



# Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen

**Karen van Rooijen & Deniz Ince**

www.nji.nl

Juni 2013

Angst- en stemmingsproblemen zijn te voorkomen door de oorzaken in een vroeg stadium van de ontwikkeling van kinderen aan te pakken. Als er al problemen zijn, is het van belang deze gericht aan te pakken. Gebeurt dit niet, dan kunnen angst- en stemmingsproblemen zich ontwikkelen tot stoornissen. Meer informatie hierover vindt u in de dossiers [Angststoornissen](#) en [Depressie](#).

De meeste interventies gericht op het voorkomen en/of verminderen van angst- en stemmingsproblemen zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Onderzoek heeft aangetoond dat cognitief-gedragstherapeutische interventies, in ieder geval op de korte termijn, angst- en stemmingsproblemen kunnen voorkomen en verminderen. Daarnaast zijn er aanwijzingen t dat verschillende typen interventies, zoals vaardigheidstraining voor kinderen en gezinsinterventie bij ouders met een depressie of angststoornis, waarbij de kinderen een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van problemen effectief kunnen zijn in het voorkomen van angst- en stemmingsproblemen bij kinderen. Meer onderzoek is echter nodig om vast te stellen welke vorm bij welke doelgroep het meest effect heeft.

Onderstaande tekst is gebaseerd op een literatuursearch binnen verschillende internationale databases. Zo is onder meer gezocht in PsycINFO, Cochrane Library en Google-scholar met zoektermen als 'anxiety' en/of 'depression' gecombineerd met 'effect' en/of 'prevention' en/of 'interventions'. Er is hoofdzakelijk gezocht naar systematische reviews en meta-analyses. Een systematische review is een overzicht waarin studies naar eenzelfde thema systematisch worden verzameld en besproken. In een meta-analyse worden de resultaten van een aantal vergelijkbare studies gebundeld en worden door middel van statistische analyses de effecten van een bepaald type interventie berekend. Hierdoor wordt het mogelijk om met een grotere betrouwbaarheid een uitspraak te doen over het effect van een interventie (van Driel, 2003).

De tekst is gebaseerd op verschillende internationale overzichtsstudies en meta-analyses (onder andere Bienvenu & Ginsburg, 2007; Ginsburg, 2004; Horowitz & Garber, 2006; Barrett & Turner, 2004 en Merry, Hetrick, Cox, Brudevold-Iversen, Bir & McDowell, 2011). Ook is gebruik gemaakt van een Nederlandse overzichtsrapportage over de preventie van psychische stoornissen (Meijer, Smit, Schoemaker & Cuijpers, 2006). Daarnaast zijn enkele effectstudies en achtergrondartikelen bekeken.

Dit artikel gaat over werkzame factoren in het voorkomen of verminderen van angst- en stemmingsproblemen. De eerste paragraaf gaat kort in op de normale ontwikkeling van kinderen en op risico- en beschermende factoren in de ontwikkeling van angst- en stemmingsproblemen. Vervolgens wordt aandacht besteed aan het begrip preventie. In paragraaf 5 staat preventie van



angstproblemen centraal en in paragraaf 6 preventie van stemmingsproblemen. In beide paragrafen gaan we eerst in op interventies die gericht zijn op het voorkómen van problemen. Vervolgens gaan we in op interventies die gericht zijn op het verminderen van bestaande problemen. Het document wordt afgesloten met een samenvatting van werkzame factoren bij angst- en stemmingsproblemen. In de tekst geven we voorbeelden van interventies die ingezet kunnen worden om angst- en stemmingsproblemen bij jeugdigen te voorkomen en/of te verminderen. Meer informatie over interventies die hiervoor ingezet kunnen worden is te vinden op de website van de Databank Effectieve Interventies ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)).

## **1. Normale ontwikkeling en risicofactoren**

Angsten komen veel voor bij kinderen. Alle kinderen zijn wel eens bang, bijvoorbeeld voor heksen, monsters onder het bed of spoken. Dit zijn normale angsten, die ouders goed kunnen aanpakken met bepaalde opvoedingsvaardigheden zoals praten met het kind, rustig reageren op het angstige gedrag, het kind helpen om te gaan met de angst. Voor meer informatie over opvoedingsvaardigheden verwijzen wij naar het dossier Opvoedvragen. Ook bij adolescenten komen sombere gevoelens, angst, verlegenheid, geremdheid, eenzaamheid en een laag zelfvertrouwen vaak voor. Meestal horen dit soort problemen bij de puberteit, bij de overgang van de kindertijd naar de volwassenheid. Zij gaan vaak na deze periode vanzelf over (Braams & Talma, 2000). Wanneer angst- en stemmingsproblemen niet vanzelf overgaan en een grote invloed krijgen op het dagelijks leven, is er sprake van een probleem. Preventieve interventies kunnen zulke problemen voorkomen of verminderen.

### **Aansluiten bij ontwikkelingsstadia**

De huidige kennis over het ontstaan en de ontwikkeling van angst- en stemmingsproblemen maakt duidelijk dat er in de verschillende stadia van de ontwikkeling van kinderen diverse risicofactoren en beschermende factoren zijn aan te wijzen. Daarom zullen er in de verschillende ontwikkelingsstadia ook andere accenten gelegd moeten worden om angst- en stemmingsproblemen te voorkomen of aan te pakken. Hieronder onderscheiden we eerst enkele algemene risicofactoren en beschermende factoren, die in alle ontwikkelingsstadia een rol spelen. Daarna maken we een onderscheid in meer specifieke risicofactoren en beschermende factoren in de voorschoolse periode en de schoolse periode.

### ***Algemene risicofactoren en beschermende factoren***

Een laag inkomen, slechte behuizing en wonen in een slechte buurt vergroten het risico op veel verschillende problemen, waaronder ook angst- en stemmingsproblemen. Deze factoren spelen in alle ontwikkelingsstadia een rol. Ditzelfde geldt voor negatieve levensgebeurtenissen, zoals het verlies van een ouder of ander familielid. Algemene risicofactoren bij de ouders zijn onder meer het hebben van een angst- of stemmingsstoornis, overmatig beschermende, overheersende of kritische opvoedstijlen, weinig emotionele steun voor het kind en relatieproblemen of ruzies tussen de ouders. Bij het kind zijn algemene risicofactoren onder meer kindermishandeling, een geremd temperament of de neiging om snel boos, angstig of verdrietig te reageren op prikkels uit de omgeving. Beschermende factoren zijn onder meer een goede relatie met minstens één ouder, een goed gezinsklimaat en een goede onderlinge relatie tussen de ouders.

### ***De voorschoolse periode***

In deze periode spelen vooral factoren binnen de opvoeding een belangrijke rol. Een belangrijke risicofactor is bijvoorbeeld een onveilige hechtingsrelatie tussen ouder en kind. In een onveilige hechtingsrelatie is de ouder niet voldoende ontvankelijk en gevoelig voor de behoeften van het kind. Hierdoor kan het kind zich onveilig voelen, wat weer gevoelens van angst en somberheid kan veroorzaken. Interventies in deze periode zijn daarom vaak gericht op het stimuleren van een positieve hechtingsrelatie, het vergroten van de sensitiviteit van ouders, opvoedingsvaardigheden, adequate gezinscommunicatie en het stimuleren van de ontwikkeling van het kind.

### ***De schoolse periode***

Naast de eerdergenoemde risicofactoren in het gezin en in het kind zelf komen er in deze periode risicofactoren bij die met de school en de omgeving buiten het gezin te maken hebben.

Risicofactoren zijn onder meer het hebben van weinig goede vriendschappen, gepest worden, leerproblemen of problemen met de leerkracht.

Beschermende factoren zijn onder andere steun uit de omgeving van zowel volwassenen als leeftijdsgenoten, positieve schoolervaringen en deelname aan sport, club- of verenigingsleven. Belangrijke risicofactoren bij het kind en de adolescent zelf zijn verstoorde cognitieve processen, een lage zelfwaardering en slecht ontwikkelde sociale vaardigheden.

Beschermende factoren zijn persoonsvariabelen zoals zelfwaardering en geloof in eigen kunnen, maar ook vaardigheden om met problemen om te gaan. Interventies in deze periode kunnen gericht zijn op de ouders, op het hele gezin of op de jeugdige zelf. Uitgangspunt van de interventies is vaak het aanleren van cognitieve, sociale en probleemoplossende vaardigheden.

## **2. Preventieve interventies**

Over het algemeen worden drie soorten preventie onderscheiden.

*Universele preventie* is gericht op de bevolking in het algemeen en bedoeld om de invloed van risicofactoren in het algemeen te verkleinen. Voorlichting over verschillende psychiatrische ziektebeelden is een vorm van universele preventie (Meijer et al., 2006).

Vaardigheidstrainingen waarin kinderen sociale en emotionele vaardigheden leren en leren omgaan met problemen zijn ook een vorm van universele preventie. Deze trainingen kunnen specifiek gericht zijn op het voorkomen van angst- of stemmingsproblemen, of meer algemeen op het verbeteren van de geestelijke gezondheid of weerbaarheid van de jeugdige. Zulke trainingen zijn goed op scholen in te zetten, bijvoorbeeld bij alle leerlingen van een klas (Barrett & Turner, 2004).

Universele preventie is relatief goedkoop en vraagt minder inspanning dan andere vormen van preventie. Zo is werving en screening van jeugdigen bijvoorbeeld niet nodig (Bienvenu & Ginsburg, 2007). Een ander voordeel van universele preventie is dat er veel jeugdigen in een keer mee zijn te bereiken en dat leerkrachten na een training de interventies vaak zelf kunnen uitvoeren (Koot, Ferdinand, Vlieger-Smid, 2002 in: Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004, Mychailyszyn, Brodman, Read & Kendall, 2012). Ook zou universele preventie minder stigmatiserend zijn dan de andere vormen van preventie omdat grote groepen in een keer worden aangesproken, zonder onderscheid naar risicostatus of symptomen (Spence, Sheffield & Donovan, 2003, in: Horowitz & Garber, 2006). Mychailyszyn e.a. (2012) vonden in hun meta-analyse kleine effecten van universele preventieprogramma's op school. De kleine effecten zijn slechts klein, omdat

universele preventie zich richt op een brede groep jeugdigen, waarvan de meeste nog geen problemen hebben. Dit maakt het moeilijk effecten aan te tonen..

*Selectieve preventie* richt zich op specifieke bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van angst- of stemmingsproblemen. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen. Zij hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van allerlei psychische klachten. Een andere risicogroep vormen jeugdigen die problemen hebben met sociale contacten. Zij hebben een grotere kans om een sociale fobie te ontwikkelen (Meijer et al., 2006). De selectieve interventies kennen meer variatie dan de universele en geïndiceerde interventies omdat ze gericht zijn op een meer diverse groep.

*Geïndiceerde preventie* richt zich op jeugdigen die al angst- en/of stemmingsproblemen hebben maar nog niet voldoen aan de diagnose voor een angst- of stemmingsstoornis. Zij lopen een sterk verhoogde kans om een stoornis te ontwikkelen (Meijer et al., 2006). Geïndiceerde preventie is dus gericht op het *verminderen* van angst- en stemmingsproblemen, en het voorkomen van een stoornis.

Samenvattend kunnen we zeggen dat universele en selectieve preventie gericht zijn op het *voorkómen* van angst- en stemmingsproblemen, terwijl geïndiceerde preventie gericht is op het *verminderen* van problemen. In het vervolg van dit stuk zal dit onderscheid tussen het voorkomen en verminderen van problemen aangehouden worden.

### **3. Overeenkomsten tussen interventies voor angst- en stemmingsproblemen**

Veruit de meeste interventies gericht op het voorkomen of verminderen van angst- en stemmingsproblemen maken gebruik van principes uit de cognitieve gedragstherapie. De centrale aanname in de cognitieve gedragstherapie is dat wat individuen voelen en hoe ze zich gedragen, bepaald wordt door wat zij denken. In een cognitief-gedragstherapeutische aanpak worden irrationele cognities uitgedaagd en leren jeugdigen vanuit een ander perspectief naar dezelfde situatie te kijken en leren ze op een andere manier reageren. Vooral het onderzoek naar de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen heeft kennis opgeleverd over werkzame factoren. Deze kennis wordt vaak gebruikt voor het ontwikkelen van preventieve interventies voor angst- en stemmingsproblemen.

Uit onderzoek naar de behandeling van angststoornissen blijkt bijvoorbeeld dat geleidelijke blootstelling aan angstige situaties, gecombineerd met ontspanningstechnieken kinderen kan helpen om te gaan met spanning. Cognitieve technieken kunnen het kind daarnaast helpen om een gevoel van controle over de situatie te krijgen.

In de behandeling van stemmingsstoornissen staat meestal het aanpakken van negatieve gedachten of denkfouten centraal. Daarnaast leert het kind vaak probleemoplossende en sociale vaardigheden en wordt er aandacht besteed aan sociale steun.

Voor preventieve interventies worden over het algemeen dezelfde principes gebruikt als voor de behandeling van stoornissen (Barrett & Turner, 2004).

## **4. Interventies gericht op het voorkomen van angst- en stemmingsproblemen**

Preventieve interventies richten zich veelal op het bevorderen van algemene sociaal-emotionele vaardigheden van kinderen en jongeren om zodoende psychosociale problemen in algemene zin te voorkomen. Psychosociale problemen bestaan uit internaliserende problemen, zoals angst- en stemmingsproblemen, maar ook externaliserende problemen (gedragsproblemen) vallen eronder. Hoewel er aanwijzingen zijn dat dergelijke interventies positieve effecten hebben op onder andere copingvaardigheden bij kinderen, zelfwaardering en geloof in persoonlijke effectiviteit, is onduidelijk in hoeverre deze interventies erin slagen angst- en stemmingsproblemen te voorkomen.

### **4.1 Universele preventieprogramma's**

Voorbeelden van erkende universele preventieprogramma's in Nederland zijn 'Levensvaardigheden', 'Leefstijl' en 'Zippy's vrienden'. 'Levensvaardigheden' en 'Leefstijl' zijn niet specifiek op angst- en stemmingsproblemen gericht maar op het bevorderen van algemene sociale vaardigheden. Het programma Levensvaardigheden wil de ontwikkeling van sociale en emotionele vaardigheden van adolescenten stimuleren en zo gevoelens van spanning in moeilijke situaties verminderen en een positieve manier van denken bevorderen. Het programma bestaat uit veertien lessen van vijftig minuten. Het is niet bekend of het programma effecten heeft op stemmingsproblemen. Wel werden in quasi-experimenteel onderzoek positieve effecten gevonden op geloof in persoonlijke effectiviteit, zelfwaardering, ervaren spanning bij het adequaat uiten van negatieve emoties, de intenties om sociale en emotionele vaardigheden te gebruiken en de relatie met klasgenoten (Gravesteijn, Diekstra, de Wilde & Koren, 2004; Ince, 2005). Inmiddels is een grootschaliger onderzoek naar de effectiviteit van Levensvaardigheden in uitvoering.

Het programma 'Leefstijl' richt zich op jeugdigen van 4 tot en met 18 jaar. Centraal daarin staat het aanleren van sociaal-emotionele vaardigheden als kennismaken, luisteren, communiceren, zelfvertrouwen en assertiviteit. Leefstijl bestaat uit uitgewerkte lessenseries, ouderworkshops en trainingen voor leerkrachten, docenten en begeleiders. In de Verenigde Staten is onderzoek naar het programma gedaan, maar het is niet bekend of het programma ook effecten heeft op angst- en stemmingsproblemen (Ince, 2007; Meijer et al., 2006). Meer informatie over Levensvaardigheden en Leefstijl is te vinden onder het kopje 'Interventies' in dit themadossier.

'Zippy's Vrienden' is een in Engeland ontwikkeld programma gericht op basisschoolleerlingen in groep 2, 3 en 4. Inmiddels wordt het programma in 19 landen uitgevoerd. 'Zippy's Vrienden' is een klassikale methode, gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes. Kinderen leren copingstrategieën aan, waardoor hun sociaal-emotionele vaardigheden verbeteren. Zes thema's worden behandeld: gevoelens, communicatie, maken en verbreken van relaties en vriendschappen, conflicten en ruzies oplossen, omgaan met verlies en coping.

Hoewel er vooralsnog geen Nederlands effectonderzoek voorhanden is, laten een aantal buitenlandse studies positieve resultaten zien. Het meest recente onderzoek is uitgevoerd in Ierland. Het betreft een Randomized Control Design met voormeting, nameting en follow-up 12 maanden na afloop van de interventie. De interventie liet bij de nameting significante positieve effecten zien op sociaal-emotionele vaardigheden van de kinderen. Kinderen die het programma hadden gevolgd hadden ook een groter repertoire aan copingvaardigheden. De verschillen met de controlegroep waren echter niet significant. Daarnaast was er sprake van een significante afname van gedragsproblemen en hyperactiviteit bij de experimentele groep. Of de effecten na 12 maanden nog aanwezig zijn is nog niet bekend (Clarke & Barry, 2010 In: Panis, 2011).

Uit effectonderzoek naar ‘Zippy’s Vrienden’ in Denemarken en Litouwen blijkt dat kinderen in de experimentele groepen meer positieve copingstrategieën gebruikten, dat hun sociale vaardigheden verbeterden en dat probleemgedrag (hyperactiviteit en externaliserend gedrag) verminderde. Op internaliserend gedrag zijn geen significante effecten gevonden (Mishara & Ytsgaard, 2006 In: Panis, 2011). Een ander buitenlands effectonderzoek (zonder voormeting) liet zien dat het programma een gunstig effect had op een belangrijke overgang in de kleuterleeftijd: de overgang van kleuterschool naar basisonderwijs. De kinderen uit de Zippy-groep waren emotioneel en gedragsmatig beter aangepast aan de nieuwe school en gebruikten betere en meer verschillende copingstrategieën dan kinderen in de controlegroep (Monkevicienė, Mishara & Defour, 2006 In: Panis, 2011).

#### **4.2 Selectieve preventieprogramma’s**

Kinderen van ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek (KOPP) lopen een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen zoals depressie en angststoornissen. Voor deze kinderen zijn een aantal erkende preventieve interventies beschikbaar. Er zijn twee online-cursussen: één voor adolescenten (Kopstoring) en één voor ouders (KopOpOuders Online) en een intensievere gezinsinterventie ‘Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP’. Een andere in Nederland uitgevoerde erkende interventie ter voorkoming van ontwikkelingsproblemen bij kinderen is de ‘Ouder-baby interventie’ voor depressieve moeders met een baby tot een jaar oud.

##### ***Kopstoring***

De online cursus Kopstoring wordt aangeboden binnen een website met een stepped-care karakter: Kopstoring.nl. Daarin kunnen jongeren zelf bepalen in welke mate ze ondersteuning ontvangen. De website Kopstoring.nl heeft vijf functies: 1. Informatievoorziening; 2. Lotgenotencontact via forum; 3. E-mail service; 4. Online cursus; 5. Drempelverlaging tot hulpverlening. Een eerste procesevaluatie van Kopstoring liet positieve resultaten zien. Jongeren namen na afloop van de interventie minder vaak de ouderrol op zich en hadden minder negatieve gevoelens over de thuissituatie. Ook gaven zij aan dat zij beter konden omgaan met het gedrag en de problemen van hun ouders en dat zij meer zelfwaardering hadden gekregen (Van der Zanden & Van der Linden, 2007). Een studie naar de kosteneffectiviteit van Kopstoring.nl is op dit moment bezig. De resultaten worden in 2013 verwacht (Woolderink, Smit, van der Zanden, Beecham, Knapp, Paulus & Evers, 2010).

##### ***KopOpOuders online***

Voor ouders met psychische en/of verslavingsproblemen is sinds enige tijd online opvoedingsondersteuning beschikbaar op [www.kopopouders.nl](http://www.kopopouders.nl). Het doel van deze ondersteuning is het psychisch welbevinden van de kinderen te bevorderen en psychische problemen bij hen te voorkomen. De site bevat onder meer een forum, e-mailservice en een cognitief gedragstherapeutische groepscursus in chatbox, begeleid door GGZ-professionals. Evaluatieonderzoek liet zien dat er na afronding van de cursus sprake was van een significante afname van permissief of overreagerend opvoedgedrag. Ouders voelden zich significant minder incompetent en meer competente opvoeders. Er was sprake van een afname van hyperactiviteit en probleemgedrag – totaalscore van de SDQ - bij het kind. Er werd geen verandering waargenomen in door ouders gerapporteerde emotionele problemen bij het kind (Speetjens, 2010). Het gegeven dat de opvoedproblemen van twee derde van de ouders in het klinische gebied zaten maar de problemen van twee derde van de kinderen in het niet- klinische gebied, suggereert dat Kopopouders online de doelgroep in een vroegtijdig stadium bereikt

### ***Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP***

De intensieve gezinsinterventie van Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper (2003) richt zich op gezinnen waarin een van de ouders psychische problemen heeft (depressie of angststoornis) en tenminste een kind in de leeftijd van 9 tot 14 jaar opgroeit. Deze interventie wordt in Nederland uitgevoerd onder de naam 'Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP'.

Centraal doel van de interventie is voorkomen dat kinderen van ouders met psychische problemen (met name ouders met een depressie of angststoornis) zelf problemen ontwikkelen. Dit doel wordt bereikt door het stimuleren van de communicatie binnen het gezin en het versterken van de veerkracht van de kinderen.

De interventie is erop gericht gezinsleden te helpen om de effecten van de depressie of angststoornis op de gezinsleden afzonderlijk en op het gezin als geheel te begrijpen en met elkaar te bespreken.

De vorm van de interventie is kortdurend (6-8 bijeenkomsten), intensief, psycho-educatief, gezinsgericht met een follow-up op langere termijn. Er worden verschillende strategieën gebruikt om de gezinnen te helpen, onder meer het geven van informatie over angst en depressie (Ince, 2004).

In de Verenigde Staten heeft onderzoek plaatsgevonden naar de effecten van de interventie.

In een gerandomiseerde gecontroleerde trial werd deze intensieve gezinsinterventie vergeleken met een minder intensieve psycho-educatieve conditie waarin gezinnen alleen informatie kregen over stemmingsstoornissen en de gevolgen voor het gezin. Daarbij werden zij aangemoedigd om met elkaar te praten. Het onderzoek liep door tot twee en half jaar na de interventies. Kinderen in beide condities bleken op de lange termijn minder internaliserende problemen te hebben. De intensieve gezinsinterventie had echter meer effect op andere factoren. Zo was bijvoorbeeld de communicatie tussen ouders en kinderen verbeterd en hadden kinderen meer begrip voor de ziekte van hun ouders dan kinderen in de 'lecture' conditie (Beardslee et al., 2003).

### ***Ouder-baby interventie***

Voor depressieve moeders met een baby tot een jaar oud is in Nederland de 'Ouder-baby interventie' beschikbaar. Depressies bij jonge moeders vergroten de kans op ontwikkelingsproblemen bij het kind. De interventie bestaat uit acht tot tien huisbezoeken van een hulpverlener. Het doel van de interventie is de positieve interactie tussen moeder en baby in de eerste twaalf maanden te stimuleren. Daarbij worden technieken gebruikt als videohometraining, praktische pedagogische ondersteuning, cognitieve herstructurering en babymassage.

Moeders met depressieve klachten die deelnamen aan deze training kregen een betere relatie met hun kind. Zij reageerden sensitiever op hun baby. Ook de hechting tussen moeder en kind verliep beter (Meijer et al., 2006; Bohlmeijer & Mutsaers, 2007; van Doesum, 2007). De 'Ouder-baby interventie' is door de Erkenningscommissie Jeugdinterventies beoordeeld als 'waarschijnlijk effectief'.

### **4.3 Interventie op verschillende niveaus: Triple P**

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. Triple P biedt zowel universele als selectieve en geïndiceerde preventie.

De interventie onderscheidt hiervoor vijf niveaus van ondersteuning die zijn afgestemd op de verschillende behoeften van gezinnen. Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders voorziet van de gewenste informatie en steun bij de opvoeding. De vijf niveaus van ondersteuning zijn:

1. Voorlichting en informatie via de media en andere informatiebronnen
2. Korte individuele voorlichtingsgesprekken over de ontwikkeling en het gedrag van kinderen.
3. Gericht advies bij specifieke zorgen over het gedrag en/of de ontwikkeling van het kind.
4. Training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind.
5. Gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen gecombineerd met overige gezinsproblemen.

## **5. Interventies specifiek gericht op angstproblemen**

Naar het voorkomen en verminderen van angstproblemen bij kinderen is nog relatief weinig onderzoek gedaan, zeker vergeleken met het onderzoek naar het voorkomen en verminderen van stemmingsproblemen (Barrett & Turner, 2004). De uitkomsten van het onderzoek zijn echter wel veelbelovend (Ginsburg, 2004). In deze paragraaf wordt zowel internationaal als nationaal onderzoek besproken.

### **5.1. Het voorkomen van angstproblemen via training van ouders**

In Australië onderzocht Rapee (2002) een selectief educatief programma van zes sessies voor ouders van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Deze kinderen hadden een geremd temperament, wat een risicofactor is voor de ontwikkeling van een angststoornis. Ouders kregen in zes sessies voorlichting over de ontwikkeling van het kind, over angsten tijdens de kindertijd, over het omgaan met angstig gedrag en over manieren om hun kind geleidelijk bloot te stellen aan angstige situaties.

Twaalf maanden na de interventie werden positieve veranderingen in het temperament van de kinderen waargenomen, maar ditzelfde gold voor kinderen uit de controlegroep die geen interventie hadden gekregen. Kinderen van de ouders uit de interventiegroep hadden na twaalf maanden wel significant minder vaak een angststoornis ontwikkeld dan kinderen uit de controlegroep (Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards & Sweeney, 2005).

### **5.2. Het voorkomen van angstproblemen via gezinsinterventie**

Ginsburg (2004) ontwikkelde in Amerika een interventie gericht op gezinnen waarvan een van de ouders een angststoornis heeft. Deze gezinsinterventie heeft een cognitief-gedragstherapeutische basis en bestaat uit:

- psycho-educatie;
- ‘contingency management’: het belonen van dapper gedrag en het aanleren van strategieën om angstig gedrag te verminderen;
- aanwijzingen aan de ouders over het modelleren van ‘dapper gedrag’;
- het verbeteren van de communicatie binnen het gezin.

De eerste resultaten zijn veelbelovend. Na de interventie had 30 procent van de kinderen tussen de 7 en 12 jaar uit de controlegroep een angststoornis ontwikkeld tegenover 0 procent uit de interventiegroep (Bienvenu & Ginsburg, 2007).



De in paragraaf 4 besproken ‘Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP’ is een soortgelijke interventie maar richt zich naast het voorkomen van angstproblemen ook op het voorkomen van stemmingsproblemen.

### **5.3. Het voorkomen van angstproblemen via training van kinderen**

Mychailyszyn en anderen (2012) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van cognitief-gedragstherapeutische interventies op symptomen van angst en depressie. Het ging hierbij om universele en selectieve interventies die op scholen werden uitgevoerd. In de meta-analyse werden 63 studies meegenomen waarin 8,225 jeugdigen die een cognitief-gedragstherapeutische interventie kregen aangeboden werden vergeleken met een controle groep van 6,986 jeugdigen. Zowel universele als selectieve interventies bleken angst-symptomen significant te verminderen. Effectgrootte voor interventies gericht op angstproblemen was 0,50 na afloop van de interventie. Twaalf maanden na afloop van de interventie waren er echter geen effecten meer zichtbaar.

Twee trainingsprogramma’s voor kinderen ter voorkoming van angstproblemen waar onderzoek naar is gedaan zijn het FRIENDS-programma of de Nederlandse variant VRIENDEN en het Nederlandse programma ‘Plezier op school’.

#### ***Het FRIENDS-programma***

Veel nationaal en internationaal onderzoek naar de preventie van angstproblemen en -stoornissen bij jeugdigen heeft zich gericht op het van oorsprong Australische FRIENDS-programma. Vanwege de grote hoeveelheid onderzoek naar deze interventie en het beperkte onderzoek naar andere preventieve interventies voor angstproblemen, wordt FRIENDS hier uitgebreid beschreven.

De letters van FRIENDS staan voor: Feeling worried, Relax and feel good, Inner helpful thoughts, Explore plans, Nice work, Reward yourself, Don’t forget to practice, Stay calm for life.

Dit programma kan zowel als universele, selectieve of geïndiceerde preventie worden aangeboden, maar ook als vroegtijdige interventie en behandeling.

Als behandeling van angststoornissen is het FRIENDS programma in buitenlands onderzoek effectief gebleken. Het programma bestaat uit tien sessies van zestig tot zeventig minuten en is gericht op kinderen van 7 tot en met 11 jaar en jongeren van 12 tot en met 16 jaar. Cognitieve gedragstherapeutische technieken zoals het herkennen van het verband tussen denken en voelen en het omzetten van angstige gedachten naar helpende gedachten worden in het programma gecombineerd met elementen uit de gezinstherapie en interpersoonlijke therapie.

Het programma bevat ook vier sessies voor ouders. Zij krijgen informatie over de ontwikkeling van kinderen, de ontwikkeling van normale angsten en risico- en beschermende factoren. Ook leren ouders beter om te gaan met hun angstige kind en negatieve opvoedstrategieën te veranderen (Barrett & Turner, 2004). In Nederland is het FRIENDS-programma bekend als het VRIENDEN-programma.

Als universeel programma werd FRIENDS ingebouwd in het normale lesprogramma op school bij kinderen van 10 tot 13 jaar. FRIENDS bleek positieve effecten te hebben op angstsymptomen. Na afloop van het programma rapporteerden kinderen minder angstsymptomen dan kinderen uit de controlegroep. Het maakte daarbij niet uit of ze van tevoren meer of minder risico liepen om een angststoornis te ontwikkelen. Dit was zowel het geval wanneer een leerkracht de interventie uitvoerde als wanneer een psycholoog dat deed (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001; van den Berg, 2005). Twaalf maanden na afronding van het programma waren de effecten nog steeds

aanwezig. Van de kinderen die voor het programma nog in de klinische range voor angst scoorden, was bij 85 procent van de kinderen die FRIENDS volgden na twaalf maanden geen sprake van een angststoornis. Voor de controlegroep was dat bij 31,2 procent het geval (Lowry-Webster & Barrett, 2003, van den Berg, 2005). In vervolgstudies naar het programma werden met name positieve resultaten gevonden bij jongere kinderen van 9 tot 10 jaar, bij meisjes en bij kinderen met hevigere angstsymptomen (Lock & Barrett, 2003, in: Bienvenu & Ginsburg, 2007).

Als selectieve preventie is FRIENDS onderzocht onder twintig jonge adolescenten uit voormalig Joegoslavië (Barrett, Moore & Sonderegger, 2000). De migratie en de culturele verandering die daarmee gepaard gaat, werden daarbij als risicofactoren gezien voor de ontwikkeling van een angststoornis. Adolescenten die deelnamen aan de interventie rapporteerden na afloop minder internaliserende symptomen dan adolescenten uit de wachtlijstconditie. Op basis van deze resultaten zijn grootschaligere onderzoeken verricht (Barrett, Sonderegger & Sonderegger, 2001; Barrett, Sonderegger & Xenos, 2003) onder kinderen en adolescenten met verschillende culturele achtergronden, te weten Joegoslavisch, Chinees of gemengde nationaliteit. Jeugdigen die aan FRIENDS deelnamen hadden na afloop minder internaliserende problemen en een positievere kijk op de toekomst.

De resultaten van het onderzoek naar FRIENDS zijn veelbelovend, maar meer onderzoek is nodig om de effectiviteit van universele en selectieve interventieprogramma's te kunnen bepalen. In Nederland wordt het VRIENDEN-programma ook als selectieve preventieve interventie uitgevoerd. Op dit moment vindt grootschalig onderzoek plaats naar de effecten van het programma, maar de resultaten zijn nog niet bekend. Meer informatie over VRIENDEN is te vinden onder het kopje 'Interventies' in dit themadossier.

### ***Plezier op school***

Het Nederlandse programma 'Plezier op school' is een erkende selectieve interventie die zich richt op brugklassers tussen de 12 en 14 jaar die problemen hebben met sociale contacten (Geerlings & Lissenburg, 2005). Het programma is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische inzichten. Veranderingsonderzoek toonde aan dat het programma zowel op de korte als middellange termijn een positief effect heeft op sociaal-emotionele problemen (Faber, Verkerk, Van Aken, Lissenburg en Geerlings, 2006; Holter & Bruinsma, 2008, Meijer et al., 2006). Zo geven kinderen na het programma bijvoorbeeld aan dat zij minder sociaal angstig zijn. Grootschaliger effectonderzoek naar het programma is inmiddels in uitvoering. Daarbij is ook aandacht voor mediërende en modererende factoren, dat wil zeggen hoe het programma werkt en welke factoren de werking beïnvloeden.

### **5.4. Het verminderen van angstproblemen via training van kinderen**

Voor het trainen van kinderen om angstproblemen te verminderen zijn verschillende interventies beschikbaar waarvan de effectiviteit al dan niet is onderzocht. Een aantal worden hier besproken.

#### ***Het FRIENDS-programma***

Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens (1997) onderzochten het eerdergenoemde programma FRIENDS als geïndiceerd preventief programma en als vroege interventie bij 128 kinderen van 7 tot 14 jaar met angstklachten of een milde angststoornis. Zij werden 'at random' verdeeld over het FRIENDS-programma of de controleconditie die bestond uit monitoring. Direct na de interventie

was er in beide groepen sprake van een vermindering van angstsymptomen. Het aantal kinderen met een angststoornis was eveneens gelijk in beide groepen, namelijk 10 procent. Bij de follow-up na zes maanden kwamen angststoornissen minder voor in de interventiegroep dan in de controlegroep: 16 procent tegen 54 procent. Bij de follow-up na een jaar waren er echter geen verschillen tussen de groepen in het vóórkomen van angststoornissen. Bij de laatste meting, na twee jaar, hadden kinderen uit de FRIENDS-groep minder vaak een angststoornis dan kinderen uit de controlegroep: 20 procent tegen 39 procent (Bienvenu & Ginsburg, 2007; Barrett & Turner, 2004). In Nederland werd ditzelfde onderzoek herhaald (Muris & Mayer, 2000; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney & Bogey, 2001; in: Barrett & Turner, 2004). Daaraan deden 36 kinderen uit groep 5 tot 8 mee. Van hen had 75 procent na afloop geen angststoornis ontwikkeld.

### ***Bang zijn voor andere kinderen***

Deze interventie is gericht op kinderen van 8 tot 12 jaar die aanzienlijke tot ernstige problemen ervaren in de dagelijkse omgang met andere kinderen.

‘Bang zijn voor andere kinderen’ ziet bang zijn en angst in de omgang met andere kinderen als een uiting van lage competentieverwachting. Het programma probeert bij deze sociaal incompetent kinderen de persoonlijke competentieverwachting te verhogen in 21 wekelijkse therapeutische sessies. Men werkt in kleine groepjes van 6 kinderen. De behandeling richt zich op het aanleren van effectief sociaal gedrag, het verminderen van angst en verandering in denkwijze en denkinhoud (Pennings, 2007).

Nederlands effectonderzoek met follow-up na vijf maanden onder 102 kinderen verdeeld over een experimentele en controlegroep toont positieve effecten van de interventie aan. Effecten zijn gevonden op onder meer ervaren angst in sociale situaties, assertiviteit en acceptatie door klasgenoten (Blok, Prins, Sergeant, Ringrose & Brinkman, 1996).

### ***Je bibbers de baas***

‘Je bibbers de baas’ is een cognitief gedragstherapeutisch programma voor kinderen uit de bovenbouw van het basisonderwijs met faalangst. Het programma duurt ongeveer 20 weken en bestaat uit tien groepsbijeenkomsten van 1,5 uur waarin kinderen vaardigheden leren om met hun faalangst om te gaan. Naast deze groepsbijeenkomsten zijn er ouder- en leerkrachtbijeenkomsten, waarin zij informatie en handvatten aangereikt krijgen.

Uit een onderzoek van zeer beperkte omvang (n=6; voormeting en interview na afloop en na een jaar) blijkt dat de deelnemers na de training minder last hebben van faalangst en vermijdingsgedrag. De training bleek een na-ijleffect te hebben: een jaar na de training hadden de deelnemers nog minder last van hun faalangst dan direct na afloop van de training. Vanwege het zeer kleine aantal kinderen dat bij het onderzoek betrokken was, kan slechts gesproken worden van tendensen (Zalm-Grisnich, 2012). ‘Je bibbers de baas’ is door de erkenningscommissie jeugdinterventies erkend als ‘theoretisch goed onderbouwd’.

## **5.5. Conclusie**

Naar de preventie van angst bij jeugdigen is nog weinig onderzoek verricht. Op basis van het uitgevoerde onderzoek wordt wel duidelijk dat een effectieve aanpak mogelijk is. Cognitieve gedragstherapie heeft positieve effecten op het voorkomen en verminderen van angstproblemen. In internationaal onderzoek zijn positieve effecten gevonden van cognitief-gedragstherapeutische interventies gericht op het voorkomen van angstproblemen bij de bevolking in het algemeen,

interventies gericht op risicogroepen en interventies gericht op het verminderen van angstproblemen. Goede meta-analyses en reviews ontbreken echter vooralsnog. Meer onderzoek is ook nodig om te bepalen wat de effecten op de langere termijn zijn en welke vorm van preventie bij wie het beste werkt (Bienvenu & Ginsburg, 2007; Feldner, Zvolensky & Schmidt, 2004; Ginsburg, 2004).

## **6. Interventies specifiek gericht op stemmingsproblemen**

Vergeleken met het onderzoek naar angstproblemen is er relatief veel onderzoek gedaan naar het voorkomen en verminderen van stemmingsproblemen. Enkele belangrijke resultaten worden hier besproken.

### **6.1. Het voorkomen en verminderen van stemmingsproblemen**

Uit de eerder beschreven meta-analyse van Mychailyszyn en anderen (2012) blijken cognitief-gedragstherapeutische interventies die op school worden uitgevoerd op korte termijn positieve effecten te hebben. Zowel universele- als selectieve interventies slagen erin depressie-symptomen significant te verminderen. De effectgrootte was direct na afloop van de interventie 0,30. Een jaar later waren echter geen effecten meer zichtbaar.

Merry e.a. (2011) verrichtten een meta-analyse naar de effecten van psychologische en educatieve interventies ter voorkoming van depressie bij kinderen en adolescenten (5-19 jaar). Educatieve interventies bieden uitsluitend informatie door bijvoorbeeld lezingen of factsheets. Psychologische interventies proberen de denkprocessen van kinderen en jongeren te beïnvloeden. In de meta-analyse werden 31 studies opgenomen naar universele interventies en 39 studies naar selectieve interventies. Twee studies waren gericht op zowel universele als selectieve interventies. In totaal betrof het ruim 14,000 deelnemers. Eerdere meta-analyses van Merry e.a. (2004, 2007) - waarin minder studies naar universele interventies werden meegenomen - lieten wisselende effecten zien van universele interventies. De huidige meta-analyse, door een uitbreiding van het aantal onderzochte interventies, laat op de korte termijn wel significante effecten zien.

De meta-analyse toont aan dat- vergeleken met geen interventie- universele- en selectieve preventieve interventies tot een klinisch significante afname leiden van depressieve stoornissen bij de nameting en 3- tot 9 maanden na afloop van de interventie. Bij selectieve interventies blijven de effecten na 12 maanden nog bestaan. De resultaten na twee jaar zijn, mede door het kleine aantal studies, niet eenduidig.

Uitkomsten van eerdere studies zijn minder eenduidig. In hun meta-analyse geven Horowitz & Garber (2006) een overzicht van dertig studies naar preventieve interventies bij depressie. Clarke, Hawkins, Murphy & Sheeber (1993) hebben een van de eerste studies naar een universeel preventieprogramma verricht. Zij onderzochten een driedelig klassikaal programma waarin leerlingen informatie kregen over symptomen, oorzaken en de behandeling van depressie en over het belang van plezierige activiteiten. Leerkrachten voerden het programma uit. De interventie had geen effect op depressieve symptomen, ook niet na toevoeging van twee extra sessies met training van probleemoplossende vaardigheden (Barrett & Turner, 2004). Later onderzoek heeft eveneens nauwelijks effecten van universele preventieprogramma's laten zien. Zo vonden Pattison en Lynd-Stevenson (2001) dat het Penn Prevention Program dat hierna besproken wordt, in universele vorm geen effect had op depressieve symptomen, angstsymptomen, sociale vaardigheden en cognitieve stijl (Barrett & Turner, 2004). Slechts enkele studies vinden wat positieve effecten op depressieve symptomen (waaronder Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett & Osgarby, 2001).



## **6.2. Het verminderen van stemmingsproblemen via training van kinderen**

In de volgende paragrafen worden een aantal buitenlandse en erkende Nederlandse programma's besproken gericht op het trainen van kinderen om stemmingsproblemen te verminderen.

### ***Coping with stress course***

Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn & Seeley (1995) hebben in Amerika een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma voor adolescenten met een depressieve stoornis ontwikkeld, genaamd 'Adolescent Coping with Depression Course'. Na de eerste positieve resultaten hebben zij het programma aangepast, zodat het eveneens als geïndiceerde preventieve groepscursus voor adolescenten met depressieve symptomen te gebruiken was. Alle adolescenten hadden bovendien een ouder met een depressieve stoornis. Dit programma kreeg de naam 'Coping with stress course' (Barrett & Turner, 2004). De interventie bestaat uit vijftien bijeenkomsten waarin adolescenten informatie krijgen en vaardigheden leren waardoor zij minder risico lopen op het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Barrett & Turner, 2004; Meijer et al., 2006). De interventie bleek positieve effecten te hebben. Bij de nameting was sprake van een significante afname van depressieve symptomen bij jongeren die aan de cursus hadden deelgenomen in vergelijking met de controlegroep. Na twaalf maanden was dit verschil verdwenen. Wel bleek tijdens de follow-up dat jongeren uit de interventiegroep minder vaak een depressieve stoornis hadden ontwikkeld dan jongeren uit de controlegroep (Barrett & Turner, 2004, Bool, 2008).

In 2001 werd nog een studie naar dezelfde interventie uitgevoerd (Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale, Beardslee, O'Connor & Seeley, 2001). Na 24 maanden bleek het effect van de interventie op de incidentie, het ontstaan, van depressie statistisch significant (Meijer et al., 2006). Van de deelnemers aan de cursusgroep had 9,3 procent een depressieve stoornis ontwikkeld, tegenover 28,8 procent van de jongeren uit de controleconditie (Bool, 2008).

### ***Penn Prevention Program***

Een ander Amerikaans preventieprogramma met succesvolle resultaten is het Penn Prevention Program en de latere versies daarvan: het Penn Optimism Program en het Penn Resiliency Program van Jaycox, Reivich, Gillham & Seligman (1994). Dit programma kan als selectieve en als geïndiceerde interventie ingezet worden bij kinderen van 10 tot 13 jaar met depressieve symptomen. Direct na de interventie, na zes maanden en na 24 maanden, werden positieve effecten op depressieve symptomen gevonden (Gillham, Reivich, Jaycox & Seligman, 1995). Tijdens een follow-up van drie jaar was er echter geen verschil in depressieve symptomen meer tussen kinderen uit de interventiegroep en kinderen uit de controlegroep (Gillham & Reivich, 1999). De resultaten uit later onderzoek naar hetzelfde programma of naar aanpassingen van het programma zijn niet eenduidig. In een vrij recent onderzoek vonden Gillham, Hamilton, Freres, Patton & Gallop (2006) geen duidelijke afname van depressieve symptomen bij adolescenten gedurende twee jaar na het programma. Ook bleek uit het onderzoek niet dat het ontstaan van een depressieve stoornis was voorkomen.

### ***Head up***

Head Up is de Nederlands bewerking van de Coping with Stress Course. Het is een gestructureerde, cognitief-gedragstherapeutische cursus in groepsverband voor jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten. Het hoofddoel van Head Up is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen om daarmee depressie te voorkomen. De cursus bestaat uit acht wekelijkse



bijeenkomsten van anderhalf uur, begeleid door twee cursusbegeleiders. Daarnaast vindt er een bijeenkomst voor ouders plaats, waarin zij informatie krijgen over de cursus en ondersteuning bij het omgaan met de depressieve klachten van hun zoon/dochter.

### ***Grip op je Dip en Alles onder controle***

Grip op je dip is gebaseerd op de interventie van Clarke et al (Coping with stress course ) en gericht op jongeren tussen de 16 en 25 jaar (Voordouw, Kramer & Cuijpers, 2002). Centraal staat het verminderen van depressieve klachten via het geven van informatie en het versterken van vaardigheden. In een pilotstudie zonder controlegroep naar Grip op je Dip rapporteerden jongeren een significante afname van depressieve klachten (Voordouw et al., 2002). Van de cursus is ook een online versie beschikbaar ([www.gripopjedip.nl](http://www.gripopjedip.nl); Van der Zanden et al., 2005). Deze bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten in een beveiligde chatbox.

Naar de online versie van Grip op je dip zijn twee pilotonderzoeken en een vervolgonderzoek verricht met een voor- en nameting. De jongeren rapporteerden een significante afname van depressieve symptomen (Van der Zanden, Conijn, Visscher & Gerrits, 2005; Gerrits, van der Zanden, Visscher & Conijn, 2007). Er is inmiddels ook grootschalig effectonderzoek naar Gripopjedip online gedaan. De eerste resultaten laten zien dat bij jongeren die de online cursus volgen, sprake is van afname van depressieve klachten en een toename van het gevoel grip te hebben op hun leven. De resultaten worden binnenkort gepubliceerd. Meer informatie over Gripopjedip online is te vinden onder het kopje 'Interventies' in dit themadossier. Een soortgelijke interventie als Gripopjedip online is 'Alles onder controle' ([www.allesondercontrole.nu](http://www.allesondercontrole.nu)). Dit is een online cursus voor jongeren van 12 tot en met 18 jaar die last hebben van sombere buien of angstklachten. De Vrije universiteit van Amsterdam onderzoekt momenteel het effect van deze cursus.

### ***Stemmingmakerij***

De groepscursus 'Stemmingmakerij' (Ruiter, 1997) komt qua inhoud voor een groot deel overeen met 'Grip op je dip'. Deze cursus is gericht op jongeren tussen de 15 en 19 jaar. De effectiviteit van de cursus is in quasi-experimenteel onderzoek onderzocht. Deelname aan de cursus leidt tot minder depressieve en andere psychische klachten. Verder is er sprake van verbetering op het gebied van cognitieve vaardigheden, verbeterde zelfwaardering en verbeterde sociale vaardigheden (Elling, 2004; Ruiter, 1997). Meer informatie over Stemmingmakerij is te vinden onder het kopje 'Interventies' in dit themadossier.

### ***De D(o)epressie cursus***

De D(o)epressie cursus is een cognitief-gedragstherapeutische, groepsmatige behandeling voor adolescenten tussen de 16 en 21 jaar met depressieve symptomen, een depressie in engere zin of een dysthyme stoornis. D(o)epressie is gericht op het verwerven en versterken van vaardigheden om in het dagelijks leven beter te kunnen functioneren met zo min mogelijk depressieve klachten. Er zijn 16 bijeenkomsten. Tijdens de cursus leren adolescenten inzicht te krijgen in hun onbewuste negatieve cognities en deze te veranderen (cognitieve component). Daarnaast krijgen zij inzicht in het verband tussen hun stemming en de interactie met de omgeving en leren zij specifieke vaardigheden om positieve interacties met de omgeving te verbeteren (gedragmatige component). Er is alleen indirect bewijs voor de effectiviteit van deze Nederlandse interventie. De Amerikaanse versie: Coping with depression course for adolescents (CWD-A) is in diverse experimentele studies onderzocht en blijkt positieve effecten te hebben (van Rooijen-Mutsaers, 2009).

### ***Pak Aan***

Pak aan is een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor kinderen van negen tot dertien jaar met de diagnose unipolaire depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming. Het doel van Pak aan is depressieve klachten te verminderen. Er zijn 18 sessies. Er zijn aanwijzingen voor de werkzaamheid van de interventie op basis van een (quasi-) experimenteel onderzoek met een serie follow-ups. Direct na het programma voldeed 90% van de kinderen nog aan een van de criteria van depressieve symptomatologie, na 4 maanden 36% en na 12 maanden 25%. Het onderzoek wijst uit dat het Amerikaanse programma goed toepasbaar is bij een Europese steekproef (van Rooijen-Mutsaers, 2009).

### ***Praten online***

De internet interventie [www.PratenOnline.nl](http://www.PratenOnline.nl) beoogt in een zo beperkt mogelijk aantal chatsessies (met steeds dezelfde hulpverlener) bij Nederlandstalige jongeren tussen de 12 en 23 jaar hun depressieve problemen af en hun gevoel van competentie toe te laten nemen. De behandelmodule is gebaseerd op de Oplossingsgerichte Therapie. Uit monitorgegevens blijkt dat jongeren gemiddeld baat hebben bij 2,8 behandelsessies van ruim een uur. Er heeft nog geen onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van de interventie (Nikken, 2010).

## **6.3. De invloed van kindkenmerken en interventiekenmerken**

Naar de effectiviteit van preventieve interventies bij stemmingsproblemen is inmiddels vrij veel onderzoek gedaan. Daardoor wordt inmiddels ook aandacht besteed aan factoren die van invloed zijn op die effectiviteit, aan hoe wat werkt en bij wie. Het onderzoek naar interventies bij angstproblemen heeft nog geen kennis opgeleverd over deze factoren.

Horowitz en Garber (2006) hebben bekeken of een aantal belangrijke risicofactoren voor depressie van invloed was op de effecten van preventieve interventies. De risicogroepen die zij onderscheiden zijn: adolescente meisjes, kinderen van depressieve ouders, jeugdigen met depressieve en/of angstige symptomen en jeugdigen die blootgesteld zijn aan veel stress, bijvoorbeeld door scheiding van ouders of verlies van een ouder. Zij concluderen dat onderzoek tot nog toe bij geen van deze risicofactoren een duidelijk effect heeft gevonden op de onderzoeksresultaten. Meer onderzoek is nodig om te kunnen bepalen voor wie interventies het meest effectief zijn.

Toekomstig onderzoek moet volgens Horowitz & Garber (2006) ook uitwijzen of demografische factoren als geslacht en leeftijd van invloed zijn op de effecten. Hun meta-analyse geeft hier geen uitsluitsel over. Ook naar de invloed van culturele verschillen is nog weinig onderzoek verricht. Internationaal is het Penn Prevention Program in selectieve preventievorm onderzocht bij verschillende etnische groepen. Het programma had positieve effecten bij Latino kinderen (Cardemil, Reivich & Seligman, 2002) en Chinese kinderen (Yu & Seligman, 2002) maar niet bij Afro-Amerikaanse kinderen (Cardemil et al., 2002) (Horowitz & Garber, 2006).

Jane-Llopis, Hopkins, Jenkins & Anderson (2003) onderzochten de werkzame factoren binnen depressie preventieprogramma's. Zij betrokken in hun analyse 25 programma's voor jeugdigen, 32

programma's voor volwassenen en 12 programma's voor ouderen. Programma's met meer dan acht sessies bleken effectiever dan programma's met acht of minder sessies. Programma's met sessies van zestig tot negentig minuten waren effectiever dan programma's met sessies van minder dan zestig minuten of meer dan negentig minuten. Van de duur van het programma in de zin van het aantal maanden en van de spreiding van de sessies, een of meer keer per week, werd geen effect gevonden. Wat betreft de manier waarop programma's werden aangeboden bleken programma's die werden uitgevoerd door een combinatie van professionals en niet-professionals, bijvoorbeeld leerkrachten, de grootste effecten te hebben. Wat betreft de methoden vonden deze onderzoekers positieve resultaten voor competentieverhogende technieken als aanvulling op cognitieve technieken. Programma's bleken daarnaast effectiever bij een combinatie van drie of meer interventiemethoden, bijvoorbeeld cognitieve technieken, competentieverhogende technieken en educatie.

Horowitz en Garber (2006) vonden in hun meta-analyse geen effect van de lengte van de interventie of de duur van de follow-up. Zij benadrukken verder dat het betrekken van het gezin van de jeugdige mogelijk positieve effecten heeft op de effecten van preventieve interventies (Horowitz & Garber, 2006).

#### **6.4. Conclusie**

Internationaal is er relatief veel onderzoek gedaan naar het voorkomen en verminderen van stemmingsproblemen bij jeugdigen, maar de resultaten zijn niet eenduidig. Merry (2011) toont aan dat zowel universele- als selectieve interventies kunnen bijdragen aan het voorkomen van depressie bij kinderen en jeugdigen. De effecten van universele preventie blijven tot ongeveer 9 maanden na de interventie bestaan en van selectieve interventies in ieder geval tot een jaar na afloop van de interventie. Veruit de meeste interventies maken gebruik van cognitief-gedragstherapeutische principes. Horowitz & Garber (2006) concluderen dat de gevonden effecten over het algemeen klein tot middelmatig zijn en afnemen na zes tot twaalf maanden. De meeste studies vergelijken interventies bovendien met een wachtlijstcontroleconditie. Dit wordt ook wel een niet-actieve controlegroep genoemd. Wanneer de preventieve interventies wel worden vergeleken met een actieve controlegroep, bijvoorbeeld in de vorm van aandacht en ondersteuning, vinden Merry e.a. (2011) in hun review geen meerwaarde van de cognitief gedragstherapeutische interventies. Meer onderzoek is nodig naar de werkzame factoren van preventieve interventies. Ook moet onderzoek uitwijzen hoe preventieve programma's aangepast kunnen worden om sterkere en langer durende effecten te produceren.

Horowitz & Garber (2006) noemen als ander knelpunt binnen het onderzoek dat maar weinig studies het preventieve effect van interventies meten. Vaak wordt het effect bepaald door te kijken naar de afname van symptomen. Strikt genomen is dit geen effect van preventie, maar van behandeling. Een preventief effect betekent dat een interventie kan voorkomen dat een bepaalde stoornis ontstaat. Een aantal studies heeft gekeken naar het effect van de interventie op de incidentie, het ontstaan, van een stemmingsstoornis (Merry e.a., 2011; Horowitz & Garber, 2006; Jane Llopis e.a., 2003).

Naast de internationale studies zijn er in Nederland enkele onderzoeken van wisselende kwaliteit verricht naar de effecten van specifieke interventies gericht op het voorkomen dan wel verminderen van stemmingsproblemen bij jeugdigen. Interventies gericht op het verminderen van



stemmingsproblemen laten over het algemeen positieve effecten zien op de afname van met name depressieve klachten van jeugdigen. Effecten van interventies gericht op het voorkomen van stemmingsproblemen zijn vooralsnog niet gevonden.

## **7. Recente ontwikkelingen**

Een recente ontwikkeling in Nederland is de toenemende aandacht voor positieve psychologie. Positieve psychologie richt zich op het bevorderen van de geestelijke gezondheid in plaats van op het voorkomen van problemen en stoornissen. Een voorbeeld van een interventie die gebruik maakt van principes uit de positieve psychologie is 'Lessen in geluk' van het Verwey-Jonker instituut. In deze interventie op school leren leerlingen in zes lessen technieken om zich bewust te worden van geluk en de invloed die zij daar op uit kunnen oefenen. De komende jaren doet het Verwey-Jonker instituut effectonderzoek naar deze interventie (Verwey-Jonker, 2009). Nog duidelijk moet worden welke rol positieve psychologie kan spelen bij het voorkomen van angst- en stemmingsproblemen bij kinderen en jongeren.

## **8. Conclusies**

Vrijwel alle preventieve interventies voor angst- en stemmingsproblemen bij jeugdigen zijn gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes. Zij zijn vaak afgeleid van behandelprogramma's voor angst- en depressieve stoornissen. Onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve gedragstherapie angst- en stemmingsproblemen kan voorkomen en verminderen.

Naar de interventies voor angstproblemen is zowel internationaal als nationaal nog weinig onderzoek verricht. Het onderzoek dat wel is gedaan laat echter veelbelovende resultaten zien van zowel oudertraining, gezinsinterventie als training van jeugdigen zelf. Meer onderzoek is nodig om te kunnen bepalen welke vorm van preventie bij wie het beste werkt.

Naar de interventies voor stemmingsproblemen is meer onderzoek verricht, de resultaten zijn door methodologische tekortkomingen echter niet eenduidig. Universele preventieve interventies blijken er tot negen maanden na afloop van de interventie in te slagen depressie bij kinderen en jongeren te voorkomen. Bij selectieve interventies blijven de effecten tot minstens een jaar na afloop van de interventie bestaan. De effecten op de nog langere termijn zijn minder eenduidig. Er zijn aanwijzingen dat de effecten na twee jaar uitdoven.

Op basis van de literatuur kan geconcludeerd worden dat een cognitief-gedragstherapeutische aanpak de belangrijkste werkzame factor is in het voorkomen en/of verminderen van angst- en stemmingsproblemen. Interventies die hiervan gebruik maken kennen verschillende vormen. Voorbeelden zijn (sociale)vaardigheidstrainingen voor kinderen, opvoedingsondersteuning en training voor ouders en gezinsondersteuning gericht op onder meer de communicatie binnen het gezin. Onderzoek naar de verschillende interventievormen laat veelbelovende resultaten zien. Het onderzoek kent echter methodologische tekortkomingen en gaat onvoldoende in op de vraag welk type het beste werkt en bij wie. Meer onderzoek is daarom nodig.

## Literatuur

- Barrett, P.M. & Turner, C.M. (2004). Prevention of Childhood Anxiety and Depression. In P.M. Barrett & T.H. Ollendick. *Interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment*, pp. 429-474.
- Barrett, P., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 8, 241–260.
- Barrett, P.M., Sonderegger, R., Sonderegger, N.L. (2001). Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescents of non-English speaking background. *Behaviour Change*, 18, 78–91.
- Barrett, P.M., Moore, A.F. & Sonderegger, R. (2000). The FRIENDS program for young former-Yugoslavian refugees in Australia: A pilot study. *Behaviour Change*, 17 (3), 124-133.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Wright, E.J. & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112, 119-131.
- Berg, G. van den (maart, 2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'VRIENDEN'*. Utrecht: NIZW Jeugd. Gedownload op 12/02/2009 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)
- Bienvenu, O.J. & Ginsburg, G.S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 647-654.
- Blok, R.W.B., Prins, P.J.M., Sergeant, J.A., Ringrose, J.H. & Brinkman, A.G. (1996). Cognitive-behavioral group therapy for socially incompetent children: Short-term and maintenance effects with a clinical sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25 (2), 215-224.
- Bohlmeijer, E. & Mutsaers, K. (2007). *Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bool, M. (juni, 2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Gripopjedip online'*. Utrecht: NJi. Gedownload op 12/02/2009 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)
- Braams, T. & Talma, T. (2000). *Kinderen en jongeren met een depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Cardemil, E.V., Reivich, K.J., Seligman, M. (2002). The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention and Treatment*, 5, article 8.

Clarke, G.M., Hawkins, W., Murphy, N., Sheeber, L. (1993). School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*, 8(2), 183-204.

Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (1995) Targetted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-21.

Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in a adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58 (12), 1127-1134.

Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M. & Laurens, K.R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.

Doesum, K. van (2007). *An early preventive intervention for depressed mothers and their infants. It's efficacy and predictors of maternal sensitivity*. Nijmegen: Radboud Universiteit (Proefschrift).

Drost, L., Sytema, S., Windmeijer, P., Witterman, J. & Schippers, G. (2009). Survivalkid.nl Eerste ervaringen met internetsteun voor kopp-jongeren. *MGV*, 4, 64, 256-272.

Elling, M.W. (december 2004). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Stemmingmakerij'*. Utrecht: NIZW. Gedownload op 12/02/2009 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl).

Faber, M., Verkerk, G., van Aken, M., Lissenburg, L. & Geerlings, M. (2006). Plezier op school: sterker naar de brugklas. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, p. 32-39.

Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 405-424.

Geerlings, M., Lissenburg, A.M. (2005). *Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van de zomercursus 'Plezier op school'*. Utrecht: Universiteit Utrecht (afstudeeronderzoek).

Gerrits, R., Zanden, R. van der, Visscher, R. & Conijn, B. (2007). Mastering your mood: an online preventive intervention in groups of young people with depressive symptoms. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6 (3).

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, 203- 219.

Gillham, J.E. & Reivich, K.J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science*, 10, 461-462.

Gillham, J.E., Reivich, K.J., Jaycox, L.H. & Seligman, M. (1995). Preventing depressive symptoms in school children: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.

Ginsburg, G.S. (2004). Anxiety prevention programs for youth: practical and theoretical considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11: 430-434.

Gravesteyn, C., Diekstra, R., Wilde, E.J. de, Koren, E. (2004). Effecten van 'Levensvaardigheden'. Een vaardigheidsprogramma voor adolescenten. *Kind en Adolescent*, 25: 277-290.

Hains, A.A. (1992). Comparison of cognitive stress-reduction intervention program for adolescents. *Journal of Counselling Psychology*, 37(1), 79-84.

Holter, N. & Bruinsma, W. (2008). *Wat werkt bij het voorkomen van voortijdig schoolverlaten?* Utrecht: NJi Kenniscentrum

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(3), 401-415.

Ince, D. (april, 2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Levensvaardigheden'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 12/02/2009 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Ince, D. (1e beschrijving augustus 2005; update oktober, 2007). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Leefstijl'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 12/02/2009 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Ince, D. (augustus, 2004). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Psycho-educatieve interventie KOPP'*. Utrecht: NIZW Jeugd. Gedownload op 12/02/2009 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.

Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J., Seligman, M.E. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801-16.

Kiselica, M., Baker, S., Thomas, R., Reedy, S. (1994). Effects of stress inoculation training and anxiety, stress, and academic performance among adolescents. *Journal of Counselling Psychology*, 53(5), 603-611.

Koot, H.M., Ferdinand, R.F., Vlieger-Smid, G.A., (2002). Angststoornissen bij kinderen en jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 23(4), 214-218.

Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst. Werkgroep Kinderen en Jongeren (2004). *Preventie programma depressie en angst bij kinderen en jongeren*. Basisdocument.

Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20, 183-199.

Lowry-Webster, H., Barrett, P., Dadds, M.A. (2001). Universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18(1), 36-50.

Lowry-Webster, H.M., Barrett, P.M. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood. Results at one-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25-43.

Meijer, S.A., Smit, G., Schoemaker, C.G. & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.

Merry, S.N., Hetrick, S.E., Cox, G.R., Brudevold-Iversen, T, Bir, J.J. & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents (Review). The Cochrane Collaboration.

Merry, S.N. (2007). Prevention and early intervention for depression in young people – a practical possibility? *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 325-329.

Muris, P. & Mayer, B. (2000). Vroegtijdige behandeling van angststoornissen bij kinderen. *Gedrag en Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 28, 235-242.

Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. & Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.

Mychailyszyn, M., Brodman, D., Read, K. & Kendall, P. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: a meta-analysis of outcomes. *Clinical psychology: science and practice*, 19, 129-153.

Nikken, P. (maart 2010). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'PratenOnline'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 15/06/2010 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Panis, M. (2011). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Zippy's Vrienden'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 03/05/2011 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Pattison, C. & Lynd-Stevenson, R. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school-based program. *Behaviour Change*, 18(2), 92-102.

Pennings, T. (maart 2007). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Bang zijn voor andere kinderen'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 15/06/2010 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, 52, 947-957.

Rapee, R. M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 488–497.

Rooijen– Mutsaers, K. van (september 2009). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'De D(o)epressie cursus'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 15/06/2010 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Rooijen – Mutsaers, K. van (April 2009). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Pak aan'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 23/06/2010 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Ruiter, M. (1997). *Preventie van depressie bij jongeren, probleemanalyse, ontwikkeling en evaluatie van de cursus 'Stemmingmakerij'*. Maastricht: Unigraphic, Universiteit Maastricht.

Shochet, I.M., Dadds, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P.H. & Osgarby, S.M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303-15.

Speetjens, P. (2010). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'KopOpOuders Online'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 21/07/2010 van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3–13.

Voordouw, I., Kramer, J. & Cuijpers, P. (2002) *Grip op je dip. Zelf je somberheid overwinnen. Een handreiking voor coördinatoren en begeleiders van de cursus voor jongvolwassenen (18-25 jaar)*. Utrecht: Trimbos-instituut/ Landelijke Steunfunctie Preventie.

Woolderink, M., Smit, F., Zanden, R. van der, Beecham, J., Knapp, M., Paulus, A. & Evers, S. (2010). Design of an internet-based health economic evaluation of a preventive group-intervention for children of parents with mental illness or substance use disorders. *BMC Public Health*, 10:470doi:10.1186/1471-2458-10-470

Yu, D. L., & Seligman, M. E. P. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention & Treatment*, 5, Article 9.

Zalm-Grisnich, W.M., van der (2012). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Je bibbers de baas'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 22-5-2013 van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Zanden, A.P. van der, Conijn, B., Visscher, R., Gerrits, R. (2005). Grip op je dip on line. Een preventieve groepsinterventie voor jongeren via internet. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60(5): 515.

Zanden, A.P. van der, Linden, D. van der (2007). *Factsheet online groepscursus Kopstoring. Een groepscursus via internet voor jongeren (16-25) met ouders met psychische of verslavingsproblemen*. Utrecht: Trimbos-instituut