

# 'Doepressie cursus' voor adolescenten

Yvonne Stikkelbroek en Henk Bouman

*De Doepressie cursus is een cognitief-gedragstherapeutisch programma gericht op de behandeling van depressieve klachten en depressies bij adolescenten. Dit programma is ontwikkeld door Lewinsohn en zijn medewerkers. Uit effectonderzoek blijkt dat de interventie effectief is.*

Depressie is bij adolescenten een veel voorkomend probleem. Nog voor het achttiende levensjaar heeft 20 % van de adolescenten, minimaal één keer, een depressieve episode doorgemaakt (Birmaher et al., 1996). Hiermee is de depressieve stoornis, volgens DSM-IV criteria, de meest voorkomende psychiatrische stoornis bij deze leeftijdsgroep.

Daarbij komt dat de kans dat de depressie tot in de volwassenheid voortduurt (Harrington et al., 1990). Depressies gaan vaak samen met delinquentie, verslaving en suïcide (Kovacs et al., 1988). De diagnostische criteria in de DSM-IV gelden niet alleen voor volwassenen maar ook voor kinderen en adolescenten. Van de volgende criteria moeten er, gedurende twee weken of langer, tenminste vijf van toepassing zijn om te mogen spreken van een depressie:

- sombere stemming
- geen plezier meer beleven
- problemen met eten
- problemen met slapen
- traag of juist onrustig zijn
- vermoeidheid, futloosheid
- zich schuldig of waardeloos voelen
- concentratieproblemen
- denken over de dood en doodgaan

Het dagelijks functioneren is van belang bij het bepalen van de diagnose. Naarmate men minder goed in staat is om door te gaan met de dagelijkse bezigheden des te ernstiger de depressie. Ook de mate waarin men zelf begrijpt waar de depressie mee te maken heeft, is bepalend voor de ernst van de depressie. Dat geldt ook voor de mate waarin lijdensdruk wordt ervaren. Hoe meer iemand lijdt onder de situatie, hoe ernstiger de depressie. Er zijn verschillende psychologische behandelingen mogelijk, zoals individuele psychotherapie, ouderbegeleiding, gezinstherapie en gedragstherapie (De Witte, 1995). Kaslow, Mc Clure & Connell (2002) stellen dat er behalve Interpersoonlijke

Therapie (IPT), gezins therapie op gedragstherapeutische basis en cognitieve gedragstherapie geen psychologische behandelingen voorhanden zijn die voldoende *evidence based* zijn voor toepassing in de klinische praktijk.

## Depressie bij adolescenten: wat is anders?

In onderzoeken, waarin depressieve adolescenten werden vergeleken met depressieve volwassenen, worden slechts weinig verschillen gevonden. Zowel kinderen als adolescenten vertonen echter meer somatische klachten en sociaal teruggetrokken gedrag dan volwassenen (Harrington, 1993). Uit klinische ervaring blijkt verder dat adolescenten perioden van intense depressie door kunnen maken die afgewisseld worden met beter functioneren. De kans dat adolescenten tijdens een betere periode stoppen met de behandeling is daarom groot. Een kortdurende en klachtgerichte behandeling met follow-up contacten is dan ook te prefereren boven langdurige therapie.

In hun gedrag zijn depressieve adolescenten vaak meer geagiteerd dan depressief. Ook ervaren ze meer psychosociale moeilijkheden, zoals een verminderd vermogen tot intimiteit, vervreemding van ouders, meer drugs- en alcoholgebruik, onderbreken ze vaker hun schoolcarrière en zijn ze vaker werkeloos. Wat medicatie betreft, blijken adolescenten minder te reageren op het gebruik van tricyclische antidepressiva en is er mogelijk een verhoogde kans op suïcide (Wessely & Kerwin, 2004).

## De uitgangspunten van de 'Doepressie cursus'.

De cursus is gebaseerd op de sociaal-lernen theorie over het ontstaan van depressies van Lewinsohn, Antonucci, Breckenridge, Teri (1984) (Cuijpers, Stikkelbroek, 1997). Volgens deze theorie is er een verband tussen enerzijds het aantal positieve interacties dat iemand heeft met zijn omgeving en anderzijds het ontwikkelen van een depressie. Zo kan een ingrijpende levensgebeurtenis er voor zorgen dat iemand minder positieve interacties met zijn omgeving heeft omdat hij zich daaruit terugtrekt. Daardoor ontstaan negatieve gedachten en sombere gevoelens. Minder positieve interacties, meer negatieve gedachten en



versterken van passief gedrag vormen zo een negatieve spiraal met als gevolg een steeds somber wordende stemming die resulteert in een depressie.

## Groepsbehandeling

Jongeren blijken vaak verbaasd dat zij niet de enige zijn die depressief zijn. Ze kunnen zich vaak moeilijk van leeftijdgenoten voorstellen dat die ook depressief zijn. Er ontstaat in de groep gemakkelijk herkenning. De steun van anderen en het feit dat depressief zijn vaker voorkomt bij jongeren is voor hen hoopgevend.

Het lotgenotencontact zou echter ook belastend kunnen zijn. Dat is wellicht het geval wanneer men in een groep gericht is op het met elkaar bespreken van ieders problematiek. In deze cursus wordt echter al in de eerste bijeenkomst afgesproken dat er niet nader ingegaan wordt op achtergronden van de sombere klachten en ieders persoonlijke problemen. Uitweiden over problemen en gevoelens van hopeloosheid wordt daarmee vermeden. Door de bijeenkomsten te structureren worden de cursisten geactiveerd door het doen van rollenspelen en oefeningen waarbij ruime mogelijkheden worden geboden om elkaar feedback te geven. Feedback van iemand met soortgelijke klachten blijkt een grotere impact te hebben dan feedback van de trainers.

## Effecten van de cursus

Er zijn drie onderzoeken verricht naar de effecten van de 'Coping with depression course' (Lewinsohn, Clarke & Hops, 1990; Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Rohde, P., Hops, H. & Seeley, J.R., 1996; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1994; Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., & Seely, 1999). Van de adolescenten in het onderzoek van Lewinsohn et al. (1990) had 49%

een ernstige, 7 % een matige en 44% een milde depressie, gemeten met behulp van een klinisch diagnostisch interview (Research Diagnostic Criteria) (Spitzer, Endicott & Robins, 1978). Na afloop kampte ongeveer de helft van de pubers en adolescenten in de twee groepscondities (respectievelijk 52% en 57%) nog steeds met een depressie. In de wachtlijstcontrolegroep was echter nauwelijks enige verbetering opgetreden en was nog 95% depressief. Zes maanden na afloop van de cursus was nog slechts 17% depressief. Ook twee jaar na afloop bleven de effecten van de behandeling behouden en vond slechts enkele malen een terugval plaats.

In het onderzoek van Lewinsohn et al. (1996) was na afloop van de cursus nog 33% depressief versus 52% in de controlegroep. Na één jaar was 81% van de respondenten hersteld en na twee jaar was dat 98 %. Opvallend daarbij was dat in beide onderzoeken geen significante verschillen werden gevonden tussen de adolescenten waarvan de ouders een parallelcursus volgden en de adolescenten waar voor de ouders geen cursus georganiseerd was. Eveneens opmerkelijk was dat de terugkombijeenkomsten geen invloed hadden op de effecten. Dat kan echter veroorzaakt worden doordat de meeste deelnemers door de cursus goed opgeknapt waren, waardoor het lastig is het positieve effect nog verder te verbeteren door de terugkombijeenkomsten.

Clarke et al. (1999) gebruikten in hun onderzoek dezelfde opzet als bij het eerstgenoemde onderzoek en vonden vergelijkbare resultaten. Anders aan het onderzoek van Clarke et al. (1999) was dat na afloop van de interventie adolescenten die nog depressief waren, toegewezen werden aan een korte vervolgenterventie (twee sessies over het toepassen van aangeleerde vaardigheden) of een controlegroep (alleen diagnostiek). Deze deelnemers aan de aanvullende interventie waren bij een follow-up na één jaar volledig hersteld van de depressie, terwijl dat in mindere mate het geval was voor de adolescenten die deelnamen aan de diagnostische sessies. Echter, na twee jaar waren alle adolescenten in de beide condities hersteld met uitzondering van één patiënt.

Clarke (1992) verrichte ook onderzoek naar de kenmerken van de deelnemers die bepalend zijn voor een succesvolle deelname aan de cursus. De resultaten van de uitgevoerde analyses zijn echter tegenstrijdig en leiden niet tot eenduidige predictoren. Om hier meer zicht op te krijgen, is verder onderzoek

noodzakelijk. In een ander onderzoek (Rohde, Lewinsohn & Seley, 1994) werd onderzocht of de ernst van de depressie van invloed was op de effecten van de cursus. Daarbij werden enkele aanwijzingen gevonden dat de cursus effectiever was naarmate de depressie ernstiger was.

Voor de Nederlandse populatie vindt momenteel een effectonderzoek plaats (door M. Zuketto, de resultaten daarvan zijn nog niet bekend).

### Voor wie is de cursus geschikt

Indicatie voor deelname aan de cursus : Adolescenten, tussen de 16 en 21 jaar, met depressieve symptomen, met een depressie in engere zin of dysthyme stoornis en die over voldoende leesvaardigheid beschikken om te kunnen werken met het cursusboek. In de praktijk blijkt dat er vaak verscheidene problemen tegelijkertijd spelen. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen bij welke stoornissen deelname zinvol is. Contra-indicaties: De cursus is niet geschikt voor jongeren met een bipolaire stoornis, paniekstoornis, gedragsstoornis of schizo-affectieve stoornis. Ook is drugs- of alcoholmisbruik een contra-indicatie. Reden hiervoor is dat andere behandelingen eerder overwogen dienen te worden, zoals een medicamenteuze behandeling. Gedragsproblemen kunnen in de cursusgroep vaak leiden tot problemen die zeer storend kunnen werken op de groep. De cursus is te moeilijk voor zwakbegaafde cliënten. Het kan leiden tot mislukken van de behandeling waardoor de depressie kan worden versterkt. Bij het vermoeden van suïciderisico kan beter een individueel aanbod overwogen worden.

### Inhoud van de cursus

De cursus omvat in totaal 16 bijeenkomsten van anderhalf uur met daarnaast nog een kwartier pauze. De pauze is met opzet gepland voor jongeren met een beperkte concentratie en ter bevordering van de sociale contacten. Onderdelen van de cursus zijn: psycho-educatie, registratie-opdrachten, rollenspellen, oefeningen en huiswerk. Iedere bijeenkomst begint met een Quiz waarin de belangrijkste onderwerpen uit de voorgaande bijeenkomst aan de orde komen. Tevens zijn er twee bijeenkomsten 's avonds voor de ouders waarin informatie gegeven wordt over de problematiek, de inhoud van de cursus en hoe zij zelf een bijdrage kunnen leveren.

De cursus begint met het leren observeren en daarna registreren van de eigen stemming in het stemmingsdagboek. Dit



is van belang omdat de cursisten op die manier gaan letten op hoe ze zich voelen en verschillen bij zichzelf gaan bemerken. Als dat lukt dan leidt dat vaak tot nieuwsgierigheid. Want voordat ze met registreren beginnen is vaak het eerste commentaar dat ze zich 'altijd' rot voelen. Na enkele weken registreren, kunnen ze zich verbazen over de patronen die zijzelf in hun stemming ontdekken. Dit versterkt het gevoel van zelfcontrole.

Onder invloed van een depressie verminderen de sociale contacten vaak snel. Door het oefenen van sociale vaardigheden wordt geprobeerd om het weer aangaan van contacten een eerste zetje te geven. Er worden in de cursus zeer eenvoudige oefeningen gedaan, zoals een praatje maken, jezelf voorstellen en keuzes maken over het wel of niet in een groep willen blijven en daar naar te handelen. Hoewel er natuurlijk deelnemers zijn die voldoende over deze vaardigheden beschikken levert het uitvoeren toch veel spanning op. Door de eenvoud van de oefeningen zijn er veel mogelijkheden voor succeservaringen en voor positieve feedback. Bijvoorbeeld: van het kennismaken wordt meteen een oefening gemaakt waarbij vooral positieve feedback gegeven wordt. Er wordt ook meteen een huiswerkopdracht aan gekoppeld.

Eén van de moeilijkheden bij de behandeling van depressiviteit is de deelnemers tot (meer) activiteiten te brengen. In de cursus wordt dat aangepakt door een lijst van meer dan 300 activiteiten te presenteren waar mensen plezier aan beleven. De deelnemers kiezen daar 20 activiteiten uit waarbij ze voor zichzelf moeten uitmaken welke 20 hen een goed gevoel geven. Dat kiezen is vaak moeilijk omdat in de beleving van de adolescent niets meer leuk is of kan zijn. Maar de

grote hoeveelheid aangeboden activiteiten zorgt ervoor dat hij of zij wel moet differentiëren. Tijdens het doornemen van de lijst ontstaat er vaak een wat luchtige sfeer. Eenmaal echt aan het denken gezet, komen er soms verrassende bezigheden aan de orde. Twee voorbeelden:

Een jongen had erg veel baat bij bewegen en hij had ontdekt dat hij kon pingpongen tegen het raam als hij een half uur stil gezeten had tijdens het studeren.

Een meisje ontdekte dat het spelen en optrekken met kleine kinderen haar stemming positief beïnvloedde. Ze werd actief in het opzoeken van de buurkinderen.

Uiteraard gaat het allemaal om dingen doen: het veranderen van gedrag is dan ook het eerste doel van de cursus. Na enige tijd komt aan de orde hoe het aantal plezierige activiteiten vermeerderd kan worden. De registratie van zowel de stemming als de plezierige activiteiten worden samen in één grafiek weergegeven. Door het regelmatig bekijken van deze grafiek krijgt de cursist ideeën over hoe de stemming beïnvloed kan worden door zijn of haar gedrag. Ook dat vergroot en bevestigt het gevoel van controle hebben over je gevoel.

Depressieve symptomen lijken onder stress te verergeren. Zo weten we vanuit de praktijk dat bijvoorbeeld gedurende het eindexamenjaar onder invloed van de spanning de depressieve klachten toenemen. De concentratieoefeningen worden op een meer speelse of luchtige manier aangeboden. Echte ontspanningsoefeningen zoals progressieve relaxatie en autogene training, zo hebben we ondervonden, leveren veel weerstand op en de oefeningen werden thuis niet gedaan. Bij deze concentratieoefeningen worden vooral de zintuigen gebruikt. Proeven van een dropje, ruiken van geurtjes, horen van bepaalde geluiden et cetera.

Het 'doen' is hiervoor al aan de orde geweest. Daarnaast staat het 'denken' centraal in de cursus. Ook hier wordt veel psycho-educatie over gegeven. Een voorbeeld hiervan is de top vijf van denkfouten. Vervolgens wordt er veel gewerkt met het Gebeurtenis-Gedachte-Gevoel (GGG) schema. In eerste instantie om automatische gedachten te leren herkennen. Ook wordt er gericht geoefend met de denkfouten. Het is belangrijk dat de cursisten ervan doordrongen raken dat in veel gevallen niet de gebeurtenis maar de gedachte bepaalt hoe je je voelt. Zodoende raken ze gemotiveerd om storende gedachten op te sporen. Het

uitdagen van de gedachten vormt een essentieel onderdeel. De cursisten gaan dan voor elke ontdekte automatische gedachte de volgende vier vragen beantwoorden:

1. Welk bewijs is er voor deze gedachte?
2. Welke denkfout maak je?
3. Wat is het effect van deze gedachte?
4. Tegengedachte: is er een andere gedachte mogelijk?

Iedere deelnemer heeft slechts enkele automatische gedachten die steeds weer terugkeren, bijvoorbeeld 'ik ben niet de moeite waard', 'anderen vinden mij niet leuk', of 'niemand merkt dat ik er ben'. Het formuleren van tegengedachten is van belang maar vergt veel oefening. Soms helpen ook de tegengedachten niet afdoende. In dat geval worden gedachtenstop technieken geoefend. Een andere manier die het positieve denken meer moet stimuleren, is een oefening waarbij gericht positieve feedback op elkaars kwaliteiten gegeven wordt.

Als het eenmaal gelukt is om het doen te beïnvloeden en het denken iets te veranderen, verbetert de stemming van de jongere vaak. Dat is goed te zien aan de grafieken die ongeveer iedere drie weken gemaakt worden. Vervolgens worden communicatievaardigheden verbeterd met als doel de sociale steun te vergroten en relaties te verbeteren. Het hebben van bevredigende relaties en het ervaren van sociale steun is van invloed op de mate van depressiviteit. Depressieve adolescenten zijn vaak slecht in staat om goed duidelijk te maken wat ze van anderen verwachten en hoe ze zich voelen. Voor zichzelf opkomen is vaak emotioneel beladen en levert meestal moeilijkheden op. In eerste instantie wordt uitleg gegeven over het belang van sociale steun van relaties en daarna wordt geoefend met voorbeelden en later met rollenspelen.

Daarna komt onderhandelen en conflict hanteren aan de orde. Passend bij de leeftijd is dat jongeren zich los gaan maken van hun ouders hetgeen regelmatig conflicten oplevert. Het leren onderhandelen over oplossingen en grenzen is dan ook een belangrijke vaardigheid om deze belangrijke ontwikkelingstaak te volbrengen. Er wordt gewerkt met een inventarisatie van milde en heftige problemen tussen de cursist en zijn ouders. Er wordt geoefend met brainstormen, het formuleren van zoveel mogelijk oplossingen en met het kiezen van oplossingen die voor beide partijen aanvaardbaar zijn. Daarnaast wordt er gewerkt met rollenspelen waarbij iedere deelnemer ook de positie van de



ouder inneemt om te ervaren hoe het is om in deze positie te zitten. Ook wordt van de cursisten verwacht dat er thuis mee geoefend wordt. In het laatste rollenspel worden door iedere cursist alle fasen van probleemoplossen en onderhandelen doorlopen.

Als laatste wordt een levensplan gemaakt met korte en lange termijn doelen. Ook wordt aandacht geschonken aan mogelijke obstakels en hoe die te overwinnen. Het toekomstperspectief wordt duidelijker. Je winst behouden betekent ook alert zijn op aanwijzingen dat er weer een negatieve spiraal ontstaat. Per cursist wordt doorgenomen welke signalen voor hem of haar het begin van een neerwaartse spiraal zouden kunnen zijn. Ook wordt per cursist nagegaan welke vaardigheden uit de cursus voor hen effectief gebleken zijn. Na ongeveer drie tot vier maanden vindt er een terugkombijeenkomst plaats waarin het uitwisselen van ervaringen centraal staan.

### **Een casus**

*Joost is achttien jaar als hij voor de tweede keer aangemeld wordt in verband met depressieve klachten. Joost was vijftien jaar toen hij de eerste keer aangemeld werd vanwege deze klachten. Hij is gedurende langere tijd somber, apathisch en in zichzelf gekeerd. Hij doet regelmatig suïcidale uitlatingen. In de familie komt depressie bij één van de grootouders voor. Er wordt overwogen om met medicatie te starten maar daar wordt vanaf gezien omdat de klachten afnemen na individuele steunende gesprekken. Eén jaar na afsluiting van de eerste behandeling wordt Joost opnieuw aangemeld door zijn moeder. Zij neemt in paniek contact op met de acute dienst van de GGZ-instelling omdat haar zoon in een sombere bui op zijn scooter met*

onbekende bestemming is vertrokken. Joost heeft dan al weer enkele maanden last van een sombere stemming. De directe aanleiding voor deze somberheid is dat het op school 'niet zo lekker gaat'. Joost moet dit jaar examen doen. Hij twijfelt aan zichzelf en heeft daarbij last van veel negatieve cognities. Op het moment van aanmelding was er geen sprake van suïcidaliteit. Het weglopen is vooral voortgekomen uit een sterke behoefte aan rust. Joost slaapt wel goed maar voelt zich wel vaak moe. Hij beleeft echter nog wel plezier aan bepaalde activiteiten. Het lukt hem door middel van het zoeken van afleiding om zich af te sluiten voor zijn negatieve cognities. Joost vindt het moeilijk om contact te maken met anderen. Volgens zijn vader is Joost verlegen. Hij heeft wel vrienden waar hij leuk contact mee heeft, maar het aangaan van nieuwe contacten vindt Joost moeilijk. Daarom ziet hij ook op tegen de nieuwe school volgend jaar. Joost is erg gesloten, hij praat weinig met zijn ouders over de dingen die hem bezig houden. De ouders waren niet op de hoogte dat het op school niet vlekkeloos verliep. Ook had Joost verzwegen dat hij een scooter ongeluk had gehad. Joost zegt zich hier over te schamen en zijn ouders hiermee niet op te willen zadelen. Hij heeft vaak last van negatieve gedachten en heeft een negatief zelfbeeld. De negatieve cognities hebben vooral betrekking op de schoolproblemen. Hij denkt dat het geen nut heeft om naar school te gaan. Hij snapt de uitleg van de leraren niet en haalt slechte cijfers. Hij heeft het gevoel steeds een beetje dommer te worden en denkt dat hij maar beter kan stoppen met school. Hij heeft nog geen idee wat hij wil worden. Als hij verder nadenkt, twijfelt hij ook over het nut van het leven zelf. Joost is bij tegenslagen geneigd om snel op te geven. Hij vermijdt moeilijke zaken en heeft dan de steun en stimulans van een ander nodig om door te zetten. Joost wil meer zelfvertrouwen krijgen en een toekomstperspectief ontwikkelen. Ook wil hij beter in staat zijn om moeilijkheden te overwinnen. De conclusie na de intake luidt dat er bij Joost sprake is van terugkerende depressieve symptomen. Op dat moment is er geen sprake van een depressie in engere zin. De sombere momenten worden vooral ingekleurd met negatieve cognities over het ontbreken van toekomstperspectief. Hij heeft een vermijdende copingstijl wat uiteindelijk leidt tot verslechtering van zijn zelfvertrouwen en toename van klachten. Als behandeling wordt de

Doepressie cursus voorgesteld.

Joost vindt het in het begin lastig om aansluiting te vinden bij zijn medecursisten. Hij denkt anders over veel zaken en vertoont weinig sociaal gedrag. Tijdens de pauzes richt hij zich in eerste instantie op de cursusleiders. Zij stimuleren Joost om samen met de anderen wat te gaan drinken. Na de vijfde bijeenkomst gaat Joost tijdens de pauze uit zichzelf in gesprek met andere cursisten. Verder valt op dat hij zijn eigen mening durft te geven ook als die afwijkt van wat de anderen vinden. Joost mist geen enkele van de vijftien bijeenkomsten en leest steeds kritisch het aangeboden materiaal. Ook oefent hij met de opdrachten. Joost wordt opener en bij het onderdeel waarbij negatieve cognities ter sprake komen, durft hij persoonlijke voorbeelden in te brengen. Daarbij kan hij ook steeds meer twijfels over zijn eigen manier van denken bespreken. Hij blijkt in staat om de technieken toe te passen om negatieve gedachten uit te dagen en zijn cognities bij te stellen. Ook maakt hij gebruik van de inbreng van de andere cursisten. Het trainen van sociale vaardigheden maakt Joost bewust van het effect van zijn eigen gedrag op anderen. Hij is verbaasd dat ogenschijnlijk simpele zaken als recht opstaan, iemand aankijken en duidelijk praten daadwerkelijk zijn contacten met anderen verbeteren. De rollenspellen vindt hij lastig maar hij doet er wel aan mee. Het toepassen van de vaardigheid Actief luisteren is voor Joost een 'eye-opener'. Joost wordt zich meer bewust van het belang van goede relaties en hij krijgt ook buiten de cursus meer vrienden. Zelf zegt hij dat de vaardigheden 'Onderhandelen' en 'Probleem oplossen' hem daarbij hebben geholpen. Joost is zich tijdens de cursus bewust geworden van de manier waarop hij voor zijn mening opkomt. Hij hanteerde voorheen overwegend een agressieve stijl. Hij gaat zich realiseren dat de agressieve stijl weinig oplevert en is op een plezierige manier assertief. Ook de beide trainers zijn positief over de resultaten van de cursus bij Joost. Zij zien dat hij in staat is om vaardigheden toe te passen. Wanneer wordt gekeken naar de begin en eindscores op de afgenomen vragenlijsten dan blijkt ook daarin een grote afname van de door hem ervaren depressieve klachten. Op de Beck Depression Inventory (Bouman et al., 1985) daalde de score van 21 voorafgaand aan de cursus naar een score van 15 direct na de cursus.



De score op de CES-D (1995) daalde met 23 punten (van 30 vooraf naar 7 bij afsluiting).

Op de follow-up bijeenkomst, na drie maanden, blijkt dat Joost geen last meer heeft van depressieve klachten. Hij bevestigt dat hij veel aan de cursus gehad heeft. Joost heeft op verschillende terreinen successen behaald. Hij haalde zijn rijbewijs. Hij is geslaagd voor zijn VMBO examen en is toegelaten tot de vervolgopleiding van zijn keuze. De overgang naar de vervolgopleiding is soepel verlopen. Hij heeft gebruik gemaakt van de nieuwe vaardigheden. Het is Joost gelukt om aansluiting te vinden bij klasgenoten. Ook zijn ouders zien de verbeteringen. Hun zoon is actiever en meer open in het contact. Zijn ouders geven aan dat ze de voorlichting over depressies in de ouderavonden hebben gewaardeerd en dat ze het jammer vinden dat ze niet eerder uitgelegd hebben gekregen wat je als ouders kunt doen. Het heeft ze handvatten gegeven om met Joost om te gaan. De behandeling wordt na de cursus afgesloten.

#### Literatuur

Birmaher, B. Ryan, N., Williamson, D., Brent, D. & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the 10 past years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.

Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P.M., Andrews, J., Seeley, J.R. & Williams, J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23, 341-354.

Clarke, G.N., W. Hawkins, M. Murphy, Sheeber, L., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995), Targeted 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, 312-321.

Clarke, G., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seely, J. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster session. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.

Cuijpers, P. & Stikkelbroek, Y. (1997). De cursus 'omgaan met depressie'; groepsbehandeling van adolescenten in cursusvorm. *Kind & Adolescent*, 18, 126-134.

Harrington, R., (1993). *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*. New York: John Wiley & Sons.

Harrington, R., Fudge, M., Pickles, A. & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.

Kaslow, N. J., McClure, E., Connell, A. (2002). Treatment of depression in Children and Adolescents. In I. Gotlib & C. Hammen, (Eds.), *Handbook of Depression*. New York-London: The Guilford Press.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C. & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.

Lewinsohn, P.M., Antonucci, D.O., Breckenridge, J.S., Teri, L. (1984). *The 'Coping with Depression' Course*. Eugene: Castalia Publishing Company.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N. & Hops, H. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior therapy*, 21, 385-401.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Rohde, P., Hops, H. & Seeley, J.R. (1996). A Course in coping: a cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. In: E.D. Hibbs en P. S. Jensen (Eds.). *Psychological treatments for child*

*and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington: American Psychological Association.

Rohde, P., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1994). Response of depressed adolescents to cognitive-behavioral treatment: Do differences in initial severity clarify the comparison of treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 851-854.

Spitzer, R.L., Endicott, J. & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.

Witte, H.F.J. de (1995). Stemningsstoornissen. In J.A.R. Sanders-Woudstra, F.C. Verhulst & H.F.J. de Witte (Red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie: I. Psychopathologie en behandeling* (pp. 494-528). Assen: Van Gorcum.

Wessely, S., Kerwin, R. (2004). Suicide Risk and the SSRIs. *Journal American Medical Association*, 292, 379-381.

CES-D,(1995), Noordelijk Centrum Gezondheidsvraagstukken, Groningen.

