

THERAPEUT ONMISBAAR BIJ 'BLENDED THERAPIE' TEGEN DEPRESSIE

JONGEREN OVER DE COMBINATIE VAN ONLINE- EN FACE-TO-FACEBEHANDELING

Voor depressieve jongeren bestaat een combinatie van online- en face-to-facecontact met de therapeut. Maar werkt deze 'blended vorm' wel bij jongeren met ernstige depressie? Hoe gebruiken en beoordelen jongeren deze combinatie eigenlijk? Over welk deel zijn ze het meest tevreden? Een ding staat vast: de therapeut is een belangrijke schakel.

ROY DE VOS, NOOR TROMP, DENISE BODDEN EN YVONNE STIKKELBROEK

De verwachtingen van e-health zijn ook in de kinder- en jeugdpsychiatrie hoog gespannen. E-health zou leiden tot snellere response, grotere effectiviteit, beter bereik van jongeren en kostenbesparing. Toch blijkt uit onderzoek dat bij digitale zelfhulpprogramma's altijd veel deelnemers afhaken (Carlbring, e.a., 2006). Een 'blended behandeling' lijkt dan ook beter op zijn plaats. Hierbij worden digitale contacten gecombineerd met face-to-facecontacten.

BLENDED THERAPIE BIEDT ZEKER VOORDELEN, MAAR KENT OOK ALTIJD VEEL AFHAKERS

Uit een pilot-studie naar de effecten van zo'n 'blended behandeling' voor verschillende angst- en depressieve stoornissen bij volwassenen bleek dat er op zijn minst een vergelijkbare daling van het klachtenniveau was wanneer de blended variant werd vergeleken met een face-to-facebehandeling (Richters & Gerrits, 2013). Er is echter nog nauwelijks onderzoek gedaan

naar de toepasbaarheid van blended behandelingen bij kinderen en jongeren, zeker niet binnen de curatieve zorg. Want werkt het online gedeelte wel voor jongeren met een ernstige depressie, die vaak moeilijk te activeren zijn? Of is het juist gunstig dat zij zelf kunnen bepalen waar en wanneer ze inloggen? En hoe tevreden zijn jongeren met een therapie waarin online- en face-to-facecontacten worden gecombineerd?

DOEPRESSIECURSUS

De hoge verwachtingen over e-health in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn gebaseerd op positieve resultaten van onderzoek bij volwassenen (Ruwaard, 2013). Uit dat onderzoek blijkt dat onlinebehandeling, met name cognitieve gedragstherapie, effectief kan zijn voor de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen bij volwassenen (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers e.a., 2009).

Twee systematische reviews concluderen dat er aanwijzingen zijn dat online CGT-programma's effectieve interventies zijn voor kinderen en adolescenten met angst en depressie (Calear & Christensen, 2010; Richardson e.a., 2010). Een recente meta-analyse, waarin de uitkomsten van verschillende onderzoeken met elkaar vergeleken worden, laat zien dat onlineprogramma's effectief zijn in het reduceren van depressieve symptomen bij jeugdigen (Ebert e.a., 2016). De



Box 1: Beschrijving hoofdstukken Doepressie blended

Het programma bevat acht hoofdstukken. De hoofdstukken zijn verdeeld over vier treden: start, doen, denken en toekomst. Elk hoofdstuk bevat psycho-educatie en oefeningen die variëren in moeilijkheidsgraad. In het programma wordt veelvuldig gebruikgemaakt van werkbladen, keuzelijsten en voorbeelden zodat de drempel om met de materie aan de slag te gaan verlaagd wordt.

Hoofdstuk 1: Depressie? Hoe kom ik ervan af? (Psycho-educatie)

Tijdens de eerste sessie wordt psycho-educatie gegeven en de rationale van de behandeling besproken.

Hoofdstuk 2: Meten is weten (Stemmingsregistratie en activering)

Dit hoofdstuk start met het leren observeren en registreren van de eigen stemming. Verder is het doel dat de cliënt actiever gaat worden. De cliënt kiest uit een lijst met meer dan driehonderd activiteiten, in totaal twintig activiteiten die een goed gevoel zouden kunnen geven of vroeger een goed gevoel gegeven hebben, zodat de jongere hiermee weer aan de slag kan gaan.

Hoofdstuk 3: Hoe ga ik met anderen om? (Sociale vaardigheden)

Sociale contacten verminderen vaak snel onder invloed van een depressie. De sociale vaardigheidsoefeningen binnen het programma zijn in het begin eenvoudig, zodat de cliënt succeservaringen op kan doen en er veel mogelijkheden zijn voor positieve feedback door de therapeut.

Hoofdstuk 4: Relax (Ontspanningsvaardigheden)

Depressieve symptomen lijken onder aanhoudende spanning sterker te worden. In het programma kan de cliënt door middel van eenvoudige oefeningen geheel zelfstandig zijn/haar signalen van spanning inventariseren en verminderen.

Hoofdstuk 5: Denk je goed! (Cognitieve herstructurering)

Eerst start de cliënt met het herkennen van zijn automatische gedachten en daarna het veranderen van zijn automatische gedachten. Voordat er gewerkt wordt aan cognitieve herstructurering krijgt de cliënt eerst informatie over denkfouten en wordt ermee geoefend.

Hoofdstuk 6: Pak je problemen aan. (Probleemoplossende vaardigheden)

Als het gelukt is om het 'doen' te beïnvloeden en het 'denken' iets te veranderen, verbetert de stemming meestal. Dan is de tijd rijp om relaties te verdiepen door actief luisteren en assertiviteit aan de orde te stellen. In het blended programma kan de cliënt oefeningen en opdrachten doen en dit wordt besproken met de therapeut.

Hoofdstuk 7: Wat wil je bereiken? (Toekomstperspectief)

Als laatste wordt er een levensplan gemaakt op verschillende gebieden, met korte- en langetermijndoelen. Mogelijke obstakels worden geïnventariseerd. Vervolgens wordt nagegaan welke vaardigheden die in het programma aanbod gekomen zijn, kunnen helpen bij het overwinnen van de obstakels.

Hoofdstuk 8: Depressie de deur uit. (Terugvalpreventie)

Terugvalpreventie komt uitgebreid aan de orde in dit onderdeel. Er vindt inventarisatie plaats van uitlokkende gebeurtenissen. De cliënt zet voor zichzelf op een rij welke technieken en vaardigheden goed gewerkt hebben ter verbetering van de stemming. De cliënt maakt een plan voor zijn toekomst.

onderzochte jeugdigen hadden merendeels lichte tot matige depressieve klachten, werden veelal geworven in de algemene populatie en ontvingen vaak een preventieve interventie.

Een van de in Nederland beschikbare behandelprogramma's is de 'Doepressie cursus' (Stikkelbroek, Bouman & Cuijpers, 2005). Dit cognitief gedragstherapeutische programma bestaat enkel uit persoonlijke contacten en gaat uit van de sociaal-lerentheorie over het ontstaan van depressies (Lewinsohn e.a., 1979). CGT wordt in een overzichtsstudie van David-Ferdon en Kaslow (2008) als waarschijnlijk effectief geclasificeerd. Uit recent onderzoek naar de effectiviteit van de face-to-facebehandeling van de Doepressie cursus (Stikkelbroek, 2016) komt naar voren dat deze leidt tot een significante reductie van affectieve diagnoses en zelfgerapporteerde depressieve symptomen in een steekproef van adolescenten binnen de ggz. Wegens de goede resultaten van de Doepressie cursus is een gedeeltelijk gedigitaliseerde versie ontwikkeld die via een beveiligd onlinebehandelportaal wordt aangeboden. Het behandelportaal van het onderzochte programma werd ontwikkeld door Stikkelbroek & Van Dijk (2013) en JouwOmgeving in samenwerking met zeven kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. In box 1 wordt de inhoud van de verschillende hoofdstukken besproken.

ZELF MEER REGIE VOEREN

In vergelijking met de oorspronkelijke Doepressie cursus is bij de blended variant minder face-to-face contact. Via de onlineomgeving kan de therapeut zien hoe de jongere vordert in het programma en feedback geven. De jongere kan zelf het tempo van de behandeling bepalen, het tijdstip waarop hij inlogt, opdrachten maakt en om onlinefeedback vraagt. De jongere krijgt op deze manier zelf meer regie over zijn behandeling (Riper, Smit, Van der Zanden, Conijn, Kramer & Mutsaers, 2007).

JONGEREN WAARDEREN DE SNELLE ONLINE REACTIE VAN DE THERAPEUT

Dit vraagt van jongeren die ernstig depressief zijn dus een actievere houding. Ze moeten zelf meer initiatief tonen en die regie daadwerkelijk nemen. Het is bekend dat jongeren met een depressie moeilijk te motiveren zijn voor activatie (De Wit, 2000). Stikkelbroek en Prinzie (2008) stellen dat wanneer symptomen als lusteloosheid en hopeloosheid ernstiger zijn, dit het volgen van de behandeling in belangrijke mate belemmert. Ook de aanwezigheid van comorbiditeit, de ernst van de symptomen en de motivatie voor de behandeling kunnen de behandeling van een depressie belemmeren (Kennard e.a., 2005). De verwachting is dat bij jongeren in de curatieve zorg juist sprake is van comorbiditeit, ernstiger symptomen en minder

motivatie voor behandeling. Dan is optimale therapietrouw van extra groot belang, omdat het succes van de behandeling hier mede van afhangt (Stikkelbroek & Prinzie, 2008).

In ons onderzoek bekeken wij in de eerste plaats wat de kenmerken zijn van jongeren voor wie in een poliklinische setting een blinded behandeling wordt geïndiceerd. Daarnaast onderzochten we of de ernst van de depressie van de jongere samenhangt met de mate waarin de jongere gebruikmaakt van het onlinegedeelte van het programma. Ook bekeken we welke programmaonderdelen positief werden gewaardeerd door jongeren en welke zij van plan waren in de toekomst te gaan gebruiken. Tot slot gingen we na wat jongeren vonden van werken met het blinded programma. De verwachting was dat de ernst van de depressie van de jongere samenhangt met het gebruik van het programma: hoe ernstiger de depressie, hoe minder actief de jongere het programma waarschijnlijk zou gebruiken. De overige onderzoeksvragen waren exploratief van aard. Het huidige onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek naar de effectiviteit van Doepressie blinded dat in juni 2017 begint.

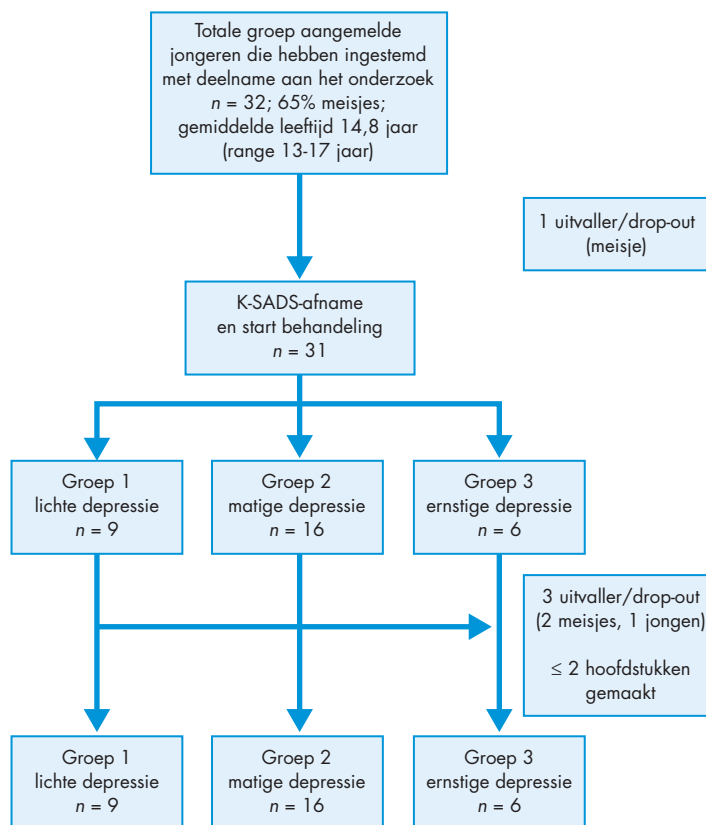
METHODE

De onderzoekspopulatie bestond uit 32 jongeren die tussen januari 2014 tot juli 2015 met depressieve klachten werden aangemeld voor een poliklinische behandeling op verschillende locaties van een specialistische jeugd-ggz-instelling, Triversum. De inclusiecriteria waren dat sprake moest zijn van een geclassificeerde depressie bij jongeren tussen de twaalf en achttien jaar oud met een onderwijsniveau van minimaal vmbo-basis. Eventuele comorbiditeit was geen contra-indicatie voor het onderzoek. De depressie moest wel op de voorgrond staan (eerstgenoemde classificatie op As I van de DSM-IV). Indien sprake was van een crisis tijdens de intake, werd de jongere uitgesloten van deelname aan de blinded behandeling.

Iedere nieuw aangemelde jongere kreeg een intakegesprek en aanvullend psychologisch/psychiatrisch onderzoek. In het multidisciplinaire overleg werd de DSM-IV-classificatie (APA, 2010) vastgesteld en werd besproken welke jongeren voldeden aan de inclusiecriteria voor Doepressie blinded. Bij jongeren en hun ouders werd, nadat zij geïnformeerd waren en toestemming hadden gegeven voor deelname aan onderzoek, een semigestructureerd interview afgenomen door onderzoeksassistentes die hiervoor specifiek waren getraind (K-SADS; Kaufman, Birmaher & Brent, 2001). Op basis van deze uitkomst werden de jongeren verdeeld over drie ernstgroepen, namelijk een lichte, matige of ernstige depressie conform de DSM IV (APA, 2010). Bij vijf jongeren was sprake van een dysthyme stoornis. Zij werden op basis van het aantal symptomen ingedeeld in de groep lichte depressie.

De jongeren kregen na de afname van de K-SADS inloggegevens voor de beveiligde webomgeving van Doepressie blinded. Er was een minimum van vijf face-to-facegesprekken gekoppeld aan de start van bepaalde hoofdstukken. Op initiatief van de jongere of de

Figuur 1. Doorstroom van deelnemers en drop-out.



behandelaar konden aanvullende gesprekken worden gepland. De behandelaar en de jongere maakten afspraken met elkaar welke onderdelen het beste konden worden gemaakt. Elke drie maanden werd in het multidisciplinair overleg de voortgang besproken.

Gedurende de behandeling registreerden de behandelaren hoeveel face-to-facegesprekken plaatsvonden, of er wijzigingen waren in behandelbeleid en of het blinded programma werd afgerond dan wel voortijdig werd afgebroken. Na afloop van de behandeling of bij voortijdig afbreken werd de *Feasibility vragenlijst Doepressie blinded* aan de jongeren voorgelegd.

Van de 32 deelnemers viel één jongere uit voordat de behandeling begon, en nog eens drie vielen uit tijdens de behandeling vanwege motivatie- en gedragsproblemen. Van de overige 28 jongeren hebben vier jongeren de evaluatie van de programmaonderdelen niet ingevuld ($n = 24$). Van de uitvallers heeft één jongere ook de Feasibility vragenlijst Doepressie blinded ingevuld ($n = 29$). De negentien betrokken behandelaren volgden een basistraining in het werken met e-health. Figuur 1 toont de doorstroom van deelnemers en drop-out.

MEETINSTRUMENTEN

Voor het onderzoek werd gebruikgemaakt van de K-SADS, *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children* (K-SADS; Kaufman e.a. 1997, Nederlandse vertaling Reichart e.a., 2001). Dit is een semigestructureerd interview voor zes- tot achttienjarigen waaruit DSM-IV-classificaties kunnen worden afgeleid. De betrouwbaarheid is acceptabel en er is evidentie voor de validiteit (Kaufman e.a., 1997).



Speciaal voor het onderzoek naar de blended variant van Doepressie ontwikkelde de Universiteit Utrecht de *Feasibility vragenlijst Doepressie blended* (Stikkelbroek & Bodden, n.d.). Het doel van deze lijst was in kaart te brengen hoe bruikbaar de jongeren de behandeling vonden en hoe tevreden ze erover waren. De vragenlijst bevat zeven schalen. De schalen bevatten vragen over verwachtingen (twee vragen), de inhoud van het programma (twaalf), de therapeut (vier), de gebruiksvriendelijkheid (vijf), de persoonlijke contacten met de therapeut (vier), de betrokkenheid van ouders (twee) en hoe de cliënt het programma heeft ervaren (zeven).

Uit de softwaredatabase van Jouw Omgeving werden gegevens geëxporteerd over het programmeergebruik. Tevens werd de evaluatie van de jongere meegenomen over welke technieken en vaardigheden goed gewerkt hadden om de stemming te verbeteren. Op verschillende aspecten gaven de jongeren aan of zij er iets aan hadden gehad ('niets' (1) tot 'veel' (5)) en of zij ermee door bleven gaan ('niet' (1) tot 'zeker' (5)). Het ging hierbij om concentratietechnieken, vermeerderen van plezierige activiteiten, veranderen van negatief denken, sociale vaardigheden en het verbeteren van relaties, opkomen voor jezelf, goed luisteren en zelfexpressie, problemen oplossen en levensdoelen stellen.

Om de verschillen in programmeergebruik tussen de ernstgroepen (licht, matig en ernstig) te onderzoeken, is gebruikgemaakt van drie ANOVA's. De afhankelijke variabele 'programmeergebruik' is op drie manie-

ren geoperationaliseerd: gemiddeld aantal gebruikte tekens per bericht van de jongere, het gemiddeld aantal keer (per vier weken) dat de stemmingsmeter is ingevuld, en het aantal pagina's dat is geopend (totaal van 210 pagina's). Vijftien jongeren (vier licht depressief, negen matig depressief en twee ernstig depressief) hebben nooit berichten gestuurd. Het gemiddeld aantal tekens is voor hen op 0 gezet. Een jongere (ernstig depressief) heeft een dermate hoge score op aantal tekens dat hij kwalificeert als uitbijter ($z > 3,29$) en uitgesloten werd van de analyse met deze variabele.

Vervolgens is door middel van beschrijvende statistiek gekeken naar de kenmerken van de jongeren. Beschrijvende statistiek werd ook gebruikt om de evaluatie door de jongeren van de technieken en vaardigheden die volgens hen bijgedragen hebben aan de vermindering van depressieve symptomen te beschrijven. Daarnaast is door middel van beschrijvende statistiek gekeken hoe jongeren het werken met Doepressie blended hebben beleefd.

LEUKE DINGEN DOEN EN RELATIES VERBETEREN

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de kenmerken van de deelnemers tabel 1.

Tussen de verschillende ernstgroepen zaten geen significante verschillen. Er is dus geen verschil tussen licht, matig en ernstig depressieve jongeren met betrekking tot geslacht, leeftijd, onderwijsniveau, comorbiditeit, behandelduur en aantal face-to-facecontacten.

Ten aanzien van de tweede onderzoeksvraag zaten

Tabel 1. Kenmerken onderzoekspopulatie

	licht	matig	ernstig	totaal
n	9	13	6	28
geslacht (% meisjes)	44	69	83	64
leeftijd (jaren)	14,9	14,8	14,8	14,9
onderwijsniveau (%)				
vmbo	56	38	50	46
havo	11	38	33	29
vwo	22	23	17	21
mbo	11	0	0	4
comorbiditeit (% ja)	33	38	33	36
totale behandelduur (gem. aantal weken)	24	30	34	29
totale aantal face-to-faceafspraken (gem.)	11	11	15	12

tussen de ernstgroepen geen significante verschillen in het gemiddelde aantal tekens dat gebruikt werd voor een bericht ($p = 0,60$), het gemiddeld aantal keer (per vier weken) dat de stemmingsmeter werd ingevuld ($p = 0,65$) of het aantal geopende pagina's ($p = 0,93$).

Ten aanzien van de derde onderzoeksvraag blijkt dat de jongeren aangeven het meest gehad te hebben aan de programmaonderdelen 'vermeerderen van plezierige activiteiten', 'opkomen voor jezelf', 'veranderen van negatief denken' en 'goed luisteren en zelfexpressie'. De jongeren geven aan het minst gehad te hebben aan het programmaonderdeel 'concentratietechnieken'. De jongeren zijn het meest van plan om door te gaan met de technieken 'opkomen voor jezelf', 'vermeerderen van plezierige activiteiten', 'sociale vaardigheden', 'het verbeteren van relaties' en 'goed luisteren en zelfexpressie'. De jongeren zijn het minst van plan om door te gaan met de 'concentratietechnieken'.

Ten aanzien van de vierde onderzoeksvraag hebben de jongeren ($n = 29$) aangegeven hoe zij het werken met Doepressie blended hebben beleefd. De inhoud van het programma is voor 76% van de jongeren

VERRASSEND: ERNSTIG DEPRESSIEVE JONGEREN LOGGEN NIET MINDER VAAK IN

aantrekkelijk. Verder vindt 69% het programma goed functioneren. Het merendeel van de jongeren vindt het programma gemakkelijk leesbaar (86%). Datzelfde geldt ook voor de duidelijkheid van de instructie. Wel vindt 51% van de jongeren dat er te veel informatie wordt gegeven. Verder vindt 66% dat er te veel opdrachten zijn. De opdrachten hebben wel een duidelijk doel, vindt 86% van de jongeren.

Bijna alle jongeren (96%) vinden dat de therapeuten snel reageerden en zinvolle onlinereacties gaven. Ook de gebruiksvriendelijkheid werd door de jongeren beoordeeld. 86% vindt het fijn om zelf een tijdstip te

bepalen om aan het programma te werken. Ook het bepalen van de locatie waar kan worden gewerkt, vindt het grootste gedeelte van de jongeren (90%) prettig. Verder kan 45% van de jongeren zich ertoe zetten om te werken aan het programma. De werkwijze wordt door 62% positief beoordeeld.

Dat er ook face-to-facecontacten met de therapeut zijn, beoordeelt 94% van de jongeren als fijn. Wel vindt 65% van de jongeren het vervelend om naar de instelling te gaan. Ook geeft 59% aan door de gesprekken meer gemotiveerd te zijn om online te werken.

Gevraagd naar de wijze waarop de jongeren het programma hebben ervaren, geeft het merendeel (76%) aan dat zij de informatie van het programma kunnen gebruiken en 51% gebruikt tips uit het programma. Een minderheid (31%) vindt het programma aangepast op henzelf en 51% geeft aan nieuwe dingen te hebben geleerd. Toch zou meer dan de helft van de jongeren (59%) het programma niet aan vrienden aanraden. Jongeren geven in 48% aan liever alleen gesprekken te hebben.

De verbetering van de depressieve klachten werd vooral toegeschreven aan de face-to-facecontacten (54%) of de combinatie van de face-to-face- en onlinecontacten (32%). Geen enkele jongere gaf aan dat enkel het onlineprogramma tot verbetering van de klachten leidde. Op de antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' gaf 14% van de jongeren aan dat hun depressieve klachten niet zijn verminderd.

OOK BIJ ERNSTIGE DEPRESSIE

De jongeren die deelnamen aan het programma waren overwegend meisjes. Dat is in overeenstemming met de prevalentiecijfers voor stemmingsstoornissen, die hoger zijn voor meisjes dan voor jongens. Relatief gezien deden meer jongeren uit het vmbo mee aan het onderzoek dan uit andere onderwijsniveaus. Bij ruim een derde van de jongeren was sprake van comorbiditeit. De behandelduur liep op, afhankelijk van de ernst van de depressie. In de ernstige-depressiegroep vonden meer face-to-facecontacten plaats dan in de matige- en lichte-depressiegroep. Deze verschillen tussen ernstgroepen in behandelduur en aantal face-to-facecontacten waren echter niet significant. Mogelijk was het

aantal onderzochte jongeren daarvoor te klein. De deelnemende jongeren lijken representatief voor de jongeren die hulp zoeken voor een depressieve stoornis binnen de gespecialiseerde ggz wat betreft ernst van de depressie en mate van comorbiditeit.

De ernst van de depressie van de jongere blijkt dus niet samen te hangen met de mate waarin deze gebruikmaakt van het onlinegedeelte van het programma. Jongeren met een ernstige depressie maken evenveel gebruik van het onlinegedeelte als matig en licht depressieven. De veronderstelling dat jongeren die ernstig depressief zijn moeite zouden kunnen hebben met regie nemen en actief een onlineprogramma gebruiken, blijkt niet te kloppen. Het lijkt dus dat de ernst van de depressie op zich geen contra-indicatie is voor het inzetten van Doepressie blended.

Ook komt naar voren dat de jongeren het minst van plan zijn om door te gaan met het programmaonderdeel 'concentratietechnieken'. Blijkbaar ervaren de jongeren deze techniek als het minst helpend bij hun klachten. De onderdelen die als meest helpend worden ervaren, betreffen het onderdeel 'interpersoonlijke vaardigheden'. Hierbij horen opkomen voor jezelf, sociale vaardigheden, verbeteren van relaties, en goed luisteren en zelfexpressie. Het opheffen of uitzetten van het internaliserende mechanisme (naar binnen keren door onder andere terugtrekken uit contact), wat de somberheid veelal in stand houdt, geeft de jongeren mogelijk ruimte om weer anders te voelen, denken en beleven. Dat het daarbij mede van belang is om actiever te zijn, geven de jongeren ook aan. Zij zijn van plan om door te gaan met het vermeerderen van plezierige activiteiten.

ALTIJD ONLINE EN SNEL EEN REACTIE

Dit is het eerste onderzoek waarin een complexe groep jongeren die hulp zoekt binnen gespecialiseerde ggz systematisch is bevraagd naar de beleving van een blended behandeling. Uit de laatste onderzoeksvraag komt naar voren dat jongeren het prettig vinden dat zij zelf het tijdstip en de locatie kunnen bepalen om aan het programma te werken. Een groot gedeelte van de jongeren vindt het niet fijn om naar de instelling te gaan. E-health sluit wat dat betreft mooi aan bij wat jongeren prettig vinden. Daarnaast verklaart dit mogelijk ook waarom er geen verschil in gebruik tussen de ernstgroepen wordt gevonden. Een computer is altijd in de buurt en het medium sluit goed aan bij de doelgroep. Wel vindt ongeveer de helft van de jongeren het lastig om aan de slag te gaan met het programma. Mogelijk is de rol van de therapeut hierbij van belang. De jongeren geven namelijk aan de onlinereacties van de therapeut zinvol te vinden. Deze vorm van feedback volgt directer op de vraag/opdracht van de jongere dan een face-to-facecontact bijvoorbeeld later in de week. Dat zou motiverend kunnen werken. Bekend is dat ondersteuning van de behandelaar een positief effect heeft op zowel de therapietrouw als het effect van de onlinebehandeling (Ruwaard, 2013). Hierin zit de kracht van blended behandelingen.

De jongeren vinden het programma op zich aantrek-

kelijk, maar onvoldoende op maat gesneden. Mogelijk hangt het onvoldoende gepersonaliseerd maken van de behandeling ook samen met de uitval van ongeveer 10%. Het kan ook zijn dat de indicatie e-health niet passend was voor sommige jongeren, want ongeveer de helft van hen had liever alleen gesprekken gehad.

VAN MENS TOT MENS

De helft van de jongeren vindt dat hun depressieve klachten vooral zijn verminderd door de face-to-facecontacten. Een derde van de jongeren schrijft de vermindering toe aan de combinatie van face-to-face- en onlinecontacten. De vraag is nu in welk licht we deze uitkomsten kunnen begrijpen.

We weten dat de kwaliteit van de therapeutische relatie belangrijk is bij de behandeling van psychische klachten. De symptomen van een depressie kunnen het leggen van contact en daarmee de therapeutische relatie ernstig belemmeren. Uit onderzoek naar de the-

E-HEALTH SLUIT MOOI AAN BIJ WAT JONGEREN ZELF PRETTIG VINDEN

rapetische relatie blijkt vaak dat deze een consistent en betrouwbaar positief effect heeft op de behandeluitkomst. Het aantal adolescenten dat voortijdig een therapie afbreekt, blijkt onder andere samen te hangen met de mate waarin de adolescent het idee heeft dat de therapeut investeert in de relatie (Stikkelbroek & Prinzie, 2008).

Mogelijk komt deze therapeutische relatie beter tot stand binnen de fysieke gesprekskamer en met een bepaald minimum aantal face-to-facesessies. Zo kan tegemoet worden gekomen aan de behoefte van de jongeren om een behandeling op maat te krijgen en aan de behoefte aan menselijk contact. Het letterlijk gezien en erkend worden in het psychisch lijden is van grote waarde voor alle cliënten, maar misschien nog wel meer voor depressieve jongeren die vaak afgesneden zijn van bijvoorbeeld hun gezin en hun leeftijdgenoten. Een therapeut en een goede therapeutische relatie zijn dus nodig! Wat verder van belang is, is dat de behandelaar voldoende ruimte dient in te bouwen voor maatwerk om tegemoet te komen aan de behoefte van de jongere.

Gezien de relatief kleine steekproef kunnen de bevindingen van het onderzoek niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar depressieve jongeren in het algemeen. Daarnaast zijn in de onderzoekspopulatie waarschijnlijk grote individuele verschillen, omdat de jongeren in ongeveer 30% van de gevallen ook comorbide problemen hadden. Hoewel het juist de bedoeling was om een meer praktijkgericht onderzoek te doen, kleven hier ook methodologische beperkingen aan.

De uitkomsten van het huidige onderzoek weerspiegelen in zekere zin ook de fase van imple-

mentatie van e-health, op zowel organisatie-, medewerkers- als programmaniveau. Het blended werken is nog onvoldoende efficiënt geïmplementeerd. Op elk aspect is er continu ontwikkeling en worden aanpassingen gedaan, waardoor jongeren in de beginfase mogelijk een ander aanbod hebben gekregen dan de jongeren later in het onderzoek. Daarnaast worden behandelaars vrijgelaten in het aanbieden van face-to-facecontacten. Het is niet duidelijk of behandelaars het programma op maat hebben gemaakt voor de jongeren, dan wel zelf nog onvoldoende vertrouwd zijn geweest met het blended werken. In dat geval hebben zij eigenlijk een reguliere CGT-behandeling gedaan met daarbij onlinecontacten.

JONGERENPANEL

Eerder is aangegeven dat het huidige onderzoek deel uitmaakt van een grote studie naar de effectiviteit van Doepressie blended. Het is van groot belang dat onderzoek naar de effectiviteit gaat plaatsvinden. E-health wordt steeds meer ingezet, terwijl onduidelijk is of deze behandelvorm effectief is voor jongeren binnen de curatieve ggz. Op welk moment kan er binnen een behandeltraject een module e-health

worden geïndiceerd en wanneer niet? Hoeveel face-to-facesessies zijn er nodig? Kortom, belangrijke vragen waarbij meer duidelijkheid verkregen kan worden hoe Doepressie blended ingezet kan worden binnen de curatieve zorg.

Jongeren geven tot slot zelf aan dat het huidige programma onvoldoende aan hen is aangepast. Het zou goed zijn meer aandacht te geven aan het aspect van cliëntenbeleving en tevredenheid en dit mee te nemen bij de verdere ontwikkeling van programma's, bijvoorbeeld door met een jongerenpanel te werken. Het is verder belangrijk om de boodschap van de jongeren serieus te nemen, dat de face-to-facecontacten een belangrijke rol hebben gespeeld bij de verbetering van hun klachten, helemaal gezien de grote bezuinigingen binnen de ggz. Om deze complexe doelgroep goed te kunnen behandelen, is maatwerk nodig, waarbij de behandeling gepersonaliseerd wordt (Stikkelbroek, 2016). De therapeut is en blijft hierbij een onmisbare schakel.

Met dank aan de jongeren, hun ouders, de medewerkers van Triversum en specifiek de onderzoeksassistenten: Vera van den Hof, Maartje Marijnissen en Marieke van den Heuvel.

LITERATUUR

- > Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205.
- > American Psychiatric Association. (2010). *Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- > Calear, A.L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 192 (11), S12-S14.
- > Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B.E., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of Internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2119-2125.
- > Cuijpers, P., Marks, I.M., Straten, A. van, Ca-vanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 66-82.
- > Ebert, D. D., Zarski, A., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., Riper, H. (2015). Computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE* 10(3): e0119895.
- > Ferdon, C.D., & Kaslow, N.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 62-104.
- > Kaufman, J., Birmaher, B., & Brent, D. (1997). Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

- > Kennard, B. D., Ginsburg, G.S., Feeny, N. C., Sweeny, M., & Zagurski, R. (2005). Implementation challenges to TADS cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12 (2), 230-239.
- > Lewinsohn, P.M., Youngren, M.A., & Grosscup, S.J. (1979). Reinforcement and depression. In R. A. Dupue (Ed.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-316). New York: Academic Press.
- > Reichart, C.G., Wals, M., & Hillegers, M. (2001). *Nederlandse vertaling en bewerking van de KSADS*. Rotterdam: AZR-Sophia/Altrecht, interne publicatie.
- > Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13 (3), 275-290.
- > Richters, J., & Gerrits, R.S. (2013). Een pilot-studie naar de potentiële effecten van online behandeling voor verschillende angststoornissen en depressie. *Gedragstherapie*, 46, 161-178.
- > Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health. High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- > Ruwaard, J. (2013). *E-mental health in de jeugd ggz, baat het of schaadt het?* Amsterdam: Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, digitale uitgave.
- > Stikkelbroek, Y., Bouman, H. & Cuijpers, P. (2005). *De D(o)epressiecurcus*. Dordrecht: De Hoop.
- > Stikkelbroek, Y., & Van Dijk, J. (2013). *D(o)epressie Blended*. Utrecht: Expertisenetwerk Kinder- en Jeugdpsychiatrie / Jouw Omgeving.
- > Stikkelbroek, Y. (2016). Turning depression inside out. (promotieonderzoek).
- > Stikkelbroek, Y., & Prinzie, P. (2008). Complicaties bij behandeling van depressieve adolescenten met cognitieve gedragstherapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 7 (2), 52-60.