

Onderzoek bij vermoeden op een **depressie** bij kind en jeugd

Uitdagingen in de diagnostiek van depressie.

In deze whitepaper focust Prof. Dr. Caroline Braet op meer dan 20 jaar ervaring in haar onderzoek naar depressieve klachten bij kind en jeugd en de consequenties hiervoor voor de diagnostiek. Daarbij besteedt ze vooral aandacht aan het getrapte model waarbij een screeningsfase vooraf gaat aan een ruimer diagnostisch onderzoek dat volgens de principes van handelingsgericht werken dient te verlopen. Alhoewel de prevalentie van depressie steeds meer toeneemt, zijn de symptomen niet steeds herkenbaar en wordt het syndroom helaas teveel onder-gediagnosticeerd. Meer aandacht voor screening van depressieve klachten en hier gepast advies aan koppelen is aangewezen.

Pearsonclinical.nl

PEARSON BENELUX B.V.



PROF. DR. CAROLINE BRAET IS KLINISCH PSYCHOLOOG EN GEDRAGS-THERAPEUT. ZE IS COÖRDINATOR EN SUPERVISOR BIJ HET UNIVERSITAIR PSYCHOLOGISCH CENTRUM KIND EN ADOLESCENT TE GENT EN IS ALS FULLTIME HOGLERAAR VERBONDEN AAN DE UNIVERSITEIT GENT. NAAST ONDERWIJSOPDRACHTEN OP HET GEBIED VAN DE ONTWIKKELINGSPSYCHOPATHOLOGIE DOET ZIJ IN HET BIJZONDER ONDERZOEK NAAR HET ONTSTAAN EN DE INSTANDHOUDING VAN PSYCHOPATHOLOGIE BIJ KINDEREN, ALSOOK DE ASSESSMENT EN DE BEHANDELING ERVAN. ZE WAS LID VAN DE WERKGROEP DIE DE MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ADDENDUM DEPRESSIE BIJ JEUGD VOORBEREIDDE. EEN CENTRAAL NIEUWE FOCUS IN AL HAAR PROJECTEN IS DE ROL VAN TRANSDIAGNOSTISCHE PROCESSEN, WAARONDER EMOTIEREGULATIE. IN 2021 KREEG ZE DE MASLOW-AWARD VOOR HAAR LEVENSWERK.

Depressie in een notendop

Lange tijd is gedacht dat kinderen niet vatbaar waren voor het ontwikkelen van depressies. Ondertussen is deze gedachte compleet verlaten. Uit het onderzoek dat is uitgevoerd aan het *Institute of Psychiatry* in London kon worden afgeleid dat er bij kinderen wel degelijk gevoelens van ellende kunnen voorkomen en dat deze gevoelens een goede, zij het specifieke, indicatie vormen voor psychische stoornissen. Dit laatste maakt dat depressieve klachten niet altijd onderkend worden.

Een depressieve stemming omvat het onvermogen om plezier te hebben en gaat gepaard met een vermindering van interesse en motivatie (APA, 2013). Er bestaan diverse varianten van negatieve gevoelens, waaronder neerslachtigheid, lusteloosheid, gevoelens van waardeloosheid, prikkelbaarheid. Allen vallen onder de noemer 'depressieve symptomen'. Deze kunnen zich bundelen tot een duidelijk syndroom. Er is sprake van een depressieve stoornis wanneer het depressief syndroom een langere periode aanwezig is (minstens 14 dagen aanéensluitend) en als het kind of de jongere daardoor in zijn functioneren lijden vertoont en/of ernstig aangetast is. De term depressie kan aldus verwijzen naar een symptoom, een syndroom of naar een stoornis.

De *American Psychiatric Association* (APA, 2013) omschrijft depressie als psychiatrische stoornis alsook de criteria waaraan moet voldaan zijn. Men gaat er daarbij van uit dat depressie zich op alle leeftijden ongeveer gelijk manifesteert. Hoewel er in de DSM 5 (APA, 2013) specificaties naar leeftijd zijn (bijv. het eerste item 'depressieve stemming' mag bij kinderen ook zijn 'prikkelbare stemming' en het item 'gewicht-verlies' wordt bij kinderen 'verwachte gewichtstoename blijft uit'), blijft men nog steeds bij 'universele' depressie-symptomen voor alle leeftijden.

Depressie treft naar schatting 2,5% van de kinderen en 8,3% van de adolescenten in de Europese regio, terwijl naar schatting 30% van de adolescenten subklinische depressieve symptomen heeft. Een interessant naslagwerk is de [HBSC studie](#) waar overheen verschillende landen bij jongeren tussen 11-15 jaar (opgesplitst naar jongens en meisjes) gevraagd werd of ze zich soms 'low' voelen.

Reden voor het vermoeden

De signalen die kinderen uitsturen zijn niet eensluidend en doen niet altijd meteen denken aan een depressie. Hierdoor wacht men vaak te lang om hulp te zoeken;

waardoor de depressieve klachten reeds een syndroom vormen, gepaard gaan met psychisch lijden en zullen de klachten het dagelijkse functioneren reeds ernstig verstoren. De jongere kan hierdoor niet de ontwikkelingstaken opnemen die men verwacht (bijv. zelfstandigheid verwerven, sociale vaardigheden aanleren). Erger nog is dat de problemen niet vanzelf overgaan, depressieve klachten 'litttekens' geven voor het leven, waardoor de kans op recidive (terugkerende klachten) groot is, de kans op een suicide(poging) (ooit) reëel wordt. Bij elk 'niet pluis' gevoel dat je hebt of hoort over een kind of jongere, bij elk vermoeden van een 'depressie' is het noodzakelijk verdere stappen te ondernemen.

Om kinderen en jongeren die lijden aan een depressie tijdig te signaleren en te ondersteunen, en om ze waar nodig een kwalitatieve behandeling aan te bieden, is daarbij degelijk psychologisch onderzoek noodzakelijk. Bovendien is een degelijke diagnostiek een must voor wetenschappelijk onderzoek naar de mechanismen die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling en het voortbestaan van psychische stoornissen bij kinderen, en naar de effecten van behandelingen en preventie.

Niet elke negatieve stemming, slaapproblematiek, of woedebui wijst op een depressie. Immers, emoties horen bij het leven. Kinderen en jongeren moeten ook nog leren hun emoties te reguleren. Het is dan ook mogelijk dat sommige afwijkingen in negatief affect nog bij een normale ontwikkeling kunnen behoren. Dit maakt het niet altijd gemakkelijk huilbuien of stemmingswissels van kinderen of jongeren gepast te beoordelen. Mogelijk wijzen de 'niet pluis' signalen op een ander probleem. Hiervoor zijn screenings-instrumenten een nuttige en noodzakelijke tool. Ze kunnen bij geval van twijfel steeds afgenomen worden ('baat het niet, dan schaadt het niet') en afhankelijk van het resultaat wordt er dan ingezet op verder onderzoek.

TIP UIT DE PRAKTIJK - HEB AANDACHT VOOR 'NIET PLUIS' SIGNALLEN

- Is een kind heel prikkelbaar?
- Klagen de ouders van onverklaarbare woedebuien?
- Heeft de jongere ernstige slaapproblemen en klaagt het van vermoeidheid?
- Merk jij/de vrienden/ de leerkracht plotselinge wijzigingen in de routines van een jongere? (dit kan op velerlei vlakken, waaronder meer slapen, teveel of te weinig eten, meer of minder alleen op de kamer, plots slechter presteren op school)?
- Zegt een kind dat het dood wil?



Het psychologisch onderzoek

De gouden standaard voor het classificeren van depressie als stoornis, alsook voor elke vorm van differentiaaldiagnose, is het afnemen van een gestandaardiseerd klinisch interview (Roelofs, et al., 2015). Een voorbeeld is de SCID-5 Junior (Wante et al., 2021). Gezien de afname 1,5u kan duren is het niet steeds bruikbaar als eerste stap van een onderzoeksfase wanneer er slechts een vermoeden is geuit.

Algemeen wordt daarom aangeraden te werken volgens een getrapd diagnostisch proces dat bestaat uit fasen. In de klinische praktijk wordt in een eerste fase gebruikgemaakt van screeningsinstrumenten. Dit wordt ook in de nationale en internationale richtlijnen aanbevolen (Birmaher, ea., 2007; alsook voor Nederland: http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=85).

TIP UIT DE PRAKTIJK - HEB AANDACHT VOOR DE WIJZE WAAROP JE CONTACT LEGT

Een diagnosticus gaat steeds in dialoog aan de slag met een kind, jongere en het gezin bij het vermoeden van een depressie. Ze werken samen naar een diagnose en behandeladvies toe waarin alle partijen zich kunnen vinden.

Wanneer er een vermoeden is, kan er best in een eerste screeningsfase gebruik worden gemaakt van zowel algemene als specifieke screeningsvragenlijsten

om de problematiek goed in te schatten. Aan de hand van algemene screeningsvragenlijsten krijgt men een beeld van een uitgebreide waaier aan psychische problemen.

Voorbeelden van de eerste soort vragenlijsten zijn de Youth Self Report (YSR) of de hieraan verwante ouder-versie, de Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T., 1987).

Specifieke screeningsvragenlijsten brengen daarentegen een afgebakend probleemgebied in kaart. Voorbeelden hiervan zijn de Children's Depression Inventory (CDI en CDI-2; Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008; Bodden, Braet, Stikkelbroek, 2016) en de Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment (BYI-2; Beck, Beck, Jolly & Steer, 2018).

Indien er op basis van deze eerste screeningsfase aanwijzingen zijn voor een depressie, moet men in een tweede en verdiepende fase meer informatie verzamelen over de aanwezige problemen (onderkennende diagnostiek) en de onderliggende mechanismen (verklarende diagnostiek).

Screeningsinstrumenten kennen het probleem dat ze zowel vals negatieven als vals positieve diagnoses kunnen opleveren, wat via een aanvullend interview dan weer moet gecontroleerd kan worden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat kinderen die hoog scoren op vragenlijsten terwijl ze niet aan de diagnostische criteria voldoen, toch eenzelfde niveau van psychosociaal disfunctioneren kunnen vertonen en dus evengoed begeleiding nodig hebben (APA, 2013).

TIP UIT DE PRAKTIJK - HOE BESPREEK JE NOODZAAK VAN EEN SCREENINGSONDERZOEK?

Bespreek met de ouders en het kind/de jongere vooraf dat je je zorgen maakt over de signalen die je hoort en dat je de indruk hebt dat die in verhouding tot andere kinderen/jongeren wijzen op teveel psychisch lijden waar misschien extra hulp voor nodig zal zijn. Immers, sommige kinderen of jongeren kunnen klachten hebben die niet vanzelf overgaan en waarbij wachten het alleen maar erger maakt. Bespreek met hen wat zij als probleem zien. Som enkele signalen op die je opmerkte en bevestig wat de jongere vroeger deed en wat er nu anders is. Vraag toestemming voor het invullen van een screeningslijst. In het geval deze na scoring boven de norm ligt geef je aan dat je in zo'n geval zal doorverwijzen naar een psycholoog waar je gelukkig bij terecht kan om dit verder te bespreken.

Interpretatie

Screeningsinstrumenten bieden het voordeel dat ze efficiënt, goedkoop en gemakkelijk te scoren zijn. Ze meten depressieve stemming vanuit een dimensioneel perspectief. Het voordeel is dan ook dat ze de ernst van een depressie kunnen weergeven in een kwantitatieve score.

Meestal zijn screeningslijsten zelfrapportage-instrumenten. Hierdoor krijgt men zicht op de subjectieve beleving van het kind of de jongere, wat bij het meten van internaliserende problemen de belangrijkste informatiebron is en blijft. 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 behandelen.

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 op elkaar te betrekken. Toch moet opgemerkt worden dat al lang geweten is dat verschillende informanten vaak aanvullende info aanleveren maar dat de onderlinge correlatie laag is (zie: Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T., 1987; Braet, 2004; Timbremont, B., Braet, C., & Dressen, L., 2004).

Een belangrijke zorg is het bepalen van de noodzaak aan doorverwijzing voor aanvullend onderzoek. Hierbij moet een score worden geïnterpreteerd in functie van de waarschijnlijkheidskans op het voorspellen van een diagnose, rekening houdende dat screeningslijsten zowel vals positieven als vals negatieven opleveren en al dan niet bij de ouders ongerustheid kunnen opleveren.

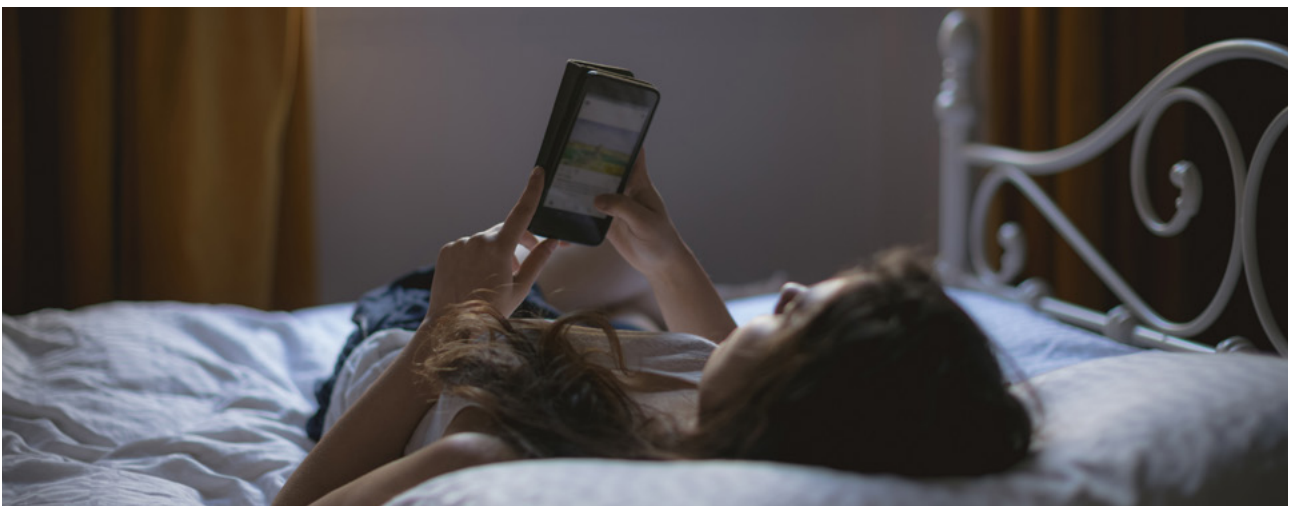
In de handleidingen staan hierover indicaties die men het best zo goed mogelijk kan volgen.

WAT IS HET NADEEL ALS JE OP GROND VAN EEN SCREENINGSSCORE EEN VALS POSITIEVE OF VALS NEGATIEVE CASE HEBT?

Screeningsinstrumenten hebben hun beperkingen, ze kunnen nooit het aanvullende onderzoek vervangen. Hierdoor moet men steeds berucht zijn op twee misleidende conclusies.

Wat als.. Vals positief alarm? Wanneer er sprake is van een verhoogde score op een screeningslijst (dit wil zeggen, verhoogd in vergelijking met een gepaste normgroep), dan wijst dit op een terechte aanwijzing dat verder onderzoek geïndiceerd is. Maar het blijft mogelijk dat de screeningsscore om andere redenen verhoogd is en dat naderhand blijkt dat er geen depressiediagnose gesteld kan worden. Het nadeel is dat men hierdoor ouders onterecht ongerust heeft gemaakt. Wees dan ook voorzichtig en bespreek steeds met de ouders dat er een kans is dat het een vals positief resultaat oplevert.

Wat als.. Vals negatief alarm? Anderzijds, als een screening een lage score oplevert en dus uitwijst dat er geen verder onderzoek nodig is, en er dus geen sprake is van depressie, wat is het dan wel? Het kan zijn dat de screeningslijst gefaald heeft. Merk op dat het mogelijk is dat de screeningslijst sociaal wenselijk kan zijn ingevuld. Zo kunnen jongeren lange tijd onder de radar blijven. Alle hulpkreten worden daarom het best ernstig genomen en in dialoog met de jongere en de ouder gepast aangepakt. Mogelijk kan hier een tweede informant worden gevraagd om ook de screening in te vullen. Vals negatieve besluiten zijn in dit opzicht 'erger' omdat ten onrechte wordt besloten dat geen verder onderzoek nodig is.



Aanvullend onderzoek

Merk op dat screeningslijsten geen solide basis vormen voor behandeladvies. Screeningslijsten worden steeds gezien als deel van een ruimer onderzoeksplan waarbij al dan niet aanvullend onderzoek volgt. Dit vervolgonderzoek kan net als een behandeling het best 'volgens een protocol' verlopen. Diagnostische protocollen zijn gebaseerd op de empirische cyclus van probleemoplossing. Men toetst op een systematische wijze hypothesen over de aard en de oorzaak van de problematiek, evenals over de manier waarop de moeilijkheden kunnen worden verholpen. Hypothesevorming gebeurt daarbij op basis van recente wetenschappelijke inzichten en hypothesetoetsing aan de hand van betrouwbare en valide instrumenten. Op deze manier proberen diagnostische protocollen de psychodiagnostici te beschermen tegen het maken van oordeelsfouten. Pameijer en collega's (Pameijer & Draaisma, 2011) ontwikkelden zo'n protocol, bekend als 'Praktijkmodel Handelingsgerichte Diagnostiek' (HGD), dat specifiek bedoeld is voor hulpverleners die werken met kinderen en jongeren waarin we de basisprincipes van systematische hypothesevorming en -toetsing terugvinden, van zodra er een vermoeden van psychische problemen is.

Het voordeel van handelingsgericht werken is dat elke vorm van informatieverzameling van meet af aan gericht moet zijn op het geven van een goed advies. Geen 'diagnostiek om de diagnostiek' dus, aangezien gegevens slechts relevant zijn voor zover ze bijdragen aan een verantwoord advies.

Het vervolgonderzoek kan ingaan op factoren die in verband staan met depressie zoals genetische factoren, veranderingen in hormoonspiegels, bepaalde medische aandoeningen, (gestagneerde) sociale en emotionele vaardigheden, stress en verdriet. Er zijn meerdere factoren die de geestelijke gezondheid in de kindertijd en adolescentie kunnen bepalen; en blootstelling aan meer risicofactoren verhoogt de potentiële impact op de geestelijke gezondheid. Bevrage vooral stressfactoren thuis en op school, zoals live-events maar ook, het ervaren van prestatiedruk, groepsdruk, rol van sociale media, games en technologie, onderzoek naar seksuele identiteit en lichaamsbeleving, kwaliteit van het gezinsleven, impact van geweld, stigmatisering of ervaren discriminatie.

Tegenwoordig zijn er ook vragenlijsten beschikbaar die hierbij helpend zijn en naast de risicofactoren verbonden met een depressie ook beschermende factoren in kaart kunnen brengen, zoals een goed sociaal vangnet,

of kwaliteiten waar de jongere in uitblinkt. Hierdoor kan een totaalbeeld van het kind worden gemaakt wat handelingsgericht werken bevordert, in functie van onderschrijvende en/of verklarende diagnostiek en het opmaken van een therapieplan.

TIP UIT DE PRAKTIJK - CONSULTEER NASLAGWERKEN

Wat betreft het opmaken van een depressie 'beeld' waarin alle factoren een plaats krijgen, kan men terugvallen op het transactionele referentiekader, dat een omvattend theoretisch model biedt voor de ontwikkeling en het ontstaan van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen en jongeren. Het transactionele kader, dat momenteel toonaangevend is in het vakgebied van de klinische ontwikkelingspsychologie (zie Braet & Prins, 2014), bekijkt ook voor depressie (zie hoofdstuk 14) de adaptieve en maladaptieve ontwikkeling in functie van kind- en omgevingskenmerken die in actieve wisselwerking staan en veranderen ten gevolge van hun onderlinge interactie en zo een stoornis (een depressie) kunnen verklaren.

Specifieke groepen

Hoog-risicogroepen betreffen: jongeren waarbij een groot aantal risicofactoren aanwezig zijn zoals lijden aan een (chronische) lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt, of na ernstige levensgebeurtenissen (trauma, het overlijden van een dierbare, een groot verlies) of als er sprake is van andere psychische aandoeningen (zoals een comorbide angstproblematiek of een verslaving). Maar gezien hier normale somberheidsgevoelens kunnen optreden volgend op een abnormale situatie, moet hier steeds een aanpassingsfase worden gerespecteerd en kan men pas na zes maanden overgaan tot verder onderzoek naar depressie.

Bijzondere aandacht moet vooral gaan naar jongeren waar je de cognitieve triade opmerkt: hoe (negatief of hopeloos) denkt dit kind of jongere over zichzelf, de wereld/de anderen en de toekomst? Wanneer dit negatief is kan dit wijzen op maladaptieve depressogene cognitieve schema's. De theorie van Beck voorspelt immers dat depressogene schema's vaak latent aanwezig zijn tot ze geactiveerd worden door levensgebeurtenissen of stress, mede hierdoor zijn het vooral de cognitieve schema's die een grote kwetsbaarheid zijn voor het ontwikkelen van recidiverende depressies.

Een nadeel van de screeningslijsten die voorhanden zijn, is het ontbreken van een itemanalyse die culturele vooroordelen detecteert, wat bijgevolg een nadeel is voor schoolpsychologen die werken met kinderen uit verschillende etnische groepen. Dit zou in de toekomst prioriteit moeten krijgen. In dit opzicht is het onderzoek naar depressie bij specifieke doelgroepen nog steeds ontoereikend.

Hoe nu verder?

Bij een vermoeden op grond van screeningslijsten zal men steeds doorverwijzen voor verder onderzoek en een interventie adviseren die kan voorkómen dat problemen verergeren. Het doel is om zowel te werken aan het vergroten van de draagkracht, als aan het hanteerbaar maken van de draaglast. Ook het inzetten van E-Health kan hierbij nuttig zijn.

Meest voorkomende adviezen zijn:

- Psycho-educatie
- Gedragsactivatie: breng het kind of de jongere indien mogelijk stapsgewijs weer onder de mensen, waarbij gradueel weer activiteiten worden opgenomen, rekening houdende met de keuzes van de jongere hierbij.
- Interventies die inwerken op de stressoren: de stress aanpakken of deze draaglijk maken (bijvoorbeeld gezinsgesprekken, schoolheroriëntatie). Bij ernstige gezinsconflicten kan men denken aan een ABFT-therapie (Attachment Based Family Therapy).
- Interventies die inwerken op de cognitieve schema's, vaak ook zelfbeeldversterkende oefeningen horen hierbij, er bestaan ook goede cognitief-gedrags-therapeutische protocollen.
- Interventies die inwerken op emotieregulatie: hierbij gaat men uit dat emoties en stress bij het leven horen en dat deze niet moeten worden vermeden, maar net als uitdagingen gezien moeten worden die men kan aanpakken en waarbij ingezet wordt op emotioneel bewustzijn, gevoelens begrijpen, aanvaarden en actief leren reguleren.

TIP UIT DE PRAKTIJK - DEPRESSIE, EEN CHRONISCH PROBLEEM

Merk op dat wanneer er éénmaal een depressie is doorgemaakt, de littenkens gevormd zijn waarbij men voor de rest van het leven moet leren met sombere buien rekening te houden die steeds opnieuw bij nieuwe vormen van stress zullen opduiken. Dit hoeft geen pessimistische boodschap te zijn. De sombere buien zijn immers (handige) signalen die een 'wake up call' kunnen zijn, die je waarschuwen dat er iets niet goed zit, waarbij je even moet stilstaan bij jezelf en al dan niet even met iemand moet praten om klaarheid te krijgen in de stressoren die er dan op dat moment spelen. In dit opzicht zou het mogelijk moeten zijn dat jongeren lange tijd opgevolgd worden, jaarlijks de kans krijgen op een 'boostersessie', een screeningslijst opnieuw kunnen invullen, en dit kunnen bespreken met een coach of hulpverlener.

Slot

Uit deze white paper zal het duidelijk geworden zijn dat screeningsinstrumenten bij uitstek nodig zijn als je een 'niet pluis' gevoel hebt bij een kind of jongere, waarbij mogelijk een nog niet onderkende depressie schuilgaat achter plotse klachten of wisselingen in de routines die een kind of jongere had. Signalen van een kind neem je best steeds ernstig en in het geval dat de screeningslijst aangeeft dat er verder onderzoek nodig is, moet dit steeds voorgesteld worden. Houd ook steeds rekening met mogelijke gedachten aan 'dood willen'. Ga op een gepaste wijze in dialoog met de jongere. Immers, depressie is een ernstig chronisch probleem en vroeg ingrijpen kan veel leed voorkomen. Gezien het toenemend voorkomen van depressies ook op jonge leeftijd, is het aangeraden dat alle professionals hierover bijscholing volgen, hetzij in het herkennen en bespreekbaar maken van de signalen, hetzij in degelijk diagnostisch onderzoek, hetzij in de behandeling ervan.

Literatuurverwijzingen

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.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Beck, J., Beck, A., Jolly J., & Steer, R. (2018). *Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment – Nederlandse bewerking*; Amsterdam, Pearson.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022440504000524>

Bodden, D & Braet, C. & Stikkelbroek, Y. (2016). *Children's Depression Inventory-2. Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe

Bögels, S. & Braet, C. (2014). DSM-5 en beschrijvende diagnostiek bij kinderen en jongeren en hun gezin. In: C. Braet & S. Bogels (Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten I, H2, Revisie, 27-44*. Amsterdam: Boom. ISBN 978-90-89532053

Braet, C. (2004). Hoe accuraat zijn de diagnoses die wij aan kinderen geven? *Literatuurselectie Kinderen en Adolescenten*, 11, 115-118.

Pameijer, N., & Draaisma, N. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de Jeugdzorg*. Leuven: Acco.

Prins, J.M., & Braet, C. (Eds.). (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Timbremont, B., Braet, C., & Driessens, L. (2004). Assessing depression in youth: Relation between the Children's Depression Inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 149-157.

Roelofs, J., Muris, P., Braet, C., Arntz, A., & Beelen, I. (2015). The structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses (Kid-SCID): First psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 367-375.

Smidts, D., & Huizinga, M. (2009). *BRIEF Executieve Functies Gedragsvragenlijst*. Amsterdam: Hogrefe.

Wante, L., Braet, C., Bögels, S. M., & Roelofs, J. (2021). *SCID-5-Junior: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorder for Children*. Department of Developmental, Personality and Social Psychology, Ghent University. Ghent, Belgium (vanaf 2021: APA, BOOM ISBN 9789024431533).

