

Het aantal jongeren dat kampt met depressieve klachten tijdens de adolescentie stijgt. Depressies hebben negatieve psychische en maatschappelijke gevolgen op de korte én lange termijn. Om te voorkomen dat jongeren depressieve klachten ontwikkelen zijn depressiepreventieprogramma's ontworpen. Is zo'n programma effectief? En hoe werkt zo'n programma dan? Karlijn Kindt deed er promotieonderzoek naar.

## BLOW AWAY THE BLUES

# PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ JONGEREN

**B**eeld je een veertienjarig meisje in. Ze is alleen in haar slaapkamer, zit met gebogen schouders aan haar bureau en staart somber voor zich uit. Ze moet haar huiswerk maken, maar haar gedachten blijven haar afleiden. Ze staat op, loopt naar haar bed, pakt haar dagboek en schrijft: 'Lief dagboek. Ik ben gewoon niet slim genoeg om mijn huiswerk te doen. Ik ben waarschijnlijk de domste van de school. Het voelt alsof ik nooit iets goed kan doen. Ik heb ook mijn vriendinnen afgezegd deze avond. Ik ben toch geen leuk gezelschap. Ik wed dat ze me niet eens missen. En mijn ouders zeuren dat ik zo snel geïrriteerd ben de laatste tijd. Ik heb nergens zin in. Gewoon in bed liggen en slapen. Het zou zelfs beter zijn als ik niet meer wakker word.'

Jongeren die een depressieve periode doormaken, zouden zich zoals dit meisje kunnen voelen. Zij zouden zo kunnen denken en zo kunnen doen. Een substantieel deel van de Nederlandse jongeren kampt met depressieve klachten. In de leeftijdsgroep van twaalf tot zestien jaar ervaart ongeveer 7.5% van de jongens en 9.3% van de meisjes een periode met depressieve klachten. Deze cijfers stijgen in de leeftijdsgroep van zestien tot twintig jaar tot respectievelijk 17.3% en 22.7% (Gezondheidsenquête 2013, Centraal Bureau voor de Statistiek).

Volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association,

2013) voldoet iemand aan een depressieve stoornis als vijf of meer van de volgende symptomen lijdensdruk geven en aanwezig zijn gedurende twee weken: sombere of prikkelbare stemming, verlies van interesse of plezier, verandering in gewicht of eetlust, slaapproblemen, psychomotorische agitatie, verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid, verminderd vermogen tot nadenken en terugkerende gedachten aan de dood. Daarvan moet in elk geval sprake zijn van een sombere of prikkelbare stemming of van verlies van interesse.

Het hebben van depressieve klachten in de adolescentie heeft negatieve gevolgen op zowel de korte als de lange termijn. Op de korte termijn hebben jongeren met depressieve klachten een grotere kans op slechte prestaties op school, verminderde kwaliteit van leven, eetproblemen, alcohol- en drugsgebruik, zelfmoordgedachten en zelfmoord (Bertha & Balazs, 2013; Birmaher et al., 1996; Evans, Hawton & Rodham, 2004; Fergusson & Woodward, 2002; Glied & Pine, 2002). Op de lange termijn hebben jongeren met depressieve klachten meer kans op de ontwikkeling van een depressieve stoornis in de volwassenheid, werkloosheid en relatieproblemen (Bertha & Balazs, 2013; Fergusson & Woodward, 2002; Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1998).

Daarnaast geven de gevolgen van stemmingsstoornissen hoge kosten voor de maatschappij, zoals productieverlies en

kosten rondom nieuwe gevallen. De geschatte kosten zijn 11 miljoen euro per miljoen inwoners (Smit et al., 2006). Het voorkomen van de ontwikkeling van depressie in de adolescentie komt dus niet alleen de ontwikkeling van jongeren ten goede, maar kan ook maatschappelijke belangen op de lange termijn dienen.

### KUNNEN WE VOORKOMEN DAT JONGEREN DEPRESSIEF WORDEN?

In 2006 publiceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een beleidsdocument waarin depressiepreventie een van de prioriteiten was (Preventienota *Kiezen voor gezond leven*, 2006). Daarnaast adviseerde de Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling van de ggz in het addendum van de depressierichtlijn voor jeugd in 2009 om depressiepreventie voor jongeren verder te ontwikkelen. Tot dan toe waren er in Nederland nauwelijks depressiepreventieprogramma's voor jongeren beschikbaar, en zeker geen die middels goede onderzoekdesigns getest waren op effectiviteit.

Onderzoekers van de Radboud Universiteit Nijmegen pakten de aanbevelingen op en vonden in de wetenschappelijke literatuur een veel onderzocht, theoretisch goed onderbouwd programma dat aangeboden kon worden in een schoolsetting en waarvan eerder onderzoek een preventief effect liet zien op de ontwikkeling van depressieve klachten (Brunwasser et al., 2009; zie ook Stice et al., 2009). Dat programma, het *Penn Resiliency Program* (PRP; Gillham et al., 2007), is in samenwerking met het Trimbos-instituut en de GGD Nijmegen naar Nederland gehaald. Het is vertaald en aangepast voor de Nederlandse schoolse setting en kreeg de naam *Op Volle Kracht* (ovk).

Ovk is een groepsgericht depressiepreventieprogramma dat ontwikkeld is om de toename van depressieve klachten bij jonge adolescenten te voorkomen. Met behulp van een werkboek met zestien hoofdstukken met gekleurde illustraties worden lees- en schrijfp opdrachten, rollenspellen en discussies aangereikt (zie Box 1; voor meer details zie Tak et al., 2012). ovk is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie, die stelt dat negatieve gevoelens uitgelokt worden door negatieve gedachten. Als iemand bijvoorbeeld na het verliezen van een voetbalwedstrijd denkt 'ik ben een slechte voetballer, het ligt aan mij', dan zal hij zich als gevolg van die gedachte somber of verdrietig voelen. Het programma begint dan ook met het vergroten van het inzicht van de jongere in zijn of haar eigen gevoelens en gedachten, en laat de jongere zien hoe deze twee onderling verband houden. Daarna

worden drie niet-helpende denkstijlen, of 'denkvalkuilen' uitgelegd. Een voorbeeld van een niet-helpende denkstijl is de 'altijd-ikgedachte', waarbij een jongere bij vervelende gebeurtenissen de oorzaak van die gebeurtenis onterecht bij zichzelf legt.

Tijdens ovk oefent de jongere de niet-helpende denkstijlen te herkennen, om vervolgens meer helpende, positieve – en reële – gedachten te formuleren. In het geval van de verloren voetbalwedstrijd zou dat kunnen zijn: 'Dat we verloren hebben komt door ons hele team en niet alleen door mij. Als we harder trainen maken we de volgende keer meer kans om te winnen.' Als jongeren eenmaal geleerd hebben dat een meer positieve manier van denken tot meer positieve gevoelens leidt, wordt de koppeling met gedrag gelegd. Immers, als je je opgewekter voelt, ben je ook beter in staat om sociale contacten aan te gaan of taken op te pakken. Vervolgens kunnen de meer positieve gebeurtenissen op hun beurt weer positievere gedachten en gevoelens oproepen. Om het gedrag te versterken komen sociale vaardigheden en oplossingsvaardigheden in de tweede helft van het programma aan bod.

Voor de theoretische basis van de cognitieve gedragstherapie wordt vaak verwezen naar de cognitieve theorie van Beck (1979). Zijn theorie stelt dat mensen kwetsbaar zijn om een depressie te ontwikkelen als zij geconfronteerd worden met een negatieve levensgebeurtenis. Op dat moment kunnen reeds bestaande disfunctionele negatieve overtuigingen over de wereld, anderen en de persoon zelf geactiveerd raken, waarna iemand depressieve klachten kan krijgen.

Bij onderzoek naar depressie en depressiepreventieprogramma's bij jongeren wordt echter vaker verwezen naar een andere cognitieve theorie over de ontwikkeling van depressie, namelijk de hopeloosheidstheorie van Abramson, Metalsky & Alloy (1989). Overeenkomstig de theorie van Beck veronderstelt deze theorie dat een negatieve denkstijl voorafgaat aan de ontwikkeling van depressie en dat negatieve levensgebeurtenissen een rol spelen: pas als er negatieve levensgebeurtenissen zijn, zullen de negatieve denkstijlen tot uiting komen en depressieve symptomen uitlokken.

Een belangrijk verschil tussen de hopeloosheidstheorie en de theorie van Beck zit in de formulering van de denkstijl. Waar het bij de theorie van Beck gaat over het activeren van schema's van denkfouten over jezelf, de wereld en anderen, gaat het bij de hopeloosheidstheorie over negatief gekleurde referenties naar aanleiding van de gebeurtenis over de

oorzaak (stabiel, globaal, blijvend), de toekomst en de persoon zelf.

In het onderzoek van Kindt (2016) naar depressiepreventie bij jongeren, dat in onderhavig artikel nader wordt besproken, is de negatieve denkstijl benaderd zoals omschreven in de hoopeloosheidstheorie.

### EFFECT DEPRESSIEPREVENTIE

De Academische Werkplaats Jeugd Nijmegen, Inside Out, waar de Radboud Universiteit een van de deelnemende instellingen is, heeft als doel de preventie en zorg te verbeteren voor kinderen en jeugdigen met internaliserende ('naar binnen gerichte') problematiek zoals angst en depressie. In de afgelopen jaren werden diverse onderzoeksprojecten opgezet – zo ook het onderzoek naar de effectiviteit van ovk als grootschalige depressiepreventie voor jongeren uit achterstandswijken (Kindt, 2016). Deze jongeren vormen een kwetsbare groep om depressieve klachten te ontwikkelen, omdat ze relatief veel negatieve levensgebeurtenissen meemaken als gevolg van (financiële) problemen in het gezin (De Looze et al., 2014). Uit eerder onderzoek is bekend dat preventieprogramma's op selectieve doelgroepen effectiever zijn dan programma's die op universele groepen gericht zijn (Horowitz & Garber, 2006; Muñoz et al., 2010).

In het onderzoek van Kindt (2016) werden de effecten van het programma tot een jaar na de interventie onderzocht. Daarbij was de hypothese dat de jongeren die ovk gevolgd hadden minder depressieve klachten zouden hebben dan de jongeren uit de controlegroep. Omdat het programma poogt de depressieve klachten te beïnvloeden door een negatieve denkstijl te veranderen, werd niet alleen het effect van ovk op de depressieve klachten geanalyseerd, maar ook het effect op de negatieve denkstijl. De verwachting was dat jongeren die ovk gevolgd hadden een minder negatieve denkstijl zouden hebben dan de jongeren uit de controlegroep.

Verder is het verband tussen negatieve denkstijl en depressieve klachten over tijd onderzocht. De hoopeloosheidstheorie vormt, zoals gezegd, de theoretische basis van het programma en stelt dat een negatieve denkstijl voorafgaat aan de toename van depressieve klachten (Abramson et al., 1989). Met andere woorden: een jongere die bij vervelende gebeurtenissen snel denkt dat het door hem komt ('altijd-ik'-denken), heeft dus meer kans om depressieve klachten te ontwikkelen dan een leeftijdsgenoot die dat niet zo snel denkt. Daarom was de hypothese dat een meer negatieve denkstijl voorspellend is voor meer depressieve klachten.

Omdat de hoopeloosheidstheorie eveneens stelt dat de

negatieve denkstijl vooral van invloed is op het moment dat er een negatieve levensgebeurtenis is – je moet eerst een voetbalwedstrijd verliezen voordat je gaat denken dat jij de oorzaak daarvan bent –, werd de laatste hypothese mét en zonder de invloed van negatieve levensgebeurtenissen onderzocht. De focus lag hierbij op dagelijkse afhankelijke negatieve levensgebeurtenissen (interpersoonlijke gebeurtenissen zoals conflicten, en niet de 'major life events' zoals

#### BOX 1. INHOUD EN DOELEN OP VOLLE KRACHT

Herkennen van emoties en lichamelijke gevoelens en verschillen in intensiteit ervan.

Herkennen van de eigen gedachten en het verband tussen gebeurtenis, gedachten en emoties leggen. Differentiëren tussen pessimistische en optimistische gedachten.

Herkennen van drie gedachtevalkuilen:

1. Altijd ik: Je vertelt jezelf dat je niks goed kunt doen en het altijd verkeerd doet.
2. Zwart kijken: Je ziet alleen de negatieve dingen. Zelfs als er iets leuks gebeurt, zie je nog de dingen die fout gaan of niet helemaal goed gaan.
3. Voorspellen: Je gaat er al van uit dat iets fout zal gaan, zonder dat je daar bewijs voor hebt.

Drie technieken om een gedachte uit te dagen:

1. Zoeken naar bewijzen voor een gedachte.
2. Het formuleren van een meer positieve alternatieve gedachte.
3. Gedachten in alternatief plaatsen.

Sociale vaardigheidstraining. Contact maken met anderen met aandacht voor houding, oogcontact, afstand en stemvolume. Uitdagen van negatieve gedachten die sociaal gedrag belemmeren.

Interpersoonlijke problemen oplossen in een vierstapenplan, met aandacht voor drie interactiestijlen: agressiviteit, passiviteit en assertiviteit.

Coping-stijlen zoals ontspannen bij gebeurtenissen waar je geen invloed op hebt.

overlijden van naasten) omdat deze het sterkst samenhangen met depressieve klachten (Patton et al., 2003; Rudolph & Hammen, 1999; Rudolph et al., 2000).

## METHODE

In het onderzoek deden 57 eerste en tweede klassen van elf middelbare scholen uit achterstandswijken<sup>1</sup> mee, met niveaus variërend van vmbo-kader tot vwo. De onderzoeksgroep omvatte in totaal 1343 jongeren, van wie 52.3% meisjes. De leeftijd van de jongeren varieerde van elf tot zestien jaar, met een gemiddelde leeftijd van 13.4 jaar ( $sd=.77$ ) bij de start van de studie. De klassen werden at random ingedeeld in de experimentele groep of de controlegroep. De klassen in de experimentele groep kregen het programma ovk, dat gegeven werd door de mentor van de leerlingen tijdens de mentorlessen. De klassen in de controlegroep kregen de gewone mentorlessen.

Alvorens de mentoren de ovk-lessen mochten geven, kregen zij vier dagen training door twee gz-psychologen die door de ontwikkelaars van het Amerikaanse Penn Resiliency Program waren getraind. In de eerste twee dagen leerden zij de theoretische achtergrond van de cognitieve gedragstherapie, waarbij zij de technieken ook op eigen ervaringen toepasten. Tijdens de derde en vierde dag oefenden de mentoren in kleine groepjes met het geven van de ovk-lessen en kregen zij feedback van de gz-psychologen.

Vragenlijsten over depressieve klachten, negatieve denkstijl en negatieve levensgebeurtenissen werden vooraf aan het programma afgenomen, vervolgens direct na het programma en zes en twaalf maanden later. De depressieve klachten werden gemeten middels de *Child Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1984). De CDI is een zelfrapportagevragenlijst van 27 vragen over de affectieve, cognitieve en gedragsmatige kenmerken van depressie. De jongeren geven aan in welke mate zij de klachten in de afgelopen twee weken ervaren hebben – bijvoorbeeld ‘Ik ben soms verdrietig’ (0), ‘Ik ben vaak verdrietig’ (1), ‘ik ben altijd verdrietig’ (2). De totaalscore van de vragenlijst varieert van nul tot 54, waarbij een hogere score meer depressieve symptomen weergeeft.

Een somscore van 19 of hoger werd gebruik als cut-off score voor een klinisch hoge score (Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008). De CDI is een veel gebruikt instrument in zowel de klinische setting als voor onderzoek en geldt als betrouwbaar en valide (Evers et al., 2009-2011; Timbremont, Braet, & Dreesen, 2004).

De negatieve denkstijl werd gemeten met de naar het Nederlands vertaalde *Adolescent Cognitive Style Questionnaire* (ACSQ; Hankin & Abramson, 2002). De ACSQ is een zelfrapportagevragenlijst waarin zeven hypothetische negatieve scenario's worden voorgelegd, zoals ‘je wordt niet uitgenodigd voor een feest waar je heen wil’. De jongeren geven aan in welke mate zij de gebeurtenis toekennen aan interne, globale en stabiele oorzaken. Daarnaast geven ze aan of de gebeurtenis gevolgen heeft voor de toekomst en of de gebeurtenis te maken heeft met hun zelf. Alle antwoorden worden gegeven op een 7-punts Likert-schaal, waarbij een hogere score een meer negatieve denkstijl weergeeft (bijvoorbeeld: ‘de oorzaak van de gebeurtenis zal er nooit meer toe leiden dat ik niet word uitgenodigd’ [1] tot ‘de oorzaak van de gebeurtenis zal ook in de toekomst ervoor zorgen dat ik niet word uitgenodigd’ [7]). De ACSQ is een veelvuldig gebruikt instrument bij onderzoek naar een negatieve denkstijl en heeft een uitstekende betrouwbaarheid en validiteit (Hankin & Abramson, 2002).

Negatieve levensgebeurtenissen werden gemeten met de naar het Nederlands vertaalde *Adolescent Life Events Questionnaire-Revised* (ALEQ-R; Auerbach et al., 2011). De ALEQ-R is een zelfrapportagevragenlijst waarbij 29 dagelijkse afhankelijke (interpersoonlijke) negatieve gebeurtenissen worden voorgelegd, zoals ‘je kwam in de problemen met je leerkracht of het schoolhoofd’. De jongeren geven op een 5-punts Likert-schaal variërend van ‘nooit’ (0) tot ‘altijd’ (4) aan hoe vaak een gebeurtenis in de afgelopen drie maanden is voorgekomen. De totaalscore varieert van 0 tot 116. Een hogere score duidt op meer negatieve dagelijkse afhankelijke levensgebeurtenissen. De ALEQ-R is een goed betrouwbaar en valide instrument dat in onderzoek frequent gebruikt is (Hankin & Abramson, 2002).

## RESULTATEN

De gemiddelde depressieve klachten van beide groepen bleven over de vier metingen vrij stabiel en in de normale range (CDI-scores tussen 8.5 en 10.0, zie tabel 1). Deze scores zijn niet anders dan bij de algemene Nederlandse populatie van scholieren wordt gezien (Tak et al., 2015). Uit regressie-analyses bleek verder dat het wel of niet volgen van ovk niet

1 Voor het onderzoek werden scholen geselecteerd die subsidie (‘leerling-plusarrangementen’) kregen vanuit het ministere OCeW – Dienst Uitvoering Onderwijs omdat hun schoolpopulatie uit lage inkomensgebieden komt. De berekeningen vinden plaats op basis van de postcodegebieden waar de leerlingen van desbetreffende school wonen. Per postcodegebied wordt naar de cijfers van CBS op ‘probleemaccumulatiegebieden’ gekeken, wat op basis van inkomsten gaat. Deze gebieden komen – op het oog – grotendeels overeen met de lage SES-postcodegebieden.

## Het voorkomen van de ontwikkeling van depressie in de adolescentie komt dus niet alleen de ontwikkeling van jongeren ten goede, maar kan ook maatschappelijke belangen op de lange termijn dienen

tot verschil leidde in de mate van depressieve klachten bij de jongeren tot één jaar na het programma. Zowel de groep die de vragenlijsten had ingevuld ('completers only') als de totale groep waarbij de scores van de uitvallers geïmputeerd waren ('intention to treat') liet geen effect van het programma zien op depressieve klachten één jaar na het programma (respectievelijk  $\beta = -.049$ ,  $sd = .041$ ,  $p = .24$  en  $\beta = -.044$ ,  $sd = .037$ ,  $p = .23$ ). Het is dus niet zo dat de jongeren in de controlegroep meer depressieve klachten ontwikkelden dan de jongeren in de ovk-groep. Ook zorgde ovk niet voor een daling van depressieve klachten.

Uit verdere analyses kwam er zowel een ongewenst als een gewenst effect naar voren. Het ongewenste effect was tegengesteld aan wat verwacht was: jongeren uit de ovk-groep bleken een jaar na de interventie vaker boven de grens van klinisch depressieve klachten ( $CDI \geq 19$ ) te scoren dan de adolescenten uit de controlegroep. Bij de start hadden in beide groepen ongeveer zeven procent van de jongeren verhoogde depressieve klachten. Een jaar na de interventie had tien procent van de jongeren in de controlegroep verhoogde depressieve klachten, en zestien procent van de jongeren in de ovk-groep. Aangetekend dient te worden dat sensitiviteitsanalyses, die de betrouwbaarheid van de imputatie van de ontbrekende gegevens nagaan, uitwezen dat de betrouwbaarheid van de statistische analyses mogelijk beïnvloed werd door de wijze waarop missende gegevens zijn meegenomen<sup>2</sup>.

Een gewenst effect van ovk werd gevonden voor een subgroep jongeren die wel baat leek te hebben bij het

programma. Jongeren van ouders met psychische klachten die ovk kregen, hadden minder depressieve klachten dan jongeren van ouders met psychische klachten die in de controlegroep zaten. De groep jongeren van ouders met psychische klachten die ovk kreeg had een kans van tien procent om klinisch depressieve klachten te ontwikkelen, terwijl jongeren in de controlegroep een kans van dertig procent hadden om verhoogde depressieve klachten te ontwikkelen.

Er waren geen verschillen tussen de groepen wat betreft geslacht, etnische achtergrond of mate van depressieve klachten bij de start van het programma.

**EFFECT OVK OP NEGATIEVE DENKSTIJL** Aangezien ovk technieken bevat om adolescenten te stimuleren om op een meer realistische en positieve manier te denken, was de verwachting dat de groep die ovk kreeg een minder negatieve denkstijl zou ontwikkelen vergeleken met de controlegroep. Er bleek echter geen verschil te ontstaan tussen de gemiddelde negatieve denkstijl in de ovk-groep en de controlegroep.

Vervolgens is gekeken of er onder jongeren subgroepen bestonden die verschillen in hun ontwikkeling van een negatieve denkstijl door middel van latente groei modellenanalyses, die de jongeren in groepen indeelt op basis van een beginwaarde ('intercept') en de snelheid van ontwikkeling ('hellingshoek'; Duncan, Duncan & Strycker, 2006). Er konden vier groepen onderscheiden worden. Allereerst was er een groep jongeren (61%) met een stabiel lage denkstijl – hetgeen betekent dat zij gedurende het onderzoek niet tot nauwelijks een negatieve denkstijl hadden (zie figuur 1). Daarnaast was er een groep jongeren die tijdens de studie steeds meer negatief ging denken (18%) en ten derde was er een groep die steeds minder negatief ging denken (11%). Ten slotte was er een groep die gedurende het onderzoek op alle momenten aangaf negatief te denken (10%).

Of de jongeren in de ovk-groep of de controlegroep

2 Bij deze sensitiviteitsanalyses werden de missende gegevens op T4 eenmaal met het beste scenario ingevuld ('niemand van de jongeren met missende gegevens heeft klinische scores op depressie ontwikkeld') en een keer met het slechtste scenario ingevuld ('iedereen van de jongeren met missende gegevens heeft klinische scores op depressie ontwikkeld'). Alleen in het eerste geval was het verschil tussen de controle groep en de ovk-groep significant ( $OR = .576$ ,  $BI = .366 - .908$ ,  $p < .05$  versus  $OR = .893$ ,  $95\% BI = .578 - 1.380$ ,  $p = .61$ ). ( $OR =$  Odd Ratio,  $BI =$  Betrouwbaarheidsinterval)

hadden gezeten, bleek evenwel niet voorspellend voor hoe de negatieve denkstijl zich ontwikkelde.

#### DEPRESSIEVE KLACHTEN EN NEGATIEVE DENKSTIJL OVER

**TIJD** Los van het depressiepreventieprogramma is tevens gekeken of een negatieve denkstijl en depressieve klachten voorspellend waren voor elkaars ontwikkeling. De hypothese was dat een negatieve denkstijl de ontwikkeling van depressieve klachten zou voorspellen. Dit is in lijn met de cognitieve theorie die stelt dat een negatieve denkstijl al aanwezig

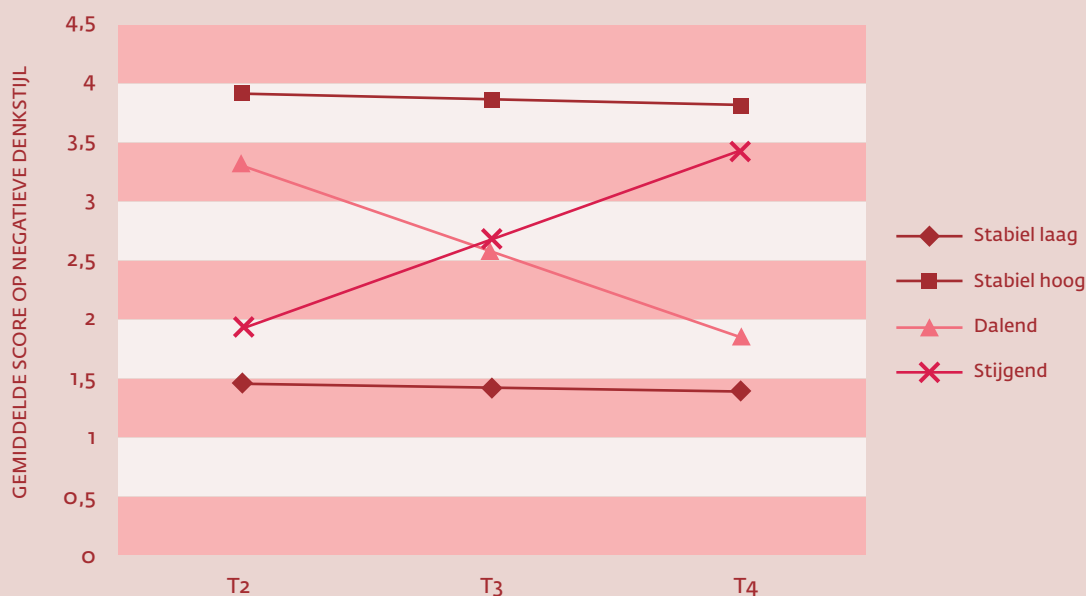
is en dat jongeren daardoor kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten. Ook preventieprogramma's die op cognitieve gedragstherapeutische principes gebaseerd zijn, richten zich (onder andere) op het veranderen van een denkstijl met als doel depressieve klachten te voorkomen of verminderen.

De verwachting was dat de negatieve denkstijl op één meetmoment de mate van depressieve klachten zes maanden later zou voorspellen. Om dat na te gaan is de samenhang tussen de negatieve denkstijl en de depressieve symptomen

TABEL 1. GEMIDDELDEN (EN STANDAARDDEVIATIES) VAN DE CDI-SCORES EN PERCENTAGES VAN HET AANTAL JONGEREN MET KLINISCHE CDI-SCORES ( $\geq 19$ ) OP ALLE MEETMOMENTEN (T1 – T4) EN APART PER CONDITIE

	T1	T2	T3	T4
CDI-score	8.55 (6.51)	9.47 (7.72)	9.64 (8.19)	9.62 (8.48)
OVK	8.56 (6.68)	9.53 (7.98)	9.17 (7.99)	10.00 (9.14)
Controle	8.55 (6.32)	9.39 (7.43)	10.14 (8.37)	9.22 (7.74)
CDI-score $\geq 19$ (%)	7.2	9.8	12.1	13.2
OVK (%)	7.4	10.5	10.4	16.3
Controle (%)	6.9	9.0	13.8	10.0

FIGUUR 1. LATENTE GROEICURVEN VAN NEGATIEVE DENKSTIJL



tussen elk van de vier meetmomenten onderzocht met behulp van zogeheten 'cross-lagged' structurele modellen en het software programma M-plus 5.1 (Muthén & Muthén, 2007). In één model zijn tegelijkertijd de associaties tussen de vier opeenvolgende metingen van depressieve symptomen en negatieve denkstijl (de auto-regressieve associaties), de associaties tussen de depressieve symptomen en negatieve denkstijl per tijdstip (de crosssectionele associaties) en de paden tussen de twee verschillende constructen over de tijd (de gekruiste associaties) geanalyseerd. Deze gekruiste associaties (bijvoorbeeld tussen depressieve symptomen op T1 en negatieve denkstijl op T2) werden geschat om de effecten over tijd te onderzoeken.

De hypothese werd niet bevestigd; de negatieve denkstijl voorspelde de depressieve klachten in geen van de tijdsintervallen. Tegengesteld aan de hypothese bleek de mate van depressieve klachten de negatieve denkstijl zes maanden later te voorspellen (zie figuur 2). Aanvullend werd de rol van negatieve levensgebeurtenissen in de analyses meegenomen

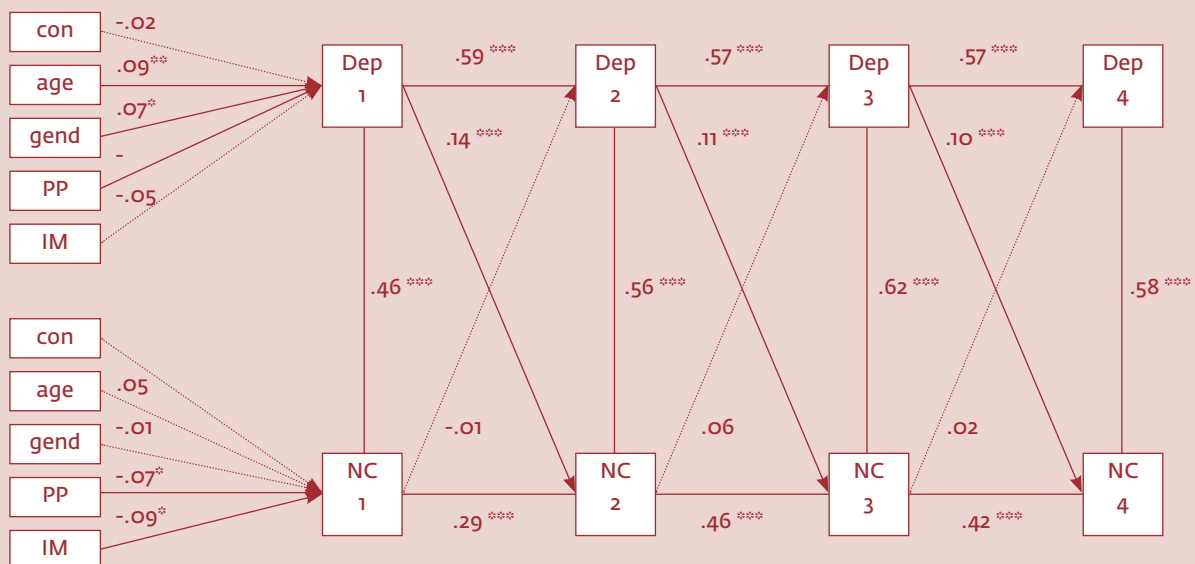
door te controleren voor de crosssectionele invloed op elk tijdstip. Als het gehele model gecorrigeerd werd voor de invloed van negatieve levensgebeurtenissen, bleek het verband tussen een negatieve denkstijl en depressieve klachten geheel te verdwijnen.

## CONCLUSIES

Het programma ovk is geen effectieve depressiepreventiemethode voor twaalf- tot zestienjarige jongeren in achterstandswijken. Ook is het programma niet effectief bevonden om bij deze jongeren een negatieve denkstijl naar een meer positieve denkstijl om te zetten. Het is daarom af te raden om ovk in de huidige vorm te implementeren in het regulier voortgezet onderwijs bij jongeren zonder verhoogd risico op depressieve klachten.

Uit eerder onderzoek is bekend dat preventieprogramma's een groter effect hebben als er reeds sprake is van verhoogde klachten (Horowitz & Garber, 2006; Muñoz et al., 2010). ovk is in eerder onderzoek effectief bevonden als een

FIGUUR 2. 'CROSS-LAGGED' STRUCTUREEL MODEL VAN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN EN EEN NEGATIEVE DENKSTIJL



NB: Het model geeft gestandaardiseerde parameters weer. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$  Dep = depressieve symptomen, NC = negatieve denkstijl, PP = ouderlijke psychopathologie, IM = Immigratie status, Con = studie conditie. RMSEA = .052, CFI = .90, Chi-square = 1562.5 (df = 68;  $p = .000$ )



## Als je je opgewekter voelt, ben je ook beter in staat sociale contacten aan te gaan

groepsgewijs aanbod bij adolescente meisjes met verhoogde depressieve klachten (Wijnhoven et al., 2014). Jongeren aanleren hun negatieve denkstijl aan te pakken kan dus wel effectief zijn als zij last hebben van depressieve klachten, maar het heeft geen preventief effect in een populatie zonder verhoogde klachten.

De mate van depressieve klachten van de onderzochte doelgroep (jongeren uit achterstandswijken) was niet hoger of lager dan de mate van klachten van een gemiddelde groep adolescenten. We kunnen in het huidige onderzoek daarom niet spreken van een kwetsbare doelgroep als het gaat om gevoeligheid voor depressie, ondanks dat dit vooraf wel de verwachting was. Het uitblijven van het effect van ovk is dan ook niet te generaliseren naar selectieve doelgroepen waarin jongeren wel een verhoogd risico op depressieve klachten hebben. Zo zijn er aanwijzingen dat ovk wel een preventief effect heeft bij de selectieve doelgroep van jongeren van ouders met psychische klachten. Verder onderzoek bij die doelgroep zal dus nuttig zijn.

Onderzoekers uit Australië (Pattison & Lynd-Stevenson, 2001; Quayle et al., 2001; Roberts et al., 2003) en uit het Verenigd Koninkrijk (Challen, Machin & Gillham, 2014) hebben ook wisselend succes met op het Penn Resiliency Program gebaseerde universele depressiepreventieprogramma's. In de VS heeft het PRP-programma evenmin in alle onderzoeken een even groot effect (Brunwasser et al., 2009). Het blijft gissen wanneer het programma het meest succesvol is. Verklaringen kunnen liggen in verschillen in kenmerken van het programma zoals aantal sessies, maar ook in kenmerken van de doelgroep, groepssamenstelling, groepsleiders of cultuur van het land (zie ook Stice et al., 2010). De onderzoeksgroepen bij de PRP-onderzoeken waren bijvoorbeeld vaak kleiner (maximaal veertien personen in plaats van een hele klas) en bestonden uit jongeren die vrijwillig meededen (Jaycox et al., 1994; Gillham, Hamilton & Freres et al., 2006; Gillham, Reivich, Seligman et al., 2007). Als gevolg daarvan kunnen de groepssfeer en motivatie van de jongeren in de PRP-onderzoeken dus anders geweest zijn

dan in het huidige onderzoek en voor meer effect hebben gezorgd.

**WAT IS HET WERKINGSMECHANISME?** Het ovk-programma is gebaseerd op de aanname dat de ontwikkeling van een negatieve denkstijl voorafgaat aan de ontwikkeling van depressieve klachten, zoals verondersteld in de hopeloosheidstheorie van Abramson et al. (1989). Deze aanname werd echter niet bevestigd met vier metingen over twee jaar tijd. De negatieve denkstijl bleek niet voorspellend voor depressieve klachten, het voorspellend verband bestond juist in de omgekeerde richting (depressieve klachten voorspelden de negatieve denkstijl). Weliswaar bleek er helemaal geen voorspellend verband te bestaan als rekening werd gehouden met de meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen van de jongeren. Ondanks dat depressiepreventieprogramma's vaak de cognitieve gedragstherapeutische principes als onderliggend mechanisme hebben, is het dus de vraag of deze principes, en specifiek het herstructureren van een negatieve denkstijl, een bruikbare basis is voor depressiepreventie bij jonge adolescenten met weinig depressieve symptomen. Verder onderzoek is nodig om daartoe eenduidige conclusies te trekken.

### BESLUIT

Het huidige onderzoek naar de effectiviteit van *Op Volle Kracht* staat niet op zichzelf en moet gezien worden in het geheel van onderzoeken naar dit programma en naar cognitief-gedragstherapeutische depressiepreventieprogramma's in het algemeen. Zowel ander Nederlands onderzoek naar *Op Volle Kracht* in de algemene populatie jongeren (Tak et al., 2015) en in geïndiceerde vorm (Wijnhoven et al., 2014) als internationaal onderzoek naar cognitief gedragstherapeutische depressiepreventieprogramma's (zie meta-analyses Merry et al., 2012; Stice et al., 2009) geven aanwijzingen dat preventieprogramma's vooral effectief zijn bij jongeren die een verhoogde kans hebben om depressie te ontwikkelen, of bij jongeren die al enige kenmerken van depressie vertonen. Welke specifieke componenten van depressiepreventieprogramma's bij welke jongeren werkzaam zijn is tot dusver alleen nog niet duidelijk (Stice et al., 2009) en moet dus nog verder onderzocht worden.

Inmiddels zijn er in Australië en Canada programma's die voor een gefaseerde benadering kiezen, waarvan de eerste ervaringen positief zijn (Silverstone et al., 2015; Wyn et al., 2000). In een dergelijke benadering is de eerste stap gericht op het bevorderen van een ondersteunend schoolklimaat, het

opleiden van docenten in het herkennen van depressieve klachten en lessen aan de jongeren over mentale gezondheid en de kenmerken van depressie. In een volgende stap vindt er screening plaats naar welke jongeren verhoogde klachten hebben. Die subgroep kan groepsgewijs een preventieprogramma op basis van cognitief gedragstherapeutische principes krijgen.

Behalve een gefaseerde aanpak alvorens een programma gebaseerd op cognitieve gedragstherapie aan te bieden, kan ook nader gekeken worden naar andere methodieken. Gezien de bevindingen van het huidige onderzoek kunnen depressiepreventieprogramma's wellicht beter gericht worden op het aanleren van vaardigheden om negatieve afhankelijke levensgebeurtenissen te voorkomen, op te lossen of daar anders mee om te gaan. Hierbij kan gedacht worden aan sociale vaardigheidstrainingen, interventies op de sfeer in een klas of op conflicten in de thuissituatie.

Depressiepreventie bij jongeren blijft een belangrijk thema. Minister Schippers van Volksgezondheid Welzijn en Sport stelde in januari 2016 extra geld beschikbaar om de ontwikkeling van depressie bij tieners op de wetenschapsagenda te zetten. Zij pleit ervoor meer onderzoek te doen naar preventie en vroege signalering, zodat er sneller ingegrepen kan worden, zorg op maat geboden kan worden en erger voorkomen kan worden.

## Summary

### BLOW AWAY THE BLUES: THE DEVELOPMENT AND PREVENTION OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND NEGATIVE COGNITIONS IN YOUNG ADOLESCENTS

K. KINDT

Depression is an important public health concern and the number of teenagers with depressive symptoms increases strongly during adolescence. The depression prevention program Op Volle Kracht (ovk) aims to reduce depressive symptoms in adolescents by teaching skills to refrain from negative thinking about daily hassles. The effect of the school-program was studied among 1343 adolescents aged 11 to 16 years from low-income areas in the Netherlands using a RCT-design. Although the ovk-program did not affect the amount of depressive symptoms of the total group, adolescents with parents with psychopathology did seem to profit from the program. This is in line with previous research showing that depression prevention is particularly effective for specific risk-groups such as adolescents who already have elevated depressive symptoms. Further, contrary to what we expected, the findings revealed that a negative thinking style did not predict the amount of depressive symptoms. The results should be used to develop future depression prevention programs.

### OVER DE AUTEUR

Dr. Karlijn Kindt is als gz-psycholoog verbonden aan het Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis te Tilburg, afdeling Elisabeth, Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC, Tilburg. E-mail: kcmkindt@gmail.com. Onderhavig artikel is gebaseerd op haar proefschrift (Kindt, 2016) dat zij op 20 mei 2016 met succes heeft verdedigd aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

## Literatuur

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Auerbach, R.P., Bigda-Peyton, J.S., Eberhart, N.K., Webb, C.A. & Ho, M.H. (2011). Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 475-487.
- Bertha, E.A. & Balazs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 589-603.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Brunwasser, S.M., Gillham, J.E. & Kim, E.S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1042-1054.
- Challen, A.R., Machin, S.J. & Gillham, J.E. (2014). The UK Resilience Programme: A school-based universal nonrandomized pragmatic controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 75-89.
- De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G. et al. (2014). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland : HBSC-2013: Health Behavior in School-aged Children*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Duncan, T.E., Duncan, S.C. & Strycker, L.A. *An introduction to latent variable growth curve modeling: Concepts, issues, and applications*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M. & van Vliet-Mulder, J.C. (2009-2011). *COTAN Documentatie*. [COTAN documentation]. Amsterdam: Boom test uitgevers.

>>

- Fergusson, D.M. & Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225-231.
- Gezondheidsenquête 2013, Centraal Bureau Statistiek. Opgehaald van: <http://www.nji.nl/nl/Depressie-Probleemschets-Cijfers-Cijfers-over-angst-en-stemmingsproblemen> (augustus 2015).
- Gillham, J.E., Hamilton, J., Freres, D.R., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 195-211.
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, T.M., Shatté, A.J. et al. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program.
- Glied, S. & Pine, D.S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 1009-1014.
- Gotlib, I.H. & Krasnoperova, E. (1998). Biased information processing as a vulnerability factor for depression. *Behavior Therapy*, 29, 603-617.
- Hankin, B.L., & Abramson, L.Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.
- Horowitz, J.L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J. & Seligman, M.E. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Kindt, K.C.M. (2016). *Blow away the blues: The development and prevention of depressive symptoms and negative cognitions in young adolescents*. Academisch proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Kovacs, M. (1984). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Merry, S.N., Hetrick, S.E., Cox, G.R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J.J. & McDowell, H. (2012). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7, 1409-1685.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). Kiezen voor gezond leven 2007-2010 [Choose healthy living 2007-2010]. Den Haag: Ministerie van VWS. Opgehaald van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2007/01/31/preventienotatie-kiezen-voor-gezond-leven.html>
- Muñoz, R.F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A.Z. & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.
- Muthén, L.K. & Muthén, B.O. (2007). *Mplus user's guide* (5th edition). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Patton, G.C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J.B. & Bowes, G. (2003). Life events and early onset depression: Cause or consequence? *Psychological Medicine*, 33, 1203-1210.
- Pattison, C. & Lynd-Stevenson, R.M. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school based program. *Behaviour Change*, 18, 92-102.
- Quayle, D., Dziurawiec, S., Roberts, C., Kane, R. & Ebsworthy, G. (2001). The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change*, 18, 194-203.
- Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B. & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 622-628.
- Rudolph, K.D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70, 660-677.
- Rudolph, K.D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D. & Daley, S.E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology*, 12, 215-234.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., De Graaf, R. & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 193-200.
- Silverstone, P.H., Bercov, M., Suen, V.Y., Allen, A., Cribben, I. et al. (2015). Initial findings from a novel school-based program, EMPATHY, which may help reduce depression and suicidality in youth. *Plos One*, 10, e0125527.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J.R. & Gau, J.M. (2010). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 273-280.
- Schippers (2016). Schippers: onderzoek naar depressiviteit jonge vrouwen en tieners Nieuwsbericht Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/bewindspersonen/edith-schippers/nieuws/2016/01/25/schippers-onderzoek-naar-depressiviteit-jonge-vrouwen-en-tieners>
- Tak, Y.R., Lichtwarck-Aschoff, A., Gillham, J.E., Zundert, R.M., & Engels, R.C.M.E. (2015). Universal School-Based Depression Prevention 'Op Volle Kracht': a Longitudinal Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-13.
- Tak, Y.R., Zundert R.M. van, Cuijpers R.C., Vlokhoven B.S. van, Rensink H.F.W. & Engels R.C.M.E. (2012). A randomized controlled trial testing the effectiveness of a universal school-based depression prevention program 'Op Volle Kracht' in the Netherlands. *BMC Public Health*, 12, 21.
- Timbremont, B., Braet, C. & Dreesen, L. (2004). Assessing depression in youth: relation between the children's depression inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 149-157.
- Timbremont, B., Braet, C. & Roelofs, J. (2008). *Children's Depression Inventory: Handleiding [Children's Depression Inventory: Manual]*. Amsterdam: Pearson.
- Wijnhoven, L.A., Creemers, D.H., Vermulst, A.A., Scholte, R.H. & Engels, R.C.M.E. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 217-228.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601.