

Interventie

Grip op je dip

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 11 juni 2020

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: van der Zanden, Bolier (1 mei 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Grip op je dip'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	3
1. Uitgebreide beschrijving.....	5
Doelgroep.....	6
Doel.....	6
Aanpak	7
2. Uitvoering.....	11
Materialen	12
Locatie en type organisatie	12
Opleiding en competenties van de uitvoerders.....	12
Kwaliteitsbewaking	12
Randvoorwaarden.....	13
Implementatie.....	13
Kosten	13
3. Onderbouwing	15
Probleem	15
Oorzaken.....	15
Aan te pakken factoren	16
Verantwoording	16
4. Onderzoek	19
Onderzoek naar de uitvoering	19
Onderzoek naar de behaalde effecten	20
5. Samenvatting Werkzame elementen	22
6. Aangehaalde literatuur	23
7. Praktijkvoorbeeld	28

Samenvatting

Gripopjedip is een online groepscursus in een chatbox voor jongeren (16-25 jaar) met depressieve klachten. De cursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en bestaat uit 6 sessies onder leiding van een getrainde ggz-professional.

Deze interventie is onderdeel van www.gripopjedip.nl, een informatieve website voor jongeren met depressieve klachten. Naast de website en de online groepscursus is er ook een e-mailservice voor kortdurende ondersteuning per e-mail en worden jongeren die niet in aanmerking komen voor Gripopjedip toegeleid naar passende zorg.

Doelgroep

Gripopjedip richt zich op jongeren (16-25 jaar) met milde tot matige depressieve klachten. De ernst van de depressieve klachten wordt vastgesteld met de CES-D, een korte gevalideerde depressievragenlijst en eventueel de MINI Plus voor de inschatting van het suïciderisico.

Doel

Het hoofddoel van Gripopjedip is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen en daarmee depressie te voorkomen.

Aanpak

De online groepscursus bestaat uit zes gestructureerde wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur, gegeven in een beveiligde chatbox en begeleid door een getrainde ggz-professional. Jongeren leren op gestructureerde wijze negatieve denkpatronen te achterhalen en om te zetten in reële en positieve manieren van denken en gedrag. Voorafgaand aan iedere bijeenkomst maken ze een huiswerkopdracht over het thema waar de volgende sessie over wordt gechat.

Materiaal

- Handleiding voor cursusbegeleiders
- Website: www.gripopjedip.nl met achterliggende chatbox
- Wervingsmaterialen: Visitekaartje, poster en freecards 'Gripopjedip'

Onderbouwing

Depressie komt vaak voor onder jongeren. Depressie die vroeg in het leven ontstaat kan een grote impact hebben: vaak is er sprake van schoolverzuim of slechte schoolprestaties en in een later stadium kan het de beroeps carrière in de weg staan. Depressieve klachten bij jongeren kunnen goed beïnvloed worden. Echter, voor veel jongeren is de drempel om hulp te zoeken bij een huisarts of ggz-organisatie te groot. Een online groepscursus zoals Gripopjedip, die anoniem en kosteloos gevolgd kan worden, biedt een mogelijkheid om jongeren met depressieve klachten te bereiken, vooral gezien het feit dat bijna 100% van alle jongeren toegang heeft tot het internet en de anonimiteit van het internet de toegankelijkheid van ggz-programma's vergroot. Gripopjedip is gebaseerd op de bewezen effectieve *Adolescent Coping with Depression Course* van Clarke, Lewinsohn & Hops (1990) en richt zich op het versterken van de beschermende factoren 'adaptieve cognitieve en sociale vaardigheden'. Deze elementen komen uit de cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie is gericht op het verduidelijken van de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag, het ontdekken en veranderen van negatieve denkpatronen en het stimuleren van het ondernemen van meer (plezierige) activiteiten.

Onderzoek

- Naar Gripopjedip zijn twee pilotonderzoeken uitgevoerd met een voor- en nameting. De jongeren rapporteerden na het volgen van de cursus een (significante) afname in depressieve symptomen. De resultaten toonden verder aan dat Gripopjedip de potentie heeft jongeren te bereiken met depressieklachten, en dat het uitvoeren van

een groepscursus in chatbox technisch en inhoudelijk haalbaar was. Jongeren gaven de cursus gemiddeld een 7,5 als rapportcijfer.

- Daarna is een effectonderzoek (gerandomiseerde trial) naar Gripopjedip uitgevoerd, gefinancierd door ZonMw. Dit onderzoek toont een significante afname in depressieve klachten en angstklachten aan en een toename in mastery. De verbeteringen in de Gripopjedip groep hielden aan tot 24 weken na de voormeting.
- In een meta-analyse concludeerden de onderzoekers dat online cognitieve gedragstherapie voor jongeren van 12 tot 25 jaar veelbelovend is bij het aanpakken van depressieve klachten en angstklachten.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Gripopjedip richt zich op jongeren van 16 tot 25 jaar met depressieve klachten.

Selectie van doelgroepen

Iedere jongere die zich aanmeldt voor Gripopjedip krijgt in een zorgvuldige procedure een beoordeling van klachten, een advies en toeleiding naar hulp (Gripopje dip of toeleiding naar andere hulp). De beoordeling van de aanmelding vindt plaats op basis van een uitgebreide aanmeldvragenlijst die jongeren digitaal invullen als zij zich opgeven voor Gripopjedip. De aanmeldvragenlijst bestaat uit een gevalideerde depressieschaal (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D. Bouma, Ranchor, Sanderman & van Sonderen, 1995), de HADS-A (Spinhoven et al., 1997) en Mastery (Pearlin et al., 1981) en open en gesloten vragen over de situatie van de jongere. Hiermee worden de deelnamecriteria en contra-indicaties achterhaald. De Mini-plus (suïcidesectie) wordt afgenomen in de chatbox bij jongeren met een CES-D score tussen de 24 en 45 om suïcidaliteit uit te kunnen sluiten.

Indicaties en contra-indicaties

Toegelaten tot de cursus worden jongeren van 16 tot en met 25 jaar met depressieve klachten die voldoen aan de volgende criteria:

- CES-D score tussen de 16 t/m 45;
- Geen suïciderisico volgens de Mini-plus (diagnostisch instrument; Van Vliet et al, 2000);
- Voldoende (intellectuele) capaciteiten om de cursus te volgen (minimaal vmbo-theoretische leerweg als opleidingsniveau);
- In een online groep kunnen functioneren, dat wil zeggen: de jongeren kunnen zich uiten en kunnen luisteren naar anderen.

Contra-indicaties:

- Ernstige depressieve klachten (CES-D score hoger dan 45);
- Risico op suïcide (zoals gemeten door de Mini-Plus) of andere crisissituatie.

Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van Gripopjedip in 2005 is een groep jongeren betrokken bij de 'look & feel' van de website door middel van een focusgroep. Ook hebben zij meegedaan aan een pretest van een eerste versie van de website. In deze pretest gaven zij commentaar op zowel de vormgeving als de inhoud van de website. Deze bevindingen zijn meegenomen in het uiteindelijk ontwerp.

In 2013 is de vormgeving van de website nog eens aangepast naar aanleiding van reacties van deelnemers. De website kreeg een neutralere uitstraling, zonder herkenbare jongeren in beeld.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Gripopjedip is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen en daarmee depressie te voorkomen. Concreet wordt gestreefd naar een verbetering van de score op de CES-D van 5 punten in combinatie met een score lager dan 22 (een klinisch relevante verbetering).

Subdoelen

Na afloop van de interventie:

1. Hebben jongeren een rationele visie ontwikkeld op hoe depressie ontstaat en ontdekt wat de relatie is tussen denken, doen en voelen;

2. Kunnen jongeren hun eigen stemming monitoren en kunnen ze probleemsituaties registreren;
3. Hebben jongeren het aantal plezierige activiteiten verhoogt;
4. Hebben jongeren anders leren denken door het opsporen van irrationele gedachten en kunnen deze vervangen door meer rationele gedachten;
5. Zijn de sociale vaardigheden vergroot (vaardigheden voor het opkomen voor jezelf en het omgaan met conflicten).

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Gripopjedip bestaat uit zes wekelijkse online groepsbijeenkomsten van anderhalf uur met maximaal zes deelnemers per groep. De online groepscursus wordt gegeven in een beveiligde chatbox (alleen toegang met gebruikersnaam en wachtwoord) en begeleid door een ggz-professional. Het beeldscherm van de chatbox is opgedeeld in drie kolommen: een chatkolom, een kolom waarin het programma van de betreffende bijeenkomst staat en waarin cursusleiders zo nodig beeldmateriaal kunnen plaatsen (zoals gebeurtenis- gedachten-gevoel schema) en een kolom met de gebruikersnamen van degenen die zijn ingelogd.

Toegang tot de digitale werkmap van de volgende online groepsbijeenkomst krijgen de deelnemers telkens direct na een online groepsbijeenkomst. De cursisten worden geacht de tekst door te lezen en thuisopdrachten te maken. Aan de gedigitaliseerde werkmappen kan tijdens de online groepsbijeenkomsten gerefereerd worden door de chatbegeleiders.

Opbouw van de online bijeenkomsten

De online cursusbijeenkomsten vinden bij voorkeur 's avonds plaats, omdat de pilots aangeven dat jongeren dit tijdstip prefereren. Jongeren worden via e-mail en sms herinnerd aan de start van een online cursusbijeenkomst. Het eerste kwartier is bedoeld om in te loggen en informeel met elkaar te chatten. Dan volgt een uur waarin de stof van de online bijeenkomst wordt behandeld. Het laatste kwartier heeft een afsluitend en evaluatief karakter.

Inhoud van de interventie

Werving

Werving voor Gripopjedip vindt voornamelijk plaats via de eigen website www.gripopjedip.nl, via social media en verschillende websites (bijvoorbeeld via Thuisarts.nl, Mentaalvitaal.nl, Trimbos.nl en de websites van instellingen die Gripopjedip aanbieden, bijvoorbeeld van Ypse). Bijvoorbeeld is begin 2020 weer een social media campagne gestart via Instagram en Facebook om jongeren te werven die niet lekker in hun vel zitten. In verband met de coronacrisis wordt extra aandacht gegeven aan de toegankelijkheid van Gripopjedip voor jongeren op Trimbos.nl.

Daarnaast organiseren de instellingen die Gripopjedip aanbieden de lokale werving door het verspreiden van flyers en posters bij onderwijsinstellingen, de huisarts of in het buurthuis. JGZ medewerkers, huisartsen en zorgpersoneel op school verwijzen ook actief door naar Gripopjedip, als er een vermoeden is van depressieve klachten. Gripopjedip is één van de aanbevolen interventies in de JGZ richtlijn Depressie (Oud, van de Zanden, Cronenberg & Sinnema, 2016). Wervingsmateriaal van Gripopjedip is te bestellen bij het Trimbos-instituut.

Ieder jaar streeft de Stichting Grip op je dip naar een [doorlopend aanbod](#) van cursussen waardoor jongeren snel kunnen instromen en wachttijden kort zijn. Het kort na elkaar starten van de online cursussen door verschillende instellingen heeft als voordeel dat jongeren eventueel naar een andere cursus doorverwezen kunnen worden als het tijdstip niet goed uitkomt. De instellingen die bij Gripopjedip aangesloten zijn (Dimence/Impluz, Youz, Indigo, Mediant en Ypse) plannen zelf hun cursussen in binnen de backend van het systeem. De coördinator houdt het overzicht in een planningsschema en zorgt ervoor dat

er voldoende aanbod is, binnen de financieringsruimte die het Zorginstituut Nederland biedt. Zo nodig stuurt de coördinator het planningsschema rond van de cursussen naar de contactpersonen van de instellingen om te stimuleren dat er cursussen ingepland worden.

In 2019 waren er bijna 60.000 bezoekers op de website. Zij kwamen niet alleen voor de cursus (deze beschrijving), maar ook voor informatie over depressie (psychoeducatie) en advies (via een e-mailservice). In totaal hebben in 2019 176 jongeren meegedaan aan de cursus, verdeeld over 34 groepen.

De jongere komt terecht op de Gripopjedip website omdat ze verwezen zijn door een professional, doordat ze een flyer of poster hebben gezien bij een organisatie of op school, of doordat ze direct via een advertentie op social media op de website terecht zijn gekomen (zie hierboven). Dan meldt de jongere zichzelf aan via het [aanmeldformulier](#) op de website. Als een jongere zich aanmeldt, volgt de selectieprocedure zoals beschreven onder Selectie van doelgroepen. Er zijn drie standaard e-mailbrieven ontwikkeld die na screening naar de jongere gestuurd kunnen worden: 1 e-mailbrief voor jongeren die niet geschikt zijn voor deelname aan de cursus, 1 e-mailbrief met informatie over de cursus en de eisen waaraan de cursist moet voldoen die ondertekend teruggestuurd moet worden, en 1 herinneringsbrief. De brieven en vragenlijsten zijn opgenomen in de bijlage van de handleiding voor cursusbegeleiders.

De jongere kan met toestemming van de jongere gebeld worden als de antwoorden op de e-mailvragenlijsten nadere toelichting behoeven. Het gaat dan om informatie die niet of moeilijk via e-mail te verkrijgen is, omdat doorvragen gewenst is (bijvoorbeeld in het geval van ernstige psychische problematiek, zie hieronder).

Ondanks zorgvuldige screening vooraf kan het tijdens de chatsessies voorkomen dat een deelnemer ernstige psychische problemen blijkt te hebben of zich suïcidaal uit. Dan verdient het aanbeveling deze deelnemer via de e-mail en/of telefonisch te ondersteunen en te adviseren andersoortige hulp te zoeken. In de handleiding is een protocol 'suïcidedreiging' toegevoegd als bijlage.

De bijeenkomsten

Dit is het schema van de zes bijeenkomsten van Gripopjedip:

Bijeenkomst	Inhoud
Bijeenkomst 1 Jouw stemming	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kennismaking 2. Motivatie om aan cursus mee te doen 3. Stemningsmeter 4. Onderscheid en verband tussen 'voelen', 'denken' en 'doen' 5. Positieve en negatieve spiraal
Bijeenkomst 2 Doen en denken	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dappere daden 2. Stemningsmeter 3. Leuke activiteiten 4. Gebeurtenis, gedachte, gevoel, GGG-schema
Bijeenkomst 3 Denkpatronen achterhalen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dappere daden 2. Stemningsmeter 3. Automatische gedachten 4. Categorieën denkfouten 5. Leuke activiteiten
Bijeenkomst 4 Leuke activiteiten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dappere daden 2. Huiswerk GGG-schema's

	<ul style="list-style-type: none"> 3. Automatische gedachten en denkfouten uitdagen 4. Stemningsmeter 5. Positieve gedachten adhv de Dappere dadenlijst 6. Leuke activiteiten
Bijeenkomst 5 Anders leren denken	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dappere daden 2. Huiswerk GGD-schema's: focus op angst 3. Stemningsmeter 4. Belemmeringen bij plezierige activiteitenlijst 5. Uitdagen negatieve gedachten
Bijeenkomst 6 De toekomst	<ul style="list-style-type: none"> 1. Verlanglijstjes: wat wil je? 2. Problematische situaties en signalen van depressie herkennen 3. Acties bij dreigende somberheid 4. Korte en lange termijndoelen maken 5. Bespreking tweede meting CES-D scores

In sessie 1, 2 en 3 wordt vooral aandacht besteed aan de stemming en het achterhalen van negatieve denkpatronen. In bijeenkomst 4 staat het leren inplannen van leuke activiteiten in het dagelijkse leven op de voorgrond. In bijeenkomst 5 staat het anders leren denken centraal en in de laatste 6^e bijeenkomst ligt de nadruk op en het plannen van de (nabije) toekomst. Een assertieve houding en het omgaan met conflicten is verweven in verschillende bijeenkomsten. In alle bijeenkomsten wordt het huiswerk van de vorige keer besproken. De cursusleider introduceert de informatie in het rechterdeel van het scherm. Hier kan de cursusleider de oefeningen en andere informatie uit het programma van de betreffende sessie tonen. De cursusleider en deelnemers chatten hier 'live' over.

Elke bijeenkomst (met uitzondering van de eerste bijeenkomst) wordt gestart met een 'rondje dappere daden' om de cursus positief te beginnen. Het bijhouden van dappere daden is een huiswerkopdracht. De jongeren kunnen hun dappere daden invullen in een schema met vijf kolommen. In de eerste kolom noteren zij 'Kleine successen of dingen waar ik goed in ben', bijvoorbeeld 'dat ik twee vriendinnen heb'. In de tweede kolom 'Dingen waarvoor ik dankbaar ben', bijvoorbeeld 'mijn doorzettingsvermogen'. In de derde kolom 'Dingen die ik waardeer van mezelf', bijvoorbeeld 'koekjes bakken'. In de vierde kolom 'Iets positiefs dat ik voor mezelf kan doen', bijvoorbeeld 'een leuk tijdschrift kopen'. In de vijfde kolom 'Iets positiefs dat je kunt doen voor een ander', bijvoorbeeld 'een aardig whatsappje sturen'.

In alle bijeenkomsten komt daarnaast de 'stemningsmeter' terug, ook een huiswerkopdracht die wordt besproken tijdens de online groepsbijeenkomsten. De stemningsmeter is bedoeld om het verband te leren zien tussen activiteiten en de stemming. Het idee is, dat je door leuke dingen te doen (gedrag), je stemming (je gevoel) positief wordt beïnvloed. Dit geldt niet voor elke jongere, maar alle jongeren dienen in ieder geval voor een aantal weken de stemningsmeter bij te houden om te onderzoeken of het doen bij hen invloed heeft op hun stemming. De jongeren geven elke dag tijdens de cursusperiode een cijfer, geven toelichting op dat cijfer en geven aan welke leuke activiteiten zij die dag hebben gedaan. Daarnaast is er een 'plezierige activiteitenlijst' ontwikkeld met 85 activiteiten. Jongeren kunnen ook zelf leuke activiteiten toevoegen aan de lijst. Als de jongere iets leuks wil

gaan doen, kan de jongere op de lijst kijken en een activiteit uitzoeken om te doen. Jongeren dienen bewust plezierige activiteiten in hun dagelijkse leven in te gaan plannen. Dit onderdeel staat centraal in de 4^e bijeenkomst maar komt ook verschillende keren terug.

Een van de belangrijkste onderdelen van de online cursus zijn de Gebeurtenis-Gedachten-Gevoel schema's (GGG-schema's). Tijdens de cursus vullen ze GGG-schema's in, maar ook in twee huiswerkopdrachten (voor bijeenkomsten 4 en 5). Hierbij leren de deelnemers negatieve en irrationele gedachten om te buigen naar positieve en rationele gedachten.

De deelnemers ontvangen na de laatste cursusbijeenkomst twee vragenlijsten (de CES-D nog eens en een tevredenheidsvragenlijst) per e-mail. De feedback vanuit de CES-D (zijn de depressieve klachten afgenomen?) bespreekt de cursusleider per mail met iedere deelnemer.

Ernstige psychische problematiek

Met jongeren die ernstige psychische problematiek lijken te hebben (beoordeeld met behulp van de twee ingevulde e-mailvragenlijsten) wordt enkele keren over en weer gemaïld met het doel zicht te krijgen op de aard en ernst van de problematiek. Dit om te beoordelen of de online groepscursus het beste antwoord is, of dat misschien andere hulp een beter alternatief biedt. In dit laatste geval wordt de jongere via e-mail begeleid naar een hulpverleningsinstantie in de buurt. In een crisissituatie en alleen als de jongere dat toestaat kan ook telefonisch contact worden opgenomen.

Het kan voorkomen dat een jongere zich beslist niet bij de hulpverlening wil aanmelden en wel de online groepscursus wil volgen. In dat geval moet voor zowel de jongere als de chatbegeleider duidelijk zijn dat de online cursus bij deze persoon mogelijk niet het beoogde effect kan hebben en dat een andere interventie beter geschikt lijkt. Het kan verspilling van energie zijn voor de jongere en het kan het leerproces van de andere cursisten en/of het groepsproces verstoren. Maar de online groepscursus kan ook een opstap zijn naar hulpverlening in de toekomst. Telkens als deze situatie zich voordoet maken de chatbegeleiders de afweging van wel of geen deelname.

Huisregels

De volgende huisregels zijn opgesteld: behandel elkaar met respect, help elkaar, niet schelden, niet dreigen, alles wat gezegd wordt blijft onder ons, wees op tijd, doe je thuisopdrachten, afmelden bij je begeleider als je niet kan en tijdens de online cursus worden geen individuele e-mailadressen uitgewisseld. De deelnemers mailen het formulier met huisregels voor akkoord terug voor het begin van de online cursus. Bij overtreding van de regels kan de chatbegeleider de cursist een periode uit de chatbox plaatsen en bij herhaalde overtreding wordt de cursist de toegang tot de chatbox volledig onttrokken. In de laatste online groepsbijeenkomst mogen e-mailadressen worden uitgewisseld als daar behoefte aan is. Dit uitwisselen mag niet eerder vanwege de anonimiteit en omdat bij de start van de cursus niet te garanderen is dat alle deelnemers bonafide jongeren zijn. In de praktijk blijkt dat toepassing van sancties nooit nodig is, maar het opstellen van huisregels is belangrijk om de cursisten te laten weten wat van hen wordt verwacht.

Therapietrouw

De anonimiteit van internet maakt vroegtijdig afhaken voor deelnemers of niet inloggen voor online chatbijeenkomsten makkelijker. Om de therapietrouw te vergroten wordt tijdens de screening de voorwaarde gesteld dat jongeren alle sessies volgen. Dat betekent dat de jongeren gevraagd wordt eventuele andere afspraken op het tijdstip van de cursus te verzetten. Ook wordt het belang van het maken van de thuisopdrachten onderstreept door de afspraak dat de dag voorafgaand aan de online groepsbijeenkomst de ingevulde thuisopdracht dient te worden gemaïld aan de cursusbegeleiders. Op beide voorwaarden

wordt grote nadruk gelegd. Als aan één ervan niet voldaan wordt kan dat een reden zijn om niet te worden toegelaten tot de cursus of sessie.

Door deze voorwaarden en het daarnaast achtereenvolgens versturen en beantwoorden door de jongeren van de standaard e-mailbrieven (zie hierboven onder 'Selectie van doelgroepen') en het versturen door chatbegeleiders van smsjes en e-mailberichten vijf minuten voor de start van een cursus, wordt een betere therapietrouw of adherentie nagestreefd.

2. Uitvoering

Materialen

Handleiding voor cursusbegeleiders. Deze handleiding is alleen beschikbaar na het volgen van de 1-daagse training;

- Website: www.gripopjedip.nl en achterliggende chatbox;
- Wervingsmaterialen: Poster, visitekaartjes en freecards 'Grip op je dip'.

Locatie en type organisatie

Gripopjedip wordt geïmplementeerd door de Stichting Gripopjedip in samenwerking met participerende ggz-instellingen. De cursus vindt plaats in een beveiligde chatbox. Zowel de cursusbegeleider als de cursist hebben een computer nodig met de capaciteit om de webpagina op een goede wijze op het scherm weer te geven en met een voldoende hoge snelheid van het internet om op een goede wijze te kunnen chatten.

Professionals van de volgende ggz-instellingen voeren Gripopjedip uit (mei 2020): Indigo, Youz, Dimence/Impluz (kernpartners) en daarnaast Ypse en Mediant als aanhakende instellingen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Gripopjedip wordt gegeven door één chatbegeleider. De voorkeur gaat uit naar een ervaren ggz-preventiewerker van een ggz-instelling of een hulpverlener (jeugd- of volwassenenzorg). Vaak gaat dit om een basispsycholoog, GZ-psycholoog of orthopedagoog.

Het is voor de cursusbegeleiders van belang dat zij zich opstellen als docent en niet als therapeut. De cursusbegeleiders richten zich niet alleen op de individuele problematiek, maar moeten ook goed zicht houden op de behoeften van de groep in zijn geheel. Als een deelnemer bijvoorbeeld in een persoonlijke crisis terechtkomt gedurende de cursus geeft de cursusbegeleider zelf niet de benodigde hulp en begeleiding. Belangrijker is dat de cursusbegeleider beschikbaar is voor het geven van informatie en verwijzing naar een steunfiguur en/of de hulpverlening.

De cursusleider dient kennis te hebben van de symptomen van een depressie en van de uitgangspunten in de gebruikte theorieën. Ook moeten zij beschikken over goede (digitale) communicatieve vaardigheden (waaronder snel kunnen typen en primair kunnen reageren), didactische vaardigheden, computervaardigheden en moeten zij zich in kunnen leven in de leefwereld van jongeren. De cursusleider is daarnaast in staat een veilig en positief groepsklimaat te scheppen.

De cursusbegeleider volgt verplicht een 1-daagse training op het Trimbos-instituut waarin kennis wordt gegeven over de doelgroep, de opzet van Gripopjedip (inclusief de werving en doorverwijzing naar Gripopjedip door andere lokale organisaties, zoals de huisartsenpraktijken) aan bod komt en de vaardigheden die hiervoor nodig zijn getraind worden.

Kwaliteitsbewaking

Alleen professionals die de 1-daagse training hebben gevolgd mogen een Gripopjedip cursus geven. De trainingen worden georganiseerd door de Gripopjedip Stichting en vinden plaats bij het Trimbos-instituut. Tijdens de training heeft iedere deelnemer een eigen computer ter beschikking. De training is gericht op a) de theoretische grondslag van de cursus en de cursusinhoud van de zes bijeenkomsten. Tijdens de cursus wordt middels rollenspelen geoefend in de chatbox met het chatten en adequaat reageren. b) Oefenen met het beheer van de chatbox en het afhandelen van de aanmeldingen. De deelnemers ontvangen na afloop een certificaat.

- Er is een handleiding beschikbaar met uitgebreide informatie over het opzetten en uitvoeren van de cursus.
- Met iedere deelnemende organisatie sluit de Stichting Gripopjedip een samenwerkingsovereenkomst met licentie af waarin onder andere afspraken over het

volgen van de verplichte training, deelname aan intervisiebijeenkomsten en het werken volgens de handleiding zijn vastgelegd.

- Anonimiteit is gewaarborgd. Jongeren hoeven geen naam op te geven.
- Aan het eind van iedere cursus vraagt de cursusleider de deelnemers om een evaluatielijst in te vullen waarin ze kunnen aangeven wat ze aan de cursus hebben gehad. De deelnemer kan aangeven wat goed was en wat beter zou kunnen. Ook de depressielijst wordt opnieuw ingevuld om te kijken of de klachten zijn verminderd. Geaggregeerde gegevens zijn eerder gebruikt voor de pilotonderzoeken.
- Gripopjedip heeft in 2015 het 'Online Hulpstempel GGZ' verkregen en voldoet daarmee aan de hoogste norm van zorgvuldigheid en 'beveiliging gegevensverwerking'.
- Met het oog op de verscherpte privacywetgeving heeft de Stichting Gripopjedip een bewerkersovereenkomst opgesteld met de webbouwer over opslag van data en dataverkeer.
- Het aanspreekpunt voor de uitvoerders is een geregistreerd verpleegkundige en orthopedagoog (BIG geregistreerd). Onder haar/zijn verantwoordelijkheid worden de interventies verleend.

Randvoorwaarden

Door een instelling moet voldoende tijd en geld gereserveerd worden voor het inplannen van de cursus, uitvoeren van de screening, en het voorbereiden en uitvoeren van Gripopjedip.

- Voldoende geheugen voor de computers om te kunnen chatten.
- Voor een goede interactie tussen cursusleider en deelnemers is het maximum aantal deelnemers rond de zes jongeren.
- Voor een goede sfeer tijdens en werkzaamheid van de cursus zijn huisregels opgesteld.
- De cursusleider is inhoudelijk bekwaam, heeft goede didactische kwaliteiten en heeft affiniteit met online interventies.

Implementatie

Gripopjedip wordt landelijk geïmplementeerd door de Stichting Gripopjedip in samenwerking met participerende ggz-instellingen. Cursusbegeleiders volgen een 1-daagse training. Zij krijgen daarbij een Handleiding voor cursusbegeleiders uitgereikt waarin alles staat over de achtergrond, werving, screening, opzet en uitvoering van Gripopjedip. Eens per jaar vindt er een intervisiebijeenkomst plaats van getrainde cursusbegeleiders. Op de intervisiebijeenkomsten bespreken de cursusleiders casuïstiek en knelpunten en succesfactoren vanuit het primaire proces, zoals de werving en therapietrouw. Ook is er ruimte in het programma voor nieuwe wetenschappelijke en beleidsmatige inzichten. Omdat de cursusleiders de wens hebben uitgesproken om vaker intervisie te hebben, zal vanaf 2020 de frequentie van intervisiebijeenkomsten opgevoerd worden (2-3 per jaar, ook online). Werving voor Gripopjedip vindt plaats via internet, via relevante websites en organisaties. En ook wordt Gripopjedip aanbevolen als interventie bij depressie in twee belangrijke richtlijnen voor depressie voor jongeren: de JGZ-richtlijn Depressie (Oud et al., 2016) en het Addendum Depressie bij jeugd (aanvulling op de GGZ-richtlijn Depressie, Trimbos-instituut, CBO, 2009).

Er is een online kalender waar de deelnemende organisaties hun cursussen kunnen inschrijven. Cursussen kunnen parallel aan elkaar lopen. De landelijk coördinator van Gripopjedip stemt af met de deelnemende instellingen en zorgt ervoor dat er gedurende het hele jaar een aanbod is. Jongeren uit het hele land doen mee aan de cursussen. De landelijk coördinator is ook inhoudelijke vraagbaak voor de instellingen, regelt de intervisie en zorgt voor de landelijke publiciteit. Voor technische vragen kunnen de deelnemende instellingen terecht bij de bouwer van de chatbox en website.

Kosten

Licentiepartners betalen een jaarlijks licentiebedrag aan het Trimbos-instituut (via een op-maat overeenkomst). De licentiekosten en vergoedingen worden ieder jaar vastgesteld op basis van veranderende wetgeving en financiering. Voor 2018 ging dit om 2500 euro per instelling (dit is een jaarbedrag, ongeacht het aantal cursussen). Hiervoor krijgen de instellingen toegang tot de backoffice van de website, online cursus, e-mailservice, helpdesk en training.

Sinds 2017 worden de uitvoeringsuren van Gripopjedip vergoed door het Zorginstituut Nederland (ZINL), vanuit de regeling anonieme e-mental health. In 2018 werd €1250 per cursus uitgekeerd aan de licentiehouders. Dit gaat om 17 uur per chatboxcursus. Wervingsuren en eventuele nazorg moeten vanuit een ander budget gefinancierd worden (aantal uren wisselt, maar is naar schatting gemiddeld 2 uur per cursus). Werving is vaak onderdeel van een weerbaarheids- of depressiepreventiebeleid in de gemeente of regio.

De Stichting Gripopjedip financiert vanuit de licentie-opbrengsten hosting- en onderhoudskosten en technische updates van het aanbod, de coördinatie van het primaire proces, helpdeskfunctie voor de uitvoerders, werving, innovatie, monitoring en onderzoek. Er kan aanvullend worden geacquireerd bij fondsen voor omvangrijkere aanpassingen en onderzoek. De Stichting Gripopjedip verzorgt de jaarlijkse subsidieaanvraag bij ZINL.

3. Onderbouwing

Probleem

Kenmerken risico of probleem

Een (klinische) depressie bestaat volgens de criteria genoemd in de Diagnostic Statistical Manual V (DSM V, APA, 2014) uit een sombere, prikkelbare stemming en/of anhedonie gedurende de meeste dagen van de week, gedurende de meeste uren van de dag en tenminste twee weken aanwezig is. Daarnaast moeten voor de diagnose depressie nog vier andere symptomen aanwezig zijn: gewichtsverlies, slaapproblemen (bij pubers soms juist toegenomen slaapbehoefte), vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid, concentratieproblemen, terugkerende gedachten aan de dood.

Bij jongeren zijn de vitale kenmerken die vaak bij een depressie horen minder duidelijk aanwezig; bij hen worden minder vaak psychomotorische remming en dagschommelingen in de stemming waargenomen (APA, 2014).

Vooraf bij jongens kunnen gevoelens van depressie gemaskeerd worden door stoer en agressief gedrag. Zij kunnen hun depressie ook 'verstoppen' en moeilijk herkenbaar maken door (overmatig) gebruik van alcohol en drugs.

Subklinische depressie

Bij een subklinische depressie zijn er symptomen van depressie (depressieve klachten) aanwezig die gezamenlijk niet beantwoorden aan de criteria voor een depressieve stoornis. Subklinische depressie is een sterke voorspeller voor het ontstaan van een depressieve stoornis een jaar later (Cuijpers & Smit, 2004). Het verminderen of verhelpen van depressieve klachten draagt bij aan het voorkomen van depressie.

Prevalentie

Bijna 1 op de 5 Nederlandse jongeren geeft aan emotionele problemen te ervaren, zoals depressie en angst (Stevens et al., 2018). Subklinische of lichte klachten komen relatief vaak voor bij jongeren (10–20%). In de adolescentie komen internaliserende problemen zoals depressie en angst veel vaker voor bij meisjes dan bij jongens (verhouding 1:2). Jongeren uit minder welvarende en onvolledige gezinnen hebben vaker emotionele problemen of een emotionele stoornis (De Looze et al., 2014). Er werd geen verband gevonden met etniciteit en schoolniveau. Bij ongeveer één op de 20 jongeren in de leeftijd van 13-18 jaar is er sprake van een klinische depressie (Oud et al., 2016). Dit is een schatting omdat er onder deze leeftijdsgroep geen recent grootschalig epidemiologisch onderzoek gedaan is. Jaarlijks heeft 6,7% van de jongvolwassenen in de leeftijd van 18-24 jaar een depressieve stoornis (Nuijen et al., 2017).

Gevolgen langere termijn

Depressie die vroeg in het leven ontstaat, kan een spoor van leed aanrichten in termen van schoolse en beroeps carrières. De aanwezigheid van depressieve klachten is van invloed op de sociale en maatschappelijke positie die iemand zich kan verwerven. Bovendien loopt een jongere die depressief is (geweest) bovengemiddeld risico op nieuwe depressieve episodes, drankmisbruik en suicide (van de Poel, Duivis, Laghaei, Lokkerbol, Smit & Boon, 2014).

Oorzaken

De kans om depressief te worden is het grootst bij jongeren die thuis blootgesteld zijn aan armoede, verwaarlozing, misbruik of geweld, en/of ouders hebben die zelf een psychisch probleem hebben, en dan vooral bij kinderen die gekenmerkt worden door teruggetrokken, internaliserend gedrag en geen vertrouwensrelatie hebben met anderen. Het gaat daarbij waarschijnlijk om een interactie van stress, kwetsbaarheid, inadequate copingstijl en tekortschietende sociale steun. De beïnvloedbaarheid van een eerste en milde (sub) klinische depressie is beter dan van een herhaalde ernstige depressie (van de Poel et al., 2014).

Uitgangspunt van veel theoretische modellen is dat een depressie ontstaat door een complex samenspel van biologische, sociale en psychologische factoren (voor een overzicht zie Oud et al., 2016; van Rooijen en Ince, 2012). Hierbij wordt verondersteld dat mensen een kwetsbaarheid voor depressie kunnen ontwikkelen. Deze kwetsbaarheid kan ontstaan door bijvoorbeeld genetische aanleg of een ongunstige opvoedingssituatie waarbij optimale hechting aan een of beide ouders ontbreekt. Goodman & Gotlib (1999) geven aan dat een dergelijke kwetsbaarheid zich kan manifesteren op psychobiologisch, cognitief, affectief en gedragsmatig domein. Op affectief gebied is dit bijvoorbeeld een hoge stressgevoeligheid en op gedragsmatig gebied zijn dit inadequate sociale en cognitieve vaardigheden. Kwetsbare kinderen en jongeren hebben een verhoogd risico op depressie, in het bijzonder als er een ingrijpende levensgebeurtenis optreedt zoals het overlijden van een dierbare of chronische stress. Of er daadwerkelijk een depressie optreedt, hangt samen met bufferfactoren zoals sociale steun en adaptieve cognitieve en sociale vaardigheden (Dumont & Provost, 1999; Klasen et al., 2015).

Uit onderzoek blijkt dat de volgende factoren van belang zijn voor het bepalen van risicogroepen: genetische aanleg (Minderaa & Dekker, 1999), eerdere depressieve episode (Cuijpers & Smit, 2004), angstklachten (met name sociale fobie; Stein, Fuetsch, Muller, et al., 2001), depressieve klachten (Cuijpers & Smit, 2004), problematische relatie met ouders (Jenkins, Newt & Yong, 1991), ouder met psychologische of verslavingsproblemen (Bijl, Cuijpers & Smit, 2002), ingrijpende levensgebeurtenissen (Wittchen, Kessler, Pfister, et al., 2000), en een lager onderwijsniveau (Stevens et al., 2018).

Aan te pakken factoren

Gripopjedip richt zich op het versterken van de individuele bufferfactoren: adaptieve cognitieve en sociale vaardigheden en op de risicogroep 'jongeren met depressieve klachten' om op deze manier een ernstige klinische depressie en de gevolgen van depressieve klachten te voorkomen (het hoofddoel). Deze factoren zijn over het algemeen goed beïnvloedbaar. Gripopjedip richt zich niet op kwetsbaarheidsfactoren als genetische aanleg of een ongunstige opvoedingssituatie. De eerste is niet beïnvloedbaar, en voor het aanpakken van de tweede factor zijn al voldoende andere interventies.

De bufferfactoren zijn terug te vinden in alle subdoelen:

1. Een rationele visie ontwikkelen op hoe depressie ontstaat en het ontdekken van de relatie tussen denken, doen en voelen > *cognitieve vaardigheden*
2. Kunnen monitoren van de eigen stemming en het kunnen registreren van probleemsituaties > *cognitieve vaardigheden*
3. Verhogen van het aantal plezierige activiteiten > *sociale vaardigheden, wegnemen van cognitieve belemmeringen*
4. Anders leren denken door het opsporen van irrationele gedachten en deze te vervangen door meer rationele gedachten > *cognitieve vaardigheden*
5. Vergroten van sociale vaardigheden (vaardigheden voor het opkomen voor jezelf en het omgaan met conflicten) > *sociale vaardigheden, wegnemen van cognitieve belemmeringen*

Verantwoording

Gripopjedip is gebaseerd op de Adolescent Coping with Depression Course van Clarke, Lewinsohn & Hops (1990). De effectiviteit van deze cursus is aangetoond in twee studies (Clarke et al., 1995; 2001). Deze cursus is in de jaren '90 aangepast en bewerkt voor de Nederlandse situatie (Stikkelbroek & Cuijpers, 1998) en is te beschouwen als een *gestructureerde cognitief-gedragstherapeutische* preventie- en behandelvorm in groepsverband. Verschillende methodieken zijn samengebracht waaronder elementen van de plezierige activiteiten benadering (Lewinsohn & Libet, 1972), de cognitieve therapie (Beck et al., 1979), de probleemoplossende therapie (Nezu, 1987), de zelfcontroletherapie (Rehm, 1984) en sociale vaardigheidstraining (Spence, 2003). Al deze therapieën richten zich op het aanleren van vaardigheden voor het omgaan met depressieve gevoelens. Deze therapieën zijn gebaseerd op elementen uit cognitieve

gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie richt zich op het verduidelijken van de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag, het ontdekken en veranderen van negatieve denkpatronen en het stimuleren van het ondernemen van meer (plezierige) activiteiten (Gerrits et al., 2007). Het idee achter de cognitieve gedragstherapie is dat door het veranderen van de cognities (gedachtenpatronen) en/of het gedrag van een persoon de gevoelens van deze persoon ook kan beïnvloeden.

Een recente grote meta-analyse van 36 studies keek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische *preventieve* programma's voor adolescenten met depressieve klachten en/of angstklachten. Voor depressie werden kleine effecten gevonden direct na afloop van de interventie, maar er waren geen effecten na een follow-up van 3-6 maanden, of na 12 maanden (Rasing et al., 2017). Er worden op dit moment overigens meer effectiviteitsstudies gedaan onder jongeren naar online preventieve interventies, zie onder het kopje 'Online interventie'. Wanneer cognitieve gedragstherapie als *behandelende* interventie bij depressie onder jongeren ingezet wordt, zijn de effecten medium tot groot wanneer de interventie vergeleken wordt met een placebo interventie, en klein tot medium wanneer de interventie vergeleken wordt met een andere actieve interventie (Crowe & McKay, 2017).

Lewinsohn et al. (1984) gingen op zoek naar de gezamenlijke elementen in de verschillende therapieën en ontdekten dat de volgende elementen wel eens de belangrijkste veranderingsmechanismen van deze interventies konden zijn:

- a) een duidelijke rationale voor het ontstaan van depressie (relatie gedachten, gevoelens en gedrag),
- b) het actief en zelfstandig uitvoeren van oefeningen in dagelijkse situaties (oefenen met GGG-schema's),
- c) het leren van cognitieve en sociale vaardigheden waarmee dagelijkse stressoren aangepakt worden en
- d) het besef dat de toegenomen vaardigheden de verbetering van de stemming tot gevolg heeft.

Ook een meta-analyse van 14 studies laat zien dat vooral de cognitieve processen bijdragen in een afname van depressieve klachten bij jongeren die cognitieve gedragstherapie ondergaan (Chu & Harrison, 2007).

In Gripopjedip online komen deze veranderingsmechanismen als volgt aan bod, corresponderend met de volgende subdoelen:

- a) uitleg gegeven over depressie met behulp van de positieve en de negatieve spiraal (de invloed die denken, voelen en doen op elkaar hebben) en over hoe je de negatieve spiraal kunt doorbreken. Hierdoor kunnen de jongeren een rationele visie op het ontstaan en de instandhouding van depressie ontwikkelen (Subdoel 1).
- b) en d) De jongeren krijgen na elke online cursusbijeenkomst huiswerkopdrachten waarmee ze in dagelijkse situaties kunnen gaan oefenen met het monitoren van de eigen stemming (Subdoel 2), met het gebruik van Gebeurtenis Gedachte Gevoel schema's (GGG-schema's), met het veranderen van de eigen gedachten en het eigen gedrag (het gaan doen van leuke activiteiten, sociale vaardigheden in de praktijk brengen) en met het monitoren van het effect dat deze gedachten- en gedragsveranderingen op hun stemming heeft (Subdoel 3 en 4).
- c) Jongeren ontwikkelen tijdens de online cursus door het oefenen en bespreken van de opdrachten sociale en cognitieve vaardigheden (Subdoel 4 en 5). (bijvoorbeeld in een lastige sociale situatie waarin je moet opkomen voor jezelf, cognitieve belemmeringen wegnemen bij het ondernemen van plezierige activiteiten).

Een van de belangrijkste onderdelen van de online cursus zijn de Gebeurtenis-Gedachten-Gevoel schema's (GGG-schema's). Tijdens de cursus vullen ze GGG-schema's in, maar ook in twee huiswerkopdrachten (voor bijeenkomsten 4 en 5). Hiermee gaan de jongeren hun negatieve gedachten uitdagen en veranderen, bijvoorbeeld bij een lastige sociale situatie of als er belemmeringen zijn om iets plezierigs te gaan doen. Dit beïnvloedt het gevoel (de stemming) van de jongere op een positieve manier, waardoor de jongere meer gaat ondernemen, voor zichzelf en op sociaal gebied. Er is een aantal

valkuilen, denkfouten en belemmeringen waardoor jongeren moeite kunnen hebben met het veranderen van hun gedachten en hun gedrag. Deze komen aan bod in de cursus, zodat de deelnemers ze bij zichzelf kunnen herkennen.

Een voorbeeld uit de cursus: Laura heeft ruzie met Rick (gebeurtenis). Rick is kwaad omdat Laura hem twee weken niet heeft gebeld. Laura denkt: Het is mijn schuld dat we nu ruzie hebben (gedachte) en voelt zich 'down' en schuldig (gevoel). Maar ze vergeet dat Rick ook had kunnen bellen. Dit 'vergeten' wordt een denkfout genoemd. Er kan echter ook meer aan de hand zijn: Laura kan ook bang zijn voor een conflict (angst). Het is daarom belangrijk dat de chatbegeleiders niet alleen rekening houden met denkfouten en het ondernemen van weinig activiteiten of het vermijden van sociale situaties, maar ook letten op angsten die mogelijk achter die 'denkfouten' schuilgaan. Bijvoorbeeld, bij het ondernemen van leuke activiteiten kan ook sprake zijn van weinig mogelijkheden (een meisje moet van haar ouders altijd direct naar huis om huiswerk te doen en kan dan dus niet met vrienden afspreken); dan moet worden afgetast welke mogelijkheden er wel zijn (bijvoorbeeld hierover praten met de ouders of tijdens het huiswerk muziek luisteren waar ze blij van wordt).

De jongeren kunnen elkaar ondersteunen, motiveren en kunnen elkaar helpen met het veranderen van gedachten en gedrag door suggesties te doen van positieve gedachten, sociale acties, en van leuke activiteiten.

Online interventie

Er is gekozen voor een *online* groepscursus omdat adolescenten het prettig vinden om te weten dat ze niet de enigen zijn met een bepaalde klacht en op zoek zijn naar onderlinge (h)erkenning (Teunis, 2001; van der Zanden et al., 2005). Doordat Gripopjedip online via internet wordt aangeboden is het anoniem, makkelijk toegankelijk (overal waar een computer met internet is) en het sluit aan bij de leefwereld van jongeren (jongeren zijn gewend om via internet informatie te zoeken en om via internet te communiceren)(Nicholas, Oliver, Lee & O'Brien, 2004; Riper et al., 2007). Uit de pilotonderzoeken naar Gripopjedip online bleek dat de aanmeldingen van jongeren met depressieve klachten in een rap tempo binnenstroomden. Er worden jongeren bereikt die normaal gesproken niet met de geestelijke gezondheidszorg in aanraking komen: veel cursisten meldden bij de evaluatie van Gripopjedip online dat ze niet deel hadden genomen als het een face-to-face groepscursus was geweest (van der Zanden et al. 2005; Gerrits & van der Zanden, 2007). In verschillende systematische reviews en een meta-analyse is de effectiviteit van online interventies voor het verminderen van depressieve klachten bij jongeren aangetoond (Calear & Christensen, 2010; Rice et al., 2014; Ebert et al., 2015; Clarke, Kuosmanen & Barry, 2015; Pennant et al., 2015). Effectieve interventies waren voornamelijk gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

Effectiviteit van Grip op je dip

Naar Gripopjedip zijn twee pilotonderzoeken uitgevoerd met een voor- en nameting (Van der Zanden et al., 2005; Gerrits et al., 2007). De jongeren rapporteerden na het volgen van de cursus een significante afname in depressieve symptomen. De resultaten toonden verder aan dat Gripopjedip de potentie heeft jongeren te bereiken met depressieklachten, en dat het uitvoeren van een groepscursus in een chatbox technisch en inhoudelijk haalbaar was. Jongeren gaven de cursus gemiddeld een 7,5 als rapportcijfer.

Daarna is een RCT, een gerandomiseerde trial naar Gripopjedip uitgevoerd. Dit onderzoek toont een significante afname in depressieve klachten en angstklachten aan en een toename in mastery. De verbeteringen in de Gripopjedip groep hielden aan tot 24 weken na de voormeting (Van der Zanden et al., 2012).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

In twee pilots is naast analyse van procesmatige gegevens ook een voor- en nameting uitgevoerd:

Procesevaluatie 1

- a) Zanden, A.P. van der, Conijn, B., Visscher, R., & Gerrits, R. (2005). Grip op je dip online: een preventieve groepsinterventie voor jongeren via internet. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 60, 515-526.
- b) In deze pilot is gekeken of de juiste doelgroep bereikt kan worden en of er aanwijzingen zijn voor effectiviteit middels een voor- en nameting met de CES-D (Bouma et al., 1995).
- c) In twee keer vier weken werving via een website voor jongeren over depressie (Zwaarweer.nl, bestaat niet meer) meldden zich 249 jongeren aan waarvan uiteindelijk 46 cursisten (18,5%) werden geselecteerd. De gemiddelde leeftijd van de cursisten was 17,9 jaar. De overige jongeren lieten of niets meer van zich horen (n=99, 39,8%), of trokken zich terug voor de screening (n=39, 15,7%), hadden te ernstige problemen (n = 18, 7,2%), of konden niet instromen omdat de cursus vol zat (n = 47, 18,9%). Redenen voor afhaken waren divers, zoals het tijdstip van de online groepsbijeenkomsten, technische problemen en andere gevonden hulp. De depressieve klachten verminderden bij de onderzoeksgroep, maar er waren wel veel afhakers bij het invullen van de vragenlijst. De gemiddelde CES-D score op de voormeting was 34,5 (sd = 8,5, n = 46), na de cursus is dit 16,3 (sd = 7,5, n = 21). P-waarde is niet bekend.

Procesevaluatie 2

- a) Gerrits, R. S., van der Zanden, R. A., Visscher, R. F., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 6(3), 152-162.
- b) Het doel van deze pilot was om te kijken of een chatbox een goede manier was voor het aanbieden van een online groeps cursus voor jongeren met depressieve klachten, of de jongeren hier tevreden mee waren en of het klachtenniveau verbeterde. Voor dit doel vulden de jongeren de CES-D voor en na in om depressieve klachten te meten, en vulden de jongeren na afloop een tevredenheidslijst in. De resultaten op de CES-D worden onder 4.2 beschreven. Werving verliep via internet (via Zwaarweer.nl en Gripopjedip.nl).
- c) De resultaten toonden aan dat Gripopjedip de potentie heeft jongeren te bereiken met depressieklachten, en dat het uitvoeren van een groeps cursus in chatbox technisch en inhoudelijk haalbaar was. Tijdens de onderzoeksperiode meldden 394 adolescenten zich aan voor deelname aan de cursus. 205 adolescenten (52%) werden doorverwezen naar hun huisarts omdat de gerapporteerde depressieve klachten als te ernstig werden beschouwd door de cursusbegeleiders. 189 adolescenten voldeden aan de criteria voor deelname. Hiervan vielen 49 adolescenten (26 %) af voordat de cursus startte. De gemiddelde leeftijd van de 140 participanten was 19.8 jaar (sd = 3,3 jaar) waaronder 115 vrouwen en 25 mannen. 75 (53,6%) participanten volgden minder dan vier sessies, 65 (46,4%) participanten volgden vier sessies of meer en 50 cursisten (35,7 %) volgden alle acht cursusbijeenkomsten. Redenen voor afhaken die de cursisten noemden waren het tijdstip van de cursus waarop ze niet meer aanwezig konden zijn, andere verkregen hulp, geen depressieve symptomen meer, computerproblemen, niet gemotiveerd door het materiaal of de cursus was te moeilijk. Naar aanleiding van deze laatste klacht is VMBO-theoretische leerweg aangehouden als minimaal opleidingsniveau voor deelname aan de online groeps cursus en wordt tijdens de aanmeldingsprocedure duidelijker aangegeven wat de jongere van de online groeps cursus kan verwachten. Een aandachtspunt was het relatief hoge percentage afvallers voor en tijdens de cursus. Na de pilot werd daarom besloten het aantal sessies terug te brengen van acht naar zes. Gripopjedip aanbieden via de chatbox lijkt een goede manier om de doelgroep te bereiken. Al lijkt de lage drempel voor het instappen het ook makkelijker te maken om er voortijdig mee te stoppen.

De tevredenheid onder deelnemers was hoog: de cursus werd met een 7.5 gewaardeerd (op een schaal van 1-10, $n = 50$) en 79.3% zou de cursus aanraden voor andere depressieve adolescenten. Het anonieme karakter van de cursus en de wederzijdse herkenning van problemen waren aspecten die hoog gewaardeerd werden in Gripopjedip.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Procesevaluatie met een voor- en nameting

a) Gerrits, R. S., van der Zanden, R. A., Visscher, R. F., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 6(3), 152-162.

b) Het doel van deze pilot met procesevaluatie was om te kijken of een chatbox een goede manier was voor het aanbieden van een online groepscursus voor jongeren met depressieve klachten, of de jongeren hier tevreden mee waren en of het klachtenniveau verbeterde. Hier beschrijven we alleen de effecten op klachtniveau. Voor dit doel vulden de jongeren de CES-D voor en na de Gripopjedip cursus in om depressieve klachten te meten. De werving verliep via internet (via Zwaarweer.nl en Gripopjedip.nl).

c) De resultaten toonden aan dat Gripopjedip de potentie heeft jongeren te bereiken met depressieklachten, en dat het uitvoeren van een groepscursus in chatbox technisch en inhoudelijk haalbaar was. Tijdens de onderzoeksperiode meldden 394 adolescenten zich aan voor deelname aan de cursus. 205 adolescenten (52%) werden doorverwezen naar hun huisarts omdat de gerapporteerde depressieve klachten als te ernstig werden beschouwd door de cursusbegeleiders. 189 adolescenten voldeden aan de criteria voor deelname. Hiervan vielen 49 adolescenten (26 %) af voordat de cursus startte. De gemiddelde leeftijd van de 140 participanten was 19.8 jaar ($sd = 3,3$ jaar) waaronder 115 vrouwen en 25 mannen. 75 (53,6%) participanten volgden minder dan vier sessies, 65 (46,4%) participanten volgden vier sessies of meer en 50 cursisten (35,7 %) volgden alle acht cursusbijeenkomsten.

Alle participanten die de zevende bijeenkomst hadden afgerond ontvingen de CES-D voor de nameting. 50 participanten vulden dit in. Depressieve klachten waren afgenomen in deze groep: de gemiddelde score op de CES-D was significant lager na de online cursus (18.7, $sd = 9.4$) dan voor de start van de online cursus (32.6, $sd = 9.3$) ($t = 8.23$, $df = 48$, $p < .001$).

Gerandomiseerde trial

a) – Hoofdartikel: Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3).

Ook gepubliceerd over dezelfde studie:

- Studieprotocol: Van der Zanden, R. A., Kramer, J. J., & Cuijpers, P. (2011).

Effectiveness of an online group course for adolescents and young adults with depressive symptoms: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12(1), 196.

- Mediatie-analyse/veranderingsmechanismen: Van der Zanden, R., Galindo-Garre, F., Curie, K., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2014a). Online cognitive-based intervention for depression: exploring possible circularity in mechanisms of change. *Psychological Medicine*, 44(6), 1159-1170.

- Taalanalyse: Van der Zanden, R., Curie, K., Van Londen, M., Kramer, J., Steen, G., & Cuijpers, P. (2014b). Web-based depression treatment: Associations of clients' word use with adherence and outcome. *Journal of Affective Disorders*, 160, 10-13.

b) In een gerandomiseerde trial zijn jongeren in de leeftijd van 16 tot 25 jaar met depressieve klachten (CES-D score tussen 10 en 45) willekeurig verdeeld over Gripopjedip ($n = 121$) en een wachtlijstcontrolegroep ($n = 123$). Er is geworven in de algemene bevolking via kranten, internet, en via flyers in huisartspraktijken, ggz-

instellingen en onderwijsinstellingen. Degenen met een score tussen 25 en 45 werden uitgenodigd voor een online sessie in chatbox om suïcidaliteit uit te sluiten aan de hand van het MINI-Plus interview. Cursisten met suïcidale ideatie of - plan werden geëxcludeerd van de trial en doorverwezen naar hun huisarts. De metingen vonden plaats voorafgaande aan de randomisatie, na 12 weken en 12 weken daarna. De wachtlijstgroep kreeg 12 weken na de voormeting toegang tot de cursus. De primaire uitkomstmaat was het depressieniveau volgens de CES-D. Secundaire uitkomstmaten waren angstklachten en mastery. De analyses werden uitgevoerd volgens het 'intention-to-treat' principe met imputatie van missende waarden.

c) De Gripopjedip groep liet 12 weken na de voormeting een significante afname in symptomen van depressie zien in vergelijking met de controlegroep, met een grote tussen-groep effectgrootte van $d=0.94$. De Gripopjedip groep liet ook een grotere verbetering in angstklachten ($d = 0.49$) en mastery ($d = 0.44$) zien. Bij 56% van de Gripopjedip groep was sprake van een klinisch significante verbetering, en bij de controlegroep wat dit 20%. Dit verschil tussen de groepen was significant en resulteerde in een number-needed-to-treat waarde van 2.7. De verbeteringen in de Gripopjedip groep hielden aan tot 24 weken na de voormeting.

Therapietrouw: gemiddeld doorliep een deelnemer in de RCT 3.2 sessie. Voor de effectiviteit maakte het geen verschil of iemand minder dan 3, of meer dan 3 sessies doorliep. Er was geen correlatie tussen het aantal doorlopen sessie en de uitkomsten. Mogelijk haken deelnemers af als de cursus voor hen voldoende heeft opgeleverd. Deelnemers die niet meededen aan de interventie hadden lagere CES-scores (dus minder depressief) en hadden wat minder ervaring in het chatten dan respondenten die wel minimaal een sessie volgden.

De 'mechanisms of change' analyse liet zien dat herstelprocessen bij depressie op een circulaire manier verlopen. Er was een hoge comorbiditeit en sterke correlatie tussen depressie en angst. Verandering in angst en mastery medieerden verandering in depressie (mediatie proportie 44%). Verandering in depressie medieerde verandering in angst (79%) en mastery (75%).

In de taalanalyse werd gevonden dat verbetering in depressieklachten voorspeld kon worden door een toename van discrepantiewoorden (zoals 'zou', 'wens', 'hopen'). Therapietrouw kon voorspeld worden door het gebruik van meer woorden in het aanmeldformulier. Geconcludeerd werd dat toekomstig onderzoek naar online psychologische behandelingen taalanalyse zou moeten bevatten, omdat deze kan bijdragen aan inzicht in werkingsmechanismen van behandelingen.

Meta-analyse

a) Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., ... & Group, E. A. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 1-18.

b) Systematische review en meta-analyse van effectiviteitstudies naar online therapieën voor de behandeling van angst en depressie in kinderen en jongeren.

c) In totaal zijn 27 studies geïncludeerd. Allerlei vormen van online therapie zijn bekeken, zoals probleemoplossende therapie, cognitive bias modification) en online cognitieve gedragstherapie (cCBT). Bij cCbt ging het om verschillende soorten interventies, bijvoorbeeld door rechttoe rechtaan cognitieve gedragstherapie, maar dan via de computer, al dan niet begeleid. Maar ook waren er gaming-achtige benaderingen. Het ging bij de depressieinterventies om drie tot acht sessies, meestal van 30 tot 60 minuten. Voor jonge mensen in de leeftijd van 12 – 25 jaar met klachten of een diagnose van depressie bleek cCBT effectief te zijn in het verminderen van symptomen van

depressie (SMD -0.62, 95% CI -1.13 to -0.11, k=7, N=279). Dit is een 'medium' effect grootte. Voor de andere soorten therapie was beperkt bewijs.

De mate van begeleiding die werd gegeven door een therapeut, maakte geen verschil in effectiviteit voor depressie. De lange termijn impact van de interventies is nog niet goed onderzocht.

De onderzoekers concluderen dat met name cCBT voor jongeren van 12 tot 25 jaar veelbelovend is als preventieve interventie of als behandeling om symptomen van depressie (en ook angst) te verminderen. Voor andersoortige interventies en cCBT voor kinderen tot 11 jaar is de evidentie nog dun.

Gripopjedip is een cCBT interventie van zes sessie van anderhalf uur, met begeleiding door een therapeut.

Buitenlands onderzoek 'Coping with depression course'

a) Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.

Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Baerdsley, W., O'connor, E., & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1135.

b) Naar de 'Coping with depression course', de groepscursus waar Gripopjedip inhoudelijk op is gebaseerd, zijn twee gerandomiseerde trials gedaan om te kijken naar effectiviteit. In de eerste studie (Clarke et al., 1995) werden 150 adolescenten met milde depressieve klachten geworven op middelbare scholen en vervolgens willekeurig toegewezen aan de experimentele conditie (de cursus; n = 76) ofwel aan de controleconditie (care as usual; n = 74). Werving vond plaats door het afnemen van de CES-D als screening en met behulp van een diagnostisch interview, de Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) (Orvaschel & Puig-Antich, 1986), werd bepaald of de jongeren geschikt waren voor de cursus of dat de klachten te ernstig (dan werd doorverwezen naar niet-experimentele hulpverlening) of te mild waren.

Depressieve klachten en depressieve stoornissen zijn gemeten vlak voor de interventie, vlak na de interventie en bij 1 jaar follow-up.

De tweede studie (Clarke et al., 2001) had een vergelijkbare opzet als de eerste studie, alleen zijn de respondenten niet geworven via school, maar via een grote health maintenance organisatie (HMO) in de Verenigde Staten. Via ouders met een depressie werden adolescenten geworven met lichte tot matige depressieve klachten.

c) In de eerste studie lieten de jongeren uit de cursusgroep bij de nameting een significante afname van depressieve symptomen - gemeten met de CES-D - zien in vergelijking met de controlegroep ($F [1,113] = 3.91$; one-tailed, $p < .05$). Na 12 maanden was er echter geen significant verschil tussen de condities in depressieve symptomen. Bij de 12 maanden follow-up bleek wel dat minder jongeren uit de cursusgroep een depressieve stoornis hadden ontwikkeld, gemeten met de K-SADS, (14,5%) in vergelijking met de controleconditie (25,7%, $p < .05$).

In de tweede studie werden 94 adolescenten toegewezen aan de experimentele (cursus; n = 45) of de controleconditie (care as usual, n = 49). Na 24 maanden werd bekeken hoeveel adolescenten in beide condities een depressieve stoornis hadden gekregen. Dit bleken er in de experimentele conditie 9,3% te zijn tegenover 28,8% in de controleconditie ($p < .01$).

5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijk

- Gripopjedip is gebaseerd op evidence-based methodieken uit de cognitieve gedragstherapie waarin elementen zijn terug te vinden uit de plezierige activiteiten benadering (Lewinsohn & Libet, 1972), de cognitieve therapie (Beck et al., 1979), de probleemoplossende therapie (Nezu, 1987), de zelfcontroletherapie (Rehm, 1984) en sociale vaardigheidstraining (assertiviteit en omgaan met conflicten).
- Het op een actieve manier bezig zijn met het achterhalen en ombuigen van negatieve denkpatronen en het aanleren van reële en positieve manieren van denken via oefeningen in dagelijkse (sociale) situaties met behulp van de Gebeurtenis Gedachten Gevoel (GGG) schema's.
- Het leren inplannen van leuke activiteiten in het dagelijkse leven.
- Expliciete aandacht tijdens de laatste online groepsbijeenkomst voor het bespreken van manieren om niet (opnieuw) in een dip (of depressie) terecht te komen.

Praktisch

- De laagdrempeligheid van de interventie en de aansluiting bij de leefwereld van jongeren doordat Gripopjedip via internet wordt aangeboden.
- Sociale steun vanuit de cursusgroep en van de chatbegeleiders.
- Gestructureerde opbouw van de lessen.
- Oefening in de dagelijkse praktijk middels huiswerkopdrachten.
- Bespreken van deze oefeningen tijdens de online groepsbijeenkomsten.
- Sturen van reminders naar de cursisten voordat een bijeenkomst begint (verhoogt potentieel de therapietrouw).
- Huisregels die zorgen voor een goede sfeer en werkzaamheid van de cursus.
- Inhoudelijk bekwame cursusleider met goede didactische kwaliteiten en affiniteit met online interventies.

6. Aangehaalde literatuur

APA (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®)*. Amsterdam: Boom Psychologie & Psychiatrie.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley.

Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D [The measurement of symptoms of depression with the CES-D]*. Groningen, the Netherlands: University of Groningen, Northern Centre for Healthcare Research.

Bijl, R. V., Cuijpers, P., Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 372-379.

Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 192(11), S12.

Chu, B. C., & Harrison, T. L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 352-372.

Clarke, A. M., Kuosmanen, T., & Barry, M. M. (2015). A systematic review of online youth mental health promotion and prevention interventions. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 90-113.

Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.

Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Baerdsley, W., O'connor, E., & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1135.

Clarke, G. N., Lewinsohn, P.M., & Hops, H. (1990). *Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression Course*. Eugene, OR: Castalia Press.

Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 49, 76-87.

Cuijpers, P., & Smit, F. (2004). Sub threshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: A systematic review of prospective studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 325-331.

Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of youth and adolescence*, 28(3), 343-363.

Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS one*, 10(3).

Gerrits, R. S., van der Zanden, R. A., Visscher, R. F., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 6(3), 152-162.

Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk of psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychopathological Review*, 106, 458-490.

Jenkins, R., Newton, J., Young, R. eds. (1991). *The prevention of depression and anxiety: the role of the primary care team*. London: HMSO.

Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.

Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D., & Teri, L. (1984). Group therapy for depression: The coping with depression course. *International Journal of Mental Health*, 13(3-4), 8-33.

Looze M., de, van Dorsselaer S., de Roos S., Verdurmen J., Stevens G., Gommans R., van Bon-Martens M., ter Bogt T., Vollebergh W. (2014). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit van Utrecht.

Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & Bella Study Group. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 695-703.

Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.

Nicholas, J., Oliver, K., Lee, K., & O'Brien, M. (2004). Help-seeking and the internet: an investigation among Australian adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(1), www.auseinet.com/journal/vol3iss1/nicholas.pdf

Rehm, L. P. (1984). Self-management therapy for depression. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 6, 83-98.

Nuijen, J., Bon-Marten, M. V., Graaf, R. D., Have, M. T., Poel, A., Beurs, D. D., Nielen, M., Verhaak, P. & Voorrips, L. (2017). *Zicht op depressie: de aandoening, preventie en zorg. Themaportage van de Staat van Volksgezondheid en Zorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rasing, S., Creemers, D. H., Janssens, J. M., & Scholte, R. H. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1066.

Stevens, G., van Dorsselaer, S., Boer, M. de Roos, S., Duinhof, E., ter Bogt, T., van den Eijnden, R., Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., en de Looze, M. HBSC 2017. *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Oud, M. van der Zanden, R. Cronenberg, R., en Sinnema, H. (2016). *JGZ-richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E., & Mullan, J. (1981). Mastery scale. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, Inc.

Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., ... & Group, E. A. (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *67*, 1-18.

Poel, A. van der, Duivis, H. Laghaei, F. Lokkerbol, J., Smit, F. & Boon, B. (2014). *Strategische verkenning Depressiepreventie: gerichte aanpak voor risicogroepen pas bevallen moeders, jongeren, huisartspatiënten, chronisch zieken, mantelzorgers en werknemers*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rice, S. M., Goodall, J., Hetrick, S. E., Parker, A. G., Gilbertson, T., Amminger, G. P., ... & Alvarez-Jimenez, M. (2014). Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, *16*(9).

Riper, H., Smit, F., Zanden, R.A.P. van der, Conijn, B., & Kramer, J. (2007). *High Tech, High Touch, High Trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het Ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rooijen, K. v. & Ince, D. (2012). *Wat werkt bij angst- en stemmingsproblemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and adolescent mental health*, *8*(2), 84-96.

Spinhoven, P., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M. & Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine* **27**, 363-370.

Stein, M.B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 251-256.

Stikkelbroek, Y. & Cuijpers, P. (1998). De cursus 'omgaan met depressie'. Groepsbehandeling van adolescenten in cursusvorm. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut, CBO (2009). *Multidisciplinaire richtlijn depressie – Addendum depressie bij jeugd*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vliet van IM, Leroy H. et al (2000). *M.I.M.I. Plus. International neuropsychological interview*. Nederlandse versie 5.0.0. Utrecht: UMC.

Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 14-23.

Zanden, A.P. van der, Conijn, B., Visscher, R., & Gerrits, R. (2005). Grip op je dip online: een preventieve groepsinterventie voor jongeren via internet. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *60*, 515-526.

Zanden, van der, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3).

Zanden, van der, R., Kramer, J. J., & Cuijpers, P. (2011). Effectiveness of an online group course for adolescents and young adults with depressive symptoms: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *12*(1), 196.

Zanden, van der, R., Galindo-Garre, F., Curie, K., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2014a). Online cognitive-based intervention for depression: exploring possible circularity in mechanisms of change. *Psychological Medicine*, *44*(6), 1159-1170.

Zanden, van der, R., Curie, K., Van Londen, M., Kramer, J., Steen, G., & Cuijpers, P. (2014b). Web-based depression treatment: Associations of clients' word use with adherence and outcome. *Journal of Affective Disorders*, *160*, 10-13.

7. Praktijkvoorbeeld

In het kader van het winnen van de Univé Paludanus Prijs in 2009 is een filmpje verschenen waarin ook twee meisjes vertellen over hun ervaringen met Grippjedip: <https://www.youtube.com/watch?v=H2gvcQzhySs#action=share>

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

