



Wat werkt bij jeugdigen met een depressie?

Karen van Rooijen -Mutsaers

www.nji.nl

Mei 2012

Een depressie houdt in dat iemand zich voor langere tijd neerslachtig voelt en zijn interesse en plezier in de gewone dagelijkse dingen is verloren.

Afhankelijk van de vorm en ernst van de depressie kan bij kinderen en jongeren gekozen worden voor verschillende behandelingen, waaronder waakzaam afwachten, ondersteuning, psychotherapie of medicatie. Wat betreft psychotherapie lijken vooral cognitieve gedragstherapie en – voor adolescenten - interpersoonlijke therapie effectief. Wat betreft antidepressiva is alleen de effectiviteit van de SSRI fluoxetine voldoende onderbouwd. Volgens enkele zeer recente overzichtsstudies kunnen deze antidepressiva het risico op suïcidaliteit en suïcidaal gedrag bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen echter vergroten. Het Nederlands College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) ontraadt daarom het gebruik van antidepressiva en specifiek SSRI's bij de behandeling van kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar. Als op basis van klinische noodzaak toch voor antidepressiva gekozen wordt, dan dient de jeugdige zorgvuldig gecontroleerd te worden op het optreden van suïcidale symptomen en andere bijwerkingen. In de onlangs verschenen Richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd wordt ook het gebruik van St Jans Kruid bij kinderen en adolescenten met een depressie ontraden, vanwege het risico op ernstige bijwerkingen.

In dit document wordt ingegaan op de werkzame werkwijzen bij de behandeling van depressie. De tekst hoofdzakelijk gebaseerd op de Engelse en Amerikaanse praktijkrichtlijnen (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Ook is gebruik gemaakt van de recent verschenen Richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Daarnaast zijn verschillende recente meta-analyses en reviews bekeken (waaronder Weisz et al., 2006, Watanabe et al., 2007 en David-Ferdon en Kaslow, 2008). Over antidepressiva is een themanummer van het Maandblad Geestelijke volksgezondheid over SSRI's verschenen, dat ook voor dit document is gebruikt (MGv, 2005).

Dit document maakt onderdeel uit van het themadossier 'Depressie'. Het gehele dossier is in te zien op www.nji.nl/depressie.

1. Algemeen werkzame factoren in de behandeling van depressie

Algemeen werkzame factoren zijn factoren die ongeacht de behandeling die gekozen wordt, een positieve invloed uitoefenen op het resultaat (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Volgens Stikkelbroek & Prinzie (2008) verklaart de toepassing van



een specifieke therapie bij depressieve jeugdigen op zich slechts 15 procent van het effect van die therapie. Andere factoren, zoals het therapeutisch proces en de therapeutische relatie, zijn minstens even belangrijk voor de uitkomst van de behandeling. Een belangrijke algemeen werkzame factor in de behandeling van depressie bij jeugdigen bestaat dan ook uit het opbouwen van een vertrouwelijke relatie tussen de therapeut en de jeugdige en de samenwerking met de omgeving.

Het betrekken van het gezin bij de behandeling van de jeugdige is belangrijk omdat ouders vaak degenen zijn die de keuze voor de behandeling maken. Bovendien kunnen zij de symptomen van hun kind herkennen en de voortgang van hun kind in de gaten houden. Psycho-educatie - informatie over de aard van depressie, het beloop en effectiviteit van de behandeling - lijkt de therapietrouw te verbeteren en symptomen van depressie te verminderen (Brent, Poling, McKain, Baugher, 1993c; Renaud, Brent, Baugher, Birmaher, Kolko, Bridge, 1998 in: Birmaher & Brent, 2007). Naast psycho-educatie is 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). Als ouders zelf psychiatrische problemen hebben - met name als het gaat om een depressie -, is het belangrijk te peilen of zij behoefte hebben deze te laten behandelen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Naast samenwerking en afstemming met de ouders kan ook samenwerking met de school nuttig zijn voor de behandeling (Birmaher & Brent, 2007).

Een andere belangrijke algemene werkzame factor is individuele afstemming van de behandeling. Dit houdt in dat bij de keuze en uitvoering van de behandeling rekening gehouden wordt met zaken die kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van of het in stand houden van een depressie (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005), zoals:

de leeftijd van het kind en zijn cognitieve ontwikkeling;

culturele en religieuze achtergrond;

voorkeuren en verwachtingen van de behandeling bij de jeugdige en zijn ouders,;

de ernst en het subtype van depressie;

chroniciteit;

comorbiditeit - waaronder ook de aanwezigheid van autisme of een verstandelijke beperking;

suïcidaliteit;

psychiatrische geschiedenis van de ouders;

gezinssituatie en andere omgevingskenmerken, zoals negatieve gebeurtenissen en pesten.

2. De behandeling van een milde depressie

Bij jeugdigen met een milde, korte depressie met weinig psychosociale beperkingen, - zonder dat sprake is van suïcidaliteit en psychotische kenmerken - is gerichte behandeling in de vorm van specifieke psychotherapie of medicatie volgens de Amerikaanse en Britse praktijkrichtlijnen meestal niet nodig (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

In de Britse praktijkrichtlijn (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) wordt aanbevolen om bij jeugdigen met een milde depressie, die niet gemotiveerd zijn om een specifieke behandeling te volgen, of bij wie de therapeut verwacht dat zonder specifieke interventie spontaan herstel kan optreden, te beginnen met 'waakzaam afwachten.' Dit houdt in dat de jeugdige gedurende vier weken in de gaten gehouden wordt. Als de milde depressie na vier weken nog aanwezig is, dan kan gestart worden met niet-directieve, ondersteunende behandeling, groepsmatige cognitieve gedragstherapie of begeleide zelfhulp.

Ook de Amerikaanse praktijkrichtlijn geeft aan dat voor kinderen en adolescenten met een milde depressie voorlichting en ondersteuning vaak voldoende is. Ondersteunende behandeling blijkt zelfs

even effectief als cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie bij jeugdigen met een milde depressie (Birmaher & Brent, 2007).

Als er sprake is van een dysthyme stoornis – dat wil zeggen: een chronisch depressieve stemming waarbij zich minder verschijnselen voordoen dan bij een depressie en de verschijnselen minder intens zijn -, dan dient de behandeling volgens de Britse richtlijn hetzelfde pad te volgen als de behandeling voor een milde depressie (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Volgens zowel de Amerikaanse als de Britse richtlijn moet overgegaan worden op behandelingen voor een middelmatige of zware depressie wanneer de milde depressie ondanks ondersteunende behandeling van vier tot zes weken blijft bestaan (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Thapar et al (2012) wijzen daarnaast op de rol die school kan spelen bij het aanpakken van milde vormen van depressie bij jongeren. In diverse landen worden counselingprogramma's op scholen ingezet om milde depressies aan te pakken en de drempel naar overige hulpverlening te verlagen. Deze aanpak is veelbelovend maar meer onderzoek is nodig (Thapar et al, 2012).

3. De behandeling van middelmatige tot zware depressies

Voor kinderen en adolescenten met een middelmatige tot zware, chronische of terugkerende depressie, of een depressie die gepaard gaat met suïcidaliteit, agitatie of psychose, is niet-directieve ondersteunende therapie meestal niet geschikt. In dat geval kan beter gekozen worden voor een meer specifieke vorm van psychotherapie of eventueel - aanvullende - medicatie (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

3.1 Psychotherapie

In hun meta-analyse van de effectiviteit van psychotherapeutische behandelingen bij kinderen en adolescenten definiëren Weisz en collega's (2006) psychotherapie voor depressie als een interventie die is ontwikkeld om depressieve stoornissen of depressieve symptomen te verminderen via gestructureerde of ongestructureerde gesprekken of via een trainings- of zelfhulpprogramma. Er zijn verschillende soorten psychotherapeutische behandelingen beschikbaar, waaronder bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie - individueel en in groepsverband -, interpersoonlijke psychotherapie, psychodynamische psychotherapie en gezinstherapie. Voor de meeste van deze behandelvormen bestaat er echter nog weinig empirische ondersteuning voor de effectiviteit.

Algemene effecten

Het meeste beschikbare onderzoek is gebaseerd op klinische experimenten, onder omstandigheden die niet te vergelijken zijn met de praktijk van de jeugdzorg. In deze experimenten wordt vooral de werkzaamheid van een behandeling gemeten. In hoeverre conclusies uit zulke onderzoeken overdraagbaar zijn naar de dagelijkse praktijk is niet duidelijk. Voor het vaststellen van de effectiviteit van bepaalde behandelingen is meer onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg nodig in plaats van in klinische situaties (Konijn, 2003).

Van de effectiviteit van psychotherapie bij depressieve jeugdigen bestaat geen eenduidig beeld. Oudere meta-analyses van Reinecke, Ryan, en DuBois (1998a), Lewinsohn en Clarke (1999) en Michael en Crowley (2002) vonden grote effecten. In een meer recente meta-analyse (Weisz et al, 2006) werd daarentegen slechts een bescheiden effect gevonden. Dit effect was over het algemeen groter in studies waarin psychotherapie werd vergeleken met een wachtlijstcontrole dan in studies

die psychotherapie met andere, actieve behandelingen vergeleken. Bovendien bleken de effecten van psychotherapie alleen de eerste maanden stand te houden. Na een jaar was er geen effect meer (Birmaher & Brent, 2007; Weisz et al., 2006).

Opvallend is wel dat het bescheiden effect dat Weisz et al (2006) vonden niet afhankelijk bleek van het format van de behandeling - individuele of groepstherapie -, de inhoud - cognitief of niet-cognitief - en de duur - korte versus langere behandeling. Wel bleken de uitkomsten van de psychotherapeutische behandelingen significant beter wanneer de jeugdige zelf naar het resultaat werd gevraagd dan wanneer de ouders werden bevraagd (Weisz et al 2006 en Birmaher & Brent, 2007).

Ook Watanabe et al (2007) concluderen in hun systematische review dat psychotherapie direct na de behandeling effectief is bij depressieve kinderen en adolescenten vergeleken met kinderen op een wachtlijst of met een aandachtsplacebo. Na zes maanden en bij langere follow-ups wordt geen significant verschil meer gevonden tussen psychotherapie en de controleconditie. Op basis van de review concluderen Watanabe en collega's dat cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie vooral nog de meeste empirische ondersteuning hebben (Watanabe, Hunot, Omori, Churchill, Furukawa, 2007).

Effecten van cognitieve gedragstherapie

Het uitgangspunt van cognitieve gedragstherapie is dat cognitieve processen - aandacht, geheugen en interpretatie - een centrale rol spelen bij het ontstaan en het in stand houden van emotionele problemen. Centrale componenten in cognitieve gedragstherapie voor depressie zijn volgens Stikkelbroek & Prinzie (2008):

- psycho-educatie: informatie over aard, behandeling en effectiviteit van de behandeling;
- het stellen van haalbare doelen: het maken van een levensplan;
- zelfmonitoring: observeren en registreren van de eigen stemming, activiteiten en gedachten, ontdekken van patronen die samenhangen met een depressieve stemming;
- activering: stimuleren om meer plezierige activiteiten te ondernemen;
- verbeteren van sociale vaardigheden: oogcontact, glimlachen, positieve dingen zeggen;
- ontspanningsvaardigheden;
- het vergroten van het competentiegevoel;
- communicatievaardigheden;
- cognitieve herstructurering: opsporen en veranderen van onrealistische negatieve gedachten over zichzelf, anderen en gebeurtenissen;
- probleemoplossende vaardigheden: leren van technieken om problemen op te lossen en logisch redeneren

Verschillende meta-analyses hebben aangetoond dat cognitieve gedragstherapie effectief is voor de behandeling van depressieve jeugdigen (Compton et al., 2004; Harrington et al., 1998). Zo concludeert de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009) op basis van verschillende studies dat cognitieve gedragstherapie effectiever is gebleken dan een wachtlijstconditie waarin jeugdigen geen enkele vorm van behandeling kregen (Weisz et al, 2006), ontspanningsoefeningen (o.a. Kahn, Kehle, Jenson & Clark, 1990; Wood, Harrington & Moore, 1996), non-directieve steunende gesprekken en gezinsinterventie (Brent, Roth, Holder et al, 1997). Toch zijn de resultaten niet eenduidig. In de Treatment of Adolescent Depression Study (TADS) werden de korte- en lange termijn effecten van verschillende interventies voor depressieve adolescenten onderzocht (TADS Team, 2004; March, Silva, Vitiello, 2006b). In deze studie werd bij

depressieve adolescenten geen verschil in effectiviteit gevonden tussen cognitieve gedragstherapie en de placeboconditie in de vorm van een neppil. Hoe dit verschil met andere studies, waarin grotere effecten van cognitieve gedragstherapie werden gevonden, te verklaren valt, is niet duidelijk. Een mogelijke verklaring ligt in de vorm waarin de cognitieve gedragstherapie werd aangeboden, met een lage dosering van een groot aantal vaardigheden (Birmaher & Brent, 2007).

In een recente review geven David-Ferdon en Kaslow (2008) een overzicht van de uitkomsten van psychosociale behandelstudies voor depressieve jongeren vanaf 1998. Op basis daarvan concluderen zij dat cognitieve gedragstherapie over het algemeen positieve effecten heeft, ongeacht de vorm van de behandeling - groepsbehandeling, individueel of gezinsbehandeling - en de mate van ouderbetrokkenheid. Sommige cognitieve gedragstherapeutische behandelingen zijn empirisch beter onderbouwd dan andere. Zo blijkt groepsmatige cognitieve gedragstherapie - zowel met als zonder oudercomponent - een bewezen effectieve interventie voor depressieve kinderen.

Een interventie wordt door David-Ferdon & Kaslow (2008) als bewezen effectief geclassificeerd als er minstens twee goed opgezette experimenten met onafhankelijke groepen zijn uitgevoerd die aantonen dat:

- a. de interventie beter werkt dan een placebo - een neppil of een psychologische placebo in de vorm van bijvoorbeeld aandacht - of een andere behandeling, of
- b. de interventie even goed werkt als een al gevestigde behandeling.

Daarnaast moeten steekproefkenmerken gedetailleerd beschreven zijn, moet er gebruik gemaakt worden van een handleiding, moet de steekproef groot genoeg zijn en moeten ten minste twee verschillende onderzoekers of onderzoeksteams interventie-effecten vinden.

Voor depressieve adolescenten is alleen groepsmatige cognitieve gedragstherapie zonder oudercomponent bewezen effectief. Groepsmatige cognitieve gedragstherapie met oudercomponent, individuele cognitieve gedragstherapie en individuele cognitieve gedragstherapie plus ouder/gezinscomponent zijn 'waarschijnlijk effectief' bij adolescenten (David-Ferdon and Kaslow, 2008).

Een interventie wordt door David-Ferdon & Kaslow (2008) als waarschijnlijk effectief geclassificeerd als ofwel:

- a. twee experimenten aantonen dat de interventie effectiever is dan een controlegroep die geen behandeling krijgt - op de wachtlijst staat -, of
- b. de studies voldoen aan alle criteria voor een bewezen effectieve behandeling behalve de eis dat de behandelresultaten aangetoond zijn door twee verschillende onderzoeksteams.

Ook waarschijnlijk effectieve behandelingen moeten uitgevoerd zijn in overeenstemming met een handleiding en de steekproefkenmerken gedetailleerd beschreven hebben.

Thapar et al (2012) plaatsen een kanttekening bij de effecten van cognitieve gedragstherapie bij adolescenten: reviews hebben laten zien dat het een effectieve behandeling is, maar de effectgroottes zijn over het algemeen klein bij adolescenten met zware depressies. Zij noemen cognitieve gedragstherapie daarom 'waarschijnlijk effectief' bij adolescenten met minder zware depressies maar concluderen dat onderzoek niet consequent uitwijst dat het effectiever is dan controlecondities bij adolescenten met zware depressies.

Richardson, Stallard & Velleman (2010) verrichtten een systematische review naar gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie voor onder andere kinderen en jongeren met een depressie. Zij vonden slechts een aantal studies, maar deze hadden wel positieve resultaten. Hoewel veel meer onderzoek nodig is, concluderen de onderzoekers dat gecomputeriseerde cognitieve

gedragstherapie veelbelovend is voor kinderen en jongeren met bijvoorbeeld depressieve- en angstklachten. Meer informatie over online hulpverlening bij diverse problemen en stoornissen is te vinden in het dossier [Online hulp](#).

In Nederland zijn verschillende cognitieve gedragstherapeutische protocollen beschikbaar. Een voorbeeld daarvan is De D(o)epressie cursus (Stikkelbroek, Bouman & Cuijpers, 2005), een vertaling en bewerking van de 'Adolescent coping with depression course' van Clarke, Lewinsohn & Hops (1990). Dit groepstherapieprogramma is gericht op adolescenten van 16 tot 22 jaar met een depressie of depressieve klachten en heeft als doel om vaardigheden aan te leren om depressieve gevoelens onder controle te kunnen krijgen. Een ander voorbeeld is 'Pak aan' van Braet, De Backer & De Cuyper (1998), een vertaling en bewerking van 'Taking action' van Stark en Kendall (1996). Dit programma richt zich op kinderen tussen de 9 en 13 jaar met een depressieve stoornis, met dysthymie of met een depressieve stemming. Het programma heeft achttien sessies en is opgezet als een groepsprogramma voor kinderen. Het kan echter ook in individuele begeleiding gebruikt worden. Zowel de D(o)epressie cursus als Pak aan zijn erkend als 'Theoretisch goed onderbouwd' door de Erkenningscommissie Interventies.

Interpersoonlijke therapie

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) is oorspronkelijk ontwikkeld voor depressieve volwassenen, maar inmiddels ook aangepast voor adolescenten (12-18 jaar). IPT is gebaseerd op het idee dat veranderingen in belangrijke relaties een depressie kunnen veroorzaken. Binnen IPT worden problemen herleid tot een van de volgende vier probleemgebieden:

rouw en verlies;

rolverandering: veranderingen in het leven, zoals de overgang van de basisschool naar de middelbare school, verhuizingen et cetera;

interpersoonlijke conflicten;

interpersoonlijke tekorten: problemen met sociale en emotionele vaardigheden.

Adolescenten leren effectieve strategieën, zoals het verbeteren van de communicatie en het leren uitdrukken van gevoelens, om met deze interpersoonlijke problemen om te gaan of ze op te lossen en daarmee hun depressieve symptomen te verminderen (Blom, Hoencamp & Zwaan, 1996; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). De therapie duurt 12 weken en de ouders worden actief bij de therapie betrokken, bijvoorbeeld via gezamenlijke sessies en aparte oudersessies (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

De effectiviteit van interpersoonlijke therapie voor adolescenten is in een drietal studies nader onderzocht (Mufson, Weissman, Moreau & Garfinkel, 1999; Mufson, Dorta & Wickramaratne, 2004, Rossello & Bernal, 1999). In de eerste studie werden 48 depressieve adolescenten gevolgd die een interpersoonlijke therapie van 12 individuele sessies van 30 tot 60 minuten met aanvullend telefonisch contact kregen, dan wel in een controleconditie zaten waarin alleen hun symptomen in de gaten werden gehouden. Bij adolescenten die de interpersoonlijke therapie hadden gevolgd was sprake van significant grotere verbeteringen in depressieve symptomen, sociaal functioneren en interpersoonlijke probleemoplossende vaardigheden dan bij adolescenten uit de controleconditie. In een vervolgonderzoek werd dezelfde behandeling in het onderwijs getest. Nu werden 63 adolescenten met een depressie willekeurig verdeeld over interpersoonlijke therapie of individuele, ondersteunende therapie (Mufson et al., 2004). In beide condities bleek sprake van een afname van depressieve symptomen, maar bij adolescenten die interpersoonlijke therapie hadden gevolgd was

sprake van een significant grotere afname in hun depressie en eveneens van significante verbeteringen in hun algemene en sociale functioneren. Tijdens de follow-up na zestien weken was dit verschil nog steeds aanwezig. IPT is nog niet vergeleken met pil-placebo, medicatie of combinatiebehandeling (cognitieve gedragstherapie plus medicatie) (Brent & Maalouf, 2009). Het is dus vooralsnog niet bekend of IPT beter werkt dan deze behandelingen.

In hun review concluderen David-Ferdon en Kaslow (2008) dat individuele interpersoonlijke therapie bij depressieve adolescenten een voldoende bewezen effectiviteit heeft. Cuijpers et al (2011) verrichtten zeer recent een meta-analyse naar interpersoonlijke psychotherapie voor depressie. In de analyse werden zowel studies bij volwassenen als studies bij adolescenten meegenomen. Van de 38 studies die geanalyseerd werden, waren er slechts zes op adolescenten gericht. In de studies werd IPT onder meer vergeleken met wachtlijstcondities, placebo, andere vormen van psychotherapie en medicatie. Wanneer IPT werd vergeleken met een controlegroep, bleek sprake van een middelmatig tot groot effect van de therapie. IPT leek wel minder effectief dan antidepressiva (SSRI's). Combinatiebehandeling met IPT en antidepressiva bleek wel weer wat effectiever dan behandeling met antidepressiva alleen. Tot slot bleek IPT niet beter te werken dan andere vormen van psychotherapie (waaronder cognitieve gedragstherapie). De onderzoekers concluderen dat cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie de best onderzochte behandelingen zijn voor volwassenen en adolescenten met een depressie.

Andere behandelingen

Naast cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn er nog enkele andere psychotherapeutische behandelingen voor jeugdigen met een depressie waarvan de effectiviteit nog niet voldoende onderbouwd is, maar die wel veelbelovend zijn: gedragstherapie en gezinstherapie. Gedragstherapie bestaat vaak uit voorlichting, zelfmonitoring van plezierige activiteiten, probleemoplossende vaardigheden en ontspanningsoefeningen. In verschillende studies werd gevonden dat kinderen die deelnamen aan gedragstherapie een grotere afname in depressieve symptomen hadden dan kinderen in de controlecondities. Vooralsnog lijkt deze behandelvorm waarschijnlijk effectief bij depressieve kinderen, maar meer onderzoek is nodig (David-Ferdon & Kaslow, 2008).

Omdat het gezin vaak een grote rol speelt bij depressie op jonge leeftijd en kinderen nog sterk afhankelijk zijn van hun ouders, wordt gezinstherapie vaak aanbevolen bij depressieve kinderen. Meer onderzoek is echter nodig om de effectiviteit van gezinstherapie bij depressieve kinderen te bepalen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Een specifieke vorm van gezinstherapie is de 'attachment-based family therapy'. Deze behandeling heeft als uitgangspunt dat extreme conflictsituaties binnen het gezin, een gebrekkige affectie en fysieke en emotionele verwaarlozing of mishandeling, hechtingsbanden kunnen verbreken en maken dat kinderen niet de vaardigheden ontwikkelen die hen kunnen beschermen tegen een depressie. De behandeling is gericht op het herstellen van de hechting door het opsporen en oplossen van de conflicten in het gezin en het omgaan met daaraan verbonden emoties als verdriet, angst en teleurstelling. Deze vorm van gezinstherapie is een veelbelovende interventie en bleek effectiever dan wachtlijstcontrole in het verminderen van depressieve symptomen (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, Isaacs, 2002; Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009) noemt daarnaast nog twee andere behandelingen die overwogen kunnen worden: psychodynamische psychotherapie en emotieregulatietherapie. In de Richtlijn wordt echter geconcludeerd dat

vooral nog naar beide behandelingen te weinig onderzoek is gedaan om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit.

In 2008 verscheen een review van Maratos, Gold, Wang & Crawford naar muziektherapie bij depressie. De onderzoekers vonden 5 studies naar de effecten van muziektherapie, waarvan er 1 op adolescenten gericht was (Hendricks, 2001). Op basis van deze 5 studies concluderen de onderzoekers dat muziektherapie ingezet kan worden bij mensen met een depressie en kan leiden tot verbeteringen in stemming. Echter, het kleine aantal studies en de lage kwaliteit van studies maken het vrijwel onmogelijk om uitspraken over effectiviteit te doen.

De invloed van klinische variabelen en demografische factoren

Naar de invloed van klinische variabelen en demografische factoren op het effect van psychotherapie is nog weinig onderzoek gedaan. Het gaat om de volgende variabelen en factoren:

- *Comorbiditeit en ernst van de symptomen.* In de meta-analyse van Weisz et al. (2006) bleek psychotherapie bij depressie ook significante effecten te hebben op angst. Dat wekt de suggestie dat beide stoornissen met een enkele interventie aangepakt zouden kunnen worden. De resultaten op dit vlak zijn echter niet eenduidig. Uit sommige studies komt naar voren dat depressieve jeugdigen met comorbide angststoornissen meer baat hebben bij psychotherapeutische behandeling (Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley & Kaufman, 2001; Weersing & Brent, 2003). Andere studies vinden daarentegen juist een grotere afname in depressieve symptomen naarmate er sprake is van minder angstklachten (Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale & O'Connor, 2002; Young, Mufson, & Davies, 2006). Rohde et al. (2001) vonden dat alcohol- en drugsgebruik of -afhankelijkheid net als comorbide ADD en gedragsstoornissen een negatieve invloed uitoefenen op het effect van psychotherapie. Meer onderzoek naar de invloed van comorbiditeit is daarom nodig. Watanabe et al. (2007) concluderen in hun systematische review dat psychotherapie effectiever lijkt bij jeugdigen met een middelmatige tot ernstige depressie dan bij jeugdigen met een milde tot middelmatige depressie. In een studie van Rohde, Seeley, Kaufman, Clarke & Stice (2006) bleken jeugdigen die al eerder depressief geweest waren, sneller te herstellen na deelname in een cognitief gedragstherapeutische interventie dan na deelname in de controleconditie die bestond uit het aanleren van levensvaardigheden. Adolescenten die hun eerste depressieve episode doormaakten, hadden bij beide condities evenveel baat. Dit zou kunnen betekenen dat niet-specifieke psychosociale ondersteuning, zoals het aanleren van levensvaardigheden, niet geschikt is voor depressieve adolescenten met terugkerende depressies, maar wel positieve effecten kan hebben bij adolescenten die voor het eerst een depressie meemaken. Brent & Maalouf (2009) concluderen op basis van verschillende studies dat jeugdigen met sterke cognitieve problemen en ernstigere vormen van depressie minder goed reageerden op cognitieve gedragstherapie. In de TADS-studie daarentegen was het hebben van sterke cognitieve problemen juist een positieve moderator van de combinatiebehandeling (cognitieve gedragstherapie plus medicatie) (Curry, Rohde, Simons et al., 2006; Weersing & Brent, 2006).
- *Leeftijd.* De psychotherapeutische behandelingen die in de meta-analyse van Weisz et al. (2006) werden onderzocht waren even effectief voor kinderen en adolescenten. Zowel David-Ferdon en Kaslow (2008) als Watanabe et al. (2007) concluderen echter dat psychotherapie effectiever lijkt bij adolescenten van 12 tot 18 jaar dan bij kinderen. David-Ferdon en Kaslow (2008) geven bovendien aan dat psychotherapie effectiever lijkt bij jongere dan bij oudere adolescenten.

- *Etniciteit*. Naar de mogelijke invloed van etniciteit op het effect van psychotherapeutische behandelingen is nog te weinig onderzoek verricht. Wel is er een Amerikaanse studie waarin gekeken is naar de rol van etniciteit (Rohde et al., 2006). Daaruit bleek een cognitieve gedragstherapeutische interventie effectiever dan een controleconditie die bestond uit het aanleren van algemene levensvaardigheden bij depressieve blanke jeugdigen, terwijl bij depressieve niet-blanke jeugdigen beide condities even goed leken te werken.
- *Geslacht*. Ook de rol van geslacht is nog onzeker. Er is maar beperkt onderzoek naar verricht en de bevindingen zijn niet consistent (David-Ferdon en Kaslow, 2008).
- *Omgevingsfactoren*. Cognitieve gedragstherapie als specifieke vorm van psychotherapie lijkt minder effectief wanneer er sprake is van een geschiedenis van seksueel misbruik of als een van de ouders depressief is (Barbe, Bridge, Birmaher, Kolko, Brent, 2004b; Brent, Kolko, Birmaher, 1998; Lewinsohn, Rohde, Seeley, 1998; Melvin, Tonge, King, Heyne, Gordon, Klimkeit, 2006; Rohde, Clarke, Mace, Jorgensen, Seeley, 2004; in: Birmaher & Brent, 2007; Brent & Maalouf, 2009). Een positieve moderator voor cognitieve gedragstherapie is volgens Brent & Maalouf (2009) een hoger gezinsinkomen. IPT is daarentegen ook succesvol geïmplementeerd bij allochtone jeugdigen uit gezinnen met een laag inkomen (Klomek & Mufson, 2006; Rossello & Bernal, 1999).
- *Vaardigheden*. In hun studie naar twee psychosociale groepsinterventies bij depressieve adolescenten vonden Rohde et al. (2006) dat cognitieve gedragstherapie de beste effecten leek te hebben wanneer deze verder kon bouwen op al bestaande vaardigheden. Bij adolescenten met slecht ontwikkelde copingvaardigheden duurde het herstel langer.

3.2 Farmacotherapie

In de Amerikaanse praktijkrichtlijn wordt aangegeven dat jongeren met middelmatige depressies goed kunnen reageren op psychotherapie. Jongeren met ernstigere depressies hebben mogelijk - aanvullende - behandeling met antidepressiva nodig. Over het gebruik, de werkzaamheid en mogelijke bijwerkingen van antidepressiva bestaat echter nog veel onduidelijkheid. Daarnaast is er nog maar weinig onderzoek verricht onder jongere kinderen van 5 tot 11 jaar (Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Soorten antidepressiva

Antidepressiva zijn onder te verdelen in:

- Klassieke tricyclische antidepressiva (TCA's);
- Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's);
- Overige niet-tricyclische antidepressiva;
- Overige middelen, zoals Sint Janskruid.

Daarnaast bestaan er medicijnen voor andere aandoeningen die mogelijk ook effect zouden kunnen hebben op depressie, zoals lithium, angstremmers en antipsychotica (Trimbos-instituut, 2008).

Effectiviteit

Het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren met een depressie brengt risico's mee. Bovendien is het gebruik bij deze groep niet goed onderbouwd en worden studies met negatieve resultaten vaak pas later gepubliceerd dan studies met positieve resultaten, waardoor een vertekend beeld kan ontstaan (Reyes, Panza, Martin & Bloch, 2010). Tot op heden is slechts de werkzaamheid van één antidepressivum overtuigend aangetoond, namelijk fluoxetine, een specifieke SSRI (Moreno, Arango, Parellada, Shaffer, Bird, 2007; Treffers en Rinne, 2005).

De effectiviteit van fluoxetine is aangetoond in een aantal gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's). In een review van Hetrick, Merry, McKenzie, Sindahl & Proctor (2008) werden 12 RCTs naar de effectiviteit van SSRI's bij jeugdigen op een rijtje gezet. Alleen met fluoxetine werd consistent in 3 van de 4 RCT's een significante afname van depressieve symptomen bereikt (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Van middelen als citalopram en sertraline - ook SSRI's - is ook enig effect gevonden.

De andere middelen werken bij jeugdigen tussen de 6 en 17 jaar niet of nauwelijks beter dan een placebo. Zo hebben verschillende RCT's en meta-analyses aangetoond dat zogenaamde klassieke tricyclische antidepressiva niet effectiever zijn dan placebo in de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten (Hazell, O'Connell, Heathcote, Henry, 2006). Bovendien blijken ze ongunstige bijwerkingen te kunnen hebben. Zo zijn zij in verband gebracht met het plotselinge overlijden van kinderen van vijf tot vijftien jaar die een TCA gebruikten (Treffers & Rinne, 2005). Op basis hiervan heeft de Britse Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) geconcludeerd dat de meeste antidepressiva gecontraïndiceerd zijn bij depressieve adolescenten en kinderen. Met uitzondering van fluoxetine wordt er nauwelijks effect aangetoond en is er vaak sprake van aanzienlijke bijwerkingen (Treffers & Rinne, 2005; Dehue, 2005; Birmaher & Brent, 2007; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Overigens moet opgemerkt worden dat het niet aan kunnen tonen van een effect niet direct betekent dat een middel niet werkt. Het ontbreken van een effect kan ook te wijten zijn aan tekortkomingen in het ontwerp van de studie (Wohlfarth, van Zwieten, Lekkerkerker, Gispén, Ruis, Elferink & Storosum, 2005).

De Food and Drug Administration (FDA) heeft fluoxetine op dit moment als enige vorm van SSRI goedgekeurd voor het gebruik bij kinderen en adolescenten boven de acht jaar met een depressieve stoornis in Amerika en Europa (Usala, Clavenna, Zuddas & Bonati, 2008).

Bijwerkingen

SSRI's hebben veel bijwerkingen. Wat veel voorkomt zijn maag- en darmklachten, agitatie, nervositeit, slaapstoornissen, hypomanie en manie, en apathie. Ook genoemd is afname van de groei (Weintrob, Cohen, Klipper-Aurbach, Zadik & Dickerman, 2002, in: Treffers & Rinne, 2005). Over seksuele problemen bij adolescenten die SSRI's gebruiken is nog weinig geschreven, waarschijnlijk omdat hier niet vaak expliciet naar wordt gevraagd. Het is niet altijd duidelijk of klachten, zoals slaapproblemen of suïcidaliteit, veroorzaakt worden door medicatie of een symptoom van de depressie zijn. Wanneer wordt gestopt met de behandeling met een SSRI kunnen symptomen optreden als duizeligheid, misselijkheid en vermoeidheid. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat wanneer met fluoxetine gestopt wordt, een groot deel van de kinderen en jongeren terugvalt. In twee studies was sprake van respectievelijk 60% en 69% terugval wanneer de jeugdigen een placebo kregen na een periode van behandeling met fluoxetine tegenover 34% en 42% terugval wanneer werd doorgegaan met fluoxetine (Emslie et al., 2004; Emslie et al., 2009; in: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009)

Voor alle antidepressiva geldt dat de lange termijn effecten niet systematisch zijn onderzocht bij kinderen en adolescenten (Treffers & Rinne, 2005).

Suïcidaliteit

In 2004 gaf de Food en Drug Administration (FDA) in de Verenigde Staten de zwaarste waarschuwing uit en kregen behandelaars het advies kinderen die antidepressiva waaronder SSRI's gebruikten, scherp in de gaten te houden in verband met het verergeren van depressiviteit, geagiteerdheid of suicidaliteit, in het bijzonder in de beginperiode van het gebruik of tijdens veranderingen in de dosering. Deze waarschuwing was gebaseerd op klinische onderzoeken waarin suïcidaal gedrag - zelfmoordpogingen en zelfmoordgedachten - en vijandigheid - voornamelijk agressie, oppositioneel gedrag en woede - vaker werden gezien bij kinderen en adolescenten die behandeld werden met antidepressiva dan bij kinderen en adolescenten die behandeld werden met placebo.

In een meta-analyse van Bridge en collega's (2007) werd eveneens een klein, maar significant verhoogd risico op suïcidale gedachten of aan suïcide gerelateerd gedrag gevonden onder jeugdigen die met antidepressiva behandeld werden (Bridge, Iyengar & Salary, 2007).

Hoewel er geen zekerheid bestaat over een causaal verband tussen het gebruik van antidepressiva en suïcidegerelateerde gebeurtenissen, is er wel reden tot bezorgdheid. Het waargenomen signaal is in het algemeen zwak, maar wordt wel gevonden in een groot aantal studies (Wohlfarth, van Zwieten, Lekkerkerker, Gispén, Ruis, Elferink & Storosum, 2005). Ook recentelijk nog concludeerden Tandt, Audenaert & van Heeringen (2009) op basis van een kritische beschouwing van de literatuur over suïcidaliteit en SSRI's tot aan 2009 dat er bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen sprake was van een toegenomen suïcidaal risico bij inname van SSRI's. Uit een meta-analyse van Stone, Laughren, Jones, Levenson, Holland, Hughes, Hammad, Temple & Rochester (2009) blijkt daarnaast dat jongvolwassenen (onder de 25 jaar) die antidepressiva slikken een ongeveer even groot risico lopen op suïcidaliteit en suïcidaal gedrag als kinderen en adolescenten.

Op basis van deze gegevens raadt het Nederlandse College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) het gebruik van SSRI's in de behandeling van kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar af. Bovendien waarschuwt zij jonge gebruikers van SSRI's en hun ouders of verzorgers niet plotseling te stoppen met het gebruik van deze middelen. Als op grond van klinische noodzaak wordt besloten SSRI's te gebruiken nadat alle andere behandelingsmogelijkheden zijn afgewogen, dan moet de jeugdige zorgvuldig gecontroleerd worden op het optreden van suïcidale symptomen. Het standpunt van de CBG is ongewijzigd sinds april 2005. Toen heeft de CHMP, het wetenschappelijk comité voor geneesmiddelen voor de mens waarin het CBG vertegenwoordigd is, een waarschuwing uitgegeven voor het gebruik van SSRI's bij kinderen. Deze waarschuwing is opgenomen in de bijsluiters en de samenvattingen van de productkenmerken (SPC's) (CBG, 2008).

3.3 Antidepressiva versus psychotherapie en combinatietherapie

Een recente studie naar de effecten van verschillende interventies voor depressieve adolescenten is Treatment of Adolescent Depression Study (TADS). In deze studie worden cognitieve gedragstherapie, fluoxetine, een combinatie van cognitieve gedragstherapie en fluoxetine en een placeboconditie - in de vorm van een neppil - met elkaar vergeleken (TADS Team, 2004; March et al., 2006b). Combinatiebehandeling met cognitieve gedragstherapie en fluoxetine bleek effectiever in het verminderen van depressieve symptomen en het verlichten van suïcidale gedachten dan behandeling met een van beide en dan de placeboconditie. Fluoxetine bleek ook effectiever dan cognitieve gedragstherapie. Maar suïcidaal gedrag kwam twee keer meer voor bij adolescenten die

alleen behandeld waren met fluoxetine dan bij adolescenten in de gecombineerde behandelgroepen en adolescenten die alleen behandeld werden met cognitieve gedragstherapie. Dit zou kunnen betekenen dat cognitieve gedragstherapie die wordt toegevoegd aan behandeling met fluoxetine bescherming kan bieden tegen suïcidaal gedrag. Meer onderzoek is echter nodig (Emslie, Kratochvil, Vitiello, 2006; in: David-Ferdon & Kaslow, 2008). In andere studies werd geen meerwaarde van het combineren van medicatie en psychotherapie gevonden (Goodyer, Dubicka, Wilkinson, Kelvin, Roberts, Byford, 2007; Melvin, Tonge, King, Heyne, Gordon & Klimkeit, 2006, in: David-Ferdon en Kaslow, 2008). Asarnow, Emslie, Clarke et al (2009) vonden dat gecombineerde behandeling met cognitieve gedragstherapie en antidepressiva mogelijk betere resultaten oplevert bij adolescenten waarbij de depressie comorbide is met andere stoornissen.

Overige behandelingen

Naast psychotherapie en farmacotherapie zijn er nog enkele andere behandelvormen te onderscheiden die mogelijk positieve effecten kunnen hebben bij depressieve jeugdigen.

Sint Janskruid

Sint Janskruid is een extract van de plant *Hypericum perforatum* en wordt gebruikt voor verschillende medicinale doeleinden, waaronder ook de behandeling van depressie. Enkele pilotstudies naar het gebruik van Sint Janskruid bij depressieve jeugdigen in Duitsland, Canada en Amerika hadden veelbelovende resultaten. Naar de veiligheid of werkzaamheid zijn echter nog geen RCT's onder jeugdigen uitgevoerd. Bekend is dat Sint Janskruid kan interacteren met verschillende soorten voorgeschreven medicijnen en de effectiviteit van die medicijnen kan verhogen of juist verlagen (Committee on Safety of Medicines, 2000). Sint Janskruid kan ook gevoeligheid voor licht veroorzaken (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009) ontraadt het gebruik van St Jans Kruid bij kinderen en adolescenten met een depressie ondermeer omdat deze het risico op ernstige bijwerkingen verhoogd.

Elektroconvulsietherapie (ECT)

Elektroconvulsietherapie (ECT) is een behandeling waarin een epileptisch insult - een convulsie - wordt opgewekt door twee elektroden op het hoofd te plaatsen en hierdoor ongeveer vier à zes seconden elektrische stroom te geleiden (www.hulpgids.nl). Naar de effectiviteit van ECT bij adolescenten en de lange termijn bijwerkingen, zoals geheugenstoornissen, is nog weinig onderzoek gedaan. Recent is in Nederland een kleinschalige retrospectieve studie uitgevoerd waarin de effectiviteit van ECT bij een groep van 12 Nederlandse adolescenten werd vergeleken met de resultaten bij een groep van 19 ouderen en volwassenen (Hegeman, Doesborgh, van Niel, van Megen, 2008). De studie toonde aan dat ECT succesvol was bij vier adolescenten met een therapieresistente depressieve episode. Het leidde tot een halvering van de gemiddelde score op depressieschalen. Tussen de behandelde adolescenten en volwassenen was er geen verschil in effectiviteit. Welke factoren van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van ECT is nog niet duidelijk. Wel lijkt zowel bij volwassenen als bij adolescenten een comorbide persoonlijkheidsstoornis te leiden tot een ongunstig resultaat. Meer grootschalig onderzoek naar de effectiviteit van ECT bij adolescenten is nodig. Daarbij is het ook van belang meer inzicht te krijgen in de bijwerkingen.

4. De behandeling van andere vormen van depressie

Andere vormen van depressie, zoals psychotische depressie, seizoensstoornis of bipolaire stoornis, vragen om een specifieke behandeling.

4.1 Psychotische depressie

Om te bepalen wat werkt bij jeugdigen met een psychotische depressie - een ernstige depressie waarbij psychotische verschijnselen optreden zoals hallucinaties en wanen – zijn weinig studies voorhanden (Geller, Cooper, Farooki, Chestnut, 1985; in: Birmaher & Brent, 2007). Tot nog toe lijkt het erop dat de combinatie van antidepressiva met antipsychotica kan helpen. Maar, als het kind vage of milde psychotische symptomen heeft, dan kunnen antidepressiva op zich ook al helpen. In de Amerikaanse richtlijn (Birmaher & Brent, 2007) wordt aanbevolen om te kiezen voor atypische antipsychotische medicatie, gecombineerd met SSRI's als behandeling voor depressieve, psychotische jeugdigen. Daarbij moet goed gelet worden op de bijwerkingen van antipsychotica, evenals interacties tussen medicijnen. Niet gecontroleerde studies doen de suggestie dat electroconvulsieve therapie (ECT) nuttig zou kunnen zijn voor depressieve psychotische adolescenten (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004; in: Birmaher & Brent, 2007). De resultaten zijn echter niet eenduidig.

4.2 Seizoensstoornis

Een kleinschalige RCT wijst erop dat depressieve jeugdigen met een seizoensstoornis - een depressieve stoornis die optreedt bij seizoenswisselingen, normaal gesproken tijdens de wintermaanden tot aan het voorjaar - baat kunnen hebben bij lichttherapie (Swedo, Allen, Glod, 1997; in: Birmaher & Brent, 2007). Lichttherapie wordt geassocieerd met een aantal bijwerkingen zoals hoofdpijn en geïrriteerde ogen. Bij kwetsbare patiënten kan behandeling met licht episodes van hypomanie of manie teweegbrengen (Birmaher & Brent, 2007).

4.3 Bipolaire stoornis

Een bipolaire stoornis wordt gekenmerkt door het herhaald optreden van episodes met heftige en extreme stemmingschommelingen. De stemming is dan gedurende een langere periode wisselend depressief of zeer uitgelaten manisch of hypomaan of soms gelijktijdig manisch en depressief, de gemengde episode. Patiënten met een psychotische depressie kunnen een groter risico lopen op het ontwikkelen van een bipolaire stoornis (Geller, Fox en Clark, 1994; Strober en Carlson, 1982; in: Birmaher & Brent, 2007). Bij jeugdigen met een milde tot middelmatige depressie met een aanleg voor bipolariteit wordt in de Amerikaanse richtlijn (Birmaher & Brent, 2007) aanbevolen te starten met psychotherapie omdat het risico op manie door het gebruik van antidepressiva groot is. Als er een sterk vermoeden is dat een jeugdige een bipolaire stoornis heeft, kan een stemmingsstabilisator zoals lithium of valproaat, overwogen worden.

5. Voorkomen van terugval en behouden van resultaat

Bij ongeveer 30 procent van de jeugdigen met een depressie keert de depressie binnen vijf jaar terug, vaak binnen een jaar na de eerste episode (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Daarnaast heeft een aantal jeugdigen na de behandeling nog altijd depressieve symptomen of een depressie.

5.1 Behandeling in drie fasen

In de Amerikaanse richtlijn (Birmaher & Brent, 2007) wordt de behandeling van depressie onderverdeeld in drie fasen. De eerste fase bestaat uit acute behandeling waarin verbetering van de situatie en uiteindelijk volledig herstel van de depressie wordt nagestreefd.

Na deze acute fase beveelt de richtlijn een zogenaamde ‘continuerende behandeling’ aan. In deze fase staat het behouden van het resultaat en het voorkomen van terugval centraal. De aanbevolen duur van deze fase is zes tot twaalf maanden en de intensiteit ervan moet bepaald worden door zaken als de klinische status van de jeugdige, zijn functioneren en steun uit de omgeving. Zo kan bij een continuerende behandeling met psychotherapie gedacht worden aan het verder versterken van de vaardigheden die tijdens de behandeling geleerd zijn en het aanpakken van stressfactoren in de omgeving.

De derde fase die wordt onderscheiden wordt ook wel de ‘onderhoudsbehandeling’ genoemd. Deze fase is gericht op het voorkomen van terugval bij jeugdigen met een ernstigere, terugkerende of chronische stoornis en kan ingezet worden na de continuerende behandeling. Deze fase kan een jaar of langer duren, afhankelijk van klinische status, functioneren, motivatie, comorbide stoornissen et cetera. Zowel continuerende behandeling als onderhoudsbehandeling moeten gericht zijn op volledig herstel of minimale overblijvende symptomen. Kinderen en adolescenten die niet volledig hersteld zijn van hun depressie en nog altijd depressieve symptomen hebben, zijn kwetsbaarder en hebben daardoor een grotere kans op een terugval (Birmaher & Brent, 2007).

Onderzoek van Kennard, Silva, Tonev et al (2008) onderschrijft het belang van continuerende behandeling. Zij maakten gebruik van de steekproef uit de TADS-studie. Direct na de behandeling (die 12 weken duurde en bestond uit behandeling met fluoxetine, cognitieve gedragstherapie of combinatietherapie) was 23% van de patiënten (adolescenten met een depressieve stoornis) hersteld van hun depressie. Na deze acute behandeling werd continuerende behandeling ingezet. In week 36 bleek het percentage patiënten dat hersteld was meer dan verdubbeld, met 60%. Ook Brent & Maalouf (2009) benadrukken dat de terugval na behandeling met cognitieve gedragstherapie hoog is als er geen ‘booster’ sessies worden aangeboden. Langere en meer intensieve behandeling leidt ook volgens hen waarschijnlijk tot meer herstel.

6. Conclusie

Wat werkt bij jeugdigen met een depressieve stoornis? Meer onderzoek is nodig om een goed antwoord op deze vraag te krijgen. Afhankelijk van de vorm en ernst van de depressie kan gekozen worden voor waakzaam afwachten, ondersteuning, gerichte psychotherapie - voornamelijk in de vorm van cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie -, behandeling met medicatie of mogelijk zelfs elektroconvulsietherapie. Het precieze effect van al deze behandelingen en mogelijke verschillen naar leeftijd, geslacht, etniciteit enzovoorts moet in de toekomst verder verduidelijkt worden.

Op basis van de onderzochte literatuur kunnen wel een aantal conclusies getrokken worden:

- Algemene werkzame factoren in de behandeling van jeugdigen met een depressie bestaan uit het opbouwen van een goede behandelrelatie, samenwerking met de ouders en overige omgeving zoals school of vrienden, het geven van psycho-educatie en ondersteuning en individuele afstemming van de behandeling.
- Bij milde vormen van depressie kan spontaan herstel optreden. Als de therapeut dit verwacht, of wanneer de jeugdige niet open staat voor behandeling, kan overwogen worden om te kiezen voor waakzaam afwachten. Hierbij is goede monitoring noodzakelijk. Wanneer de depressie na vier

weken waakzaam afwachten nog aanwezig is, dan beveelt de Britse praktijkrichtlijn aan over te gaan op - ondersteunende - behandeling.

- Bij milde vormen van depressie is niet-specifieke ondersteunende psychotherapie in de vorm van actief luisteren, steun geven, helpen met problemen oplossen et cetera vaak voldoende.
- Voor middelmatige tot ernstige depressies of milde depressies die niet overgaan met ondersteunende behandeling is psychotherapie volgens de Amerikaanse en Britse praktijkrichtlijn de eerste aangewezen keuze. Daarbij zijn cognitieve gedragstherapie voor kinderen en adolescenten en interpersoonlijke therapie voor adolescenten empirisch het beste onderbouwd.
- Welke demografische en klinische factoren een rol spelen in de effectiviteit van psychotherapie is tot nog toe niet goed duidelijk. Factoren als comorbiditeit, de ernst van de depressie en de leeftijd van de jeugdige zouden van invloed kunnen zijn op het behandelresultaat.
- Het Nederlands College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) raadt het gebruik van antidepressiva en specifiek SSRI's in de behandeling van kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar af, vanwege het risico op suïcidaal gedrag - zelfmoordgedachten en -pogingen - en vijandigheid. Als op basis van klinische noodzaak toch voor antidepressiva gekozen wordt, dan is alleen de effectiviteit van de SSRI fluoxetine voldoende onderbouwd in de behandeling van depressie bij jeugdigen. De jeugdige dient dan zorgvuldig te worden gecontroleerd op het optreden van suïcidale symptomen en andere bijwerkingen. Dit laatste geldt ook voor jongvolwassenen (onder de 25 jaar). Onlangs is gebleken dat jongvolwassenen die antidepressiva slikken een ongeveer even groot risico lopen op suïcidaliteit en suïcidaal gedrag als kinderen en adolescenten.
- Een combinatie van psychotherapie en antidepressiva zou mogelijk effectiever kunnen zijn dan antidepressiva alleen, maar deze toegevoegde waarde van combinatietherapie wordt niet in alle studies gevonden. Ook zou cognitieve gedragstherapie als aanvulling op antidepressiva een bescherming kunnen bieden tegen suïcidaal gedrag. Meer onderzoek is nodig.
- Sint Janskruid heeft in enkele pilotstudies naar de behandeling van jeugdigen met een depressie veelbelovende resultaten opgeleverd, maar er zijn nog geen RCT's verricht onder jeugdigen. Bovendien is meer onderzoek nodig naar de bijwerkingen. Vooral nog wordt het gebruik ontraden in de Nederlandse richtlijn addendum depressie bij jeugd.
- Elektroconvulsietherapie bij adolescenten met een depressie is controversieel en wordt nog maar weinig toegepast. Tot nog toe wordt ook weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van deze methode bij adolescenten en de mogelijke cognitieve bijwerkingen op de lange termijn. Een recente, maar zeer kleinschalige nationale studie liet zien dat elektroconvulsietherapie positieve resultaten kan hebben bij adolescenten met een therapieresistente depressieve episode.
- Wat werkt in de behandeling van een psychotische depressie bij jeugdigen is nog niet goed duidelijk. Tot nog toe lijkt het erop dat de combinatie van antidepressiva met antipsychotica positief kan werken.
- Jeugdigen met een seizoensstoornis zouden baat kunnen hebben bij lichttherapie. Maar meer onderzoek is nodig naar de effectiviteit en bijwerkingen.
- Antidepressiva kunnen bij jeugdigen met een milde tot middelmatige depressie en een aanleg voor bipolariteit het risico op manie vergroten; bij deze groep kan het best gestart worden met psychotherapie. Als er een sterk vermoeden is dat een jeugdige een bipolaire stoornis heeft, kan voor een stemmingsstabilisator gekozen worden.
- Omdat depressie een terugkerend karakter kent is het voortzetten van de behandeling gedurende zes tot twaalf maanden na een effect van belang. Hoe deze 'continuerende' behandeling wordt

vormgegeven en wat de intensiteit daarvan is, moet bepaald worden door factoren als de klinische status, het functioneren, omgevingsfactoren et cetera.

- Voor jeugdigen met een ernstigere, terugkerende en chronische stoornis kan bovenop de continuerende behandeling nog een vorm van ‘onderhoudsbehandeling’ ingezet worden. Deze fase kan een jaar of langer duren.
- Zowel continuerende behandeling als onderhoudsbehandeling moet gericht zijn op volledig herstel of minimale overblijvende symptomen. Kinderen en adolescenten die niet volledig hersteld zijn van hun depressie en nog altijd depressieve symptomen hebben, hebben een groter risico op terugval.

7. Bronnen

Asarnow, J.R., Goldstein, M.J., Tompson, M., Guthrie, D. (1993). One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 129-137.

Birmaher, B., Brent, D. (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).

Birmaher, B., Brent, D.A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa, R.E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36

Blom, M.B.J., Hoencamp, E. & Zwaan, T. (1996). Interpersoonlijke psychotherapie voor depressie. Een pilot-onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 38, 398-402.

Braet C., De Cuyper S., De Backer V., & Timbremont B. (1998). *Pak Aan: een werkboek om je sombere buien te overwinnen*.

Brent, D.A. & Maalouf, F.T. (2009). Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50:1-2 (2009), pp 143–152.

Brent, D.A., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Bridge, J., Roth, C. & Holder, D. (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 906-914.

Brent, D.A., Roth, C.M., Holder, D.P., Kolko, D.J., Birmaher, B., Johnson, B.A. & Schweers, J.A. (1997). Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depressions: a comparison of three psychosocial interventions. In: *Psychological treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*. E.D. Hibbs & P.S. Jensen, eds, Washington DC: American Psychological Association, pp 187-206.

Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, M., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S. & Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.



Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A., Ren, L., Brent, D.A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 297, 1683-1696.

Cheung, A.H., Emslie, G.J., Mayes, T.L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 735-754.

Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., Seeley, J.R., Debar, L. (2002). Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 305-313.

Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, V.R., Curry, J. (2004). Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence based medicine review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.

Cuijpers, P., Geraedts, A.S., Oppen, P. van, Andersson, G., Markowitz, J.C., Straten, A. van (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 10.1176/appi.ajp.2010.10101411.

Curry, J., Rohde, P., Simons, S., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C., et al. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *Archives of General Psychiatry*, 45, 1427-1439.

David-Ferdon, C., Kaslow, N.J. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1), 62 – 104.

Dehue, T. (2005). Verdienen aan neerslachtigheid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 223 – 234.

Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., Isaacs, L. (2002). Attachment based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.

Harrington, R., Campbell, F., Shoebridge, P., Whittaker, J. (1998). Meta-analysis of CBT for depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1005-1007.

Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., Henry, D. (2006). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Hegeman, J.M., Doesborgh, J.C., Niel, M.C. van, Megen, H.J.G.M. van (2008). De effectiviteit van elektroconvulsie therapie bij adolescenten. Een retrospectief vergelijkend onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50 (1), 23-31.

Hendricks, C.B. (2001). A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. *Dissertation Abstracts International*; 62(2-A):472.

Hetrick, S., Merry, S., McKenzie, J., Sindahl, P. & Proctor, M. (2008). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 18(3):CD004851.

Kahn J.S., Kehle T.J., Jenson W.R. & Clark E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 19(2): 196-211.

Kennard, B.D., Silva, S.G., Tonev, S., Rohde, P., Hughes, J.L., Vitiello, B. et al. (2009). Remission and Recovery in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): Acute and Long-Term Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (2), 186-195

Klomek, A.B., & Mufson, L. (2006). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 959-975.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.

Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X. & Crawford, M.J. (2008). Music therapy for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1

March, J.S., Silva, S., Vitiello, B., TADS Team (2006b). The treatment for adolescents with depression study (TADS): methods and message at 12 weeks. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1393-1403.

Michael, K.D., Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 22, 247-269.

Moreno, C., Arango, C., Parellada, M., Shaffer, D., Bird, H. (2007). Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 184-195.

Mufson, L., Dorta, K.P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., Weissman, M.M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.

Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R (1999), Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. The British Psychological Society.

Nomura, Y., Wickramaratne, P.J., Warner, V., Mufson, L., Weissman, M.M. (2002). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: ten-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 402-409.

Pilowsky, D.J., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Weissman, M.M. (2006). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 452-60.

Reinecke, M.A., Ryan, N.E., DuBois, D.L. (1998a). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 26-34.

Reyes, M.M., Panza, K.E., Martin, A. & Bloch, M.H. (2010). Time-lag bias in trials of pediatric antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50 (1), 63-72.

Richardson, T., Stallard, P., Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(3), 275-290.

Rohde, P., Seeley, J. R., Kaufman, N. K., Clarke, G. N., & Stice, E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 80-88.

Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 795-802.

Rosenbaum Asarnow, J., Emslie, G., Clarke, G., Dineen Wagner, K., Spirito, A., Vitiello, B. et al (2009). Treatment of selective serotonin reuptake inhibitor-resistant depression in adolescents: predictors and moderators of treatment response. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:3, 330-339.

Rossello, J. & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.

Stark, K., Kendall, P.C. (1996). *Taking ACTION: A workbook for overcoming depression*. Ardmore, PA: Workbook Publishing

Stikkelbroek, Y. & Prinzie, P. (2008). Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie. *Kind en adolescent praktijk* (7), 2, 52-60.

Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L., Levenson, M., Holland, P.C., Hughes, A., Hammad, T.A., Temple, R. & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 339, b2880. doi:10.1136/bmj.b2880.

Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2009). Richtlijn Addendum Depressie bij Jeugd (autorisatieversie, 9 april 2009). Utrecht: Trimbos-instituut.

Tandt, H., Audenaert, K. & Heeringen, C. van (2009). ssri's en suïcidaliteit bij volwassenen, adolescenten en kinderen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51(6), 387-393.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-67.

Treatment of Adolescent Depression Study (TADS) Team (2004). Fluoxetine, cognitive behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 807-20.

Treffers, F. & Rinne, M. (2005). ssri's bij kinderen en adolescenten (1). Inleiding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 247 - 259.

Treffers, F. & Rinne, M. (2005). ssri's bij kinderen en adolescenten (2) Werkzaamheid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 260- 275.

Treffers, F. & Rinne, M. (2005). ssri's bij kinderen en adolescenten (3) Problemen in verband met klinische Trials. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 276-288.

Treffers, F. & Rinne, M. (2005). ssri's bij kinderen en adolescenten (4) Interactie met rijping en ontwikkeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 299-310.

Usala, T., Clavenna, A., Zuddas, A. & Bonati, M. (2008). Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European neuropsychopharmacology*, 18 (1), 62-73.

Watanabe N., Hunot V., Omori I.M., Churchill R., Furukawa T.A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116: 84-95

Weersing, V.R., & Brent, D.A. (2006). Cognitive behavioral therapy for depression in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 939-957.

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 (1), 132-149.

Wohlfarth, T., Zwieten, B.J. van, Lekkerkerker, F., Gispen, C.C., Ruis, J., Elferink, A.J.A. & Storosum, J.G. (2005). Gebruik van antidepressiva bij kinderen en adolescenten en het risico van suïcide. Zijn er verschillen tussen de diverse antidepressiva? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 289-298.

Wood, A., Harrington, R., Moore, A. (1996). Controlled trials of a brief cognitivebehavioral intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 37(6): 737-746.

Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Impact of comorbid anxiety in an effectiveness study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 904–912.