

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Kwaliteit van het protocol en eerste bevindingen van een pilot-effectonderzoek bij adolescenten met een recidiverende depressie

JACQUELIJNE SCHRAVEN, DENISE MATTHIJSSSEN, CARLI VAN DE WEERDEN, DAVID HEYNE & DENISE BODDEN

Samenvatting

Depressie is een ernstige stoornis bij jongeren vanwege het chronische en recidiverende karakter ervan. Bestaande richtlijnbehandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT), lijken onvoldoende effect te hebben op het (blijvend) terugdringen van depressieve klachten. *Acceptance and commitment therapy* (ACT) richt zich op het verhogen van de psychologische flexibiliteit, wat mogelijk tevens een positief effect heeft op depressieve klachten. In dit artikel wordt een studie besproken van een nieuw ontwikkeld behandelprotocol speciaal voor adolescenten, namelijk *ACT your way*. Ten eerste is de kwaliteit van *ACT your way* onderzocht. Dit heeft geleid tot een valide en bruikbaar behandelprotocol met een hoge tevredenheid van adolescenten en therapeuten. Ten tweede is er een pilot-effectonderzoek uitgevoerd bij 23 adolescenten met een recidiverende of persisterende depressieve stoornis. Na het volgen van *ACT your way* vonden er significante verbeteringen plaats op depressieve symptomen, kwaliteit van leven en competentiebeleving. Zes maanden na *ACT your way* waren er significante verbeteringen te zien op depressieve symptomen en comorbiditeit. Beperkingen van dit onderzoek zijn de kleine onderzoeksgroep en het ontbreken van een controlegroep. De uitkomsten van deze studie zijn hoopgevend voor adolescenten met recidiverende of persisterende klachten bij wie richtlijnbehandelingen onvoldoende effect hebben.

Trefwoorden: depressie, adolescenten, ACT, ACT your way

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Uit het kwaliteitsonderzoek naar ACT your way blijkt dat cliënten en therapeuten tevreden zijn over het protocol (*feasible*). Hierdoor is het protocol goed te implementeren in de klinische praktijk.
- ▶ Uit het pilot-effectonderzoek blijkt daarnaast dat bij de complexe doelgroep van adolescenten met een recidiverende of chronische depressie significante veranderingen worden gevonden op depressieve klachten.
- ▶ Hieruit kunnen we concluderen dat er aanwijzingen zijn om ACT your way als alternatieve behandeling bij recidiverende of chronische depressieve adolescenten aan te bieden wanneer de richtlijnbehandeling (CGT of IPT) onvoldoende werkt.

INLEIDING

.....

Depressie is een van de meest voorkomende stoornissen onder jongeren. In Nederland ligt de eenjaarsprevalentie van depressie op 3,8%, wat neerkomt op ongeveer 37.400 jongeren die jaarlijks lijden aan een depressieve stoornis (Conijn & Ruiters, 2011). In Amerika zijn depressieve stoornissen de afgelopen 12 jaar fors toegenomen bij zowel jongeren (van 8,7% naar 13,2%) als jongvolwassenen (van 8,1% tot 13,2%) (Twenge et al., 2019). Depressieve stoornissen bij jongeren kunnen leiden tot verschillende levenslange negatieve gevolgen, zoals sociale problemen, vroegtijdig verlaten van school, zwangerschap op jonge leeftijd, suïcidaliteit, vroeg beginnen met roken, drugmisbruik en obesitas (Fletcher, 2008; Harrington et al., 1994; Hasler et al., 2005; Keenan-Miller et al., 2007; Lewinsohn et al., 1988). Bij 30% van de jongeren met een depressieve stoornis vindt een suïcidepoging plaats (Creemers et al., 2015). Bovendien laat recent onderzoek zien dat de zorg voor klinisch depressieve jongeren de Nederlandse staat jaarlijks ruim 37 miljoen euro kost (Bodden et al., 2018).

Uit verschillende longitudinale studies blijkt het chronische beloop van depressieve stoornissen. Follow-upstudies laten namelijk zien dat de kans op een nieuwe depressieve episode na een periode van 2 jaar ongeveer 40% is en na 5 jaar 70% (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, & Kaufman, 1996; Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, & Finkelstein, 1984; Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, Pollock, & Finkelstein, 1984). Bij een persisterende depressieve stoornis ontwikkelt ongeveer 70% van de jongeren binnen 2 à 3 jaar een depressieve stoornis (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl et al., 1996). Jongeren die lijden aan een depressieve stoornis zijn dus kwetsbaar voor depressieve klachten in de toekomst (Creemers et al., 2015).

Ontoereikende depressierichtlijnen
.....

Vanwege de prevalentie, de ernstige gevolgen en de chroniciteit van depressieve stoornissen is een effectieve behandeling hard nodig. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT) heeft vooralsnog de meeste empirische ondersteuning met betrekking tot het behandelen van depressieve jongeren met matige tot ernstige depressies (McCarty & Weisz, 2007; Mufson et al., 1999, 2004; Watanabe et al., 2007). Deze bestaande richtlijnbehandelingen leiden bij de helft van de jongeren tot het opklaren van de depressie tijdens en direct na de behandeling (bij ernstige depressies aangevuld met medicatie). Uit follow-uponderzoek blijkt dat dit effect echter van korte duur is, want 6 maanden na afronding van een CGT-behandeling is er geen significant verschil meer wat betreft depressieve klachten in vergelijking met de controlegroep (wachtlust of met een aandachtsplacebo) (Watanabe et al., 2007). Een grote groep depressieve jongeren (50%) knapt dus niet op van de richtlijnbehandeling, het effect is van korte duur en er is een grote kans op recidive.

Volgens de *Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd: Addendum* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) is het nog onduidelijk wat het beste beleid is ten aanzien van recidiverende depressie bij jongeren. Deze richtlijn adviseert dan ook dat hier verder onderzoek naar gedaan moet worden. De richtlijnbehandelingen – CGT en IPT – richten zich met name op klachtenreductie, maar dit lijkt bij de recidiverende en chronische depressieve stoornis ontoereikend. Een behandeling gericht op het bevorderen van het welbevinden is mogelijk een goed alternatief (Westerhof & Keyes, 2010). Dit sluit ook aan bij de herdefinitie van gezondheid door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2005), waarin gezondheid wordt gezien als een toestand van welbevinden, waarbij een cliënt met behulp van zijn mogelijkheden leert om te gaan met stressvolle gebeurtenissen in zijn leven. De laatste decennia zijn er meerdere behandelvormen ontwikkeld die zich primair richten op het vergroten van welbevinden ondanks de bestaande stoornis. Dit zijn de zogenoemde ‘derde generatie gedragstherapieën’, zoals *acceptance and commitment therapy* (ACT) (Hayes et al., 2006). Bij ACT worden inzichten uit de gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie en mindfulness-based therapieën geïntegreerd.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)
.....

Uitgangspunt van ACT is dat veel lijden wordt veroorzaakt door inefficiënte pogingen om pijnlijke ervaringen en emoties te vermijden. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat het onderdrukken van gevoelens een averechts effect heeft (Hayes et al., 2012). Bij te veel vermindering van innerlijke ervaringen of

zaken in de buitenwereld vervreemden mensen van zichzelf en neemt het welbevinden af. ACT richt zich niet op symptoomreductie, maar op coping met symptomen, zodat er ruimte ontstaat om weer te investeren in een waardevol leven (Hayes et al., 2006). Uit onderzoek bij volwassenen met diverse psychiatrische klachten (zoals angst, depressie, lichamelijke gezondheidsproblemen en verslaving) lijkt dit vaak gepaard te gaan met symptoomreductie (A-Tjak, 2015; A-Tjak et al., 2015).

Het hoofddoel van ACT is het verhogen van de psychologische flexibiliteit van de cliënt: het flexibel om kunnen gaan met situaties, gedachten en gevoelens (*acceptance*), en tegelijkertijd actie ondernemen op basis van waarden (*commitment*) (Hayes et al., 2006). ACT draagt hiermee bij aan het vergroten van veerkracht en vitaliteit. Het verhogen van de psychologische flexibiliteit gebeurt bij ACT aan de hand van zes kernprocessen die nauw met elkaar samenhangen. Bij het kernproces *acceptatie* (1) gaat het om ruimte maken voor vervelende emoties, in plaats van deze te vermijden. Bij *defusie* (2) leert de cliënt gedachten te herkennen als gedachten en niet als waarheden waarnaar gehandeld moet worden. Tevens leert de cliënt op een andere manier naar zichzelf kijken: je bent meer dan alleen je gedachten, gevoelens en zelfbeeld. Cliënten leren de positie in te nemen van een observerend zelf: *zelf als context* (3). Het proces van *contact met het hier-en-nu* (4) gaat om het leren de aandacht te richten op het hier-en-nu. Bij het proces *waarden* (5) wordt er stilgestaan bij hoe de cliënt wil zijn en doen, waarna middels *toegewijd handelen* (6) actie wordt ondernomen op basis van deze waarden. Deze zes kernprocessen worden als vaardigheden aangeleerd door middel van mindfulness, ervaringsgerichte oefeningen en metaforen (A-Tjak, 2015; A-Tjak et al., 2015; Hayes et al., 2006).

Onderzoek naar ACT

In 2010 is ACT in de Verenigde Staten erkend als evidence-based therapie voor depressie en chronische pijn bij volwassenen (A-Tjak, 2015; A-Tjak et al., 2015; Folke et al., 2012; Forman et al., 2007, 2012; Pots et al., 2016). RCT's en meta-analyses laten zien dat ACT bij volwassenen effectiever is dan wachtlijst, placebo en reguliere zorg, en even effectief is als CGT bij depressie (A-Tjak et al., 2015, 2018). Er zijn ook aanwijzingen dat ACT werkzaam is bij volwassenen met een depressie die niet opklaart door andere behandelingen (Markanday et al., 2012). Dit onderzoek gebeurde echter bij een kleine steekproef, waardoor verder onderzoek nodig is.

Het onderzoek naar ACT bij kinderen en jongeren staat nog in de kinderschoenen. Swain en collega's (2015) concluderen in hun systematische review van 21 studies gericht op ACT bij kinderen en jongeren dat de resultaten veelbelovend zijn bij een scala van klachten, zoals (chronische) pijnklachten, depressie, obsessieve-compulsieve klachten, posttraumatische stressstoornis, trichotillomanie, anorexia, externaliserende problemen en

ADHD. Deze studies kennen echter nog belangrijke methodologische beperkingen (relatief kleine steekproefgrootten, te weinig gerandomiseerde onderzoeken en te weinig studies bevatten een controlegroep). De twee studies die verricht zijn naar ACT bij jongeren met depressieve symptomen ($N = 66$; $N = 32$) laten beide een afname van depressieve klachten zien (Hayes et al., 2011; Livheim et al., 2015). Ook een studie naar een preventief ACT-programma, uitgevoerd op scholen, toont een afname van stress en/of lichte depressieve symptomen bij jongeren met milde problematiek (Livheim et al., 2015). Daarnaast lijken er aanwijzingen te zijn dat – in tegenstelling tot de CGT-behandelgroep – de verbetering bij de jongeren met ACT-behandeling doorzet na de behandeling (Hayes et al., 2011). Vanwege de kleine steekproefgrootte is dit onderzoek echter methodologisch minder sterk.

Concluderend kan gesteld worden dat er weinig gedegen onderzoek is gedaan naar ACT bij jongeren met een depressieve stoornis, en al helemaal niet naar het effect van ACT bij jongeren met recidiverende of chronische depressies.

Huidige studie

.....

In deze studie werd het behandelprotocol *ACT your way* onderzocht. ACT your way is speciaal ontwikkeld voor adolescenten en is gebaseerd op acceptance and commitment therapy (ACT). De huidige studie bestond uit twee onderdelen: een kwaliteitsonderzoek en een pilot-effectonderzoek. Het *kwaliteitsonderzoek* heeft zich gericht op de inhoudelijke kwaliteit van het protocol ACT your way. Met andere woorden: bevat het protocol ACT your way alle elementen die er volgens de theorie in zouden moeten zitten (inhoudvaliditeit)? Daarnaast is de bruikbaarheid en tevredenheid van therapeut en cliënt onderzocht (*feasibility study*). Het is immers bekend dat tevredenheid van cliënten over de inhoud en methodiek van het protocol leidt tot grotere therapietrouw en minder drop-outs (Pekarik, 1992). Daarbij leidt een goede toepasbaarheid van en tevredenheid over het protocol van de therapeut tot meer therapietrouw bij de therapeut, wat vervolgens weer een positief effect heeft op de behandeling (Fryling et al., 2012; Waltz et al., 1993).

Na het kwaliteitsonderzoek werd het protocol verder aangepast en verfijnd, en werd het tweede deel van het onderzoek uitgevoerd, namelijk het *pilot-effectonderzoek*. Het doel van het pilot-effectonderzoek was nagaan of ACT your way leidt tot een vermindering van depressieve klachten en verbetering van psychologische flexibiliteit bij adolescenten met een recidiverende of chronische depressieve stoornis bij wie eerdere richtlijnbehandeling (CGT of IPT) onvoldoende effect heeft gehad.

METHODE

Deelnemers

Kwaliteitsonderzoek — Bij Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie, een specialistische ggz-instelling in Utrecht, zijn vier adolescenten¹ met recidiverende of chronische depressie individueel behandeld met ACT your way, en bevroegd over hun tevredenheid over en de bruikbaarheid van het behandelprotocol. De mening van twee therapeuten over de tevredenheid en bruikbaarheid van ACT your way is eveneens onderzocht middels vragenlijsten en interviews (Schraven et al., 2020).

Pilot-effectonderzoek — In totaal hebben 34 adolescenten met een depressieve stoornis de voormeting afgerond. Deze adolescenten kregen tussen maart 2017 en oktober 2019 een poliklinische behandeling door een specialistische (jeugd-)ggz-instelling, waaronder Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie. De inclusiecriteria waren (1) een leeftijd tussen de 13 en 24 jaar, en (2) er was sprake van een gediagnosticeerde geclassificeerde depressieve stoornis: een persisterende depressieve stoornis, een dubbele depressie (persisterende depressieve stoornis met bijkomende depressieve episode) of een recidiverende depressie met onvolledige remissie en eventuele comorbiditeit. Verder moest er (3) eerder behandeling volgens de richtlijnen (CGT en IPT) hebben plaatsgevonden, die onvoldoende effect had gehad (nog steeds depressieve klachten), of er moest sprake zijn van een terugval na een symptoomvrije periode van minimaal 2 maanden. Bij medicamenteuze behandeling was het belangrijk dat de adolescent goed ingesteld was (minimaal 1 maand stabiel). Exclusiecriteria waren: (1) op de voorgrond staande suïcidaliteit en/of crisisgevoeligheid, (2) een intelligentiequotiënt onder 85, (3) ernstige verslaving, (4) psychotische stoornis, (5) bipolaire stemmingsstoornis, of (3) wisseling in antidepressiva.

Van de 34 deelnemers stopten zeven deelnemers voortijdig de behandeling met ACT your way (20,6% behandeldrop-out). Redenen om de behandeling te stoppen waren: crisis, starten met medicatie, te angstig, en behandeling sloot niet aan. Vier deelnemers staakten hun medewerking aan het onderzoek (11,8% meetdrop-out). Vervolgens zijn er negen adolescenten uitgevallen bij de follow-up (39% meetdrop-out). De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 23 adolescenten (20 meisjes: 87%; 3 jongens: 13%) in de leeftijd van 14 tot en met 23 jaar ($M = 17,74$; $SD = 2,3$). Van de adolescenten ging

1 In dit onderzoek worden onder 'adolescenten' jongeren in de leeftijdsgroep 14 tot en met 23 jaar verstaan.

26,1% niet naar school vanwege depressieve klachten. Uit het semigestructureerde interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS; Reichart et al., 2000) bleken de volgende depressieve stoornissen aanwezig: dubbele depressie (68,2%), recidiverende depressie (22,7%) en persisterende depressieve stoornis (9,1%). De ernst van de depressieve symptomen, zoals gemeten met de Children's Depression Inventory-2 (CDI-2; Bodden et al., 2016), bleek hoog bij de voormeting ($M = 25,52$; $SD = 7,52$).

Procedure

Het onderzoeksvoorstel is vooraf getoetst op ethische en juridische richtlijnen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en is goedgekeurd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Altrecht. Een multidisciplinair team van een specialistische (jeugd-)ggz-instelling stelde de DSM-classificatie vast en overlegde of de adolescent aan de inclusiecriteria voldeed. Vervolgens werden adolescenten en ouders geïnformeerd over het onderzoek en werd schriftelijke toestemming verkregen van zowel adolescenten als ouders (als de adolescent jonger dan 16 jaar was, moesten beiden toestemming geven).

Kwaliteitsonderzoek — Er wordt opvallend weinig onderzoek gedaan naar het ontwikkelen van een interventie en er is nauwelijks informatie bekend over de manier waarop bepaald kan worden of een behandelprotocol van goede inhoudelijke kwaliteit is. Om de inhoudvaliditeit van ACT your way te bepalen, is voor deze studie een checklist ontwikkeld om te beoordelen of de zes kernprocessen van ACT en de ACT-interventiemethoden goed beschreven staan in het behandelprotocol. Gedurende een tijdsbestek van 1 jaar heeft er een drietal beoordelingsmomenten plaatsgevonden door twee onderzoekers (J. S. en C. van de W.) Vervolgens zijn de bruikbaarheid en de tevredenheid (feasibility study) van het ACT your way-protocol onderzocht bij zowel cliënten als therapeuten door middel van vragenlijsten na elke sessie en door individuele interviews aan het einde van de behandeling.

Pilot-effectonderzoek — Bij de adolescenten werd op vier meetmomenten – 2 weken vóór de start van de behandeling (voormeting), direct na de behandeling (nameting), een half jaar na de behandeling (6 maanden follow-up) en een jaar na de behandeling (1 jaar follow-up) – een aantal vragenlijsten en een semigestructureerd interview afgenomen (K-SADS; Kaufman et al., 1997), door onderzoeker J. S. In dit artikel werden alleen de voormeting, de nameting en de 6 maanden follow-up na behandeling meegenomen.

Voor deze studie werd ACT your way binnen Altrecht groepsgewijs aangeboden (86,9%) en bij externe instellingen² vond de behandeling individueel plaats (13,1%). De groep bestond uit maximaal acht adolescenten en twee therapeuten, waarbij 12 wekelijkse sessies van 2 uur plaatsvonden. Bij het individuele aanbod was de duur 12 wekelijkse sessies van 1 uur. Als minimale norm voor de therapeuten was, naast een basis- en/of introductie cursus in ACT, een specialistische training in ACT your way vereist.

Meetinstrumenten

Kwaliteitsonderzoek — Om de inhoudsvaliditeit van ACT your way te bepalen, is voor deze studie een checklist ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek, bestaande ACT-protocollen en input van diverse ACT-experts. Met behulp van deze checklist kan beoordeeld worden of de zes kernprocessen van ACT en de ACT-interventiemethoden (psycho-educatie, mindfulness, experiëntiële oefeningen en metaforen) goed beschreven staan in het behandelprotocol. De bruikbaarheid en de tevredenheid (feasibility study) zijn onderzocht door na elke sessie een vragenlijst bij zowel cliënten als therapeuten af te nemen. Voor verdere verfijning van het protocol zijn aan het einde van de behandeling individuele interviews afgenomen bij de cliënten en de therapeuten aan de hand van een topic-lijst.

Primaire uitkomstmaten van het pilot-effectonderzoek — De eerste primaire uitkomstmaat van het pilot-effectonderzoek was het wel of niet aanwezig zijn van een DSM-5 *depressieve stoornis*, hetgeen werd bevestigd middels het semigestructureerde interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS; Reichart et al., 2000). Dit diagnostische interview is gericht op jeugdigen van 6 tot 18 jaar en de psychometrische kwaliteiten ervan zijn voldoende (Kaufman et al., 1997; Lauth et al., 2010). In dit onderzoek werd de K-SADS door middel van een telefonisch interview afgenomen. Verder werden depressieve symptomen gemeten met de CDI-2-vragenlijst (Bodden et al., 2016). Deze zelfrapportagevragenlijst kan afgenomen worden bij kinderen en adolescenten tot en met 21 jaar en bestaat uit 28 items. De totaalscore kan worden omgezet in een percentielscore of worden afgezet tegen een cut-off-score van 14. De totaalscore geeft een indicatie van de ernst van depressie of depressieve symptomen. De interne betrouwbaarheid is goed.

De andere primaire uitkomstmaat was de *mate van psychologische flexibiliteit*, het kerndoel van ACT. Dit werd gemeten met de Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y), een zelfrapportagevragenlijst voor

2 Aan dit onderzoek hebben meegewerkt: Zorgmeester (M. van Riel), Psychiatriepraktijk Wageningen, en de privé-praktijken van C. Eggen en J. Schoneveld.

jongeren die bestaat uit 17 items met een vijfpunts likertschaal (Greco et al., 2008; Heyne & Blokzijl, 2007). Onderzoek wijst uit dat de AFQ-Y betrouwbaar en valide is (Greco et al., 2008).

Secundaire uitkomstmaten van het pilot-effectonderzoek — Secundaire uitkomstmaten waren: kwaliteit van leven, comorbiditeit, competentiebeleving en zelfcompassie. *Kwaliteit van leven* is gemeten met de EuroQol (EQ-5D; EuroQol Group, 1990). Dit is een evaluatieschaal bestaande uit vijf items met drie mogelijke antwoordcategorieën. Elke vraag omvat één dimensie van kwaliteit van leven: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of andere klachten, en angst/depressie. Verder moet de cliënt zijn huidige gezondheidstoestand aangeven op een schaal van 0 tot 100. De EQ-5D heeft een goede betrouwbaarheid en interne validiteit (Coons et al., 2000).

Om *overige comorbide klachten* te meten is de Youth Self Report (YSR) gebruikt. Dit is een veelgebruikte zelfrapportagevragenlijst voor adolescenten van 11 tot 19 jaar (Verhulst et al., 1997). De vragenlijst bestaat uit 118 items betreffende gedrags- en emotionele problemen die de laatste 6 maanden ervaren zijn en die op een driepuntsschaal beantwoord moet worden. De betrouwbaarheid van de YSR is als goed beoordeeld voor de schalen internaliseren, externaliseren en totale probleemscore (Evers et al., 2006).

De *competentiebeleving* is gemeten door het afnemen van de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA; Treffers et al., 2002). Dit is een zelfrapportagevragenlijst voor 12- tot 18-jarige adolescenten, bestaande uit 35 items en zeven schalen: Schoolvaardigheden, Sociale acceptatie, Sportieve vaardigheden, Fysieke verschijning, Gedragshouding, Hechte vriendschap en Gevoel van eigenwaarde. Iedere vraag bestaat uit twee groepen met een tegenovergestelde stelling. De jongere kiest de groep met de stelling die het meeste bij hem of haar past en maakt dan de keuze 1 ('een beetje waar voor mij') of 2 ('helemaal waar voor mij') (Treffers et al., 2002). De psychometrische kwaliteiten van de CBSA zijn volgens de COTAN goed.

Zelfcompassie is gemeten met de Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), een zelfrapportagevragenlijst voor adolescenten vanaf 14 jaar met 12 items en een vijfpunts likertschaal lopend van 1 ('bijna nooit') tot 5 ('bijna altijd') (Neff, 2003, 2016). Uit onderzoek is gebleken dat de SCS-SF over een goede betrouwbaarheid en validiteit beschikt (Raes et al., 2011).

Interventie ACT your way

ACT your way is speciaal ontwikkeld voor adolescenten. Het bestaat uit een werkboek voor de adolescenten (Matthijssen et al., 2018), een begeleidende website bij het boek (www.act-online.nl), een handleiding voor therapeuten (Matthijssen et al., 2020), en een website voor de adolescenten en de therapeuten (www.actyourway.nl). Het behandelprotocol bestaat uit 12 wekelijkse sessies, die zowel in een groep als individueel kunnen worden gegeven.

In de groepsbehandeling duurt een sessie 120 minuten en in de individuele behandeling 60 minuten. ACT your way bestaat uit vier blokken, die elk weer drie hoofdstukken omvatten. Het eerste blok richt zich op het in kaart brengen van de wensen die de adolescenten hebben met betrekking tot hun identiteitsontwikkeling en autonomie. Het tweede blok richt zich op het in kaart brengen van de zes ACT-processen van psychologische inflexibiliteit. Het derde blok richt zich op het opdoen van vaardigheden vanuit de zes ACT-processen voor psychologische flexibiliteit. Met deze vaardigheden kunnen adolescenten bewust kiezen voor gedrag dat aansluit bij hun wensen met betrekking tot identiteitsontwikkeling en autonomie. Bij het vierde (en laatste) blok gaan adolescenten verder met ontwikkelen van vaardigheden gericht op psychologische flexibiliteit en bereiden ze zich voor op terugval in de vorm van een terugvalpreventieplan. Adolescenten doen in het vierde blok meer ervaring op met het focussen op de werkzaamheid van hun gedrag (het ondernemen van waardegerichte acties), het vergroten van zelfcompassie en het leren omgaan met faalervaringen. Acht weken na sessie 12 wordt de behandeling afgesloten met een terugkombijeenkomst. Elke sessie kent een vaste indeling, waarin aandachtsoefeningen, psycho-educatie, metaforen en experiëntiële oefeningen aan bod komen (Matthijssen et al., 2018).

Data-analyse van het pilot-effectonderzoek

Om na te gaan of ACT your way effectief is in het verminderen van recidiverende en chronische depressieve klachten, is na de behandeling het percentage adolescenten berekend dat niet meer voldeed aan de diagnostische criteria van de depressieve stoornis op basis van de K-SADS. Op vragenlijstniveau werden veranderingen wat betreft depressieve symptomen, psychologische flexibiliteit, kwaliteit van leven, comorbiditeit, competentiebeleving en zelfcompassie getoetst met gepaarde *t*-toetsen, waarbij gemiddelden op de voormeting vergeleken werden met gemiddelden op de nameting en op 6 maanden follow-up. Om te corrigeren voor het grote aantal *t*-toetsen is er een Bonferroni-correctie toegepast. Hierbij wordt het significantieniveau ($p = 0,05$) gedeeld door het aantal uitgevoerde *t*-toetsen. Ook zijn er effectgrootten berekend (Cohens *d*), waarbij de volgende indeling is gehanteerd: 0,10 is een klein effect, 0,30 is een gemiddeld effect en 0,50 is een groot effect (Field, 2009).

RESULTATEN

.....

Kwaliteitsonderzoek

.....

Met betrekking tot het onderzoeken van de inhoudsvaliditeit heeft er gedurende een tijdsbestek van 1 jaar een drietal beoordelingsmomenten plaatsgevonden door twee onderzoekers (J. S. en C. van de W.) Uit de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijkt dat er redelijke ($\kappa = 0,60$) tot volledige overeenstemming is tussen de beoordelaars wat betreft de verschillende kernprocessen en de methoden op de drie momenten. De beoordelaars zijn het dus in voldoende mate met elkaar eens. Door meerdere keren te kijken naar de volledigheid van de ACT-kernprocessen en de ACT-methoden in het protocol zijn de lacunes opgevuld. Dit proces heeft geleid tot aanpassingen en verbeteringen aan het protocol (zoals uitbreiding van metaforen).

Daarnaast is er gekeken naar de feasibility van het protocol. Zowel therapeuten als adolescenten waren overwegend tevreden en positief over de bruikbaarheid van ACT your way. Cliënten gaven aan dat ze baat hadden gehad bij de therapie. Als sterke kanten noemden ze het gebruik van de metaforen en het uitvoeren van de experiëntiële oefeningen. Adolescenten waren het minst tevreden over de mindfulnessoefeningen; op hun advies is de term 'mindfulnessoefeningen' vervangen door 'aandachtsoefeningen' en worden doel en nut ervan nu meer uitgelegd. Verder gaven adolescenten aan dat er naar hun gevoel te weinig ruimte was om stil te staan bij recente gebeurtenissen uit hun leven. Om deze reden is in het protocol een 'rondje waardevol en/of hobbel' opgenomen, dat voorziet in het bespreken van recente waardevolle of stressvolle situaties. Voor therapeuten was het grootste knelpunt het structurele tijdstekort tijdens de sessies; daarom is de hoeveelheid stof per sessie ingekort.

Dit proces heeft dus ook geleid tot aanpassingen aan het protocol (zoals beschrijving van de rol van de therapeut).

.....

Pilot-effectonderzoek

.....

Primaire uitkomstmaten: depressieve klachten en psychologische flexibiliteit — Uit de nameting met de K-SADS bleek dat 76,2% van de onderzoeksgroep na ACT your way niet langer voldeed aan de criteria van een depressieve stoornis. Bij 61,5% was 6 maanden na behandeling geen sprake meer van een depressieve stoornis.

De resultaten voor *depressieve symptomen* (gemeten met de CDI-2) laten een significante daling zien zowel direct na het volgen van ACT your way als bij de 6 maanden follow-up (zie tabel 1). De effectgrootten (Cohens *d*) zijn

aanzienlijk. Ondanks de sterke afname van depressieve symptomen is er een grote groep adolescenten bij wie de mate van depressieve symptomen nog steeds boven de cut-off-score van de CDI-2 ligt (nameting: 69,6%; follow-up: 50%). Adolescenten lieten geen significante verbetering zien ten aanzien van hun *psychologische flexibiliteit* (gemeten met de AFQ-Y) (zie tabel 1).

Secundaire uitkomstmaten — Ten aanzien van *kwaliteit van leven* (Euro-Qol) vond er na ACT your way een significante verbetering plaats op *stemmings- en angstklachten*. Deze verbetering is niet langer significant bij de 6 maanden follow-up. Er zijn geen significante veranderingen gevonden voor mobiliteit, zelfzorg en pijn. De toename in dagelijkse activiteiten bij de nameting is randsignificant en er lijkt sprake te zijn van een trend ($p = 0,005$).

Op *comorbide internaliserende problemen* (YSR) was er geen sprake van een significante verbetering bij de nameting. Er zijn echter wel significante verbeteringen te zien in comorbide internaliserende problemen bij de follow-up. De *competentiebeleving* (CBSA) verbeterde significant na ACT your way, en dit specifiek ten gunste van fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde. De effectgrootten zijn aanzienlijk. Deze verbetering is niet behouden bij de follow-up. Op de schalen schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, gedragshouding en hechte vriendschap vonden bij zowel nameting als follow-up geen significante veranderingen plaats.

Tot slot is er geen sprake van een significante verandering ten aanzien van de *zelfcompassie* (SCS-SF) bij de nameting bij adolescenten die de ACT your way-behandeling hebben gevolgd. De toename op zelfcompassie bij de follow-up is randsignificant na Bonferroni-correctie ($p = 0,004$) (zie tabel 1).

DISCUSSIE

.....

Het kwaliteitsonderzoek heeft laten zien dat ACT your way een behandelprotocol is met een goede inhoudsvaliditeit. Verder is de mate van bruikbaarheid hoog, net als de tevredenheid van cliënten en therapeuten over het protocol. Tevens heeft het kwaliteitsonderzoek geleid tot aanpassingen aan het uiteindelijke werkboek en de trainershandleiding.

Uit het pilot-effectonderzoek komen aanwijzingen naar voren dat er na ACT your way een afname is in het aantal adolescenten met een depressieve stoornis en dat deze afname ook na 6 maanden nog zichtbaar is. Deze resultaten komen overeen met de positieve onderzoeksresultaten van ACT bij volwassenen met depressieve stoornissen (A-Tjak et al., 2015; A-Tjak et al., 2018). Op de primaire uitkomstmaat, *psychologische flexibiliteit*, werd zowel direct na als 6 maanden na de behandeling geen toename gevonden. Dit is opvallend, aangezien het verbeteren van de psychologische flexibiliteit het hoofddoel van ACT is. Daarbij was de verwachting dat een toename van psychologische flexibiliteit een positief effect zou hebben op depressieve klach-

ten (Fledderus et al., 2013; Hayes et al., 2006). Het behoeft dan ook nader mediatieonderzoek om te bepalen wat in dit pilotonderzoek maakt dat depressie significant vermindert.

Verder is er direct na ACT your way sprake van een randsignificante afname van problemen met *dagelijkse activiteiten*. Dit is in overeenstemming met de verwachting, omdat ACT juist gericht is op het verhogen van de kwaliteit van leven door activiteiten te ondernemen die het leven de moeite waard maken. Deze afname in problemen met dagelijkse activiteiten is niet meer significant bij de 6 maanden follow-up. Terwijl er direct na de behandeling geen sprake is van een significante afname van *comorbide internaliserende problemen*, geldt dit wel bij de follow-up. Qua *competentiebeleving* zijn er bij de nameting significante verbeteringen op het gebied van fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde. Dit is een gunstige uitkomst, omdat we weten dat een betere zelfwaardering bescherming biedt tegen depressieve symptomen (Matthys, 1993). Hoe verbetering in fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde causaal samenhangen met het verbeteren van depressieve klachten, behoeft verder onderzoek. Deze verbeteringen op de competentiebeleving zijn niet meer significant bij de follow-up. Ten slotte blijkt dat ACT your way niet leidt tot een significante toename van *zelfcompassie* direct na de behandeling. Bij de follow-up is de verandering van zelfcompassie echter randsignificant. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat zelfcompassie effect heeft op het verminderen van depressie (Kirby, 2016; Leaviss & Uttley, 2015). Op basis van de huidige studie kan geen uitspraak worden gedaan over of zelfcompassie leidt tot afname van depressie, dan wel of het opklaren van depressie leidt tot meer zelfcompassie.

Onze studie laat relatief aanzienlijke effectgrootten zien (zie tabel 1), zeker in vergelijking met de recente meta-analyse van Weisz en collega's (2017), waaruit kleine effectgrootten blijken voor allerlei vormen van therapie (zoals CGT, psychodynamische therapie en cliëntgerichte psychotherapie) bij de behandeling van depressie bij adolescenten ($d = 0,29$). In deze studie is de Bonferroni-correctie toegepast, waardoor het significantieniveau heel klein was (0,003). Samen met een kleine steekproef heeft dit er mogelijk voor gezorgd dat een aantal bevindingen niet significant was, terwijl er wel een daling of toename te zien was met medium tot grote effectgrootten. Zo zijn er zonder Bonferroni-correctie wel significante verbeteringen te zien bij de nameting en follow-up bij psychologische flexibiliteit, internaliserende problemen, competentiebeleving (schalen fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde) en zelfcompassie. Het zou interessant zijn om in nader onderzoek met een grotere onderzoeksgroep na te gaan of deze veranderingen verder standhouden.

Ondanks de sterke afname van depressieve symptomen is er een grote groep waarbij de mate van depressieve symptomen nog steeds boven de cut-off-score van de CDI-2 ligt. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat de onderzochte groep adolescenten een complexe klinische onderzoekspopulatie is

TABEL 1 Gemiddelden, standaarddeviaties, t-tests, effectgrootten voor uitkomstmaten ACT your way

	Voormeting	Nameting (N = 23)	t@	ES
	M (SD)	M (SD)		
Depressieve symptomen (CDI)	25,52 (7,52)	18,80 (7,40)	4,97**	0,90
Psychologische inflexibiliteit (AFQ)	57,43 (9,71)	50,07 (10,37)	2,91	0,73
Kwaliteit van leven (EuroQol)				
Bewegen	1,22 (0,42)	1,17 (0,39)	0,44	0,44
Zelfzorg	1,30 (0,47)	1,39 (0,58)	-1,00	0,30
Dagelijkse activiteiten	2,17 (0,49)	1,74 (0,69)	3,15	0,72
Pijn	1,69 (0,70)	1,69 (0,77)	0,00	0,00
Stemming/angst	2,48 (0,51)	1,96 (0,56)	4,21**	0,97
Comorbiditeit (YSR)				
Internaliserend	36,30 (9,23)	28,44 (11,04)	3,05	0,77
Externaliserend	10,32 (7,38)	9,2 (7,27)	0,91	0,15
Somatiek	5,17 (3,11)	3,83 (3,02)	2,14	0,43
Competentiebeleving (CBSA)				
Schoolvaardigheden	12,50 (3,42)	13,05 (2,78)	-1,02	0,18
Sociale acceptatie	14,40 (3,76)	15,75 (4,59)	-2,04	0,32
Sportieve vaardigheden	9,40 (4,65)	9,40 (4,34)	0,00	0,00
Fysieke verschijning	8,50 (3,65)	11,15 (4,19)	-4,7**	0,67
Gedragshouding	16,90 (2,71)	17,40 (3,15)	-0,89	0,17
Hechte vriendschap	14,60 (4,64)	15,55 (4,59)	-1,77	0,21
Gevoel van eigenwaarde	8,30 (3,44)	11,10 (3,96)	-3,57**	0,75
Zelfcompassie (SCS)	32,00 (9,95)	37,65 (8,42)	-2,91	0,61

Noot. @ = vergelijking tussen voormeting en nameting; & = vergelijking tussen voormeting en 6 maanden follow-up

** $p < 0,003$ Bonferroni-correctie

	Voormeting	Follow-up 6 maanden (N = 14)	t^{\oplus}	ES
	M (SD)	M (SD)		
Depressieve symptomen (CDI)	26,21 (8,68)	17,5 (10,11)	4,96**	0,92
Psychologische inflexibiliteit (AFQ)	56,85 (10,39)	45,85 (13,09)	2,53	0,93
Kwaliteit van leven (EuroQol)				
Bewegen	1,14 (0,36)	1,00 (,00)	1,47	0,78
Zelfzorg	1,36 (0,49)	1,29 (0,00)	0,56	0,15
Dagelijkse activiteiten	2,14 (0,53)	1,79 (0,58)	2,11	0,63
Pijn	1,57 (0,76)	1,50 (0,76)	0,25	0,09
Stemming/angst	2,57 (0,51)	2,00 (0,55)	2,83	1,08
Comorbiditeit (YSR)				
Internaliserend	34,46 (10,25)	23,15 (10,94)	4,33**	1,06
Externaliserend	10,80 (8,98)	8,75 (9,07)	2,05	0,23
Somatiek	4,64 (3,69)	2,57 (2,44)	2,61	0,66
Competentiebeleving (CBSA)				
Schoolvaardigheden	12,62 (3,79)	12,62 (3,07)	0,00	0,00
Sociale acceptatie	14,38 (3,71)	15,92 (4,89)	-1,58	0,35
Sportieve vaardigheden	9,08 (4,25)	9,23 (3,94)	-0,149	0,04
Fysieke verschijning	8,23 (3,00)	10,92 (4,48)	-3,11	0,71
Gedragshouding	16,54 (2,93)	17,15 (3,91)	0,53	0,18
Hechte vriendschap	15,54 (4,59)	16,23 (4,30)	-1,01	0,16
Gevoel van eigenwaarde	8,23 (3,47)	12,00 (4,12)	-3,23	0,99
Zelfcompassie (SCS)	29,57 (8,52)	39,79 (13,57)	-3,51	0,90

met forse en recidiverende depressieve stoornissen. Eerdere behandelingen waren ontoereikend. Ondanks de ernst van de depressieve klachten vindt er dus wel een afname van klachten plaats en ontstaan verbeteringen in competentiebeleving en comorbiditeit. Dit sluit ook aan bij de hoofddoelstelling van ACT: gedrag ontwikkelen waarbij flexibel kan worden omgegaan met onvermijdelijke gedachten en gevoelens (zoals depressieve klachten) én investeren in een waardevol leven (Hayes et al., 2006).

Ten slotte weten we vanuit de literatuur dat de drop-out tijdens CGT-behandeling van depressieve adolescenten groot is en varieert tussen 41% en 57% (Stikkelbroek, 2019). De behandeldrop-out tijdens dit onderzoek naar ACT your way was opvallend minder, namelijk 20,6%. Dit is positief, aangezien het afmaken van een behandeling meer kans geeft op positieve uitkomsten. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de doorgevoerde aanpassingen in ACT your way naar aanleiding van het expliciet betrekken van feedback van cliënten en therapeuten, hebben geleid tot betere therapietrouw.

Beperkingen

Een aantal belangrijke beperkingen moet genoemd worden. Ten eerste was dit een pilotonderzoek, waardoor de onderzoekspopulatie klein was en de groep mogelijk niet representatief. Ten tweede was er geen controlegroep en/of wachtlijstconditie. Hierdoor is niet met zekerheid vast te stellen of de verbeteringen niet het gevolg zijn van andere factoren of van natuurlijk beloop. Dit pilotonderzoek geeft wel een eerste aanwijzing dat ACT your way mogelijk effectief is, want er zijn verbeteringen te zien op diverse uitkomstmaten. Er is een uitgebreide *randomized controlled trial* (RCT) voor nodig om betrouwbaardere uitspraken met betrekking tot effectiviteit te kunnen doen. In juni 2021 zal een dergelijke RCT dan ook starten. Ten derde heeft de huidige studie alleen adolescenten als informant betrokken. Door het gebruik van zelfrapportagelijsten zou sociale wenselijkheid mee kunnen spelen (de los Reyes et al., 2013). Meerdere informanten, zoals ouders, zouden een vollediger en betrouwbaarder beeld hebben kunnen geven; dit wordt dan ook aangeraden voor toekomstig onderzoek.

Sterke punten

Dit is het eerste pilotonderzoek naar het effect van ACT bij adolescenten met recidiverende of chronische depressieve stoornissen. Onze studie heeft zich gericht op klinisch depressieve adolescenten die zelf hulp hebben gezocht binnen de specialistische ggz. Het zijn adolescenten met een complexe en comorbide problematiek, met relatief hoge schooluitval ten gevolge van klachten, bij wie eerdere richtlijnbehandelingen onvoldoende effect hebben gehad. De zwaarte van de problematiek is zichtbaar in de gegevens uit de voormeting: uit de K-SADS bleek dat de grootste groep een dubbele de-

pressie had en de scores op de CDI-2 waren ver boven de cut-off-score van 14. Dat ACT your way in dit pilotonderzoek verbeteringen laat zien bij deze complexe en behandelresistente groep is dan ook een eerste aanwijzing voor de effectiviteit van dit behandelprotocol. Meer onderzoek is nodig en zal in juni 2021 starten. Laten we het niet accepteren dat jonge mensen niet opknappen van depressie en ACTief onderzoek doen naar alternatieve behandelmethoden!

Belangenverstrengeling

Denise Matthijssen, de auteur van ACT your way, heeft geparticipeerd als groepstherapeut. Jacquelijne Schraven en Denise Matthijssen zijn beiden werkzaam bij Altrecht. Daarnaast is Denise Bodden, eveneens auteur van ACT your way, betrokken als co-onderzoeker.

Jacquelijne Schraven is klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie.

Denise Matthijssen is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, systeemtherapeut, docent en supervisor NVRG, werkzaam bij Altrecht Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Verder is zij ACT-trainer en auteur van de boeken *ACTief opvoeden*, *Samen ACTief in je gezin* en *ACT your way*.

Carli van de Weerden is als gz-psycholoog werkzaam bij GGZ Oost Brabant, locatie Helmond Kind en Jeugd.

David Heyne is als universitair hoofddocent ontwikkelings- en onderwijspsychologie werkzaam bij de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Denise Bodden is universitair docent aan de Universiteit Utrecht, afdeling pedagogiek, en psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: J. Schraven, Nieuwe Houtenseweg 2, 3524 SH Utrecht. E-mail: j.schraven@altrecht.nl.

Summary *ACT your way: Quality of the protocol and preliminary findings of a pilot effect study among adolescents with a recurrent depressive disorder*

Depression in adolescents is a severe disorder due to its chronic and recurring nature. Current guideline treatments like cognitive behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) seem to have insufficient (long-term) effect in reducing the depressive symptoms. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) focuses on increasing psychological flexibility, which could have a positive effect on depressive symptoms as well. In this study, a recently developed treatment protocol – ACT your way – was examined. ACT your way is especially developed for youth. First, the quality of ACT your way was assessed. This resulted in a valid and feasible treatment protocol rated highly on satisfaction by adolescents and therapists. Second, a pilot effect trial was conducted among 23 adolescents with a recurrent depressive disorder. Directly after ACT your way treatment, significant improvements with regard to depressive symptoms, quality of life and perceived

competence were found. At 6 month follow-up, significant decreases in depressive symptoms and internalizing comorbidity were found. Limitation of this study are the small sample size and the lack of a control group. This study has demonstrated promising results for adolescents with recurring and chronic depression who respond insufficiently to existing treatments.

Keywords *depression, adolescents, ACT, ACT your way*

Literatuur

- A-Tjak, J. (Ed). (2015). *Acceptance & Commitment Therapy: Theorie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*, 30-36.
- A-Tjak, J. G. L., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing Acceptance and Commitment Therapy with cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*, 154-163.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1575-1583.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1427-1439.
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *Handleiding CDI-2: Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Hogrefe.
- Bodden, D. H. M., Stikkelbroek, Y., & Dirksen, C. D. (2018). Societal burden of adolescent depression. An overview and cost-of-illness study. *Journal of Affective Disorders*, *241*, 256-262.
- Conijn, B., & Ruiters, M. (2011). *Preventie van depressie: Factsheet Preventie 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, *17*, 13-35.
- Creemers, D., Wijnhoven, L. A. M. W., Stikkelbroek, Y. A. J., & Buitelaar, J. (2015). Depressie en suïcide. In K. Nijhof & R. Engels (red.), *Meisjes in de zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 241-272). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- de los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kunder, S. M. A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 123-149.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, *16*, 199-208.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. J. (2006). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/01 (COTAN)*. Boom Test Uitgevers.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Sage Publications.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Scheurs, K. M. G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexi-

- bility in a self-help Acceptance and Commitment Therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 142-151.
- Fletcher, J. M. (2008). Adolescent depression and educational attainment: Results using sibling fixed effects. *Health Economics*, 17, 1215-1235.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 583-594.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing Acceptance and Commitment Therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811.
- Fryling, M., Wallace, M., & Yassine, J. (2012). Impact of treatment integrity on intervention effectiveness. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45, 449-453.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20, 93-102.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groot-hues, C., Rutter, M., Fudge, H., & Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescents depression: III Links with suicidal behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1309-1319.
- Hasler, G., Pine, D. S., Kleinbaum, D. G., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W., & Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: The Zurich Cohort Study. *Journal of Molecular Psychiatry*, 9, 842-850.
- Hayes, L., Boyd, C., & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2, 86-94.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Harcourt Book Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapie: Veranderingen door mindfulness, het proces en de praktijk*. Pearson.
- Heyne, D., & Blokzijl, R. (2007). *Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth – Dutch version* (Unpublished measure). Leiden University.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children – Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescence Health*, 41, 256-262.
- Kirby, I. N. (2016). Compassion interventions: The programs, the evidence, and implication for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 432-455.
- Kovacs, M., Freinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., & Finkelstein, R.

- (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 229-237.
- Kovacs, M., Freinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 643-649.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Richtlijn voor depressie bij jeugd: Addendum*. Trimbos-instituut.
- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnússon, P., Skarphédinsson, G. A., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2010). Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children – Present and Lifetime version) depression diagnosis in an adolescent clinical population. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64*, 409-420.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, *45*, 927-945.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1988). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychological Review*, *18*, 765-794.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C., & Tengstrom, A. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, *24*, 1016-1030.
- Markanday, S., Data-Franco, J., Dyson, L., Murrant, S., Arbuckle, C., McGilvray, J., & Berk, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for treatment-resistant depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*, 1198-1199.
- Matthijssen, D., de Rooij, E., & Bodden, D. (2018). *ACT your way*. Boom.
- Matthijssen, D., de Rooij, E., & Bodden, D. (2020). *ACT your way: Trainershandleiding*. Boom.
- Matthys, W. (1993). Zelfwaardering bij kinderen met antisociaal gedrag: Klinische zelfwaardering en depressieve symptomenbeschouwingen van empirische bevindingen. *Kind en Adolescent*, *14*, 187-193.
- McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 879-886.
- Mufson, L., Darta, K. P., Wickramaratne, P., Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 573-579.
- Mufson, L., Darta, K.P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M.M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressive adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 577-584.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, *2*, 223-250.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, *7*(1), 264-274.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, *48*, 91-98.

- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and Commitment Therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 69-77.
- Raes, F., Pommer, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *K-SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school aged children*. H. C. Rümke Groep.
- Schraven, J., Weerden, C., & Bodden, D. (2020). In D. Matthijssen, E. de Rooij, & D. Bodden (red.), *ACT your way: Trainershandleiding* (pp. 12-14). Boom.
- Stikkelbroek, Y. (2019). Zit de behandeling van depressieve adolescenten in een dip? *Kinder & Jeugd Psychotherapie*, 46, 4-9.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 73-85.
- Treffers, P. D. A., Goedhardt, A. W., Veerman, J. W., van den Bergh, B. R. H., Ackaert, L., & de Rycke, L. (2002). *Handleiding Competentie Belevingschaal voor Adolescenten*. Swets & Zeitlinger.
- Twenge, J. M., Bell Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128, 185-199.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, J. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus MC.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 84-95.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckstain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72, 79-117.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.