



STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11

RICHTLIJN
ADDENDUM DEPRESSIE BIJ JEUGD

Concept

Versie 11 september 2008

CONCEPT

Inhoudsopgave

12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

Organisatiestructuur	3
H1 Algemene inleiding	5
1.1 Doelstelling en doelgroep	5
1.2 Uitgangsvragen	5
1.3 Werkgroep	6
1.4 Wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen	6
1.5 Juridische betekenis van richtlijnen	9
1.6 Herziening	9
H2 Specifieke inleiding – Depressie bij Jeugdigen	10
2.1 Klinisch beeld	10
2.2 Comorbiditeit	11
2.3 Prevalentie	11
2.4 Etiologie	12
2.5 Biologische modellen	12
2.6 Operante modellen	12
2.7 Hantering en bejegening	14
H3 Screening	15
3.1 Algemene Inleiding	15
3.2 Instrumenten voor screening	18
3.3 Instrumenten voor diagnostiek	29
3.4 Risicofactoren en Hoog-risicogroepen	36
H4 Preventie	42
H5 Psychotherapie	50
5.1 Psychologische Interventies	50
H6 Biologische/medicamenteuze behandeling	61
6.1. SSRI's	61
6.2 TCA's	65
6.3 Overige medicatie	66
6.4 Lichttherapie	67
6.5 Electroconvulsie therapie	68
H7 Combinatiebehandeling	70
H8 Gezinscontext	76

48 **Organisatiestructuur**

49
50 De multidisciplinaire richtlijn *Addendum Depressie bij Jeugd* is op initiatief van de
51 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ tot stand
52 gebracht, door de werkgroep *Depressie bij Jeugd* waarin de deelnemende verenigingen
53 en organisaties hebben samengewerkt.

54 Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werd verzorgd door
55 het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut.

56 57 **Samenwerkende beroepsverenigingen en organisaties**

58 *Werkgroep*

Naam	Beroepsvereniging	Werkzaam bij
1. Buitelaar, prof.dr. J.K. (Jan) (voorzitter)	NVvP	UMC St.Radboud
2. Keulen van, drs. M. (Marijke)	AJN	GGD Regio IJssel-Vecht
3. Nauta, dr. M.H. (Maaike)	VGcT	Stichting Universitaire- en Algemene Kinder- en Jeugdpsychiatrie Noord- Nederland
4. Stikkelbroek, Y.A.J. (Yvonne)	NVP	Universiteit Utrecht, faculteit Sociale Wetenschappen
5. Ruiter, M, dr. (Marijke)	Richtlijnadviseur	Trimbos- instituut
6. Duin van, D. drs. (Daniëlle)	Projectleider en richtlijnadviseur	Trimbos-instituut

61 62 63 *Klankbordgroep*

Naam	Beroepsvereniging	Werkzaam bij
1. Foks-Appelman, T.L.M. (Theresa)	FVB	Praktijk voor Creatieve Therapie op Zolder
2. Samaritter, (Rosemarie)	FVB	
3. Jacobs, drs. M. (Maarten)	NHG	
4. Widdershoven	NVK	
5. Haasteren - Rollema, van (Talitha)	NVPMT	Rivierduinen, afd GGZ-Leiden
6. Tuinman (Frits)	V&VN	Mondriaan Zorggroep, divisie K&J

Naam	Beroepsvereniging
Bestuur	1. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Vakcie GGZ (V&VN)
Bestuur	2. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Bestuur	3. Nederlands Instituut van Psychologen, Sector jeugd (NIP)
Bestuur	4. Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGcT)
Bestuur	5. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Bestuur	6. Nederlandse Vereniging voor (kinder- en jeugd) Psychotherapie (NVP / VKJP)
Bestuur	7. Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)
Bestuur	8. Federatie Vaktherapieën (FVB)
Bestuur	9. Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
Bestuur	10. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
Bestuur	11. Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
Bestuur	12. Stichting Pandora (Jeugd)
Bestuur	13. Belangenorganisatie cliënten in de GGZ (LPR)

68 **H1 Algemene inleiding**

69

70 Dit addendum *Depressie bij Jeugd* is ontwikkeld als hulpmiddel waarmee, volgens de
71 laatste inzichten vanuit de wetenschap en (systematische) praktijk ervaring, antwoord
72 wordt gegeven op de "do's" en "don'ts" van de herkenning, diagnostiek en behandeling
73 van depressie bij jeugdigen.

74

75 **1.1 Doelstelling en doelgroep**

76 Het addendum *Depressie bij Jeugd* geeft aanbevelingen ter ondersteuning van mensen
77 die op enigerlei wijze betrokken zijn bij de herkenning, diagnostiek of behandeling van
78 depressie bij jeugdigen. Hierbij kan gedacht worden aan hulpverleners uit de GGZ,
79 jeugdartsen en huisartsen, maar ook aan bijvoorbeeld docenten en professionals van de
80 GGD. Het addendum handelt over kinderen en jeugdigen van 6 tot 18 jaar. De werkgroep
81 heeft besloten geen aanbevelingen te doen voor de groep van 0 tot 6 jaar. In deze
82 leeftijd spreekt men over andere concepten. De uitgangsvragen worden zover mogelijk
83 apart beantwoord voor de groep kinderen (6-12) en de groep jeugdigen (12-18). Op
84 basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en overige overwegingen geeft
85 de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor kwalitatief
86 hoogwaardige zorg. De richtlijn kan tevens gebruikt worden als onderzoeksagenda voor
87 toekomstig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van depressie bij jeugdigen.

88

89 Alle soorten depressie zijn meegenomen in het addendum, behalve: postnatale depressie
90 en depressie bij zwangerschap. Subthreshold studies zijn meegenomen, met als reden
91 dat patiënten met een subthreshold depressie vaak jaren later evenveel risico hebben op
92 een depressie als patiënten met een 'normale' depressie. Ook is het feit meegenomen dat
93 kinderen zelden worden aangemeld met een 'normale' depressie. Over het onderwerp
94 manische depressie zijn geen aanbevelingen gedaan, maar de categorie bipolaire
95 depressie is niet uitgesloten in de literatuursearches. Artikelen waarbij de termen
96 kinderen/jeugd alleen zijn opgenomen in de keywords, maar waarbij geen specifieke data
97 over deze groep wordt vermeld zijn niet meegenomen in het addendum.

98

99 **1.2 Uitgangsvragen**

100 De richtlijn is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen, welke zijn gebaseerd op
101 knelpunten die in de zorg bij depressie aan jeugdigen worden ervaren. De richtlijn is dus
102 geen leerboek, waarin zoveel mogelijk beschikbare kennis over een onderwerp wordt
103 opgenomen, maar een document met praktische aanbevelingen rondom knelpunten uit
104 de praktijk. De uitgangsvragen waar dit addendum een antwoord op geeft zijn:

105 1.1 Welke symptomen en risicofactoren kunnen professionals attenderen op de
106 mogelijkheid van een depressie bij kinderen (6-12) en jeugdigen (12-18 jaar)?

107 1.2 Welke algemene screeningsinstrumenten zijn geschikt voor het herkennen van
108 depressie bij kinderen (6-12) en jeugdigen (12-18)?

109 2.1 Welke instrumenten (vragenlijsten en interviews) zijn het meest geschikt om in de
110 klinische praktijk een depressie vast te stellen, inclusief de ernst ervan?

111 3.1 Op welke wijze dienen:

112 a. Minimale interventies (online interventies, running, probleemoplossing, counseling,
113 watchfull waiting, PE, zelfhulp, bibliotherapie)

114 b. Psychofarmaca (inclusief sint jans kruid - saint john's worth)

115 c. Psychotherapie: CGT, IPT, family therapy, psychological interventions

116 d. Combinatietherapie
117 ingezet te worden voor de behandeling van een depressie bij kinderen (6-12) en
118 jeugdigen (12-18), rekening houdend met de ernst van de depressie?
119 4.1 Op welke wijze dienen professionals de gezinscontext te betrekken binnen de
120 *behandeling* van depressie bij kinderen (6-12) en jeugdigen (12-18)?
121

122 **1.3 Werkgroep**

123 Voor het ontwikkelen van de richtlijn is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld.
124 Een klankbordgroep gaf reactie op het werk van de werkgroep. In totaal
125 vertegenwoordigden 4 werkgroepleden en 6 klankbordgroepleden de
126 beroepsverenigingen die zich bezighouden met herkenning, diagnostiek en behandeling
127 van depressie bij jeugdigen. Daarnaast namen een aantal beroepsverenigingen enkel
128 mee aan de commentaarfase. Voor een volledig overzicht van de werkgroepleden, de
129 verenigingen en organisaties die zij vertegenwoordigen en de overige medewerkers,
130 wordt verwezen naar bijlage 1. In totaal kwam de werkgroep, onder voorzitterschap van
131 prof. Dr. Buitelaar 6 keer bijeen in een periode van 7 maanden. De conceptrichtlijn is
132 door de werkgroepleden ter becommentariëring en voor akkoord aan hun achterban
133 voorgelegd.
134

135 **1.4 Wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen**

136 De richtlijn is geïnitieerd door de stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ
137 en ontwikkeld volgens de methodiek van de evidence based richtlijnontwikkeling (EBRO).
138 Om de uitgangsvragen te beantwoorden is, door informatiespecialisten van het Trimbos-
139 instituut, gezocht naar relevante onderzoeksbevindingen door het verrichten van
140 systematische zoekacties. Er is hierbij gezocht naar publicaties van 1994 (verschijnen
141 DSM-IV) tot heden (aangevuld met 'sleutelartikelen' van vóór 1994). Onder de
142 publicatiedatum 'heden' vallen artikelen die ten tijde van de ontwikkelfase zijn
143 geaccepteerd door een tijdschrift + al verschenen in pubmed.
144

145 Als uitgangspunt is gezocht naar bestaande (buitenlandse) evidence-based richtlijnen
146 voor de zorg rond depressie bij jeugdigen, en systematische reviews of meta-analyses.
147 De NICE is een onafhankelijke Engelse organisatie die richtlijnen ontwikkeld voor de
148 gezondheidszorg. Deze instantie heeft een richtlijn gemaakt voor de identificatie en
149 management van depressie bij kinderen en adolescenten in de eerste en tweedelijns
150 gezondheidszorg en bij klinische opname (2005). Het addendum is zoveel mogelijk
151 afgestemd op deze NICE richtlijn. De informatie uit de bestaande richtlijnen,
152 systematische reviews en meta-analyses is aangevuld met informatie uit oorspronkelijk
153 recent onderzoek (vanaf de datum van de laatste systematische review over een
154 onderwerp) van hoog bewijsniveau (gecontroleerde trials en prospectief
155 cohortonderzoek).
156

157 In de literatuursearces is gezocht naar literatuur in de Engelse, Nederlandse, Franse, en
158 Duitse taalgebieden. Hierbij is gebruik gemaakt van (o.a.) de volgende zoektermen:
159 * Screening en diagnostiek: COP kinderen, off spring, hoog risico groep, STAR*D,
160 signalering, sub-treshold, sub-clinical, symptoms, screen*, risicofactor, YSR, YSF, TRF,
161 R-CADS, K-CADS, CES-D, suicide, KDVK, Hamilton, projectietesten, tekenen, HTP, TAD,
162 CAT, Columbus, Disc, CIDI, ADIS, Zallc, Zung, SCICA, assesment, Rosarch, questionair,

163 diagnostic, interview, suïcide, SIQ, anamnese, NPVJ, informant agreement, rator
164 perspectiv, CBCL, SDQ, 4 DKL, SPSY
165 * Minimale interventies/preventie: minimal therapy, online interventies, e-health,
166 internet therapie, running, behavioural activation, probleemoplossing, counseling,
167 watchfull waiting, PE, zelfhulp, bibliotherapie, Preventie, Coping with depression course,
168 Pak Aan (Braat), Stemmingmakerij, Taking action (Candell), SERT, off-spring / hoog
169 risico groep
170 * Psychofarmaca: alle bekende medicatie, inclusief: sint jans kruid
171 * Psychotherapie: Psychotherapy, Adlerian Psychotherapy, Adolescent Psychotherapy,
172 Analytical Psychotherapy, Autogenic Training, Behavior Therapy, Brief Psychotherapy,
173 Child Psychotherapy, Client Centered Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Eclectic
174 Psychotherapy, Emotion Focused Therapy, Existential Therapy, Experiential
175 Psychotherapy, Expressive Psychotherapy, Eye Movement Desensitization Therapy,
176 Interpersonal Psychotherapy, Narrative Therapy, Psychoanalysis, Rational Emotive
177 Behavior Therapy, Solution Focused Therapy, Supportive Psychotherapy, Transactional
178 Analysis, Psychotherapeutic Counseling, Family Therapy, psychological interventions,
179 CGT, IPT, family therapy, psychological interventions.

180
181 Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van geselecteerde
182 artikelen. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in combinatie met
183 overige overwegingen van de werkgroepleden en ervaringskennis van getroffen en zijn
184 'evidence-based' conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

185
186 Voor het zoeken naar publicaties is gebruik gemaakt van de volgende informatiebronnen:
187

- | |
|--|
| 188 • Richtlijnen: <i>National Guidelines Clearinghouse</i> en <i>Guideline International Network</i> .
189 • Systematic reviews: De <i>Cochrane-database</i> of 'systematic reviews' van de <i>Cochrane</i>
190 <i>Library</i> tot en met 2006.
191 • Systematic reviews + oorspronkelijk onderzoek van hoog bewijsniveau : <i>Medline</i>
192 (<i>Pubmed</i>), <i>PsychInfo</i> en <i>Pilots</i> . |
|--|

193
194 De gevonden richtlijnen zijn door de adviseurs van het Trimbos-instituut op
195 methodologische kwaliteit beoordeeld met het AGREE-instrument (www.agreecollaboration.org). Alleen de richtlijnen die in dit opzicht voldoende waren, zijn gebruikt
196 voor deze richtlijn.
197

198
199 De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met voor het betreffende
200 onderzoekstype relevante checklists welke zijn gebaseerd op checklists van het EBRO-
201 platform (Handleiding voor werkgroepleden CBO, 2005). Daarna zijn ze gegradeerd naar
202 mate van methodologische kwaliteit. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt (tabel 1).

203
204

Tabel 1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

205
206
207
208
209
210
211

De werkgroep constateert dat deze indeling van methodologische kwaliteit niet volledig van toepassing is op onderzoek naar psychologische interventies daar deze niet dubbelblind uitgevoerd kunnen worden. De werkgroep heeft daarom besloten de single blind RCT's in deze richtlijn het A niveau toe te kennen.

Niveau van bewijs van conclusies

Conclusie	Gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

212

213 De beoordeling van de verschillende artikelen vindt u in de verschillende teksten terug
214 onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is
215 vervolgens kort samengevat in een conclusie. De meest belangrijke literatuur waarop
216 deze conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief de 'mate van
217 bewijs'.

218

219 Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijke bewijs vaak ook
220 andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: voorkeuren van getroffen en, kosten,
221 beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Deze aspecten
222 worden vermeld onder het kopje 'Overige overwegingen'. De aanbeveling is het resultaat
223 van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure
224 verhoogt de transparantie van de richtlijn en vergroot de helderheid voor de gebruiker
225 van de richtlijn.

226

227 **1.5 Juridische betekenis van richtlijnen**

228 Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zoveel mogelijk op bewijs gebaseerde
229 inzichten en aanbevelingen waar zorgverleners, beleidsmakers en inhoudelijk adviseurs,
230 kennis aan kunnen ontleen om kwalitatief hoogwaardige psychosociale zorg te verlenen
231 en te waarborgen. Zorgverleners kunnen, als zij dat nodig achten, op basis van hun
232 professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de
233 situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Als van de richtlijn wordt
234 afgeweken, is het voor zorgverleners noodzakelijk om dit te beargumenteren, ook naar
235 de cliënt toe, en te documenteren.

236

237 **1.6 Herziening**

238 Uiterlijk in 2015 wordt bepaald of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een
239 nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn
240 komt eerder te vervallen wanneer nieuwe ontwikkelingen aanleiding geven een
241 vervroegd herzieningstraject te starten.

242

243 **H2 Specifieke inleiding – Depressie bij Jeugdigen**

244

245 Dit hoofdstuk geeft informatie over de huidige uitgangspunten betreffende klinische
246 kenmerken, diagnostiek en hantering en bejegening van kinderen en jongeren met een
247 depressie die naar de mening van de werkgroep algemeen geaccepteerd zijn en die
248 doorgaans in de handboeken zijn beschreven. In dit hoofdstuk zijn tevens de meest
249 recente epidemiologische gegevens opgenomen. Dit hoofdstuk beschrijft de huidige stand
250 van zaken en bevat géén aanbevelingen of adviezen van de werkgroep die deze richtlijn
251 heeft opgesteld. Dit hoofdstuk is gebaseerd op het hoofdstuk Depressie op de website
252 van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en op het overzichtsartikel
253 "Depressie bij kinderen en adolescenten. Recente inzichten" (Timbremont en Braet, Kind
254 en Adolescent, 2005, 26, 150-168)

255

256 **2.1 Klinisch beeld**

257 Het voorkomen van depressie bij kinderen was lange tijd het voorwerp van een
258 controversiële discussie. Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw is afstand genomen
259 van de opvatting dat depressie bij kinderen niet kan voorkomen. Het is duidelijk
260 geworden dat depressie niet slechts als transitie-moment beschouwd kan worden binnen
261 de ontwikkeling van kinderen en evenmin enkel een typische respons is op situaties die
262 een significant verlies inhouden.

263 In de DSM-III (APA, 1980) is officieel het standpunt ingenomen dat depressie ook bij
264 kinderen kan voorkomen. Vanuit deze invalshoek gaat men er vanuit dat depressie zich
265 op alle leeftijden ongeveer gelijk manifesteert en dat men bij kinderen en volwassenen
266 dezelfde soorten van depressie kan onderscheiden. Hoewel er binnen de DSM-IV enkele
267 specificaties naar leeftijd zijn toegevoegd, is de opvatting gehandhaafd van een
268 fenomenologische equivalentie van depressiesymptomen op alle leeftijden.

269 De diagnose depressie wordt frequent ten onrechte niet gesteld omdat de depressieve
270 stemming bij veel kinderen en jeugdigen niet als symptoom op de voorgrond staat, maar
271 in plaats daarvan een prikkelbare stemming. Soms is anhedonie (het verlies aan plezier
272 in de meeste activiteiten) het meest prominent aanwezig.

273 Binnen de DSM-IV (APA, 1994) worden depressies beschreven onder de rubriek
274 'Stemmingsstoornissen'. De DSM-IV spreekt van een *depressieve stoornis* ('Major
275 Depressive Disorder') wanneer een kind of adolescent ten minste gedurende twee weken
276 een duidelijke verandering in de stemming vertoont, gemanifesteerd door ofwel
277 depressieve gevoelens ofwel een geïrriteerde stemming en/of verlies van interesse en
278 plezier. Aanvullend moeten ook minstens vier andere klinische kenmerken aanwezig zijn
279 uit de volgende reeks: significante veranderingen in het eetpatroon, gewichtsverlies of
280 gewichtstoename, slapeloosheid of hypersomnia, psychomotorische agitatie of remming,
281 klachten over moeheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of
282 excessieve, inadequate en irreële schuldgevoelens, een verminderd denk- of
283 concentratievermogen of besluiteloosheid en steeds terugkerende suïcidegedachten en/of
284 suïcidepoging.

285 Voor de DSM-IV-diagnose van de *dysthyme stoornis* ('Dythymic Disorder') moet er bij
286 een kind of jongere sprake zijn van een depressieve of geïrriteerde stemming hebben op
287 de meeste dagen, gedurende het grootste deel van de dag gedurende een periode van
288 één jaar.

289 Voldoet een kind of jongere slechts aan enkele symptomen van een depressieve stoornis,
290 dan kan het beeld volgens DSM-IV ondergebracht worden bij '*de depressieve stoornis –*
291 *niet anderszins omschreven*' ('Depression Not Otherwise Specified').

292 De relatie tussen de depressieve stoornis en de dysthyme stoornis is nog onvoldoende
293 duidelijk. Wel staat vast dat aan een depressieve stoornis nogal eens een dysthyme
294 stoornis voorafgaat.

295

296 **2.2 Comorbiditeit**

297 Depressie blijkt vaak samen te gaan met andere psychiatrische stoornissen. Bij 40% tot
298 90% van de jongeren met een depressieve stoornis zou een comorbide psychiatrische
299 stoornis aangetroffen worden. Depressie blijkt zowel samen te gaan met andere
300 internaliserende problemen, zoals angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen of
301 posttraumatische stress-stoornissen, als met externaliserende problemen, zoals ADHD en
302 gedragsstoornissen. Daarnaast wordt ook comorbiditeit vastgesteld met eetstoornissen,
303 leerstoornissen, somatoforme stoornissen, middelenmisbruik, mentale retardatie en
304 contactstoornissen.

305 In de diagnostiek van depressie is het onder andere zaak aandacht te geven aan de
306 differentiaal diagnose van een lichamelijke ziekte en van het zogenaamde Chronisch
307 Vermoeidheid Syndroom (CVS).

308

309 **2.3 Prevalentie**

310 Uit prevalentie- en prognosecijfers blijkt dat depressie bij kinderen een ernstige stoornis
311 is. Over het algemeen neemt de prevalentie geleidelijk toe met de leeftijd om dan vanaf
312 de vroege adolescentie een vrij snelle groei te kennen tot in de volwassenheid. De
313 prevalentie bij kinderen in de leeftijd onder de vijf jaar wordt geschat op 0,9%, en bij de
314 kinderen tussen zes en twaalf jaar op 1,8%. Vanaf de adolescentie liggen de prevalentie-
315 percentages duidelijk nog hoger. De cijfers schommelen in de verschillende studies
316 tussen de 0,4% en de 8,3%. Deze verschillen zijn onder andere te wijten aan de wijze
317 waarop men depressie bij de adolescent heeft gedefinieerd en onderzocht.

318 De verhouding jongens/meisjes is 1:1 bij kinderen en 1:2 bij adolescenten. Studies
319 omtrent het voorkomen van de dysthyme stoornis rapporteren een prevalentie van 0,6%
320 tot 1,7% bij kinderen en 1,6% tot 8,0% bij adolescenten. De ernst van de depressieve
321 stoornis blijkt nog meer uit longitudinale studies betreffende het verloop van een
322 depressieve stoornis. Zo blijkt uit verschillende studies dat depressieve individuen een
323 grote kans vertonen om steeds opnieuw in nieuwe depressieve periodes te hervallen.

324 Binnen vijf jaar zou 70% een nieuwe depressie vertonen. Een aanzienlijk percentage
325 ontwikkelt bovendien een bipolaire stoornis.

326

327 **2.4 Etiologie**

328 Het onderzoek naar factoren die bijdragen aan het ontstaan en het standhouden van
329 stemmingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen richt zich op:

- 330 • genetische predispositie, en de interactie met omgevingsinvloeden;
- 331 • neurochemische en endocrinologische factoren;
- 332 • negatieve ervaringen en interacties in het gezin, en in het bijzonder traumatische
333 ervaringen, en seksueel en fysiek misbruik en mishandeling;
- 334 • psychopathologie bij de ouders
- 335 • life events (met name life events die leiden tot een ervaring van verlies);
- 336 • bias in de cognitieve informatieverwerking en in geheugenprocessen;
- 337 • negatieve ervaringen in contacten met leeftijdgenoten (met name bij jeugdigen).

338 Etiologische modellen beschrijven onder welke condities bovengenoemde determinanten
339 tot depressie kunnen leiden.

340

341 **2.5 Biologische modellen**

342 Biologische modellen stellen dat psychische stoornissen veroorzaakt worden door
343 biologische factoren. Deze modellen onderzoeken de genetische basis van gedrag en
344 gaan na hoe neurotransmitters gedrag beïnvloeden. Uit familiestudies blijkt dat kinderen
345 van ouders met een depressieve stoornis een verhoogde kans hebben op depressie. Uit
346 tweelingonderzoek blijkt een erfelijkheid van 48% voor depressieve symptomen, zoals
347 gemeten aan de hand van zelfrapportage-instrumenten. Hoewel er nauwelijks
348 moleculaire genetische studies gepubliceerd zijn over depressieve stoornissen bij
349 kinderen en jongeren, zijn in studies bij volwassenen wel aanwijzingen gevonden voor de
350 rol van kandidaatgenen en kandidaatregio's op het erfelijk materiaal.

351

352 **2.6 Operante modellen**

353 De operante visie handelt over de rol van het beperkt voorkomen van sociale
354 bekrachtiging bij depressieve mensen. Depressief gedrag wordt hier in termen van
355 operante conditionering geanalyseerd. Men heeft geobserveerd dat depressief gedrag, in
356 de ruimste betekenis van het woord, geen aantrekkelijk gedrag is. Anderen gaan daarom
357 een depressief iemand vermijden, waardoor de nog aanwezige actieve responsen
358 verminderen bij gebrek aan positieve bekrachtiging. Ofwel geeft men aandacht en toont
359 men zijn bezorgdheid waardoor precies het depressief gedrag verder wordt bekrachtigd.

360 Sociale competentiemodellen stellen dat kinderen actief op zoek gaan naar feedback van
361 anderen over hun sociale competentie. Wanneer ze té veel negatieve feedback krijgen,
362 zullen ze negatieve zelfschema's ontwikkelen (bv. 'ik ben niet de moeite waard', 'ze
363 lachen vast en zeker om mij'), die hen kwetsbaar maken voor depressie, voornamelijk in
364 perioden van stress. Depressie kan in dit verband ook gezien worden als het resultaat
365 van een tekort aan sociale vaardigheden. Deze sociale vaardigheden zijn een
366 noodzakelijke voorwaarde om positieve interacties te hebben en om aldus beloningen,
367 meer bepaald positieve feedback, te krijgen vanuit de omgeving. Kinderen met een
368 depressieve stoornis interageren met anderen vaak op een eerder boze of jaloerse of
369 teruggetrokken manier. Aldus wordt er een vicieuze cirkel in gang gezet, waarbij zwakke
370 sociale vaardigheden leiden tot interpersoonlijke verwerping die op haar beurt depressie
371 en verdere sociale terugtrekking teweegbrengt. De relatie tussen gebrekkige sociale
372 vaardigheden en depressieve symptomen is echter niet eenduidig. Depressieve kinderen
373 hebben vaak wel kennis van sociale vaardigheden maar ze passen ze niet toe in sociale
374 situaties.

375 De centrale focus binnen depressieonderzoek ligt nu steeds vaker op de rol van cognities.
376 De heersende cognitieve modellen die aanleiding hebben gegeven tot onderzoek binnen
377 de depressieproblematiek zijn het model van aangeleerde hulpeloosheid/hopeloosheid en
378 het informatieverwerkingsmodel.

379 *Het model van aangeleerde hulpeloosheid/hopeloosheid*

380 Het model van de aangeleerde hulpeloosheid stelt dat een depressief individu
381 aangeleerde verwachtingen heeft dat de externe gebeurtenissen grotendeels buiten zijn
382 controle liggen en dat er waarschijnlijk onplezierige uitkomsten zijn. Een uitbreiding van
383 dit model is de theorie van aangeleerde hopeloosheid. De hopeloosheidstheorie van
384 depressie stelt dat een gevoel van hopeloosheid de relatie tussen attributiestijl en
385 depressie medieert. Een gevoel van hopeloosheid wordt hier beschouwd als een
386 voldoende proximale oorzaak van depressie. Onderzoek toont echter gemengde
387 resultaten voor de mediërende rol van hopeloosheid.

388 Hoewel heel wat onderzoek is gedaan naar het (prospectief) verband tussen attributies
389 en depressieve symptomen, beperkt deze onderzoekslijn zich tot zelfrapportage aan de
390 hand van vragenlijsten die bewuste gedachten en ideeën nagaan. Recentelijk wordt ook
391 de rol van onderliggende processen bij het in stand houden van depressieve symptomen
392 meer en meer onderzocht bij kinderen en jongeren. Het informatieverwerkingsmodel
393 vormt het theoretisch kader voor de onderzoekstraditie naar onderliggende
394 mechanismen.

395 *Het informatieverwerkingsmodel*

396 De cognitieve theorie volgens Beck gaat ervan uit dat cognitieve processen een centrale
397 rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van emotionele problemen. Depressie
398 wordt binnen het cognitieve model opgevat als het gevolg van een verstoorde
399 informatieverwerking waarbij aandachts-, geheugen-, en interpretatieprocessen een rol
400 spelen. Centraal binnen de theorie van Beck is het concept 'schema'. Schema's zijn
401 cognitieve structuren die de basis vormen voor de wijze waarop iemand zijn ervaringen
402 interpreteert. Bij depressie is de inhoud van de schema's gecentreerd rond eigen

403 waardeloosheid en schuld, de onrechtvaardigheid en liefdeloosheid van de wereld en
404 hopeloosheid over de toekomst (de zogenaamde 'cognitieve triade') Negatieve
405 levensgebeurtenissen of milde dysfore stemming kunnen cognitieve schema's
406 reactiveren, die op hun beurt aanleiding geven tot depressieve gevoelens.

407 In een reeks studies is onderzocht of depressieve mensen een vertekend
408 aandachtsproces vertonen. *Selectieve aandacht* kan men in direct verband brengen met
409 de filterfunctie van schema's en wordt gedefinieerd als het (on)vermogen om aandacht te
410 geven aan belangrijke informatie en onbelangrijke informatie te negeren. Treden er
411 vertekeningen op in dit proces, dan spreekt men ook wel van een 'aandachts-bias'. Naast
412 onderzoek naar aandachtsprocessen, zijn er ook studies naar *selectieve interpretaties*.
413 Onderzoek naar selectieve interpretatie spitst zich toe op oordelen en interpretaties van
414 ambigue informatie. Er is in onderzoek bij volwassenen veel evidentie gevonden voor de
415 hypothese dat psychopathologie gepaard gaat met disfunctionele interpretaties.
416 Selectieve interpretatie bij depressie bij kinderen is echter weinig onderzocht. Een laatste
417 reeks studies binnen het cognitief model handelt over *geheugenprocessen*. In de
418 literatuur rond geheugenprocessen bij depressie spreekt men in dit verband vaak van
419 'depressief realisme'. Men stelt immers herhaaldelijk vast dat depressieve individuen
420 eerder een balans vertonen tussen de verwerking van positieve en negatieve informatie,
421 terwijl normale individuen de neiging hebben om de wereld een stuk 'rooskleuriger' in te
422 zien. Onderzoek kan zich ten slotte ook richten op het voorkomen van een selectief
423 geheugen voor persoonlijke ervaringen, het zogenaamde 'autobiografisch' geheugen.
424 Recentelijk wordt in het onderzoek bij volwassenen naar het autobiografisch geheugen
425 bevestiging gevonden voor het bestaan van globale of overgegeneraliseerde
426 herinneringen.

427

428 **2.7 Hantering en bejegening**

429 Kinderen en jongeren met een depressie hebben een verhoogd risico op suïcidale
430 gedachten en handelingen. Doorgaans is er sprake van uitval in psychosociaal
431 functioneren, inclusief achteruitgang van cognitief presteren. Het actief zoeken van hulp
432 door de jongere zelf gebeurt zelden, evenals het praten met ouders of leeftijdsgenoten
433 over het vaak kwellende en hinderlijke "je rot of somber voelen". Basiselementen in de
434 hantering en bejegening zijn het bieden van steun en het geven van hoop, zorgen dat er
435 een adequaat toezicht van volwassenen op de jongere, en het oplossen van allerlei
436 praktische problemen en knelpunten die de depressie kunnen onderhouden. Hierbij zijn
437 in bijna alle gevallen contacten nodig met de jongere zelf en de overige gezinsleden.

438

439

440

441

442 **H3 Screening**

443

444 **3.1 Algemene Inleiding**

445

446 **3.1.1 Definitie**

447 Een screening is een eenvoudige vorm van bevolkingsonderzoek van op het oog gezonde
448 personen met het doel hen te scheiden in een groep personen die de ziekte,- in dit geval
449 een depressieve stoornis -, *waarschijnlijk wel* en een groep personen die de ziekte *waar-*
450 *schijnlijk niet* heeft. Als het onderzoek aantoon dat iemand het voorstadium van de aan-
451 doening, de aandoening zelf of een risicofactor heeft dan is de uitslag positief. Als iemand
452 volgens het onderzoek dat alles niet heeft is de uitslag negatief. Een screeningstest is
453 niet bedoeld als een definitieve diagnose. Personen met een positieve bevinding moeten
454 voor diagnostiek en behandeling worden doorverwezen.

455

456 De validiteit van de test moet erg hoog liggen wil het onderzoek zinvol zijn. De screening
457 moet een duidelijke scheiding kunnen aanbrengen tussen personen met een hoge ziekte-
458 kans en personen met een lage ziektekans. Het vermogen van de test in deze scheiding
459 zal echter nooit 100% zijn. Het kan dus voorkomen dat door de test iemand ten onrechte
460 als positief wordt aangewezen: dan spreekt men van *fout-positieve* uitslag. Na nader
461 diagnostisch onderzoek zal dan pas blijken dat de uitslag van de screening onjuist was.
462 De hierdoor veroorzaakte spanning voor ouders en kind is onnodig en ongewenst; verder
463 werkt het logischerwijs kostenverhogend en de acceptatie van het onderzoek wordt er
464 nadelig door beïnvloed. Omgekeerd kan het ook gebeuren dat de uitslag ten onrechte
465 negatief is. Dan spreekt men van een *fout-negatieve* uitslag. Er zal dan (ten onrechte)
466 geen nader diagnostisch onderzoek plaatsvinden en de diagnose zal in een veel latere
467 fase gesteld worden. Een benodigde behandeling zal (te)laat worden ingezet.

468

469 **3.1.2 Criteria van screening**

470 Er zijn een aantal criteria geformuleerd (Wilson en Jungner; 1960) waaraan de aan-
471 doening en de screeningsmethode aan dienen te voldoen om acceptabel geacht te
472 worden.

- 473 1. de aandoening waarop men screent moet een belangrijk gezondheidsprobleem
474 zijn
- 475 2. er moet een algemeen aanvaarde behandeling zijn voor de patiënten bij wie
476 men de ziekte ontdekt
- 477 3. de technische mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling moeten
478 beschikbaar zijn
- 479 4. er moet een herkenbaar latent- of vroeg-symptomatisch stadium zijn
- 480 5. er moet een geschikte test of onderzoeksmethode zijn
- 481 6. de test moet acceptabel zijn voor de bevolking
- 482 7. het natuurlijk beloop van de ziekte inclusief de ontwikkeling van latente fase
483 tot manifeste ziekte moet voldoende bekend zijn
- 484 8. er moet een algemeen aanvaarde beleidslijn zijn ten aanzien van de vraag wie
485 men als patiënt zal behandelen
- 486 9. de kosten die de opsporing met zich meebrengt, inclusief de kosten van
487 diagnostiek en behandeling moeten economisch verantwoord zijn in ver-
488 houding tot de totale gezondheidszorguitgaven

489 10. behandeling van de ziekte in een vroeg stadium moet het beloop en de
490 prognose van de aandoening gunstig beïnvloeden

491

492 **3.1.3 Principes van opsporing**

493 Tot op heden zijn de meeste instrumenten die voor opsporing van depressie bij jongeren
494 zijn ontwikkeld, gericht op ófwel opsporing van een bepaalde aandoening volgens func-
495 tioneel omschreven criteria ófwel opsporing van een vastgestelde combinatie van signa-
496 len en symptomen.

497 De *criterium-validiteit* is de mate waarin een test in staat blijkt onderscheid te maken
498 tussen mensen, die de aandoening mogelijk wel hebben en degenen die hem niet hebben
499 met daarbij een zo gering mogelijk aantal fout-positieve en fout-negatieve uitslagen.

500 De *begrips-validiteit* is de mate waarin de test in staat blijkt om de symptomen, die zich
501 bij de bedoelde stoornis voordoen, te kunnen signaleren of karakteriseren.

502 Deze sleutelkenmerken zijn niet hetzelfde en er kan niet van worden uitgegaan dat zij
503 altijd samen tot het 'beste instrument' zullen leiden. De criterium-validiteit voor de DSM-
504 IV diagnose depressieve stoornis kan bijvoorbeeld het best bepaald worden door slechts
505 een paar vragen te stellen, waarvan men weet dat als deze met 'ja' worden beantwoord,
506 er een grote kans is dat de jongere momenteel klinisch depressief is. De begrips-validiteit
507 daarentegen vereist veel vragen om het volledige scala aan symptomen van depressivi-
508 teit na te gaan, waarbij er vaak slechts een zwak verband met de uiteindelijke stoornis
509 zou kunnen bestaan.

510 Als we kinderen willen opsporen met een tevoren gedefinieerd syndroom depressieve
511 stoornis, moeten we instrumenten gebruiken met een goede criterium-validiteit. Als het
512 de bedoeling is om het scala van depressieve symptomen in de populatie te bepalen
513 moeten we instrumenten met een goede begrips-validiteit gebruiken.

514

515 **3.1.4 Wie moet bevraagd worden?**

516 Er is in het veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie consensus over het feit dat criterium-
517 validiteit en begrips-validiteit voor emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en
518 adolescenten, het best kunnen worden bepaald door zowel ouder als kind te bevragen
519 over de huidige problemen en symptomen en vervolgens beide resultaten te combineren.
520 Bij depressie lijkt het erop dat wanneer alleen de ouder rapporteert een klinische
521 depressie bij hun kind mogelijk zal worden gemist (Pavuluri & Birmaher, 2004). Bij
522 rapportage van kind of jeugdige wordt juist het tegengestelde waargenomen, namelijk
523 dat te veel individuen ten onrechte als depressief worden aangemerkt.

524 Bij ouders blijkt dus onderrapportage plaats te vinden, bij kinderen juist een
525 overrapportage. Andere potentiële ondervraagden (leraren, brusjes en groepsgenoten)
526 rapporteren vergelijkbaar met de ouders, behalve echte vertrouwelingen, die vaak
527 vergelijkbaar met het onderzochte kind rapporteren.

528

529 **3.1.5 Wat moet gevraagd worden?**

530 Dit hangt af van de gebruikte definities voor depressie. Signalen en symptomen die
531 gebaseerd zijn op bestaande syndroomdefinities (DSM-IV en ICD-10) worden over het
532 algemeen gezien als meest efficiënte manier om mensen met afwijkingen te ontdekken.
533 Opnemen van items, die door sommige professionals worden gebruikt, maar die niet
534 voorkomen in de syndroomdefinitie of te zeer ingaan op details moeten zorgvuldig
535 worden overwogen. Zelden zal een grotere detaillering of een bredere range het
536 vermogen van het instrument, om echte gevallen op te sporen, verbeteren. Vaak maakt
537 men zich zorgen om de inhoud, terwijl de nadruk eigenlijk op criterium-validiteit zou

538 moeten liggen. Sommige deskundigen zijn bijvoorbeeld van mening dat lichamelijke
539 signalen en symptomen t  belangrijk zijn om met één of twee vragen af te handelen.
540 Anderen maken zich zorgen over het gebrek aan detail van bepaalde vragen. In de
541 meeste gevallen zijn de belangrijkste items van een instrument goed afgestemd op de
542 toegevoegde items. In het algemeen zal het toevoegen van vragen het vermogen van
543 het instrument niet verbeteren.

544

545 **3.1.6. Doel van de opsporing**

546 Het doel van de opsporing is om binnen een groep individuen te identificeren die de
547 specifieke aandoening hebben (depressieve symptomen). Hierbij moet men zich een
548 aantal zaken afvragen: Is screening een poging om alle vormen van depressie op te
549 sporen of alleen een specifieke vorm? Is het de bedoeling om individuen op te sporen die
550 chronisch depressief zijn,  f momenteel depressief zijn  f die eerder depressief zijn
551 geweest? Zijn er specifieke eisen waar rekening mee gehouden moet worden, zoals
552 cultuur, taal en ethniciteit of bepaalde kindkenmerken zoals leeftijd, geslacht en cog-
553 nitieve ontwikkeling. Tot op heden wordt bij de ontwikkeling van een screenings-
554 instrument zelden met deze kenmerken rekening gehouden.

555

556 **3.1.7. Toepasbaarheid**

557 Er moet worden nagegaan of het onderzoeksinstrument bruikbaar is voor de te onder-
558 zoeken populatie. Formulering, woordkeus en lengte van de lijst, de begrijpelijkheid, de
559 wijze van presentatie (bijv. papieren versie, handheld computer of via internet) be n-
560 vloeden allemaal de mate waarin het instrument door zoveel mogelijk ondervraagden
561 volledig en betrouwbaar zal worden ingevuld.

562

563 **3.1.8. Psychometrische kwaliteiten**

564 De gebruikte instrumenten dienen te voldoen aan de psychometrische eisen, zoals de in
565 de Cotan (2000) staan geformuleerd. Kernpunten hierbij zijn dat de vragenlijst meet wat
566 de gebruiker wil meten, en dit vervolgens nauwkeurig en betrouwbaar doet. Dit wordt
567 aangeduid met de validiteit en de betrouwbaarheid van een vragenlijst.

568 De *sensitiviteit* van een instrument verwijst naar het percentage juiste gevallen van
569 depressieve kinderen dat correct door de test wordt gevonden. Lage sensitiviteit
570 betekent dat te weinig depressieve kinderen gevonden worden, waardoor een deel van
571 de kinderen met een depressieve stoornis ten onrechte geen behandeling zou krijgen
572 (vals-negatieven).

573 De *specificiteit* van een instrument verwijst naar het percentage werkelijk gezonde
574 kinderen dat door de test ook als zodanig wordt aangewezen. Dit is belangrijk om te
575 voorkomen dat gezonde kinderen ten onrechte een behandeling of andere interventies
576 ondergaan, terwijl ze gezond zijn en deze dus niet nodig hebben. Bij toenemende
577 specificiteit zal het aantal vals-positieven afnemen, d.w.z. dat kinderen onterecht als
578 depressief aangemerkt worden, terwijl zij dat in feite niet zijn.

579 Gestreefd moet dus worden naar onderzoeksinstrumenten met een hoge sensitiviteit en
580 specificiteit. Zij zullen er in slagen om de depressieve kinderen voldoende valide te
581 identificeren.

582

583

584

585

586 **3.2 Instrumenten voor screening**

587

588 **Inleiding**

589 De uitgangsvraag voor dit onderwerp luidt:

590 Welke algemene screeningsinstrumenten zijn geschikt voor het herkennen van depressie
591 bij kinderen (6-12) en jeugdigen (12-18)?

592

593 Er bestaan veel screeningslijsten. De keuze van de screeningslijsten die geselecteerd zijn
594 is gemaakt op basis van de volgende criteria:

- 595 ➤ De vragenlijst is in het Nederlands vertaald
- 596 ➤ De vragenlijst wordt in Nederland gebruikt
- 597 ➤ De psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst is onderzocht
- 598 ➤ De vragenlijst is speciaal ontwikkeld voor kinderen (vragenlijsten om depressie
599 bij volwassenen te meten zijn niet meegenomen)

600 Bij screeningslijsten is er een onderscheid te maken in "breed" en "smal" spectrum
601 vragenlijsten. De breed spectrum vragenlijsten bevatten verschillende subschalen voor
602 specifieke stoornissen en/of domeinen. De CBCL/YSR en de SDQ zijn hier voorbeelden
603 van. "Breed"spectrum vragenlijsten hebben als voordeel dat de aanwezigheid van
604 comorbiditeit ook meegenomen wordt in de screening. Comorbiditeit is een duidelijke
605 kenmerk van depressieve stoornissen bij kinderen en adolescenten (Angold, Costello,
606 2001). Er is een duidelijke associatie tussen een depressieve stoornis (MDD) en/of
607 dysthyme stoornis en angststoornissen, ADHD, gedragsstoornissen(ODD) en middelen
608 misbruik (Angold, Costello, 2001).

609 Daarnaast kan er een onderscheid gemaakt worden in zelfbeoordelingslijsten en vragen-
610 lijsten ingevuld door anderen.

611

612 Hieronder volgt een lijst van screeningsinstrumenten die in dit addendum worden
613 besproken.

- 614 1. CBCL; Child Behavior CheckList / YSR; Youth Self Report
- 615 2. SDQ; Strengths and Difficulties Questionnaire
- 616 3. CDI; Child Depression Inventory
- 617 4. DVK: Depressie Vragenlijst voor Kinderen
- 618 5. R-CADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale
- 619 6. SEV: Sociaal Emotionele Vragenlijst

620

621 De volgende instrumenten komen wel voor in de studies die we bespreken, maar worden
622 in dit addendum *niet* besproken, om de volgende redenen:

- 623 1. CES-D; Center for Epidemiological Studies – Depression scale. Deze lijst is wel
624 vertaald in het nederlands maar deze vragenlijst is ontworpen voor volwassenen
625 en wordt met name gebruikt in wetenschappelijk onderzoek voor jongeren van
626 16 jaar en ouder.
- 627 2. BDI; Beck Depression Inventory: Deze vragenlijst is ontworpen voor volwassenen
628 en wordt met name gebruikt in wetenschappelijk onderzoek voor jongeren van
629 16 jaar en ouder.
- 630 3. MFQ; Mood and Feelings Questionnaire: Deze vragenlijst is niet in het Nederlands
631 vertaald.
- 632 4. RADS; Reynolds Adolescent Depression Scale : Deze vragenlijst is niet in het
633 Nederlands vertaald.

634 5. KADS; Kutcher adolescent depression scale : Deze vragenlijst is niet in het
635 Nederlands vertaald.

636

637 **Wetenschappelijke onderbouwing**

638 1. CBCL/YSR

639 Een veel gebruikte (internationale) vragenlijst is de Child Behavior CheckList (CBCL). De
640 oorspronkelijke auteur is T.M. Achenbach (1991). De vragenlijst is in het Nederlands
641 vertaald door F.C. Verhulst et al. (1996) en toepasbaar gemaakt voor de Nederlandse
642 populatie. De CBCL is een meetinstrument om emotionele en gedragsstoornissen bij
643 kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar op te sporen.

644 Begin 2003 zijn nieuwe versies van de gedragsvragenlijsten beschikbaar gekomen,
645 waarbij de leeftijdsindeling waarvoor de lijsten geschikt zijn is veranderd. Er zijn nu
646 vragenlijsten voor 1½ t/m 5-jarigen (CBCL 1½ t/m 5, C-TRF: Caregiver-Teacher Report
647 Form) en voor de 6 t/m 18-jarigen (CBCL,TRF en YSR: Youth Self Report 11 t/m 18).
648 Voor het invoeren en scoren van deze vragenlijsten is een computerprogramma
649 beschikbaar waarmee de resultaten grafisch inzichtelijk kunnen worden gemaakt in de
650 vorm van gedragsprofielen.

651 De CBCL is een vragenlijst, die door ouders/ verzorgers ingevuld dient te worden,
652 daarnaast is er een versie voor de leerkracht (TRF) en is er ook een versie die door de
653 jongere zelf kan worden ingevuld; de Youth Self Report (YSR) (11-18 jaar).

654 De items worden gescoord op een drie-puntsschaal: helemaal niet (0), een beetje waar
655 /soms (1) en duidelijk/ vaak (2). De score van de lijsten levert een profiel op waarin
656 aangegeven staat of de beleving van de invuller boven de 'klinische norm' uitkomt of tot
657 de normale populatie behoort. De vragenlijst bestaat uit verschillende schalen.

658 Er worden deelscores berekend voor acht verschillende probleemgebieden:
659 teruggetrokken gedrag, angstig /depressief gedrag, lichamelijke klachten, sociale
660 problemen, denkstoornissen, aandachtsproblemen, delinquent gedrag en agressief
661 gedrag. Een score van 66 komt overeen met de 95^e percentiel; wat betekent dat nog 5%
662 van de kinderen van dezelfde leeftijd en sekse hetzelfde probleemgedrag of erger verto-
663 nen. Een score tussen de 66 en de 70 is het grensgebied tussen normaal en klinisch
664 gedrag. Een score van 70 komt overeen met de 98^e percentiel en bevindt zich in het
665 klinische gebied; waarin de kinderpsychiatrische populatie scoort.

666 Een gedeelte van de acht probleemgebieden is geclusterd, waardoor nog twee probleem-
667 scores ontstaan op de brede bandschalen internaliserend en externaliserend gedrag. De
668 probleemscore voor internaliserend gedrag heeft betrekking op zaken waar het kind zelf
669 last van heeft, zoals *teruggetrokken gedrag, lichamelijke klachten en een angstig/
670 depressief gedrag*. De probleemscore voor externaliserend gedrag heeft betrekking op
671 zaken waar de omgeving last van heeft, zoals agressief en delinquent gedrag. De
672 resterende drie probleemgebieden, te weten *sociale, denk- en aandachtsproblemen*,
673 liggen in het overgangsgebied tussen internaliserend en externaliserend en worden apart
674 gescoord.

675 Ook worden scores berekend op 6 (DSM-IV) syndroomschalen; DSM-IV gerelateerde
676 scores: affectieve problemen, angstproblemen, lichamelijke problemen,
677 aandachtsproblemen hyperactiviteit, oppositioneel-opstandige problemen en agressieve
678 gedragsproblemen.

679

680 Zoals blijkt uit bovenstaande beschrijving kan de CBCL op drie verschillende manieren
681 gebruikt worden; er kan gekeken worden naar:

682 1. de score voor het probleemgebied angstig/depressief gedrag(narrow band)

- 683 zowel symptomen van depressieve- als symptomen van angststoornissen zijn
 684 ondergebracht in deze subschaal; hetgeen de differentiaaldiagnose bemoeilijkt
 685 2. de score voor internaliserend gedrag (brede band schaal)
 686 de probleemgebieden teruggetrokken gedrag, lichamelijke klachten en een ang-
 687 stig/ depressief gedrag worden hierbij verenigd tot één score op internaliserend
 688 gedrag
 689 3. de score op de DSM-IV schaal affectieve problemen
 690 Zoals ook uit het onderzoek Ferdinand (2008) blijkt kan deze score het best
 691 gebruikt worden als screening op de DSM-IV diagnose depressieve stoornis en
 692 dysthyme stoornis.

693 De CBCL en TRF worden door Resing, e.a. (2002) als goed beoordeeld in het kader van
 694 indicatiestelling. De score op een CBCL-lijst geeft een tamelijk specifieke indicatie van
 695 het type probleem, dat wil zeggen leidt tot een hypothese die vervolgens met gericht
 696 (diagnostisch) onderzoek dient te worden getoetst. Om depressie op te sporen wordt
 697 naar de (DSM-IV) schaal affectieve problemen gekeken.

698 Uit onderzoek van Ferdinand (2008) blijkt dat de DSM -IV schaal affectieve problemen
 699 van de CBCL en de YSR gebruikt kan worden voor screening op de DSM-IV diagnose
 700 depressieve stoornis en dysthyme stoornis. Hij onderzocht in een populatie van 277
 701 kinderen in de leeftijd van 6 tot 18 jaar of de CBCL/YSR schaalscores van de DSM -IV
 702 schaal affectieve problemen diagnoses voor angst en depressie (DSM-IV) voorspelde. De
 703 AUC voor depressieve stoornis is 0,83 (ouders) en 0,91 (kinderen) en voor dysthyme
 704 stoornis 0,76 (ouders) en 0,87 (kinderen) (Ferdinand, 2008, A2).

705

706 * Cotan-beoordeling **CBCL***:

707	Uitgangspunten bij de testconstructie:	goed
708	Kwaliteit van het testmateriaal:	goed
709	Kwaliteit van de handleiding:	goed
710	Normen:	goed
711	Betrouwbaarheid:	voldoende
712	Begripsvaliditeit:	goed
713	Criteriumvaliditeit:	voldoende

714

715 * Cotan-beoordeling **YSR***:

716	Uitgangspunten bij de testconstructie:	goed
717	Kwaliteit van het testmateriaal:	goed
718	Kwaliteit van de handleiding:	goed
719	Normen:	goed
720	Betrouwbaarheid:	goed *
721	Begripsvaliditeit:	goed
722	Criteriumvaliditeit:	voldoende

723

724 * de beoordeling "goed" betreft alleen de totaalscores internaliseren, externaliseren en
 725 totale probleemscore.

726

727 2. SDQ

728 De Strengths and Difficulties Questionnaire is een korte vragenlijst en is bedoeld om
 729 kinderen in de leeftijd van 4 tot 16 jaar te signaleren met een hoog risico op psycho-
 730 sociale problemen (Goodman, 1997, Muris et al., 2003, Widenfelt et al., 2003, Goedhart
 731 et al. 2003).

732 In Nederland is de SDQ vertaald als de vragenlijst Sterke Kanten en Moeilijkheden
733 (Treffers 2000). De vragenlijst bestaat uit 25 vragen die betrekking hebben op vijf
734 probleemschalen: hyperactiviteit / aandachtstekort, emotionele problemen, problemen
735 met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en prosociaal gedrag. De items worden
736 gescoord op een driepunts-schaal: niet waar (0), een beetje waar (1) en zeker waar (2).
737 Daarnaast bevat de uitgebreide versie van de SDQ extra vragen over de impact van de
738 waargenomen moeilijkheden op de psychosociale adaptatie. De totale probleemscore
739 wordt gebruikt als een algemene voorspeller voor aanwezigheid van psychische
740 problematiek. Er bestaat een versie voor ouders, een versie voor leerkrachten en een
741 zelfbeoordelingsversie voor jongeren (11-16 jr.).
742 De SDQ is een internationaal geaccepteerde lijst, vertaald in 40 talen, met goede psycho-
743 metrische kenmerken. De vragenlijst is genormeerd op de Nederlandse populatie. Er is
744 evidentie voor een heldere factorstructuur, goede soortgenoot validiteit (samenhang met
745 CBCL, TRF en YSR) en een onderscheidend vermogen, die met de genoemde lijsten
746 vergelijkbaar is, met betrekking tot aanwezigheid en aard van psychiatrische problemen.
747 De sensitiviteit en de specificiteit van de SDQ voor signalering van psychosociale
748 problemen zijn respectievelijk 86% en 90%. Voor depressiviteit is de sensitiviteit van de
749 SDQ 74%.
750 Voor jeugdigen (12-18 jaar) is er de SPsy (= SDQ + toegevoegde items gerelateerd aan
751 eetstoornissen, alcohol- en drugsmisbruik, psychotische kenmerken en zelfdestructief
752 gedrag); deze wordt met name in GGZ-instellingen veel gebruikt (Goodhart et al,2003,
753 A2) *(nog) geen COTAN score

754

755 3. CDI

756 De Children's Depression Inventory (Kovacs, 1992; nederlandse vertaling van
757 Timbremont & Braet, 2002) is een zelfrapportagelijst voor kinderen van 7 tot 17 jaar en
758 brengt symptomen van depressie op kaart. De lijst bestaat uit 27 items welke naar cogni-
759 tieve, affectieve en gedragsmatige componenten van depressie bij jongeren vraagt. Bij
760 elke stelling wordt gevraagd naar de mate van symptomen die de jongere in de
761 afgelopen 2 weken heeft gehad. De items die gescoord zijn worden opgeteld en hieruit
762 wordt een totaalscore berekend.

763 Timbremont et al. (2004) heeft de CDI gevalideerd in een onderzoeksgroep van 80
764 kinderen (8-18 jaar). Deze kinderen waren verwezen naar een GGZ-instelling voor
765 psychopathologische problemen. Als gouden standaard werd de KID-SCID (Hien et al.
766 1994; Nederlandse vertaling Dreessen, Stroux & Weckx, 1998) gebruikt. Bij een cut-off
767 van 13 was de specificiteit 67,7% en de sensitiviteit 94,4%. ROC curven werden
768 uitgevoerd om de optimale cut-off punt te bepalen. Bij een score van 16 was de
769 specificiteit versus sensitiviteit maximaal. De totale predictieve waarde was 86,3%. De
770 onderzoekers adviseren om de CDI te gebruiken om hoog-risico kinderen te selecteren
771 die in aanmerking komen voor uitgebreide diagnostiek (Timbremont, 2004, A2).

772

773 Bovenstaande gegevens zijn onderzocht met een Vlaamse versie van de CDI. Daarbij is
774 de onderzoekspopulatie (80 kinderen) tamelijk beperkt. Geconcludeerd moet dan ook
775 worden dat de CDI voor Nederland niet heel goed is onderzocht.

776

777 *Aanvulling 2007/01 mei 2007 in de COTAN*

778

779

780

781 4. DVK

782 Mulligen (2002) ontwikkelde een diagnostische vragenlijst voor psychologen om
783 depressie bij kinderen van 9 tot en met 12 jaar vast te stellen. De 107 items hebben
784 betrekking op het voorkomen van affectieve, cognitieve en motivationele depressie-
785 symptomen en worden beantwoord met 'waar' of 'niet waar'. De DVK kent 10
786 subschalen: depressieve ontstemming, vermindering/ vertraging of regressie in functies
787 en gedrag; negatieve evaluaties mbt. zichzelf; negatieve evaluaties mbt. de omgeving;
788 negatieve evaluaties mbt. de toekomst; negatieve evaluaties inzake attributies;
789 negatieve evaluaties gemeten met plaatjesitems; depressiemanifestaties ten tijde van de
790 testafname; lichamelijke klachten en een subschaal met niet scorebare dummy's.
791 De validiteit en de betrouwbaarheid werd getoetst door de DVK te vergelijken met de CDI
792 (child depression index) en de RCDS (Reynolds Child Depression Scale) bij 935
793 schoolkinderen. De psychometrische eigenschappen zijn bevredigend en de
794 betrouwbaarheid is goed (.85). De correlatie tussen testen onderling is goed voor de DKV
795 en CDI (.58) en de DKV en de RCMAS (.56). Het blijkt dat zelfrapportage vragenlijsten
796 voor depressie lastig te onderscheiden zijn van zelfrapportage lijsten voor angst voor
797 kinderen in deze leeftijdsgroep.

798 De verkorte versie van de vragenlijst (K-DVK) bevat negen items

799

800 *COTAN-beoordeling **DVK***

801

802	Uitgangspunten bij testconstructie:	Goed
803	Kwaliteit van het testmateriaal:	Goed
804	Kwaliteit van de handleiding:	Goed
805	Normen:	Voldoende
806	Betrouwbaarheid:	Voldoende
807	Begripsvaliditeit:	Voldoende
808	Criteriumvaliditeit:	Onvoldoende

809

810 5. CES-D:

811 De Center for Epidemiological Studies – Depression scale (nederlandse vertaling van
812 Bouma e.a. 1995) is ontwikkeld met het doel om depressieve symptomen bij
813 bevolkingsgroepen vast te kunnen stellen. De CES-D is een zelfbeoordelingsvragenlijst
814 die is gebaseerd op een aantal al langer in gebruik zijnde en gevalideerde depressie
815 schalen. Het instrument pretendeert niet om klinische depressie bij individuen aan te
816 tonen, maar beperkt zich tot het vaststellen van depressieve symptomatologie bij
817 groepen mensen in de week voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. Het
818 instrument telt slechts 20 eenvoudig en bondig geformuleerde items die door de
819 respondent zelf thuis, dus zonder deskundige interviewers, kunnen worden ingevuld. Er
820 wordt gevraagd naar de toestand gedurende de afgelopen week. De items worden
821 gescoord op een vierpuntsschaal: zelden of nooit (0); soms of weinig (1); regelmatig (2);
822 meestal /altijd (3). De totale score kan variëren van 0 (geen depressieve symptomen)
823 tot 60 (veel depressieve symptomen).

824 Cuijpers et al. 2007 hebben deze lijst en de MDI getest in een onderzoeksgroep van 1392
825 jeugdigen (14-16 jaar) die werden gescreend op depressie via internet. De leerlingen
826 werden benaderd via middelbare scholen en via het internet. Van deze totaalgroep
827 kregen 273 (17%) leerlingen vervolgens een diagnostisch interview (MINI =
828 Internationaal Neuropsychiatrisch Interview) om een depressieve stoornis vast te stellen.
829 Cronbach's alpha was voor beide testen hoog: de CES-D 0.93 en voor de MDI 0,88 en

830 ze hadden een hoge correlatie met elkaar (0,88). Beide signaleringsinstrumenten
831 signaleerden alle jeugdigen met een depressieve stoornis, zowel degenen die ten tijde
832 van het onderzoek depressief waren als degenen met een depressie in de
833 voorgeschiedenis.
834 ROC curven werden uitgevoerd om de optimale cut-off punt te bepalen Bij een cut-off
835 van 22 voor de CES-D was de sensitiviteit 90,4% en de specificiteit 74,3%. Voor de MDI
836 lag het cut-off point op 19 bij een sensitiviteit 90,4% en de specificiteit 71,5%. De
837 onderzoekers concluderen dat de CES-D en de MDI betrouwbare en valide instrumenten
838 zijn, die goed gebruikt kunnen worden om jeugdigen te screenen op depressie via
839 internet.

840

841 *geen COTAN beoordeling*

842

843 6. RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale

844 De Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt,
845 Umemoto, & Francis, 2000; Muris, Meesters, & Schouten, 2002) is een symptoom maat
846 voor vijf angststoornissen en de depressieve stoornis. De zelfrapportage vragenlijst
847 omvat zes schalen: gegeneraliseerde angst, sociale fobie, separatieangst, paniek-
848 symptomen, obsessief-compulsieve symptomen en depressieve symptomen. De
849 vragenlijst bevat zevenenveertig items, waarvan tien items depressieve symptomen
850 meten. Kinderen en jongeren krijgen de instructie op een vierpuntschaal aan te geven in
851 hoeverre elke uitspraak op hen van toepassing is. De antwoordmogelijkheden lopen
852 uiteen van '0 = nooit'; '1 = soms'; '2 = vaak' tot '3 = altijd'. Enkele voorbeelditems van
853 de schaal 'depressieve symptomen' zijn: 'Ik voel me verdrietig of leeg', 'Ik vind niets
854 meer echt leuk' en 'Ik heb geen energie meer om dingen te doen'.

855 Deze lijst wordt veel gebruikt in wetenschappelijk onderzoek; de psychometrische
856 gegevens van deze vragenlijst worden momenteel onderzocht. Kan in de toekomst
857 misschien goed gebruikt worden voor screening.

858

859 * geen COTAN beoordeling in COTAN 2000*

860

861 7. Sociaal emotionele vragenlijst (SEV)

862 De SEV (Prof. Dr. E.M. Scholte en Prof. Dr. J.D. van der Ploeg)

863 De SEV is een gedragsbeoordelingslijst voor kinderen van 4 tot 18 jaar, waarmee kan
864 worden nagegaan in hoeverre kinderen problemen vertonen in hun sociaal- emotionele
865 ontwikkeling. De 72 items dekken de belangrijkste kernsymptomen die de genoemde
866 probleemgebieden in gedragsmatig opzicht constitueren volgens de DSM. De afname
867 duurt 30 minuten. De uitslag mag echter alleen geïnterpreteerd worden door
868 psychodiagnostisch bevoegde professionals. Dit vormt een belangrijke beperking voor het
869 gebruik in de nulde en eerste lijn. De SEV is daardoor niet te gebruiken is door
870 huisartsen. De specifieke vormen van sociaal-emotionele problematiek die worden
871 onderscheiden zijn: aandachtstekort met hyperactiviteit, sociale gedragsproblematiek,
872 angstig en stemmingsgestoord gedrag en autistisch gedrag.

873 De psychometrische kwaliteiten zijn goed te noemen. Een belangrijk nadeel is dat er
874 geen vragenlijst voor de jeugdige zelf beschikbaar is waardoor er geen sprake is van
875 zelfrapportage.

876

877 Cotan-beoordeling **SEV**:

878

879	Uitgangspunten bij de testconstructie:	voldoende
880	Kwaliteit van het testmateriaal:	goed
881	Kwaliteit van de handleiding:	voldoende
882	Normen:	goed
883	Betrouwbaarheid:	goed
884	Begripsvaliditeit:	goed
885	Criteriumvaliditeit:	goed

886

887 **Beschrijving overige relevante artikelen:**

888 Zuckerbrot et al. (2006) hebben een systematische review uitgevoerd ten aanzien van
 889 het herkennen van depressie bij adolescenten in de huisartsenpraktijk. 30 studies
 890 voldeden aan de criteria waarvan 5 adequate psychometrische data hadden.

891 Geconcludeerd wordt dat er evidentie bestaat dat scholing het vermogen van huisartsen
 892 om depressie bij adolescenten te herkennen verbeterd maar dat het gebruik van
 893 gestructureerde screeningslijsten dit nog eens te meer vergroot.

894

895 Uit een gecombineerde systematische review en meta-analyse van Cuijpers blijkt dat er
 896 31 school gaande jongeren gescreend moeten worden om één depressie succesvol te
 897 behandelen. Deze conclusie is gebaseerd op 8 studies die voldeden aan de inclusie-
 898 criteria. Opgemerkt moet worden dat het aantal van geschikte studies beperkt is en dat
 899 bij de meeste van deze 8 studies er een zelf scorende vragenlijst is gebruikt om
 900 depressie te diagnosticeren.

901 Geconcludeerd wordt dat screening en vroege interventie op scholen een effectieve
 902 strategie kan zijn om de ziektelast van depressie voor kinderen en adolescenten te
 903 verminderen (Cuijpers et al, 2006, A1).

904

905 **Conclusies**

Niveau 1	Screeningsinstrumenten die beschikbaar zijn voor de herkenning van depressie bij kinderen en jeugdigen zijn: CBCL en SEV (A2).
-----------------	--

906

Niveau 1	Zelfrapportagelijsten die beschikbaar zijn voor de screening van depressie bij jeugdigen zijn: YSR en CDI (A2).
-----------------	---

907

Niveau 1	De SDQ is een screenings instrument voor psycho-sociale problemen die gebruik maakt van zelfrapportage, ouderrapportage en rapportage door de leerkracht (A2).
-----------------	--

908

Niveau 4	De RCADS is een screenings instrument voor alleen angst en depressieve stoornissen (mening van deskundigen).
-----------------	--

909

910

911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959

Overige overwegingen

- Depressies bij kinderen op de lagere schoolleeftijd worden waarschijnlijk niet ontdekt als enkel gebruik gemaakt wordt van een papieren onderzoeksinstrument (NICE 2005);
- Er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van meer kindvriendelijke methodes om stemming en gevoelens te beoordelen en van computertechnologie. Methodes met behulp van plaatjes (tekeningen en kunstwerken) en interactieve methodes zouden moeten worden onderzocht voor toekomstig gebruik (NICE, 2005);
- In de eerstelijns zorg zou elk onderzoeksinstrument gebruiksvriendelijk moeten zijn (NICE, 2005);
- Computerondersteunde versies van screeningsinstrumenten kunnen van waarde zijn vanwege het automatisch genereren van scores en op basis daarvan zelfs adviseren over verdere acties. Dit kan de toepasbaarheid van screeningsinstrumenten op scholen en andere maatschappelijke instellingen verhogen. Dit geldt evenzeer voor drukke klinische instellingen die zoeken naar mogelijkheden om de tijd, die nodig is voor de beoordeling en diagnosticering van nieuwe verwijzingen te bekorten (NICE, 2005);
- Het gebruik van screeningslijsten door huisartsen bevordert het onderkennen van depressie bij jeugdigen (zuckerbrot, 2006);
- Specifiek screenen op depressie op scholen met behulp van de CBCL lijkt niet acceptabel vanwege de lengte van het onderzoeksinstrument;
- De DVK beschikt in onvoldoende mate over criteriumvaliditeit. De toepasbaarheid van de DVK is beperkt door de leeftijdsgrens van 9 tot 12 jaar.

Er is bewijs dat gezondheidsbeleid voor kinderen wordt beïnvloed door de bevindingen bij het gebruik van de beschikbare instrumenten. Screeningsprogramma's worden bijvoorbeeld gebruikt op scholen als onderdeel van interventieprogramma's voor kinderen en jeugdigen met depressie (Andrews et al., 2002; Brandt et al., 2002). Klinische instellingen kunnen overwegen om zelfrapportagelijsten te gaan gebruiken als extra bijdrage bij het standaard klinische proces. Het al dan niet gebruiken hiervan wordt waarschijnlijk beïnvloed door een veronderstelde toename van de werkdruk, die wordt vergeleken met een geringe winst voor het standaard klinische proces. Er is reden om optimistisch te zijn over het gebruik van een tweede generatie van onderzoeksinstrumenten in de eerstelijnszorg en klinische instellingen. De grootste barrière zal levering zijn aan overwerkte professionals, die slecht worden opgeleid en/of gesteund in het werken met geautomatiseerde onderzoeksinstrumenten. Deze geautomatiseerde instrumenten, die gescoorde antwoorden kunnen omzetten in schaalscores en eventueel direct feedback kunnen geven, respectievelijk adviessuggesties geven, zullen waarschijnlijk het gebruik ervan vergroten. Deze technologie zou ook op vragenlijsten, gesprekken en non-verbale gegevens zoals tekeningen en kunstwerken kunnen worden toegepast. Er zal onderzoek moeten worden verricht naar het gebruik van geautomatiseerde onderzoeksinstrumenten in eerste en tweedelijns zorginstellingen als extra bijdrage bij de beoordeling van anamnese-gesprekken. Dit zou goed kunnen worden uitgevoerd op scholen en klinieken (NICE, 2005).

960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008

Aanbeveling(en)

- De werkgroep acht screening voor de herkenning van depressie bij kinderen alleen zinvol als er een behandeling of interventie opvolgt voor degenen die zijn opgespoord. Als er geen vervolgacties ondernomen worden is het niet zinvol om te screenen en leidt screening enkel tot ongerustheid.
- De werkgroep is van mening dat scholing van professionals in de eerstelijnszorg en het gebruik van een screeningsinstrument de signalering van depressie verbeterd.
- De werkgroep beveelt aan voor de herkenning van depressie bij kinderen niet alleen de ouders te bevragen maar vooral ook de kinderen/ jeugdigen zelf.
- De werkgroep beveelt aan om onderzoek te doen naar de kosteneffectiviteit van screening op depressie binnen de algehele populatie en screening op depressie binnen risicogroepen.
- De werkgroep is van mening dat bij de screening op depressie rekening moet worden gehouden met de aanwezigheid van comorbide stoornissen; dwz. dat de voorkeur uit gaat naar een breed screeningsinstrument.
- Indien er besloten wordt om te screenen via scholen, bijvoorbeeld tijdens de periodieke gezondheidsonderzoeken van de jeugdgezondheidszorg van de GGD, dan beveelt de werkgroep aan voor de screening op psychopathologie de SDQ te gebruiken;
- De werkgroep beveelt aan om voor screening op psychopathologie door huisartsen de SDQ te gebruiken.
- De werkgroep beveelt aan om als screeningsinstrument binnen hoog-risicogroepen voor de herkenning van depressie bij kinderen van 4 tot 18 jaar gebruik te maken van de CBCL en daarbij met name te kijken naar de score op de DSM IV schaal affectieve problemen.
- De werkgroep beveelt aan om als zelfrapportagelijst voor de herkenning van depressie in hoog-risicogroepen in de leeftijd van 11 tot 18 jaar gebruik te maken van de YSR en daarbij met name te kijken naar de score op de DSM IV schaal affectieve problemen.

Literatuur Screening

- Angold, A., Costello, E.J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. In: The Depressed child and adolescent editor Goodyer, I.M..
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 Nov;35(11):1427-39. Review.
- Ferdinand RF. Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales Anxiety Problems and Affective Problems. J Anxiety Disord. 2008;22(1):126-34.

1009 Goedhart AW, Treffers PDA, Widenfelt BM van (2003) Vragen naar psychische problemen
 1010 bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)'. In:
 1011 *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58(11): 1018-35
 1012
 1013 Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. (2003) Using the Strengths and
 1014 Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community
 1015 sample. In: *International Review of Psychiatry*, 2003 ;15(1-2):166-72.
 1016
 1017 Achenbach TM. (1991) Manual for the child behavior checklist/4-18, YSR, and TRF
 1018 profiles(University of Vermont Department of Psychiatry, Burlington, VT)
 1019
 1020 Cuijpers P, van Straten A, Smits N, Smit F. Screening and early psychological
 1021 intervention for depression in schools : systematic review and meta-analysis.
 1022 *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Aug;15(5):300-7. Epub 2006 Mar 29. Review.
 1023
 1024 Mulligen, J. (2002). *The assessment of depression in children aged 6 through 8*.
 1025 Proefschrift Universiteit van Nijmegen.
 1026
 1027 Muris P, Meesters C, van den Berg F. (2003). The Strengths and Difficulties Question-
 1028 naire (SDQ)--further evidence for its reliability and validity in a community sample of
 1029 Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Jan;12(1):1-8.
 1030
 1031 Verhulst, F., Ende, J., van der, Koot, H. (1996). Handleiding voor de CBCL / 4-
 1032 18, Rotterdam: afdeling Kinder en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis /
 1033 Academisch Ziekenhuis Rotterdam / Erasmus Universiteit Rotterdam
 1034
 1035 Timbremont B, Braet C, Dreessen L. Assessing depression in youth: relation between the
 1036 Children's Depression Inventory and a structured interview. *J Clin Child Adolesc Psychol*.
 1037 2004 Mar;33(1):149-57.
 1038
 1039 van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. Dutch version of the Strengths
 1040 and Difficulties Questionnaire (SDQ).*Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Dec;12(6):281-9
 1041
 1042 Zuckerbrot RA, Jensen PS. Improving recognition of adolescent depression in primary
 1043 care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006 Jul;160(7):694-704. Review.
 1044
 1045 Geanalyseerde artikelen in het artikel van Zuckerbrot (2006)
 1046

Artikel	Onderzoekspopulatie	Screeningsinstrument	Gouden standaard	Validatie and resultaten
Gledhill et al. 2003	N=184 13-17 jr Prevalentie 11%	Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	Schedule for affective disorders and schizophrenia (K-SADS)	Metingen voor en na de training. Voor de training: SE = 20% PPV = 33% Na de training: SE = 43% PPV = 75%

Winter et al.	N = 100 13-16 jr. Prevalentie 11%	Beck Depression Inventory – primary care (BDI-PC)	Primary Care Evaluation of Mood disorders (PRIME-MD)	'major depression' SE = 91% SP = 91% PPV = 56% NPV = 99%
Johnson et al.	N = 403 Prevalentie 12%	Patient Health Care for Adolescents	Primary Care Evaluation of Mood disorders (PRIME-MD) *telefonisch	SE = 73% SP = 94% PPV = 56% (major depressive disorder) PPV = 62% (any depressive disorder)
Schubiner et al.	N = 152 14-23 jr. Prevalentie 21%	Depression Self Report; safe time questionnaire (DSR;STQ) versus Adolescent interview(AI); STQ	Psychologists interview	ROC 88% voor het screenen versus 50% voor het interview. SE = 80% vs 18%; SP = 91% vs 93%; PPV = 71% vs 43%; NPV = 95% vs 80%
Yates et al.	N = 267 13-16 jr. Prevalentie 15-33%	Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	Schedule for affective disorders and schizophrenia (K-SADS)	PPV = 38%

1047
1048

1049 **3.3 Instrumenten voor diagnostiek**

1050

1051 **Inleiding**

1052 Een depressieve aandoening mag alleen dan gediagnosticeerd worden als de symptomen
1053 gepaard gaan met significant persoonlijk lijden en er aanwijsbare gevolgen zijn voor het
1054 sociale functioneren. Dit laatste kan bij een milde depressie minder zichtbaar zijn voor
1055 ouders en anderen.

1056 Voor het vaststellen van de diagnose is het noodzakelijk om over klinische vaardigheden
1057 en tijd te beschikken. Depressieve jongeren zijn niet geneigd om de symptomen aan
1058 derden te vertellen, zelfs niet aan hun ouders. Ook al kunnen adolescenten humeurig zijn
1059 en onvoorspelbaar gedrag vertonen dat is op zichzelf geen symptoom van een depressie.
1060 Zo is ook veel huilen op zichzelf geen symptoom van een depressie, ook niet op
1061 kinderleeftijd (NICE, 2005).

1062

1063 Een depressieve stoornis komt zelden alleen voor. Uit studies binnen algemene
1064 populaties en cliënten populaties blijkt dat bij 50 tot 80% van diegene met een
1065 depressieve stoornissen voldoen tegelijkertijd aan de criteria van een andere stoornis (
1066 Michell et al, 1988; Goodyer & Cooper, 1993; Herbert et al., 1996); 25% oppositionele
1067 gedragstoornis of gedragsstoornissen, 25 % separatieangststoornissen, 15% obsessieve-
1068 compulsieve stoornissen en 5 % overige stoornissen (eetstoornissen andere
1069 angststoornissen of ADHD). De relatie tussen obesitas en een depressie is vooralsnog
1070 onduidelijk maar er bestaat het vermoeden dat er wel sprake is van een samenhang.
1071 Er is vooralsnog geen duidelijk bewijs voor een associatie tussen middelenmisbruik en
1072 depressie. De algemene overtuiging is echter wel dat middelengebruik ingezet wordt door
1073 adolescenten om de sombere stemming te beïnvloeden. Zo blijkt roken onder tieners
1074 geassocieerd te zijn met een verhoogd risico voor middelen misbruik en
1075 psychopathologie (waaronder depressie) in het algemeen (Boys et al., 2003; Meltzer et
1076 al., 2003 a).

1077

1078 Gezien de hoge mate van comorbiditeit is het belangrijk om te benadrukken dat een
1079 symptoom niet meer dan één keer een rol mag spelen bij het vaststellen van meerdere
1080 stoornissen. Een dubbele diagnose mag alleen dan gesteld worden als er sprake is van
1081 twee duidelijk afzonderlijke diagnoses die tegelijkertijd voorkomen. Het is zeldzaam dat
1082 meer dan twee diagnoses tegelijkertijd gesteld worden. Als dat toch het geval is dan
1083 betreft het vaak ernstige psychiatrische problematiek (NICE, 2005).

1084

1085 In de review van Ryan (2005) wordt nogmaals bevestigd dat depressieve stoornissen
1086 frequent samengaan met angststoornissen, dysthymie, externaliserende stoornissen en
1087 middelenmisbruik. Bovendien wordt er een verhoogd risico op vroege zwangerschappen
1088 geconstateerd.

1089

1090 In de klinische praktijk wordt naast onderkende diagnostiek gericht op het vaststellen
1091 van de aanwezigheid van de depressieve stoornis ook psychodiagnostisch onderzoek
1092 verricht naar het persoonlijk functioneren van het kind of de adolescent. Daarbij wordt
1093 gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten, projectieve technieken en
1094 observaties die niet specifiek voor het diagnosticeren van depressieve stoornissen
1095 ontwikkeld zijn. Deze vorm van psychologisch onderzoek wordt gebruikt voor het in kaart
1096 brengen van persoonlijke beschermende factoren of persoonlijke onderhoudende
1097 factoren. Daarbij kan gedacht worden aan het onderzoeken van cognitieve vervormingen,

1098 attributiestijlen, gevoel van eigenwaarde, afweermechanismen, cognitieve capaciteiten,
1099 coping, locus of control, self-efficacy en mate van zelfkritiek (Carr 1999).
1100 In het kader van de beperkte vraagstelling van dit Addendum hebben we geen onderzoek
1101 kunnen doen naar de betrouwbaarheid en validiteit van psychodiagnostisch onderzoek en
1102 de aanvullende waarde ervan voor de behandeling en de behandeluitkomsten. Hierover
1103 worden dan ook geen uitspraken gedaan.

1104

1105 *De uitgangsvraag voor dit onderwerp luidt:*

1106 Welke instrumenten (vragenlijsten en interviews) zijn het meest geschikt om in de
1107 klinische praktijk een depressie vast te stellen, inclusief de ernst van de depressie?

1108

1109 Diagnostische instrumenten zijn veelal ontworpen voor wetenschappelijk onderzoek en
1110 zijn minder bruikbaar in de klinische praktijk, omdat ze tijdsintensief zijn en training
1111 vragen. De diagnostische instrumenten bestaan vooral uit gestructureerde interviews en
1112 in mindere mate uit zelfrapportage lijsten. Een aantal diagnostische instrumenten die in
1113 het buitenland worden gebruikt zijn niet beschikbaar in Nederland omdat er geen
1114 vertaling beschikbaar is en/of de psychometrische gegevens voor de Nederlandse
1115 populatie ontbreken. Voor de volledigheid vermelden we hier de diagnostische
1116 instrumenten die *niet* geselecteerd zijn, onder vermelding van de reden.

1117

- 1118 1. DISC; Diagnostic Interview Schedule for Children. Minder relevant voor de
1119 klinische praktijk.
- 1120 2. DICA-R; Diagnostic interview for Children and Adolescents-revised. Deze
1121 vragenlijst is niet vertaald in het Nederlands.
- 1122 3. CAPA; Child and Adolescent Psychiatric Assessment. Deze vragenlijst is niet in het
1123 Nederlands vertaald.
- 1124 4. CBSK/CBSA; Competentie Belevingsschaal Kinderen/Adolescenten. Deze
1125 vragenlijst kan geen diagnoses vaststellen.
- 1126 5. RCADS; Revised Child Anxiety and Depression Scale is nog in ontwikkeling voor
1127 het Nederlandse taalgebied.

1128

1129 **Wetenschappelijke onderbouwing**

1130 K-SADS

1131 De Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-
1132 SADS) (Kaufman e.a. 1997; Vert. Reichart e.a. 2000) is een semi-gestructureerd
1133 interview voor 6- tot 18- jarigen en levert DSM-IV-diagnoses op. Voor het interview zijn
1134 klinische ervaring en training noodzakelijk. Het meetinstrument kan bij kinderen en
1135 ouders worden afgenomen.

1136 Het kan zowel een actuele depressie als een depressie in het verleden opsporen.

1137 Betrouwbaarheid is acceptabel maar er zijn weinig studies hierna gedaan. Er is evidentie
1138 voor de validiteit inclusief de ernstschalen en het voorspellen van depressie in de tijd
1139 (Ambrosini et al, 1989; Mc Cauley et al., 1988; McGeen & Williams, 1988; Herbert et al.,
1140 1996).

1141 Het instrument is goed in het vaststellen van een depressie en het evalueren van
1142 gedetailleerde psychopathologie. Maar, omdat het instrument veel tijd vergt is het niet
1143 ideaal om te gebruiken voor dagelijks gebruik in de kliniek en tevens is het instrument
1144 inefficiënt in het vaststellen van verandering van de ernst van symptomen.

1145

1146 *geen COTAN beoordeling beschikbaar*

1147
1148 ADIS-C
1149 De ADIS-C/P (Silverman & Albano, 1997; Nederlandse versie van Siebelink & Treffers,
1150 2001) is een semigestructureerd interview, dat is gebaseerd op de DSM-IV classificatie
1151 van psychopathologie (American Psychiatric Association, 1994) af te nemen door een
1152 diagnosticus. Het bestaat uit een interviewschema voor het kind en een interviewschema
1153 voor ouders, die apart van elkaar worden afgenomen. Het instrument heeft het vermo-
1154 gen om alle angststoornissen (separatieangst, sociale fobie, gegeneraliseerde angst,
1155 paniek met en zonder agorafobie, enkelvoudige fobie, posttraumatische stressstoornis,
1156 dwangstoornis) en depressie en dysthymie in kaart te brengen. Maar ook vele andere
1157 stoornissen zoals ADHD, oppositioneel opstandige stoornis en agressieve
1158 gedragsstoornis. De interviewer volgt de procedure van het interview en heeft als
1159 leidraad de gestandaardiseerde vragen die verwijzen naar de DSM-IV-criteria van een
1160 stoornis. Deze criteria bestaan uit de symptomen van de stoornis, de duur en het
1161 interferentieniveau op het dagelijks functioneren. De classificatie die het hoogst scoort op
1162 dit interferentieniveau wordt overwogen als primaire diagnose. Interferentiescores lopen
1163 van 0 (geen belemmering) tot 8 (ernstige belemmering zoals volledig schoolverzuim
1164 vanwege de stoornis, geen vrienden, veel ruzie thuis). Een score vanaf 4 geeft een
1165 stoornis aan, scores lager dan 4 geven een subklinisch beeld aan. De afname van een
1166 interview neemt gemiddeld 1,5 uur in beslag. De ADIS-C/P heeft een voldoende hertest-
1167 betrouwbaarheid (Silverman & Eisen, 1992; Silverman & Rabian, 1995) en gemiddeld tot
1168 hoge inter-beoordelaar betrouwbaarheid (Rapee, Barrett, Dadds & Evans, 1994;
1169 Silverman & Nelles, 1988).

1170
1171 *geen COTAN beoordeling*

1172 SCICA

1173 De SCICA (Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents) is een semi-
1174 gestructureerde onderzoeksmethode waarin de onderzoeker/diagnosticus op
1175 systematische wijze informatie verzamelt over alle domeinen van functioneren. Het
1176 interview duurt ongeveer een uur. De zo verkregen informatie stelt de onderzoeker in
1177 staat om een vragenlijst in te vullen op een vier puntsschaal. Deze vragenlijst kan
1178 uitgewerkt worden en geeft een diagnostisch profiel. Er is een conversie mogelijkheid
1179 naar DSM classificaties. Herhaling van het interview maakt het mogelijk om de
1180 ontwikkeling of het therapie effect te evalueren. Er bestaat van de SCICA een
1181 Nederlandstalige genormeerde versie. Men dient getraind te worden om dit interview af
1182 te nemen. Het is een eenmalig onderzoek. De inter-beoordelaar betrouwbaarheid dient in
1183 team middels intervisies regelmatig geactualiseerd te worden.

1184
1185
1186 *geen COTAN beoordeling*

1187 ASEBA

1188 ASEBA is het acroniem voor "Achenbach System of Empirically Based Assessment".
1189 ASEBA is een verzameling vragenlijsten, interviews en observatielijsten om voor het
1190 aangeven van emotionele en gedragsproblemen. Hieronder valt o.a. de CBCL/YSR en de
1191 SCICA. Zie voor een beschrijving van de CBCL/YSR onder 'screening'

1192
1193
1194 * geen beoordeling in Cotan, 2000*

1195

1196 CBSK/CBSA
 1197 De Competentie Belevingsschaal Kinderen/Adolescenten geeft op een gestandaardiseerde
 1198 wijze een indruk van de wijze waarop een kind zichzelf ervaart en hoe hij zijn eigen
 1199 vaardigheden en adequaatheid op een aantal relevante levensgebieden inschat. De
 1200 schalen bestaan uit 36 items verdeeld over zes subschalen: Schoolvaardigheden, Sociale
 1201 acceptatie, Sportieve vaardigheden, Fysieke verschijning, Gedragshouding en Gevoel van
 1202 eigenwaarde. De psychometrische aspecten van de schalen zijn zowel voor de
 1203 oorspronkelijke als de Nederlandse bewerking uitgebreid onderzocht en goed bevonden.
 1204 Voor beide schalen zijn uitgebreide Nederlandse en Vlaamse normen beschikbaar voor
 1205 respectievelijk kinderen van 8 t/m 12 jaar en jeugdigen van 12 t/m 18 jaar.
 1206 Het instrument kan geen diagnoses stellen maar kan nuttig zijn als onderbouwing van de
 1207 diagnostiek.

1208
 1209 *COTAN-beoordeling*

1210
 1211 Uitgangspunten bij testconstructie: Goed
 1212 Kwaliteit van het testmateriaal: Goed
 1213 Kwaliteit van de handleiding: Goed
 1214 Normen: Voldoende
 1215 Betrouwbaarheid: Voldoende
 1216 Begripsvaliditeit: Voldoende
 1217 Criteriumvaliditeit: Onvoldoende

1218
 1219 **Literatuurbespreking overige literatuur**

1220 In een review van Brooks et al. (2001) werden 160 publicaties over depressie bij
 1221 jongeren bekeken. Er werden 33 verschillende instrumenten geïdentificeerd die de
 1222 diagnose en de ernst van de depressie meten. Ze vonden dat in 1/3 van de studies
 1223 instrumenten werden gebruikt die bedoeld waren voor volwassenen. Van de 33 werden
 1224 er 12 geselecteerd die het meest gebruikt werden. In de review worden de voor- en
 1225 nadelen van deze 12 instrumenten beschreven. Hun conclusies waren als volgt: de meest
 1226 gebruikte instrumenten (K-SADS, DISC en de DICA-R) zijn zwak in het identificeren van
 1227 MDD. Inmiddels zijn er nieuwere versies van deze instrumenten maar er zijn nog geen
 1228 gegevens over de validiteit. Geen van bovenstaande hebben een ernst index en het is
 1229 niet bekend of ze sensitief zijn als er in de tijd gemeten wordt.

1230 Bovenstaande instrumenten hebben een goede "face validity" en de "criterion validity" en
 1231 betrouwbaarheid zijn goed te noemen.

1232
 1233 Renou et al. (2004) vergeleken 2 gestructureerde interviews (DISC en ChIPS) en 4 semi-
 1234 gestructureerde interviews (K-SADS, DICA, CAPA en ISCA) op 4 punten; aangepast aan
 1235 DSM-IV/ICD-10 criteria, aantal stoornissen, reviewed artikelen en aanwezigheid van
 1236 psychometrische data. The K-SADS heeft de beste test/hertest resultaten voor
 1237 angststoornissen en affectieve stoornissen.

1238
 1239 **Conclusies**

Niveau 1	De K-SADS en de ADIS-C zijn semigestructureerde interviewmethodes waarmee depressieve stoornissen bij kinderen en jeugdigen gediagnosticeerd kunnen worden (A2).
-----------------	--

1240

Niveau 2

De SCICA is een (semi) gestructureerd interview waarmee depressieve stoornissen gediagnosticeerd kunnen worden (B).

1241

1242

Overige overwegingen

1243

- Bij een gestructureerd interview is een goede werkrelatie met het kind en ouders van belang;

1244

1245

- De toepasbaarheid van semi-gestructureerde interviews binnen de klinische praktijk is afhankelijk van de investering die de afname van het interview vergt van de interviewer (afnameduur, verwerkingsduur, inzichtelijkheid, complexiteit, benodigde training) en van de geïnterviewden (opbouw, taalgebruik, afnameduur en de mate waarin het interview confronterend is);

1246

1247

1248

1249

1250

- Uit een onderzoek naar het gebruik van semi gestructureerde interviews binnen kinder- en jeugdpsychiatrische centra (Esmeijer, 1998) bleek dat slechts in twee van de 21 centra's deze vorm van diagnostiek toegepast werd (vanwege wetenschappelijk onderzoek). Behalve kosteneffectiviteit wordt vanuit de klinische praktijk ook de beperkte waarde voor de klinische praktijk naar voren gebracht als reden om geen gebruik te maken van deze vorm van diagnostiek. In de afgelopen tien jaar kan hierin al verandering gekomen zijn;

1251

1252

1253

1254

1255

1256

1257

- Het is onvoldoende duidelijk of het toepassen van (semi) gestructureerde interviews kosteneffectief is (tijd, geld en mankracht). (Esmeijer, 1998);

1258

1259

- Gezien de mate van comorbiditeit is het van belang dat het semi gestructureerd interview mogelijkheden biedt om ook comorbide stoornissen te diagnosticeren;

1260

1261

1262

1263

1264

- Het semi gestructureerde interview dient ook in staat te zijn om subklinische depressies te diagnosticeren. Dat is van belang om het beloop van de depressie

1265

1266

Aanbeveling(en)

1267

- Indien ervoor gekozen wordt om gebruik te maken van een semi-gestructureerd interview voor de diagnostiek van depressieve stoornissen bij kinderen van 6 tot 18 jaar dan zijn de volgende instrumenten geschikt: K-SADS of ADIS-C.

1268

1269

1270

1271

- Voor het beloop van een depressie kan gebruik gemaakt worden van de zelfrapportage vragenlijst de CDI.

1272

1273

1274

- Er is onderzoek nodig naar de kosteneffectiviteit van het gebruik van diagnostische middelen.

1275

1276

1277

Literatuur diagnostiek

1278

Ambrosini PJ, Metz C, Prabucki K, Lee JC. Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989 Sep;28(5):723-8.

1279

1280

1281

Brooks SJ, Kutcher S. Diagnosis and measurement of adolescent depression: a review of commonly utilized instruments. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2001

1282

1283

Winter;11(4):341-76. Review.

- 1284 Carr, A. (1999). *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*, Taylor
1285 & Francis Inc. 1087- 1021.
- 1286 Esmeijer, F.J. , Veerman, J.W. , ten Brink, L.T., van Leeuwen, H.M.P. (1998)
1287 Gestructureerde interviews bij DSM-classificatie van probleemgedrag bij kinderen en
1288 jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 19 (1998), 19,p. 263-273
- 1289 Ferdinand, R.F. van Lier M.H.F., van der Most, G.H.F., de Nijs P.F.A , Reichart C.G.,
1290 Dekkers, F.H.W. Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en
1291 jeugdigen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 46(2004)10, 659-664.
1292
- 1293 Ferdinand, R.F., & van der Ende, J. (2002). Nederlandse vertaling van de disc-iv;
1294 Diagnostic Interview Schedule for Children. Rotterdam: Afdeling kinder- en
1295 jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis.
1296
- 1297 Herbert J, Goodyer IM, Altham PM, Pearson J, Secher SM, Shiers HM. Adrenal secretion
1298 and major depression in 8- to 16-year-olds, II. Influence of co-morbidity at presentation.
1299 *Psychol Med.* 1996 Mar;26(2):257-63.
1300
- 1301 Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., e.a. (1997). Schedule of Affective Disorders and
1302 Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (k-sads-pl): initial
1303 reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*
1304 *Psychiatry*, 36, 980-988.
1305
- 1306 Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory.
1307
- 1308 McGee R, Williams S. A longitudinal study of depression in nine-year-old children.
1309 *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988 May;27(3):342-8.
1310
- 1311 McCauley E, Mitchell JR, Burke P, Moss S. Cognitive attributes of depression in children
1312 and adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 1988 Dec;56(6):903-8. No abstract available.
1313
- 1314 Reichart, C.G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). Vertaling k-sads. Utrecht: H.C. Rümke
1315 Groep.
1316
- 1317 Renou S, Hergueta T, Flament M, Mouren-Simeoni MC, Lecrubier Y (2004). Diagnostic
1318 structured interviews in child and adolescent's psychiatry. *Encephale* 30 (2) :122-34.
1319
- 1320 Boys, A., Farrell, M., Taylor, C., et al. (2003) Psychiatric morbidity and substance use in
1321 young people aged 13–15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental
1322 Health. *British Journal of Psychiatry*, 182, 509–517.
1323
- 1324 Goodyer, I.M. & Cooper, P.J. (1993) A community study of depression in adolescent girls.
1325 II:
1326 The clinical features of identified disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 374–380.
1327
- 1328 Herbert, J., Goodyer, I.M., Altham, P.M., et al. (1996) Adrenal secretion and major
1329 depression in 8- to 16-year-olds. II. Influence of co-morbidity at presentation.
1330 *Psychological Medicine*, 26, 257–263.

- 1331
1332 Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., *et al.* (2003a) Mental health of children and
1333 adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15, 185–187.
1334
1335 Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P.M., *et al.* (1988) Phenomenology of depression in
1336 children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*
1337 *Psychiatry*, 27, 12–20.
1338
1339 Ryan, N.D. (2005). Treatment of depression in child and adolescents. *Lancet*, 366, 933-
1340 940.
1341

CONCEPT

1342

1343 **3.4 Risicofactoren en Hoog-risicogroepen**

1344

1345 **Inleiding**

1346 Deze paragraaf identificeert factoren (sociale en individuele) die in verband staan met
1347 depressie bij kinderen en jeugdigen. Hierin wordt dus niet ingegaan op de
1348 methodologische kwaliteit van studies, maar wordt een beschouwelijk overzicht gegeven
1349 van de in de literatuur besproken risicofactoren en hoog-risicogroepen.

1350 Professionals in de gezondheidszorg moeten zich bewust zijn van de beperkingen bij het
1351 ondubbelzinnig vaststellen van depressie en evenzo ook van de beperkingen bij het
1352 vaststellen van factoren die de kans op depressie verhogen.

1353 De combinatie van kennis van risicofactoren en het op een juiste manier gebruik maken
1354 van onderzoeksinstrumenten, kan de sensitiviteit voor het opsporen van deze afwijking
1355 bij kinderen en jeugdigen vergroten.

1356

1357 **Wetenschappelijke onderbouwing (NICE, 2005)**

1358 1. Risico's voor depressie zijn zeer divers en kunnen met elkaar samenhangen.

1359 Enkelvoudige risico's die een depressie van klinische betekenis veroorzaken zijn
1360 zeldzaam.

1361

1362 2. De meerderheid van eerste depressieve periodes doet zich voor bij adolescenten
1363 wanneer er sprake is van op zijn minst twee maar meestal drie al langer bestaande
1364 psychosociale risico's.

1365

1366 3. Acute levensgebeurtenissen zijn zeer belangrijke destabiliserende factoren bij kinderen
1367 die al een hoog psychosociaal risico op een depressie hebben. Het veroorzaakt in 50%
1368 tot 70% van de gevallen een acute depressieve stoornis. Bij de rest van de gevallen blijkt
1369 depressie zich langzamer te ontwikkelen door chronisch aanwezige persoonlijke
1370 problematiek.

1371

1372 4. Erfelijke factoren via serotinerge en adrenerge hormoon systemen kunnen belangrijke
1373 kenmerken zijn bij het bepalen van het vermogen om met negatieve sociale
1374 gebeurtenissen om te gaan.

1375

1376 5. De gemiddelde psychologische kwetsbaarheid voor adolescenten tussen fysiologie en
1377 de sociale omgeving, worden gevormd door een hoog niveau van negatief-cognitief
1378 denken op momenten van slech-te stemming in combinatie met een piekerende denkstijl.

1379

1380 6. Er is steeds meer bewijs dat het patroon en de kracht van risicofactoren varieert met
1381 de ontwikkeling, ernst en aantal periodes van depressie. Het risico op herhaling lijkt toe
1382 te nemen bij een stijgend aantal depressieve perioden in het verleden, hetgeen een
1383 effect van depressie op de hersenfunctie veronder-steld (NICE 2005).

1384

1385 **Classificatie van risicofactoren**

1386 Volgens de Wit (1987, 2000) zijn er risicofactoren zowel in het kind zelf,als in diens
1387 omgeving en diens levensloop:

1388

1389 *Factoren in het kind zelf:*

- 1390 - Genetische factoren: kinderen van depressieve ouders hebben een grotere kans om zelf
1391 ook depressief te worden. Vermoedelijk is het zo dat deze factoren niet rechtstreeks tot
1392 een depressie leiden maar dat zij aanleiding geven tot een aangeboren kwetsbaarheid.
1393 Onder invloed van andere factoren kan dan mogelijk een depressie ontstaan (Joiner
1394 1999).
- 1395 - Temperament: Introverte kinderen hebben meer kans op het ontwikkelen van een
1396 depressie doordat zij negatieve gevoelens eerder bij zich houden dan afreageren.
1397 Extravert temperament kan ook tot een depressie leiden wanneer het kind door ouders
1398 wordt afgewezen vanwege het drukke en storende gedrag.
- 1399 - Affect- en arousalregulatieproblemen: Kinderen die als gevolg van ervaringen van
1400 tekort en/of afwijzing in de vroege jeugd langdurig in een situatie van verdriet, spanning
1401 of onlust verkeren, hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van depressieve
1402 klachten. Door overprikkeling van de structuren in de hersenen, die met de verwerking
1403 van spanning en dysforie te maken hebben, wordt het evenwicht met de eufore
1404 structuren verstoord; hetgeen leidt tot een onvermogen om met negatieve gevoelens om
1405 te gaan.
- 1406 - Een negatieve cognitieve stijl: Kinderen die als gevolg van eerdere negatieve, pijnlijke
1407 ervaringen negatieve cognities en een negatieve cognitieve denkstijl hebben ontwikkeld,
1408 hebben de neiging om nieuwe ervaringen negatief te interpreteren (Coyne,1976).
- 1409 - Hechtingsproblemen: Kinderen met een onveilige hechting hebben meer kans op het
1410 ontwikkelen van eerder genoemde affect- en arousalproblemen, en op het ontstaan van
1411 een negatieve cognitieve stijl.
- 1412 - Puberteit en vrouwelijk geslacht: Tijdens de puberteit neemt de prevalentie van
1413 depressie bij jeugdigen sterk toe, zowel voor jongens als voor meisjes, maar bij meisjes
1414 is de toename sterker. Vrouwelijk geslacht is dus naast de puberteit een risicofactor.
- 1415 - Eerdere depressieve periodes: Kinderen die al eerder last hebben gehad van een
1416 depressieve episode, hebben een vergrote kans deze weer te krijgen. Waarschijnlijk
1417 wordt dit veroorzaakt door effecten van de depressie op het functioneren van de
1418 hersenen en op het cognitieve systeem van het kind
- 1419 - Kind zijn: Het kind zijn van de jeugdige bepaalt dat het extra afhankelijk is van en
1420 ontvankelijk voor de boodschap van anderen, met name van ouders, familieleden en
1421 leerkrachten. Wanneer die boodschappen steeds weer negatief zijn, kan dat een ernstig
1422 versturende werking hebben op het beeld wat het kind van zichzelf en de omgeving
1423 ontwikkelt. Ook heeft het een negatief effect op het zelfvertrouwen en de autonomie van
1424 het kind.
1425
- 1426 *Factoren in de omgeving van het kind*
- 1427 - Depressie bij een ouder: Depressieve ouders hebben een grotere kans dat hun kind ook
1428 depressief zal zijn. Dit wordt in eerste instantie veroorzaakt door de reeds eerder
1429 beschreven genetische factoren. Daarnaast is het zo dat depressieve ouders moeite
1430 hebben met het normale drukke ondernemende gedrag van hun kind en het daarom
1431 afwijzen of dwingen zich aan te passen. Ook het voorbeeld gedrag van de ouder,
1432 reageren van uit een depressieve probleemoplossing- en copingstijl op problemen, is
1433 een belangrijke factor (Pilovsky, 2006, Weissman, 2006, Juh, 2006)).
- 1434 - Ziekte of aandoening van een ouder of gezinslid: Als een gezinslid kampt met een
1435 chronische aandoening of ziekte die van de gezinsleden veel aanpassing vraagt, lopen
1436 de kinderen in dat gezin het risico dat zij hun ontwikkelingsdrang te veel moeten
1437 afremmen. Dit samen met het idee dat mogelijk ontstaat dat het belang van het zieke
1438 gezinslid prevaleert boven dat van de anderen.

1439 - Opvoedingsstijl en affectiviteit: een autoritaire, onderdrukkende of afwijzende
1440 affectieve opvoedingsstijl kan een sterk depressief makende uitwerking hebben op een
1441 kind Daarnaast kan een over beschermende opvoedingsstijl ook negatief uitwerken
1442 omdat deze de ontplooiingskansen van een kind afremt en de boodschap afgeeft dat het
1443 kind het niet alleen kan.
1444 - Seksueel misbruik en mishandeling: De ervaring van overweldigd worden in geval van
1445 seksueel misbruik en mishandeling veroorzaakt bij het kind het gevoel dat eigenheid en
1446 integriteit niet tellen; ondergeschikt zijn aan het belang van de dader. Dat is in
1447 combinatie met angst en pijn zeer depressogeen.
1448 - Pesten: Dit gebeurt op een andere manier ook bij pesten. Ook dan onderwerpen andere
1449 het kind aan hun eigen gedrag en gebruiken het voor hun eigen behoeften. De ervaring
1450 dat eigenheid en integriteit niet tellen is ook dan de depressogene factor
1451 - culturele conflicten: Kinderen die door ethnische of religieuze culturele achtergrond in
1452 een gedrags-patroon worden opgevoed waarin individuele ontplooiingsmogelijkheden
1453 afgeremd worden, kunnen ernstige emotionele en relationele conflicten krijgen wanneer
1454 zij in aanmerking komen met andere culturen en met een gedragswijze die voor hen zelf
1455 niet mogelijk is. Dit kan tot het ontstaan van een depressie bijdragen (Guiao,2004).

1456

1457 *Factoren in de levensloop van het kind*

1458 Diverse risicofactoren in de levensloop kunnen tot het ontstaan van een depressie
1459 bijdragen: ervaringen van verlies door dood, echtscheiding, verlating of verhuizing,
1460 traumatisering als gevolg van oorlog en geweld; herhaalde mislukking of tegenslag,
1461 mogelijk ten gevolge van een beperking, handicap of ziekte.
1462 Meestal zullen deze gebeurtenissen op zich niet een aanleiding zijn tot het ontstaan van
1463 een depressie. Dat gebeurt pas als ze met een andere potentieel depressogene factoren
1464 samenkomen.

1465

1466 *Beschermende factoren*

1467 Beschermende factoren kunnen het effect van eerder genoemde risicofactoren
1468 verminderen of ongedaan maken. Dit betekent dus dat het effect van risicofactoren
1469 wordt bepaald door de aan- of afwezigheid van protectieve factoren. Humor,
1470 weerbaarheid tegen stress, eerdere positieve ervaringen in het omgaan met stress,
1471 veerkracht, sociale en communicatieve vaardigheden, het vermogen om agressie
1472 constructief te gebruiken en een goede lichamelijke gezondheid zijn bijvoorbeeld
1473 kindkenmerken met een beschermende werking. Omgevingskenmerken die beschermend
1474 werken zijn een veilige hechting, een sterk ondersteuningsnetwerk, weinig ruzie in het
1475 gezin, goede en stimulerende contacten met leeftijdgenoten en anderen, openheid in de
1476 communicatie en het ondernemen van plezierige activiteiten.

1477

1478 *Zelf onderhoudende processen*

1479 Depressies hebben een zichzelf onderhoudend effect. Zo presteren depressieve kinderen
1480 minder goed op school dan ze qua intelligentie zouden kunnen waardoor ze te weinig
1481 bevestiging krijgen van hun competentie, hetgeen versterkend kan werken op hun
1482 depressie. Ook hebben depressieve kinderen de neiging nieuwe ervaringen vanuit hun
1483 depressieve cognitieve stijl te interpreteren en daarin dus vooral het negatieve te
1484 zien, waardoor ze hun depressie onderhouden en versterken. Depressieve kinderen zijn
1485 voor hun omgeving vaak moeilijk en ondankbaar om mee om te gaan, waardoor zij in de
1486 omgang met anderen vaak afwijzende reacties uitlokken en daarmee de versterking van
1487 hun negatieve zelfbeeld en dus hun depressie. Vermoedelijk is het zo dat een depressie

1488 de werking van het centrale zenuwstelsel beïnvloedt op een zodanige manier dat de
1489 structuren die met depressief denken en voelen te maken hebben langdurig extra
1490 geprikkeld of overprikkeld zijn en te weinig tegenwicht van andere structuren ervaren.
1491 Dit heeft mogelijk een onderhoudend effect en vergroot de kans dat zij in een later
1492 stadium bij de minste of geringste aanleiding opnieuw geprikkeld zullen worden
1493 (ingeslepen circuits), waardoor de kans op recidive toeneemt, terwijl de aanleidingen
1494 voor een volgende depressieve episode steeds minder ernstig hoeven te zijn.

1495

1496 **Overige overwegingen**

1497 **Hebben lezers in de commentaarfase hier overwegingen?**

1498

1499 **Aanbeveling(en)**

1500 - Gezondheidszorgprofessionals in de eerstelijnszorg, op scholen en in andere relevante
1501 maatschappelijke instellingen zouden getraind moeten worden om symptomen van
1502 depressie te ontdekken, en kinderen en jeugdigen die risico lopen op depressie moeten
1503 beoordelen. De training moet psychosociale risicofactoren in het heden en vanuit het
1504 verleden omvatten: zoals leeftijd, geslacht, familieruzie, pesten, mishandeling,
1505 seksueel misbruik of emotionele verwaarlozing, comorbiditeit inclusief drugs- en
1506 alcoholgebruik, behandelingsgeschiedenis en relevante gegevens betreffende
1507 levensloop en biografie van de ouders; verlieservaringen in het verleden; het belang
1508 van meervoudige risicofactoren; etnische en culturele factoren; en factoren waarvan
1509 bekend is dat deze zijn gerelateerd aan een hoog risico op depressie en andere
1510 gezondheidsproblemen, zoals dakloos zijn, een vluchtelingenstatus en leven in
1511 zorginstellingen.

1512

1513 - Gezondheidszorgprofessionals in de eerstelijnszorg, op scholen en in andere relevante
1514 maatschappelijke instellingen zouden getraind moeten worden in communicatieve
1515 vaardigheden zoals actief luisteren en conversatietechniek, zodat zij goed kunnen
1516 omgaan met acuut verdriet en geestelijke nood (situationele dysforie), die bij kinderen
1517 en jonge mensen aangetroffen kan worden na recente negatieve ervaringen.

1518

1519 - Gezondheidszorgprofessionals in de eerstelijnszorg, op scholen en in andere
1520 relevante maatschappelijke instellingen, die steun bieden aan een kind of een jeugdige
1521 met situationele dysforie, zouden sociale en milieufactoren moeten onderzoeken als de
1522 dysforie een meer blijvend karakter krijgt.

1523

- 1524 - 2^e of 3^e-lijns gezondheidszorgprofessionals zouden moeten samenwerken met
1525 professionals in de eerstelijns gezondheidszorg, het maatschappelijk werk, leerkrachten
1526 en counselors van scholen en andere relevante maatschappelijke instellingen, om
1527 training te bieden en om etnisch en cultureel gevoelige instrumenten te ontwikkelen
1528 voor beoordeling, ondersteuning en verwijzing van kinderen en jeugdigen, die
1529 depressief zijn of een significant risico op depressie lopen.
1530
- 1531 - Wanneer een kind of jong persoon wordt blootgesteld aan één enkele recente
1532 ongewenste levenservaring, zoals rouw, scheiding van de ouders, separatie of een
1533 ernstig teleurstellende ervaring, zouden gezondheidszorgprofessionals in de
1534 eerstelijnszorg, op scholen en andere relevante maatschappelijke instellingen, een
1535 beoordeling van de risico's op depressie gerelateerd aan de gebeurtenis moeten
1536 uitvoeren. Daarbij moet ook contact met ouder(s) of verzorger(s) worden opgenomen
1537 om ouderlijke/ verzorgers- en professionele rapportages samen te voegen. Het hieruit
1538 gedestilleerde risicoprofiel van het kind of van de jeugdige moet worden geregistreerd.
1539
- 1540 - Wanneer een kind of jeugdige wordt blootgesteld aan één enkele recente ongewenste
1541 gebeurtenis, zoals rouw, scheiding van de ouders, separatie of een ernstig
1542 teleurstellende ervaring, waarbij geen andere risicofactoren voor depressie aanwezig
1543 zijn, zouden gezondheidszorgprofessionals in de eerstelijnszorg, het maatschappelijk
1544 werk, leerkrachten en counselors op scholen en andere relevante maatschappelijke
1545 instellingen, steun moeten bieden aan het kind of jeugdige en de mogelijkheid om over
1546 de gebeurtenis te praten.
1547
- 1548 - Een kind of jeugdige moet niet standaard na een negatieve gebeurtenis worden
1549 doorverwezen voor verdere beoordeling of behandeling, aangezien het onwaarschijnlijk
1550 is dat één enkele gebeurtenis tot depressie zal leiden.
1551
- 1552 - Een kind of jeugdige, die recent is blootgesteld aan een ongewenste gebeurtenis, zoals
1553 rouw, scheiding van de ouders, separatie of een ernstig teleurstellende ervaring en
1554 waarvan is vastgesteld dat hij/zij risico op depressie loopt (bij de aanwezigheid van
1555 twee of meer andere risicofactoren voor depressie), zou de mogelijkheid moeten
1556 krijgen om over de recente negatieve ervaringen te spreken met een 1^e-lijns profes-
1557 sional en moet worden beoordeeld op de aanwezigheid van depressieve symptomen.
1558 Vroege verwijzing zou moeten worden overwogen als er aanwijzingen zijn voor
1559 depressie en/of zelfbeschadiging.
1560
- 1561 - Een kind of jeugdige, die recent is blootgesteld aan een ongewenste gebeurtenis, zoals
1562 rouw, scheiding van de ouders, separatie of een ernstig teleurstellende ervaring, en
1563 waar één of meerdere familieleden (ouders of kinderen) meervoudige risicofactoren van
1564 depressie hebben, zou de mogelijkheid moeten krijgen om over hun recente negatieve
1565 ervaringen te spreken met een 1^e-lijns professional en moeten worden beoordeeld op
1566 de aanwezigheid van depressieve symptomen. Vroege verwijzing zou moeten worden
1567 overwogen als er aanwijzingen zijn voor depressie en/of zelfbeschadiging.
1568
- 1569 - Gezondheidszorgprofessionals in de eerstelijnszorg zorg moeten goed uitleg geven aan
1570 ouders en kind over alle aspecten van depressie, opdat zij eerder aan verdere
1571 hulpverlening zullen meewerken en niet te snel met een behandeling zullen stoppen.
1572

1573
1574
1575
1576
1577
1578
1579
1580
1581
1582

- Wanneer de klinische voortgang van kinderen en jonge mensen met depressie wordt gevolgd in de 2^e-lijns zorg, zou een zelfrapportage instrument als toevoeging aan het klinische oordeel moeten worden overwogen.
- 2^e of 3^e-lijns gezondheidszorgprofessionals die ouders met psychiatrische problematiek in behandeling hebben, moeten kinderen van deze ouders beoordelen op de aanwezigheid van depressieve symptomen. Vroege verwijzing en/of interventie zou moeten worden overwogen als er aanwijzingen zijn voor depressie en/of zelfbeschadiging.

CONCEPT

1583 **H4 Preventie**

1584

1585 **Inleiding**

1586 De werkgroep acht het van belang om niet alleen uitspraken te doen over kinderen en
1587 jongeren die reeds voldoen aan de diagnose depressie, maar tevens over jongeren voor
1588 wie een interventie preventief zou kunnen werken. In de kindertijd en adolescentie
1589 ontstaan vaak de eerste depressieve episodes, met een verhoogd risico op depressie op
1590 volwassen leeftijd. Het voorkomen van depressie in de jeugd zou dus wellicht
1591 depressieve episodes kunnen voorkomen of uitstellen.

1592

1593 Onder preventie verstaan we het aanbieden van bepaalde interventies aan jongeren met
1594 als doel het voorkómen van depressie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen universele,
1595 selectieve en geïndiceerde preventie. Bij universele preventie wordt een interventie
1596 aangeboden aan grote groepen mensen uit de normale bevolking (bijvoorbeeld
1597 schoolkinderen). Bij selectieve preventie wordt de interventie aangeboden aan
1598 hoogrisico-groepen, zoals kinderen van ouders met een psychische aandoening. Bij
1599 geïndiceerde preventie worden de kinderen of jongeren gescreend op symptomen van
1600 depressie en krijgen alleen de kinderen of jongeren subklinisch nivo van klachten de
1601 interventie aangeboden.

1602

1603 De uitgangsvraag van de werkgroep is of bepaalde interventies preventief kunnen
1604 werken ter voorkóming of uitstel van een depressie. Hierbij moet is ogenschouw worden
1605 genomen dat een preventieve interventie effectief is als de klachten verminderen, maar
1606 ook als de klachten niet verergeren of niet leiden tot een depressieve episode. Het is
1607 onduidelijk welke follow-up termijn er moet worden aangehouden om hierover zinvolle
1608 uitspraken over te kunnen doen.

1609

1610 In 2006 is een meta-analyse verschenen over de effecten van preventie van depressie bij
1611 kinderen en jongeren (Horowitz, 2006). In dit hoofdstuk worden allereerst de
1612 belangrijkste conclusies uit deze meta-analyse besproken. Vervolgens worden de studies
1613 besproken die na het verschijnen deze meta-analyse zijn verschenen en wel belangrijk
1614 zijn voor de uiteindelijke conclusies.

1615

1616 **Wetenschappelijke onderbouwing**

1617 Horowitz & Garber (2006) beschrijven in een meta-analyse 30 RCTs over de
1618 preventie van depressie bij kinderen en jongeren. Publicaties waren afkomstig uit
1619 PsychInfo (t/m 2005) in combinatie met een handmatige search in alle relevante
1620 tijdschriften. Zowel studies gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften als
1621 ongepubliceerde dissertaties zijn opgenomen in de meta-analyse. De studies werden
1622 beoordeeld door twee onafhankelijke beoordelaars. Per studie werd één effectgrootte
1623 (ES) berekend op basis van een zelfrapportage (CDI, BDI enz) Hierbij werd rekening
1624 gehouden met de grootte van de afzonderlijke studies. De geaggregeerde ES uit alle
1625 studies was 0,16 op de nameting en 0,11 at follow-up (klein effect). Vervolgens werd
1626 uitgesplitst naar universele (12 studies), geïndiceerde (9 studies) en selectieve preventie
1627 (9 studies). Bij selectieve preventie waren studies opgenomen over kinderen van
1628 gescheiden ouders, kinderen van een ouder met alcoholverslaving, kinderen van een
1629 recent overleden ouder, kinderen van een ouder met stemmingsstoornissen, kinderen
1630 van minderheden met een lage SES en specifiek meisjes. De geïndiceerde interventies

1631 richtten zich vooral op kinderen en jongeren die hoog scoren op depressieve symptomen.
1632 In twee van deze studies konden ook kinderen en jongeren deelnemen die aangaven
1633 thuis veel conflicten te hebben.
1634 De ES van selectieve preventieve interventies (nameting ES = 0,30; follow-up ES =
1635 0,34) was significant groter dan de ES van de universele preventieve interventies
1636 (nameting ES = 0,12; follow-up ES = 0,02). Geïndiceerde preventieve interventies lieten
1637 op de nameting (ES = 0,23) marginaal significant betere effecten zien en bij follow-up
1638 (ES = 0,31) significant betere effecten zien dan universele preventieve interventies.
1639 Selectieve interventies en geïndiceerde interventies verschilden onderling niet significant.
1640 De positieve effecten in de verschillende studies waren vooral verbeteringen bij de
1641 kinderen (meestal bestaande uit een afname van depressieve klachten (=
1642 behandel-effect) en er was minder sprake van daadwerkelijke preventie van ergere
1643 klachten (toename in controlegroep t.o.z. experimentele groep). Het zou kunnen zijn dat
1644 de follow-up periodes die tot nu toe werden gehanteerd hiervoor onvoldoende waren. De
1645 positieve effecten gelden voornamelijk voor de selectieve en geïndiceerde interventies.
1646 De meeste universele interventies bleken niet effectief (mate van bewijs A1).
1647 In de meta-analyse zijn alle studies t/m 2005 opgenomen. Sindsdien zijn nog zes
1648 relevante studies verschenen. De meeste studies geven hetzelfde beeld als de meta-
1649 analyse.

1650
1651 Er werd een grote studie (Horowitz et al., 2007) gedaan naar universele preventie
1652 van depressie bij jongeren op scholen op basis van een cognitief gedragstherapeutisch
1653 programma (CGT) en een interventie gebaseerd op Interpersoonlijke Psychotherapie
1654 (IPT). 380 leerlingen namen deel aan de studie. CGT en IPT bleken direct na de
1655 interventie wel effectiever dan geen interventie (en dan met name voor de jongeren met
1656 subklinische depressieve klachten), maar bij follow-up was er geen effect van beide
1657 preventieve interventies ten opzichte van de groep zonder interventie (mate van bewijs
1658 B).

1659 De tweede studie die zich richtte op universele preventie vergeleek de uitkomsten
1660 van een internet-interventie (MoodGym; 5 modules van ca 30-60 minuten) met een
1661 regulier lespakket over persoonlijke ontwikkeling bij 78 schoolgaande jongens in de
1662 leeftijd van 15 -16 jaar (O'Kearney et al., 2006). De kinderen werden niet vooraf
1663 gescreend op de aanwezigheid van depressieve klachten (universele preventie) en
1664 groepsindeling vond niet at random plaats. Het doel van de interventie was het
1665 verstrekken van informatie over depressie en het aanleren van vaardigheden om met
1666 depressieve symptomen te kunnen omgaan, en was gebaseerd op de principes van
1667 cognitieve gedragstherapie. De uitval uit de interventie was groot, slechts 40% van de
1668 deelnemers volgde 3 of meer modules. De MoodGym leek iets effectiever in het
1669 voorkómen van klinisch depressieve jongeren: na 16 weken werd in de controlegroep
1670 een toename gevonden in het aantal jongens met klinisch relevante depressie (CES-D
1671 score van 16 of hoger; 17% op de voormeting vs. 30% op de nameting) terwijl dit aantal
1672 in de interventiegroep vrijwel gelijk bleef (22% op de voormeting vs. 19% op de
1673 nameting). Dit verschil in effectiviteit tussen beide groepen was niet statistisch
1674 significant. Gezien de kleine steekproef is dit echter niet verrassend (mate van bewijs B).
1675 Voorts zijn er twee kleinere studies verschenen rond geïndiceerde preventie. De eerste is
1676 van Gillham et al. (2006) en beschrijft de effectiviteit van een interventie die is
1677 gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en bestaat uit zowel een kinderinterventie
1678 (Penn Resiliency Program (PRP)) als een ouderinterventie. In deze pilotstudie werden 44
1679 jongeren at random verdeeld over de experimentele interventie PRP met

1680 oudercomponent en een 'geen interventie' controle conditie. Uit de intention-to-treat
1681 analyses kwam naar voren dat kinderen uit de PRP+ conditie significant minder
1682 depressieve en angstklachten rapporteerden tijdens de follow-up periode (6-maands en
1683 12-maands metingen; niet op de nameting). Hoewel het aantal kinderen in beide
1684 condities met klinisch relevante depressie en angst een vergelijkbaar beeld schetsen
1685 (depressie: PRP+ 10% en controle 30%; angst: PRP+ 5% en controle 30%) was het
1686 verschil tussen de condities alleen significant voor klinisch relevante angst. De auteurs
1687 noemen de interventie veelbelovend (mate van bewijs B).

1688 De andere studie naar geïndiceerde preventie betreft een pilotstudie naar de
1689 effectiviteit van een op IPT gebaseerd groepstraining (Interpersonal Therapy –
1690 Adolescent Skills Training (IPT-AST); Young et al., 2006) voor subklinisch depressieve
1691 jongeren. Er werd een vergelijking gemaakt tussen IPT-AST en een de reguliere zorg
1692 (bestaande uit een aantal psychodynamisch georiënteerde gesprekken). Op alle
1693 nametingen was sprake van een significant verschil in depressieve klachten volgens de
1694 CES-D en het algemeen functioneren volgend de CGAS, met gestandaardiseerde
1695 effectgroottes variërend tussen 0,82 en 1,52. Het verschil in het aantal diagnoses van
1696 een depressieve stoornis gedurende de gehele follow-up tijd was bijna significant (1
1697 diagnose IPT-AST; 3,7 % en 4 diagnoses SC; 28,6%; $p = 0,080$). Deze eerste
1698 bevindingen zijn een aanwijzing dat deze IPT-AST effectief kan zijn als geïndiceerde
1699 preventie (mate van bewijs B).

1700 Wat betreft selectieve preventie verscheen een artikel over de kosteneffectiviteit
1701 van een groepsinterventie (Coping with Stress Course; Clarke et al., 2001) bij kinderen
1702 van ouders met stemmingsstoornissen (Lynch et al., 2005). 94 jongeren van 13-18 jaar
1703 werden gerandomiseerd over reguliere zorg of reguliere zorg + een groepstraining. Uit de
1704 berekeningen volgt dat de kosten van de interventie \$9275 per QALY (quality-adjusted
1705 life-year) zijn, waarbij de kosten overigens voornamelijk werden gemaakt bij het
1706 opsporen en screenen van de risicokinderen. Aangezien een interventie kosteneffectief
1707 wordt geacht als deze minder dan 20.000 of 50.000 euro per QALY kost, lijkt het ook wat
1708 betreft de kosten de moeite waard om deze interventies aan te bieden aan kinderen van
1709 ouders met stemmingsstoornissen (mate van bewijs B).

1710 Tot slot verscheen de uitgebreide studie van Sheffield et al. (2006), die als eerste
1711 en enige een directe vergelijking maakte tussen de effectiviteit van geïndiceerde en
1712 universele preventie. Er werden drie preventieve interventies gebaseerd op cognitieve
1713 gedragstherapie onderling vergeleken en met een controlegroep zonder interventie. De
1714 RCT werd uitgevoerd op 34 scholen, welke at random over de vier onderzoekscondities
1715 werden verdeeld. Bij de studie waren 2479 jongeren betrokken in de leeftijd van 13-15
1716 jaar, waarvan 521 jongeren op de voormeting depressieve klachten hadden. De eerste
1717 experimentele interventie (8 scholen) was een universele preventieve interventie,
1718 waarbij de hele schoolklas een programma aangeboden kregen bestaande uit cognitieve
1719 herstructurering en het verbeteren van het probleemoplossend vermogen. Het
1720 programma bestond uit 8 wekelijkse sessies van 45 minuten, aangeboden door de
1721 leerkracht. De tweede experimentele interventie (9 scholen) was een geïndiceerde
1722 preventieve interventie. In groepjes van ongeveer 8 – 10 leerlingen werd gewerkt aan
1723 dezelfde vaardigheden onder leiding van een hulpverlener (schoolpsycholoog of
1724 medewerker van de GGZ). Door de kleinere groepsgrootte en langere duur (8 wekelijkse
1725 sessies van 90 minuten) kon meer aandacht worden besteed aan het trainen van
1726 interpersoonlijke vaardigheden en individuele bekrachtiging. De derde experimentele
1727 interventie bestond uit een combinatie van beiden; eerst de universele interventie en
1728 aansluitend de geïndiceerde interventie (8 scholen). Uitkomstmaten waren depressieve

1729 klachten (gemeten met de CDI en CES-D) en de incidentie van depressieve stoornissen
 1730 (DSM-diagnose). Meetmomenten waren baseline, direct na de interventie en een 1-jaars
 1731 follow-up meting. In eerste instantie werd een vergelijking gemaakt tussen alle
 1732 leerlingen met depressieve klachten (dus uitsluitend de leerlingen met een verhoogd
 1733 risico op het ontstaan van een depressieve stoornis) uit de vier onderzoekscondities. Dit
 1734 leverde geen significante verschillen op. Vervolgens is een vergelijking gemaakt tussen
 1735 alle leerlingen uit de universele preventieve interventie en alle leerlingen uit de
 1736 controlegroep (dus ook de leerlingen zonder depressieve klachten). Ook dit leverde geen
 1737 verschillen op (mate van bewijs B). De resultaten van deze studie (Sheffield et al., 2006)
 1738 komen deels overeen met de meta-analyse (Horowitz, 2006) en met resultaten uit
 1739 andere studies: universele preventie leidt doorgaans niet tot significant meer verbetering
 1740 bij een actieve interventie dan bij een controlegroep. Wat betreft de geïndiceerde
 1741 interventie wijkt deze studie af van eerdere bevindingen die overall wel een positief effect
 1742 lieten zien.

1743
 1744

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat universele preventieprogramma's gericht op depressieve symptomen bij jongeren niet significant effectiever zijn dan geen interventie. Er is geen significant verschil in de vermindering van depressieve klachten, noch in het voorkomen van depressieve stoornissen. A1: Horowitz & Garber (2007)
-----------------	---

1745

Niveau 1	Het is aangetoond dat geïndiceerde preventieprogramma's voor kinderen en jongeren uit de normale bevolking met een verhoogd depressie-nivo effectief zijn in het verminderen van depressieve klachten. A1: Horowitz & Garber (2007)
-----------------	--

1746

Niveau 1	Het is aangetoond dat selectieve preventie bij hoogerisicokinderen (zoals kinderen van ouders met psychische klachten) kan helpen psychische klachten bij deze kinderen te verminderen en te voorkómen. A1: Horowitz & Garber, 2007
-----------------	--

1747

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat een interventie bij kinderen van ouders met stemmingsstoornissen effectief en kosteneffectief is. B: Clarke et al., 2001; Lynch, et al., 2005
-----------------	---

1748

Overige overwegingen

- 1749
- 1750 • Universele preventie is overall niet effectiever dan geen interventie in het
 - 1751 voorkómen van depressie bij kinderen of jongeren;
 - 1752 • In de praktijk worden universele preventieprogramma's op scholen echter niet
 - 1753 alleen ingezet ter voorkóming van depressie, maar is er vaak een bredere
 - 1754 doelstelling (zoals het creëren van een goede sfeer op school);
 - 1755 • Het is erg moeilijk vast te stellen of universele preventie op den duur iets
 - 1756 oplevert, omdat hiervoor erg grote groepen nodig zijn die lang gevolgd moeten

1757 worden om daadwerkelijk een preventief effect vast te stellen. In de toekomst kan
 1758 dit eventueel andere resultaten geven;

- 1759 • Verreweg de meeste onderzochte interventies zijn gebaseerd op cognitieve
 1760 gedragstherapie en één is gebaseerd op interpersoonlijke psychotherapie. De
 1761 inhoud van de diverse programma's is zeer divers. Sommige interventies gaan
 1762 meer uit van het oplossen van problemen (bijv negatieve gedachten ombuigen),
 1763 terwijl andere programma's zich meer richten op het versterken van de gezonde
 1764 kanten van de kinderen. De ingrediënten van de behandeling waren bijvoorbeeld
 1765 gezinsgerichte psycho-educatie, probleem oplossende vaardigheden, planning van
 1766 plezierige activiteiten (al dan niet met ouders of vrienden), herkenning van
 1767 gedachten, de samenhang tussen gedachten en gevoelens, cognitieve
 1768 herstructurering, leren oplossen van conflicten (met ouders of vrienden), emoties
 1769 uiten en active coping. Al met al verschillen de onderzochte interventies behoorlijk
 1770 in het soort interventies dat wordt gedaan. Er is nog geen zicht op de
 1771 noodzakelijke ingrediënten voor een effectieve behandeling;
- 1772 • Aangezien angststoornissen bij kinderen en jongeren vaak een depressie vooraf
 1773 gaan, zou het zo kunnen zijn dat een preventieve interventie gericht op
 1774 symptomen van angst ook effecten heeft op het voorkómen van depressie. Dit is
 1775 echter nog niet bewezen, en hier dient nader onderzoek naar gedaan te worden;
- 1776 • Er zijn programma's die effectief zijn gebleken in het buitenland en waarvan het
 1777 zinvol is om te onderzoeken of ze in Nederland toepasbaar zijn;
- 1778 • In Nederland zijn veel preventie-programma's beschikbaar, maar slechts een
 1779 enkeling is ook daadwerkelijk onderzocht op effectiviteit in Nederland.
 1780 Onderstaande tabel tracht enigszins een overzicht te geven van beschikbare
 1781 interventies in Nederland.
 1782

	Naam interventie	Korte beschrijving	Status wat betreft onderzoek naar effectiviteit
Selectieve preventie	Cursus Kopstoring en www.kopstoring.nl	Website met informatie voor kinderen met ouders met psychische problemen. Interactieve chatcursus voor jongeren van 16-25 jaar	Interventie wordt momenteel in Nederland onderzocht, niet internationaal.
	Kopp op / KOPP-groepen / doe-praatgroep in vele locale varianten	Groepen voor kinderen (8-12 jaar en voor adolescenten) van ouders met psychische problemen	Wordt momenteel in Nederland onderzocht, niet internationaal.

	Naam interventie	Korte beschrijving	Status wat betreft onderzoek naar effectiviteit
	Psycho-educatieve gezinsinterventie (Beardslee)	Gezinnen met ouder(s) met psychische problemen met tenminste 1 kind 9-14 jaar. Gericht op bevorderen communicatie, 6 – 8 gezinsgesprekken	Positieve resultaten uit gecontroleerd Amerikaans onderzoek, lopend onderzoek in Nederland
Geïndiceerde preventie	Pak aan	Groepstraining van 18 zittingen voor kinderen van 8-13 jaar met depressieve klachten. Nederlandstalige bewerking van Taking Action (Kendall & Stark, 1996)	Positieve resultaten in een gecontroleerde Vlaamse studie
	Doepressie (Stikkelbroek et al., 2005) (www.doepressie.nl)	Cursus van 15 bijeenkomsten van 1.5 uur voor jongeren van 16-21 jaar, geschikt voor jongeren met milde klachten en voor jongeren met een depressieve stoornis.	Vertaling en bewerking van effectief gebleken Coping with Depression Course van Clarke et al., 1990
	Stap op weg (Paauw en Kramer)	Cursus voor jongeren van 14-18 jaar, verkorte versie van Doepressie	Wordt ontwikkeld in Nederland, gebaseerd op de Coping with Depression Course van Clarke et al., 1990
	Head up	Groepstraining van 8 zittingen voor jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten	Nederlandse vertaling / bewerking van de effectief gebleken Coping with Depression Course (Clarke et al., 2001).

	Naam interventie	Korte beschrijving	Status wat betreft onderzoek naar effectiviteit
	Grip op je dip (Voordouw, Kramer en Cuijpers, 2002) (www.gripopjedip.nl)	Informatiesite, online cursus en mailen met een dipdeskundige voor jongeren 16-25 jaar met depressieve klachten	Twee pilot-onderzoeken in Nederland met positieve resultaten, momenteel in onderzoek in Nederland, niet internationaal. Eveneens een bewerking van Coping with Depression (Clarke et al., 2001)
	Zwaar weer (www.zwaarweer.nl)	Informatiesite over depressie (met zelftest en adviezen)	Geen informatie
	Stemmingmakerij (Ruiter, 1997)	Preventieve cursus van 8 bijeenkomsten van 2 uur en één ouderbijeenkomst voor jongeren van 14 t/m 18 jaar met depressieve klachten	1 Nederlandse ongecontroleerde effectstudie gedaan met positieve resultaten, niet internationaal
	Slechte Tijden, Goede Tijden (Helmus & Crone, 1994).	Voor vmbo-nivo en voor 12-14 jarigen	Geen informatie
	VRIENDEN (Barrett, 1996)	Preventief en curatief programma voor angst en depressie voor kinderen van 7-11 en jongeren van 12-16 jaar. Groepsinterventie met 10 zittingen en 4 ouderbijeenkomsten	Uit Australisch onderzoek blijkt VRIENDEN wel geschikt ter vermindering van depressieve symptomen binnen een geïndiceerde preventie en niet als universele preventie. Er zijn (nog) geen Nederlandse onderzoeksresultaten

1786 **Aanbeveling(en)**

- 1787 - Er dient nader onderzoek plaats te vinden naar de langere termijn effecten en de
1788 kosteneffectiviteit van universele preventieprogramma.
- 1789
- 1790 - Scholen die aandacht willen besteden aan de preventie van depressie kunnen jongeren
1791 die hoog scoren op depressieve symptomen een gerichte interventie aanbieden
1792 (geïndiceerde preventie).
- 1793
- 1794 - Het is belangrijk om voor kinderen en jongeren die een verhoogd risico lopen op het
1795 ontwikkelen van een depressie (zoals KOPP-kinderen) een screening en een
1796 preventieve interventie aan te kunnen bieden.
- 1797
- 1798 - De effectief gebleken programma's waren veelal gebaseerd op cognitieve
1799 gedragstherapie en in één geval op interpersoonlijke psychotherapie, met zeer diverse
1800 behandelingsrediënten. Er dient onderzoek gedaan te worden naar de actieve
1801 ingrediënten van deze behandelingen.
- 1802
- 1803 - Voor een recent overzicht van behandelprogramma's die in Nederland beschikbaar zijn
1804 verwijst de werkgroep naar de databank Effectieve Jeugdinterventies van het
1805 Nederlands Jeugdinstituut. In deze databank bevinden zich tevens de meest recente
1806 onderzoeksgegevens over de interventies.
- 1807
- 1808 - Er dient onderzoek gedaan te worden naar de effectiviteit van de programma's in
1809 Nederland, inclusief de programma's die via internet worden aangeboden

1810
1811

CONC

1812

1813 **H5 Psychotherapie**

1814

1815 **5.1 Psychologische Interventies**

1816

1817 **Inleiding**

1818 *De uitgangsvragen van de werkgroep waren:*

1819 Op welke wijze dienen:

- 1820 a. Psychotherapie (cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie,
1821 gezinstherapie, psychodynamische therapie en andere vormen van psychotherapie)
1822 b. Andere niet-medische interventies (online interventies, running, probleemoplossing,
1823 counseling, watchfull waiting, psycho-educatie, zelfhulp, bibliotherapie, vaktherapie)
1824 ingezet te worden voor de behandeling van een depressie bij kinderen (6-12) en
1825 jeugdigen (12-18), rekening houdend met de ernst van de depressie?

1826

1827 Er zijn het afgelopen decennium veel meta-analyses verschenen over de effectiviteit van
1828 psychologische interventies (chronologisch: Harrington, 1998; Lewinsohn & Clarke,
1829 1999; Asarnow, 2001; Michael, 2002; Compton, 2004; Weisz, 2006; Cuijpers, 2006;
1830 Klein, 2007; Watanabe, 2007). Echter, de manier waarop deze zijn gedaan zijn dermate
1831 verschillend dat de resultaten ook sterk van elkaar verschillen. Het belangrijkste verschil
1832 tussen de meta-analyses is de keuze welke studies wel en niet werden geïncludeerd. Bij
1833 enkele meta-analyses werden alleen RCT's meegenomen waarbij de kinderen of jongeren
1834 daadwerkelijk een diagnose depressie hadden (zie bijvoorbeeld Klein, 2007). Sommige
1835 studies kozen ervoor om alleen de effecten van cognitieve gedragstherapie te analyseren
1836 en geen andere psychologische interventies (zie bijvoorbeeld Klein, 2007). Andere
1837 studies richtten zich op het brede scala van kinderen met subklinische klachten op
1838 scholen (geïndiceerde preventie), hoog-risico kinderen (zoals kinderen van ouders met
1839 een stemmingsstoornis; selectieve preventie) en klinisch depressieve kinderen (bijv
1840 Weisz, 2006). Voor de huidige multidisciplinaire richtlijn is ervoor gekozen om de
1841 preventieve interventies in een apart hoofdstuk te behandelen (****) en onderhavig
1842 hoofdstuk vooral te gebruiken om psychologische interventies bij klinische depressie te
1843 beschrijven.

1844 Een ander belangrijk verschil tussen de meta-analyses was dat sommige meta-analyses
1845 hogere eisen stelden aan het design van de geïncludeerde studies dan anderen. Hogere
1846 eisen aan de kwaliteit van de studies leidde soms tot vraagtekens over de validiteit van
1847 de eindconclusies, terwijl lagere eisen leidden tot de inclusie van meer divers onderzoek
1848 bijvoorbeeld met lagere aantallen of ongepubliceerde data van proefschriften (en
1849 daardoor wellicht een hogere validiteit ten aanzien van de klinische praktijk) maar tevens
1850 tot vraagtekens met betrekking tot de betrouwbaarheid van de eindconclusies.

1851

1852 Helaas is er geen meta-analyses die precies aan de vraagstelling van de huidige richtlijn
1853 voldoet. Derhalve is ervoor gekozen om vier meta-analyses te kiezen als basis voor deze
1854 richtlijn, om vervolgens per behandelvorm de conclusies te bespreken. Deze vier meta-
1855 analyses zijn de meest recente en de meest grondige en vullen elkaar goed aan. De
1856 meta-analyses die hier niet worden besproken waren ofwel van mindere kwaliteit of
1857 vertoonden een volledige overlap met de meta-analyses die wel zijn gekozen. In de
1858 bespreking van de meta-analyses worden effectgroottes gerapporteerd (effect sizes, ES;

1859 Cohen, 1992). Een ES van 0.30 wordt gezien als matig, 0.50 als medium en vanaf 0.80
1860 als groot.

1861

1862 **Meta-analyses over de effectiviteit van psychologische behandelingen**

1863 1. Vroege interventie: klinisch relevante depressie na screening op scholen

1864 Cuijpers (2006) rapporteert de resultaten van een degelijke meta-analyse over 8
1865 studies (met 12 vergelijkingsgroepen) naar de effecten van de behandeling van (klinisch
1866 relevante) depressie bij kinderen en jongeren. Alle geïncludeerde studies (publicaties tot
1867 juni 2005) evalueren de effecten van cognitieve gedragstherapie. Alleen RCTs waarin de
1868 kinderen en jongeren op school zijn gescreend (n=5803) op de aanwezigheid van
1869 (klinisch) depressie (uiteindelijke inclusie 7,2%; n=413) zijn in de meta-analyse
1870 opgenomen. De meeste studies (n=5) richtten zich op depressie bij jonge kinderen (7-14
1871 jaar), de overige studies (n=3) hadden betrekking op adolescenten. De helft van de
1872 studies (n=4) maakte gebruik van een wachtlijst controlegroep, de andere studies
1873 vergeleken met care as usual. De kwaliteit van de studies was wisselend. De meta-
1874 analyse richtte zich op twee soorten uitkomsten: gestandaardiseerde effectgroottes en
1875 the Number-needed-to-screen (NNS = aantal jongeren dat gescreend moest worden om
1876 tot een succesvol behandelde depressie te komen). De gemiddelde ES uit alle studies
1877 was 0,55 (middelgroot tot groot effect) op de nameting (na 8 tot 16 sessies). Voorts
1878 bleek dat er 31 (betrouwbaarheidsinterval 27-32) kinderen gescreend moeten worden
1879 om bij één kind een depressie succesvol te behandelen (mate van bewijs B).

1880

1881 2. Twee brede meta-analyses over psychotherapie bij (sub)klinische depressie

1882 De eerste uitgebreide meta-analyse werd uitgevoerd over 35 RCT's (Weisz et al.,
1883 2006). Er werden naast reguliere publicaties uit peer-reviewed tijdschriften ook niet-
1884 gepubliceerde dissertaties meegeneomen en studies die zijn beschreven in niet peer-
1885 reviewed tijdschriften of hoofdstukken van boeken. De kwaliteit van de meta-analyse is
1886 goed: zeer uitgebreid search (tot 2004), de codering + de overeenstemming in
1887 beoordeling van de twee beoordelaars is uitvoerig beschreven, gebruik van gepoolde
1888 effectgroottes over verschillende informatiebronnen en meetmomenten (conservatieve
1889 schattingen), correctie voor heterogeniteit van variantie d.m.v. Weighted Least Squares
1890 methode (Unweighted Least Squares werden voor vergelijkbaarheid met andere meta-
1891 analyses wel gerapporteerd), toets voor homogeniteit, gebruik van Random Effects Model
1892 door afwezigheid van homogeniteit en inclusie van covariaten.

1893 De hoofdanalyses wezen uit dat psychotherapie in het algemeen effectief is maar dat dit
1894 effect slechts matig is (ES = 0,34). Verschillende manieren van berekenen (afzonderlijke
1895 vergelijkingen, n = 44, alleen peer-reviewed en ULS) lieten een lichte variatie zien,
1896 echter nog steeds in de middelgrote range. In vergelijking met een meta-analyse voor
1897 psychotherapie bij kinderen en jeugd voor alle andere stoornissen dan depressie (ES =
1898 0,69), blijft de effectiviteit van psychotherapie voor depressie achter. Het effect blijft de
1899 eerste maanden na de behandeling behouden, maar verdwijnt na verloop van tijd (1 jaar
1900 follow-up). Het effect van psychotherapie voor depressie bleek niet specifiek voor
1901 depressie, ook angstklachten namen af (ES = 0,39) en suïcidaliteit veranderde marginaal
1902 (ES = 0,18). Externaliserende problemen werden niet beïnvloed. Het effect was groter
1903 wanneer vergeleken werd met een passieve controlegroep (ES = 0,41) dan met een
1904 actieve controlegroep (ES = 0,24, nog steeds significant). Voor de effectiviteit van
1905 psychotherapie maakte het niet uit of de behandeling een cognitieve component bevatte
1906 (ES = 0,35) of niet (ES = 0,47). Er was geen verschil in effectiviteit bij jongeren die naar
1907 de behandeling zijn verwezen of met open werving zijn bereikt, of het feit dat de

1908 therapeut door een onderzoeker of iemand uit de praktijk. Ook werd geen verschil
1909 gevonden in effect voor kinderen of jongeren, groeps- of individuele therapie, korte of
1910 langere therapie en peer-reviewed en niet peer-reviewed studies. Wel was er verschil in
1911 rapportage door het kind zelf of door de ouders. Zelfrapportage liet grotere effecten zien
1912 (Mate van bewijs A1).

1913 Een tweede brede meta-analyse werd uitgevoerd over 27 RCT's (Watanabe et al.,
1914 2007), waarbij steeds minimaal één interventiegroep is vergeleken met minimaal
1915 controlegroep (geen behandeling, wachtlijstcontrole, attention-placebo of Care as Usual).
1916 Terwijl de meta-analyse van Weisz (2006) koos voor vermindering van depressieve
1917 symptomen als hoofdmaat, is de primaire uitkomstmaat van deze meta-analyse de
1918 afwezigheid van depressie (meestal bepaald door score onder bepaalde cut-of op
1919 depressieschaal). In totaal werden 35 vergelijkingen gemaakt en zijn 1744 kinderen
1920 (19% 6-12 jaar) en jongeren (81% 13-18 jaar) in de analyses betrokken. De studie zit
1921 methodologisch goed in elkaar: er is uitgebreid gezocht (tot 2004), de kwaliteit van de
1922 afzonderlijke studies werd beoordeeld aan de hand van de Quality Rating Scale door twee
1923 beoordelaars, Relatieve Risico's en 95% betrouwbaarheidsinterval zijn berekend met een
1924 random effects model, bij de analyses is getoetst op heterogeniteit en publicatiebias,
1925 bovendien zijn verschillende gevoeligheidsanalyses uitgevoerd. Op de nameting (post-
1926 treatment) had 49,6% van de jeugdigen in de psychotherapiegroep geen depressie meer
1927 tegenover 34,8 % van de jeugdigen in de controlegroep (RR = 1,39; 95% BI [1,18-
1928 1,65]; p = 0,0001). Er was sprake van heterogeniteit, waarschijnlijk door enkele studies
1929 met kleine steekproef. Na verwijdering van deze studies was de heterogeniteit
1930 verdwenen, maar bleef psychotherapie effectief (RR = 1,29; 95% BI [1,10-1,51]). Ook
1931 bleek er sprake van publicatiebias, echter na correctie hiervoor was psychotherapie nog
1932 steeds effectief (RR = 1,23; 95% BI [1,03-1,49]). In de twee follow-up perioden (1-6
1933 maanden en 6-12 maanden) waren deze positieve effecten echter verdwenen. Uit
1934 subgroep analyses bleek het positieve effect van psychotherapie uitsluitend afkomstig
1935 van Cognitieve Gedragstherapie, Gedragstherapie en Inter-Persoonlijke Therapie. Het
1936 positieve effect gold opnieuw alleen voor de nameting. Vergelijking met Care as usual of
1937 geen behandeling als controle groep leverde geen significante verschillen op, vergelijking
1938 met attention-placebo alleen op de nameting en met een wachtlijst controlegroep op de
1939 nameting en in de eerste follow-up periode. Psychotherapie bleek effectief voor
1940 adolescenten (RR = 1,35 95% BI [1,10-1,66]), maar er werd geen significant effect bij
1941 kinderen van 6-12 jaar gevonden (in tegenstelling tot in de meta-analyse van Weisz,
1942 waarin de uitkomsten voor kinderen en jongeren niet verschillend waren). Effecten
1943 werden behaald bij zowel milde tot matige depressie als bij matig tot ernstig, al waren de
1944 effecten het grootst bij ernstiger klachten. Gevoeligheidsanalyses lieten enige
1945 verschuivingen zien, maar positieve effect van psychotherapie bleef (Mate van bewijs
1946 A1).

1947
1948 3. Meta-analyse over CGT bij jongeren met een diagnose depressie

1949 Klein (2007) voerde een degelijke meta-analyse uit naar de effecten van
1950 cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een diagnose depressie. Er wordt expliciet
1951 voor een nauwere scope gekozen dan in de meta-analyse van Weisz (2006), waarin
1952 bijvoorbeeld ook preventie-studies werden meegenomen. In het artikel werd tevens een
1953 verklaring gezocht voor de afnemende effect groottes in recentere studies en meta-
1954 analyses. Daartoe werden verschillende voorspellende variabelen in meta-analyse
1955 meegenomen (duur van de behandeling: meer of minder dan 867 minuten; soort
1956 steekproef: leerlingen of jongeren in GGZ of justitiële setting; type controle groep: actief

1957 of niet actief; setting: klinisch of niet-klinisch; methodologie: voldoet aan meer of minder
1958 dan 17 van de 22 punten van CONSORT statement; aanstelling behandelaar: praktijk of
1959 onderzoeker; ernst depressie: z-score baseline depressie vergeleken met normscores
1960 klinische populatie). In de meta-analyse zijn 11 RCTs (809 jongeren) opgenomen uit de
1961 periode 1980-2006 (uit de databases MEDLINE & PsycInfo). Uitsluitend studies uit peer-
1962 reviewed tijdschriften gericht op de behandeling van depressie bij jongeren in de leeftijd
1963 van 12-18 jaar kwamen in aanmerking voor inclusie. Gestandaardiseerde effectgroottes
1964 (ES) werden berekend aan de hand van een random-effects model, voor de
1965 vergelijkbaarheid met eerdere meta-analyses zijn echter ook de uitkomsten van een
1966 fixed-effects benadering weergegeven. Per studie is met behulp van een z-toets bepaald
1967 of de gerapporteerde effectgrootte significant van 0 afweek. Om inzicht te krijgen in de
1968 verandering in effectgroottes door de tijd zijn bovendien cumulatieve effectgroottes
1969 weergegeven. Homogeniteit is bepaald met behulp van de Q-statistiek en publicatiebias
1970 is geëvalueerd door het vaststellen van het aantal 0-vindingen dat nodig zou zijn voor
1971 een niet langer significante uitkomst (50 studies) of een reductie van de geaggregeerde
1972 effectgrootte tot 0,1 (48 studies). De gemiddelde effectgrootte van cognitieve
1973 gedragstherapie op de nameting was 0,34 volgens het fixed-effects model en 0,53
1974 volgens het random-effects model (beiden significant verschillend van 0). Negen studies
1975 bevatten ook follow-up uitkomsten (gemiddeld 5,58 maanden na het einde van de
1976 behandeling). De gemiddelde effectgrootte at follow-up was 0,62 volgens het fixed
1977 effects model en 0,59 volgens het random-effects model. De gevonden cumulatieve
1978 effectgroottes namen na verloop van tijd af (van 1,5 in 1986 naar 0,5 in 2004) en de
1979 betrouwbaarheidsintervallen werden steeds kleiner (indicatie dat de gevonden ES steeds
1980 dichterbij het populatie gemiddelde komt). De kwaliteit van de studies was bepalend
1981 voor de grootte van het effect (groter effect in slechtere studies, al was de kwaliteit van
1982 de meeste studies heel behoorlijk. Het gebruik van intention-to-treat analyses leidde tot
1983 significant lagere effecten (ES = 0,26 vs. ES = 0,94) en dit zelfde gold voor het gebruik
1984 van actieve controlegroepen (ES = 0,11 vs. ES = 0,72). Tevens waren de resultaten van
1985 studies in een non-klinische setting beter dan de resultaten in een klinische setting (ES =
1986 0,95 vs. ES = 0,25). De andere variabelen leverden geen significante bijdrage aan de
1987 effectgrootte. Hierbij moet echter wel worden vermeld dat de studie uitsluitend over
1988 voldoende power beschikte om grote verschillen in effect aan te tonen. Het is dus niet
1989 gezegd dat de overige moderatoren helemaal niet van invloed zijn (mate van bewijs A1).

1990
1991 In de onderstaande paragrafen worden telkens de verschillende psychologische
1992 behandelvormen beschreven, gevolgd door een samenvatting voor de evidentie ervan op
1993 basis van bovenstaande meta-analyses.

1994

1995 1. Cognitieve gedragstherapie (CGT)

1996 Een cognitieve gedragstherapie van depressieve stoornissen kan uit de volgende
1997 componenten bestaan (McCarthy, 2007): psycho-educatie (informatie over depressie
1998 en rationale voor het ontstaan van de klachten en de behandeling ervan), haalbare
1999 doelen stellen (grotere doelen vertalen naar realistische korte termijn doelen),
2000 zelfmonitoren (registreren van de eigen stemming, activiteiten en gedachten),
2001 activering (plannen van frequente plezierige activiteiten), verbeteren van sociale
2002 vaardigheden en communicatievaardigheden (verbeteren en stimuleren van sociaal
2003 gedrag), ontspanningsvaardigheden, cognitieve herstructurering (identificeren en
2004 veranderen van onrealistische negatieve gedachten over zichzelf, anderen en
2005 gebeurtenissen), rollenspel en probleem oplossende vaardigheden (het leren creëren

2006 van oplossingen voor een problemen via brainstormen, kiezen, uitproberen en
2007 evalueren). Een behandeling neemt doorgaans 12-16 zittingen in beslag.
2008 De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij depressieve kinderen en
2009 adolescenten is veelvuldig onderzocht en CGT komt in de meta-analyses naar voren
2010 als een effectieve behandeling. De grootte van het effect verschilt nogal eens, maar is
2011 altijd groter dan 0. CGT bleek effectiever dan een wachtlijst (zie Weisz, 2006), alleen
2012 ontspanningsoefeningen (bijv Kahn et al., 1990), non-directieve steunende
2013 gesprekken (bijv Brent, 1997) of een gezinsinterventie (Brent, 1997). Er is weinig
2014 onderzoek gedaan naar de langere termijn effecten van CGT, maar die weinige
2015 studies laten zien dat er aanwijzingen zijn dat de effecten op langere termijn mogelijk
2016 veel minder groot zijn. Er is nog weinig zicht op hoe deze terugval kan worden
2017 voorkomen.

2018

2019 2. Interpersoonlijke therapie (IPT)

2020 De focus van interpersoonlijke psychotherapie ligt doorgaans bij een van de volgende
2021 probleemgebieden: interpersoonlijke conflicten (bijvoorbeeld met familie,
2022 leeftijdgenoten of leerkrachten), rol transities (bijvoorbeeld voorkomend uit de
2023 puberteit, de overgang naar een nieuwe school, of scheiding van ouders), rouw, of
2024 interpersoonlijke tekortkomingen (aangaan van relaties, angst voor intimiteit). De
2025 therapie is vervolgens opgebouwd uit drie fasen: in de startfase wordt verkend welke
2026 interpersoonlijke relaties de jongeren heeft en hoe deze relaties eruit zien. In deze
2027 startfase wordt bovendien in kaart gebracht welke probleemgebieden voor de jongere
2028 spelen en waar de prioriteit ligt. Dit probleemgebied wordt vervolgens de focus voor
2029 de tweede fase van de therapie. In deze tweede fase leert de jongere nieuwe
2030 vaardigheden om verder te komen binnen het gekozen probleemgebied. Hierbij
2031 gebruikt de therapeut verschillende technieken zoals communicatieanalyse (waar
2032 gaat het fout binnen de communicatie van de jongere), rollenspelen,
2033 beslissingsanalyse (welke gedragsmogelijkheden zijn er en wat is de consequentie
2034 van deze verschillende alternatieven). In de slotfase van de therapie worden de
2035 meest succesvolle strategieën in kaart gebracht en wordt nagegaan hoe deze in de
2036 toekomst toegepast zouden kunnen worden in andere potentieel lastige situaties. Ook
2037 wordt aandacht besteed aan de manier waarop eventueel nieuwe depressieve
2038 episoden herkend kunnen worden en wat voor actie de jongere dan moet
2039 ondernemen. De hele therapie duurt 12 weken en de ouders worden actief bij de
2040 therapie betrokken.

2041 Er zijn in totaal drie RCT's gedaan naar de effectiviteit van IPT bij adolescenten (zie
2042 Brunstein-Kromek, 2007). IPT bleek effectief in het verminderen van depressieve
2043 klachten en was effectiever dan een wachtlijst of reguliere zorg. Uit één studie bleek
2044 IPT even effectief als CGT. In één van de drie IPT-studies (Mufson, 2004) waren de
2045 therapeuten maatschappelijk werkers met een bescheiden basistraining die onder
2046 supervisie van een psychotherapeut de behandelingen uitvoerden. Deze interventie
2047 was effectiever dan de reguliere hulpverlening. Deze resultaten stemmen positief over
2048 de mogelijkheden van eventuele implementatie van de interventie en de inzet ervan
2049 in heel verschillende settings en professionals.

2050

2051 3. Psychodynamische psychotherapie

2052 De effecten van Psychodynamische psychotherapie zijn weinig onderzocht. Eén RCT
2053 van Trowell (2007) vergeleek de effecten van individuele psychodynamische
2054 psychotherapie (IPP) met Systeem Geïntegreerde Gezinstherapie (SGG). In totaal

2055 namen 72 jongeren deel in de leeftijd van 9 tot 15 jaar met een DSM diagnose van
2056 een depressieve stoornis. Beide therapieën lieten een significante verbetering zien: in
2057 de IPP groep was op de nameting 74,3% hersteld van de depressie, hetgeen op de 6
2058 maands-follow-up meting was toegenomen tot 100% (verbetering tussen alle
2059 meetmomenten was significant); In de SIG groep was op de nameting 75,7%
2060 hersteld, hetgeen op de 6 maands-follow-up meting was toegenomen tot 81%
2061 (verbetering tussen voormeting en nameting is significant, verbetering tussen
2062 nameting en follow-up meting niet). Door het ontbreken van een echte controlegroep
2063 in de vorm van ofwel geen echte behandeling ofwel een bewezen effectieve
2064 behandeling is het lastig om de resultaten te vergelijken met andere vormen van
2065 psychotherapie (mate van bewijs C).
2066

2067 4. Systeemtherapie en gezinstherapie

2068 Voor de effectiviteit van gezinsinterventies wordt verwezen naar het hoofdstuk
2069 Gezinscontext ****.

2070 5. Emotieregulatie therapie

2071 Er is één pilotstudie (Kovacs, 2006) gedaan naar de effectiviteit van een nieuwe vorm
2072 van behandeling van chronische depressie of dysthymie bij jonge kinderen (7 – 12
2073 jaar oud). Contextuele Emotieregulatie therapie (CERT) is een intensieve behandeling
2074 (30 sessies in 10 maanden) gebaseerd op de relatie tussen stress en coping. De
2075 belangrijkste aanname luidt dat het ontstaan van een depressieve stoornis vooraf
2076 wordt gegaan door een disfunctionele zelf-regulatie van stress en gevoelens van
2077 somberheid. Het kind is niet in staat om zelfstandig deze negatieve stemming en
2078 stress te reguleren, waardoor een opeenstapeling volgt van negatieve gevoelens. Het
2079 doel van CERT is het aanleren van vaardigheden om de emotie te kunnen reguleren.
2080 Hierbij wordt gebruik gemaakt van biologische, gedragsmatige, cognitieve en
2081 interpersoonlijke processen. Minimaal één van de ouders / verzorgers actief in de
2082 behandeling betrokken. De behandeling is uitgetoetst bij 20 kinderen met een
2083 diagnose dysthymie, van hen maakten 15 kinderen de behandeling af. Na afloop van
2084 de behandeling hadden nog 7 kinderen (47%) een diagnose dysthymie. Zes maanden
2085 na de behandeling waren dit er nog 3 (21%) en na een jaar betrof dit nog een kind
2086 (8%). Ook comorbide MDD en angststoornissen namen af (MDD diagnose resp. 33%,
2087 7%, 0% en 0%; diagnose angststoornis resp. 47%, 33%, 21% en 8%). De
2088 behandeling lijkt dus veelbelovend bij een normaal gesproken lastig te behandelen
2089 groep. Wel zullen deze bevindingen eerst moeten worden gerepliceerd in een
2090 gedegen effectonderzoek (mate van bewijs C).
2091
2092

2093 **Andere niet-medische interventies**

2094 *Laagdrempelige behandeling van depressie in de eerste lijn*

2095 Er is één studie verschenen die laagdrempelige gesprekken voor jongeren van 14-15 jaar
2096 met een verpleegkundige in de eerste lijn heeft geëvalueerd (Walker et al., 2002). Er
2097 werden verschillende thema's aangeboden als onderwerp van gesprek, zoals sporten,
2098 afvallen, roken en drinken. Voor jongeren die hoge scores hadden op een depressie maat
2099 (CESD > 16) was de kortdurende interventie superieur ten opzichte van standaardzorg,
2100 zowel op korte (16 weken) als langere (1 jaar) termijn. Onderdeel van de gesprekken
2101 met de verpleegkundige was het motiveren tot of in gang zetten van behandeling in de
2102 GGZ (mate van bewijs C).
2103

2104 *Lichamelijke activiteit als interventie tegen depressieve klachten*
2105 Lichamelijke activiteit wordt in de multidisciplinaire richtlijn Depressie voor volwassenen
2106 aanbevolen als interventie in de eerste fase van behandeling van depressie. Bij kinderen
2107 en jongeren (11-19 jaar) is één meta-analyse gedaan (Larun, 2006), die zich baseerde
2108 op 16 RCT's van matige (4) en lage (12) kwaliteit. In totaal namen 1191 kinderen en
2109 jongeren aan deze studies deel. De meeste geïnccludeerde studies waren preventie
2110 studies (n=13), de overige studies (n=3) richtten zich op kinderen die reeds in
2111 behandeling waren bij een GGZ-instelling. Intensieve lichamelijke inspanning bestond uit
2112 lopen, rennen of aerobics (n=12) en gewichtheffen (n=4) met een duur van 6 tot 40
2113 weken. Uitkomstmaten waren angst en depressie, beide gemeten met verschillende
2114 meetinstrumenten in de afzonderlijke studies. De conclusie van de meta-analyse is dat er
2115 geen verschil in effectiviteit gevonden werd tussen lichamelijke interventies of controle-
2116 interventies op het gebied van scores voor angst of voor depressie. Bovendien was er
2117 geen verband tussen de effectiviteit van de interventie en de intensiteit (een langere of
2118 zwaardere training) of de aard (bijvoorbeeld rennen, aerobics of krachttraining) van de
2119 lichamelijke activiteit. De auteurs wijten de lage evidentie voor effectiviteit van
2120 lichamelijke activiteit bij kinderen en jongeren bevindingen grotendeels aan het beperkt
2121 aantal studies en de diversiteit hierin (mate van bewijs B).

2122

2123 *Zelfhulp*

2124 Er is te weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van zelfhulp om hierover goede
2125 uitspraken te kunnen doen. Slechts één niet gerandomiseerde studie bij 22 jongeren met
2126 een depressie liet zien dat de negatieve cognities van de jongeren afnamen na een
2127 cognitieve bibliotherapie (mate van bewijs C).

2128

2129 *Internet (e-mental health)*

2130 Het aanbieden van interventies via internet is relatief nieuw en er zijn nog weinig studies
2131 gedaan naar de effectiviteit ervan in het verminderen van depressieve symptomen. In
2132 Nederland zijn voor sombere jongeren wel diverse mogelijkheden van e-mental health.
2133 Op internet is informatie beschikbaar (psycho-educatie), er staan zelf-tests, er worden
2134 adviezen gegeven, er is de mogelijkheid van van het mailen of chatten met een
2135 deskundige, of van het volgen van een cursus met chatsessies met een groep jongeren
2136 en een trainer (voor een overzicht van bestaande interventies, zie hoofdstuk *** van dit
2137 addendum over Preventie). Er zijn onvoldoende onderzoeksresultaten beschikbaar om
2138 iets zinnigs te kunnen zeggen over de effectiviteit van dit aanbod.

2139

2140 *Uitgebreide psycho-educatie*

2141 Sanford (2006) onderzocht het effect van het toevoegen psycho-educatie in
2142 gezinsverband aan de reguliere zorg in een RCT met 31 jongeren (in de leeftijd van 13 –
2143 18 jaar) met een DSM-IV diagnose depressie. Psychoeducatie (n=16) bestond uit 12
2144 sessie aan huis van 90 minuten. Standaardzorg (n=15) kon bestaan uit individuele of
2145 groepstherapie (counselling) en/of medicatie (SSRIs). Depressieve klachten werden
2146 gemeten met behulp van de Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) voorafgaand
2147 aan de hulpverlening (score psycho-educatiegroep 79,9; controlegroep 78,2), na 2
2148 weken, na 3 maanden, na 6 maanden en 9 maanden na aanvang van de therapie.
2149 Vervolgens werd met behulp van Hierarchical Linear Modeling (HLM) voor beide groepen
2150 de veranderingscurve gemodelleerd. Hieruit kwam naar voren dat in de experimentele
2151 groep de RADS-score elke 3 maanden gemiddeld met 5,7 punten afnam, terwijl de
2152 afname in de controlegroep 2,6 punten per 3 maanden bedroeg. Dit verschil was bijna

2153 statistisch significant ($p = 0,052$), hetgeen opvallend is gezien de zeer kleine steekproef.
2154 Om de grootte van het effect uit te drukken zijn tevens gestandaardiseerde
2155 effectgroottes uitgerekend ($ES = 0,52$ na 6 maanden en $ES = 0,64$ na 9 maanden,
2156 hetgeen volgens Lipsey overeenkomt met een middelgroot (6 maanden) en groot effect
2157 (9 maanden)) (mate van bewijs B).

2158

2159 *Probleem oplossen, vaktherapie, watchfull waiting*

2160 Er zijn geen studies gevonden die de effecten van 'probleem oplossen', vaktherapie of
2161 watchfull waiting bij depressieve kinderen en jongeren beschrijven.

2162

2163

Conclusies

Niveau 1	Psychologische behandelvormen, met name cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn effectief in de behandeling van depressie bij kinderen en jongeren. Beide interventies bleken effectiever dan wachtlijst of actieve controlecondities. De interventies bleken tevens een positieve invloed te hebben op de mate van angst. A1 Weisz et al., 2006; Watanabe et al., 2007
-----------------	--

2164

Niveau 1	De grootte van het effect van CGT en IPT is wisselend: de gerapporteerde effectgroottes zijn afhankelijk van de methodologie van de meta-analyses. A2 Weisz et al., 2006; Watanabe et al., 2007; Klein et al., 2007; Cuijpers et al., 2006
-----------------	---

2165

Niveau 2	De effectiviteit van intensieve lichamelijke activiteit ter reductie van symptomen van depressie of angst is bij kinderen en jongeren niet aangetoond. A2: Larun, 2006
-----------------	---

2166

Niveau 4	Er zijn geen goede studies verschenen naar de effecten van laagdrempelige interventies zoals bibliotherapie, zelfhulp, psycho-educatie, e-mentalhealth, probleem oplossen.
-----------------	--

2167

Niveau 4	Er zijn onvoldoende studies verschenen over de effectiviteit van psychodynamische therapie en vaktherapie om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit ervan.
-----------------	---

2168

2169

Overige overwegingen

- kinderen en jongeren die groot risico op terugval of niet behouden van therapie-resultaat. Behoeft onderzoek. Doorbehandelen tot depr echt in remissie is?;

2172

- 2173
- 2174
- 2175
- 2176
- 2177
- 2178
- 2179
- 2180
- 2181
- 2182
- 2183
- 2184
- 2185
- 2186
- 2187
- 2188
- 2189
- 2190
- 2191
- 2192
- 2193
- 2194
- 2195
- 2196
- 2197
- 2198
- 2199
- 2200
- 2201
- 2202
- 2203
- 2204
- 2205
- 2206
- 2207
- 2208
- 2209
- 2210
- 2211
- 2212
- 2213
- 2214
- 2215
- 2216
- 2217
- 2218
- 2219
- 2220
- 2221
- De NICE richtlijn geeft aan dat klinische opname moet worden overwogen bij ernstige klachten (voedselweigering, suïcidaal gedrag, zelfverwondend gedrag), uitval op school of te weinig draagkracht in het gezin. De ernst van de klachten alleen is over het algemeen geen indicatie voor klinische opname;
 - De cognitief gedragstherapeutische interventies verschillen onderling erg sterk van inhoud. Er zou meer inzicht moeten komen in de werkzame bestanddelen van CGT. Brent (2007) beargumenteerde dat de resultaten van CGT in bijv de TADS-studie mogelijk tegenvallen doordat er teveel behandelingsrediënten in zitten, wat mogelijk zou leiden tot verwatering van de interventies an sich. Dit zou pleiten voor het meer kiezen voor één focus die duidelijk in de behandeling gevolgd wordt;
 - Spielmans (2007) betoogt dat alle bona-fide behandelvormen (duidelijke theoretische achtergrond, duidelijke rationale, duidelijke cliënt-therapeut relatie met contactgroeimogelijkheden) beter werken dan niet-bona-fide behandelvormen. In een meta-analyse werden IPT en CGT als bona-fide gecategoriseerd en effectiever bevonden dan allerlei andere behandelvormen. Het is nog te voorbarig te concluderen dat alle bona-fide behandelvormen succesvol zijn, aangezien alleen CGT en IPT werden onderzocht;
 - De effecten van een minder strak CGT programma in de klinische praktijk is onderzocht door Weersing en Weisz (2002). Zij vergeleken de effecten van psychotherapie bij een steekproef van 67 depressieve jongeren die zijn aangemeld bij community mental health centers met effecten van CGT aangetoond in wetenschappelijk onderzoek. Zij maken hiervoor gebruik van een benchmark strategie, waarbij twee aparte vergelijkingsgroepen worden gevormd aan de hand van 15 RCT's (de effecten van 13 CGT-behandelingen en de effecten die zijn gemeten bij de controlegroepen). De onderzochte behandeling is minder geprotocolleerd dan de CGT behandelingen uit de benchmark en bestaat zowel als uit psychodynamische, gedragstherapeutische en cognitieve technieken. De scores op de verschillende depressiematen worden voor de vergelijking eerst gestandaardiseerd (z-scores). De drie vergelijkingsgroepen leken voor de meeste variabelen niet erg van elkaar te verschillen. Wel leek de steekproef meer minderheden te bevatten en meer jongeren die kampten met comorbiditeit. Op de nameting waren de effecten van de behandeling in de klinische praktijk vergelijkbaar met die van de controlegroepen uit de RCT's en veel minder goed dan die van CGT uit de RCT's. Na verloop van tijd werden echter de effecten van CGT benaderd: het lijkt alsof het effect in de klinische praktijk later komt. Uit subgroepanalyses komt naar voren dat dit niet gold voor minderheden en jongeren die aan minder dan 8 sessies therapie zijn blootgesteld. Zij profiteerden ook op de langere termijn nauwelijks van de behandeling bij de community mental health centers. (mate van bewijs: B);
 - In het beslissen van wie welke behandeling krijgt dient ook de voorkeur van het kind of jongere te worden meegenomen. Adolescenten met een stemmingsstoornis hebben mogelijk een voorkeur voor actieve behandeling boven watchfull waiting en voor gesprekstherapie boven medicatie (Jaycox, 2006);
 - De toegang tot de GGZ zou mogelijk verbeterd kunnen worden door een goede voorlichting aan professionals in de eerste lijn. Asarnow (2002) beschrijft in een RCT hoe voorlichting, training en het inzetten van zorgmanagers niet alleen leidde tot betere verwijzing naar psychotherapie en medicatie, maar ook tot een significante reductie van depressieve symptomen bij de adolescenten (versus care

2222 as usual). Het is de vraag of en hoe deze gegevens uit Amerikaans onderzoek te
2223 vertalen zijn naar de Nederlandse situatie, maar het lijkt wel de moeite waard om
2224 de toegang tot zorg voor jongeren goed geregeld te hebben;
2225 • Er is geen eenduidig antwoord op de vraag of er een verschil is in effectiviteit voor
2226 kinderen (6-12 jaar) en jongeren (13-17 jaar). De meta-analyse van Weisz
2227 (2006) liet geen verschil zien tussen beide groepen, terwijl in de studie van
2228 Watanabe et al (2007) bleek dat de interventies geen effect hadden bij kinderen,
2229 en wel bij adolescenten. In z'n algemeenheid kan wel gesteld worden dat
2230 depressie bij kinderen minder voorkomt, en minder is onderzocht, en da de
2231 uitkomsten nog minder sterk of eenduidig zijn dan bij adolescenten.
2232

2233 **Aanbeveling(en)**

- 2234 - Bij milde, matige en ernstige depressie bij kinderen (6-12 jaar) dient CGT als eerste
2235 stap in de behandeling overwogen te worden. Bij jongeren (13-17 jaar) met een matige
2236 of ernstige depressie dienen IPT en CGT te worden overwogen.
2237
- 2238 - Bij onvoldoende respons op CGT of IPT na drie maanden dient een andere interventie
2239 overwogen te worden, zoals het toevoegen van medicatie naast psychotherapie (zie
2240 hoofdstuk combinatiebehandeling *****)
2241
- 2242 - Depressie bij adolescenten kan goed behandeld worden wanneer deze op school wordt
2243 gesignaleerd door middel van een screening.
2244
- 2245 - Er dient goed wetenschappelijk onderzoek gedaan te worden naar de effectiviteit van
2246 lichamelijke activiteit bij klinisch depressieve kinderen en jongeren.
2247
- 2248 - Gezinstherapie lijkt vooralsnog geen kerninterventie te zijn in de eerste stap van de
2249 behandeling van kinderen en jongeren met depressie. Ouders moeten wel goed
2250 geïnformeerd worden over de aard van de problematiek en de aard van de
2251 behandeling.
2252
- 2253 - Kinderen en jongeren die behandeld zijn voor depressie hebben een hoge kans op
2254 terugval. Het is belangrijk om zorgvuldig om te gaan met het afsluiten van een
2255 behandeling en informatie en adviezen te geven over mogelijke terugval. Het is nog
2256 onduidelijk wat het beste beleid is ten aanzien van het moment van beëindigen van
2257 psychotherapie of het voorkómen van recidieven bij kinderen en jongeren. Wellicht is
2258 het belangrijk om door te gaan met behandelen tot er geen depressieve symptomen
2259 meer zijn, en boostersessies of een preventieve interventie aan te bieden (zoals bij
2260 volwassenen het geval is). Hier dient verder onderzoek naar gedaan te worden.
2261

2262 **5.2 Psychotherapie m.b.t. co-morbiditeit**

2263

2264 In eerder genoemd onderzoek naar de behandeling bij depressie, de "Treatment for
2265 Adolescents with Depression Study" (TADS), werd van 218 behandelingen geregistreerd
2266 welke factoren het uitvoeren van het CBT behandelprotocol frustreerden; comorbiditeit (
2267 waaronder, angststoornissen, gedragsstoornissen, ADHD maar ook leerstoornissen),
2268 ernstige depressieve symptomen (met name ernstige anhedonie en hopeloosheid),
2269 automutilatie en suïcide gedachten, schoolweigering, interpersoonlijke factoren en
2270 therapie ontrouw. De conclusie is dat de behandeling , ook een geprotocolleerde
2271 behandeling, flexibel van aard moet zijn om deze problemen adequaat aan te pakken.
2272 Met name het trainen van vaardigheden was een geschikt middel om obstakels te
2273 overwinnen. Echter, het onderhouden van de therapeutische relatie was essentieel voor
2274 het overwinnen van obstakels. De obstakels en symptomen werden gezien als een
2275 functie van de depressie en niet als de schuld van de depressieve adolescent of het
2276 gezin. Intervisie speelt daarin een belangrijke rol (Kennard, 2005).

2277

2278 **Aanbeveling(en)**

2279 - Geprotocolleerde behandelingen waarbij een grote mate van flexibiliteit mogelijk is
2280 verdienen de voorkeur. De flexibiliteit maakt het mogelijk om specifieke obstakels
2281 adequaat tegemoet te treden, de therapeutische relatie te onderhouden en
2282 vaardigheden voldoende te trainen.

2283

2284 **Complicatie 1. Comorbiditeit, depressie en angst**

2285 Een depressie gaat veelvuldig gepaard met angsten en in het bijzonder sociale angst. De
2286 angstklachten zijn een complicerende factor voor het uitvoeren van de behandeling
2287 omdat oefeningen niet gerealiseerd kunnen worden. Zo wordt het oefenen van sociale
2288 vaardigheden door de aanwezigheid van sociale angsten ernstig belemmerd. Sociale
2289 angsten leiden tot vermijding en zodoende wordt de adolescent onvoldoende
2290 geactiveerd. Het vermijden en het niet kunnen voldoen aan de eisen van de behandeling
2291 kan op zich weer een bekrachtigende werking op het negatieve denken hebben en dat
2292 kan de depressie juist versterken. Door het toepassen van ontspanningsoefeningen,
2293 oefenen van sociale vaardigheden in rollenspelen, het herhalen van rollenspelen en het
2294 geven van onmiddellijke feedback wordt het gevoel van competentie vergroot. De
2295 adolescent kan zich op die wijze voorbereiden op oefeningen buiten de therapie die zowel
2296 een effect op de depressie als op de angstklachten kunnen hebben.

2297

2298 **Literatuur comorbiditeit en psychotherapie**

2299 Kennard, B.D., Ginsburg, G.S., Feeny, N.C., Sweeney, M., Zagurski, R. (2005),
2300 Implementation Challenges to Tads Cognitive-Behavioral Therapy. *Cognitive and*
2301 *Behavioral Practice 12, 230-239.*

2302

2303

2304 **H6 Biologische/medicamenteuze behandeling**

2305

2306 De uitgangsvraag welke de werkgroep heeft willen beantwoorden is op welke wijze
2307 medicatie ingezet dient te worden voor de behandeling van kinderen en adolescenten
2308 met een depressie, rekening houdend met de aard, ernst en beloop.

2309

2310 **6.1. SSRI's**

2311

2312 **Inleiding**

2313 Serotonine-heropname remmers (SSRI's) zijn geneesmiddelen die selectief de
2314 heropname van serotonine in de synapsspleet remmen en zo de beschikbaarheid van
2315 serotonine verhogen. SSRI's zijn veel gebruikte middelen in de behandeling van
2316 depressies bij volwassenen. Een recente meta-analyse van RCT's bij depressies op
2317 volwassen leeftijd liet slechts een gering verschil zien in werkzaamheid tussen SSRI en
2318 placebo, ook bij de patiënten met ernstige depressies (Kirsch 2008). Dit geringe verschil
2319 in werkzaamheid is vooral toe te schrijven aan de hoge respons op placebo die
2320 schommelt rond de 45%, terwijl de respons op SSRI schommelt rond de 55%. De
2321 belangrijkste SSRI's zijn fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, citalopram en
2322 escitalopram.

2323

2324 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2325 SSRI's

2326 Over de effectiviteit en veiligheid van SSRI's in vergelijking met een placebo in de
2327 behandeling van depressies bij jeugdigen zijn 7 systematische reviews verschenen,
2328 waarin voor een deel dezelfde studies zijn beschreven en geanalyseerd. We zullen ons
2329 primair baseren op de Cochrane review die het meest uitvoerig is en methodologisch het
2330 beste onderbouwd (Hetrick 2008).

2331

2332 In deze Cochrane review zijn 12 RCTs naar de effectiviteit van SSRIs bij jeugdigen
2333 geïnccludeerd (Hetrick 2008). De respons was iets hoger bij behandeling met SSRIs
2334 (respons tussen de 40 en 70%) dan bij behandeling met placebo (respons tussen de 30
2335 en 60%) (RR=1,28, 95% CI: 1,17-1,41). Fluoxetine was de enige SSRI waarbij
2336 consistent in 3 RCT's en zowel bij kinderen als adolescenten een significante reductie van
2337 depressieve symptomen werd bereikt (RR=1,86 95%CI: 1,49-2,32). Het effect van
2338 fluoxetine lijkt bij kinderen iets groter (RR=2,43) dan bij adolescenten (RR=1,74). Voor
2339 de hele groep SSRI's was sprake van een verhoogd risico op suïcidale gedachten of een
2340 suïcidepoging in vergelijking met placebo (RR=1,80 95%CI: 1,19 - 2,72). Voor
2341 fluoxetine was deze toename van suïcidale gedachten of suïcidepogingen niet significant
2342 (RR=1,55 95%CI: 0,77 - 3,11). Er worden echter methodologische kanttekeningen
2343 geplaatst bij de RCTs die in de systematische review geïnccludeerd zijn. Vaak is niet goed
2344 beschreven hoe de blinding in de studies was en is niet nagegaan of de blinding
2345 succesvol was. In vergelijking met de klinische praktijk zijn in de RCTs veelal patiënten
2346 met comorbiditeit en suïciderisico geëxcludeerd. Tot slot zijn zeer verschillende
2347 meetinstrumenten en uitkomsten gehanteerd in de afzonderlijke RCTs.

2348

2349 In de reviews van Bridge (2007) en Usula (2008) zijn grotendeels dezelfde studies
2350 geïnccludeerd als in de review van Hetrick (2008), maar zijn de methoden van de review

2351 en de meta-analyse minder uitvoerig beschreven dan in de review van Hetrick. Usula
2352 (2007) toonde aan dat de effectiviteit, uitgaande van de uitkomst in oorspronkelijke
2353 studies bij behandeling met SSRI's beter was dan bij behandeling met placebo (OR=1,57
2354 95%CI: 1,29 – 1,91). Het effect is groter bij de vergelijking tussen fluoxetine
2355 behandeling en placebo (OR=2,39 95%CI: 1,69-3,39).

2356 In de systematische review van Bridge (2007) zijn 15 RCT's opgenomen naar de
2357 effectiviteit van diverse antidepressiva bij kinderen en adolescenten met een depressieve
2358 stoornis. De gemiddelde respons bij SSRI's was 61% versus 50% bij placebo (verschil
2359 11 %, 95%CI: 7-15%). Bij kinderen was het verschil in de respons 7% (95%CI: -1 -
2360 15%), bij adolescenten 13% (95%CI: 8 - 17%). Het percentage patiënten met suïcidale
2361 gedachten of een suïcidepoging was 3% in de SSRI groep en 2% in de placebogroep
2362 (verschil 1%, 95% CI: -1 - 2%). Een andere recente meta-analyse omvat 12 RCT's met
2363 een SSRI, maar maakt in de conclusies geen onderscheid tussen verschillende SSRI's
2364 (Tsapakis et al., 2008). Het behandel-effect over alle SSRI's ten opzichte van placebo was
2365 beperkt (RR 1,23, 95%CI 1,14-1,33, Number Needed to Treat 8,85).

2366

2367 Drie meta-analyses hebben alleen gekeken naar suïcide-gerichte bijwerkingen van
2368 SSRI's. Dubicka (2007) vond in de SSRI groep bij 4,8% van de patiënten een aan suïcide
2369 gerelateerde gebeurtenis, terwijl dit in de placebogroep bij 3,0% optrad (OR=1,7 95%
2370 CI: 1,13-2,54). In de review van Tauscher-Wisniewski (2007) zijn 5 RCT's naar
2371 fluoxetine geanalyseerd. Hierbij werd gezocht naar agressie-gerelateerde trefwoorden in
2372 beschikbare databases van alle placebo gecontroleerde met fluoxetine studies uitgevoerd
2373 door farmaceutisch bedrijf Eli Lilly. Bij het samennemen van alle categorieën van
2374 agressie werden geen verschillen gevonden in de frequentie van agressie tussen de
2375 fluoxetine (2,1%) en placebo (3,1%). In de meta-analyse van Wohlfarth (2006) werden
2376 22 studies naar de effecten van SSRI's en SNRI's bij kinderen en adolescenten met een
2377 depressie of angststoornis geïnccludeerd. Deze meta-analyse bevat weinig details over de
2378 afzonderlijke studies. Er werden geen geslaagde suïcides gerapporteerd. Het risico op
2379 suïcidale gedachten of suïcidepogingen was verhoogd bij zowel depressies (OR 1,67
2380 95%CI 1,05-2,65) als bij angststoornissen (OR 1,33 95%CI 0,33-5,35).

2381

2382 In de Treatment for Adolescents with Depression (TADS) studie zijn 77 adolescenten met
2383 depressie gedurende 36 weken behandeld met fluoxetine alleen, en 86 behandeld met
2384 fluoxetine in combinatie met cognitieve gedragstherapie (TADS team, 2007), zie verder
2385 bij combinatiebehandeling. Suïcidale ideatie en suïcidale handelingen traden vaker op bij
2386 fluoxetine monotherapie dan bij de combinatiebehandeling en bij alleen gedragstherapie.
2387 Er waren geen geslaagde suïcides in deze trial.

2388

2389 Informatie over het behandelbeleid bij jongeren met een depressieve stoornis waarbij
2390 behandeling (minimaal 8 weken) met een SSRI in eerste instantie onvoldoende resultaat
2391 oplevert wordt aangeleverd door Brent et al. (2008). In totaal nemen 334 jongeren aan
2392 de studie deel die at random worden verdeeld over 4 condities: het vervangen van de
2393 oude medicatie door venlafaxine (een serotonine en noradrenaline reuptake inhibitor;
2394 n=83), het vervangen van de oude medicatie door venlafaxine + cognitieve
2395 gedragstherapie (n=83), het vervangen van de oude medicatie door een andere SSRI
2396 (n=85) of het vervangen van de oude medicatie door een andere SSRI + cognitieve
2397 gedragstherapie (n=83). Uit de intention-to-treat analyse kwam naar voren dat de
2398 toevoeging van CGT leidde tot een significant groter aantal jongeren dat verbeterde
2399 (54,8% met CGT vs. 40,5% zonder CGT gemeten met CGI-I + CDRS-R). Er was geen

2400 sprake van een significant verschil tussen de medicatiegroepen onderling. Dezelfde
 2401 resultaten werden gevonden met een completers-only analyse, ook een
 2402 gevoeligheidsanalyse zonder de respondenten waarbij de blinding geschaad was
 2403 leverde vergelijkbare resultaten. Er werden geen significant verschillen gevonden voor de
 2404 tijd die nodig was voor een verbetering, zelfgerapporteerde depressieve klachten (BDI),
 2405 algeheel functioneren en suïcidaliteit. Ook werd er geen verschil gevonden in incidenten
 2406 (zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen) en de meeste bijwerking (venlafaxine
 2407 veroorzaakte wel meer huiduitslag).

2408
 2409

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat behandeling met fluoxetine van zowel kinderen als adolescenten met een depressie vaker leidt tot een klinische respons dan bij behandeling met placebo (RR=1,86 95% CI: 1,49-2,32). A1: Hetrick 2008
-----------------	---

2410

Niveau 1	Het is aangetoond dat er een verhoogd risico is op suïcidale gedachten en intenties en suïcidale handelingen en zelfbeschadigingsgedrag bij patiënten die behandeld worden met fluoxetine in vergelijking met placebo, maar het verschil is niet significant (RR=1,55 95%CI: 0,77 – 3,11). Er zijn in RCT's met fluoxetine geen geslaagde suïcides geobserveerd. A1: Hetrick 2008
-----------------	--

2411

Niveau 1	Het is niet aangetoond dat het effect van de overige SSRI's (paroxetine, sertraline, citalopram) op vermindering van depressieve symptomen significant verschillend is van de behandeling met placebo. A1: Hetrick 2008
-----------------	--

2412

Overige overwegingen

- 2414 • De hoge placeborespons en het geringe verschil in respons tussen placebo en
 2415 medicatie geeft aan dat specifieke factoren (zoals het geven van goede uitleg,
 2416 psychoëducatie, geven van hoop op herstel, goede therapeutische relatie) een grote
 2417 rol spelen bij de respons op SSRI's;
- 2418 • Hierbij sluit aan dat er een groot verschil in effectiviteit bestaat tussen het effect van
 2419 placebobehandeling en dat van een wachtlijstcontrolegroep. Placebo is effectiever dan
 2420 een wachtlijstgroep. Het verschil tussen placebo en wachtlijst zijn de specifieke
 2421 factoren;
- 2422 • Alle resultaten van RCT's zijn afkomstig uit strak opgezette algoritmisch uitgevoerde
 2423 behandelingen met frequente afspraken, en zelfmonitoring, waarbij specifieke
 2424 factoren belangrijk zijn. Dit kan betekenen dat de resultaten van de RCT's een
 2425 overschatting zijn ten opzichte van de resultaten in de doorsnee klinische praktijk;
- 2426 • Het is onbekend hoe kinderen en jongeren met een depressie en verhoogd
 2427 suiciderisico of met comorbide psychiatrische aandoeningen reageren op SSRI's.
 2428 Verhoogd risico op suïcidaliteit en aanwezigheid van comorbide stoornissen waren
 2429 uitsluitingscriteria in de RCT's;
- 2430 • Er is weinig bekend over de kans op remissie en functioneel herstel bij behandeling
 2431 van depressie met een SSRI. In de TADS studie hadden de meeste klinische

- 2432 responders nog functionele beperkingen en waren ze niet in remissie bij 12 weken
2433 behandeling (Vitiello et al., 2006; Kennard et al., 2006);
- 2434 • Er zijn bij kinderen en adolescenten met depressie geen studies gedaan naar hoe lang
2435 de behandeling na een initiële respons moet worden voortgezet. We zullen hier de
2436 Multidisciplinaire Richtlijn voor de behandeling van depressies bij volwassenen volgen.
2437 Bij een klinische respons dient tenminste 6 maanden doorbehandeld te worden met
2438 medicatie. Afbouwen van de medicatie is op basis van de ernst van de
2439 oorspronkelijke depressie en beloop en dient geleidelijk te gebeuren, in een periode
2440 van 4-6 weken;
 - 2441 • In ongeveer 30% van de gevallen is sprake van terugval van depressie binnen een
2442 periode van 5 jaar. Er zijn geen gegevens beschikbaar die over effectieve strategieën
2443 ter preventie van relapse van depressie bij kinderen en adolescenten;
 - 2444 • Depressie bij kinderen en adolescenten kan de eerste manifestatie zijn van een
2445 bipolaire stoornis. Onderzoek naar de optimale behandeling hiervan ontbreekt;
 - 2446 • Er zijn geen gegevens bekend over de effecten van SSRI's op de ontwikkeling van de
2447 hersenen;
 - 2448 • Fluoxetine is als enige SSRI in Nederland geregistreerd voor de behandeling van
2449 depressies vanaf de leeftijd van 8 jaar.

2450

2451 **Aanbeveling(en)**

- 2452 - Aangeraden wordt om bij een matig ernstige tot een ernstige depressie te starten met
2453 fluoxetine, aangevuld met psychoëducatie en eventueel cognitieve gedragstherapie.
- 2454
- 2455 - Bij het voorschrijven van medicatie bij kinderen en jongeren met een depressie dient
2456 zorgvuldige informatie te worden gegeven over de reden voor de medicatie, over de
2457 tijd die het duurt voordat therapeutische effecten zichtbaar worden, de mogelijke
2458 bijwerkingen inclusief mogelijke toename van suïcidale gedachten en handelingen, en
2459 over het belang van een goede therapietrouw. Vooral in het begin van de behandeling
2460 dient frequente, wekelijkse controle plaats te vinden van mogelijke suïcidale
2461 gedachten, intenties en handelingen. De patient en zijn ouders/verzorgers dient te
2462 worden geïnstrueerd om contact op te nemen met de behandelend arts bij het later
2463 optreden van dit soort symptomen.
- 2464
- 2465 - Bij respons wordt aangeraden gedurende tenminste 6 maanden de medicatie te
2466 continueren. De medicatie dient over een periode van 4-6 weken afgebouwd te worden.
- 2467
- 2468 - Bij non-respons op behandeling met fluoxetine gedurende 12 weken dient overgegaan
2469 te worden op sertraline of citalopram of venlafaxine, in combinatie met cognitieve
2470 gedragstherapie. Hierbij dient vastgesteld te worden dat er nog steeds sprake is van
2471 een matig ernstige tot ernstige depressie die medicamenteuze behandeling behoeft.
- 2472
- 2473 - Wanneer bij een matig ernstige of ernstige depressie gestart is met cognitieve
2474 gedragstherapie of een andere psychologische interventie, dient, bij onvoldoende
2475 resultaat na 6 weken, medicatie (fluoxetine) te worden toegevoegd.
- 2476
- 2477 - SSRI's dienen niet voorgeschreven te worden aan kinderen en adolescenten met milde
2478 depressies.
- 2479

2480 - Onderzoek is nodig naar de duur van de voortgezette behandeling bij respons en naar
2481 effectieve strategieën van relapse preventie.

2482
2483 - Onderzoek is nodig naar de meest effectieve behandeling van depressies die optreden
2484 als eerste manifestatie van een bipolaire stoornis bij kinderen en adolescenten.

2485

2486

2487 **6.2 TCA's**

2488

2489 **Inleiding**

2490 Tricyclische antidepressiva zijn geneesmiddelen die een stemmingsverbeterend effect
2491 hebben door de heropname van serotonine, noradrenaline en dopamine in de
2492 synapsspleet remmen en zo de beschikbaarheid van deze neurotransmitters verhogen.
2493 TCA's hebben echter aanzienlijke bijwerkingen en zijn zeer toxisch bij overdoseringen. **S**

2494

2495 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2496 TCA

2497 Een meta-analyse van 12 gerandomiseerde studies met TCA's laat geen verschil in
2498 verbetering van symptoomscore zien tussen de behandelde groep en de placebogroep
2499 (effect size 0.35 (95%CI -0.16 - 0.86) (Hazell, 1995). Er werd evenmin verschil
2500 gevonden in het percentage patiënten bij wie een verbetering optrad (OR 1.08 , 95%CI
2501 0,53 - 2,17). In een recente meta-analyse van 14 RCT's met TCA's die nagenoeg de
2502 zelfde RCT's omvatte als Hazell (1995) werd eveneens geen significant behandel-effect
2503 gevonden (RR 1,15, 95%CI 0,98-1,34) (Tsapakis et al., 2008).

2504

2505 **Conclusie**

Niveau 1

Het is aangetoond dat behandeling met TCAs bij kinderen en adolescenten met depressie in vergelijking met een placebo niet effectief is (percentage patiënten bij wie verbetering is opgetreden (OR 1,08 (95%CI 0,53 - 2,17)

A1: Hazell 1995; Tsapakis et al., 2008

2506

2507 **Overige overwegingen**

- 2508 • TCA's kunnen aanzienlijke bijwerkingen hebben zoals van anticholinerge aard
2509 (tachycardie, droge mond, obstipatie, mictieproblemen),, en van antihistaminerge
2510 aard (sedatie, gewichtstoename);
- 2511 • Bij overdosering zijn TCA's cardiotoxisch door beïnvloeding van de hartgeleiding

2512

2513 **Aanbeveling(en)**

2514 - Voorschrijven van TCA's bij kinderen en jongeren met een depressie wordt ontraden.

2515

2516

2517

2518

2519

2520 **6.3 Overige medicatie**

2521

2522 **Inleiding**

2523 Lithium is een stemmingsstabilisator die wordt voorgeschreven in de behandeling van de
2524 manie, en bij de onderhoudsbehandeling van de bipolaire stoornis. Venlafaxine is een
2525 gemengde serotonine-noradrenaline heropnameremmer. Mirtazapine is een antagonist
2526 van presynaptische alpha-2 receptoren. St Jans Kruid is een extract van de plant
2527 hypericum perforatum dat eeuwenlang is gebruikt voor medicinale doelen, ondermeer
2528 voor de behandeling van depressie. Omega-3 vetzuren zijn een belangrijk bestanddeel
2529 van membranen van zenuwcellen. Epidemiologisch onderzoek wijst op een verband
2530 tussen een lage voedselintake van omega-3 vetzuren en het voorkomen van depressie.

2531

2532 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2533 Lithium is onderzocht in 1 RCT bij 30 kinderen met een depressie en een positieve
2534 familieanamnese voor bipolaire stoornis (Geller et al., 1998). Er werd geen significant
2535 behandelingseffect op depressie gevonden. Lithium behandeling was geassocieerd met meer
2536 bijwerkingen als braken.

2537 Er werd geen significant behandelingseffect gevonden voor venlafaxine in 3 RCT's.

2538 Behandeling met venlafaxine verhoogt het risico op suïciale gedachten en handelingen.

2539 Mirtazapine is onderzocht in 2 RCT's, en leidde niet tot een significant behandelingseffect.

2540 De werkzaamheid van St Jans Kruid is niet onderzocht in RCT's bij kinderen en

2541 adolescenten met depressie.

2542 Een kleine RCT met omega-3 vetzuren in 28 kinderen (6-12 jaar) met een depressie liet

2543 een significant behandelingseffect zien ten opzichte van placebo (Nemets et al. 2006). Meta-

2544 analyses over de effecten van omega-3 vetzuren (meestal als add-on) in de behandeling

2545 van depressies bij volwassenen vinden een significant behandelingseffect, maar ook

2546 significante heterogeniteit tussen verschillende RCT's die het trekken van conclusies

2547 bemoeilijkt (Lin & Su, 2007; Osher et al., 2006).

2548

2549 **Conclusie**

Niveau 1	Het is aangetoond dat venlafaxine en mirtazapine in vergelijking met placebo niet effectief zijn in de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten A1: Hetrick et al. 2008
-----------------	--

2550

Niveau 2	Het is niet aannemelijk dat lithium effectief is in de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten A2: Geller et al. 1998
-----------------	---

2551

Niveau 3	Het zijn geen aanwijzingen dat St Jans Kruid effectief is in de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten C: Nice Guideline 2005
-----------------	--

2552

2553

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat omega-3 vetzuren effectief zijn in de behandeling van depressies bij kinderen B: Nemets et al., 2006
-----------------	--

2554

2555 **Overige overwegingen**

- 2556 • St Jans Kruid kan farmacologische interacties aangaan met diverse vormen van
2557 medicatie, kan zo de effectiviteit van deze middelen verhogen of verlagen. St Jans
2558 Kruid verhoogt ook het risico op ernstige bijwerkingen.
2559 • Er is onvoldoende onderzoek gedaan naar de optimale dosering van omega-3
2560 vetzuren en over de optimale behandelduur.

2561

2562 **Aanbeveling(en)**

2563 - Het voorschrijven van venlafaxine en mirtazepine bij kinderen en adolescenten met 2564 een depressie wordt ontraden. 2565 2566 - Gebruik van St Jans Kruid bij kinderen en adolescenten met een depressie wordt 2567 ontraden. 2568 2569 - De werkgroep is van mening dat omega-3 vetzuren als alternatief overwogen kunnen 2570 worden bij kinderen met een lichte tot een matig ernstige depressie, wanneer de 2571 ouders terughoudend zijn om te starten met psychologische interventies, of als add-on 2572 bij psychologische interventies.

2573

2574

2575 **6.4 Lichttherapie**

2576

2577 **Inleiding**

2578 Lichttherapie wordt doorgaans toegediend in 1 tot enkele kuren van 5-10 sessies (10.000
2579 lux bij volwassenen, 2500 lux bij kinderen jonger dan 9 jaar in 30 minuten, meestal 's
2580 morgens, gedurende 5-7 dagen aan het begin van of tijdens het winterseizoen.

2581

2582 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2583 Lichttherapie bleek een effectieve behandeling van seizoensgebonden depressie (in het
2584 bijzonder winterdepressie) in een RCT van 28 kinderen en adolescenten (Swedo et al.
2585 1997).

2586

2587 **Conclusie**

Niveau 2	Het is aannemelijk dat lichttherapie effectief is bij kinderen en adolescenten met een seizoensgebonden depressie, in het bijzonder winterdepressie A2 Swedo et al., 1997
-----------------	--

2588

2589 **Overige overwegingen**

- 2590 • Lichttherapie is een betrekkelijk eenvoudige behandeling die wel expertise vereist
2591 voor de juiste diagnostiek en indicatiestelling, en ook voor de uitvoering en de

2592 hantering van eventuele bijwerkingen, vooral in de eerste 2 behandelseizoenen. De
2593 Vereniging voor Winterdepressiepatiënten Nederland (VvWN) biedt voorlichting over de
2594 lichttherapie, de toepassingsmogelijkheden, en over veilige en voldoende lichtsterkte
2595 apparatuur.

2596

2597 **Aanbeveling(en)**

2598 - De werkgroep beveelt lichttherapie aan voor kinderen en adolescenten met een
2599 seizoensgebonden depressie, in het bijzonder winterdepressie.

2600

2601

2602 **6.5 Electroconvulsie therapie**

2603

2604 **Inleiding**

2605 Electroconvulsieve therapie (ECT) omvat het door middel van elektrische stroom
2606 induceren van een gegeneraliseerd epileptisch insult. Dit gebeurt onder algemene
2607 anesthesie, en na toediening van spierverslappers. Er kan gebruik worden gemaakt van
2608 unilaterale of bilaterale electrodeplaatsing. ECT wordt zeer zelden bij kinderen en
2609 adolescenten toegepast.

2610

2611 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2612 Een systematische review is beschikbaar met de resultaten van studies naar
2613 electroconvulsie (Rey & Walter 1997). Hierin werden 60 studies van lage kwaliteit
2614 geïnccludeerd met in totaal 396 patiënten. De oorspronkelijke studies beschreven veelal
2615 case report of case series. Daarnaast waren diagnoses, interventies en uitkomsten vaak
2616 niet goed beschreven. Bij 154 patiënten was informatie over diagnose en uitkomsten
2617 beschikbaar. Hieronder waren 40 jongeren (de meesten tussen de 12 en 18 jaar) met
2618 depressie. Bij deze jongeren werd bij 63% een herstel direct na de interventie
2619 gerapporteerd. Voor een deel van deze patiënten was informatie over functioneren na 6
2620 maanden beschikbaar (n=18). 72% van hen functioneerde goed 6 maanden na de
2621 interventie. Er zijn geen onderzoeken die aantonen dat toepassing van ECT beneden de
2622 leeftijd van 18 jaar meer risico's met zich meebrengt dan erboven (Cohen et al. 1997).
2623 We zullen ons bij conclusies, overwegingen en aanbevelingen verder baseren op de
2624 richtlijn voor het gebruik van ECT bij adolescenten van de American Academy of Child
2625 and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2002), en op de richtlijn ECT van de Vereniging voor
2626 Psychiatrie (2000).

2627

2628

Conclusie

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat behandeling van kinderen en adolescenten met depressies met ECT bij ca. 60% direct na de behandeling tot een verbetering van de depressie leidt

C: Rey & Walter 1997; AACAP, 2002

2629

Niveau 3

Er zijn geen aanwijzingen dat behandeling van kinderen en adolescenten met depressies met ECT meer risico's met zich meebrengt dan bij patiënten ouder dan 18 jaar

2630

2631

Overige overwegingen

2632

- De indicatiestelling en uitvoering van de ECT dient te gebeuren in een zorgvuldige procedure en volgens de richtlijn ECT van de Vereniging voor Psychiatrie (2000);

2633

2634

- De indicatie dient te worden bevestigd door een psychiater die ervaring heeft met ECT en niet bij de behandeling is betrokken;

2635

2636

- De behandeling dient uitgevoerd te worden door een psychiater en anesthesist die ervaren zijn in de uitvoering van ECT;

2637

2638

- Er dient cognitief en geheugenonderzoek plaats te vinden voor de ECT, direct na afloop van de behandeling en 3-6 maanden na afloop van de behandeling.

2639

2640

2641

Aanbeveling(en)

2642

ECT is geïndiceerd wanneer sprake is van een ernstige en hardnekkige depressie bij kinderen en adolescenten die levensbedreigend is (door weigering voedsel en vocht in te nemen, door ernstige suicidaliteit, of door psychose), of wanneer sprake is van een ernstige en hardnekkige depressie bij kinderen en adolescenten die niet reageert op tenminste 2 adequate trials met antidepressiva, waarbij tenminste een trial heeft bestaan uit een combinatiebehandeling met cognitieve gedragstherapie.

2643

2644

2645

2646

2647

2648

2649

CONCEPT

2650 **H7 Combinatiebehandeling**

2651 **Inleiding**

2652 Bij een combinatietherapie is sprake van een gelijktijdige behandeling met medicatie en
2653 een psychologische interventie. De kernvraag is of een combinatiebehandeling in het
2654 algemeen meerwaarde heeft ten opzichte van medicatie alleen en psychologische
2655 interventies alleen, dan wel of er meerwaarde is van een combinatiebehandeling voor
2656 bepaalde patiëntkenmerken of depressiekenmerken.

2658 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2660 *Combinatie Cognitieve Gedragstherapie met Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)*

2661 March (2004; 2006) rapporteert over een kwalitatief hoogstaande RCT over de
2662 effecten van (1) alleen cognitieve gedragstherapie, (2) alleen medicamenteuze
2663 behandeling (inclusief monitoring) met Fluoxetine, (3) de combinatie van beiden en (4)
2664 een controlegroep bestaande uit een placebo-pil (inclusief monitoring) bij 439 jongeren
2665 in de leeftijd van 12 – 17 jaar met een DSM-IV diagnose MDD (gemeten met Schedule
2666 for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children + een Children's
2667 Depression Rating Scale Revised (CDRS-R) score van 45 of hoger). Bij 51,9% van de
2668 jongeren was naast de depressieve stoornis sprake van minimaal één andere DSM-IV
2669 diagnose (inclusief dysthymie). De cognitieve gedragstherapie conditie (n=111) bestond
2670 uit 15 sessies verdeeld over de eerste 12 weken van de behandeling met een focus op
2671 het monitoren van de stemming, cognitieve herstructurering, gedragsmatige activering
2672 (plezierige activiteiten) en het verbeteren van sociale en probleemoplossende
2673 vaardigheden. Naast de individuele sessies voor de jongeren waren er twee sessies voor
2674 de ouders en 1 tot 3 sessies met de ouders en jongere gezamenlijk. De Fluoxetine conditie
2675 (n=109) startte met een aanvangsdosis van 10 mg/dag, hetgeen indien nodig (en indien
2676 de medicatie werd getolereerd) werd opgevoerd tot een maximum van 40 mg/dag in
2677 week 8. In de combinatie conditie (n=107) werd zowel het protocol van de cognitieve
2678 gedragstherapie conditie als dat van de fluoxetine conditie toegepast. De placebo conditie
2679 (n=112) was identiek aan de fluoxetine conditie, alleen werd de fluoxetine vervangen
2680 door een placebo-pil. In de fluoxetine conditie en de placebo conditie waren zowel de
2681 deelnemers als de behandelaars blind voor uitkomst van de randomisatie, in de andere
2682 twee condities was dit (logischerwijs) niet het geval. Tijdens de acute behandelfase
2683 werden verschillende meetinstrumenten afgenomen door een onafhankelijke beoordelaar
2684 (blind voor de onderzoeksconditie) op 3 tijdstippen (baseline, na 6 weken en na 12
2685 weken) bij zowel de jongeren als hun ouder(s). Na de acute behandelfase (eerste 12
2686 weken) werden de deelnemers uit de placebogroep die nog niet hersteld waren
2687 behandeld met een behandeling naar keuze. Voor de resterende 327 jongeren startte na
2688 de acute behandelfase de tweede fase (6 weken) en de derde fase (18 weken) van de
2689 studie. De medicatie van de jongeren uit de beide resterende medicatie condities werd
2690 (indien nodig) in week 12 verhoogd naar 60 mg/dag. In fase 2 en 3 werd deze dosis
2691 constant gehouden. De jongeren uit beide CGT condities kregen in de 2^e fase wekelijks
2692 een sessie cognitieve gedragstherapie op het moment dat ze nog niet geheel hersteld
2693 waren. Jongeren die al wel volledig hersteld waren kregen elke 14 dagen een sessie
2694 aangeboden. In de 3^e fase werd elke 6 weken een boostersessie aangeboden.

2697 De resultaten (intention-to-treat analyses) na de eerste 12 weken behandeling wezen uit
2698 dat combinatie therapie de grootste verbetering in depressieve symptomen (volgens
2699 CDRS-R) liet zien. De fluoxetine conditie was effectief (in vergelijking met de placebo
2700 conditie) maar minder effectief dan combinatietherapie. Cognitieve gedragstherapie bleek
2701 in de eerste 12 weken minder effectief dan fluoxetine en versilde niet significant van
2702 placebo. Het percentage jongeren dat sterk of zeer sterk was verbeterd was als volgt:
2703 combinatietherapie 71%, fluoxetine 60%, cognitieve gedragstherapie 43,2% en placebo
2704 34,8%. Hoewel bij 30% van de steekproef tijdens inclusie sprake van klinisch relevante
2705 suïcidaliteit en dit in alle vier de condities afnam, liet de fluoxetine groep en hoger risico
2706 op suïcidaliteit en het toedoen van letsel (bij zichzelf, bijvoorbeeld snijden, of bij
2707 anderen) zien dan de overige condities (bij 9,2% van de jongeren uit de fluoxetine groep
2708 was sprake van een alarmerend voorval tegenover 4,7% in de combinatiegroep, 4,5% uit
2709 de cognitieve gedragstherapiegroep en 2,7% in de placebo groep). De auteurs dichten
2710 een beschermende werking toe aan het CGT element uit de combinatietherapie.
2711 Psychiatrische negatieve uitkomsten, zoals ongeremd gedrag en afgevlakte emotie,
2712 kwamen ook vaker voor in de medicatie condities (15% in de combinatiegroep; 21 % in
2713 de fluoxetine groep; 1 % in de CGT groep en 9,8% in de placebo groep).

2714
2715 In een aparte publicatie beschrijft Kratochvil (2006) de uitkomsten van
2716 survivalanalyses op de TADS gegevens die de gemiddelde tijd in kaart brachten waarin
2717 de verschillende onderzoekscondities voor het eerst een sterke tot zeer sterke
2718 verbetering bereikten (CGI) en de gemiddelde tijd tot stabiele verbetering (2
2719 meetmomenten achter elkaar sprake van sterke tot zeer sterke verbetering). Deze
2720 survivalanalyses werden apart uitgevoerd voor de medicatie condities (combinatie,
2721 fluoxetine en placebo) op de beoordelingen van de arts en apart voor de CGT condities
2722 (combinatie, CGT) op de beoordelingen van de psychotherapeut. Vanwege onderlinge
2723 verschillen (in zowel het meetmoment als de beoordeling zelf) konden alle vier de
2724 condities niet in één analyse worden meegenomen. Zoals verwacht wordt het eerst een
2725 sterke tot zeer sterke verbetering bereikt met combinatietherapie. In de
2726 combinatietherapie groep bereikte tenminste 50% van de jongeren hun eerste sterke tot
2727 zeer sterke verbetering na 5 weken, in de fluoxetine groep was dit na 6 weken en in de
2728 placebogroep na 11 weken (combinatie en fluoxetine significant sneller dan placebo,
2729 geen onderling verschil). Hazard ratios wijzen uit dat een stabiele verbetering ongeveer 3
2730 keer zo snel wordt bereikt met combinatietherapie in vergelijking tot zowel placebo als
2731 CGT, met fluoxetine alleen ongeveer 2 keer zo snel als placebo en met
2732 combinatietherapie ongeveer 1,5 keer zo snel als met fluoxetine.

2733
2734 Een publicatie van Curry (2006) vermeldt de resultaten van predictor en
2735 moderator analyses op de TADS gegevens. Voor alle vier de onderzoekscondities gold dat
2736 jongere adolescenten (leeftijd tussen de 12 en 16), jongeren met een korter durende
2737 depressie, jongeren die minder beperkt zijn in hun functioneren, minder last hebben van
2738 gevoelens van hopeloosheid en suïcidaliteit, met minder melancholische kenmerken of
2739 comorbide diagnoses en grotere verwachtingen van hun behandeling na 12 weken meer
2740 verbeterd zijn dan andere jongeren. Combinatietherapie is in geen enkel geval minder
2741 effectief dan de monotherapie. Bij jongeren met een milde tot matige depressie en
2742 jongeren met minder cognitieve verstoringen was combinatietherapie effectiever dan
2743 alleen fluoxetine. Dit verschil verdween bij ernstigere depressies met meer cognitieve
2744 verstoringen. Opvallend was ook dat jongeren uit gezinnen met een hoog inkomen
2745 evenveel baat hadden bij alleen CGT als bij combinatietherapie.

2746
2747
2748
2749
2750
2751
2752
2753
2754
2755
2756
2757
2758
2759
2760
2761
2762
2763
2764
2765
2766
2767
2768
2769
2770
2771
2772
2773
2774
2775
2776
2777
2778
2779
2780
2781
2782
2783
2784
2785
2786
2787
2788
2789
2790
2791
2792
2793
2794

Uit een latere publicatie over de langere termijn effecten (TADS, 2007) blijkt dat de uitkomsten gemeten met de CDRS-S na 36 weken laten geen verschil zien tussen de drie behandelgroepen (27,62 bij combinatietherapie; 28,44 bij fluoxetine; 28,49 bij gedragstherapie). Respons gemeten met behulp van de CGI-I toont ook geen verschil (Combinatietherapie: 86%, Fluoxetine: 81%, gedragstherapie: 81%). Het percentage mensen met suïcidale gedachten gemeten met de Suicidal Ideation Questionnaire Junior (SIQ-Jr) was nog steeds lager bij behandeling met cognitieve gedragstherapie (3,9%) of de combinatietherapie (2,5%) dan bij fluoxetine alleen (13,7%). De effectiviteit van alleen fluoxetine en alleen CGT verschilde vanaf week 18 niet langer significant (zowel CDRS-R als CGI-I). Vanaf week 24 verschilden de drie behandelvormen niet langer significant in respons (CGI-I) en vanaf week 30 verschilden de drie therapieën niet langer in ernst van de depressie (CDRS-S) (mate van bewijs A2).

Clarke (2005) beschrijft de resultaten van een RCT waarin hij de toegevoegde waarde van CGT op de behandeling met een SSRI onderzoekt. Uit een elektronische databank werden jongeren (leeftijd 12-18 jaar) geselecteerd die onder behandeling waren met een SSRI. Deze jongeren werden benaderd voor een screening interview waarin werd vastgesteld of er sprake was van een diagnose voor een depressieve stoornis. Uiteindelijk werden 152 jongeren gerandomiseerd naar ofwel de behandeling met een SSRI + care as usual (n=75) of de behandeling met een SSRI, care as usual + CGT (n=77). Uit de intention-to-treat analyse kwam naar voren de depressieve klachten (CES-D) sterker afnamen in de CGT conditie (marginaal significante trend $p = 0,070$). Bovendien bleek het aantal jongeren dat van een score boven de 16 (klinisch relevant depressie) opschoof naar een score onder de 16 significant groter in de CGT groep. Ook werd een marginaal significante verbetering gevonden in externaliserende gedragsproblemen (YSR) en een significante verbetering in mentaal functioneren (SF-12). De andere uitkomstmaten en het tijdschema waarin verbetering plaats vond verschilden niet significant tussen beide condities. Wel werd een onbedoeld neven effect gevonden: in de CGT groep werd een significant lagere dosis SSRI gebruikt dan in de SSRI + care as usual groep. De gunstige effecten van CGT hadden met name betrekking op de periode tussen 6 en 12 maanden follow-up en minder op de acute behandelperiode (mate van bewijs B).

Melvin (2006) onderzocht door middel van een RCT de effecten van alleen cognitieve gedragstherapie, alleen medicamenteuze behandeling met Sertraline en de combinatie van beiden bij 73 jongeren in de leeftijd van 12 – 18 jaar met een DSM-IV diagnose MDD, dysthymie en Depressieve Stoornis n.a.o. De cognitieve gedragstherapie (n=22) bestond uit 12 individuele wekelijkse sessies van 50 minuten voor de jongeren zelf, aparte sessies voor de ouders van de jongeren en twee sessies met de jongere en ouders gezamenlijk. Na de acute behandel fase volgden nog 3 maandelijks boostersessies. De medicamenteuze behandeling bestond in de eerste week uit een dosis van 25 mg Sertraline per dag. De tweede week werd de dosis verhoogd naar 50 mg/dag. Deze dosis werd vervolgens (indien nodig) opgevoerd met stapjes van 25 mg tot een maximum van 100 mg/dag. Direct na de acute behandel fase laten alle drie de groepen en significante verbetering zien (zowel ten aanzien van het percentage jongeren met een diagnose als de RADS) en deze verbetering blijft behouden op de follow-up meting. De uitkomsten van de combinatietherapie verschilden niet significant van de uitkomsten van beide mono-behandelingen. De auteurs noemen de kleine steekproef en de relatief korte

2795 follow-up tijd als mogelijke oorzaken voor deze bevinding. Cognitieve Gedragstherapie
2796 (mono) liet wel significant betere resultaten zien dan medicatie alleen. De auteurs
2797 suggereren dat dit mogelijk wordt veroorzaakt door de relatief lage dosis Sertraline (Mate
2798 van bewijs B).

2799
2800 Goodyer (2007) beschrijft de resultaten van een RCT waarin hij de toegevoegde
2801 waarde onderzoekt van CGT bij depressieve jongeren die reeds worden behandeld met
2802 een SSRI en care as usual. Goodyer selecteerde jongeren (leeftijd 11-17 jaar) met een
2803 depressie die niet voldoende reageerden op een korte psychosociale interventie
2804 (minimaal 2 sessies; geen CGT). Sommige jongeren hadden al aan een dergelijke
2805 interventie deelgenomen voor de studie periode. Deze jongeren konden direct aan de
2806 baseline meting van de studie deelnemen en worden gerandomiseerd. Andere jongeren
2807 kregen deze psychosociale interventie vanuit het perspectief van de studie aangeboden
2808 en werden bij het uitblijven van effecten toegelaten tot het effect onderzoek. Op
2809 schizofrenie en bipolaire stoornis na waren comorbide diagnoses geen exclusiecriteria.
2810 Uiteindelijk namen 208 depressieve jongeren aan de studie deel waarvan 103 werden
2811 behandeld met een SSRI en care as usual en de andere 105 met een SSRI en care as
2812 usual + CGT. De behandeling waren zoveel mogelijk gebaseerd op best practice
2813 modellen. De medicatie bestond uit 10 mg fluoxetine in week 1, 20 mg in week 2 t/m 5,
2814 (indien nodig) een verhoging tot 40 mg in week 6 en eventueel een verhoging tot 60 mg
2815 in week 12. Wanneer de deelnemers niet goed reageerden op fluoxetine werd een andere
2816 SSRI overwogen. Naast deze behandeling met medicatie werd aan alle deelnemers uit
2817 beide condities 9 (of meer indien gewenst) ondersteunende sessies aangeboden (care as
2818 usual) verdeeld over 28 weken. De onderzoeksassistenten die zorg droegen voor de
2819 dataverzameling waren niet op de hoogte van de onderzoeksconditie. Op geen van de
2820 uitkomstmaten werd een significant verschil gevonden in de intention-to-treat analyses.
2821 Het toevoegen van cognitieve gedragstherapie bleek dus geen effect te hebben. Uit de
2822 TADS studie kwam naar voren dat CGT met name een toegevoegde waarde had voor
2823 jongeren met een milde tot matige depressie en minder cognitieve verstoringen. In de
2824 hier omschreven studie werd een dergelijk verband niet gevonden. Wel merken de
2825 auteurs op dat hun steekproef waarschijnlijk de meest beperkte jongeren bevat (mede
2826 doordat suïcidaliteit en veel comorbide stoornissen geen exclusiecriteria waren). Een
2827 andere verklaring die de auteur aandragen voor het uitblijven van additionele effecten
2828 van CGT is de lage responsrate in de CGT conditie (lang niet alle sessies werden benut)
2829 en de toevoeging van de actieve ondersteunende sessies (care as usual) in beide
2830 groepen. Ook geven de auteurs aan dat studie over voldoende power beschikt voor het
2831 aantonen van superioriteit en niet voor het aantonen van equivalentie. Het uitblijven van
2832 significante verschillen wil dus niet per definitie zeggen dat beide interventies even
2833 effectief zijn (mate van bewijs A2).

2834
2835 Brent (2008) onderzocht de toegevoegde waarde van cognitieve gedragstherapie
2836 bij jongeren met een depressieve stoornis waarbij behandeling (minimaal 8 weken) met
2837 een SSRI in eerste instantie onvoldoende resultaat oplevert. In totaal nemen 334
2838 jongeren aan de studie deel die at random worden verdeeld over 4 condities: het
2839 vervangen van de oude medicatie door venlafaxine (een serotonine en noradrenaline
2840 reuptake inhibitor; n=83), het vervangen van de oude medicatie door venlafaxine +
2841 cognitieve gedragstherapie (n=83), het vervangen van de oude medicatie door een
2842 andere SSRI (n=85) of het vervangen van de oude medicatie door een andere SSRI +
2843 cognitieve gedragstherapie (n=83). De werking van de medicatie werd gemonitord in 30

2844 tot 60 minuten durende sessies waarin aandacht werd besteed aan eventuele
 2845 bijwerkingen en de reactie op de medicatie. De eerste vier weken vonden deze sessies
 2846 wekelijks plaats, vervolgens om de 2 weken (tot week 12). De dosis werd langzaam
 2847 opgevoerd (venlafaxine resp. 37,5 mg, 75 mg, 112,5 mg en 150 mg in de eerste 4
 2848 weken met als optie een verdere verhoging tot 225 mg per dag in week 6; SSRI 10 mg in
 2849 week 1, 20 mg in week 2 t/m 6 met als optie een verdere verhoging tot 60 mg per dan in
 2850 week 6).

2851 Uit de intention-to-treat analyse kwam naar voren dat de toevoeging van CGT leidde tot
 2852 een significant groter aantal jongeren dat verbeterde (54,8% met CGT vs. 40,5% zonder
 2853 CGT gemeten met CGI-I + CDRS-R). Er was geen sprake van een significant verschil
 2854 tussen de medicatiegroepen onderling. Dezelfde resultaten werden gevonden met een
 2855 completers-only analyse, ook een gevoeligheidsanalyse zonder de respondenten waarbij
 2856 de blinding geschaad was leverde vergelijkbare resultaten. Er werden geen significant
 2857 verschillen gevonden voor de tijd die nodig was voor een verbetering, zelfgerapporteerde
 2858 depressieve klachten (BDI), algeheel functioneren en suïcidaliteit. Ook werd er geen
 2859 verschil gevonden in incidenten (zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen) en de meeste
 2860 bijwerking (venlafaxine veroorzaakte wel meer huiduitslag) (mate van bewijs A2).

2861
 2862 **Conclusies**
 2863

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat behandeling met een combinatie van fluoxetine en cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met een depressie na 12 weken effectiever is dan behandeling met alleen fluoxetine, of alleen gedragstherapie. A2: TADS 2004
-----------------	---

2864

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat behandeling met een combinatie van fluoxetine en cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met een depressie na 36 weken niet langer effectiever is dan behandeling met alleen fluoxetine, of alleen gedragstherapie. A2: TADS 2007
-----------------	---

2865

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat bij behandeling met een combinatie van fluoxetine en cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met een depressie sneller een sterke en stabiele verbetering wordt bereikt dan bij behandeling met alleen fluoxetine, of alleen gedragstherapie. A2: Kratochvil et al., 2006
-----------------	---

2866

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat het percentage adolescenten met suïcidale gedachten lager is bij behandeling met cognitieve gedragstherapie (3,9%) of de combinatietherapie (2,5%) dan bij fluoxetine alleen (13,7%). A2: TADS 2007
-----------------	---

Niveau 2	<p>Er zijn aanwijzingen dat bij adolescenten met een depressie die eerst onvoldoende gereageerd hebben op een SSRI alleen gedurende 8 weken. behandeling met een combinatie van een andere SSRI of venlafaxine met cognitieve gedragstherapie effectiever is dan behandeling met een andere SSRI of venlafaxine zonder cognitieve gedragstherapie</p> <p>A2: Brent et al., 2008</p>
-----------------	---

2868

2869

Overige overwegingen

2870

2871

2872

2873

2874

2875

2876

2877

2878

2879

2880

2881

2882

2883

2884

2885

2886

2887

2888

2889

2890

2891

Aanbeveling(en)

2892

2893

2894

2895

2896

2897

2898

2899

2900

2901

2902

2903

- De werkgroep is van mening dat combinatietherapie van een SSRI met CGT overwogen moet worden indien het van belang is een snelle klinische respons te bewerkstelligen en/of wanneer behandeling met alleen fluoxetine aanleiding tot duidelijke suïcidale ideaties.
- Bij kinderen en adolescenten met een depressie die eerst onvoldoende gereageerd hebben op alleen een SSRI gedurende 8 weken is een combinatiebehandeling van een andere SSRI of venlafaxine met CGT geïndiceerd.

2904 **H8 Gezinscontext**

2905

2906 **Inleiding**

2907 Kinderen en adolescenten leven veelal in gezinsverband. Vroege ouder-kind
2908 relatiepatronen en opvoedingsstijlen zijn belangrijke depressogene determinanten (
2909 Trimbemont, 2005). Binnen de klinische praktijk is het dan ook gebruikelijk om de
2910 ouders in de vorm van ouderbegeleiding bij de behandeling te betrekken. Sterker nog,
2911 het wordt van essentieel belang geacht voor het slagen van de behandeling. Er zijn twee
2912 effectieve psychotherapeutische behandelingen CBT en IPT (zie hoofdstuk
2913 psychotherapeutische behandeling....). De CBT behandeling is een individuele
2914 behandeling maar wordt ook in groepen aangeboden. Alhoewel IPT een individuele
2915 therapie is vinden er wel sessies met de ouders plaats aan het begin, in het midden en
2916 aan het eind van de behandeling. De sessies zijn gericht op psycho-educatie,
2917 communicatieve vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden en terugvalpreventie.
2918 Binnen de gezinstherapie worden ouders wel intensief bij de behandeling betrokken.
2919 Gezinstherapie richt zich op eerder genoemde determinanten en ander gezinsfactoren die
2920 een rol kunnen spelen. Echter, de effectiviteit van gezinstherapie is nog onvoldoende
2921 aangetoond (zie hoofdstuk over psychotherapeutische behandeling....). Alhoewel er
2922 binnen dit addendum aanbevelingen gedaan zijn over effectieve behandelingen (zie
2923 hoofdstuk psychotherapeutische behandeling....), moet de vraag naar de wijze waarop de
2924 gezinscontext (de ouders in het bijzonder) binnen de behandeling betrokken dienen te
2925 worden nog behandeld worden.
2926 Binnen de Nice richtlijn (2005) wordt de volgende richtlijn geformuleerd; 'De therapeut
2927 moet een werkrelatie ontwikkelen met het gezin. Indien dit lastig is kan er overwogen
2928 worden om een andere therapeut voor het gezin te regelen'.

2929

2930 **Wetenschappelijke onderbouwing**

2931 Sander en McCarty (2005) geven in hun review aan dat de grotendeels ontbrekende
2932 evidentie voor de effectiviteit van het betrekken van de ouders bij de behandeling van
2933 adolescenten, wordt veroorzaakt door het feit dat voor het overgrote deel van de
2934 klinische studies naar depressie bij adolescenten geen ouders zijn betrokken. Slechts
2935 32% van de depressie behandelingen die werden getest in klinische trials, en die zijn
2936 opgenomen in een recente meta-analyse (Weisz et al, in press), betrokken de ouders in
2937 enige vorm. Sander en McCarty geven in hun review een overzicht van de mate waarin
2938 ouders betrokken zijn geweest in verschillende studies rond depressie bij jeugdigen. Ze
2939 doen dit door het hergroeperen en analyseren van de klinische trials in de eerder
2940 benoemde meta-analyse van Weisz en collega's. Zij concluderen dat de grote
2941 meerderheid (68%) van de studies exclusief gericht zijn op adolescenten, zonder enige
2942 betrokkenheid van de ouders. De gemiddelde effectgrootte van behandelingen die
2943 exclusief op adolescenten gericht waren is .45 (een middelgroot effect). In de meta-
2944 analyse van Weisz et al. is geen enkele studie opgenomen die zich exclusief richt op
2945 behandeling van de ouders. Enkele studies in de meta-analyse van Weisz (18%) gaven
2946 psycho-educatie aan de ouders over depressie en over de doelen van de behandeling
2947 (het niveau: 'ouders als partners'). Gemiddeld gaven de studies met 'ouders als partners'
2948 een effectgrootte van .25 (een klein effect). Studies waarbij de ouders werden ingezet
2949 als 'agents of change' waren het minst vertegenwoordigd in de meta-analyse van Weisz
2950 (5%). De gewogen gemiddelde effectgrootte van deze studies was .40 (een middelgroot

2951 effect). Deze effectgrootte ligt opvallend dicht bij die van behandelingen die zich exclusief
2952 richten op jeugdigen.

2953 Ook de 'overall' effectiviteit van behandelingen die exclusief gericht zijn op kinderen en
2954 adolescenten is vergelijkbaar met die van behandelingen die ouders betrekken in de
2955 behandeling. Echter, de op effectiviteit onderzochte behandelingen verschillen sterk wat
2956 betreft de mate van betrokkenheid van het gezin maar ook wat betreft de mate van
2957 effectiviteit.

2958 De auteurs bepleiten dat het voorbarig is om de betrokkenheid van ouders bij de
2959 behandeling van depressie bij adolescenten als onnodig te bestempelen. Het is belangrijk
2960 dat duidelijk wordt welke kenmerken van de ouders en kind/ adolescent van belang zijn
2961 om te bepalen of al dan niet ouders bij de behandeling betrokken moeten worden.
2962 Daarvoor is verder wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk. Hierbij is een 'one-size-fits-
2963 all' benadering noch gepast noch mogelijk.

2964

2965 Lewinsohn en collega's (1990) vergelijken in een RCT de efficacy van twee vormen van
2966 cognitieve gedragsmatige interventies voor adolescenten met een depressie. Een groep
2967 van 59 high school studenten (14-18 jaar) met een depressie (volgens de DSM-III criteria
2968 en de RDC criteria) werd gerandomiseerd ingedeeld in één van de drie condities:
2969 adolescent en ouder (n=24), alleen adolescent (n=19) en wachtlijst (n=19). De
2970 behandelingen waren: a) een CGT interventie en b) een interventie voor de ouders. De
2971 behandeling voor de ouders bestond uit een CWD-A cursus (Coping With Depression
2972 Course for Adolescents), gecombineerd met een aparte behandelmodule voor de ouders.
2973 Er waren gedetailleerde behandelprotocollen aanwezig en elke behandelsessie werd op
2974 video opgenomen om de navolging van deze protocollen in kaart te brengen. Uitkomsten
2975 werden gemeten met het KSADS-E interview, de BDI, de CES-D en enkele schalen in
2976 ontwikkeling. Metingen bij de ouders verliepen met behulp van de CBCL. De studie toont
2977 duidelijk de effectiviteit van de CWD-A cursus voor adolescenten met een depressie.
2978 Hoewel er een sterke trend zichtbaar was in het voordeel van de "adolescent en ouder"
2979 conditie boven de "alleen adolescent" conditie, werd echter slechts in één van de talloze
2980 vergelijkingen een statistisch significant verschil tussen deze groepen gevonden. De
2981 auteurs melden dat er meerdere verklaringen voor deze bevindingen mogelijk zijn. Een
2982 belangrijke reden is de geringe power van de studie, vanwege de kleine
2983 onderzoeksgroep, waardoor kleinere effecten niet aangetoond kunnen worden. Een
2984 andere reden is de dat de ouder module in de CWD-A niet zo goed was als hij hoorde te
2985 zijn. Zo leerden de adolescenten en hun ouders beiden vaardigheden voor
2986 onderhandeling en conflicthantering, maar ze werden tijdens de training niet bij elkaar
2987 gebracht om hun nieuwe vaardigheden bij elkaar te oefenen. De auteurs geven aan dat
2988 het niet terecht is om op basis van deze resultaten te concluderen dat betrokkenheid van
2989 de ouders binnen de behandeling onbelangrijk is.

2990

2991 Clarke en collega's (1999) vergelijken in een RCT de effecten van kortdurende acute CGT
2992 met de effecten van CGT met vervolgsessies (boostersessies). Een in de populatie
2993 geworven groep van 123 adolescenten (14-18 jaar) met een DSM-III-R diagnose 'major
2994 depressie' of 'dysthyme depressie' werd willekeurig ingedeeld in één van de drie 8-weken
2995 durende condities: adolescenten groep CGT (n=45), adolescenten groep CGT met een
2996 aparte oudergroep (n=42) of de wachtlijstconditie (n=36). Na het doorlopen van de
2997 acute CGT fase werden de groepen ingedeeld in één van de drie condities binnen de 24-
2998 maanden follow-up periode: 4-maandelijkse metingen met boostersessies, 4-
2999 maandelijkse metingen zonder boostersessies of jaarlijkse metingen zonder

3000 boostersessies. Uitkomsten werden gemonitord via een score op de HAM-D (ingevuld
3001 door een interviewer), een score op 'huidig niveau van functioneren' (volgens LIFE
3002 criteria?), een score op de GAF (ingevuld door de interviewer), een score op de BDI
3003 (ingevuld door de adolescent) en een score op de CBCL (ingevuld door de ouder). De
3004 auteurs rapporteren een breed scala aan resultaten en conclusies. Voor dit hoofdstuk is
3005 vooral van belang dat de uitkomsten voor de groep met alleen adolescenten en de groep
3006 adolescenten + ouder niet significant van elkaar verschilden. Ook hier geldt dat de power
3007 van de studie te gering is om kleinere effecten aan te tonen. Beide condities waren
3008 overigens superieur aan de wachtlijstconditie. Dit onderzoek is een replicatiestudie,
3009 waarin de resultaten uit eerder onderzoek door dezelfde onderzoeksgroep deels worden
3010 bevestigd. Was er in de eerdere studie (Lewinsohn et al, 1990) nog sprake van een trend
3011 in de replicatiestudie was dat niet meer het geval.

3012 Net als in deze eerdere studie erkennen de auteurs, dat het uitblijven van een verhoogde
3013 vooruitgang in de conditie met ouderparticipatie ingaat tegen het wijdverbreide klinische
3014 geloof betreffende het belang het betrekken van de ouders in iedere behandeling van
3015 kinderen of adolescenten. Ze geven een aantal beperkingen aan; in beide studies is
3016 sprake van slechts één methode van ouderparticipatie, de opkomst van de ouders (met
3017 name vaders) was niet perfect en de interventie met ouderparticipatie niet de primaire
3018 focus van de studie. De auteurs geven aan dat het mogelijk is dat een geïntegreerde
3019 familie therapie betere uitkomsten zou genereren. Maar ze benadrukken ook dat hun
3020 resultaten op dit vlak stroken met die van Brent et al (1996), die ook geen voordeel
3021 vonden van familietherapie ten opzichte van individuele CGT bij een adolescente
3022 depressie.

3023

3024 **Overige overwegingen**

3025 • Weitzman (2006) beschrijft in zijn paper de literatuur rond family-therapy en
3026 adolescenten tot 2002. Hij geeft aan dat deze literatuur (Denton and Walsch
3027 2002, Brent et al 1997;1998) aantoonde dat adolescenten met depressie beter
3028 reageren op CGT dan op family therapy. De family therapy interventies hadden
3029 echter wel een positief effect op conflicten tussen kind en ouder, wat werd
3030 geassocieerd met lagere terugval percentages. Weitzman wijst erop dat in de
3031 bekende RCT van Brent en collega's (Brent 1997;1998) maar één model voor
3032 family therapy is gebruikt terwijl er tientallen modellen bestaan. Hij wijst op de
3033 mogelijkheid dat combinatiebehandelingen die zowel CGT als familie-gerichte
3034 interventies gebruiken tot betere uitkomsten leiden, of dat familie-georiënteerde
3035 interventies, zoals ouder-educatie, aangeboden dient te worden voorafgaand aan
3036 traditionele gezinstherapie. Studies die deze vragen onderzoeken zijn echter niet
3037 uitgevoerd. Hij gaat ervan uit dat de methodologische problemen voor het
3038 uitvoeren van dit soort studies de oorzaak zijn van het ontbreken van dit type
3039 onderzoek. Weitzman geeft aan dat er 3 familie georiënteerde therapievormen
3040 volgens evidence-based standaarden zijn onderzocht met positief resultaat:
3041 Interpersonal Therapy (ITP), Multisystemic Therapy (MST) en Attachment-Based
3042 Family Therapy (ABFT). Hoewel er nog weinig studies zijn die deze family therapie
3043 interventies vergelijken met andere benaderingen, en terwijl er enig bewijs
3044 ontstaat dat de timing waarop een familie-georiënteerd interventie ingezet moet
3045 worden ertoe doet, komen er meer studies die getuigen van de relatieve
3046 effectiviteit van familie-georiënteerd behandeling voor deze populatie. Ondanks
3047 het gebrek aan RCT's op dit vlak raden alle grote namen in het veld van depressie

3048 bij adolescenten enige vorm van betrokkenheid van de familie in het
 3049 behandelproces aan;

- 3050 • Wells (2005) beschrijft de wijze waarop binnen de 'Treatment for Adolescents with
 3051 Depression Study' (TADS) (N=439) de ouders bij de behandeling betrokken zijn.
 3052 Op basis van bevindingen uit eerder onderzoek en klinische ervaringen werd een
 3053 modulaire (gedeeltelijk optioneel) behandeling aan de ouders aangeboden. Zo
 3054 bleek uit het onderzoek van van Birmaher et al. (2000) dat de aanwezigheid van
 3055 ouder-kind conflicten voorafgaand aan de start van de behandeling en gedurende
 3056 de follow-up predictoren waren voor een gebrek aan herstel, chroniciteit van
 3057 depressie en terugkeer van depressie. Kenmerken van gezinsprocessen worden
 3058 geassocieerd met depressie van adolescenten; excessieve verwachtingen van de
 3059 ouders in combinatie met lage mate van beloning door de ouders, gebrekkige
 3060 probleemoplossend vermogen van het gezin, gezinsinteractie die gekenmerkt
 3061 worden door grote mate van expressed emotions en grote mate van kritiek.
 3062 Ouders van adolescenten met depressieve symptomen bleken meer vijandig,
 3063 afwijzend en minder effectief in het gebruik van opvoedingsmethoden dan ouder
 3064 van niet depressieve adolescenten. Bovendien was de klinische ervaring dat
 3065 psycho-educatie aan de ouders de betrokkenheid van de ouders bij de
 3066 behandeling vergroete en dat daarmee vroegtijdige dropout werd voorkomen.
 3067 De modulaire behandeling die gericht is op de ouders omvatte twee sessie voor de
 3068 ouders waarin psycho-educatie gegeven werd over depressieve stoornissen en
 3069 over CBT behandeling en vijf (optionele) sessies voor de ouders samen met de
 3070 adolescent die gericht zijn op het oefenen van vaardigheden en veranderen van
 3071 interactionele processen met ondersteuning en feedback van de therapeut. Door
 3072 de ouders in een vroeg stadium te betrekken bij de behandeling was er sprake
 3073 van grotere mate van samenwerking en therapie trouw bij de ouders.
 3074 Bij het uitvoeren van de modules voor de ouders worden de volgende problemen
 3075 gesignaleerd; mate van betrokkenheid van de ouders (variërend van
 3076 overbetrokken tot afwezig), ouderlijke psychopathologie (depressieve
 3077 stoornissen, angststoornissen, middelenmisbruik, gezinsgeweld en ouderlijk
 3078 antisociaal gedrag), gezinsconstellatie (o.a. éénooudergezinnen, samengestelde
 3079 gezinnen, pleeggezinnen) en medewerking aan de module (o.a. weerstand,
 3080 wegblijven, afwijzen van interventies, andere prioriteiten stellen).
 3081 De ervaring van de therapeuten is dat de aandacht voor de gezinscontext van
 3082 essentieel belang is voor het identificeren van adequate doelen waarop de CBT
 3083 gericht moet worden. Er is een sterk vermoeden dat indien dit niet meegenomen
 3084 was in de behandeling dat het geleid zou hebben tot; geringe medewerking aan
 3085 de therapie, uitval, de therapie als niet helpend of als niet relevant ervaren was
 3086 door de adolescent. Dit is echter niet empirisch vastgesteld.

3087 **Conclusies**

Niveau 1	<p>Er is onvoldoende onderzoek naar de wijze waarop ouders bij de behandeling van depressie van adolescenten betrokken kunnen worden zodat de effectiviteit, zowel in termen van remissie als relapse, vergroot kan worden.</p> <p>A1: Sander (2005)</p>
-----------------	--

3089

Niveau 1	Er is geen bewijs dat het aanbieden van een groepstraining aan ouders naast CBT voor voor de adolescent tot grotere effecten leidt. A2: Lewinsohn (1990), Clarke (1999).
-----------------	---

3090

Niveau 3	De wijze waarop ouders en het gezin bij de behandeling betrokken dienen te worden is een beslissing die met de huidige kennis alleen gebaseerd kan worden op een klinisch oordeel. C: Weitzman (2006)
-----------------	--

3091

Niveau 3	Het betrekken van de gezinscontext bij de CBT behandeling is essentieel voor het identificeren van adequate doelen waarop de CBT behandeling zich kan richten. De klinische indruk is dat als dit achterwege blijft de therapietrouw verminderd, de mate van drop out groter is of dat de overtuiging ontstaat dat de therapie niet relevant of helpend is. C: Wells (2005)
-----------------	--

3092

3093

Overige overwegingen

3094

3095

3096

3097

3098

3099

3100

3101

3102

3103

3104

3105

3106

3107

3108

3109

Aanbeveling(en)

3110

3111

3112

3113

3114

3115

3116

3117

3118

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-educatie geven aan ouders over depressieve stoornissen. - De ouders dienen geïnformeerd te worden over de aard van de behandeling. - De ouders bij de behandeling betrekken op basis van het klinisch oordeel. Daarbij dient in het bijzonder rekening gehouden te worden met de predictor voor een positief behandelresultaat; mate van ouder-kind conflicten. |
|--|

3119 **Literatuur**

3120

3121 Brent, D.A., Roth, C.M., Holder, D.P., et al. *Psychosocial interventions for treating*
3122 *adolescent suicidal depressions: a comparison of three psychosocial interventions.*
3123 *Psychological treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies*
3124 *for clinical practice.* Hibbs ED, Jensen PS, eds, Washington DC: American Psychological
3125 Association, pp 187-206.

3126

3127 Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., Seeley, J.R. (1999). CGT of
3128 adolescent Depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions.
3129 *J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry*, 38 (3), 272-279.

3130

3131 Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., Andrews, J. (1990). Gognitive-behavioral group
3132 treatment of depression in adolescents. *Behav Ther* (21), 385-401.

3133 Nice richtlijn (2005)

3134

3135 Sander, J.B., McCarty, C.A. (2005). Youth depression in the family context: familial risk
3136 factors and models of treatment. *Clinical child and family psychology review*, 8(3), 203-
3137 219.

3138

3139 Timbremont, B., Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten, recente
3140 inzichten. *Kind en Adolescent praktijk*, 26 , 150-168.

3141

3142 Weitzman, J. (2006). The family's role in adolescent depression and treatment: Recent
3143 findings. *Journal of Family Psychotherapy S2- Journal of Psychotherapy & the Family*, vol.
3144 17, 37-48.

3145

3146 Wells, K.C. (2005). Parent Involvement in CBT treatment of Adolescent Depression:
3147 Experiences in Treatment for Adolescent with depression study (TADS). *Cognitive and*
3148 *Behavioral Practice*, 12, 209-220.

3149

3150