

Emdr bij getraumatiseerde adolescenten met een depressieve stoornis

Gepubliceerd: 19-01-2017 Laatste bijgewerkt: 19-04-2024

Het doel van deze studie is de effectiviteit van EMDR te onderzoeken bij getraumatiseerde adolescenten (12-18 jaar) met een depressieve stoornis.

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Zal niet starten
Type aandoening	Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON43859

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

EMDR bij depressieve adolescenten

Aandoening

- Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG

Synoniemen aandoening

depressieve stoornis

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Stichting Rivierduinen

Overige ondersteuning: GGZ Rivierduinen

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: adolescenten, depressieve stoornis, EMDR, trauma

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

De belangrijkste studieparameters betreffen het effect van de EMDR behandeling op de post traumatische stress symptomen (ADIS-C, UCLA) en depressieve symptomen (ADIS-C, CDI-2).

Secundaire uitkomstmaten

Secundaire parameters betreffen het effect van de EMDR behandeling op comorbide angst (SCARED), sociaal-emotionele problemen (SDQ) en lichamelijke klachten (CSI). Ook wordt in kaart gebracht of en hoe de verandering van depressieve symptomen samenhangt met de mate van levendigheid en emotionaliteit van de herinnering (Vragenlijst Karakteristieken van de Herinnering, item 1 en 5) en met de mate van post-traumatische cognities (CPTCI).

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

De depressieve stoornis (DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) of DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)) is een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen gedurende de adolescentie (12-18 jaar) (Shirk, Deprince, Crisostomo & Labus, 2014). In Nederland kampen circa 37.400 adolescenten jaarlijks met een depressieve stoornis, dit is ongeveer 3% van de adolescenten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

Volgens de DSM IV-TR is er sprake van een depressieve stoornis wanneer een adolescent tenminste gedurende twee weken een duidelijke verandering in de stemming vertoont. Deze veranderingen worden gekenmerkt door ofwel depressieve gevoelens, ofwel een geïrriteerde stemming en/of verlies van interesse en plezier. Dit voorgaande, in combinatie met een aantal klinische kenmerken zoals veranderingen in het eet- en/of slaappatroon, agitatie of remming, gevoelens van waardeloosheid, suïcidegedachten en/of suïcidepogingen leiden tot belemmeringen in het functioneren, zoals in relaties met anderen en in het verrichten van taken en activiteiten (APA, 2000). In de nieuwe vijfde versie

van de DSM (APA, 2013) zijn deze criteria nauwelijks gewijzigd. Meestal openbaart een depressie zich voor het eerst gedurende de adolescentie (Shirk et al., 2014), en het optreden ervan heeft evidente gevolgen voor de ontwikkeling van een adolescent. Het functioneren op diverse levensterreinen wordt beïnvloed. Daarbij valt te denken aan het sociaal functioneren, het functioneren op school maar ook het functioneren binnen een gezin (Compton et al., 2004; Harrington, Campbell, Shoebridge & Whittaker, 1998; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009; Weisz, McCarthy & Valeri, 2006). Veelal noodzaakt een depressieve stoornis tot professionele behandeling binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, te meer omdat deze stoornis vaak gepaard gaat met verhoogde risico's op suïcidaal gedrag en andere psychiatrische problemen zoals een post-traumatische stress-stoornis (PTSS), angstklachten en lichamelijke klachten (Weisz et al., 2006). De impact van de depressieve stoornis komt nog sterker naar voren uit longitudinale studies betreffende het verloop van een depressieve stoornis, waaruit blijkt dat depressieve individuen een grote kans vertonen om steeds opnieuw in nieuwe depressieve periodes te vervallen; binnen vijf jaar krijgt 70% een nieuwe depressie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009).

De landelijke richtlijn adviseert Cognitieve Gedragstherapie (CGT) behandeling als één van de eerste keus behandelmethoden (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Een CGT behandeling omvat verschillende componenten, waaronder cognitieve herstructurering van negatieve gedachten, ontspanningsvaardigheden en het vergroten van probleem oplossende vaardigheden (Van Rooijen-Mutsaers, 2013). Hoewel de werkzaamheid van CGT bij depressie in de adolescentie in meerdere meta-analyses is vastgesteld, blijkt in recente onderzoeken dat de effectiviteit wellicht beperkter is dan bij de introductie van deze therapievormen werd gedacht (Johnsen & Friborg, 2015). Ook blijken de effecten op lange termijn vaak niet behouden (Klein et al., 2007; Watanabe, Hunot, Omori, Churchill & Furukawa, 2007). Het verbeteren van het effect van behandeling van depressieve stoornissen bij adolescenten is derhalve noodzakelijk. Lewis et al. (2010) vonden dat CGT-behandeling bij adolescenten met een depressie minder resultaat had wanneer er bij deze adolescenten sprake was van een geschiedenis van traumatisering. De suggestie van Lewis et al. (2010) om de subgroep van depressieve adolescenten met traumatische ervaringen een op trauma gerichte behandeling aan te bieden zou wel eens een belangrijke invalshoek kunnen zijn voor het verbeteren van de behandeling van depressieve stoornissen bij adolescenten.

Een belangrijke recente toevoeging aan het CGT-model voor de depressieve stoornis (Beck, 1979), waarin de veronderstelling is dat depressieve klachten veroorzaakt worden vervormingen in cognitieve processen, is de rol van traumatische gebeurtenissen bij het ontstaan en in stand houden van depressieve klachten (Beck & Bredemeier, 2016). Het gaat hierbij om negatieve gebeurtenissen die te maken hebben met nauwe interpersoonlijke relaties en de acceptatie door de *peer* groep die van belang is voor de ontwikkeling van een eigen identiteit.

Monroe, Slavich en Georgiades (2014) stellen dat veel, zo niet de meeste, depressieve episodes vooraf worden gegaan door traumatische of negatieve levenservaringen. Het risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis bleek in een meta-analyse (N=25 studies) van Risch et al. (2009) wel significant gerelateerd aan negatieve levensgebeurtenissen, maar niet aan bijv. genetische factoren. Niet alleen het ontstaan, maar ook de in stand houding van depressieve stoornissen wordt beïnvloed door onverwerkte herinneringen aan traumatische gebeurtenissen (Kendler, Hettema, Butera, Gardner & Prescott (2003). Binnen de traumatische ervaringen gaat het vooral om gebeurtenissen met een interpersoonlijk aspect: verlies (zoals dood, scheiding, of materiële zaken), vernedering en sociale uitsluiting staan zijn centrale thema's. De symptomen ten gevolge van dergelijke gebeurtenissen vertonen veel overeenkomst met die van een post-traumatische stressstoornis, zoals herbelevingen en vermijding van herinneringen (Patel, Brewin, Wheatley, Wells, Fiser & Myers, 2007). Spinhoven, Penninx, van Hemert, de Rooij en Elzinga (2014) suggereren vanwege de hoge comorbiditeit tussen PTSS en depressieve stoornissen dat er sprake zou zijn van een gedeelde kwetsbaarheid en adviseren in geval van depressieve problematiek om altijd te screenen op de aanwezigheid van PTSS. De beschreven samenhang tussen traumatische ervaringen en het ontstaan van een depressie doet veronderstellen dat het toepassen van een evidence-based traumabehandeling zoals Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) een belangrijk element in de behandeling van de depressieve stoornis zou kunnen zijn (Hoffmann et al., 2016). De veronderstelling is dat wanneer de onverwerkte herinneringen aan traumatische gebeurtenissen effectief behandeld worden dit kan leiden tot een vermindering van de depressieve symptomen (Wood & Ricketts, 2013). EMDR is wereldwijd bekend als een effectieve psychotherapeutische behandeling voor PTSS en is in zowel internationale richtlijnen (bijv. WHO, 2013) als de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003) opgenomen als eerste keus behandeling voor zowel volwassenen als kinderen en adolescenten (Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer & Stams, 2009). Bij EMDR staan de traumatische herinneringen van de patiënt centraal (Logie, 2014; Shapiro, 2001).

De meeste empirische onderbouwing voor het werkzame mechanisme van EMDR is er voor de zogenaamde werkgeheugentheorie. Het werkgeheugen heeft een beperkte capaciteit (Baddeley, 2012). Het herinneren van een traumatische gebeurtenis gaat gepaard met intense levendigheid en emoties en neemt de capaciteit van het werkgeheugen grotendeels in beslag. Als op datzelfde moment een afleidende taak moet worden verricht is er minder capaciteit beschikbaar voor de traumatische herinnering (Baddeley, 2012). Er lijkt competitie te ontstaan binnen het werkgeheugen met als gevolg minder ruimte voor de intense herinnering, waardoor de emotionele lading en de levendigheid van de traumatische herinnering afneemt (Hornsveld et al., 2010). Op deze wijze zorgt een EMDR-behandeling ervoor dat de disfunctionele betekenisverlening van de traumatische herinneringen verdwijnt. De Jongh en collega's (2013) hebben aangetoond dat dit proces zowel van toepassing is op negatieve herinneringen gerelateerd aan PTSS, als ook op negatieve herinneringen gerelateerd aan andere

psychische stoornissen, zoals depressieve stoornissen.

Er zijn veel recente onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR bij volwassen getraumatiseerde patiënten met depressieve stoornissen. In een literatuuroverzicht uit 2013 (Wood & Ricketts) worden in totaal 17 studies besproken. Onder deze studies, voornamelijk case studies van wisselende kwaliteit, bevinden zich ook twee Randomized Clinical Trials (RCT*s) (Hogan, 2001; Song & Wang, 2007). In de studie (N=30) van Hogan (2001) werd de effectiviteit van EMDR vergeleken met CGT, Song en Wang (2007) vergeleken in hun studie (N=64) twee condities: EMDR plus medicatie (sertraline) versus alleen medicatie. In beide studies namen de depressieve symptomen significant af in de EMDR conditie en was de verbetering vergelijkbaar met CGT en medicatie, respectievelijk. Song & Wang (2007) merken daarbij op dat de EMDR behandeling sneller verbetering opleverde, veiliger was en resulteerde in een betere treatment compliance.

Onlangs verscheen een uit Pakistan afkomstige RCT (Gauhar & Wajid, 2016) (N = 26) waarin 6-8 sessies EMDR effectiever bleek dan een wachtlijst. Er werden zeer grote effecten gevonden, wat betreft het verminderen van trauma-gerelateerde en depressieve symptomen en het verbeteren van de kwaliteit van leven. Opvallend genoeg werd ook een significante verandering gezien op het niveau van de voor de depressieve stoornis relevante cognities, hoewel cognities in EMDR-behandeling (in tegenstelling tot CGT) niet expliciet aan de orde komen.

Naast deze eerste pilot studies zijn er inmiddels grootschalig onderzoeken gestart naar de effectiviteit van EMDR bij getraumatiseerde patiënten met depressieve klachten. Er is een Britse studie gaande onder de naam de Sheffield EMDR Depression Investigation (SEDI). Daarnaast is er een groot Europees onderzoeksproject gestart: The European Depression and EMDR Network (EDEN). Momenteel worden in zes Europese landen studies uitgevoerd naar de effectiviteit van EMDR bij depressieve stoornissen (in vergelijking met treatment as usual, medicatie en CGT; trial geregistreerd onder nummer ISRCTN09958202; www.ISRCTN.com). Van het EDEN-netwerk zijn inmiddels twee publicaties verschenen. Hofman et. al (2014) onderzochten de toegevoegde waarde van EMDR bij een reguliere CGT behandeling bij 42 ambulante patiënten. Zij vonden dat een significant hoger percentage (90%) van de conditie die CGT plus EMDR (m = 44.5 + 6.9 sessies resp.) kreeg niet meer voldeed aan de criteria van een depressieve stoornis in vergelijking met de conditie die alleen CGT (m = 47.1 sessies) kreeg (38%). In een tweede publicatie van EDEN (Hase et al., 2015) werd EMDR toegevoegd aan het reguliere klinische behandelprogramma (behandelduur gemiddeld ca. 40 dagen; programma omvatte psycho-educatie, individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en sport). Na gemiddeld 5.6 EMDR sessies hadden patiënten uit de reguliere behandeling + EMDR (N = 16) minder depressieve symptomen (BDI) en algemene psychische klachten (SCL-90) in vergelijking tot de patiënten die alleen een reguliere behandeling hadden gekregen. Bij 68% van de patiënten uit de reguliere behandeling + EMDR conditie was de depressieve stoornis na behandeling in remissie (gegevens over remissie in de andere conditie ontbreken).

Tot op heden zijn een casestudie (Bae, Kim & Park, 2008) en een gecontroleerde

casestudie verschenen (Tang, Yang Yen & Liu, 2008) waarin de effectiviteit van EMDR specifiek onderzocht werd bij depressieve adolescenten. Bae et al. (2008) rapporteren over twee adolescenten waarbij na behandeling met uitsluitend EMDR (de één 3 en de ander 7 sessies) gericht op traumatische ervaringen (verlies van een ouder resp. separatie van de ouderfiguur) een significante daling van de depressieve symptomen werd gevonden. De resultaten werden behouden bij een follow-up na 3-5 maanden. Een grotere studie werd uitgevoerd door Tang et al. (2015). Zij onderzochten een groep van 83 Taiwanese adolescenten (12-15 jaar) waarbij sprake was van ofwel PTSS, een depressieve stoornis, een matig tot hoog suïciderisico (MINI-KID score * 9) of een combinatie van deze problematiek na het meemaken van een typhoon. De adolescenten werden verdeeld over een EMDR-conditie (n = 41; waarvan 21 met een depressieve stoornis) en een treatment-as-usual (TAU) conditie (n= 42; waarvan 19 met een depressieve stoornis). De EMDR conditie (4 sessies) bleek effectiever dan TAU (psycho-educatie) in het verminderen van zowel de depressieve klachten als de angstklachten. Daarbij was er in beide condities geen sprake van drop-out en ook waren er geen schadelijke incidenten of bijeffecten. Samengevat blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat traumatische ervaringen een rol kunnen spelen bij het ontstaan en in stand blijven van een depressieve stoornis. Inmiddels is dit inzicht geïntegreerd in het onderliggende theoretische model van CGT door Beck (Beck en Bredemeier, 2016) en wordt evidence based traumabehandeling in de klinische praktijk ingezet bij de behandeling van getraumatiseerde patiënten een depressieve stoornis. De resultaten van de huidige (lopende) studies naar de toegevoegde waarde van EMDR, als evidence based traumabehandeling, bij depressie zijn veelbelovend. Het doel van deze studie is de effectiviteit van EMDR bij getraumatiseerde adolescenten (12-18 jaar) met een depressieve stoornis te onderzoeken. Daarbij wordt tevens onderzocht of vermindering van de depressieve symptomen voorspeld wordt door verandering van de herinnering (emotionaliteit en levendigheid van de herinnering), en/of door traumagerelateerde cognities; om daarmee inzicht te verkrijgen in het werkingsmechanisme van de behandeling.

Doel van het onderzoek

Het doel van deze studie is de effectiviteit van EMDR te onderzoeken bij getraumatiseerde adolescenten (12-18 jaar) met een depressieve stoornis.

Onderzoeksopzet

Deze studie is een gerandomiseerde gecontroleerde studie met twee condities: EMDR versus een wachtlijst (WL). De studie kent een viertal meetmomenten: een baselinemeting (T0) bij start, vervolgens na 6 weken behandeling te hebben doorlopen (T1) en aansluitend follow-up metingen na 3 maanden (T2) en 6 maanden (T3). Daarnaast zal bij elke behandelsessie de ernst van de depressieve klachten (CDI-2) geregistreerd worden. Bij sessie 1, 2, 3 en 6 zal de levendigheid en emotionaliteit van de -in aanvang- meest spanningsvolle

depressie-gerelateerde traumatische herinnering geregistreerd worden. Randomisatie vindt plaats na de baseline meting (T0). De EMDR behandelconditie omvat 6 wekelijkse individuele behandelcontacten van 60 minuten en aansluitend een korte bespreking met ouders van 15 minuten. De wachtlijstconditie beslaat eveneens een periode van 6 weken.

Randomisatie zal verricht worden door een onafhankelijke assessor met behulp van SPSS (de SPSS functie* to produce random numbers*). Randomisatie zal gebeuren in blokken van vier participanten, waarbij gestratificeerd zal worden naar behandellocatie. Dit aantal is gebaseerd op de schatting dat zo'n vier adolescenten per maand geworven kunnen worden voor deelname aan het onderzoek. Bovendien is daarbij de praktische overweging gemaakt dat met een aantal van vier de te verrichten EMDR behandelingen evenwichtig verdeeld kunnen worden over de tijd en de beschikbare behandelaren.

De participanten in de wachtlijstconditie zullen gedurende een periode van 6 weken op de wachtlijst staan. De participanten in de wachtlijstconditie zullen een extra meting ondergaan na afloop van de wachtlijstconditie, alvorens ook zij de EMDR behandeling aangeboden krijgen. Deze meting is voor deze groep feitelijk de baseline meting. Daarna volgen de meetmomenten conform de andere conditie (T1 na afronding van de EMDR-behandeling, T2 3 maanden na afsluiting, T3 6 maanden na afsluiting).

Onderzoeksproduct en/of interventie

EMDR behandeling Tijdens de intake vindt inventarisatie plaats van symptomen en depressiegerelateerde traumatische gebeurtenissen. Op grond hiervan maakt de behandelaar een casusconceptualisatie. De participanten in de EMDR behandel conditie zullen op wekelijkse basis een behandelcontact hebben van 60 min. De EMDR behandeling zal volgens het protocol van Shapiro (2001) in combinatie met de leeftijdsspecifieke aanpassingen verricht worden (de Roos, Beer, de Jongh & ten Broeke, 2015; Greenwald, 1999; Tinker & Wilson, 1999). Er zullen standaard 6 sessies aangeboden worden. De EMDR behandelprocedure omvat acht onderdelen te weten intake en diagnostiek, preparatie, assessment, desensitisatie, installatie, body scan, positief afsluiten en herevaluatie (Beer & De Roos, 2012, Shapiro, 2001). Voorafgaand aan de behandeling geeft de behandelaar uitleg over de EMDR procedure en worden de meest spanningsvolle >voor de depressie relevante-herinneringen geselecteerd. Vervolgens vraagt de behandelaar de adolescent om zich te focussen op de herinnering en vraagt de behandelaar naar de aan de herinnering gerelateerde negatieve, disfunctionele, cognitie (NC), de emotie, de actuele spanning en de locatie van de spanning in het lijf (scherpstellen). Daarna biedt de therapeut een afleidende taak, bij voorkeur de oogbewegingen, en vraagt na 30 seconden zijn/haar associaties te benoemen. Elke associatie met de herinnering wordt gevolgd door een nieuwe serie van oogbewegingen. Regelmatig wordt de mate van emotionele lading of te wel de zgn. subjective units of disturbance (SUD) nagevraagd op een 10 punts Likertschaal. Dit wordt gecontinueerd net zolang totdat de SUD 0 is (desensitisatie). Vervolgens zal de herinnering gekoppeld worden aan de functionele cognitie. De participant wordt gevraagd op de Validity of Cognition Scale (VoC), met 7 punts Likertschaal scoring, de geloofwaardigheid van de positieve cognitie te scoren. Hierbij worden eveneens nieuwe sets van stimuli aangeboden.

Dit blijft zich herhalen totdat de participant zijn positieve cognitie gevoelsmatig als volledig waar scoort (VoC=7, installatie). Tenslotte zal de therapeut navragen of het oorspronkelijke targetbeeld geen lichamelijke sensaties meer oproept (body scan) en zal een positieve afsluiting en herevaluatie plaatsvinden. In dit onderzoek vult de behandelaar na elke behandelsessie een sessieformulier in, waarbij de target herinnering geregistreerd wordt evenals de NC (negatieve cognitie), de PC (positieve cognitie), de VoC (geloofwaardigheid van de PC), de SUD scores en het verloop van het proces. Ouders/verzorgers worden na iedere behandeling kortdurend geïnformeerd over het verloop van de behandelsessies (15 minuten per sessie). Dit gebeurt middels een kort face-to-face dan wel een telefonisch contact tussen behandelaar en ouders/verzorgers in overleg met de adolescent. Indien na afloop van de EMDR behandeling een hoge mate van depressieve symptomen resteert zal in overleg met de adolescent en ouders/verzorgers en in afstemming met het multidisciplinair behandelteam beoordeeld worden welke aanvullende behandelinterventies wenselijk zijn.

Therapie betrouwbaarheid (treatment fidelity) De EMDR behandelingen zullen verricht worden door GZ-Psychologen, Psychotherapeuten en Klinisch Psychologen werkzaam bij TOPGGZ PsychotraumaCentrum van Rivierduinen Kinderen en Jeugd. Zij zijn ervaren therapeuten die zowel de basis- als de vervolgtraining EMDR hebben gevolgd. Middels sessie formulieren en video-opnames wordt gedocumenteerd of het behandelprotocol gevolgd wordt. Gedurende het onderzoek zullen de geboden EMDR behandelingen middels video-opnames maandelijks gesuperviseerd worden, waarbij iedere casus aan bod zal komen. Daarnaast wordt de casusconceptualisatie voor behandeling goedgekeurd door de supervisor en worden tussentijdse vragen over de behandeling per e-mail gesteld en beantwoord. De treatment fidelity zal a.d.h.v. de opnames door onafhankelijke beoordelaars beoordeeld worden. Vroegtijdig afronden van de behandeling (Early completion) Wanneer een participant na minder dan 6 behandelsessies een CDI score behaalt onder de 16 punten en alle geselecteerde gebeurtenissen uit de casusconceptualisatie geen actuele spanning meer geven (SUD 0) kan de behandeling vroegtijdig afgerond worden.

Inschatting van belasting en risico

Deelname aan het onderzoek gaat niet gepaard met evidente risico's. De hoofdbehandelaar heeft in de behandelconditie wekelijks contact met zowel de adolescent als met één van de ouders/verzorgers. Zowel gedurende het behandeltraject als gedurende de eventuele wachttijd kan bij verslechtering van de situatie te allen tijden een beroep gedaan worden op de reguliere GGZ faciliteiten zoals telefonisch overleg met de behandelaar en de 24-uurs crisisdienst. Al naar gelang de situatie zal vervolgens beoordeeld worden of voortzetting van deelname aan het onderzoek haalbaar en wenselijk is. Indien na afloop van de EMDR behandeling depressieve klachten resterend zijn zal in overleg met de adolescent en ouders/verzorgers en in afstemming met het multidisciplinair behandelteam beoordeeld worden welke aanvullende behandelinterventies wenselijk zijn.

Contactpersonen

Publiek

Stichting Rivierduinen

Sandifortdreef 19
Leiden 2333ZZ
NL

Wetenschappelijk

Stichting Rivierduinen

Sandifortdreef 19
Leiden 2333ZZ
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Adolescenten (12-15 jaar)

Adolescenten (16-17 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

1. Er is sprake van een milde tot matige depressieve stoornis volgens de criteria van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd (2009), d.w.z. 5-8 symptomen volgens DSM-IV-TR, waarbij ernstige suïcidale en/of psychotische symptomen ontbreken, de stoornis interfereert met functioneren op max. 3 van de 4 belangrijke levensdomeinen (school, sociale situaties, hobby's en thuis) en een GAFscore van > 45. ;2. De depressieve klachten zijn gerelateerd aan onverwerkte herinneringen aan één of meer traumatische gebeurtenissen.;3. Leeftijd tussen de 12 en 18 jaar;4. Bereidheid deel te nemen aan het onderzoek

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

1. Er is sprake van een ernstige depressieve stoornis volgens de criteria van de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie bij Jeugd (2009), d.w.z. 8-9 symptomen volgens DSM-IV-TR, waarbij ernstige suïcidale en/of psychotische symptomen aanwezig, de stoornis interfereert met functioneren op alle belangrijke levensdomeinen (school, sociale situaties, hobby's en thuis) en een GAFscore van < 45. ;2. Beperkte intellectuele capaciteiten (IQ < 80);3. Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blinding:	Enkelblind
Controle:	Actieve controle groep
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Zal niet starten
Aantal proefpersonen:	60
Type:	Verwachte startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	19-01-2017
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Leids Universitair Medisch Centrum (Leiden)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL55376.058.15