

CDI-2

Screeningsvragenlijst voor
depressie bij kinderen en jongeren



Maria Kovacs

Nederlandse bewerking door Denise Bodden,
Caroline Braet en Yvonne Stikkelbroek

CDI-2

Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren

Handleiding

Maria Kovacs

Nederlandse bewerking:

Denise Bodden

Caroline Braet

Yvonne Stikkelbroek

Foto omslag: Levien Willemse, Rotterdam
Vormgeving: BVGO Design & Development

Nederlandse bewerking: copyright © 2016 Hogrefe Uitgevers BV, Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Copyright © 2011. Maria Kovacs, Ph.D. and Multi-Health Systems Inc. Translated, adapted and published by Hogrefe Uitgevers BV under license from Multi-Health Systems Inc. All rights reserved.

Artikelnummer: 5704102

Voorwoord

De CDI is een screeningsinstrument ontwikkeld voor kinderen en jongeren van zeven tot en met achttien jaar om vast te stellen of er sprake is van depressieve symptomen en wat de ernst hiervan is. De vragenlijst wordt vaak gebruikt in diverse settings, waaronder het onderwijs, de Geestelijke gezondheidszorg, en de Jeugdzorg.

In 2002 is de eerste versie van de *Children's Depression Inventory* (CDI) uitgegeven. In 2008 is er een herziene handleiding gepubliceerd met een uitbreidingen en nieuwe normen. In 2013 is in de Verenigde Staten de CDI-2 uitgegeven. Het grote verschil tussen de CDI en de CDI-2 is meteen ook het grote voordeel van de CDI-2. De vragenlijst is uitgebreid met een ouderversie. Daarnaast zijn er enkele items verwijderd en toegevoegd. Deze veranderingen maakten dat een revisie van de Nederlandstalige CDI niet kon uitblijven. In deze handleiding treft u dan ook de vernieuwde versie van de CDI aan met de bijbehorende ouderversie. Met nieuwe normgegevens gebaseerd op de algemene Nederlandse populatie en verschillende klinische groepen zijn de CDI-2 kind- en ouderversie getoetst op hun psychometrische kwaliteiten.

Deze handleiding bevat korte achtergrondinformatie over depressie bij kinderen en jongeren, om het gebruik van de CDI-2 te kaderen. Er wordt tevens beschreven welke plaats de CDI inneemt binnen het diagnostische proces. In volgende hoofdstukken worden de afname en scoring van de lijst uitgelegd, worden de constructie en bewerking van de vragenlijst beschreven en wordt een samenvatting gegeven van de psychometrische eigenschappen van de CDI-2. Ook wordt er ingegaan op de interpretatie van de lijst, en is er een bijlage met normtabellen opgenomen. In de handleiding worden de termen kinderen en jongeren soms door elkaar gebruikt; in alle gevallen bedoelen we kinderen en jongeren van acht tot 21 jaar oud.

Een goede en snelle signalering van depressieve symptomen kan ervoor zorgen dat kinderen en jongeren met een ernstige depressie snel gedetecteerd worden en de hulp kunnen krijgen die zij nodig hebben. Dit betekent dat we goede instrumenten nodig hebben om depressie te detecteren.

Wij willen graag de volgende instellingen bedanken voor de medewerking bij de dataverzameling: GGZ Oostbrabant, Ambulatorium Radboud Universiteit, Accare, Altrecht, Ambulatorium, Bascule, Curium, GGZ-centraal, Herlaarhof, Lentis, Orbis, Perspectief, Praktijk Appelboom, Traverse, en Triversum. Daarnaast willen wij ZonMw bedanken voor de subsidie waarbij de klinische groep geïnccludeerd werd (Zonmw-nummer 80-82435-98-10117). Tevens bedanken wij alle studenten pedagogiek van de Universiteit Utrecht en de Radboud Universiteit Nijmegen voor de hulp bij de dataverzameling, de projectleiders van Generatie2020, Rowella Kuijpers, Daan Creemers, Mirjam Lakeman, Lieke Wijnhoven, Martine Weeland, en Elien de Caluwé. Ook danken wij alle kinderen, adolescenten en ouders voor het invullen van de vragenlijsten.

Maart 2016

Inhoudsopgave

1	Achtergrond en introductie	7
1.1	Depressie bij kinderen en jongeren	7
1.2	Diagnostische kenmerken van depressie bij kinderen en jongeren	7
1.3	Gevolgen van depressie	8
1.4	Prevalentie van depressieve stoornissen	9
1.5	Comorbiditeit	9
2	De CDI	11
2.1	Diagnostiek van depressie bij kinderen en jongeren	11
2.2	De CDI	11
2.3	De ontwikkeling van de CDI-2	12
3	Afname en scoring	15
3.1	Afname van de CDI-2	15
3.2	Scoring van de CDI-2	16
3.3	Digitaal gebruik van de CDI-2	18
3.4	Wie kan de CDI-2 gebruiken	18
4	Normering en psychometrische eigenschappen	19
4.1	Onderzoeksgroepen	19
4.2	Effecten van sekse en leeftijd	23
4.3	Betrouwbaarheid	25
4.4	Validiteit	30
4.5	Normering en cut-off-scores	34
5	Interpretatie	37
5.1	Afzetten van de ruwe totaalscore tegen percentielscores	37
5.2	Afzetten van de ruwe totaalscore tegen de cut-off-score	37
5.3	Subschalen en items	38
5.4	Bruikbaarheid en vervolgstappen	39
5.5	Casus	40
5.6	Tot besluit	41
	Referenties	43
	Over de auteurs	45
	Bijlage: normtabellen	47
A.	Zelfrapportagelijst: algemene Nederlandse populatienormen	47
B.	Zelfrapportagelijst: klinische populatienormen	50
C.	Oudervragenlijst: algemene Nederlandse populatienormen	51
D.	Oudervragenlijst: klinische populatie	55

1 Achtergrond en introductie

1.1 Depressie bij kinderen en jongeren

Wie op internet zoekt naar wetenschappelijke publicaties over depressie bij kinderen, vindt vele duizenden artikelen en boeken. Toch dacht men binnen de psychiatrie tot enkele decennia geleden dat de diagnose depressieve stoornis bij kinderen niet gesteld kon worden. Tot de jaren zestig was de psychoanalytische visie de dominante kijk op psychopathologie. Hierin werd gesteld dat een klinische depressie zich pas vanaf de late adolescentie of later kon ontwikkelen (zie voor een overzicht bijvoorbeeld Kovacs & Beck, 1977). Kinderen waren niet in staat symptomen van depressie te ervaren en konden dan ook niet lijden aan depressieve stoornissen.

In de loop van de jaren zestig en zeventig ging men zien dat er wel degelijk kinderen waren die symptomen vertoonden die overeenkwamen met depressieve volwassenen. Men ging zich afvragen wat een depressie bij kinderen precies inhield en hoe ermee kon worden omgegaan. Hierover ontstonden geleidelijk aan meerdere theorieën, zoals het idee dat depressies bij kinderen en volwassenen van elkaar verschilden en twee verschillende stoornissen waren (Glaser, 1968), of het idee dat er specifieke symptomen waren van depressie bij kinderen, naast de algemene symptomen (zie bijvoorbeeld McConville, Boag, & Purohit, 1973). Geen van de theorieën kreeg echter voldoende aanhangers om de overheersende zienswijze te worden. Vanaf halverwege de jaren zeventig ging men in de wetenschap op een andere manier naar depressie bij volwassenen kijken. Diagnoses werden niet meer gesteld op basis van de 'klinische blik', maar volgens specifieke, gestandaardiseerde criteria geïdentificeerd. Naar aanleiding van deze ontwikkelingen werd er ook nieuw onderzoek gedaan naar depressie bij kinderen. Er kwamen duidelijke definities van de diagnose, het beloop van de stoornis bij kinderen werd onderzocht en verschillende behandelingen werden systematisch vergeleken (Zie bijvoorbeeld Kovacs et al., 1984a, Kovacs et al., 1984b, Puig-Antich et al., 1979).

Met de publicatie van DSM-III in 1980 werd voor het eerst officieel erkend dat depressieve stoornissen gediagnosticeerd kunnen worden bij kinderen. In de DSM-III stond ook dat de symptomen van een depressie voor alle leeftijden grotendeels gelijk zijn. Vanaf dat moment kwam er meer en meer onderzoek naar depressie bij kinderen, niet alleen vanuit de ontwikkelingspsychologie, maar ook vanuit de genetica en de neurofysiologie (zie voor een overzicht Costello et al., 2002). In de DSM-IV en DSM-5 wordt onderscheid gemaakt tussen de depressieve stoornis en de persisterende depressieve stoornis (dysthymie).

1.2 Diagnostische kenmerken van depressie bij kinderen en jongeren

Een depressie wordt vaak omschreven als een langdurige depressieve stemming of neerslachtigheid en een verminderde interesse en plezier in activiteiten die voorheen wel plezierig waren (DSM-IV-TR; APA, 2005). Deze symptomen duren minimaal twee weken en beïnvloeden het dagelijks functioneren van de jongere. Daarnaast zijn er leeftijdsspecifieke uitingen van een depressie die afhankelijk zijn van het ontwikkelingsniveau van het kind (de Wit, 1997; Garber, 1992). Zo zal suïcidaliteit als symptoom nog niet aanwezig zijn indien de cognitieve capaciteiten van het kind, en daarmee het concept van de dood, nog onvoldoende ontwikkeld zijn. Ook andere cognitieve symptomen (zoals gedachten over schuld en waardeloosheid) kunnen alleen optreden als de cognitieve vermogens van het kind voldoende ontwikkeld zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat de kernsymptomen van kinderen en adolescenten met een depressie toch gelijksoortig zijn (Birmaher e.a., 2004).

In de DSM-5 (APA, 2013) wordt depressie beschreven onder de rubriek 'depressieve stoornissen'. Deze hoofdcategorie omvat verschillende subgroepen waarvan we er hier twee nader bespreken: de majeure depressieve stoornis en de persisterende depressieve stoornis. Er is sprake van een 'majeure depressieve stoornis' (*major depressive disorder*; kortweg: een depressie) wanneer een kind ten minste gedurende twee weken:

- een pervasieve verandering in de stemming vertoont, zich uitend in ofwel depressieve gevoelens ofwel een geïrriteerde stemming
- en/of verlies van interesse en plezier heeft.

Aanvullend moet het kind ook minstens vier andere klinische kenmerken hebben uit de volgende reeks:

- significante veranderingen in het eetpatroon, gewichtsverlies of gewichtstoename
- slapeloosheid of hypersomnia
- een nagenoeg dagelijks optredende psychomotorische agitatie of remming
- klachten over moeheid of verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of excessieve, irreële schuldgevoelens
- een verminderd denk- of concentratievermogen of besluiteloosheid
- steeds terugkerende suïcidegedachten en/of suïcidepoging

Deze kenmerken moeten tevens van dien aard zijn dat ze een significant lijden veroorzaken of een belemmering vormen in het functioneren op sociaal gebied, bij dagelijkse bezigheden (school, werk) of op andere belangrijke levensterreinen. De symptomen mogen niet te wijten zijn aan fysiologische effecten na middelenmisbruik (aparte derde groep), of aan een somatische aandoening (aparte vierde groep) of gezien worden als een premenstrueel syndroom (aparte vijfde groep). Voldoet een kind slechts aan enkele van de hierboven beschreven symptomen, dan kan het beeld volgens de DSM ondergebracht worden bij de 'ongespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis' (aparte zesde groep).

Wanneer de bovenstaande symptomen twee tot drie keer per week met verbale of fysieke uitbarstingen gepaard gaan, moet men eerder denken aan een 'disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis', wat eveneens een aparte groep vormt. Ten slotte mogen er geen manische of psychotische episodes waarneembaar zijn, hiervoor verwijst de DSM-5 naar andere stoornissen.

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

1.3 Gevolgen van depressie

Subklinische depressieve klachten vormen een verhoogd risico op het ontwikkelen van een klinische depressie in de adolescentie of in de volwassenheid (Smit, Bohlmeijer & Cuijpers, 2003). Depressieve symptomen zijn vaak chronisch, kunnen leiden tot een depressieve stoornis en kunnen voortduren tot in de volwassenheid. Er is een hoog risico op terugval. Binnen vijf jaar, ervaart zeventig procent een nieuwe depressie (De Wit, 2000). Elke nieuwe episode verhoogt vervolgens de kans op een volgende episode; de kans op een derde episode is zeventig procent en de kans op een vierde episode is negentig procent (Birmaher et al., 1996). Depressie is één van de meest invaliderende ziektes in Nederland maar ook internationaal. Dat komt door de hoge prevalentie, de grote

individuele ziektelast, de chroniciteit en de associatie met suïcide en voortijdig overlijden (Ryan, 2005). Maar liefst zestig procent van de adolescenten met een depressie rapporteert suïcidale gedachten en dertig procent heeft een suïcidepoging gedaan (Birmaher et al., 2007). Daarnaast komen sociale problemen voor en bestaat er een verhoogd risico op problemen met justitie, tienerzwangerschappen, schooluitval, en verslechterde schoolprestaties (Birmaher et al., 2007). Al deze problemen zorgen voor verhoogde maatschappelijke kosten en meer zorgconsumptie. Een effectieve manier om depressieve symptomen vroegtijdig op te sporen is dus noodzakelijk.

1.4 Prevalentie van depressieve stoornissen

Depressie kent een hoge prevalentie zowel bij volwassenen als bij jongeren. De jaarprevalentie van depressieve stoornissen onder jongeren tussen de dertien en zeventien jaar is 2,8 procent (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997). Echter, dit is een verouderde studie, er zijn geen recentere prevalentiecijfers voorhanden. In de leeftijd van 18 tot 24 jaar ligt de jaarprevalentie op negen procent en de 'lifetime' prevalentie op 15,3 procent (De Graaf, Ten Have & van Dorsselaer, 2010). Van de volwassen Nederlandse bevolking van 18 tot 65 jaar heeft 18,7 procent ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad (de Graaf, Ten Have & van Dorsselaer, 2010). De prevalentiecijfers nemen toe als er gekeken wordt naar subklinische depressieve klachten. Binnen de algemene populatie geeft 21,4 procent van de Nederlandse middelbare scholieren in de leeftijd van 13 tot 17 jaar, in een willekeurige week, aan depressieve klachten te hebben (Kramer, 2002). Dat wil zeggen dat één op de vijf Nederlandse middelbare scholieren aangeeft depressieve klachten te hebben. Op basis van Amerikaans onderzoek bleek dat depressie bij 2,8 tot 5,9 procent van de kinderen tot achttien jaar voorkomt, afhankelijk van de leeftijd en de sekse (Costello, Erkanli, & Angold, 2006). Een andere Amerikaanse studie toont hogere cijfers bij jongeren: twaalf tot vijftien procent van de jongeren heeft ooit langdurige en ernstige depressieve klachten gehad (Copeland, Shanahan, Costello & Angold, 2011). Geen van deze onderzoeken bevatte een geheel representatieve steekproef, dus de percentages blijven schattingen van de werkelijke prevalentie.

De jongens-meisjesratio is 1:1 bij kinderen en 1:2 bij adolescenten. Tijdens de adolescentie komt depressie dus twee keer vaker voor bij meisjes dan bij jongens (Kessler et al., 1993).

1.5 Comorbiditeit

Uit onderzoek blijkt dat psychiatrische comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is bij kinderen met depressie (zie voor een overzicht Kovacs, 1996). Angststoornissen zijn de meest voorkomende comorbide stoornissen bij depressieve kinderen (Brady & Kendall, 1992). Percentages voor comorbide angststoornissen variëren van veertig procent tot 75 procent in sommige onderzoeken (Kovacs et al., 1984, 1989). Vaak gaat het ontstaan van een angststoornis zelfs vooraf aan het begin van een eerste depressieve episode (Avenevoli, et al., 2001; Costello, et al., 2003).

Gedragstoornissen zijn de tweede veelvoorkomende comorbide diagnose naast depressie bij kinderen (Kovacs, 1996). Tot dertig procent van de depressieve kinderen en jongeren hebben een comorbide gedragsstoornis (Avenevoli et al., 2001; Hammen et al., 1999). Gedragstoornissen ontstaan vaak als complicatie van de depressie (Kovacs, Paulauskas, Gatsonis & Richards, 1988).

2 De CDI

2.1 Diagnostiek van depressie bij kinderen en jongeren

Uit onderzoek blijkt dat 70 procent van de angst- en stemmingsstoornissen niet gediagnosticeerd wordt of niet adequaat behandeld wordt. Hoe jonger de leeftijd van het kind waarop de klachten ontstaan, hoe langer het duurt voor het kind hulp ontvangt (NIMH Blueprint Report, 2001). Het is dus noodzakelijk om vroegtijdig en op een goede en betrouwbare manier depressieve symptomen te signaleren.

Voor de diagnostiek van een depressieve stoornis wordt een multi-assessment-procedure aanbevolen met meerdere stappen. Vaak wordt als eerste stap een screeningsvragenlijst gebruikt om depressieve kenmerken te meten. Deze vragenlijsten worden zowel in de klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek gebruikt. Ze zijn eenvoudig in het gebruik, goedkoop en kosten weinig tijd. De meest gebruikte depressievragenlijsten bij jongeren in Nederland zijn de CDI, de *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* (CES-D; Nederlandse vertaling van Bouma e.a. 1995) en de *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Nederlandse vertaling van der Does, 2002). Van een aantal vragenlijsten is geen Nederlandse vertaling gemaakt, zoals de *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ), de *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS) en de *Hamilton*. De ‘Depressie Vragenlijst voor Kinderen’ (DVK, de Wit, 1987) beschikt over onvoldoende criteriumvaliditeit en is slechts geschikt voor jongeren tussen de negen en twaalf jaar. De CDI is ruimer qua leeftijdsrange en wordt ook internationaal veel gebruikt. De CDI is een zelfrapportagevragenlijst waarin het perspectief van het kind centraal staat, omdat de klachten internaliserend van aard zijn. Het is echter aan te bevelen om meerdere informanten te gebruiken; dat is één van de redenen dat de CDI-2 ontwikkeld is.

Na de screening wordt aanbevolen om een gestandaardiseerd diagnostisch interview af te nemen bij zowel de jongere als de ouder. Met een dergelijk gestructureerd klinisch interview kan men de depressieve stoornis als diagnose vaststellen. Een (inter)nationaal veelgebruikt interview bij depressieve stoornis is de *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS; Kaufman et al., 1997; Nederlandse vertaling Reichart, Wals, & Hilligers, 2000). De K-SADS meet een brede range van diagnoses in het heden en verleden op basis van de DSM. Ook de *Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Disorders* (Kid-SCID; Hien, Matzner, First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994; Nederlandse vertaling Roelofs, Muris, Braet & Beelen, 2014), is een gestructureerd klinisch interview dat gebaseerd is op DSM-criteria en veel gebruikt wordt. Uit onderzoek blijkt dat de CDI en het gebruik van een klinisch interview elkaar goed aanvullen (Timbremont, Braet & Dreesen, 2004). De multidisciplinaire richtlijn ‘Addendum Depressie bij jeugd’ (Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ, 2009) doet de aanbeveling om eerst de CDI af te nemen, bij een score boven de cut-off na twee weken nogmaals een meting te doen en vervolgens een diagnostisch interview af te nemen.

2.2 De CDI

De oorspronkelijke CDI werd in 1977 ontwikkeld als zelfrapportagevragenlijst voor kinderen en jongeren. De lijst is een bewerking van de *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). In 1992 werd het instrument voor het eerst officieel gepubliceerd in de Verenigde Staten (Kovacs, 1992). De eerste CDI bevatte 27 meerkeuzevragen over de belangrijkste symptomen van depressie. De bijbehorende vragenlijsten voor ouders en voor leerkrachten besloegen symptomen van depressie die van buitenaf zichtbaar zijn (zoals vermoeidheid) of die door

het kind verbaal geuit kunnen worden (bijvoorbeeld een negatief zelfbeeld). Deze vragenlijsten hadden respectievelijk zeventien vragen (ouders) en twaalf vragen (leerkrachten) maar zijn niet in het Nederlands vertaald.

De oorspronkelijke zelfrapportageversie van de CDI had de volgende vijf subschalen:

- Negatieve stemming
- Interpersoonlijke problemen
- Ineffectiviteit
- Anhedonie
- Negatief zelfbeeld
-

De CDI is sindsdien in 43 talen vertaald en is daarmee wereldwijd het meest gebruikte zelfrapportage-instrument voor depressie bij kinderen (Myers & Winters, 2002; Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002).

In 2002 is de CDI in het Nederlands vertaald door Timbremont en Braet. De Nederlandse versie was een exacte vertaling van de Amerikaanse versie. In de handleiding van de CDI werden de psychometrische kwaliteiten beschreven op basis van data verkregen tussen 2000 en 2001. In 2008 werd de handleiding herzien (Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008). De analyses uit de versie waren gebaseerd op metingen tussen 2003 en 2007. In de herziene versie werden uitbreidingen van normen en van leeftijd (zeven- en achttienjarigen) opgenomen en er werden Nederlandse normen toegevoegd. De CDI werd geschikt geacht voor jongeren van zeven tot en met 21 jaar.

2.3 De ontwikkeling van de CDI-2

In de huidige, tweede editie van de CDI zijn de nodige verbeteringen doorgevoerd, waardoor de vragenlijst ook in de toekomst een goed en betrouwbaar instrument blijft. Net als zijn voorganger is de CDI-2 een eenvoudig in te vullen zelfrapportagelijst (eenvoudige vragen en simpele antwoordopties). Bovendien is er nu een vragenlijst voor de ouders aan toegevoegd.

De Amerikaanse CDI-2 is door twee onafhankelijke personen vertaald naar het Nederlands. Hierbij is rekening gehouden met taalkundige vergelijkbaarheid (*linguistic equivalence*) maar ook of de concepten nog wel vergelijkbaar waren (*conceptual equivalence*). Daarna zijn eventuele inconsistenties tussen de twee vertalers besproken en aangepast. Vervolgens hebben twee onafhankelijke personen de vertaalde CDI-2 weer terugvertaald in het Engels (*back translation*) en zijn de verschillen wederom besproken en aangepast. Daarna is inhoudelijk gekeken naar de items: zijn de items te begrijpen voor kinderen en jongeren? Tevens zijn items zo aangepast dat ze ook voor jongvolwassenen in te vullen zijn. Zo zijn items over school ook aangepast naar werk. De uiteindelijke versie is door vijf jongeren ingevuld om te testen of de vragenlijst duidelijk was.

Ten opzichte van de CDI zijn er vier items verwijderd en vijf nieuwe items toegevoegd aan de CDI-2. Ook zijn acht items anders verwoord. De 28 items zijn een weergave van manifestaties van de symptomen zoals die passen in de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Bij de Nederlandse versie is de leeftijdsrange aangepast naar 21 jaar, zodat de CDI-2 ook geschikt is voor jongvolwassenen. De CDI-2 is daarmee geschikt voor kinderen en jongeren van acht tot en met 21 jaar. Daarnaast is nu voor het eerst de ouderversie naar het Nederlands vertaald. Hiermee is het mogelijk om ook het perspectief van de ouder(s) mee te nemen in de screening op depressieve symptomen.

Het is belangrijk om te beseffen dat de CDI-2 een maat is voor een ‘depressief syndroom’: een verzameling specifieke symptomen. De uitkomsten van de CDI-2 geven de aanwezigheid en ernst aan van de symptomen van depressie. Een hoge score duidt er weliswaar op dat de invuller zich depressief voelt, maar leidt op zichzelf nog niet tot de diagnose van een depressieve stoornis. Wel zal de CDI-2 een belangrijke rol spelen in het kwantificeren van de symptomen van depressieve stoornissen, en daarmee het diagnostisch proces ondersteunen. De beschikbaarheid van een oudervragenlijst zal verder helpen bij het verkrijgen van een compleet beeld van de jongere.