



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Samen sterk: een groepsprogramma voor ouders van jongeren met een depressie

Elzinga, B.M.; Kielstra, C.; Van den Nouweland-Van Baars, R.; Ruys-Zonnenberg, M.

Citation

Elzinga, B. M., Kielstra, C., Van den Nouweland-Van Baars, R., & Ruys-Zonnenberg, M. (2022). Samen sterk: een groepsprogramma voor ouders van jongeren met een depressie. *Gedragstherapie*, 55(4), 329-349. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3754438>

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3754438>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Een groepsprogramma voor ouders van jongeren met een depressie

BERNET ELZINGA, CARINE KIELSTRA, ROMKE VAN DEN NOUWELAND-
VAN BAARS & MARJANKE RUYS-ZONNENBERG

Samenvatting

Depressieve klachten van een kind hebben vaak een grote weerslag op het gezin. Ouders van jongeren met een depressie voelen zich machteloos en hebben vaak veel zorgen. Tegelijkertijd kunnen ouders ook een belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn van hun kind. In dit artikel beschrijven we de wetenschappelijke onderbouwing en inhoud van het groepsprogramma Samen Sterk voor ouders van depressieve jongeren. Doel van deze groepsinterventie is om ouders meer inzicht te geven in de depressieve klachten van jongeren en de gezinsdynamiek, de onderlinge band en positief opvoedgedrag te versterken, en het zelfvertrouwen van ouders en jongeren te verbeteren. Het programma is gebaseerd op ouderfactoren waarvan is bewezen dat ze samenhangen met de ernst van depressieve klachten bij jongeren met een depressie: ouderlijke warmte, ouderlijke kritiek, autonomieversterking en psychisch welzijn van ouders. Het programma kent twee varianten: (1) een face-to-facegroep binnen de ggz die naast het individuele behandeltraject van de jongere wordt aangeboden, en (2) een open online groep (los van een behandeltraject). Het doel van Samen Sterk is om ouders meer inzicht te geven in de problematiek van hun kind door hun psycho-educatie te geven over depressieve klachten en de invloed ervan op het gezin, en om de onderlinge verhoudingen binnen het gezin te verbeteren door het stimuleren van positief ouderschap. Onderzoek is nodig om te evalueren of het gezinsklimaat, zelfvertrouwen en welzijn van ouders en jongeren door deelname aan het programma verbeteren, welke gezinnen er het meeste van kunnen profiteren, en of de positieve gevolgen ook op de lange termijn stand houden.

Trefwoorden: depressie, adolescenten, ouderbegeleiding, gezinsklimaat, groepsprogramma, positief opvoeden, psycho-educatie over depressie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Depressieve klachten van een kind hebben vaak een grote weerslag op het gezin. Ouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn en het herstel van hun kind, mits zij over de juiste kennis en tools beschikken.
- ▶ Om ouders meer inzicht te geven in de problematiek van hun kind en de onderlinge verhoudingen binnen het gezin te verbeteren, is het groepsprogramma Samen Sterk ontwikkeld voor ouders van jongeren met een depressie.
- ▶ Hoewel ouders enthousiast zijn over Samen Sterk en er grote behoefte is aan ondersteuning, is onderzoek nodig om onder andere te evalueren of de positieve effecten ervan stand houden op de lange termijn.

INLEIDING: DEPRESSIE ONDER JONGEREN

.....

De adolescentie is een cruciale periode voor het ontstaan van stemmingsproblemen: adolescenten hebben relatief veel last van stemmingswisselingen en 10-15% van de jongeren tussen 12 en 18 jaar ontwikkelt een depressie. Tijdens de coronapandemie zijn deze cijfers nog verder toegenomen, met name onder meisjes (Racine et al., 2021). Meisjes krijgen twee keer zo vaak te maken met een depressie als jongens. Wanneer een jongere tijdens de adolescentie een depressie ontwikkelt, is de kans groot (70%) dat daar één of meerdere episoden van somberheid op volgen (Burcusa & Iacono, 2007). Suicide is bovendien inmiddels de tweede belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren tussen 10 en 24 jaar (Glenn et al., 2020). Er is dus veel aan gelegen om een depressie op jonge leeftijd effectief te behandelen en jongeren te beschermen tegen terugkerende depressies.

Een depressie heeft niet alleen veel invloed op het leven van de jongere zelf, maar ook op het gezin waarin de jongere opgroeit. Ouders van jongeren met een depressie zijn van groot belang voor het welzijn van de jongere, maar zij voelen zich vaak machteloos en hebben behoefte aan kennis over hoe ze hun kind het beste kunnen helpen. Om ouders met een depressief kind zo goed mogelijk te ondersteunen in het ouderschap, is Samen Sterk ontwikkeld, een groepsprogramma voor ouders van jongeren tussen 12 en 16 jaar met een depressie. In dit artikel beschrijven we de wetenschappelijke onderbouwing, ontwikkeling en inhoud van dit programma.

Behandeling van depressieve jongeren

.....

Hoewel het belangrijk is dat een depressie vroeg herkend en behandeld wordt, kan het enkele jaren duren voordat adolescenten met een depressie worden gediagnosticeerd en behandeld (Raven et al., 2017). De stap naar behandeling is voor veel jongeren groot: slechts de helft van jongeren met een depressie zoekt professionele hulp en doorgaans duurt het lang voordat ze

die stap nemen. De jeugd-ggz in Nederland staat al jaren onder grote druk. De toenemende hulpvraag en het gebrek aan capaciteit hebben geleid tot lange wachtlijsten, die tijdens de coronapandemie nog langer zijn geworden en in sommige regio's oplopen tot een jaar (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021). Als jongeren eenmaal zijn begonnen aan een behandeltraject, betekent dat niet dat hiermee de klachten verholpen zijn. Volgens de richtlijnen is individuele psychotherapie (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie, bij ernstige depressie in combinatie met farmacotherapie) de eerste keuzebehandeling voor jongeren met depressieve klachten (zie Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). De helft van de jongeren knapt hier substantieel van op, maar de andere helft reageert onvoldoende en/of valt uit (Stikkelbroek et al., 2020). Bovendien heeft na behandeling de helft van de jongeren binnen 5 jaar een terugval (Curry et al., 2011). Om jongeren met een depressie beter te ondersteunen en terugkerende perioden van somberheid te verminderen, is het essentieel om de effectiviteit van behandelingen te verbeteren. Gezien de druk op de jeugd-ggz is het daarnaast belangrijk om te exploreren of er andere mogelijkheden zijn die het mentale welzijn van deze jongeren kunnen versterken.

ouderschap bij jongeren met depressieve klachten

.....

Hoewel jongeren tijdens de adolescentie meer naar vrienden trekken, zijn ouders en de gezinsdynamiek nog steeds van grote invloed op het welzijn van jongeren met een depressie. Ouders hebben om te beginnen veel invloed op factoren die een depressie kunnen verminderen en recidive kunnen voorkomen. Ouders kunnen bovendien hun eigen gedrag veranderen en hebben het mandaat om invloed uit te oefenen op de omgeving van het kind, teneinde veranderingen in gang te zetten ten gunste van het kind. Zo kunnen ouders jongeren proberen te activeren en met school in gesprek gaan, zodat een jongere zo optimaal mogelijk invulling kan geven aan dagritme en zinvolle dagbesteding. Daarnaast kunnen ouders ook direct een wezenlijke bijdrage leveren aan het welzijn van hun kind via het contact met de jongere zelf. Uit onderzoek blijkt dat een warm gezinsklimaat, empathie, steun, betrokkenheid van ouders en het versterken van de autonomie van de tiener positief zijn voor het welzijn van de tiener, en is het ontbreken ervan een risicofactor voor depressie (Kullberg et al., 2020; Piquart, 2017; Restifo & Bögers, 2009; Yap et al., 2013).

Tegelijkertijd doet een depressie van een kind een groot beroep op het incasseringsvermogen van ouders. Door de depressie is het vaak moeilijk om echt contact met een kind te krijgen, het goed te ondersteunen en veilig los te laten, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van suïcidaliteit, middelenmisbruik of automutilatie. Ook op de andere gezinsleden kan de depressie grote invloed hebben. Vaak gaat er veel aandacht naar het kind met de depressie, en

hebben de stemming van het kind en eventuele secundaire problemen zoals agitatie, eetproblemen of middelenmisbruik, veel invloed op de sfeer in huis.

Het bovenstaande roept de vraag op hoe ouders van jongeren met depressieve klachten hun kind het beste kunnen ondersteunen. Voor zover bekend is er geen cursus of interventie die specifiek is gericht op het ondersteunen van ouders van jongeren met depressieve klachten. Als jongeren in behandeling zijn, wordt er vaak individuele psychotherapie ingezet, waarbij ouders vaak wel geïnformeerd worden, maar lang niet altijd een substantiële rol krijgen als lid van het team rondom het kind. Bovendien stellen jongeren het vaak zelf niet op prijs om hun ouders hierbij te betrekken, met name wanneer de band met de ouders problematisch is.

Om een programma voor ouders van jongeren met depressie vorm te geven, is kennis nodig over ouderfactoren die in positieve zin bijdragen aan het welzijn van een kind met depressieve klachten en factoren die depressieve klachten kunnen verergeren. Op basis van verschillende meta-analyses en empirische studies (onder andere Janssen, Elzinga, et al., 2021; Kullberg et al., 2020; Restifo & Bögels, 2009; Weissman et al., 2016; Yap et al., 2013) kunnen er vier concrete ouderfactoren worden onderscheiden waarvan herhaaldelijk is aangetoond dat ze samenhangen met depressieve klachten van jongeren en die het beloop van depressieve klachten positief dan wel negatief beïnvloeden: (1) ouderlijke warmte en betrokkenheid, (2) ouderlijke kritiek en afwijzing, (3) ondersteuning van autonomie door de ouders, en (4) psychisch welzijn van de ouders zelf. Hieronder geven we een kort overzicht van het onderzoek naar de link tussen deze factoren en depressieve klachten van jongeren, en (waar voorhanden) ook van het verband tussen deze factoren en de effectiviteit van behandeling.

Ouderlijke warmte en betrokkenheid

Het gevoel gezien te worden, geliefd te zijn en ergens bij te horen is een fundamentele behoefte van de mens. Ouderlijke warmte en betrokkenheid is dan ook een belangrijke voorwaarde voor het welzijn van jongeren. Vanuit de hechtingstheorie bezien zorgt een veilige gehechtheid voor een basisgevoel van vertrouwen, vanwaaruit het kind de wereld kan verkennen (Bosmans et al., 2020; Bowlby, 1969). Hoewel jongeren steeds minder tijd doorbrengen met hun ouders, blijft dit voor hen gelden. Omgekeerd is een gebrek aan warmte, en verminderde aandacht en interesse, zeker als ouders langdurig niet emotioneel beschikbaar zijn, een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve klachten (Spinhoven et al., 2010; Wang et al., 2021; Yap et al., 2013). Wanneer een kind chronisch niet wordt gezien en behoeften niet worden erkend, wordt er wel gesproken van emotionele verwaarlozing. Hoewel de meeste ouders van nature warm en ondersteunend zijn, kan er tijdelijk een verschuiving plaatsvinden in de gezinsinteracties, waardoor een kind tijdelijk minder vertrouwen in de steun en hulp van de

ouders ervaart (Bosmans et al., 2020). Een tijdelijke afname in warmte en emotionele betrokkenheid bij ouders kan allerlei oorzaken hebben, waaronder stress, zorgen en psychische klachten bij de ouders zelf (met name depressieve klachten; zie onder), maar kan ook ontstaan door zorgen en gevoelens van machteloosheid over het kind (Lovejoy et al., 2000; Wilson & Durbin, 2010). Zo zijn er aanwijzingen dat jongeren met depressieve klachten in de loop van de tijd steeds minder warmte en steun ervaren van hun ouders (Pinquart, 2017).

Het feit dat ouder-kindinteracties veranderlijk zijn, heeft ook een positieve implicatie voor interventies. Het betekent namelijk dat meer betrokkenheid en warmte vanuit ouders ook voor een verschuiving in positieve richting kan zorgen, en dus voor een warmer gezinsklimaat en positievere stemming bij jongeren. Een recente studie laat zien dat jongeren met somberheidsklachten wel degelijk profiteren van de warmte en steun van hun ouders (Janssen et al., 2022).

Ouderlijke kritiek en afwijzing

Naast gebrek aan ouderlijke warmte en betrokkenheid zijn overmatige kritiek en/of verbale agressie van ouders sterke voorspellers van depressieve klachten. Volwassenen die aangeven dat hun ouders chronisch kritiek hadden (emotionele mishandeling) en/of zich niet geliefd en gezien voelden in de kindertijd, hebben een drie keer grotere kans om een depressie te ontwikkelen. Bij hen zijn de depressieve klachten bovendien intenser en langduriger, is het zelfbeeld negatiever en is er vaker sprake van suïcidale gedachten (Spinhoven et al., 2010; van Harmelen et al., 2010; Wiersma et al., 2009). De link tussen kritiek en somberheid is niet alleen gevonden bij volwassenen die terugblikken op hun jeugd, maar ook in studies waarbij jongeren en hun ouders elektronische dagboeken bijhielden van hun stemming en interacties in het dagelijks leven (Bulow et al., 2021; Janssen, Verkuil, et al., 2021). Negatieve cognities van jongeren met depressieve klachten kunnen ook hun perceptie van het gedrag van hun ouders zwart kleuren en belemmeren dat positieve aspecten van de relatie met de ouders worden gezien. Om die reden zijn observationele studies, waarbij gedrag van ouders wordt gecodeerd, inzichtelijk. In lijn met bovengenoemde studies blijkt dat ouders van jongeren met een depressie gemiddeld meer boosheid uiten jegens hun kinderen (Bodner et al., 2018), en dat geobserveerde ouderlijke kritiek, afwijzing en verbale agressie voorspellend zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten (Schwartz et al., 2012; Sheeber et al., 2007; Yap et al., 2013). Vanuit interventieperspectief is tevens interessant dat de aanwezigheid van familieconflicten (en gebrek aan gezinscohesie) een slechtere behandelingsrespons voorspellen bij depressieve adolescenten die cognitieve gedragstherapie (CGT) en/of farmacologische behandeling krijgen (Courtney et al., 2022; Rengasamy et al., 2013).

Met het oog op het ontwikkelen van een interventie voor ouders is het wel belangrijk om te realiseren dat er grote verschillen zijn tussen gezinnen wat betreft de mate waarin er sprake is van ouderlijke kritiek. Vanzelfsprekend gaat dit niet voor alle ouders op. Kritiek kan bovendien een min of meer passende reactie zijn op gedragingen en problemen van een jongere met depressieve klachten, zoals lethargie, irritatie, schooluitval, overmatig schermgebruik, gamen, blowen of eetproblemen. Responsieve, sensitieve ouders kunnen door tieners toch als kritisch ervaren worden, omdat die tieners de overtuiging hebben dat zij niet de moeite waard zijn en alles verkeerd doen. Kritiek van ouders beïnvloedt echter wel het gevoel, zelfbeeld en gedrag van de tiener, waardoor ouders en kind in een negatieve spiraal terecht kunnen komen. Hierdoor kan ook verwijdering ontstaan tussen kind en ouders, met alle negatieve consequenties van dien.

Ondersteuning van autonomie door de ouders

Een derde factor die uit onderzoek naar voren komt, is dat het belangrijk is dat ouders de autonomie van een kind ondersteunen (Kullberg et al., 2020; Wang et al., 2021). Door de autonomie en het probleemoplossend vermogen van jongeren te versterken, ondersteunen ouders de natuurlijke ontwikkeling van adolescenten richting zelfstandigheid, het maken van eigen keuzes en toekomstplannen, en het ontwikkelen van eigen waarden en normen. Wanneer een kind somber of onzeker is, kan die ondersteuning van autonomie op de tocht komen te staan, doordat deze jongeren een sterk appel kunnen doen op de steun van ouders. Vanuit bezorgdheid kunnen ouders steeds meer verantwoordelijkheden van jongeren overnemen, waardoor er voor de jongere steeds minder ruimte is om zelf verantwoordelijkheid en initiatief te nemen, en de autonomie van het kind onbedoeld wordt geremd. Zo kunnen angst, bezorgdheid en hulp van ouders het toch al lage zelfgevoel van een jongere met depressie ondermijnen, en kunnen ouders en jongeren elkaar (alle goede intenties ten spijt) steeds verder meetrekken in een vicieuze cirkel van onzekerheid, machteloosheid en somberheid.

Psychisch welzijn van de ouders

De vierde pijler betreft de psychische gezondheid van de ouder zelf. Kinderen van ouders met depressieve klachten hebben twee tot drie keer zoveel kans om zelf een depressie te ontwikkelen (Weissman et al., 2016). Uit adoptiestudies blijkt dat dit niet alleen een genetische of erfelijke kwestie is, omdat het verhoogde risico op depressie ook speelt wanneer ouder en kind niet biologisch verwant zijn, en het risico vermindert wanneer een ouder is hersteld van een depressie (Lewis et al., 2011). Dit wijst erop dat de intergenerationale transmissie van depressie (ook) via het gedrag van ouders verloopt. Dit kan gaan via het observationeel leren van impliciete assumpties van de

ouders over zichzelf, anderen en de wereld, en hoe om te gaan met emoties (met name verdriet; zie Schwartz et al., 2018), maar ook via de hierboven beschreven negatieve interacties met hun kind. Dit sluit aan bij onderzoeksbevindingen dat ouders met depressieve klachten gemiddeld minder warm zijn, meer kritiek uiten en negatiever zijn naar hun kinderen (Lovejoy et al., 2000; Wilson & Durbin, 2010), en dat deze gedragingen voorspellend zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten bij hun kinderen (Johnco et al., 2021). Ook hier is weer sprake van tweerichtingsverkeer: de zorgen van depressieve kinderen drukken vaak ook zwaar op hun ouders en zijn voorspellend voor depressieve klachten van die ouders (Johnco et al., 2021). Daarom is het belangrijk dat ouders goed voor hun eigen welzijn zorgen en – net als in een vliegtuig in nood – als het ware eerst zelf het zuurstofmasker opzetten voordat ze hun kind goed kunnen helpen.

SAMEN STERK: EEN PROGRAMMA VOOR OUDERS VAN JONGEREN MET DEPRESSIEVE KLACHTEN

.....

Aangezien bovengenoemde ouderfactoren voorspellend zijn voor het beloop van depressieve klachten bij jongeren en ze in principe veranderbaar zijn, vormen het belangrijke aangrijpingspunten voor Samen Sterk, een groepsinterventie voor ouders van depressieve jongeren (zie ook www.samensterk.eu). Het doel van Samen Sterk is om ouders meer inzicht te geven in de problematiek van hun kind door hun psycho-educatie te geven over depressieve klachten en de invloed daarvan op het gezin, en om de onderlinge verhoudingen binnen het gezin te verbeteren door positief ouderschap te stimuleren. Ouders worden uitgenodigd om te reflecteren op de gezinsdynamiek in de context van de depressieve klachten van het kind aan de hand van de vier pijlers: warmte, kritiek, autonomie en zelfzorg. Geen gezin is hetzelfde, en in hoeverre de hierboven genoemde factoren binnen een specifiek gezin relevant zijn en de depressieve klachten van de adolescent vooral in stand houden ofwel (mede) veroorzaken, zal van gezin tot gezin sterk verschillen. Om die reden stelt iedere ouder aan het begin van het programma eigen doelen op. Als ouders (opnieuw) een warme en constructieve band met hun depressieve tiener kunnen opbouwen, en ervoor kunnen zorgen dat die zich gesteund voelt en zich vrij en autonoom kan ontwikkelen, is de assumptie dat dit niet alleen de ouders, maar ook de jongere ten goede zal komen. Een warm, ondersteunend contact kan tevens helpen om toekomstige perioden van somberheid (die bij 70% van de jongeren met een depressie voorkomen) beter op te vangen.

Hieronder beschrijven we de ontwikkeling en inhoud van Samen Sterk, en de casus van een gezin uit de oudercursus. Ten slotte bespreken we hoe het programma Samen Sterk verder kan worden onderzocht en ontwikkeld.

Ontwikkeling van Samen Sterk

In 2017 is Samen Sterk ontwikkeld vanuit GGZ Rivierduinen Jong, in samenwerking met de Universiteit Leiden en Triple P Nederland, met een innovatiesubsidie van Holland Rijnland. Samen Sterk is in eerste instantie ontwikkeld voor ouders van jongeren die daarnaast zelf individuele therapie krijgen (meestal cognitieve gedragstherapie, soms in combinatie met medicatie). Als uitgangspunt voor de opvoedingsondersteuning is gekozen voor de Triple P-methode, oftewel het Positive Parenting Program (specifiek voor tieners), omdat dit goed aansluit bij de vier pijlers van ouderfactoren die samenhangen met depressie (dat wil zeggen: versterken van warmte en betrokkenheid, verminderen van kritiek, versterken van de autonomie, en zelfzorg). Triple P geeft daarbij specifieke handvatten hoe ouders de communicatie en de band met hun kind kunnen versterken en is in verschillende onderzoeken effectief gebleken (Nowak & Heinrichs, 2008)).

Tijdens de eerste jaren (2017-2019) is het programma in een iteratief proces ontwikkeld en verbeterd op geleide van discussies tussen afgevaardigden van Triple P Nederland (Carine Kielstra), Universiteit Leiden (Bernet Elzinga), begeleiders van de Samen Sterk-groepen binnen GGZ Rivierduinen Jong (Romke van den Nouweland-van Baars, Marjanke Ruys-Zonnenberg en Sisca van der Hell) en input van ouders uit vijf pilotgroepen ($n = 39$ ouders). Voor ouders van jongeren met depressieve klachten is niet eerder een interventie ontwikkeld binnen Triple P. Om te beginnen zijn daarom twee sessies psycho-educatie toegevoegd aan de Triple P-module voor tieners. In de psycho-educatiesessies wordt besproken wat een depressie inhoudt, wat de behandelmogelijkheden zijn en welke processen überhaupt tijdens de adolescentie spelen. Ouders krijgen na deze sessies extra informatie over deze onderwerpen toegestuurd (zie ook de website van Samen Sterk). Ouders gaven aan deze informatie zeer te waarderen. Door de combinatie van uitleg over opvoedgedrag en de terugkerende vraag om na te denken over hoe besproken opvoedstrategieën en interactiepatronen in de eigen thuissituatie spelen, gaan ouders anders tegen hun eigen gedrag aankijken. Na een tweede evaluatieronde is ook het onderwerp suïcidaliteit toegevoegd aan de psycho-educatie. Suïcidale gedachten bleken veel te spelen en ouders gaven aan het moeilijk te vinden om dit met hun kind te bespreken.

Om ervoor te zorgen dat ouders de informatie actief verwerken en vertellen naar hun eigen gezinssituatie, zijn in volgende groepen interactieve elementen toegevoegd aan de psycho-educatie. Uit de feedback bleek verder dat ouders de onderlinge uitwisseling van ervaringen, zowel praktisch als emotioneel, heel waardevol vonden. Het was voor ouders een grote steun om te weten dat ze niet de enigen waren met deze problemen en zorgen. Hoewel er niet direct evidentie is dat lotgenotencontact een interventie effectiever maakt, was deze behoefte zo groot dat er in het programma op

verschillende momenten ruimte voor is gemaakt. Daarnaast bleek ook het bespreken van een aantal praktische onderwerpen van grote toegevoegde waarde, waaronder telefoongebruik en contact met school (hoe te overleggen over aanpassingen op het vlak van ondersteuning, aangepaste lesroosters, huiswerk, enzovoort). Verder bleek risicovol gedrag (een belangrijk onderwerp bij Triple P-tieners) juist nauwelijks te leven bij de gezinnen die meededen aan Samen Sterk. Dit onderwerp, en andere voorbeelden uit het werkboek die niet goed aansloten op de situatie van jongere met een depressie, zijn aangepast of weggelaten. Ten slotte is er recent een ontmoeting met een ervaringsdeskundige toegevoegd aan het programma, en wel met een jongere die in zijn of haar tienerjaren een depressie heeft gehad. Dit werd door de ouders zeer gewaardeerd.

In 2020 is er van Samen Sterk ook een online format ontwikkeld, voor ouders van jongeren met depressieve klachten die (nog) niet in behandeling zijn. De inhoud van de online groep is vergelijkbaar met de face-to-facevariant. Er wordt centraal psycho-educatie gegeven over depressie en ouderschap, en er worden chatrooms gebruikt voor uitwisseling in kleinere groepjes, zoals over zelfreflectie, het bespreken van huiswerk, enzovoort.

Wat betreft format wordt de opzet van de groep (wekelijkse bijeenkomsten in de avonden) als prettig ervaren. Voor de meeste ouders is deze opzet haalbaar en zij prefereren deze vorm boven bijvoorbeeld tweemaal een zaterdag. In beide formats ervaren ouders de bijeenkomsten als zeer positief.

Inclusiecriteria van Samen Sterk

De groep staat open voor vijf á zes ouderparen met een zoon of dochter in de leeftijd van 12-16 jaar met depressieve klachten, waarbij bij uitzondering ook ouders van jongeren tot en met 18 jaar worden toegelaten, indien de jongere thuis woont en nog erg afhankelijk is van de ouders. Er wordt benadrukt dat het de sterke voorkeur heeft dat *beide* ouders deelnemen. Bij Samen Sterk binnen de ggz worden ouders door de behandelaar op de hoogte gesteld van het Samen Sterk-aanbod bij aanvang of op indicatie tijdens het behandeltraject van de jongere, na overleg tussen behandelaar en een begeleider van Samen Sterk. Na aanmelding volgt een intakegesprek met de ouders, waarin huidig functioneren, de geschiedenis, huidige hulpverlening, sterke kanten, risicofactoren en verwachtingen worden besproken. Exclusiecriteria zijn: de jongere is ouder dan 16 jaar, de ouders spreken geen Nederlands, een onveilige thuissituatie, en ernstige psychiatrische problematiek bij de ouders, indien dit het functioneren binnen de groep belemmert; depressieve klachten bij de ouders vormen *geen* exclusie criterium. Binnen GGZ Rivierduinen Jong zijn er tussen najaar 2017 en voorjaar 2022 acht groepen gegeven, waaraan 59 ouders (34 moeders en 25 vaders) van 35 jongeren hebben deelgenomen.

Voor de online variant kunnen ouders zichzelf aanmelden via de website. Na een uitgebreid telefonisch intakegesprek worden zij, afhankelijk van de

in- en exclusiecriteria, al dan niet toegelaten. Aan het online programma hebben tussen voorjaar 2021 en voorjaar 2022 35 ouders van 26 kinderen meegedaan, verdeeld over vijf groepen.

De begeleiding van zowel de face-to-face- als de online variant van Samen Sterk wordt verzorgd door speciaal hiervoor opgeleide medewerkers (gz-psychologen, orthopedagogen en systeemtherapeuten). Naast hun opleiding en specialistische kennis over depressie bij tieners, hebben zij een driedaagse Triple P-oudercursus Tieners gevolgd.

INHOUD VAN SAMEN STERK

.....

Het programma Samen Sterk bestaat in totaal uit acht sessies (in de avonden): eerst zes groepsessies van twee uur, waarvan de eerste twee bestaan uit psycho-educatie en de laatste vier gaan over ouderschap en interacties met het kind; vervolgens een sessie met een individueel gesprek met de ouders van 30-45 minuten; en ten slotte de achtste sessie, waarin het programma wordt geëvalueerd en afgesloten. Optioneel kan daar een sessie met een ervaringsdeskundige (iemand die als tiener een depressie heeft gehad) aan worden toegevoegd.

Sessies 1 en 2: Psycho-educatie

.....

Tijdens de twee psycho-educatiesessies wordt informatie gegeven over depressie, en over puberteit en adolescentie. De thema's eenzaamheid en suïcidaliteit worden besproken, maar ook het normaliseren van specifiek pubergedrag en gedachten over de dood zijn belangrijke thema's. Er wordt gekeken naar het ontstaan van een depressie, de in stand houdende factoren en de beschermende factoren in elk gezin, en de bijdrage die ouders en omgeving kunnen leveren aan een oplossing. Steeds opnieuw wordt het belang van steun zoeken benadrukt, zowel het ondersteunen van elkaar als partners als het hulp zoeken in de omgeving. Ook steun vanuit school is hierbij een belangrijke factor. Ouders wordt tijdens de groep informatie geboden over hoe zij samen met hun kind de steun van school kunnen vragen en vormgeven. Ook de groep zelf heeft een ondersteunende functie. Door de depressie is de tiener minder actief en inactiviteit is een in stand houdende factor. Het belang van actief blijven voor ouder en kind wordt benadrukt en besproken, en er wordt stilgestaan bij de manier waarop ouders hun kind kunnen ondersteunen om actief te blijven. Een ander belangrijk onderdeel is suïcidepreventie. Er wordt uitgebreid besproken hoe de ouder met de tiener het gesprek kan aangaan over suïcidale gedachten en wat de ouder kan doen. Hierbij wordt verwezen naar de VraagMaar-app en andere informatie van de suïcidepreventiewebsite 113.nl.

Sessies 3, 4, 5 en 6: Positief ouderschap

339

Sessie 3. In sessie 3 ligt de focus op het versterken van betrokkenheid en warmte, en op het verminderen van kritiek. Deze basisprincipes van positief opvoeden worden besproken, en de ouders wordt gevraagd te bedenken welke principes hen goed afgaan en welke ze willen verbeteren. Vervolgens identificeren ouders factoren in hun eigen gezin die het gedrag van tieners negatief kunnen beïnvloeden. Dit kan bijvoorbeeld het geven van kritiek zijn als een kind moeite heeft om uit bed te komen, of onbedoelde beloningen voor ongewenst gedrag, zoals het frequent halen en brengen van kinderen als ze geen energie hebben. Tot slot stellen ouders doelen op voor verandering in hun eigen gedrag en dat van hun tieners. Ze bedenken haalbare, concrete, positief geformuleerde doelen en een manier waarop ze de voortgang dagelijks bij kunnen houden. Daarbij richten ouders zich op strategieën om contact te maken met het kind, zoals ermee praten, er tijd mee doorbrengen en er affectie voor tonen. Dit is bij depressieve tieners niet makkelijk te realiseren, bijvoorbeeld als een tiener vaak in bed ligt en met rust gelaten wil worden. Hierbij wordt benadrukt dat het gaat om kleine doelen en kleine stapjes, en dat het belangrijk is om vooral te letten op wat goed (c.q. beter) gaat. Tevens wordt er aandacht besteed aan het belonen van gewenst gedrag door middel van aandacht en complimenten, en aan vaardigheden als probleemoplossing.

Sessie 4. In sessie 4 wordt het belang van het stellen van regels en grenzen besproken. Dit geeft tieners zekerheid en duidelijkheid. Ook bespreken ouders op welke wijze ze routines kunnen inbouwen in het dagelijks leven van hun kinderen, zodat die actief en gezond blijven. Ouders leren logische consequenties voor ongewenst gedrag toe te passen en om consequent te blijven opvoeden.

Sessie 5. In sessie 5 staat het ondersteunen van de autonomie centraal. Ouders krijgen strategieën aangereikt om de zelfstandigheid (autonomie) en activiteit van de tiener te helpen vergroten. Daarmee wordt tevens de ontwikkeling gestimuleerd en de tiener geactiveerd. Ook is er aandacht voor het op gepaste wijze omgaan met ongewenst gedrag van het kind, door duidelijke regels te stellen en de tiener daaraan te herinneren als hij die vergeet, en gedrag te prijzen wanneer een jongere gewenst gedrag vertoont.

Sessie 6. In sessie 6 staan warmte en betrokkenheid en het versterken van de autonomie opnieuw centraal, waarbij de focus nu ligt op het omgaan met emoties. Omgaan met emoties is vaak lastig bij depressieve tieners. Ze kunnen snel heel emotioneel worden en bij veel tieners met depressieve klachten is niet goed zichtbaar dat ze emotioneel worden. Ouders denken na over de signalen waaraan ze kunnen zien dat hun tiener emotioneel wordt, en over hoe ze emoties kunnen erkennen en benoemen. Zo leren ze goed af te stemmen op een tiener.

Sessie 7: Individuele coaching

Tijdens deze individuele sessie wordt met ouders de thuissituatie besproken, en hoe het gaat met de zelfgekozen doelen voor ouder en kind. Ook is er ruimte voor specifieke vragen.

Sessie 8: Afsluiting

Ouders kijken in deze laatste sessie terug op wat ze bereikt hebben, en denken na over hoe ze de positieve veranderingen vast kunnen houden en hoe ze kunnen omgaan met lastige situaties in de toekomst. Tevens wordt de oudercursus geëvalueerd.

Tabel 1 beschrijft de casus van een gezin dat Samen Sterk heeft doorlopen. De casus is gebaseerd op verschillende gezinnen die hebben meegedaan. De namen en leeftijden van de genoemde personen zijn gefingeerd.

TABEL 1 *Casus van een gezin dat Samen Sterk heeft doorlopen*

Gezinssamenstelling	Vader, moeder en twee dochters van 17 en 13 jaar
Kind om wie het gaat	Dochter Nina van 13 jaar, 2 vwo
Klachten	Sinds de coronacrisis gaat het steeds slechter met Nina. Ze gaat op het moment van aanmelding al drie maanden weinig naar school en dat wordt steeds minder. Ze zegt dat ze moe is, zich niet lekker voelt en daarom niet naar school kan. Ze slaapt heel slecht, valt heel laat in slaap en is 's ochtends te moe om op te staan. Als ze zich slecht voelt, gaat ze gamen of op haar telefoon, wat eventjes helpt. Ze zegt ook dat ze alleen in slaap kan vallen nadat ze op haar telefoon is gegaan; ze kijkt dan meestal filmpjes. Ze komt nog maar weinig buiten, loopt soms even naar de supermarkt en fietst soms naar school, maar is hier meestal te moe voor. Soms gaat ze met haar moeder nog even winkelen.
Sterke kanten dochter	Heeft twee goede vrienden, die nog steeds langskomen. Ze is creatief, houdt van tekenen en muziek maken.
Risicofactoren dochter	Ze heeft weinig eetlust, en vindt zichzelf slecht en lelijk. Ze wordt snel boos op haar ouders en zus. Ze snijdt zichzelf regelmatig.
Overige gezinsleden	Oudste dochter klaagt dat er te veel aandacht naar haar zus gaat, en dat de sfeer in huis gespannen en ongezellig is. Ze gaat veel weg. Vader en moeder hebben beiden een heel verschillende aanpak van het probleem: vader is streng en vindt dat de dochter zich niet moet aanstellen, terwijl moeder heel erg verzorgend is en probeert tegemoet te komen aan alle wensen van de dochter.

Sterke kanten ouders	Moeder is heel erg betrokken, creatief en kan goed contact maken met haar dochters. Ouders staan open voor hulp: ze zijn van mening dat zij nog dingen kunnen verbeteren om hun dochter te helpen. Ze zijn in staat om een goede balans te vinden tussen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.
Risicofactoren ouders	Vader is van nature heel kritisch, kan moeilijk complimenten geven, is zelf ook niet zo opgevoed. Zegt zelf meestal te kijken naar wat niet goed gaat, in plaats van naar wat wel goed gaat. Beide ouders hebben drukke banen. Overbetrokkenheid van de moeder.
Persoonlijke doelen van moeder in Samen Sterk	‘Mijn dochter ondersteunen zonder alles over te nemen/op te lossen.’
Persoonlijke doelen van vader in Samen Sterk	‘Reageren op een manier die positief en helpend is.’
Verloop gedurende Samen Sterk	Door de psycho-educatie hebben de ouders ingezien dat Nina weinig invloed had op haar gedrag, dat grotendeels werd gestuurd door haar depressieve gevoelens. Ouders leerden om de band te versterken met Nina door naar haar te luisteren en niet direct klaar te staan met oplossingen. Moeder wilde zo graag helpen dat ze steeds voorstellen deed waardoor Nina zich minder slecht zou voelen, terwijl Nina zich daardoor juist niet gehoord voelde. Vader leerde om echt te luisteren naar Nina en om reacties van Nina die hij overdreven vond te leren zien vanuit Nina's lage zelfbeeld. Als hij bijvoorbeeld zei dat ze gewoon op tijd naar bed moest gaan en niet zo moest zeuren, was dat voor Nina een enorme pijnlijke en kritische opmerking, waardoor ze zich helemaal niet begrepen voelde. Ook leerden ze beiden met Nina te praten over haar suïcidale gedachten, wat Nina enorm heeft geholpen. Ze stopte deze gedachten diep weg, omdat ze ze beangstigend en raar vond, maar door erover te praten, werden de gedachten minder en werd ze rustiger. Samen met Nina en school hebben ouders een plan opgesteld waarin afspraken gemaakt werden over het aantal uren dat Nina naar school zou gaan. Dit waren haalbare doelen, waardoor Nina weer succeservaringen kreeg. Een klasgenoot kwam haar elke ochtend ophalen en de conciërge stond altijd klaar om haar te begroeten, ook als het haar niet gelukt was om op tijd te komen. Als het Nina op school soms te veel werd, mocht ze naar een time-outkamer om even tot rust te komen. Vader heeft geleerd om vaker complimenten te geven, vooral gericht op de inzet van Nina. Het gezin is gezinsbesprekingen gaan houden, waarin dingen besproken werden waar iedereen over mocht meebeslissen. Deze besprekingen werden altijd afgesloten met een leuk spel, iets wat het gezin lange tijd niet meer gedaan had.

Moeder is samen met Nina een kookcursus gaan volgen, gericht op gezond eten. Hierdoor is Nina ook meer gaan eten. En moeder heeft vooral veel tijd en aandacht aan Nina besteed als ze zelf actief uit bed kwam en iets actiefs wilde gaan doen, in plaats van aan de momenten waarop Nina klaagde over slecht slapen en zich slecht voelen. Dan luisterde moeder naar het gevoel van Nina, erkende de emoties, zei dat ze dit heel naar voor Nina vond en vroeg ze Nina of ze er iets aan wilde doen, en zo ja, wat. Nina wilde dan vaak wandelen met moeder en de hond, wat heel goed werkte. Tot slot heeft moeder Nina's autonomie verder versterkt, en wel door Nina te coachen bij het bedenken van oplossingen voor haar problemen, zonder dat proces over te nemen. Dit heeft de zelfstandigheid en het zelfbeeld van Nina enorm vergroot.

Het gaat nu beter met Nina. Ze is aan de beurt bij de GGZ Jeugd en gaat twee hele en drie halve dagen naar school. Ze geeft zelf aan dat haar ouders er echt voor haar zijn, maar dat ze haar aan de andere kant meer met rust laten, wat ze heel fijn vindt.

Evaluatie ouders

Vader zegt dat hij het nog altijd moeilijk vindt om niet meteen iets te zeggen over wat er niet goed gaat. Hij probeert actief complimenten te geven aan iedereen in het gezin. Daarover zegt hij zelf: 'Het heeft me verbaasd hoeveel energie je krijgt van positiviteit. Door te letten op wat er goed gaat, ben ik een ander mens geworden: ik ben vrolijker, ik heb meer energie en ik heb meer plezier. Niet alleen in mijn gezin, maar ook op mijn werk.'

De moeder van Nina geeft aan dat ze het heel moeilijk blijft vinden om Nina los te laten en zelf oplossingen te laten bedenken, maar dat ze wel ziet dat dit het beste is voor Nina en voor moeder zelf. Zoals moeder zelf zegt: 'Ik heb geleerd dat we allemaal in ons eigen zeilbootje varen. Ik heb mijn kinderen een mooi en veilig bootje gegeven, maar de koers moeten ze zelf bepalen. Ik vaar mee en ben er voor ze, maar ze moeten zelf sturen en het water eruit hozen als er een golf over hen heen komt. Ik heb nu meer rust, handvatten en daarnaast het lef om de controle wat meer los te laten. Ik kan nu ondersteunen, maar hoeft het niet over te nemen; ik signaleer, maar laat me niet langer meeslepen door problemen.'

VERVOLG VAN SAMEN STERK

.....

In deze eerste fase van Samen Sterk heeft de nadruk gelegen op de systematische ontwikkeling van het programma op basis van een wetenschappelijk onderbouwde inhoud, en van de feedback van professionals en ouders. Zowel de ouders als de begeleiders die hebben deelgenomen aan Samen Sterk zijn zeer positief over het programma. Dit geldt zowel voor de face-to-face groepen binnen de ggz als voor de online groepen. Ouders ervaren hun deelname als steunend en nuttig, en voelen zich gesterkt door de informatie over depressie en opvoedingsvaardigheden. Door ervaringen te delen, voe-

len ouders zich minder alleen en machteloos, zeggen ze veel te leren van de inzichten van andere ouders en krijgen ze meer zelfvertrouwen in het ouderschap. Deelname aan de Samen Sterk-groep lijkt in veel gevallen ook tot een verbetering in de verstandhouding tussen ouders en kind te leiden. Na deelname aan de groep lijken veel ouders beter in staat om hun tiener op een constructieve manier te begeleiden, waardoor die zich meer begrepen en gesteund lijkt te voelen. Het is de hoop dat wanneer de positieve veranderingen blijvend zijn, het gezin beter beschermd is tegen terugkerende episoden van somberheid en eventuele terugkerende episoden gepaard gaan met minder stress. Dit dient echter empirisch onderzocht te worden.

ONDERZOEK NAAR SAMEN STERK

.....

Hoewel de inhoud van Samen Sterk leunt op wetenschappelijk onderbouwde principes en voorziet in een duidelijke behoefte van ouders, is empirisch onderzoek nodig om vast te stellen of Samen Sterk de ouderschapsvaardigheden, gezinsdynamiek, en het zelfvertrouwen en de stemming van ouders en jongeren zelf versterkt. Klinisch onderzoek (RCT's of *multiple single-case design studies*) is nodig om inzicht te krijgen of Samen Sterk van toegevoegde waarde is voor het herstel en eventueel het verminderen van terugval van depressieve jongeren, zowel als interventie naast individuele therapie binnen de ggz, als in de vorm van een losstaand programma. De heterogeniteit tussen gezinnen met een tiener met depressieve klachten is groot wat betreft de depressieve klachten, de secundaire problemen van de jongere en het gezinsklimaat. Om recht te doen aan deze verschillen zijn zogenaamde *single-case experimental designs* heel waardevol (Molenaar, 2004). Daarin kunnen niet alleen veranderingen in centrale ouderfactoren worden onderzocht (dat wil zeggen: warmte, kritiek en autonomie), maar kunnen ook persoonlijke veranderdoelen worden gemonitord (zoals naar school gaan). Het is de intentie om de komende jaren verschillende *single-case experiments* uit te voeren met dagelijkse digitale dagboekmetingen (*electronic monitoring assessments*, EMA's) van ouders en jongeren (Janssen, Verkuil et al., 2021). Deze dagelijkse registraties van oudergedragingen en stemming van ouders en jongeren kunnen op termijn ook ingezet worden als monitoringstool voor registratie en feedback voor ouders, wat de effectiviteit van Samen Sterk verder kan versterken.

In Samen Sterk wordt alleen met ouders gewerkt. Dit heeft als voordeel dat ouders in alle vrijheid kunnen reflecteren op hun ouderschap. Vanwege de systemische werkwijze is de aanname dat de veranderende houding van ouders ook een positieve invloed heeft op de jongeren, maar ook dit dient empirisch te worden onderzocht. Op geleide van de input van deelnemende ouders blijkt dat de uitwerking van Samen Sterk van gezin tot gezin heel verschillend is en sterk afhankelijk is van de persoonlijke doelen van de ou-

ders. Sommige ouders geven aan dat tieners meer erkenning en waardering ervaren en minder afwijzing, en zich meer open durven te stellen. Andere ouders geven aan dat tieners meer ondernemen en thuis vaker bijdragen aan huishoudelijke taken. Weer andere ouders noemen dat er ook weer lichamelijke contact is. Vervolgonderzoek waarbij ook de jongeren zelf worden betrokken is nodig om de invloed van het Samen Sterk-programma op jongeren zelf systematisch in kaart te brengen.

Gezien de hoge kosten en beperkte budgetten binnen de ggz is het ook belangrijk om de kosteneffectiviteit van Samen Sterk in kaart te brengen. Theoretisch zou de inzet van Samen Sterk kostenbesparend kunnen zijn, omdat het de duur van individuele behandelingen verkort of in sommige gevallen zelfs voorkomt, en uitval uit school vermindert (Schwartz et al., 2012). Hypothetisch zou deelname van ouders aan Samen Sterk ook een positieve invloed kunnen hebben op broers en zussen, en op toekomstige depressieve episoden. Kosteneffectiviteitsstudies zijn nodig om hier meer inzicht in te krijgen.

Ten slotte is er de vraag voor welke ouders Samen Sterk met name nuttig is. Ook dit dient nog nader onderzocht te worden. Aanvankelijk was de gedachte dat Samen Sterk vooral geschikt is voor gezinnen waarbinnen negatieve gezinsinteracties op de voorgrond staan. De ervaring leert echter dat ook ouders die weinig conflicten met hun kind ervaren deelname aan Samen Sterk waardevol vinden. Ervaringen van deze ouders zijn bovendien van grote toegevoegde waarde, omdat zij kunnen fungeren als rolmodellen voor andere ouders.

Daarnaast zijn er regelmatig ouders in de groep die gescheiden zijn of die relationele problemen hebben. Zolang conflicten tussen ouders de groeps sfeer niet negatief beïnvloeden, kunnen deze ouders beiden deelnemen, waarbij deelname ook een positieve uitwerking kan hebben op het wederzijdse begrip en de onderlinge band tussen ouders. Wel is het belangrijk om voorafgaand aan deelname de voorwaarde van wederzijds respectvol gedrag expliciet te bespreken met beide ouders.

SAMEN STERK BINNEN DE GGZ

.....

Hoewel meer empirisch onderzoek nodig is naar de effectiviteit van Samen Sterk, lijkt het programma van toegevoegde waarde binnen een klinische setting waarin de jongere zelf ook in behandeling is. Groot voordeel van het parallel aanbieden van Samen Sterk en de individuele behandeling van de tiener is dat diens problemen tegelijkertijd vanuit verschillende kanten worden aangepakt, en dat de individuele behandelaar en de Samen Sterk-begeleider met elkaar kunnen overleggen over het behandeltraject. Om Samen Sterk ook elders in het land te kunnen aanbieden, zijn meer getrainde begeleiders nodig. Gz-psychologen, orthopedagogen en systeemtherapeuten met

kennis over depressie bij jongeren zijn hier bij uitstek geschikt voor. Aangezien veel therapeuten binnen de ggz zijn opgeleid om individueel met cliënten te werken, is extra training nodig om voldoende kennis op te doen vanuit het systemische en pedagogische perspectief, naast kennis over depressie bij adolescenten. Daarnaast zijn supervisie en intervisie noodzakelijk. Hier is een training voor ontwikkeld.

SAMEN STERK BUITEN DE GGZ

.....

Onder ouders van depressieve jongeren die niet in behandeling willen of op een wachtlijst staan, blijkt er grote behoefte te bestaan aan advies en ondersteuning. Gezien de hoge prevalentie van depressieve klachten onder jongeren en een overbelaste jeugd-ggz, met lange wachtlijsten, is deze behoefte niet verrassend. Onder deze ouders blijken de zorgen over hun kind en de niet altijd even gemakkelijke zoektocht naar gepaste zorg groot. Bij ouders van jongeren die niet in zorg zijn is een uitgebreide en zorgvuldige intake noodzakelijk, waarbij de problematiek van het kind en het gezin worden besproken, en verwachtingen en verantwoordelijkheden duidelijk worden afgebakend.

Het online format van Samen Sterk blijkt zowel voordelen als nadelen te hebben. Ouders zien het vaak als een voordeel dat ze vanuit huis kunnen deelnemen. Dit maakt de drempel minder hoog om (samen) mee te doen. Bovendien kunnen ouders deelnemen vanuit heel Nederland en daarbuiten. Door gebruik te maken van chatrooms is er voldoende gelegenheid voor ouders om ervaringen uit te wisselen. Een nadeel van de online groep is dat de ouders de kosten ervan op dit moment zelf moeten betalen. Verschillende gemeenten (waaronder Rotterdam) bieden Samen Sterk gesubsidieerd aan, waardoor ouders alleen een eigen bijdrage hoeven te betalen. Een lichtversie van Samen Sterk zou ook goed ingezet kunnen worden als preventieve interventie, indien er somberheidsklachten spelen maar er (nog) geen sprake is van een vitale depressie. Hier zouden de Centra voor Jeugd en Gezin een centrale rol in kunnen spelen.

CONCLUSIE

.....

De adolescentie is een cruciale fase voor de mentale gezondheid, en depressies tijdens de adolescentie zijn vaak een voorbode van meerdere perioden van somberheid. Terwijl ouders van tieners met een depressie zich vaak machteloos voelen en het idee hebben weinig te kunnen bijdragen, kunnen *juist* ouders, dankzij de duurzame band met hun kind, een belangrijke rol spelen bij het faciliteren van het herstel van een tiener uit een depressie. Voor ouders met behoefte aan extra ondersteuning in het ouderschap kan

deelname aan het Samen Sterk-programma heel waardevol zijn. Vervolgonderzoek is nodig om te evalueren of het zelfvertrouwen en de stemming van ouders en jongeren door de verbeterde gezinsdynamiek vooruitgaan, en of veranderingen ook op de lange termijn beklijven.

Bernet Elzinga is verbonden aan de sectie Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Carine Kielstra is werkzaam bij Klinische Kind en Familie Studies, Faculteit Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, en bij Parenting Consultancy, Hilversum.

Romke van den Nouweland-van Baars is verbonden aan GGZ-Rivierduinen Jong, Zoetermeer.

Marjanke Ruys-Zonnenberg is werkzaam bij De Waag, zorglijn Jeugd, Amsterdam.
Correspondentieadres: Bernet Elzinga, Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, sectie Klinische Psychologie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden.
 E-mail: elzinga@fsw.leidenuniv.nl.

Summary *Stronger Together: A group program for parents of adolescents with depression*

A child's depressive symptoms often have a major impact on the family. Parents of adolescents with depression feel powerless and often have a lot of worries. At the same time, parents can also make an important contribution to the well-being of their child. In this article we describe the scientific underpinning and content of a group program Samen Sterk ('Stronger Together') for parents of depressed adolescents. The aim of this group intervention is to give parents more insight into the depressive symptoms of adolescents and the family dynamics, to strengthen mutual bonds and positive parenting behavior, and to improve the self-confidence of parents and adolescents. The program is based on parental factors that have been proven to be associated with the severity of depressive symptoms in adolescents with depression: parental warmth, parental criticism, autonomy support, and psychological well-being of parents. The program has two variants: a face-to-face group within mental health care that is offered in addition to the individual treatment of the adolescent, and an open online group (independent from a clinical setting). The aim of Stronger Together is to give parents more insight into the problems of their child by providing psycho-education about depressive problems and its influence on the family, and to improve mutual relationships within the family by stimulating positive parenting. Research is needed to evaluate whether participation in the program improves family climate, self-confidence and well-being of parents and young people, which families can benefit the most, and whether positive consequences also last in the long term.

Keywords *depression, adolescence, parent guidance, family interactions, group program, positive parenting, psycho-education about depression*

Literatuur

- Bodner, N., Kuppens, P., Allen, N. B., Sheeber, L. B., & Ceulemans, E. (2018). Affective family interactions and their associations with adolescent depression: A dynamic network approach. *Developmental Psychopathology*, 30, 1459-1473.
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M. W. F. T., & van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 287-298.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1: Attachment*. Basic Books.
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27, 959-985.
- Courtney, D. B., Watson, P., Krause, K. R., Chan, B. W. C., Bennett, K., Gunlicks-Stoessel, M., Rodak, T., Neprily, K., Zentner, T., & Szatmari, P. (2022). Predictors, moderators, and mediators associated with treatment outcome in randomized clinical trials among adolescents with depression: A scoping review. *JAMA Network Open*, 5, e2146331.
- Curry, J., Silva, S., Rohde, P., Ginsburg, G., Kratochvil, C., Simons, A., Kirchner, J., May, D., Kennard, B., Mayes, T., Feeny, N., Albano, A. M., Lavanier, S., Reinecke, M., Jacobs, R., Becker-Weidman, E., Weller, E., Emslie, G., Walkup, J., Kastelic, E., ... March, J. (2011). Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 68, 263-269.
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., & Boatman, A. E. (2020). Annual research review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 294-308.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021). *Factsheet: Onvoldoende tijdige en juiste hulp voor jongeren met ernstige psychische problemen*. www.igj.nl/actueel/nieuws/2021/03/15/onvoldoende-hulp-voor-jongeren-met-ernstige-psychische-problemen
- Janssen, L. H. C., Elzinga, B. M., Verkuil, B., Hillegers, M. H. J., & Keijsers, L. (2021). The link between parental support and adolescent negative mood in daily life: Between-person heterogeneity in within-person processes. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 271-285.
- Janssen, L. H. C., Verkuil, B., van Houtum, L. A. E. M., Wever, M. C. M., & Elzinga, B. M. (2021). Perceptions of parenting: Adolescent-parent differences and associations with adolescent affect. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 2427-2443.
- Janssen, L. H. C., Verkuil, B., van Houtum, L. A. E. M., Wever, M. C. M., & Elzinga, B. M. (2022). *A closer look into the affect dynamics of adolescents with depression and the interactions with their parents: An ecological momentary assessment study* [Manuscript submitted for publication].
- Johnco, C. J., Magson, N. R., Fardouly, J., Oar, E. L., Forbes, M. K., Richardson, C., & Rapee, R. M. (2021). The role of parenting behaviors in the bidirectional and intergenerational transmission of depression and anxiety between parents and early adolescent youth. *Depression & Anxiety*, 38, 1256-1266.
- Kullberg, M. L., Maciejewski, D., van Schie, C. C., Penninx, B. W., & Elzinga, B. M. (2020). Parental bonding: Psychometric properties and association with lifetime depression and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 32, 780.

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd: Addendum*. Trimbo-instituut.
- Lewis, G., Rice, F., Harold, G. T., Collishaw, S., & Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 451-459.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Molenaar, P. C. M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 2, 201-218.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 114-144.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, 53, 613-640.
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 1, 1142-1150.
- Raven, D., Jörg, F., Visser, E., Oldehinkel, A., & Schoevers, R. (2017). Time-to-treatment of mental disorders in a community sample of Dutch adolescents: A TRAILS study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 177-188.
- Rengasamy, M., Mansoor, B. M., Hilton, R., Porta, G., He, J., Emslie, G. J., Mayes, T., Clarke, G. N., Wagner, K. D., Keller, M. B., Ryan, N. D., Birmaher, B., Shamseddeen, W., Asarnow, J. R., & Brent, D. A. (2013). The bi-directional relationship between parent-child conflict and treatment outcome in treatment-resistant adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 370-377.
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29, 294-316.
- Schwartz, O. S., Dudgeon, P., Sheeber, L., Yap, M., Simmons, J., & Allen, N. B. (2012). Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 40, 59-71.
- Schwartz, O. S., Rowell, V. J., Whittle, S., Byrne, M. L., Simmons, J. G., Sheeber, L., McKenzie, V., & Allen, N. B. (2018). Family meta-emotion and the onset of major depressive disorder in adolescence: A prospective longitudinal study. *Social Development*, 27, 526-542.
- Sheeber, L. B., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 144-154.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P., & Penninx, B. W. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103-112.

- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M. H., Bottelier, M. A., Vet, L. J. J., Lont, C. M., van Baar, A. L., & Bodden, D. H. M. (2020). Effectiveness and moderators of individual cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in clinically depressed adolescents: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 10, 14815-14815.
- Wang, Y. R., Shi, H. L., Wang, Y., Zhang, X., Wang, J., Sun, Y. Y., Wang, J. W., Sun, J. W., & Cao, F. L. (2021). The association of different parenting styles among depressed parents and their offspring's depression and anxiety: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21, 495.
- Weissman, M. M., Berry, O. O., Warner, V., Gameroff, M. J., Skipper, J., Talati, A., Pilowsky, D. J., & Wickramaratne, P. (2016). A 30-year study of 3 generations at high risk and low risk for depression. *JAMA Psychiatry*, 73, 970-977.
- Wiersma, J. E., Hovens, J. G., van Oppen, P., Giltay, E. J., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 983.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 167-180.
- Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., & Jorm, A. F. (2013). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, 8-23.