; Horvath et al., 2011). Merendeel van de onderzoeken naar de rol van de therapeutische alliantie in het effect van CGT richt zich op de behandeling van depressie (en niet op preventie). In de behandeling van depressie bij volwassenen blijkt de therapeutische alliantie een mediërende rol te spelen binnen het effect van CGT op de uitkomst (Baier et al., 2020; Kushner et al., 2016; Shirk et al., 2011; Zuroff et al., 2000). Het effect van CGT als behandeling voor depressie bij volwassenen hangt dus mogelijk af van de therapeutische alliantie. Er is echter nog weinig bekend over de rol van de therapeutische alliantie binnen CGT als preventieve behandeling en bovendien richten de meeste studies zich op volwassenen. Uit onderzoek van Karver et al. (2008) blijkt dat de therapeutische alliantie een effect heeft op het verminderen van depressieve symptomen binnen CGT voor adolescenten met depressieve symptomen. Dit suggereert dat de therapeutische alliantie mogelijk ook een belangrijke rol speelt binnen CGT voor de preventie van depressie bij adolescenten.

Uit een meta-analyse is gebleken dat in de vroege fase van CGT bij adolescenten, een hoge therapeutische alliantie samengaat met lagere symptomen van een 'Major Depressive Disorder' (MDD) op de nameting (Flückiger et al., 2020). Daarnaast blijkt uit datzelfde onderzoek dat een sterke therapeutische alliantie in een vroege fase van de therapie, een hoge therapeutische alliantie voorspelt in volgende sessies. Een goede therapeutische alliantie in de beginfase speelt dus een belangrijke rol voor de effecten van CGT in de behandeling van depressie bij adolescenten. Daarnaast voorspelt een sterke therapeutische alliantie na het eerste component, mogelijk een hoge therapeutische alliantie in de volgende componenten (Flückiger et al., 2020). Verschillende CGT-componenten hebben mogelijk verschillende effecten op de therapeutische alliantie (Karver et al., 2008) en worden in een CGT behandeling vaak in combinatie en in verschillende volgorde toegepast, wat mogelijk verschillend effect heeft op de groei van de therapeutische alliantie.

Zo is bijvoorbeeld het doel van het component cognitieve herstructurering (CH) om disfunctionele, negatieve gedachten te identificeren, en te vervangen door meer functionele, positieve gedachten (Dobson, 2008). Hierbij is het belangrijk dat de therapeut luistert, empathie en begrip toont, waarbij de therapeutische alliantie een belangrijke rol speelt (Beck et al., 1979). Er is binnen CH ruimte voor de cliënt om te vertellen, waarbij de therapeut luistert en empathisch is, wat bijdraagt aan een sterkere therapeutische alliantie (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Daansen et al., 2016). Daarnaast blijken technieken als exploratie, juiste interpretatie en begrip ook een positieve bijdrage te leveren aan de therapeutische alliantie (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Wanneer de therapeutische alliantie na een eerste component hoog is, zal de adolescent zich mogelijk meer open stellen voor het stimuleren tot actie, en zal de adolescent meer open staan voor de andere elementen (Daansen et al., 2016).

Binnen het component gedragsactivatie (GA), wordt de cliënt gemotiveerd om deel te nemen aan activiteiten met als doel dat positieve bekrachtiging zal toenemen (Martell et al., 2001). De cliënt wordt dus gestimuleerd om iets te doen wat hij niet wil, omdat zij activiteiten vaak vermijden (Churchill et al., 2010). In zekere zin is GA vergelijkbaar met een CGT-component dat veel wordt gebruikt in de behandeling van angst, namelijk 'exposure'. Hierbij worden cliënten ook gemotiveerd om situaties aan te gaan die zij liever vermijden (Buchholz & Abramowitz, 2020). Uit onderzoek blijkt dat, wanneer 'exposure' wordt toegepast bij adolescenten met angst, de therapeutische alliantie vaak laag ligt of daalt (McLaughlin et al., 2014). Dat betekent dat de therapeutische alliantie binnen GA mogelijk minder goed zal zijn. Wanneer er in het begin van de behandeling sprake is van een zwakke therapeutische alliantie, is het mogelijk dat de adolescent bij de volgende componenten minder veiligheid voelt ten opzichte van de therapeut, zich meer terug gaat trekken en de confrontatie opzoekt (Willemse & Hafkenscheid, 2009).

In het CGT-component probleem oplossen (PO) wordt er samen met de adolescent gekeken hoe de adolescent zijn problemen kan oplossen, waarbij verschillende handvatten worden aangeboden. In het CGT-component relaxatie (RE) leert de adolescent over stress en worden er handvatten aangeboden in hoe zij kunnen ontspannen bij stress (van den Heuvel et al., submitted). Het bieden van handvatten heeft een positief effect op de opbouw van de therapeutische alliantie (Lejuez et al., 2005). Deze componenten dragen hiermee mogelijk bij aan een groei van de therapeutische alliantie binnen CGT.

Vraagstellingen en hypothesen

Over de therapeutische alliantie als mediator binnen CGT is nog weinig bekend. Onderzoeken naar het effect hiervan binnen CGT zijn vaak gericht op volwassenen, en er

wordt weinig onderscheid gemaakt tussen alliantie gerapporteerd door de adolescent en de therapeut. Ook is onderzoek naar de therapeutische alliantie merendeels gericht op CGT als behandeling van een depressie, niet op CGT binnen depressiepreventie. Tot slot is er weinig bekend over het effect van verschillende CGT-componenten op de therapeutische alliantie, en hoe dit effect heeft op de vermindering van depressieve symptomen.

In de huidige studie wordt daarom exploratief onderzoek gedaan naar het effect van de CGT-componenten CH en GA (geoperationaliseerd als modules van elk 3 sessies) op de therapeutische alliantie en de mediërende rol van de therapeutische alliantie (vanuit zowel de adolescent als vanuit de therapeut) op het effect van deze CGT-componenten op depressieve symptomen bij adolescenten. De volgende onderzoeksvragen zijn opgesteld: 1.) 'Is de therapeutische alliantie na 3 sessies van CH hoger dan na 3 sessies van GA,' 2.) 'Neemt de therapeutische alliantie sterker toe over tijd wanneer eerst CH wordt aangeboden en daarna GA, of andersom?' 3.) 'Medieert therapeutische alliantie het effect van CH-GA-RE-PO op depressieve symptomen (t.o.v. GA-CH-RE-PO)?'. Onderzoeksvragen worden gemeten vanuit zowel het oogpunt van de adolescenten als vanuit de therapeut.

Op basis van de literatuur wordt verwacht: 1.) de door de adolescent en therapeut gerapporteerde therapeutische alliantie is hoger na 3 sessies CH dan na 3 sessie GA. 2.) de therapeutische alliantie neemt mogelijk sterker toe over tijd wanneer eerst CH wordt aangeboden en daarna GA, zowel vanuit het oogpunt van de adolescent als vanuit het oogpunt van de therapeut. 3.) de therapeutische alliantie medieert mogelijk het effect van CH-GA-RE-PO op depressieve symptomen (t.o.v. GA-CH-RE-PO).

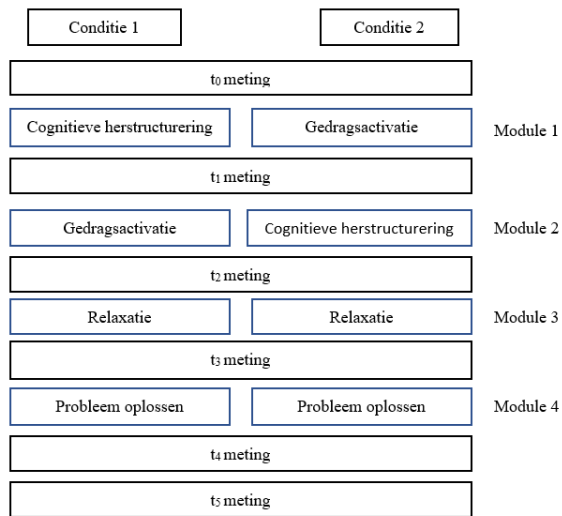
Methode

Design

Deze studie is onderdeel van een overkoepelende studie naar de relatieve effectiviteit van vier veelgebruikte CGT-componenten (CH, GA, PO en RE) en verschillende volgorden van deze componenten. Voor elk component is een module van 3 sessies ontwikkeld. De studie bestond uit vier verschillende condities, waarin de vier modules in verschillende volgorde werden aangeboden. In de huidige studie is gebruikt gemaakt van twee van deze condities, waarin alle vier de modules werden aangeboden, in bijna dezelfde volgorde. Enkel de eerste twee modules werden in verschillende volgorde aangeboden, met conditie 1: CH, GA, RE en PO en conditie 2: GA, CH, RE en PO. Bij het onderzoeken van het effect van deze condities zijn alle vier de modules meegenomen. In figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de condities en meetmomenten.

Figuur 1

Overzicht van condities, modules en meetmomenten



Metingen werden uitgevoerd bij baseline (t_0), na de eerste module (t_1), na de tweede module (t_2), na de derde module (t_3), bij afloop van de interventie (t_4) en 6 maanden na de interventie (t_5). In de huidige studie is gebruik gemaakt van de meetmomenten op t_0 , t_1 , t_4 en t_5 .

Participanten

De onderzoekspopulatie omvat adolescenten van het voortgezet onderwijs (vmbo t/m vwo). Inclusiecriteria waren: leeftijd tussen de 10 en 20 jaar, voldoende kennis van de Nederlandse taal en een verhoogde score op depressieve symptomen bij screening. Een verhoogde score wordt gedefinieerd als een percentielscore van 76 of hoger op basis van de Children's Depression Inventory-2 (CDI-2) (norm scores naar geslacht en leeftijd) (Bodden et al., 2016). Exclusiecriteria waren: afwezigheid van toestemming van de adolescent en van ouders (voor proefpersonen jonger dan 16 jaar), momenteel in behandeling voor stemmings- of angst gerelateerde problemen of een verhoogde score op zelfmoordgedachten (zij werden doorverwezen naar een huisarts). In totaal zijn er 8603 adolescenten gescreend, waarvan er 2009 naar voren kwamen met een verhoogde score. Uiteindelijk hebben 282 adolescenten zich aangemeld voor het onderzoek en de training.

Meetinstrumenten

Depressieve symptomen werden gemeten aan de hand van de CDI-2 (Bodden et al., 2016) op alle meetmomenten. In de huidige studie werd gebruik gemaakt van de meetmomenten op t_1 en t_5 . De CDI-2 is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 28 items. Elk item kan beantwoord worden op een drie-punts schaal (0 = ik ben soms verdrietig t/m 2 = ik ben altijd verdrietig). De totaalscore geeft de aanwezigheid en de ernst weer van

depressieve symptomen. De range was 0-56 en een hogere score betekent meer depressieve symptomen. De CDI-2 heeft een goede interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en convergente validiteit (Bodden et al., 2016). De betrouwbaarheid kan worden beoordeeld als goed, met een cronbach's alpha van .87 in de huidige studie.

Therapeutische alliantie werd gemeten aan de hand van de Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC-r) (Shirk et al., 2011) op t_1 , t_2 , t_3 en t_4 . In de huidige studie is gebruik gemaakt van de metingen op t_1 en t_4 . De TASC-r meet de therapeutische alliantie vanuit zowel de adolescent als vanuit de trainer en bestaat voor beiden uit 12 stellingen. Een voorbeelditem voor de adolescent is 'ik vind het fijn om tijd door te brengen met de trainer(s)'. Een voorbeeld item voor de trainer is 'de jongere vindt het fijn om tijd door te brengen met mij (als trainer)'. De stellingen worden beantwoord op een vier-punts schaal (1 = dit past niet bij mij/de jongere t/m 4 = dit past heel erg goed bij mij/de jongere). De totaalscore geeft een beeld van de sterkte van de therapeutische alliantie, gezien vanuit zowel de adolescent als vanuit de trainer. De TASC-r laat een goede betrouwbaarheid en validiteit zien in verschillende onderzoeken (Creed & Kendall, 2005; DeVet et al., 2003). De betrouwbaarheid, gemeten met de cronbach's alpha, varieerde tussen .83 en .86 in het huidige onderzoek.

Procedure

Adolescenten zijn geworven middels een screening op 11 middelbare scholen in Nederland. Voorafgaand aan de screening, werden adolescenten en hun ouders (voor adolescenten jonger dan 16 jaar) schriftelijk geïnformeerd over de screening en het onderzoek. Na het verkrijgen van passieve toestemming werden 8603 adolescenten gescreend op depressieve symptomen aan de hand van de CDI-2 (Bodden et al., 2016). Adolescenten met een verhoogde score werden per e-mail en telefonisch benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Informed consent van adolescenten en ouders (voor proefpersonen jonger dan 16 jaar) werd voorafgaand aan het onderzoek per post of e-mail verkregen. Na het checken van in- en exclusiecriteria en het verkrijgen van informed consent, deden er 282 adolescenten mee aan het onderzoek. Hieruit werden behandelingsgroepen van gemiddeld 5 adolescenten gevormd, en als groep gerandomiseerd over de vier condities. De verdeling over condities was als volgt: conditie 1: $n = 81$, conditie 2: $n = 69$, conditie 3: $n = 77$ en conditie 4: $n = 55$. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van conditie 1 en 2, met $N = 150$. De behandelingsgroepen bleven hetzelfde over de gehele training, met één trainer per groep.

Analyses

Analyses zijn uitgevoerd met IBM SPSS statistics, met een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een statistische significantie bij een p -waarde kleiner dan .05. Na het verwijderen van conditie 3 en 4 uit de dataset, is er gecontroleerd op missende waarden en of scores binnen de veronderstelde range vielen. Vervolgens zijn er voor de CDI-2 veertien items omgepooled, en voor de TASC vijf. Op basis hiervan zijn totaalscores berekend voor de CDI-2 en voor de TASC op de verschillende meetmomenten. Beschrijvende statistieken werden opgevraagd voor demografische kenmerken en voor de variabelen die werden meegenomen in de analyses. Daarna is er getoetst of er significante verschillen waren tussen de condities op demografische kenmerken zoals sekse, leeftijd, etniciteit en schoolniveau, zowel voor de adolescenten als voor de trainers. Dit is gedaan aan de hand van een one-way ANOVA voor leeftijd en met een Pearson's Chi-square toets voor sekse, etniciteit en opleidingsniveau.

Om te toetsen of de therapeutische alliantie verschilde tussen conditie 1 (CH) en conditie 2 (GA) na het aanbieden van de eerste module (dit is tevens de eerste keer dat de therapeutische alliantie werd gemeten), is er tweemaal een ANCOVA uitgevoerd. Eenmaal met therapeutische alliantie gerapporteerd door de adolescenten en eenmaal met therapeutische alliantie gerapporteerd door de trainers. Voorafgaand aan deze analyses zijn de assumpties gecheckt, welke niet werden geschonden. Om de vraag te beantwoorden of de therapeutische alliantie over de training heen verschilt tussen conditie 1 en conditie 2, werd gebruikt gemaakt van verschillscores voor zowel de adolescenten als voor de trainers. Deze werden verkregen door de therapeutische alliantie op t_1 af te trekken van de therapeutische alliantie op t_4 . Om het verschil te toetsen werd eveneens tweemaal een ANCOVA uitgevoerd. Voor beide analyses werden geen assumpties geschonden.

Om de vraag te beantwoorden of de verandering in therapeutische alliantie voor conditie 1 (t.o.v. conditie 2 als controle groep) de verandering in depressieve symptomen (deels) kan verklaren, werd gebruik gemaakt van een dummyvariabele voor conditie. Hierbij kreeg conditie 1 de waarde 1 toegekend en conditie 2 de waarde 0 (controlegroep). Daarnaast werd er gebruik gemaakt van verschillscores voor therapeutische alliantie en voor depressieve symptomen. De verschillscore voor depressieve symptomen werd verkregen door de depressieve symptomen op t_0 af te halen van de depressieve symptomen op t_5 . Assumpties werden getoetst voor het uitvoeren van een mediatie analyse. Uit de Shapiro Wilk toets bleek dat de data van de verschillscore van depressieve symptomen niet geheel normaal verdeeld was, $W(68) = .964$, $p = .046$. Echter is de analyses wel uitgevoerd, gezien dit mag bij een matige schending van normaliteit en een steekproef groter dan 30 (Field, 2018). Voorafgaand

aan de mediatieanalyse werd er gekeken of er significante correlaties waren tussen alle variabelen in het model.

Resultaten

De huidige steekproef bestond uit conditie 1 (CH-GA-RE-PO) en conditie 2 (GA-CH-RE-PO), met $n = 150$. Uiteindelijk zijn er 82 participanten (54,7%) verwijderd uit de dataset vanwege missende waarden. Hierdoor bestond de steekproef uiteindelijk uit $n = 68$, met een verdeling van conditie 1: $n = 39$ en conditie 2: $n = 29$. Hiervan is voor 1 participant, voor 2 waardes, geïmputeerd aan de hand van mean imputation. Een overzicht van de demografische kenmerken van de adolescenten en trainers is weergegeven in Tabel 1. Uit een one-way ANOVA bleek dat de condities niet significant verschilden op leeftijd van de adolescenten, $F(1, 66) = .19, p = .663$. Uit de Pearson's Chi-square toets bleek dat de condities ook niet significant verschilden voor schoolniveau ($\chi^2(5, N = 68) = 1.52, p = .91$), sekse ($\chi^2(1, N = 68) = 2.76, p = .079$) en etniciteit ($\chi^2(3, N = 68) = 3.47, p = .325$). Voor de trainers werden vanuit de Pearson's Chi-square toets ook geen significante verschillen tussen de condities voor sekse ($\chi^2(1, N = 68) = .517, p = .35$) en etniciteit ($\chi^2(1, N = 68) = 3.16, p = .101$). Uit een one-way ANOVA bleek echter wel een significant verschil tussen de condities voor leeftijd van de trainer, $F(1, 66) = 11.01, p = .001$. Trainers in conditie 1 waren gemiddeld jonger dan de trainers in conditie 2. Om hiervoor te controleren, is leeftijd van de trainer meegenomen als covariaat in verdere analyses.

Tabel 1

Demografische Kenmerken van Adolescenten en Trainers voor Totale Steekproef en per Conditie

Variabele	Totaal ($n = 68$)		C1: CH-GA-RE-PO ($n = 39$)		C2: GA-CH-RE-PO ($n = 29$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Leeftijd adolescent	13.8	1.5	13.8	1.6	13.6	1.5
Leeftijd trainer	25.7	5.4	23.9	1.7	28.0	7.5
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Adolescent						
<u>Sekse</u>						
Meisje	44	64.7	22	56.4	22	75.9
Jongen	24	35.3	17	43.6	7	24.1

Schoolniveau

Laag	1	1.5	0	0	1	3.4
Midden	23	33.8	13	33.3	10	34.5
Hoog	44	64.7	26	66.6	18	62.1

Etniciteit

Nederlands	65	95.6	38	97.4	27	93.1
Anders	3	4.4	1	2.6	2	6.9

Trainer

Sekse

Man	12	17.6	8	20.5	4	13.8
Vrouw	56	82.4	31	79.5	25	86.2

Etniciteit

Nederlands	64	94.1	35	89.7	29	100
Anders	4	5.9	4	10.3	0	0

Noot. Opleidingsniveau laag (VMBO-basis/kader/gl), midden (VMBO-tl, VMBO-tl/HAVO en HAVO) en hoog (HAVO/VWO en VWO).

De beschrijvende statistieken van depressieve symptomen op t_0 en t_5 , en van de therapeutische alliantie op t_1 en t_4 (voor zowel adolescent als trainer) zijn weergegeven in Tabel 2. In bijlage 1 is een grafische weergave te vinden van de verandering van de gemiddelde therapeutische alliantie van de eerste tussenmeting tot de nameting, zowel vanuit het perspectief van de trainers als vanuit het perspectief van de adolescenten voor beide condities. Geen van deze veranderingen is significant bevonden.

Tabel 2

Beschrijvende Statistieken van therapeutische alliantie op T_1 en T_4 en van Depressieve Symptomen op T_0 en T_5 , voor de Totale Steekproef en per Conditie

Variabele	Totaal		C1: CH-GA-RE-PO		C2: GA-CH-RE-PO	
	(n = 68)		(n = 39)		(n = 29)	
	M	SD	M	SD	M	SD

Therapeutische alliantie

door de adolescent

Tussenmeting 1	34.7	5.4	35.1	6.0	34.2	4.5
Nameting	34.9	5.7	35.6	6.0	34.0	5.2

Therapeutische alliantie

door de trainer

Tussenmeting 1	35.3	5.3	35.2	5.1	35.4	5.6
Nameting	36.5	4.6	37.4	4.9	35.4	3.9

Depressieve Symptomen

door de adolescent

Voormeting	16.6	7.6	16.7	7.6	16.5	7.8
Follow up	12.4	7.9	11.9	7.5	12.9	8.4

Vershil in therapeutische alliantie na de eerste module (t₁)

Uit een ANCOVA bleek dat er geen significant verschil is tussen conditie 1 (CH) en conditie 2 (GA) in de door de adolescent gerapporteerde therapeutische alliantie na de eerste module $F(1, 65) = .023, p = .880$ met een effectgrootte van .00.

Uit de ANCOVA bleek dat er eveneens geen significant verschil is tussen conditie 1 (CH) en conditie 2 (GA) in de door de trainers gerapporteerde therapeutische alliantie na de eerste module $F(1, 65) = .063, p = .802$ met een effectgrootte van .00.

Dit betekent dat er geen verschillen zijn in therapeutische alliantie na het aanbieden van de eerste module tussen de twee condities, gerapporteerd door zowel de adolescenten als de trainers.

Vershil in de verandering van therapeutische alliantie tussen t₁ en t₄

Uit de ANCOVA bleek dat er geen significant verschil is in de verandering van de therapeutische alliantie over de training vanuit het perspectief van de adolescent, tussen conditie 1 (CH-GA-RE-PO) en conditie 2 (GA-CH-RE-PO) $F(1, 65) = .006, p = .940$ met een effectgrootte van .00.

Uit de ANCOVA bleek dat er eveneens geen significant verschil is in de verandering van de therapeutische alliantie over de training vanuit het perspectief van de trainers, tussen conditie 1 en conditie 2, $F(1, 65) = 2.38, p = .128$ met een effect grootte van .035.

Dit betekent dat de verandering van therapeutische alliantie, zowel vanuit het perspectief van de adolescenten als vanuit het perspectief van de trainers, niet verschillend is wanneer de module CH wordt aangeboden voor de module GA (en daarna RE en PO =

conditie 1) vergeleken met wanneer de module GA eerder wordt aangeboden dan de module CH (en daarna RE en PO = conditie 2).

Mediatie-effect van therapeutische alliantie op depressieve symptomen

Uit de Pearson correlatie toets bleken geen significante correlaties tussen de variabelen in het mediatiemodel. Een overzicht van de correlaties zijn weergegeven in tabel 3 in bijlage 2. Omdat een belangrijke voorwaarde voor het uitvoeren van een mediatieanalyse is dat de afhankelijke en de onafhankelijke variabelen significant correleren met de mediator, mag de mediatieanalyse in dit geval niet worden uitgevoerd. Wanneer de analyse alsnog werd uitgevoerd, ondanks dat er niet werd voldaan aan de voorwaarde, werd er geen mediatie-effect gevonden ($B = .26$, $SE = .47$; 95% $CI = -.80 - 1.14$). Dit betekent dat de therapeutische alliantie de verandering van depressieve symptomen, in dit onderzoek, niet medieert voor conditie 1 (CH-GA-RE-PO) ten opzichte van conditie 2 (GA-CH-RE-PO) als controle groep.

Discussie

Weinig is bekend over het effect van verschillende CGT-componenten (specifieke factoren) en de volgorde waarin deze worden aangeboden op de therapeutische alliantie (non-specifieke factor). Door de therapeutische alliantie in combinatie met de verschillende CGT-componenten te onderzoeken, kan worden verhelderd of en in hoeverre deze non-specifieke factor bijdraagt aan het effect van verschillende CGT-componenten en hun volgorde in de preventie van depressie bij adolescenten (Laurenceau et al., 2007). Binnen dit onderzoek werd beoogd het effect van de CGT-componenten “cognitieve herstructurering” en “gedragsactivatie”, en de volgorde waarop deze componenten worden aangeboden, op de therapeutische alliantie te onderzoeken en of het effect van deze componenten op de verandering van depressieve symptomen (deels) via de verandering van therapeutische alliantie verloopt. Met betrekking tot de vraag of de therapeutische alliantie na 3 sessies verschilt tussen CH en GA zijn er geen significante verschillen gevonden. Ook zijn er geen significante verschillen gevonden tussen de volgorde CH-GA-RE-PO en GA-CH-RE-PO in de verandering van therapeutische alliantie. Tot slot bleek dat het effect van CGT op de verandering van depressieve symptomen, niet (deels) verloopt via de therapeutische alliantie voor de volgorde CH-GA-RE-PO ten opzichte van de volgorde GA-CH-RE-PO.

Vanuit de literatuur werd verwacht dat na het aanbieden van 3 sessies van CH, de therapeutische alliantie hoger zou zijn dan na het aanbieden van 3 sessies GA, zowel vanuit het perspectief van de adolescent als vanuit het perspectief van de trainer. Visuele inspectie (bijlage 1; figuur 1) liet in lijn met de verwachting zien dat adolescenten die de module CH kregen een hogere therapeutische alliantie rapporteerden dan adolescenten die de module GA

aangeboden kregen. Statistische analyses lieten echter zien dat dit verschil niet significant is, wat niet overeenkomt met de verwachtingen vanuit de literatuur (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Daansen et al., 2016; McLaughlin et al., 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de huidige studie per module maar 3 sessies werden aangeboden, van elk 45 – 90 minuten. Mogelijk is dit een te korte tijd om een therapeutische alliantie op te kunnen bouwen (DiGiuseppe et al., 1996) en is dit mogelijk te kort om iets te kunnen zeggen over het effect van een component op de therapeutische alliantie. Echter is het hierbij de vraag hoeveel sessies er nodig zijn om iets te kunnen zeggen over het effect van een element op de therapeutische alliantie en hoeveel tijd het kost om een therapeutische alliantie op te bouwen (Ardito & Rabellino, 2011).

Verder werd verwacht dat de therapeutische alliantie sterker toe zou nemen over tijd wanneer de module CH wordt aangeboden voor de module GA (C1) dan wanneer GA wordt aangeboden voor CH (C2) (vervolgd door de modules RE en PO), vanuit beide perspectieven. Visuele inspectie liet in lijn met de verwachting zien dat de trainers in de groep waarin de module CH wordt aangeboden voor de module GA (vervolgd door de modules RE en PO) een stijgende therapeutische alliantie rapporteerden. Statistische analyses lieten echter zien dat dit niet significant verschilt met de verandering van de therapeutische alliantie wanneer de module GA wordt aangeboden voor de module CH (vervolgd door de modules RE en PO), wat niet overeenkomt met de verwachtingen vanuit literatuur (Daansen et al., 2016; Flückiger et al., 2020). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in de studie van Flückiger et al. (2020), waarin een hoge therapeutische alliantie in het begin van de therapie samengaat met een hogere alliantie in vervolg sessies, gebruik wordt gemaakt van individuele therapie in plaats van groepstherapie zoals in de huidige studie. Doordat er bij groepstherapie minder individuele aandacht voor de adolescent is, is de therapeutische alliantie in de huidige studie mogelijk minder goed vergelijkbaar met de therapeutische alliantie in studies waarin gebruik werd gemaakt van individuele therapie (Ardito & Rabellino, 2011; Folkers et al., 2007). De therapeutische alliantie in de huidige studie viel ook lager uit dan de therapeutische alliantie in andere studies waarin de TASC werd gebruikt en CGT werd toegepast (Ormhaug et al., 2015; Shirk et al., 2008).

Tot slot werd er verwacht dat de verandering van depressieve symptomen, mogelijk (deels) zou verlopen via de verandering van therapeutische alliantie. In de huidige studie werden echter geen correlaties gevonden tussen de variabelen in het model. Dit komt niet overeenkomst met de verwachtingen vanuit bestaande literatuur (Karver et al., 2008; Kushner et al., 2016; Shirk et al., 2011). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in andere studies,

andere meetinstrumenten werden gebruikt om de therapeutische alliantie te meten dan in de huidige studie. Zo werd in de studie van Karver et al. (2008) naast zelfrapportage ook gebruik gemaakt van observaties, waardoor de therapeutische alliantie anders geïnterpreteerd kan worden en hierdoor anders uit kan vallen dan wanneer enkel gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage. Hierdoor is de therapeutische alliantie in de huidige studie mogelijk minder goed vergelijkbaar met de therapeutische alliantie in andere studies, waardoor de resultaten in de huidige studie niet overeenkomen met de verwachtingen vanuit bestaande literatuur. Tot slot zullen eerder genoemde verklaringen over het gebruik van groepstherapie, weinig sessies per element en de korte duur van de sessies ook hier kunnen verklaren waarom er geen significante resultaten zijn gevonden.

Een sterk punt van het huidige onderzoek is dat het één van de eerste onderzoeken is die kijkt naar het effect van verschillende componenten van CGT op de therapeutische alliantie, in plaats van naar het effect van de behandeling als geheel. Daarnaast is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van betrouwbare vragenlijsten met een hoge Cronbach's alpha.

Een beperking van dit onderzoek is allereerst dat er geen gebruik werd gemaakt van een inactieve controle groep, waardoor geen vergelijking mogelijk was met een groep die geen behandeling heeft gehad. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een controlegroep vergroot dit de interne validiteit. Voor vervolgonderzoek wordt het toevoegen van een controle groep aanbevolen. Daarnaast was er in dit onderzoek sprake van veel missende waarden waardoor veel participanten uit de dataset moesten worden verwijderd. Dit verminderde de grootte van de steekproef van het onderzoek sterk en verkleinde daarmee de kans op het vinden van een significant effect (Field, 2018). Voor vervolg onderzoek wordt het gebruik van een grotere steekproef aanbevolen, om de kans op significante effecten te vergroten.

Een implicatie voor de praktijk is als volgt. Aangenomen werd dat de trainer bij het aanbieden van gedragsactivatie wellicht terughoudender kan zijn in het activeren van de adolescent vanwege het mogelijk negatieve effect op de therapeutische alliantie (McLaughlin et al., 2014). De resultaten van de huidige studie tonen echter aan dat de therapeutische alliantie niet verschillend is na het aanbieden van GA ten opzichte van de therapeutische alliantie na het aanbieden van CH. In de praktijk betekent dit dat de trainer zich, bij het aanbieden van GA, niet terughoudend hoeft op te stellen met betrekking tot het activeren van de adolescent.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat binnen CGT in de preventie van depressie bij adolescenten, cognitieve herstructurering en gedragsactivatie geen verschillend effect hebben

op de therapeutische alliantie en het geen verschil maakt welke van deze twee componenten als eerst wordt aangeboden. Tot slot verloopt het effect van de CGT-training op de verandering van de depressieve symptomen bij adolescenten, niet (deels) via de therapeutische alliantie in de huidige studie. Het is belangrijk om meer onderzoek te doen naar het effect van verschillende factoren binnen de specifieke CGT-componenten, om preventieve CGT te verbeteren zodat depressie bij adolescenten beter voorkomen kan worden.

Referenties

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology, 2*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Baier, A. L., Kline, A. C., & Feeny, N. C. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review, 82*, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Beard, C., Stein, A. T., Hearon, B. A., Lee, J., Hsu, K. J., & Björgvinsson, T. (2016). Predictors of Depression Treatment Response in an Intensive CBT Partial Hospital. *Journal of Clinical Psychology, 72*(4), 297–310. <https://doi.org/10.1002/jclp.22269>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine, 30*(3), 657–668. <https://doi.org/10.1017/s0033291799001841>
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *Handleiding CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Hogrefe.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260. <https://doi-org.proxy.library.uu.nl/10.1037/h0085885>
- Buchholz, J. L., & Abramowitz, J. S. (2020). The therapeutic alliance in exposure therapy for anxiety-related disorders: A critical review. *Journal of Anxiety Disorders, 70*, 102194. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102194>
- Carrellas, N. W., Biederman, J., & Uchida, M. (2017). How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. *Journal of Affective Disorders, 210*, 166–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.037>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2020, 30 oktober). *Langdurige aandoeningen; aandoening afgelopen 12 maanden, Depressie* [Dataset]. StatLine. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/barh?ts=1604998894469>

- Churchill, R., Caldwell, D., Moore, T. H. M., Davies, P., Jones, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2010). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 157–185. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008696>
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist Alliance-Building Behavior Within a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498–505. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.498>
- Daansen, P., Verdelis, A., & Hafkenscheid, A. (2016). Therapeutische relatie en empathie in cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42(3), 169–185. <https://doi.org/10.1007/s12485-016-0131-2>
- DeVet, K. A., Kim, Y. J., Charlot-Swilley, D., & Ireys, H. T. (2003). The Therapeutic Relationship in Child Therapy: Perspectives of Children and Mothers. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(2), 277–283. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3202_13
- De Vries, S. (2010). *Elke methode is zo goed als zijn uitvoerders. Een kritische bespreking van het NJI rapport: Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie.* https://www.canonsociaalwerk.eu/1936_dodo/2012%20Sjef%20de%20Vries%20Elke%20methode%20is%20zo%20goed%20als%20zijn%20uitvoerders.pdf
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85–100. [https://doi.org/10.1016/s0962-1849\(96\)80002-3](https://doi.org/10.1016/s0962-1849(96)80002-3)
- Dobson, K. S. (2008). Cognitive Therapy for depression. In: M. A. Whisman (Eds.), *Adapting cognitive therapy for depression. Managing complexity and comorbidity* (pp. 3–35). Guilford Publications. <https://www.guilford.com/excerpts/whisman.pdf?t>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th Revised edition). SAGE Publications.
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errázuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J. C., Strunk, D. R., ... Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 829–843. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>

- Folkers, K., Rijn, J. van, & Appelo, M. (2007). Literatuurstudie naar de effectiviteit van individuele versus groepsgewijze cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, *40*, 177-199.
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R. G., DeBar, L. L., Lynch, F. L., D'Angelo, E., Hollon, S. D., Shamseddeen, W., & Iyengar, S. (2009). Prevention of Depression in At-Risk Adolescents. *JAMA*, *301*(21), 2215. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.788>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A., Meredith, L. S., Tanielian, T., Hickey, S., & Burnam, M. A. (2009). Impact of Teen Depression on Academic, Social, and Physical Functioning. *PEDIATRICS*, *124*(4), e596–e605. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3348>
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *16*(1), 15–28. <https://doi.org/10.1177/1063426607312536>
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Uliaszek, A. A., McBride, C., & Bagby, R. M. (2016). Therapeutic alliance mediates the association between personality and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *201*, 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.016>
- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D., & Linden, M. (2008). Therapist–Patient Alliance, Patient–Therapist Alliance, Mutual Therapeutic Alliance, Therapist–Patient Concordance, and Outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *22*(1), 68–79. <https://doi.org/10.1891/0889.8391.22.1.68>
- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, *27*(6), 682–695. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.007>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Levine, S., Gholkar, R., & Collins, L. M. (2005). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *42*(4), 456–468. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.456>
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Norton.
- McCarty, C., & Weisz, J. (2007). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component

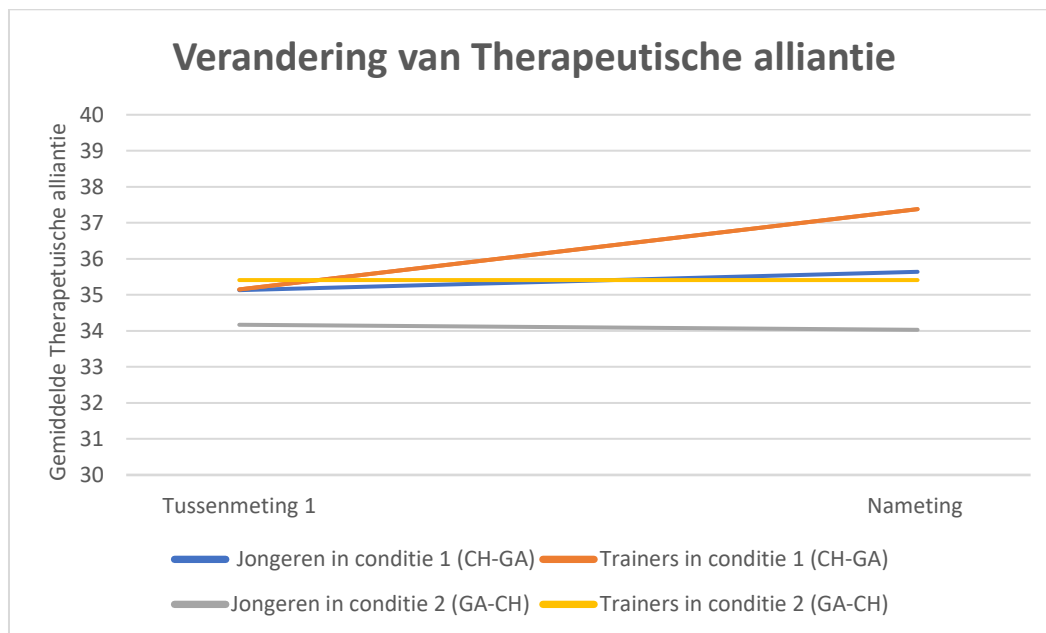
- Profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 879–886. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805467b3>
- McLaughlin, A. M. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: Rupture–repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 112–121. <https://doi.org/10.1037/a0034696>
- Ormhaug S. M., Shirk S. R., Wentzel-Larsen T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27705–27714. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27705>
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133–135. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.133>
- Rith-Najarian, L. R., Boustani, M. M., & Chorpita, B. F. (2019). A systematic review of prevention programs targeting depression, anxiety, and stress in university students. *Journal of Affective Disorders*, 257, 568–584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.035>
- Shirk, S. R., Gudmundsen, G., Kaplinski, H. C., & McMakin, D. L. (2008). Alliance and Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 631–639. <https://doi.org/10.1080/15374410802148061>
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17–24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Trimbos-instituut (2009). *Multidisciplinaire Richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd*. Trimbos-instituut, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO & Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging. <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/1e4da111-1203-4bab-bba4-2a6897f163ee.pdf>
- Van Bergen, D. (2019). Reden om somber te zijn? Depressie en suïcidaliteit bij jongeren in Nederland: Inleiding op het themanummer. *Pedagogiek*, 39(2), 139-143. <https://doi.org/10.5117/PED2019.2.001.VANB>
- Van den Heuvel, M. W. H., Bodden, D. H. M., Smit, F., Stikkelbroek, Y., Weisz, J., Moerbeek, M. & Engels, R. C. M. E. (submitted). Outcomes on the Relative Effectiveness of CBT-Components and Different Sequencing in Indicated Depression Prevention for Adolescents: A Pragmatic Cluster Randomized Microtrial. *Submitted for publication*.

- Willemse, Y., & Hafkenscheid, A. (2009). Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *35*(5), 342–357. <https://doi.org/10.1007/bf03080514>
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 114–124. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.1.114>

Bijlage 1

Figuur 1

Verandering van Therapeutische Alliantie



Noot. Deze grafiek laat de verandering van therapeutische alliantie zien van de eerste tussenmeting tot de nameting, voor zowel de therapeutische alliantie gerapporteerd door de jongeren als de therapeutische alliantie gerapporteerd door de trainers in beide condities.

Bijlage 2

Tabel 3

Pearson Correlaties tussen de Veranderingsscore van de Therapeutische Alliantie, Conditie en de Veranderingsscore van Depressieve Symptomen.

	1	2	3	4
1 Veranderingsscore van de therapeutische alliantie vanuit de jongere	-	-	.07	-.04
2 Veranderingsscore van de therapeutische alliantie vanuit de trainer	-	-	.19	.02
3 Conditie	.07	.19	-	-.11
4 Veranderingsscore van depressieve symptomen	-.04	.02	-.11	-

Noot. * $p < .05$, tweezijdig

Bijlage 3: dataverzameling

Voor de dataverzameling heb ik in een groepje gewerkt aan het ontwikkelen van een brochure voor mentoren op het voortgezet onderwijs, om bij de dragen aan de preventie van depressie bij adolescenten. Allereerst hebben wij ons uitgebreid verdiept in de literatuur naar de preventie van depressie op het voortgezet onderwijs en naar de signalering van, en de ondersteuning en het doorverwijzen bij depressieve klachten bij adolescenten op het voortgezet onderwijs. Daarnaast hebben wij ons uitgebreid verdiept in de producten die al bestaan rondom de preventie van depressie bij adolescenten en hebben wij gekeken naar wat hier in mist/wat nog uitgebreider kan. Nadat wij ons hadden verdiept in de literatuur, zijn wij opzoek gegaan naar bruikbare vragenlijsten om de competenties van docenten te meten met betrekking tot kennis en ondersteunen. Vervolgens hebben wij een interview opgesteld voor docenten uit het voortgezet onderwijs, om te onderzoeken welke kennis docenten hebben, of zij zich competent genoeg voelen om leerlingen met depressieve klachten te ondersteunen, of zij zich competent genoeg voelen in het doorverwijzen van deze leerlingen en wat zij bij dit alles missen/nodig hebben. Deze interviews zijn afgenomen bij docenten uit het voortgezet onderwijs en op basis hiervan konden wij inventariseren waar de behoefte lag van de docenten. Nadat wij al deze informatie hadden verzameld, zijn wij gaan werken aan de opzet van de brochure en hebben wij gekeken welke punten hierin aan bod moesten komen. Deze punten hebben wij vervolgens uitgewerkt en aan de hand van feedback steeds weer verder verbeterd. Met als resultaat een mooie brochure voor docenten in het voortgezet onderwijs, waarin zij meer leren over het signaleren van- en het ondersteunen en doorverwijzen bij leerlingen met depressieve klachten. Tot slot heb ik meegewerkt aan het werven van docenten voor het onderzoeken van de effectiviteit van de brochure. Dit had echter weinig resultaat, ik heb geen aanmeldingen gehad van docenten.

Ik heb binnen dit project veel geleerd over het nut van preventie bij depressieve klachten, om een depressie te voorkomen. Ik heb veel geleerd over adolescenten met depressieve klachten; wat de klachten kunnen zijn, hoe je het kunt signaleren en hoe er op te reageren. Ik heb veel inzicht gekregen in hoe competent docenten zich voelen met betrekking tot deze aspecten en ik heb geleerd hoe ik hier mee aan de slag kan. Ik vond het ontzettend interessant om mij meer te verdiepen op dit gebied en ik kijk er naar uit om deze kennis te gaan verspreiden en te gebruiken in het werkveld.