

De diagnostiek van depressieve klachten bij kinderen en jongeren

Caroline Braet, Patricia Bijttebier, & Guy Bosmans

Theoretische achtergrond van depressieve klachten op onderkenningsniveau

Depressieve klachten komen veel frequenter voor bij kinderen en jongeren dan vroeger werd aangenomen. Bij 2-5% van de lagere schoolkinderen blijven die klachten langere tijd aanslepen en is er sprake van een duidelijk negatieve stemming en verminderd plezier en interesse. Tijdens de adolescentie neemt dat aantal jongeren met een depressie in die mate toe dat tegen de jongvolwassenheid, 12-15% van de jongeren ooit langdurige en ernstige depressieve klachten heeft gehad (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2011).

Depressieve klachten gaan gepaard met hopeloze gedachten over zichzelf (niet de moeite waard zijn), de omgeving (iedereen is tegen mij, niemand houdt van mij) en de toekomst (het zal nooit goed komen met mij) (de cognitieve triade: Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Dit leidt bij vele kinderen en jongeren tot onrust en agitatie. Dat kan zich uiten in ongehoorzaam, opstandig, agressief en dwingend gedrag en wordt vaak ten onrechte bestempeld als teken van externaliserende gedragsproblemen. Anderzijds leidt dit tot verminderde energie, concentratie-problemen, eetproblemen, en slaapproblemen. Depressieve klachten kunnen leiden tot absentieïsme op school en verlies van vrienden, en verhogen de kans op zelfverwondend gedrag en suïcide (bv., Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2012; Craig, 1998).

Gegeven de ernstige impact van depressieve klachten op het dagdagelijkse leven en de verdere ontwikkeling van kinderen en jongeren, is het verrassend dat volwassenen in de omgeving van het kind zoals ouders en leerkrachten vaak onwetend zijn over depressieve klachten bij kinderen (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Vaak worden jongere kinderen dan ook eerder aangemeld voor een diagnostisch onderzoek omwille van de gerelateerde klachten zoals het moeilijke gedrag of het schools en sociaal uitvallen. Naarmate kinderen ouder worden en in de adolescentie komen, stijgt de kans op suïcidepogingen (bv.,

Kessler, Borge, & Walters, 1999; Skegg, 2005) en dit wordt dan uiteraard een andere belangrijke reden waarom jongeren met depressieve klachten in de hulpverlening komen (zie hoofdstuk suïcide verder in dit handboek).

Met opmerkingen [IN1]: Hier tzt juiste verwijzing toevoegen.

Depressieve klachten kunnen zowel op dimensioneel als op categoriaal niveau in kaart worden gebracht. Dimensioneel kan men uitspraken doen over de mate waarin de emotionele, motivationele en cognitieve klachten aanwezig zijn die typisch onderdeel vormen van cognitieve klachten. Categorieaal wordt er sinds de invoering van de DSM-5 (APA, 2013) voor kinderen en jongeren gesproken over stoornissen onder de rubriek ‘depressieve stoornissen’. Deze hoofdcategorie omvat verschillende subgroepen waarvan we hier twee subcategorieën nader bespreken: de majeure depressieve stoornis en de persisterende depressieve stoornis.

Ten eerste is er sprake van een majeure depressieve stoornis (‘major depressive disorder’; kortweg: een depressie) wanneer een kind ten minste gedurende twee weken een pervasieve verandering in de stemming vertoont, zich uitend in ofwel depressieve gevoelens ofwel een geïrriteerde stemming en/of verlies van interesse en plezier. Aanvullend moet het kind ook minstens vier andere klinische kenmerken hebben uit de volgende reeks: significante veranderingen in het eetpatroon, gewichtsverlies of gewichtstoename, slapeloosheid of hypersomnia, een nagenoeg dagelijks optredende psychomotorische agitatie of remming, klachten over moeheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of excessieve, irreële schuldgevoelens, een verminderd denk- of concentratievermogen of besluiteloosheid en steeds terugkerende suïcidegedachten en/of suïcidepoging.

De bovenstaande karakteristieken moeten tevens van dien aard zijn dat ze een significant lijden veroorzaken of een belemmering vormen in het functioneren op sociaal gebied, bij dagelijkse bezigheden (school, werk) of op andere belangrijke levensterreinen. De bovenstaande symptomen mogen niet te wijten zijn aan fysiologische effecten na middelenmisbruik, of aan een somatische aandoening of gezien worden als een premenstrueel syndroom (aparte groepen in de DSM). Voldoet een kind slechts aan enkele van de hierboven beschreven symptomen, dan kan het beeld volgens de DSM-5 ondergebracht worden bij de ‘depressieve stoornis – niet anderszins omschreven’ (eveneens aparte groep in de DSM).

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

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

Theoretische achtergrond van depressieve klachten op verklaringsniveau

De ontwikkeling van depressieve klachten is het resultaat van een leerproces dat het gevolg is van de complexe interactie tussen biologische en omgevingsfactoren gedurende de ganse levensloop van het kind (zie ook Hoofdstuk 2 uit Deel I). Daarom dient de diagnosticus,

bij het formuleren van verklaringshypothesen, ten eerste relevante risicofactoren in kaart te brengen en kijken in welke mate deze risicofactoren ook werkelijk oorzakelijk met de depressieve klachten in verband staan. Ten tweede dient de diagnosticus zicht te krijgen op de inhoud van de depressieve klachten (waarover is de jongere ongelukkig of welke cognities en schema's zorgen voor depressieve gevoelens). Ruwweg kunnen we drie categorieën factoren onderscheiden die van belang zijn bij de verklarende diagnostiek van depressieve klachten: factoren die gelinkt zijn aan het kind zelf, factoren die geïdentificeerd kunnen worden in de omgeving van het kind en leermechanismen.

Factoren op het niveau van het kind

Alhoewel duidelijk aantoonbare omgevingsfactoren een rol spelen in de ontwikkeling van een depressie, zal hun invloed sterk afhankelijk zijn van factoren in het kind zelf, zoals een biologische kwetsbaarheid/genetische dispositie of problemen in de affectregulatie. In wat volgt worden deze twee factoren wat verder uitgediept. Daarnaast moet de diagnosticus alert zijn voor alle kind-gerelateerde factoren die verklaren waarom bepaalde bronnen van stress ontstaan, zoals bijvoorbeeld een tekort aan sociale vaardigheden waardoor kinderen meer risico lopen om een depressie te ontwikkelen omdat ze zich sociaal geïsoleerd voelen (Birmaher et al., 2007).

Biologische factoren: Eerst dient de diagnosticus uit te sluiten of er bepaalde ziektes (bv. disregulatie van de schildklier) of tumoren zijn (zie Hoofdstuk 2, Deel II). Als dit uitgesloten kan worden, dan dient de diagnosticus zich bewust te zijn van verschillende soorten biologische of aangeboren risicofactoren. Ten eerste, zijn sommige kinderen en jongeren kwetsbaarder om depressieve klachten te ontwikkelen omdat ze genetisch belast zijn (Hoofdstuk 2, Deel II). Een voorbeeld is het 5-HTTLR gen dat, als het gemuteerd is, zorgt voor een verstoorde activiteit in serotonerge regionen van het brein waardoor deze jongeren moeilijker met negatieve emoties om kunnen gaan en waardoor stress- en andere onaangename leerervaringen (bv. eens gepest worden) sneller aanleiding geven tot depressieve klachten

(Carver, Johnson, & Joormann, 2008). Ten tweede kunnen kinderen die op belangrijke ontwikkelingsdomeinen vertraging oplopen meer frustraties ervaren gezien hun noden tot verbondenheid, competentie en/of autonomie moeilijker ingevuld geraken. Dit kan kinderen ongelukkig maken waardoor ze meer kans hebben op het ontwikkelen van depressieve klachten. Zo zien we de ontwikkeling van depressieve klachten bij kinderen met ASS, ADHD, leerstoornissen en andere neurocognitieve problemen (cfr. **Hoofdstukken x-y-z**, Deel 4; bijvoorbeeld Ghaziuddin, Ghaziuddin, & Greden, 2002; McQuade, Hoza, Waschbusch, Murray-Close, & Owens, 2011). Soortgelijke noodfrustratie kan ook aanleiding geven tot het ontwikkelen van depressieve klachten bij kinderen die primair andere mentale of lichamelijke gezondheidsproblemen hebben, zoals bijvoorbeeld angstproblemen (Anderson & Hope, 2008).

Problemen in de affectregulatie: Een belangrijke kwetsbaarheidsfactor is de hevigheid waarmee kinderen emoties ervaren en de vaardigheden die kinderen hebben om hun emoties te sturen of te reguleren (Yap, Allen, & Sheeber, 2007). De emotieregulatievaardigheden van jongeren worden sterk beïnvloed door hun temperament (zie Hoofdstuk 3 Deel 2 en Hoofdstuk 8 Deel 3). Temperamentfactoren die een belangrijke rol spelen in dit verband zijn negatieve affectiviteit, positieve affectiviteit en *effortful control*. Negatieve en positieve affectiviteit bepalen de gevoeligheid om respectievelijk negatieve en positieve gevoelens te ervaren. Deze temperamentfactoren kunnen gekoppeld worden aan depressie aan de hand van het tripartite model van Watson en Clark (voor een recente review, zie Anderson & Hope, 2008). Kinderen met hoge negatieve en lage positieve affectiviteit beleven volgens dit model negatieve emoties heviger en positieve emoties veel minder intens, waardoor ze makkelijker depressief kunnen worden in periodes met veel stress. *Effortful control* verwijst naar een meer 'regulerende' temperamentsfactor en impliceert het kunnen controleren of sturen van gedrag of aandacht in specifieke situaties (Muris & Ollendick, 2005). Onderzoek toont aan dat jongeren met hoge negatieve en lage positieve affectiviteit vooral kwetsbaar zijn om een depressieve stoornis te ontwikkelen als ze een lage mate van *effortful control* hebben (Van Beveren, Braet, Wante, & Mezulis, 2016; Vasey et al., 2013).

In de samenhang tussen deze temperamentfactoren en depressie speelt emotieregulatie (ER) een belangrijke rol. Het is namelijk niet noodzakelijk een probleem dat iemand zijn emoties heel intens ervaart maar, het is voor iedereen cruciaal om deze emoties optimaal te reguleren. Hoofdstuk 8 van Deel 3 uit dit handboek bespreekt de ontwikkeling van ER en de rol van ER in de ontwikkeling van gedrags- en emotionele problemen. Belangrijk voor depressie is dat het teveel inzetten van maladaptieve ER-strategieën kan verklaren waarom een kind met een bepaald type temperament (bijv. hoge negatieve emotionaliteit en lage EC) meer kans heeft dan een ander type tot het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Bijttebier & Roeyers, 2009; Yap et al., 2007). Maladaptieve strategieën die vaak voorkomen bij adolescenten met een depressie zijn: ‘rumineren’, ‘catastroferen’ en ‘het onderdrukken van gevoelens’. Daarnaast lijken depressieve jongeren ook minder gebruik te maken van adaptieve strategieën zoals ‘cognitieve herbeoordeling’ en ‘probleemoplossing’ in vergelijking met gezonde kinderen (Betts, Gullone, & Allen, 2009).

Emoties en cognities zijn kindfactoren die sterk verweven zijn. Aangezien een depressie een stoornis is die zich kenmerkt door negatieve gevoelens én negatieve gedachten, wordt er ook veel onderzoek gedaan naar de wijze waarop kinderen naar hun wereld, naar zichzelf en naar hun toekomst kijken. Er is veel evidentie dat deze cognitieve triade bij depressieve kinderen uitermate pessimistisch is waarbij het nog moeilijk uit te maken valt of de depressieve gevoelens de gedachten sturen dan wel andersom. Algemeen wordt een negatieve *zingevingsstijl* wel als een cruciale proximale risicofactor gezien. Dit is trouwens op grond van 48 prospectieve studies erkend als één van de meest cruciale risicofactoren in het toonaangevende theoretische model over depressie bij kinderen (Abela & Hankin, 2008). Met name de manier waarop kinderen en jongeren informatie verwerken over de cognitieve triade en dan nog specifiek de min of meer automatische verstoringen (biases) in de verwerking van die informatie wordt gezien als een grote risicofactor.

Omgevingsfactoren

De diagnosticus dient alert te zijn voor alle mogelijke bronnen van stress in de gezins- en bredere omgeving van het kind. Dit kan gaan over voorbije of actuele conflicten, faalervaringen, angsten of andere moeilijke ervaringen in het gezin, de ruimere familie, op school met leerkrachten of met leeftijdsgenoten. Daarnaast kunnen ook maatschappelijke meso- en macrofactoren (cfr. Deel 2) een rol spelen in de ontwikkeling van depressieve klachten. Welke omgevingsfactoren bijdragen aan de ontwikkeling van depressieve klachten, kan niet exhaustief opgesomd worden. De factoren kunnen erg verschillen in ernst. Zo kan er sprake zijn van misbruik of mishandeling in het gezin, maar even goed over autoriteitsconflicten tussen ouders en adolescenten. Verder kunnen stressfactoren mee aan de basis liggen van de ontwikkeling van depressieve klachten, of eerder de uitlokkende factor zijn na blootstelling aan een reeks andere stressoren. De diagnosticus dient zich daarnaast ook bewust te zijn van het feit dat niet elke objectieve bron van stress per definitie ook een rol speelt in het ontstaan van de depressieve klachten. Zo kan er in een gezin ogenschijnlijk veel ruzie zijn, maar kan het kind hier weinig hinder van ondervinden en om een heel andere reden depressieve klachten hebben. Tenslotte kunnen (soms zelfs cruciale) objectieve bronnen van stress niet gerapporteerd worden door jongeren en ouders als ze zich niet bewust zijn van hun impact.

Gezinsfactoren: Gezinsfactoren kunnen rechtstreeks en onrechtstreeks een invloed hebben op de ontwikkeling van depressieve klachten. Op het niveau van rechtstreekse invloeden worden (vroege) ouder-kindrelatiepatronen en opvoedingsstijlen als de voornaamste potentiële depressiedeterminanten in de omgeving van het kind gezien. Propper en Moore (2006) geven in hun literatuuroverzicht ondersteuning voor de hypothese dat ouderlijke opvoedingsvaardigheden zoals sensitiviteit en responsiviteit in belangrijke mate van invloed zijn voor een optimaal functioneren van het jonge kind. Hoe meer de ouders gepast op het temperament van hun kind reageren, hoe positiever de ontwikkeling van de emotieregulatie van het kind. Ze suggereren bovendien een link tussen de vroege socialisatie met de biologische regulatie in het kind van serotonine en dopamine en de ontwikkeling van depressie op latere leeftijd. In dezelfde lijn tonen andere studies (Vandewalle, Moens, & Braet, 2014) aan dat

Met opmerkingen [LC2]: Dit begrip ik niet helemaal?

controleerende of bestraffende reacties van ouders op de emotionele uitingen van hun kind geassocieerd zijn met meer problemen op vlak van emotieregulatie en het gebruik van meer maladaptieve ER-strategieën bij het kind. Bovendien speelt ook de emotionaliteit van de ouders zelf een belangrijke rol. Zo werd onder meer aangetoond dat de emotieregulatie en het temperament van de ouders een belangrijke invloed hebben op de emotionele ontwikkeling van het kind. Men zou kunnen spreken van een intergenerationele transmissie van depressie (Brenning, Soenens, Braet, & Bosmans, 2012). Tenslotte beschrijven Hammen, Henry en Daley (2000) zes typen gezinsrisicofactoren die zij als 'childhood adversities' typeren omwille van de ouders: een ernstig drankprobleem, een ernstig probleem in de (geestelijke) gezondheid, ernstige huwelijksproblemen en/of scheiding, overlijden, huiselijk geweld, en een hechte band verliezen. Het strekt dan ook tot aanbeveling al deze domeinen expliciet te bevragen bij de diagnostiek van depressieve klachten. Met betrekking tot huiselijk geweld dienen hulpverleners attent te zijn voor signalen van mishandeling en misbruik (cfr. Hoofdstuk X, dit Deel).

Op niveau van onrechtstreekse invloeden, dient de diagnosticus te weten dat het gezin voor vele kinderen het vangnet is waar ze terecht kunnen voor steun en zorg op het moment dat ze blootgesteld worden aan stress buiten de ouder-kindrelaties (bv. pesten op school). Het is erg belangrijk dat kinderen doorheen hun levensloop leren om actief en spontaan op zoek te gaan naar ouderlijke steun tijdens stress, omdat dit buffert tegen het maladaptieve effect van stressoren (Dujardin et al., 2016). Kinderen die minder veilig gehecht zijn, zijn dan ook minder in staat om op een constructieve manier hulp te zoeken (Hoofdstuk x, Deel 3). Dit kan het gevolg zijn van, of aanleiding geven tot gezinsdynamieken die de kans op steun zoeken verkleinen en de kwetsbaarheid voor depressie vergroten (Diamond, Russon, & Levy, 2016).

Schoolfactoren: Op het niveau van school spelen zowel academische als sociale stressoren een rol. Academisch lopen kinderen het risico om depressief te worden als ze op school overvraagd worden (als ze boven hun niveau moeten presteren om te slagen) of als ze druk ervaren om hoge cijfers te halen (bijvoorbeeld als gevolg van eigen perfectionisme of als

gevolg van hoge eisen van ouders of beide; zie Hoofdstuk 5, Deel 2). Sociaal lopen kinderen het risico om depressief te worden als ze gepest worden door andere leerlingen, sociaal geïsoleerd raken, of de complexiteit van het sociale verkeer te ingewikkeld is (zie Hoofdstuk 5, Deel 2). Tenslotte, dient de diagnosticus zich bewust te zijn van de rol van de leerkracht. Een goede relatie met een leerkracht kan de veerkracht van *at risk* kinderen vergroten, maar een slechte relatie kan het kind juist kwetsbaarder maken om, onder meer, een depressie, te ontwikkelen (zie Hoofdstuk 5, Deel II).

Leermechanismen

Als kinderen blootgesteld worden aan deze risicofactoren op kind- en omgevingsniveau, vergroot de kans dat ze maladaptieve cognitieve schema's ontwikkelen die op hun beurt het verklaringsmechanisme vormen waarom deze risicofactoren uiteindelijk leiden tot de ontwikkeling van depressieve klachten. Deze schema's kunnen zich uiten in een laag zelfbeeld (Hoofdstuk X, Deel 3), onveilige gehechtheid (Hoofdstuk X, Deel 3), of in "early maladaptive schemas" (EMS) (Hoofdstuk X, Deel 3). Eens deze schema's ontwikkeld zijn, vergroot de kans dat kinderen bij stress door deze schema's getriggerd worden en dit kan bepalen dat ze in een spiraal komen van negatieve gedachten en gevoelens en op een andere manier omgaan met stressoren (Dujardin et al., 2016). Dit werkt de ontwikkeling van maladaptieve ER strategieën verder in de hand.

Diagnostisch handelen op onderkenningsniveau

Vaak wordt in onderzoek en in de klinische praktijk in een eerste fase gebruikgemaakt van screeningsinstrumenten. Deze bieden het voordeel dat ze efficiënt, goedkoop en gemakkelijk te scoren zijn. Ze meten een depressieve stemming vanuit een dimensioneel perspectief. Het voordeel is dat ze de ernst van een depressie kunnen weergeven in een kwantitatieve score. Voor het Nederlandse taalgebied is er de depressievragenlijst voor kinderen (DVK, De Wit, 2000) en de 'Children's Depression Inventory' (CDI, Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008),

waarvan er sinds kort een tweede versie beschikbaar is (CDI-2, Bodden, Braet, & Stikkelbroek (2016). Door gebruik te maken van zelfrapportage-instrumenten krijgt men vooral zicht op de subjectieve beleving van het kind, wat bij het meten van internaliserende problemen belangrijk is. Een speciaal aandachtspunt hierbij is de vraag naar mogelijke suïcidegedachten, waar men bij het vermoeden van depressie steeds alert moet voor zijn en met de nodige voorzichtigheid moet (be)handelen.

Aangezien ouders en leerkrachten doorgaans wel een goed beeld hebben van het kind, maar niet altijd zicht hebben op de ernst van de subjectieve beleving, lijkt het aanbevelenswaard om bij kinderen de mening van verschillende informanten te betrekken. Momenteel is er slechts één Nederlandstalig screeningsinstrument voorhanden om depressiesymptomen te bevragen via derden (ouders): de CDI-2 heeft namelijk een oudervariant (Bodden et al., 2016). Daarnaast bevatten globale screeningsinstrumenten zoals de gedragsvragenlijst voor kinderen (Achenbach & Rescorla, 2001) voor ouders of voor leerkrachten, ook items die depressie meten.

Screeningsinstrumenten kennen het probleem dat ze vals positieve diagnoses kunnen opleveren (zie Hoofdstuk 3, Deel 1), wat via een aanvullend interview en/of observatie dan weer gecontroleerd kan worden. Observaties en klinische interviews zijn meestal gebaseerd op DSM-criteria en zijn steeds categoriaal. Hierbij dient opgemerkt te worden dat kinderen die hoog scoren op vragenlijsten terwijl ze niet aan de diagnostische categoriale criteria voldoen, toch eenzelfde niveau van psychosociaal disfunctioneren kunnen vertonen en dus evengoed begeleiding nodig hebben (APA, 2013). Typische voorbeelden van goede (semi)-gestructureerde interviews die in het Nederlands voorhanden zijn en die bruikbaar zijn, zijn bijvoorbeeld de SCID-junior (Braet, Roeloffs, en Bögels, in druk), het 'Diagnostic Interview Schedule for Children' (DISC-IV; Schaffer et al, 2000; Nederlandse vertaling: Ferdinand & Van der Ende, 2002) en de 'Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children' (Kiddie-SADS; Reichart, Walls & Hillegers, 2000). Klinische interviews

Met opmerkingen [MV3]: Ref?

omvatten gestructureerde en gestandaardiseerde vragen die specifiek peilen naar de aanwezigheid van de depressiecriteria. Ze kunnen de jongere bevragen en/of de ouders en ze laten ook toe dat de interviewer kan oordelen of een criterium al dan niet positief moet gescoord worden. Het is dan ook belangrijk dat een interview door een ervaren of getraind diagnosticus wordt afgenomen en dat er een interbeoordelaarsbetrouwbaarheidscheck gebeurt. Een dergelijk instrument laat ook toe comorbide stoornissen op te sporen, wat nodig is voor een goede planning van de behandeling. Diagnostische interviews kunnen sterk variëren in de mate van gestructureerdheid. Het ene extreem is de ‘vrije’ gespreksvorm. Het nadeel van dit format voor het bepalen van een diagnose is dat dit zeer onbetrouwbaar blijkt te zijn. Ook blijkt dat in vrije interviews nogal eens belangrijke symptoomgebieden worden overgeslagen, zoals suïcidale gedachten, wanen, middelengebruik en gewichtsverlies (Tak, Bosch, Begeer, & Albrecht, 2014). Daartegenover staan de (semi)-gestructureerde interviews met een reeks vragen die ofwel volledig ofwel voor een deel gestandaardiseerd en letterlijk voorgeschreven zijn. Ook het mogelijks voorkomen van suïcidale gedachten of zelfbeschadigend gedrag wordt hierdoor verplicht bevraagd. De meeste vragen zijn van het type ‘ja-nee’. Maar, dit is ingewikkelder dan men denkt. Adequate diagnostiek is meer dan een lijst met symptomen overlopen. Kinderen kunnen zich schamen en niet spontaan en direct antwoorden. Ook moeten de gedachten of het gedrag over meerdere situaties beoordeeld worden. Men kan het best een training volgen in het scoren en het goed opvolgen van scoringsregels. Als een interview de mogelijkheid van ‘doorvragen’ opneemt, is een adequate ja-nee scoring nog meer gegarandeerd. Een nadeel van het afnemen van een gestandaardiseerd interview is wel de enorme hoeveelheid tijd die dat doorgaans vergt.

Tenslotte dient de diagnosticus bij het vaststellen van depressieve klachten bijzondere aandacht te hebben op het risico op zelfbeschadigend gedrag en suïcide. De specifieke diagnostiek van suïcide-risico werd uitgewerkt in Hoofdstuk **X** van dit handboek.

Diagnostisch handelen op verklaringsniveau

Men start altijd best met een ontwikkelingsanamnese. Hierbij tekent men de tijdslijn van het kind en reconstrueert parallel of er eerdere depressieve periodes en stresservaringen waren en hoe de familiegeschiedenis was.

Er bestaan verschillende onderzoeksinstrumenten om mogelijke risico- en beschermende factoren in kaart te brengen. In de eerdere delen van dit handboek werd uitgebreid stilgestaan bij de strategieën die de diagnosticus voorhanden heeft om zicht te krijgen op de factoren die te maken hebben met biologie en temperament (Deel 2), executief functioneren (Deel 3), emotieregulatie (Deel 3), gezinsfactoren (Deel 2), schoolse factoren (Deel 2), zelfwaarde (Deel 3), gehechtheid (Deel 3), en maladaptieve cognitieve schema's (Deel 3).

Om na te gaan of deze factoren een rol hebben gespeeld en nog spelen in de ontwikkeling en instandhouding van de depressieve klachten, kan de diagnosticus onder meer gebruik maken van het opstellen van Antecedent – Behavior – Consequence (ABC) schema's, dagboekmethoden, het observeren en bevragen van klinisch relevant gedrag in de sessie en het uitvoeren van gedragsexperimenten om te kijken waar variaties in ernst van depressieve klachten doorheen de dag of week mee samen hangen.

Om ABC-schema's op te stellen is het belangrijk om concrete voorbeelden te bevragen van situaties waarin het kind/de jongere zich erg depressief voelde en van situaties waarin er minder depressieve klachten waren. Er wordt dan gekeken welke gebeurtenissen aan de depressieve episode voorafgaan en in welke situaties het kind/de jongere zich beter voelt, om daaruit af te leiden wat verklarende factoren zouden kunnen zijn. Bij dagboeken wordt gevraagd om per uur/per dagdeel/per dag aan te geven hoe ongelukkig of gespannen het kind/de jongere zich voelt en om te beschrijven wat het kind op dat moment deed. Daarnaast zijn observaties tijdens sessies van klinisch relevant gedrag uiterst nuttig om te gebruiken bij de verklaringsdiagnostiek. De diagnosticus kan dan namelijk zelf inschatten wat uitlokkende factoren waren en eventueel ook bevragen bij de cliënt wat maakte dat dit gedrag gesteld werd. Tenslotte worden bij gedragsexperimenten hypothesen over verklaringsfactoren getest door te vragen om situaties op te zoeken die volgens de hypothese zouden moeten leiden tot

vermindering van de klachten (of juist omgekeerd). Het beste bewijs van een verklaringshypothese is tenslotte een succesvolle behandeling van het verklaringsmechanisme dat dan op zijn beurt leidt tot een daling van de depressieve klachten (zie ook Witteman, Van der Heijden, & Claes, 2014).

Oneigenlijke praktijken en mythes bij de diagnostiek van depressieve klachten

De belangrijkste diagnostische fout die door klinici vaak gemaakt wordt tijdens de diagnostiek van een depressie, is om het diagnostisch onderzoek te beperken tot het gebruik van (één of een beperkt aantal) screeningslijsten zoals bijvoorbeeld de CDI. Deze bezorgdheid werd uitgebreid besproken door Witteman in Deel 1 van dit handboek. Het advies luidt dan ook om informatie te verzamelen aan de hand van verschillende diagnostische methoden en bij verschillende informanten. Ook bij andere klachten zoals bij zelfbeschadigend gedrag of bij gedragsstoornissen moet gedacht worden aan een achterliggend depressief beeld.

Referenties

- Abela, J.R.Z., & Hankin, B.L. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Anderson, E., & Hope, D. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, *28*, 275-287.

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, *35*, 753–759.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Betts, J., Gullone, E., & Allen, J.S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, *27*, 473-485.
- Bijttebier, P., & Roeyers, H. (2009). Temperament and vulnerability to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*, 305-308.
- Birmaher, B., Brent, D., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*, 1503-1526.
- Bodden, D & Braet, C. & Stikkelbroek, Y (2016). *Children's Depression Inventory-2 Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe
- Braet, Roeloffs, en Bögels, in druk**
- Brenning K., Soenens B., Braet C., & Bosmans G. (2012). Attachment and depressive symptoms in middle childhood and pre-adolescence: Testing the applicability of the emotion regulation model of attachment. *Personal Relationships*, *19*, 445-464.
- Carver, C.S., Johnson, S.L., & Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode models of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, *134*, 912-943.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2011). Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: A prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and*

Adolescent Psychiatry, 50, 252-261.

- Craig, W.M. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 24, 123-130.
- Diamond, G., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Family Process*, 55, 595-610.
- De Wit, C. A. M. (2000b). *Depressie bij kinderen en adolescenten. Theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dujardin A., Santens T., Braet C., De Raedt R., Vos P., Maes B., & Bosmans G. (2016). Middle childhood support-seeking behavior during stress: links with self-reported attachment and future depressive symptoms. *Child Development*, 87, 326-340.
- Ferdinand, R.F., & van der Ende, J. (2002). *Nederlandse vertaling van de DISC-IV; Diagnostic Interview Schedule for Children*. Rotterdam: Afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis.
- Ghaziuddin, M., Ghaziuddin, N., & Greden, J.F. (2002). Depression in persons with Autism: Implications for research and clinical care. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 299-306.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S.E. (2000). Depression and sensitization among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 782-787.
- Kessler, R.C., Borge, G., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national. *Archives General Psychiatry*, 56, 617-626.
- McQuade, J. D., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Murray-Close, D., & Owens, J. S. (2011). Changes in self-perceptions in children with ADHD: A longitudinal study of depressive symptoms and attributional style. *Behavior Therapy*, 42, 170-182.
- Muris, P., & Ollendick, T.H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 271-289.

- Propper, C., & Moore, G.A. (2006). The influence of parenting on infant emotionality: A multi-level psychobiological perspective. *Developmental Review*, 26, 427-460.
- Reichart, C.G., Walls, M., & Hillegers, M. (2000). *Nederlandstalige versie van de Kiddie-SADS*. Utrecht: H.C. Rümke Groep.
- Schaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan M.K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIHM Diagnostic Interview Schedule for Children-Version IV (NIHM DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366, 1471-1483.
- Tak, J., Bosch, J., Begeer, S., & Albrecht, G. *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen en adolescenten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Timbremont, B., Braet, C. & Roelofs, J. (2008) *Handleiding Children's Depression Inventory (herziene versie)*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Van Beveren, M., Braet, C., Wante, L., & Mezulis, A. (2016). Joint contributions of negative emotionality, positive emotionality, and effortful control on depressive symptoms in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1-12.
- Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, C. (2014). Comprehending emotional eating in obese youngsters: The role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity*, 38, 525-530.
- Vasey M., Harbaugh C., Lonigan C., Phillips B., Hankin B., Willem L., Bijttebier P. (2013). Dimensions of temperament and depressive symptoms in youth: Replicating a three-way interaction. *Journal of Research in Personality*, 47, 908-921.
- Yap, M.B.H., Allen, N.B., & Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical child and family psychology*, 10, 180-196.
- Witteman, C., Van der Heijden, P., & Claes, L. (2014). *Psychodiagnostiek. Het onderzoeksproces in de praktijk*. Utrecht: De Tijdstroom.