



Interventie

Pak Aan Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een depressie

Erkenning

Erkend door Deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 27 januari 2017.

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Caroline Braet (oktober 2015).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving "Pak aan". Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	6
1. Probleemomschrijving.....	6
2. Beschrijving interventie.....	9
3. Onderbouwing.....	14
4. Uitvoering.....	17
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	19
6. Onderzoek naar de effectiviteit	20
<i>Aangehaalde literatuur</i>	<i>23</i>

Samenvatting

Doelgroep

Pak aan is geschikt voor kinderen van 8 tot 13 jaar met stemmingsproblemen, de diagnose depressie, unipolaire depressieve stoornis of dysthymie.

Doel

Het hoofddoel van Pak aan is het verminderen van depressieve klachten. Subdoelen zijn:

1. Gevoelens herkennen, benoemen en differentiëren
 2. Oefenen met de relatie gedachten- gevoelens, gevoelens-gedachten
 3. Een relatie leren leggen tussen gevoelens en problemen
 4. Activiteiten en opkikkertjes introduceren
 5. Probleemoplossend denken
 6. Opbouwen van een positief zelfbeeld
 7. Opsporen en uitdagen van negatieve gedachten, gebruik leren maken van helpende gedachte
 8. Oefenen in anders denken: bewijzen zoeken.
-

Aanpak

Pak aan bestaat uit 16 wekelijkse sessies met het kind (+ 2 boostersessies) waarin gewerkt wordt aan 8 subdoelen. Dit gebeurt aan de hand van een werkboek met speelse opdrachten.

(1) Kinderen leren minstens 10 positieve en 10 negatieve gevoelens herkennen, benoemen en differentiëren .

(2) Kinderen kunnen aan de hand van vier stripfiguren in het boek de relatie zelf leggen tussen deze figuren hun gedachten en gevoelens, wat ze vervolgens op hun eigen gevoelens-gedachten moeten toepassen en op werkblaadjes noteren.

(3) Kinderen leren negatieve gevoelens herkennen als een signaal dat er een probleem is. dit gebeurt aan de hand van voorbeelden in het werkboek, later met eigen voorbeelden. Verder oefenen ze met wie-wat-waar-waarom vragen om het probleem helder te krijgen en brengen ze via huiswerkopdrachten voorbeelden mee.

(4) Depressieve kinderen worden aangemoedigd niet bij de pakken te blijven zitten. Dit gebeurt met een laddercontract waarop Activiteiten worden genoteerd en per week wordt het aantal uitgebreid. Ze oefenen aan de hand van werkblaadjes met het maken van Opkikkertjes die ze krachtig tegen zichzelf leren zeggen. Er wordt hierbij aandacht besteed dat kinderen handig worden in het verwoorden van grappige opkikkertjes en dat ze die ook spontaan thuis gaan toepassen. Er worden samen met het kind reminders gemaakt zodat ze er thuis aan herinnerd worden. Elke sessie wordt geëvalueerd of ze deze thuis hebben toegepast en waarom wel/niet.

(5) Een belangrijke methodiek is het vijf-stappen plan van Probleemoplossend denken die gradueel wordt geleerd en ingeoeft zodat kinderen ook na de therapie de vijf stappen vlot kunnen verwoorden en toepassen en bij een mogelijke terugval opnieuw systematisch kunnen gebruiken. Kinderen krijgen hierbij opdrachten waarbij ze ook anderen moeten interviewen om te leren hoe anderen problemen zoals verdrietig zijn, boos zijn en dergelijke oplossen. Ze kunnen deze lijst dan gebruiken voor hun eigen oefeningen.

(6) Opbouwen van een positief zelfbeeld : dit gebeurt aan de hand van zelfversterkende oefeningen en leidt tot het formuleren van realistische (sub)doelen op korte en lange termijn. De basis wordt gevormd door de 'normenlijst' waar het kind voor verschillende domeinen (fysiek, sociaal, school) verwoordt waar die nu staat, wat zijn ouders verlangen en waar hij/zij naar toe wil werken. In de follow-up sessies wordt hier telkens opnieuw op teruggekomen.

(7) De laatste stappen in het plan van aanpak omvatten het aanleren en beheersen van klassieke cognitief-gedragstherapeutische technieken aan de hand van vier stripfiguren in het boek (en later door het toepassen op zichzelf met behulp van werkblaadjes) zoals: Opsporen en uitdagen van negatieve gedachten, gebruik leren maken van helpende gedachten. Dit laatste wordt veelvuldig geoefend.

(8)De laatste stap in het plan van aanpak omvat het aanleren van een moeilijke klassieke cognitief-gedragstherapeutische techniek aan de hand van vier stripfiguren in het boek (en later door het toepassen op zichzelf met behulp van werkblaadjes): Oefenen in anders denken: bewijzen voor en tegen een negatieve gedachte kunnen vinden.

Materiaal

Braet, C. & Stark, K. (2011). Pak Aan. Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met depressie (2-delig): Therapeutenboek en Werkboek om je sombere buien te overwinnen. Amsterdam: Boom (124 blz + 24 blz.). ISBN 978-946-1050-55-7, ISBN 978-946-1050-54-0

We adviseren ook twee recente depressiehoofdstukken:

Braet, C. Wante, L. & Timbremont, B. (2014). Stemmingsproblemen en depressie. In: Prins, P., & Braet, C. (Red.). *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie, H14, Revisie*, 325-349.

Houten: Van Loghum. ISBN 978-90-313-5206-7

Braet, C., Timbremont, B., Bosmans, G., & Wante, L. (2014). Pak aan: cognitieve gedragstherapie voor kinderen met depressieve symptomen. In: C. Braet & S. Bogels (Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten I, H14, Revisie*, 349-372. Amsterdam: Boom. ISBN 978-90-89532053

Onderbouwing

Pak aan is de Nederlandse vertaling van het Amerikaanse Taking Action, ontwikkeld door Stark en Kendall (1996). Het doel van het programma is het verminderen van depressieve symptomen door middel van cognitief-gedragstherapeutische technieken. Onderzoek heeft aangetoond dat cognitieve gedragstherapeutische interventies effectief zijn bij de behandeling van depressie, zowel bij kinderen als adolescenten. Onze studie is opgenomen in grote meta-analyse van Weisz en duidt op een goede effect-size voor deze programma's voor depressieve klachten (Weisz, McCarty & Valeri, 2006).

Onderzoek

In een pilotstudie uitgevoerd in Vlaanderen werd gekeken naar de effecten van Pak aan bij kinderen met lichte tot middelmatige depressieve symptomen. Het doel van de studie was de resultaten van Stark et al (1996) te repliceren (zie: De Cuyper, Timbremont, Braet, de Backer & Wullaert ; 2004). Ook werd gekeken of het protocol toepasbaar was voor Europese kinderen. De studie laat positieve evaluaties zien, meer bepaald: het programma toonde een significante verandering in depressieve symptomen bij de behandelgroep in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep, en deze resultaten waren na 4 maanden nog steeds zichtbaar (studie 1). Daarnaast werd een tweede studie opgezet, in de vorm van een 12 maanden follow-up van alle kinderen die behandeld waren. Alle kinderen doen het een jaar na de behandeling nog steeds goed. De depressiescores waren verwaarloosbaar klein geworden, hun zelfbeeldscores gestegen. In beide studies werd gekeken of het programma effect had op comorbide angstsymptomen. De resultaten voor angstklachten waren ongewijzigd. Het Pak aan programma is dus depressiespecifiek.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Referenties bij dit stuk: zie Caroline Braet, Laura Wante en Benedikte Timbremont (2014)

Een depressieve stemming omvat het onvermogen om plezier te hebben en gaat gepaard met een vermindering van interesse en motivatie (APA, 2013). Er bestaan diverse varianten van negatieve gevoelens, waaronder neerslachtigheid, lusteloosheid, gevoelens van waardeloosheid, prikkelbaarheid. Alle vallen onder de noemer 'depressieve symptomen'. Deze kunnen zich bundelen tot een duidelijk syndroom. Er is sprake van een depressieve stoornis (kortweg depressie) wanneer het depressief syndroom een langere periode aanwezig is en als de persoon daardoor in zijn functioneren ernstig aangetast is.

Een depressie diagnosticeren doet men best aan de hand van een klinisch interview. De meeste interviews zijn gebaseerd op de DSM. In de DSM wordt reeds vanaf de derde versie het standpunt ingenomen dat een aanhoudende depressieve stemming ook bij kinderen als psychiatrische stoornis wordt gezien. Vanuit deze invalshoek gaat men er van uit dat depressie zich op alle leeftijden ongeveer gelijk manifesteert. Hoewel er in de DSM 5 (APA, 2013) specificaties naar leeftijd zijn (bijv. het eerste item 'depressieve stemming' mag bij kinderen ook zijn 'prikkelbare stemming' en het item 'gewichtsverlies' wordt bij kinderen 'verwachte gewichtstoename blijft uit'), blijft men in de APA nog steeds bij 'universele' depressiesymptomen voor alle leeftijden. In dit opzicht is de DSM 5 weinig verschillend van de eerdere versies.

In de DSM-5 (APA, 2013) worden depressies beschreven onder de rubriek 'depressieve stoornissen'. Deze hoofdcategorie omvat verschillende subgroepen waarvan we er hier twee nader bespreken: de majeure depressieve stoornis en de persisterende depressieve stoornis. Er is sprake van een *majeure depressieve stoornis* ('major depressive disorder'; kortweg: een depressie) wanneer een kind ten minste gedurende twee weken een pervasieve verandering in de stemming vertoont, zich uitend in ofwel depressieve gevoelens ofwel een geïrriteerde stemming en/of verlies van interesse en plezier. Aanvullend moet het kind ook minstens vier andere klinische kenmerken hebben uit de volgende reeks: significante veranderingen in het eetpatroon, gewichtsverlies of gewichtstoename, slapeloosheid of hypersomnia, een nagenoeg dagelijks optredende psychomotorische agitatie of remming, klachten over moeheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of excessieve, irreële schuldgevoelens, een verminderd denk- of concentratievermogen of besluiteloosheid en steeds terugkerende suïcidedachten en/of suïcidepoging. De bovenstaande karakteristieken moeten tevens van dien aard zijn dat ze een significant lijden veroorzaken of een belemmering vormen in het functioneren op sociaal gebied, bij dagelijkse bezigheden (school, werk) of op andere belangrijke levensterreinen.

De bovenstaande symptomen mogen niet te wijten zijn aan fysiologische effecten na middelenmisbruik (aparte derde groep), of aan een somatische aandoening (aparte vierde groep) of gezien worden als een premenstrueel syndroom (aparte vijfde groep).

Er is veel kritiek op deze DSM-omschrijvingen. Een probleem dat zich voordoet is dat depressiekenmerken vaak niet door anderen worden opgemerkt waardoor er ondergediagnosticeerd zou worden. Belangrijk is dat wanneer een kind slechts voldoet aan enkele van de hierboven beschreven symptomen, dan kan het beeld volgens de DSM ondergebracht worden bij de '*depressieve stoornis – niet anderszins omschreven*' (aparte zesde groep). Ook de kinderen met deze symptomen komen voor een depressiebehandeling in aanmerking.

Wanneer de bovenstaande symptomen twee tot drie keer per week met verbale of fysieke uitbarstingen gepaard gaan moet men eerder denken aan een verstoorde stemmingsdysregulatie stoornis, wat eveneens een aparte groep vormt. De DSM-5 vermeldt bovendien dat differentiaaldiagnose met rouw zeker nodig is maar dat een depressie zich ook kan ontwikkelen binnen een rouwproces. Er staan richtlijnen beschreven om dit nader uit te zoeken (zie APA, 2013, pag. 161). Tenslotte mogen er geen manische of psychotische episodes waarneembaar zijn, hiervoor verwijst de DSM-5 naar andere stoornissen.

Een kind kan ook een *persisterende depressieve stoornis* ('persistent depressive disorder'; kortweg: een *dysthyme stoornis* ontwikkelen. Typerend hier is dat het kind een depressieve of geïrriteerde stemming heeft op de meeste dagen gedurende het grootste deel van de dag, minstens gedurende een periode van een jaar. Het moet ook minstens twee andere uit de hierboven beschreven symptomen vertonen (bijv. slechte eetlust en concentratieproblemen). Tijdens de periode van een jaar mogen er evenwel nooit meer dan twee maanden achter elkaar zijn geweest waarin de genoemde symptomen ontbraken. Verder is er in de DSM-5 een aantal criteria beschreven die een dysthyme stoornis uitsluiten. Zo kan er geen sprake zijn van een depressieve episode gedurende het eerste jaar van de stoornis. Ook mogen er geen manische episodes geobserveerd worden. Verder mag dysthymie niet optreden tijdens het beloop van een chronische psychotische stoornis en niet te wijten zijn aan de directe gevolgen van de inname van bepaalde stoffen of van de algemene medische conditie van de betrokkene. Net zoals bij een depressie veroorzaakt dysthymie een duidelijk lijden of een duidelijke belemmering in het sociaal functioneren, bij dagelijkse bezigheden (school, werk) of op andere belangrijke levensterreinen (APA, 2013).

Spreiding

Referenties uit dit stuk: zie: Caroline Braet, Laura Wante en Benedikte Timbremont (2014)

De ontwikkeling van een depressie kan zich reeds vanaf zeer jonge leeftijd manifesteren. Poznanski en Mokros (1994) meldden in een unieke studie een prevalentie van 0,9 procent bij kinderen in de leeftijd onder de vijf jaar. Prevalentiecijfers van depressies bij kinderen en adolescenten nemen toe met de leeftijd. Momenteel wordt de prevalentie geschat op 2-5% in de kindertijd, maar vanaf de adolescentie neemt dit percentage toe. Indrukwekkend zijn in dit verband de cijfers van de groep van Jane Costello waaruit blijkt dat op de leeftijd van 21 jaar ongeveer 12-15% van de jongeren ooit een depressieve stoornis doormaakte (life time prevalentie) (Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2011). In deze grote studie bleek verder dat 59% van de meisjes en 72% van de jongens met een depressie comorbide diagnoses hadden. In Nederland wijst onderzoek uit dat een comorbide stoornis angst (25%), kan zijn, OCD (15%), of ADHD of gedragsstoornissen (25-40%) (Depressie richtlijn, 2009). Hoewel de verhouding tussen jongens en meisjes ongeveer gelijk is vóór de

adolescentie (1:1), ontstaat er een toenemend verschil tussen beide in de adolescentie (1:2), met dubbel zo hoge cijfers voor meisjes (Birmaher, e.a., 2007)

Gevolgen

Referenties uit dit stuk: zie: Caroline Braet, Laura Wante en Benedikte Timbremont (2014)

Longitudinale studies betreffende het verloop van een depressieve stoornis leveren geen gunstig beeld op. Zo werd aangetoond dat een depressieve stoornis ongeveer acht maanden duurt in een klinische steekproef en één tot twee maanden in een ‘community’ steekproef. De gemiddelde duur van een dysthyme stoornis kan oplopen tot 3 à 4 jaar in zowel klinische als doorsnee steekproeven (Birmaher, ea. 2007). Alhoewel men enerzijds kan stellen dat na een depressieve episode nagenoeg iedereen herstelt, blijkt dat depressieve jongeren een grote kans vertonen om steeds opnieuw in nieuwe depressieve periodes te vervallen. Dit pleit voor het voorkomen van een eerste depressie. Resultaten bevestigen dat twintig tot zestig procent van de jongeren hervalt binnen één of twee jaar na herstel (Birmaher, ea., 2007). Dit cijfer stijgt tot zeventig procent na vijf jaar (Birmaher, Arbelaez, & Brent, 2002). Bovendien neemt de kans op terugval verder toe bij een toenemende ernst van de depressieve episode, de aanwezigheid van subklinische symptomen na herstel, comorbide problemen, recente stresserende gebeurtenissen, een voorgeschiedenis van terugval, een aversieve familieomgeving, of een familiale voorgeschiedenis van depressie (Birmaher, ea., 2002). Onderzoek naar de kosten van deze depressieproblemen zal naar alle waarschijnlijkheid een hoge vlucht gaan nemen en beleidsbeslissingen in de jeugdzorg mee gaan bepalen. Zo zou men kunnen onderzoeken of preventie programma’s gericht op hoog risicojongeren ter voorkoming van een eerste depressie effectief zijn.

Nog steeds wordt onderzoek gestimuleerd naar de mogelijke ontwikkeling van depressie naar een gedragsstoornis en andersom. Wolff en Ollendick (2006) besloten dat er evidentie is voor beide ontwikkelingen. Dit komt enerzijds omdat er bij jongeren met depressie en gedragsstoornissen gemeenschappelijke onderliggende factoren ontdekt worden (bijv. affectregulatieproblemen, depressie bij moeder). Daarnaast zijn er ook argumenten dat een gedragsstoornis kan leiden tot een depressie (bijv. door opeenvolgende faalervaringen) en dat omgekeerde ontwikkeling, onder bepaalde condities, ook mogelijk is (bijv. bij depressie zijn er aanhoudende problemen om de prikkelbaarheid te reguleren, dit kan leiden tot woede-uitbarstingen en nors gedrag, of tot sloomheid en spijbelen wat anderen als een gedragsprobleem kunnen zien). Onderzoek van gemeenschappelijke en unieke risicofactoren binnen een prospectief design zal hierover meer uitsluitsel geven. Dit geldt ook voor de observatie dat angst en depressie vaak samen voorkomen (Zavos, Rijdsdijk, Eley, 2012). [Klik hier als u tekst wilt invoeren.](#)

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Pak aan is geschikt voor kinderen van 8 tot 13 jaar met de diagnose unipolaire depressieve stoornis of dysthymie ofwel zijn er ernstige stemmingsproblemen bij een subklinische diagnose. De diagnose kan gesteld worden door een psychiater of een psycholoog die zich baseert op de DSM. Subklinisch betekent dat het kind net niet aan alle DSM-criteria voldoet maar wel stemmingsproblemen rapporteert. Dit kan gebaseerd zijn op een genormeerde screeningslijst zoals de CDI of de CBCL.

Selectie van doelgroepen

Criterium voor indicatie: het kind heeft een unipolaire depressieve stoornis, dysthymie of een depressieve stemming. Indien de stemmingsproblemen worden vastgesteld op grond van screening met vragenlijsten zijn volgende scores indicatief: heeft het kind een T-score op de CBCL gelijk aan of hoger dan 63 op de Internaliserende subschaal of een CDI-score > 13, dan kan men via een klinisch interview nagaan of de DSM diagnose volledig of subklinisch aanwezig is. Daarnaast is een voorwaarde dat het kind de Nederlandse taal beheerst en een mentale leeftijd van >7 jaar heeft zodat deze in het werkboek kan schrijven.

Criterium voor contra-indicatie: Het protocol is in de huidige vorm niet geschikt voor kinderen onder de 8 jaar. Verder gelden de volgende exclusiecriteria: kinderen die mentaal niet het cognitief niveau van een 8-jarige hebben, kinderen met een autismespectrumstoornis die van dien aard is dat ze de (gevoels)opdrachten uit het werkboek niet begrijpen, en kinderen die momenteel in een traumatische situatie leven of deze pas hebben meegemaakt en voor wie geldt dat de behandeling van dat trauma voorrang moet krijgen boven behandeling van de depressie. Verder is het van belang bij ernstige indicatie van suicidale gedachten de door de Nederlandse commissie uitgestippelde richtlijnen te volgen.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Pak aan is het verminderen van depressieve klachten.

Subdoelen

1. Kinderen leren minstens 10 positieve en 10 negatieve gevoelens herkennen, benoemen en differentiëren .
2. Kinderen leggen aan de hand van vier stripfiguren in het boek de relatie tussen deze figuren hun gedachten en gevoelens. Kinderen passen deze kennis toe op hun eigen gevoelens en gedachten
3. Kinderen herkennen negatieve gevoelens als een signaal dat er een probleem is.
4. Depressieve kinderen gebruiken het laddercontract en de opkikkertjes binnen en buiten de therapie.
5. De kinderen verwoorden de vijf stappen van Probleemoplossend denken kunnen deze na de therapie toepassen.
6. De kinderen realiseren hun eigen actiepunten/subdoelen op voor hen belangrijke domeinen van hun leven en kunnen zo een positiever zelfbeeld opbouwen.
7. De kinderen sporen negatieve gedachten op en stellen er een helpende gedachte tegenover.

8. Kinderen worden behendiger in anders denken: Ze kunnen bewijzen voor en tegen een negatieve gedachte van zichzelf vinden.

Na elke sessie zijn er huiswerkopdrachten waar de kinderen de bovenstaande vaardigheden thuis moeten toepassen. De therapeut volgt dan wekelijks op of de huiswerkopdrachten goed zijn vervuld, met andere woorden of het subdoel al voldoende bereikt is.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Tabel 1: Opzet van de interventie.

Subdoelen	Programmaonderdelen	Sessies
FASE 1		
1. gevoelens herkennen, benoemen en differentiëren	- gedifferentieerd invullen van een gevoelensdagboek - emotiewoordschat uitbreiden - gezichtsuitdrukkingen herkennen en er gevoelens aan koppelen	1-5 1-5 2
2. relaties kunnen leggen tussen: gedachten-gevoelens	- gedachten-gevoelens aan elkaar kunnen koppelen in spel - tekstballonnetjes invullen verbonden aan bepaalde prenten waarbij een ambigue situatie uitgebeeld staat	1-5 5, 6
3. een relatie leren leggen tussen gevoelens en problemen	- prenten analyseren en opdrachten uitvoeren met betrekking tot gevoelens, gedachten en problemen - het acroniem PAK AAN - problemendagboek	1-5 1-5 6
4. actiever worden en gebruik leren maken van opkikkertjes	- liedje leren, tekening maken, actief worden - activiteitendagboek - bedenken van leuke activiteiten - opkikkertjes leren maken - knutselen van een talisman die het kind eraan herinnert de opdracht uit te voeren - laddercontract: uitbreiden van activiteiten	1-5 3-8 3-8 6, 7 6
FASE 2		
5. probleemoplossend denken	- gebeurtenissen analyseren - stappenplan oefenen, leren actief problemen aan te pakken - actieve houding bij eigen problemen, anderen interviewen - doelen en subdoelen verwoorden	5 5-10 8, 14 14-18
6. opbouwen van een positief zelfbeeld	- ken je kwaliteiten - leren jezelf (positief) te beschrijven - leren jezelf positief te evalueren - vergelijken van normen en zelfevaluaties -doelen opsplitsen in subdoelen	7 8 8-12 13, 14 16-18
FASE 3		
7. leren opsporen en uitdagen van negatieve gedachten; en gebruik leren maken van helpende gedachten	- oplossen van een moeilijke puzzel: oefenen in hardop denken - tekstballonnetjes invullen - favoriete hulpzinnnetjes bedenken - prenten analyseren, sombere gedachten vangen en vervangen - rationale voor cognitieve herstructurering	5 5-8 5-10 5-13 10-18
8. anders kunnen denken: bewijzen kunnen zoeken, gedachten uitdagen	- het detectivespel: getuigen zoeken - zoeken naar bewijzen - wat zou er gebeuren als...? (gevolgen inschatten en relativeren) - normen vergelijken met de realiteit en wensen aan de hand van invullijst	11-13 11-15 15-18 13

Pak aan is opgezet als een groepsprogramma – hoewel het ook als individueel programma gebruikt kan worden - voor kinderen. Het programma kan aangevuld worden met schoolcontacten, oudertraining of een andere vorm van gezinsinterventie. De groepsgrootte mag variëren tussen de vier tot acht kinderen, maar bestaat idealiter uit vijf tot zes kinderen.

Het programma bestaat uit 16 wekelijkse sessies en twee boostersessies (=18 sessies) van ongeveer 60-90 minuten. Er zijn drie fasen die moeten gevolgd worden. Elke bijeenkomst heeft eenzelfde structuur. De bijeenkomst start met het bespreken van het huiswerk en het geven van positieve feedback. Daarna volgt een inleiding over het onderwerp van de sessie. Onderwerpen die aan bod komen zijn: 'sombere gedachten vangen,' 'positieve gevoelens herkennen,' 'probleemoplossend denken,' 'doelen bepalen,' 'bouwen aan een positief zelfbeeld' en 'wees een detective en zoek bewijzen of de gedachte die je hebt wel waar is.' Het centrale onderwerp wordt vervolgens uitgediept in spelvorm. Aan het einde van de bijeenkomsten krijgen de kinderen een huiswerkopdracht mee. Dit kan zijn het bijhouden van een gevoelensdagboek, leuke activiteiten doen, opkikkertjes verzinnen en opschrijven, een zelfevaluatieschaal invullen, argumenten voor en tegen een gedachte verzinnen en het werkboek invullen. Alle kinderen hebben een eigen werkboek, dat elke week wordt aangevuld.

Locatie en uitvoerders

Dit kan in een ambulante setting, in een kliniek of op een school, in een rustige zaal. De groep wordt begeleid door twee therapeuten. Zij zijn lesgever, maar ook begeleider van het groepsproces. Therapeuten hebben een modelfunctie: zij reiken vaak als eerste de helpende gedachten aan of sommen verschillende interpretaties van een situatie op. Het is belangrijk dat therapeuten de behandeling 'echt' maken door dagelijkse problemen en zorgen van de kinderen in het programma te verwerken.

Inhoud van de interventie

Fase 1 (zie ook Tabel 1 voor de te bereiken subdoelen in deze fase)

In de eerste fase van het programma leren kinderen inzicht te krijgen in hun gevoelswereld en de relatie denken-voelen en gevoelens-problemen. Om dit proces te ondersteunen wordt ondermeer gebruik gemaakt van een gevoelensdagboek, spelletjes, invulopdrachten en gevoelenskaarten. Kinderen leren om een sombere bui te zien als signaal van een probleem. Ook leren zij om zichzelf op te krikken wanneer zij een sombere bui hebben, door op krachtige wijze iets positiefs tegen zichzelf te zeggen (een 'opkikkertje'). Om actiever met de sombere bui om te leren gaan kunnen kinderen kiezen uit een 'activiteitenlijst' met leuke, maar ook realistische activiteiten met een reële kans op het ervaren van succes. Kinderen stellen een laddercontract op waarbij zij langzaam maar zeker steeds meer kleine, leuke activiteiten in hun dagschema gaan plannen. Ook worden zij aangemoedigd dagelijks te oefenen met zogenaamde 'helpende gedachten.'

Fase 2 (zie ook Tabel 1 voor de te bereiken subdoelen in deze fase)

Vanaf sessie 5 wordt aandacht besteed aan het aanleren van copingvaardigheden. Via een probleemoplossingsstrategie (PS) leren kinderen probleemoplossend denken. Zij leren om problemen als normaal (horend bij het leven) te zien, problemen te analyseren en actief naar oplossingen te zoeken. Ook worden zij aangemoedigd te achterhalen hoe andere mensen problemen oplossen. Concreet bestaat de probleemoplossingsstrategie uit 6 stappen:

1. Het identificeren van het probleem
2. Jezelf opkikkeren (het ombuigen van negatieve en pessimistische gedachten en ze vervangen door een positieve 'statement'). Kinderen krijgen daarbij een kikker-talisman, een visueel geheugensteuntje om eraan te denken dat ze zichzelf moeten opkikkeren.
3. Het zoeken naar oplossingen
4. Het bekijken van de gevolgen van elke oplossing

5. Het kiezen van een oplossing en het uitvoeren van de oplossing
6. Het evalueren van de oplossing

Deze probleemoplossingsstappen kunnen uitgelegd en geoefend worden met behulp van een gezelschapsspel, zoals de Toren van Pisa. De therapeut heeft hierbij een modelfunctie, omdat deze aan de kinderen voordoet hoe zij de stappen toe kunnen passen, eerst via eenvoudige spelletjes, later met betrekking tot persoonlijke en interpersoonlijke conflicten. De probleemoplossingsstappen zien er dan ongeveer als volgt uit:

1. Het identificeren van het probleem: Het pionnetje moet op de toren geplaatst worden zonder dat de toren omvalt.
2. Jezelf opkikkeren: Ik ga ervoor!
3. Het zoeken naar oplossingen: Ik kan de pion aan jouw kant of aan mijn kant van de toren zetten.
4. Het bekijken van de gevolgen van elke oplossing: Aan jouw kant staat al een pion, dus ik kan hem beter aan mijn kant zetten.
5. Het kiezen en uitvoeren van de oplossing: Ik zet het pionnetje aan mijn kant.
6. Het evalueren van de oplossing: Het is gelukt, de toren staat nog overeind!

De laatste stap staat in functie van de opbouw van een positief zelfbeeld en wordt in fase 3 verder aangepakt.

Fase 3 (zie ook Tabel 1 voor de te bereiken subdoelen in deze fase)

In de laatste fase staan cognitieve uitdaagtechnieken centraal. Kinderen leren om zelfstandig negatieve gedachten op te sporen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bewustmakingsspelletjes en observatieopdrachten. Kinderen krijgen bijvoorbeeld de opdracht een puzzel te maken en worden daarbij aangemoedigd hardop te denken en negatieve gedachten meteen op te schrijven. Daarna wordt geoefend met het opsporen en bijsturen van fouten in het informatieverwerkingsproces. In een detectivespel gaan kinderen bijvoorbeeld op zoek naar bewijzen die bepaalde gedachten al of niet ondersteunen. Zo leren zij om niet alle aandacht op zichzelf te richten en situaties intern te attribueren. De cognitieve uitdaagtechnieken hebben vooral als doel om negatieve zelfevaluaties, gevoelens van hopeloosheid en andere wijzen van zwartkijken kritisch te onderzoeken en alternatieve interpretaties te overwegen.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Een belangrijk doel van het Gentse onderzoek (zie: De Cuyper, Timbremont, Braet, de Backer & Wullaert, 2004) was te bepalen of het Amerikaanse programma toepasbaar was binnen een Europese steekproef. In een pilotstudie werd dit programma daarom geëvalueerd samen met de kinderen en hun ouders. Zo werden de bijeenkomsten 'actiever' gemaakt. Naast 'praten' kregen de kinderen elke week doe-opdrachten en meer geheugensteuntjes (bijvoorbeeld in de vorm van een amulet), werden er rollenspellen ingezet en werden sessies 17 en 18 getransformeerd tot twee 'booster' sessies. Verder zijn geen aanpassingen doorgevoerd. Kinderen, ouders en therapeuten waren erg positief over het programma, het voldeed aan hun verwachtingen, het werkboek werd als kindvriendelijk beschouwd en bij de follow-up wisten de kinderen nog wat de kerncomponenten van het programma waren.

Buitenlandse interventie

Pak aan is de Nederlandse vertaling van het Amerikaanse Taking Action, ontwikkeld door Stark en Kendall (1996). In Gent heeft UGent geëvalueerd of het programma aansloeg bij Europese kinderen en dat lukte in België. Wel werden de bijeenkomsten 'actiever' gemaakt (zie hierboven). Momenteel zijn zowel in Nederland als in Vlaanderen zo'n 400 therapeuten vertrouwd met het programma.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Er zijn geen vergelijkbare onderzochte interventies.

Er zijn goede contacten met de Utrechtse groep die DOEDEPRESSIE evalueert bij adolescenten en dezelfde inhoud en doelstelling heeft als Pak aan. Er zijn ook overeenkomsten tussen Pak aan en enkele andere interventies die in de databank zijn opgenomen. Dit geldt vooral voor de cursussen Gripopjedip online (16-25 jaar) en Stemmingmakerij (15-19 jaar).

Al deze cursussen zijn gericht op het verminderen van depressieve klachten. Daarbij wordt, net als in Pak aan, ondermeer gebruik gemaakt van cognitieve herstructurering, het plannen van plezierige activiteiten en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden. Een belangrijk verschil is dat deze cursussen zich op een oudere doelgroep richten.

Overeenkomsten en verschillen

Zie hierboven.

Toegevoegde waarde

Dit programma is één van de weinigen dat gericht is op kinderen (<12 jaar) met depressieve klachten.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Er zijn verschillende factoren die het risico op een depressie kunnen verhogen. In de documentatie van Pak aan (zie *Therapeutenboek; Braet & Stark, 2011*) en in een recent depressiehoofdstuk (Braet, Wante & Timbremont, 2014) wordt een onderscheid gemaakt in kindfactoren, omgevingsfactoren en factoren in de levensloop. Deze worden samengebracht in een model.

Kindfactoren: Genetische dispositie is een voorbeeld van een risicofactor in het kind die een rol kan spelen in het ontstaan van een depressie. Andere kindfactoren zijn temperamentfactoren (vooral dan affectdifferentiatie) en op biologisch niveau: biochemische deficiënties, stoornissen in het vermogen tot fysiologische regulatie. Verder wordt hier ook onder gebracht: aangeboren lichamelijke gebreken, een tekort aan sociale vaardigheden, emotieregulatievaardigheden lichamelijke ziekten en eerdere episodes van depressie. Of deze factoren aangeboren dan wel verworven zijn is moeilijk te zeggen.

Omgevingsfactoren zijn vooral vroege ouder-kind-relatiepatronen en opvoedingspatronen. Specifieke risicofactoren in de omgeving zijn: een ernstig drankprobleem of een ander ernstig probleem in de geestelijke gezondheid van de ouder, ernstige huwelijksproblemen bij de ouders of chronische vormen van kindstress zoals gepest worden of prestatiedruk. Het zijn vaak langdurige chronisch stresserende ervaringen. Risicofactoren in de levensloop worden vaak omschreven als onverwachte factoren, die niet vaak in een gewone levensloop voorkomen zoals een verhuizing of een ernstig verlies, trauma en/of een mishandeling meemaken.

Er zijn verschillende theoretische modellen waarin wordt nagegaan hoe de bovengenoemde risicofactoren tot een depressie kunnen leiden (Braet, Wante en Timbremont, 2014). De meest onderzochte theoretische verklaringsmodellen tonen aan dat depressie het resultaat is van een interactie tussen ervaren stressfactoren en kindfactoren die zich vertaalt in een cognitieve kwetsbaarheid (diathese): het diathesis-stressmodel (Beck, 1967; Hankin, & Abela, 2005). Dit model stelt het volgende: een kind met een kwetsbaarheid interpreteert nieuwe ervaringen als 'falen' en voelt zich niet aanvaard, niet geliefd, uitgesloten en denkt dat de toekomst hopeloos is. Het vormt maladaptieve cognitieve schema's. Deze schema's zullen de manier waarop kinderen naar de werkelijkheid kijken steeds meer gaan bepalen en bepalen hoe ze dan omgaan met de problemen waarmee ze te maken krijgen. Dit leidt tot een negatieve zinggevingstijl en aanhoudende negatieve stemming.

Aan te pakken factoren

De cognitieve kwetsbaarheid wordt 'aangepakt'. Dit gebeurt door het vergroten van het inzicht in de klachten en het aanleren van vaardigheden om er beter mee om te gaan. Binnen verschillende depressie theorieën verschilt de aard van de diathese. In het model van Lewinsohn (1974) bestaat de diathese uit een tekort aan sociale vaardigheden. In het model van Abramson, Seligman en Teasdale (1978) bestaat deze uit een depressogene zinggevingstijl en in het model van Beck (1967) uit depressogene schema's (zie voor kinderen: Hankin, & Abela, 2005).

Vooraf aan dit laatste model wordt in dit programma aandacht besteed (Beck, 1967). Schema's zijn stabiele structuren die de informatieverwerking van een persoon filteren en daarmee ook het gedrag sturen. Bij depressie is het cognitieve schema gecentreerd rond de eigen waardeloosheid en schuld, de onrechtvaardigheden en liefdeloosheid van de wereld en hopeloosheid over de toekomst (cognitieve triade). Deze cognitieve triade wordt ook al bij kinderen gevonden. Wanneer een depressief kind andere kinderen hoort lachen, zal dit kind sneller dan een niet-depressief kind denken dat er om hem/haar gelachen wordt. Informatie die niet congruent is met dit depressogene

schema (zoals ik ben de moeite waard), wordt veel minder snel toegelaten dan informatie die wel congruent is met het schema (zoals ik kan toch niets).

Dit depressieprogramma bestaat daarom uit cognitieve technieken die de denkfouten aanpakken (zie vooral fase 3 van het programma). Maar, eigen aan alle depressieprogramma's (zie Braet, Wante, & Timbremont, 2014) is dat dit niet kan vooraleer eerst en vooral de aanhoudende depressieve stemming zelf aangepakt wordt (zie fase 1) en moet het kind ook leren anders met zijn problemen om te gaan om zo een beter zelfbeeld op te bouwen (fase 2).

Verantwoording

Het aanpakken van de depressieve klachten gebeurt in drie fasen.

In de eerste fase richt Pak aan zich op het versterken van positieve gevoelens en het verhogen van het aantal leuke activiteiten. Dit is belangrijk bij elke depressiebehandeling (zie Braet, Wante, & Timbremont, 2014; Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). Zo leert men ook dat er naast de depressieve stemming ook andere gevoelens kunnen zijn. Dit start met het gedifferentieerd invullen van een gevoelensdagboek, de emotiewoordschat uitbreiden en gezichtsuitdrukkingen herkennen en er gevoelens aan koppelen (zie Tabel 1). Wanneer de doelen behorende bij deze fase zijn verwezenlijkt heeft het kind geleerd relaties te leggen tussen zijn gedachten en gevoelens en legt het een relatie tussen gevoelens en problemen.

Kinderen moeten in deze fase vooral in actie komen om zo terugtrekking en passiviteit tegen te gaan. De activiteitenplanning leert kinderen om opnieuw iets te presteren en positieve bekrachtiging te krijgen. Daarnaast zorgen de activiteiten voor afleiding. De sessies 1-5 (behorend tot fase 1) kan men ook zien als de voorbereidende sessies voor de fasen 2 en 3. Men moet dus steeds starten met fase 1.

In de tweede fase leren kinderen om te gaan met alledaagse problemen. Ook dit is belangrijk bij elke depressiebehandeling (zie Braet, Wante & Timbremont, 2014) en bij elke cognitief-gedragstherapeutische behandeling van kinderen (Weisz et al., 2006). Probleemoplossend denken zou bij moeten dragen aan het doorbreken van de rigiditeit in denkstijl. Dit wordt veelvuldig geoefend. Het kind ervaart dat er meer mogelijkheden zijn en dit helpt om gevoelens van hopeloosheid te bestrijden. Als een probleem eenmaal succesvol is aangepakt, wint het kind aan zelfvertrouwen en kunnen de corrigerende ervaringen opgeslagen worden in aangepaste schema's. Daarom wordt in deze fase ook gewerkt aan het opbouwen van een positief zelfbeeld. Na deze fase kunnen de kinderen de vijf stappen van Probleemoplossend denken verwoorden en kunnen ze deze ook buiten de therapie toepassen. De kinderen formuleren op het einde van deze fase ook hun eigen actiepunten/subdoelen op voor hen belangrijke domeinen van hun leven.

In de laatste fase leren kinderen het verband te leggen tussen hun gedachten, gevoelens en gedrag. Zo leren zij genuanceerder denken over zichzelf, de wereld en over anderen. Dit is een cruciaal doel. Zo leren zij bijvoorbeeld oog te hebben voor positieve gebeurtenissen in het leven of voor positieve gevoelens. Bij het veranderen van de depressogene schema's maakt het programma gebruik van een aantal cognitieve herstructureringsprocedures van Beck et al. (1979). Zo wordt er gebruik gemaakt van vraagtechnieken (wat is het bewijs? wat zijn andere manieren om iets te bekijken? wat als?). Ook bij het veranderen van negatieve zelfevaluaties wordt cognitieve herstructurering gebruikt om het kind te helpen meer realistische normen vast te stellen. Deze cognitieve uitdaagtechnieken worden om verschillende redenen pas aan het einde van de behandeling geïntroduceerd. Op het einde van deze fase kunnen de kinderen hun eigen negatieve gedachten opsporen en stellen ze er een helpende gedachte tegenover, ook buiten de therapie en, ze kunnen bewijzen voor en tegen een negatieve gedachte van zichzelf vinden.

Werkzame elementen

De rol van de therapeutische relatie is algemeen bekend, voor elke behandeling. Er is evenwel nog geen specifiek onderzoek bekend. Algemeen wordt aangenomen dat er in een depressiebehandeling drie centraal werkzame strategieën zijn: de cognitieve herstructurering, het probleemoplossend denken en het 'aanvaarden'.

Momenteel doet UGent onderzoek naar de rol van deze strategieën (Braet, manuscript in voorbereiding).

Er is ook interessant onderzoek van J. Weisz die in zijn MATCH protocol 33 technieken opneemt die vaak gebruikt worden in cognitieve gedragstherapie voor depressie bij jongeren. Naast psycho-educatie is volgens hem ook ondersteuning van ouders en kind in de vorm van actief luisteren, hulp bieden bij het oplossen van problemen en een positief uitzicht op de toekomst geven belangrijk (Weisz et al., 2006).

4. Uitvoering

Materialen

Braet, C. & Stark, K. (2011). Pak Aan. Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met depressie (2-delig): Therapeutenboek en Werkboek om je sombere buien te overwinnen. Amsterdam: Boom (124 blz. + 24 blz.). ISBN 978-946-1050-55-7, ISBN 978-946-1050-54-0

Er is een Nederlandse handleiding met een beschrijving van te plegen handelingen en/of procedures. De therapeutenhandleiding bevat een gestructureerde beschrijving van de sessies. Per sessie wordt aangegeven wat de doelstelling is. De handleiding dient als leidraad, maar aanbevolen wordt om er flexibel mee om te gaan en in te spelen op de dagelijkse problemen en zorgen van de kinderen.

We adviseren ook twee recente depressiehoofdstukken:

1. Braet, C. Wante, L. & Timbremont, B. (2014). Stemningsproblemen en depressie. In: Prins, P., & Braet, C. (Red.). *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie, H14, Revisie*, 325-349. Houten: Van Loghum. ISBN 978-90-313-5206-7
2. Braet, C., Timbremont, B., Bosmans, G., & Wante, L. (2014). Pak aan: cognitieve gedragstherapie voor kinderen met depressieve symptomen. In: C. Braet & S. Bogels (Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten I, H14, Revisie*, 349-372. Amsterdam: Boom. ISBN 978-90-89532053

Type organisatie

Dit is heel divers. We merken vooral het gebruik ervan in kinderpsychiatrie en ambulante tweede lijnszorg.

Opleiding en competenties

Welke opleiding /training en specifieke competenties van de uitvoerders zijn vereist?

Pak aan moet uitgevoerd worden door kinder- en jeugdpsychologen, psychotherapeuten, psychiaters, kinderartsen of (ortho-)pedagogen. Zij moeten de ééndaagse workshop Pak aan gevolgd hebben. Deze workshop is een intensieve dagtraining waarin de programmacomponenten en de noodzakelijke vaardigheden worden aangereikt aan de hand van demonstraties, modeling, invulopdrachten, spelletjes, tips et cetera. Deelnemers lezen op voorhand de achtergrondteksten en krijgen het werkboek voor kinderen en de therapeutenhandleiding

(Organisatie workshops: Cure & Care Development, www.curecare.nl).

Eisen ten aanzien van implementatie

Er is geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie.

Overige eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt (verder) bepaald door de uitvoerder. Gezien per sessie de doelen vastliggen bestaat een eenvoudige treatment integrity check erin dat de uitvoerder na elke sessie nagaat of de doelen bereikt zijn.

Eerdere ervaringen ten aanzien van de overdraagbaarheid

Er zijn geen eerdere ervaringen t.a.v. de overdraagbaarheid beschreven.

Kwaliteitsbewaking

vastleggen bestaat een eenvoudige treatment integrity check erin dat de uitvoerder na elke sessie nagaat of de doelen bereikt zijn. De uitvoerder wordt ook aangeraden (in de handleiding) om elke behandeling te evalueren (met een RCI-index). De workshop is enkel toegankelijk voor professionals wat reeds voldoende kwaliteitsgaranties inhoudt. De deelnemers van de workshop krijgen een certificaat of bewijs van deelname.

Randvoorwaarden

Een gedragstherapeut moet de training superviseren.

Implementatie

Cure & Care Development (www.curecare.nl) biedt –indien nodig- inservice training aan om de implementatie samen met UGENT op de rails te zetten. Momenteel heeft slechts één centrum (Roermond) van deze service gebruik gemaakt. We gaan ervan uit dat het weinig problemen oplevert om op grond van eerdere ervaringen met toepassing van anderen protocollen ook dit protocol te implementeren.

Pak aan moet uitgevoerd worden door kinder- en jeugdpsychologen, psychotherapeuten, psychiaters, kinderartsen of (ortho-)pedagogen. Zij moeten de workshop Pak aan gevolgd hebben. Deze workshop is een intensieve dagtraining waarin de programmacomponenten en de noodzakelijke vaardigheden worden aangereikt aan de hand van demonstraties, modeling, invulopdrachten, spelletjes, tips et cetera. Deelnemers krijgen het werkboek voor kinderen en de therapeutenhandleiding (Cure & Care Development, www.curecare.nl).

Kosten

Wanneer men het protocol kent zal men een half uur per sessie voorbereiding nodig hebben. Dit brengt ons op 9 uur voorbereiding en 18 sessies van een uur (voor één programma). Als men de kostprijs weet van één psychologische consultatie (bijv. 50 euro/uur) dan kan men de berekening als volgt doen: Het betreffen 18 sessies van een uur (individueel) of 1,5 uur (groep). Dit levert een schatting op van 900 euro/behandeling + het werkboek + 450 euro voorbereiding.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

In de pilotstudy (zie verder in punt 6) werden de ervaringen geëvalueerd: kinderen, ouders en therapeuten waren erg positief over het programma, het voldeed aan hun verwachtingen, het werkboek werd als kindvriendelijk beschouwd en bij de follow-up wisten de kinderen nog wat de kerncomponenten van het programma waren.

Er gebeurden wel aanpassingen die in het gepubliceerde werkboek met handleiding zijn opgenomen: Zo kregen kinderen meer geheugensteuntjes (bijvoorbeeld in de vorm van een amulet), werden rollenspellen ingezet en actievere werkvormen (bijvoorbeeld emotie-pictionary) en werden sessies 17 en 18 getransformeerd tot twee 'booster' sessies.

Bij Cure en Care kunnen evaluaties opgevraagd worden van de therapeuten die de opleiding volgden. Er worden veel lovende reacties gegeven.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Het onderzoek is beperkt wegens te weinig middelen in België voor dit soort onderzoek. zie: De Cuyper, Timbremont, Braet, de Backer & Wullaert (2004)

Kenmerken

In deze pilotstudie uitgevoerd in Vlaanderen werd gekeken naar de effecten van Pak aan bij kinderen met lichte tot middelmatige depressieve symptomen. Het doel van de studie was de resultaten van Stark et al (1996; 1987) te repliceren. Zij vonden positieve korte termijn resultaten voor Taking Action (het oorspronkelijke, Amerikaanse programma). Ook werd gekeken of het Taking Action protocol toepasbaar (of aan te passen) was voor gebruik bij Europese kinderen. De hypothese was:

Het programma zal een significante verandering in depressieve symptomen veroorzaken bij de behandelgroep in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep, en deze resultaten zullen na 4 maanden nog steeds zichtbaar zijn (studie 1). Daarnaast werd een tweede studie opgezet, in de vorm van een 12 maanden follow-up van alle kinderen die behandeld waren. In beide studies werd gekeken of het programma effect had op co-morbide angstsymptomen.

Studie 1

Werving vond plaats bij vier basisscholen. 36 gezinnen toonden interesse in de interventie. Zij werden uitgenodigd om verschillende psychologische vragenlijsten in te vullen. Kinderen vulden de Nederlandse versie van de Child Depression Inventory in, waarbij een cut-off score van 11 werd gehanteerd. Ook vulden zij de Nederlandse versie van de Self-Perception Profile for Children (SPPC) en de trait (angstdispositie) schaal van de State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) in. Ouders vulden de Child Behaviour Checklist (CBCL) in. Een T-score gelijk aan of hoger dan 63 op de Internaliserende subschaal en de Angstig/Depressieve subschaal werd als cut-off score gebruikt. Kinderen met een psychiatrische stoornis, vastgesteld met de Child Assessment Schedule-ouderversie (CAS) werden uitgesloten.

Uiteindelijk werden 22 kinderen uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zij werden gerandomiseerd over de behandelconditie of een wachtlijstcontrolegroep. Er waren geen verschillen tussen de kinderen uit de behandelconditie en de wachtlijstconditie wat betreft leeftijd en scores op de verschillende vragenlijsten. De gemiddelde score op de CDI van de hele steekproef was 14, de gemiddelde T-score op de CBCL subschaal Internalisatie en op Angst/depressie 66. 9 van de 11 kinderen die waren toegewezen aan de behandelgroep besloten uiteindelijk om deel te nemen aan het programma. Zij werden weer onderverdeeld in twee cursusgroepen (1 van 3 kinderen en 1 van 6 kinderen). Zo bestond de uiteindelijke onderzoeksgroep uit 5 jongens en 15 meisjes met milde tot middelmatige depressieve symptomen in de leeftijd van 10-12 jaar. Alle kinderen in het onderzoek waren blank en hadden een normale intelligentie. Tijdens studie 1 was geen sprake van uitval. Wel zijn een aantal vragenlijsten (zowel ouder- als kindvragenlijsten) niet in de analyse meegenomen, omdat zij niet goed ingevuld waren.

Studie 2

Na de behandeling van de eerste groep kregen ook de kinderen uit de wachtlijstconditie de behandeling aangeboden (8 maanden later). 8 van de 11 kinderen besloot deel te nemen. Zij werden verdeeld in twee cursusgroepen met elk 4 kinderen. Zo ontstond een nieuwe steekproef van 17 kinderen die behandeld waren met het programma (bestaande uit de originele groep van 9 kinderen plus de wachtlijstgroep van 8 kinderen die nu ook behandeld werd). Alle kinderen werden gevolgd in een lange termijn follow-up. Tijdens deze periode was er een uitval van 2 kinderen (door verhuizing en absentie). De follow-up data zijn daarom gebaseerd op 15 kinderen.

Toetsing

Symptoomverbetering werd gemeten via t-toets, Manova's. Functionele verbetering via RCI (Reliable Change Index).

Resultaten

Direct na de behandeling: er werden geen significante groepseffecten gevonden. Er werden wel significante tijdseffecten gevonden op de SPPC subschaal Global Self-woordt en op de CDI scores. De gemiddelde scores van zowel de behandelgroep als de controlegroep verbeterden. Dit kan te maken hebben met de natuurlijke ontwikkeling van depressieve stoornissen.

Follow-up na 4 maanden: Door middel van gepaarde t-testen werden de follow-up data na vier maanden vergeleken met de resultaten van de eerste metingen (voor de behandeling). Deze lieten een significante verbetering op de CDI zien (significante vooruitgang in de therapiegroep tegenover geen significante afname van gemiddelden in de controlegroep) en op de SPPC (significante toename in zelfcompetentie in de therapiegroep in vergelijking met een niet-significante verbetering in de controlegroep).

Follow-up na 12 maanden: de follow-up 12 maanden na de start van de behandeling van de tweede groep liet een verdere verbetering zien van scores op de SPPC (toename zelfcompetentie). Ook werd er een significante afname gevonden op de CDI, de STAIC en de CBCL.

De cut-off scores van de CDI en CBCL werden gebruikt om de afname in symptomen bij de follow-up na 4 en 12 maanden te bepalen. Een CDI score lager dan 11, een CBCL internalisatie T-score lager dan 63 en een CBCLT-score Angstig/Depressief lager dan 63 werd gezien als een significante verbetering. Direct na de behandeling voldeed 90% van de kinderen nog aan een van de criteria van depressieve symptomatologie, na 4 maanden was dit 36% van de kinderen en na 12 maanden 25%. De effectgroottes voor de follow-up na 4 en na 12 maanden waren middelmatig (0.71-0.97) tot groot (1.18-1.62).

Conclusie

Duidelijk bewijs voor de effectiviteit van de behandeling in de vorm van significante groeps x tijdsinteracties werd niet gevonden. De effecten van het programma kwamen vooral naar voren in de gepaarde t-testen bij de follow-ups na 4 en 12 maanden. Het toepassen van de aangeleerde technieken lijkt dus tijd en oefening te vragen. Pas bij de follow-up na 12 maanden werden effecten gevonden op angstscores (gemeten met de STAIC). Dit kan betekenen dat het programma aanvankelijk vooral van invloed is op depressieve problemen, maar dat kinderen na verloop van tijd en oefening de geleerde vaardigheden ook bij andere problemen, zoals angst, leren toe te passen.

Een belangrijk doel van het onderzoek was te bepalen of het Amerikaanse programma toepasbaar was binnen een Europese steekproef. Dit bleek het geval te zijn, er waren maar een aantal aanpassingen nodig. Zo kregen kinderen meer geheugensteuntjes (bijvoorbeeld in de vorm van een amulet), werden rollenspellen ingezet en werden sessies 17 en 18 getransformeerd tot twee 'booster' sessies. Kinderen, ouders en therapeuten waren erg positief over het programma, het voldeed aan hun verwachtingen, het werkboek werd als kindvriendelijk beschouwd en bij de follow-up wisten de kinderen nog wat de kerncomponenten van het programma waren.

Kosteneffectiviteit

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit.

Kritische kanttekeningen

Beperkingen aan het onderzoek zijn de kleine steekproef en het feit dat de steekproef bestaat uit kinderen met milde tot middelmatige symptomen. Door dit laatste kunnen de resultaten uit het onderzoek niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar kinderen met een depressieve stoornis (klinische populatie).

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Dit is lopende: Een Utrechtse groep evalueert DOEDEPRESSIE, een programma voor adolescenten met dezelfde inhoud en doelstellingen als Pak aan.

Aangehaalde literatuur

Beck, A.T. (1967). *Depression : Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York : Harper & Row.

Braet, C. & Stark, K. (2011). *Pak Aan. Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met depressie (2-delig): Therapeutenboek en Werkboek om je sombere buien te overwinnen*. Amsterdam: Boom (124 blz. + 24 blz.). ISBN 978-946-1050-55-7, ISBN 978-946-1050-54-0

Braet, C. Wante, L. & Timbremont, B. (2014). Stemmingsproblemen en depressie. In: Prins, P., & Braet, C. (Red.). *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie, H14, Revisie*, 325-349. Houten: Van Loghum. ISBN 978-90-313-5206-7

Braet, C., Timbremont, B., Bosmans, G., & Wante, L. (2014). Pak aan: cognitieve gedragstherapie voor kinderen met depressieve symptomen. In: C. Braet & S. Bogels (Red.). *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten I, H14, Revisie*, 349-372. Amsterdam: Boom. ISBN 978-90-89532053

De Cuyper, S., Timbremont, B., Braet, C., De Backer, V., & Wullaert, T. (2004). Treating depressive symptoms in schoolchildren: a pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 105-114 (impact SCI: 1.167).

Hankin, B.L. & Abela, J.R.Z. (2005a). Depression from childhood through adolescence and adulthood: A developmental vulnerability–stress perspective. In: Hankin, B.L. & Abela, J.R.Z. (Eds). *Development of psychopathology: A vulnerability–stress perspective*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2005. pp. 245–288.

Stark, K. en Kendall, P.C.(1996). *Taking Action*. (1996). Philadelphia: Temple University.

Stark, K. & Smith, P.C. (1995). Cognitive and behavioral treatment of childhood depression. In H.P.J.G. van Bilsen, P. Kendall & J.H. Slavenburg (Eds.), *Behavioral approaches for children and adolescents* (pp. 113-143). New York: Plenum Press.

Weisz, J.R, McCarty, C.A., & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

