



Interventie

PratenOnline

Erkenning

Erkend door Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 21-04-2017

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hendrik Beelen (Juni 2016).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'PratenOnline'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak	10
2. Uitvoering	16
3. Onderbouwing	20
4. Onderzoek	26
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	26
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	26
5. Samenvatting Werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28

Korte samenvatting van de interventie

PratenOnline biedt professionele, anonieme hulpverlening (volgens de laatste wetenschappelijke inzichten) aan Nederlandstalige jongeren met angst- en depressieve klachten, in de leeftijd van 12 tot circa 23 jaar. De hulp wordt geboden via een website (www.pratenonline.nl) waar jongeren terecht kunnen voor online hulpverlening, in een één-op-één chat-situatie, door professionele hulpverleners. PratenOnline wil hiermee jongeren in een vroeg stadium bereiken, op een wijze die bij hun leefwereld past. De hulpverlening wordt uitgevoerd op basis van de principes van de oplossingsgerichte therapie (OT). De hulpverleners zijn allen geschoold in OT en BIG-geregistreerd.

PratenOnline is een multicomponent online aanbod. De hoofdinterventie is de anonieme, online chat tussen een individuele jongere en hulpverlener. Daarnaast kunnen jongeren op de site terecht voor (psycho-)educatie en peer to peer support. De chatinterventie wordt beoordeeld door de commissie voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies. De psycho-educatie en peer to peer support vallen buiten deze beoordeling.

Doelgroep

De chattherapie van PratenOnline is bedoeld voor Nederlandstalige jongeren tussen de 12 en 23 jaar met angst- en/of depressieve klachten (die (nog) niet de stap zetten naar face to face hulp). Zij scoren 8 of hoger op de HADS screening (Zigmond en Snaithe, 1983; Bjelland et al., 2002).

Doel

PratenOnline streeft ernaar om in een vroeg stadium angst- en depressieve klachten van jongeren te laten afnemen zodat erger wordt voorkomen en de kans op herstel groter is. Subdoelen zijn gericht op het voeren van eigen regie op het herstelproces en het inzetten van hulpbronnen en -middelen en vaardigheden.

Aanpak

Jongeren voeren via de beveiligde website één of meer chatsessies (maximaal 4) met één hulpverlener. Deze hulpverlener stimuleert en begeleidt de jongere bij het zelf zoeken naar (deel)oplossingen waardoor angstige en/of depressieve gevoelens afnemen. De behandelmodule is gebaseerd op de oplossingsgerichte therapie.

Materiaal

Er is een kwaliteitshandboek beschikbaar voor de hulpverleners van PratenOnline. De richtlijnen, opgenomen in het kwaliteitshandboek, zijn onder andere in het Nederlands beschreven door Bannink (2006), Cladder (2000),

Isebaert (2007) en Le Fevere de Ten Hove (2000). Hiernaast is er een klachtenreglement voor cliënten beschikbaar.

Onderbouwing

Depressieve - en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen onder jongeren (Anderson et al., 1987; Cohen et al., 1993). Er is sprake van onderbehandeling onder jongeren met angst - en depressieve klachten (Wittchen et al., 1999; Wu et al., 2001). Jonge mensen zoeken niet gemakkelijk hulp bij psychische problemen. PratenOnline biedt gratis anonieme en laagdrempelige chat-hulp aan welke goed bij de leefwereld van jongeren aansluit. Op deze manier wordt de stap om hulp te zoeken verkleind en vindt preventie en behandeling (en eventueel een doorverwijzing naar specialistische hulp) zo vroeg mogelijk plaats. De oplossingsgerichte therapie maakt het mogelijk om direct bij aanvang van het contact de behandeling te starten en te focussen op het behalen van de therapiedoelen terwijl de jongere eigen regie voert over het herstelproces. Tijdens de chattherapie schenkt de hulpverlener aandacht aan de hulpbronnen en -middelen en vaardigheden waar de jongere over beschikt.

Onderzoek

Uit monitorgegevens blijkt dat jongeren tevreden zijn over de chatsessies. Zij gaven de afgelopen 8 jaar (2007-2014) gemiddeld een waardering van 8,2, gemeten volgens de Session Rating Scale (Duncan & Miller, 2004).

Kramer en collega's (2014) concluderen dat de oplossingsgerichte chatinterventie van PratenOnline effectief blijkt voor afname van depressieve klachten bij jongeren van 12 - 22 jaar (gemeten op de CES-D, Radloff, 1977) vergeleken met een wachtlijstgroep ($d=0.79$, 95% CI 0.45-1.08). In een masterthese toonde Bastiaanse (2011) een significante daling van depressieve klachten (gemeten op de BDI, Beck, Steer & Carbin, 1988) aan na de chatbehandeling ($t=19,37$; $df=260$; $p<0.0001$).

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

PratenOnline is bedoeld voor Nederlandstalige jongeren met angst- en depressieve klachten in de leeftijd van 12 tot circa 23 jaar. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar opleiding of afkomst. Deze jongeren kunnen zich alle dagen van de week, 24 uur per dag aanmelden. Zij vinden de site door te zoeken op internet, of bijvoorbeeld via familie, vrienden en school. PratenOnline wil jongeren, die (nog) niet de stap willen of kunnen zetten naar face to face hulp, in een vroeg stadium bereiken.

Intermediaire doelgroep

Er is geen sprake van een intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen

Voor screening op angst- en/of depressieve klachten wordt gebruik gemaakt van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond en Snaith, 1983 en Bjelland et al., 2002). Bij een score van 8 of hoger op angst en/of depressie komt de jongere direct in een registratie- en aanmeldingsformulier terecht en vervolgens kan er chatafspraak gemaakt. De jongeren die lager scoren dan 8 op de HADS, worden verwezen naar de mogelijkheid om gebruik te maken van het forum, de psycho-educatie die op de website te vinden is en zij worden verwezen naar websites waar zij terecht kunnen voor informatie op vragen en andere hulp zoals www.dekindertelefoon.nl en www.gripopjedip.nl.

In de basis is de chatinterventie van PratenOnline een preventieve interventie, dus om erger te voorkomen. Jongeren met zware problematiek worden bij PratenOnline niet uitgezonderd van de hulp, omdat de interventie hen zou kunnen motiveren om toch ergens hulp te gaan zoeken. De chattherapie zou een laagdrempelige eerste positieve ervaring kunnen zijn met professionele hulpverlening. PratenOnline hanteert daarom geen bovengrens wat betreft de depressieve - en/of angstklachten. Dit betekent dat ook jongeren met suïcidaal gedrag en/of automutilatie gebruik kunnen maken van de chatinterventie van PratenOnline. In het kwaliteitshandboek staat uitgebreid beschreven hoe de therapeuten in deze gevallen handelen. Doordat jongeren anoniem zijn bij PratenOnline, is de drempel om eerlijk te zijn over automutilatie en/of suïcidaal gedrag juist lager. De jongere vertelt de online therapeut wat hij/zij op dat moment belangrijk vindt en kan zelf aangeven wat hij/zij het liefst anders zou willen zien in het leven. Als een jongere 'afhaakt', dan wordt er binnen de oplossingsgerichte therapie vanuit gegaan dat hij/zij daar een goede reden voor heeft, dat het chatten op dat moment niet nuttig voor hem/haar is. Het "risico" dat automutilatie en/of suïcidaal gedrag niet ter sprake komt, is online niet anders dan binnen een face to face setting. Doordat de hulpverlener vanaf het

eerste contact tijdens oplossingsgerichte therapie een samenwerkingsrelatie opbouwt met de jongere, zal de jongere de hulp die nodig zelfs eerder is zoeken en aannemen (Fisher, 2008).

Acute psychose en ernstige verstandelijke beperking zijn een contra-indicatie voor oplossingsgerichte therapie (Bannink, 2006) en daarom ook voor PratenOnline. In de algemene voorwaarden die de jongere van PratenOnline krijgt, staat onder andere dan ook het volgende opgenomen:

Algemene voorwaarden

De chattherapie van PratenOnline kan in bijna alle situaties nuttig en helpend zijn. De chattherapie is niet geschikt als je nu of kort geleden last hebt gehad van een psychose. In dat geval kun je niet terecht bij PratenOnline. We adviseren je dringend om contact te zoeken met je huisarts. En niet door te gaan met verdere inschrijving hier.

Toch kan het voorkomen dat jongeren met een psychose en/of een verstandelijke beperking zich bij PratenOnline aanmelden en komen chatten. De oplossingsgerichte therapie heeft als kenmerk dat deze direct aansluit bij waar de cliënt zelf mee komt. De therapeut van PratenOnline is hierin geschoold en in staat om aansluiting te vinden bij de diversiteit aan cliënten die hij/zij in de chatroom aantreft. De therapeut zal in alle gevallen afstemmen op de wensen van de jongere en samen met de jongere doelen voor de therapie formuleren. Hierdoor is behandeling van een brede doelgroep mogelijk. De aanpak van de oplossingsgerichte therapie kan bij iedere doelgroep worden toegepast, vereist geen voorafgaande diagnostiek, is positief, waardoor de jongere hoop krijgt en gemotiveerd wordt de behandeling voort te zetten. Met aanpassing van het taalgebruik van de therapeut kan deze behandelmethode bij een brede doelgroep worden toegepast. Er zijn geen ingewikkelde concepten die worden uitgelegd binnen de oplossingsgerichte therapie.

Wanneer blijkt dat psychotische klachten of een ernstige verstandelijke beperking de mogelijkheid tot online oplossingsgerichte therapie belemmert, zal de therapeut vermoedens hiervan bespreekbaar maken en de jongere doorverwijzen naar meer geschikte (face to face) hulpverlening. In het geval van een acute psychose kan dit de huisartsenpost en/of crisisdienst in de omgeving van de jongere zijn.

Betrokkenheid doelgroep

Een onderzoek onder jongeren van Young Works (2004) wees uit dat jongeren aangaven dat zij voor bijna al hun vragen terecht konden op het internet, maar als ze niet lekker in hun vel zaten of zich depressief voelden, dan konden zij nergens terecht. Mede naar aanleiding van deze uitkomst werd PratenOnline uitgedacht.

Young Works is gevraagd een groep jongeren (focusgroep) samen te stellen om naar de concept website van PratenOnline te kijken. Dit was een representatieve steekproef van de doelgroep van PratenOnline en vormde een dwarsdoorsnede

van de Nederlandse jeugd wat betreft schoolsoort, geografie, leeftijd (tussen 12 en 23), Nederlandse en niet-Nederlandse afkomst. Deze jongeren hebben geholpen om de gebruiksvriendelijkheid van de website te verbeteren, de teksten aan te passen, meer bij hun leeftijd en perspectief te laten aansluiten en hebben ervoor gezorgd dat de naam werd gewijzigd (origineel werd gedacht aan Tieners On Line, dat werd te kinderachtig bevonden).

1.2 Doel

Hoofddoel

PratenOnline heeft als doel om in een vroeg stadium angst- en depressieve klachten van jongeren te laten afnemen zodat erger voorkomen wordt en de kans op herstel groter is.

Subdoelen

PratenOnline wil met haar website en chatmodule jongeren met angst- en depressieve klachten, in een vroeg stadium bereiken en effectieve hulp bieden, op een wijze die bij hun leefwereld past en die een beroep doet op hun behoefte aan zelfregie.

De subdoelen zijn dan ook:

- Jongeren pakken hun angst- en depressieve klachten aan door in een vroeg stadium een hulpvraag/doelstelling te formuleren in de online chat;
- Jongeren voeren eigen regie op hun herstel doordat zij zelf hun doelstelling formuleren en gedurende de behandelperiode van de chattherapie zelf tot oplossingen komen;
- Jongeren (zijn zich er bewust van dat zij) beschikken over hulpbronnen en -middelen (bijvoorbeeld goed contact met ouders, goed contact met een leerkracht of een goede band met een grootouder, het hebben van een huisdier, lidmaatschap van een club of vereniging) en vaardigheden (bijvoorbeeld zelfstandigheid, vermogen tot zelfreflectie, inlevingsvermogen, doorzettingsvermogen, sociale vaardigheden) om hun klachten aan te pakken en zetten deze effectief in.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

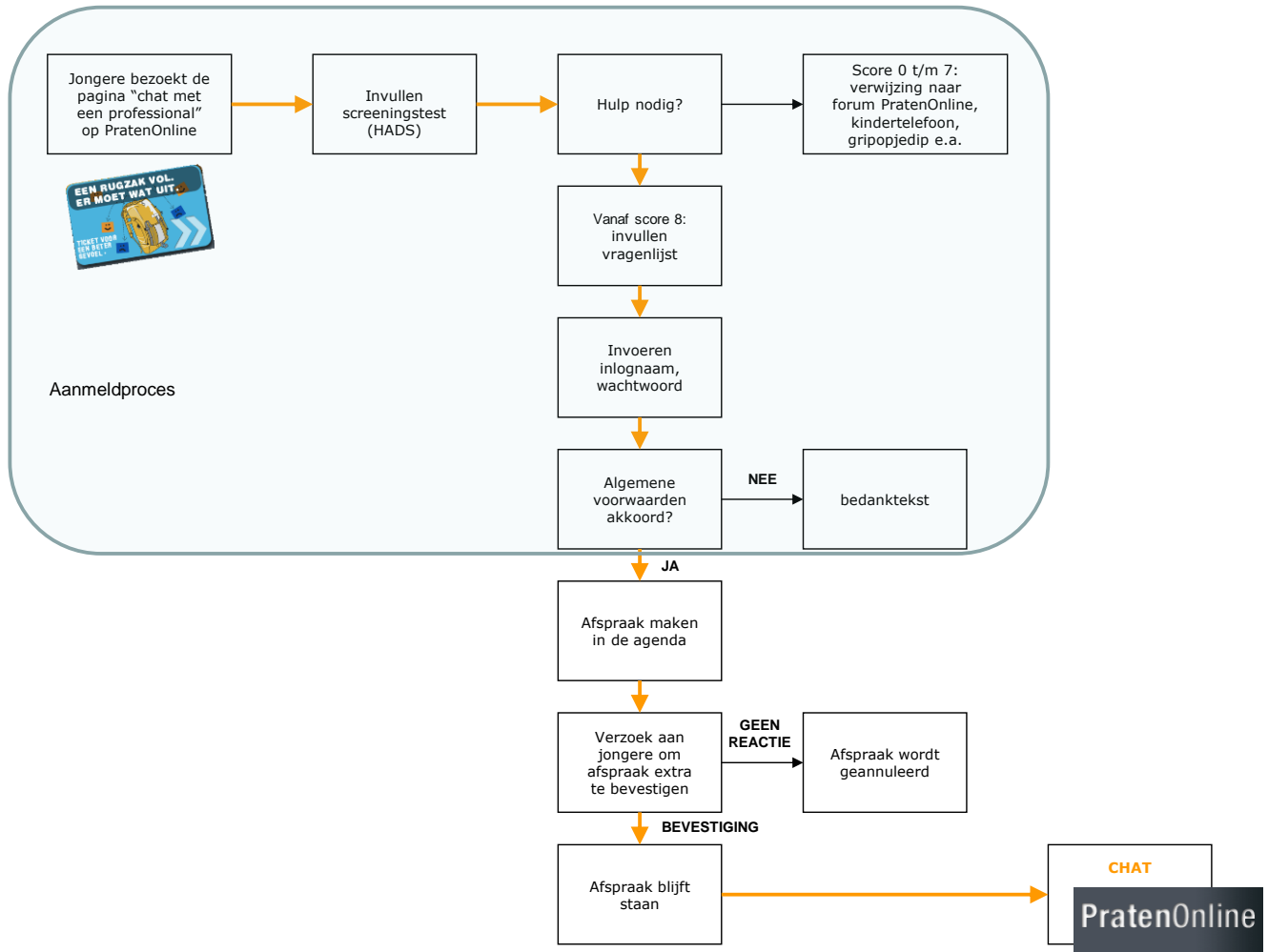
Jongeren die zich via de website willen aanmelden voor de chattherapie, krijgen de screeningstest (HADS) in te vullen. Bij een score van 8 of hoger (<8 krijgen geen chattraject aangeboden) komt de jongere in het registratie- en aanmeldformulier en maakt hij/zij een chataccount aan, krijgt de algemene voorwaarden en bij akkoord hiermee, kan hij/zij inloggen binnen een beveiligde omgeving om een eerste chatafspraak in te plannen. Jongeren die een chatafspraak willen, kunnen die zelf in de agenda binnen de beveiligde omgeving maken en ontvangen informatie (zie figuur 1). Zie voor een schematische weergave van dit proces figuur 2.

Figuur 1: Informatie aan jongere voorafgaand aan chat

Voorafgaand aan het 1^e chatgesprek heeft jongere middels informatie op de site "uitleg over de chat" kunnen lezen:

- duur van chatgesprekken: circa 45 minuten;
- maximaal 4 anonieme chatgesprekken met dezelfde hulpverlener;
- informatie over gewaarborgde anonimiteit en veiligheid/privacy;
- wat te doen als de chat (technisch) niet goed werkt;
- Na 3 no-shows, kun je geen nieuwe afspraken meer inplannen.

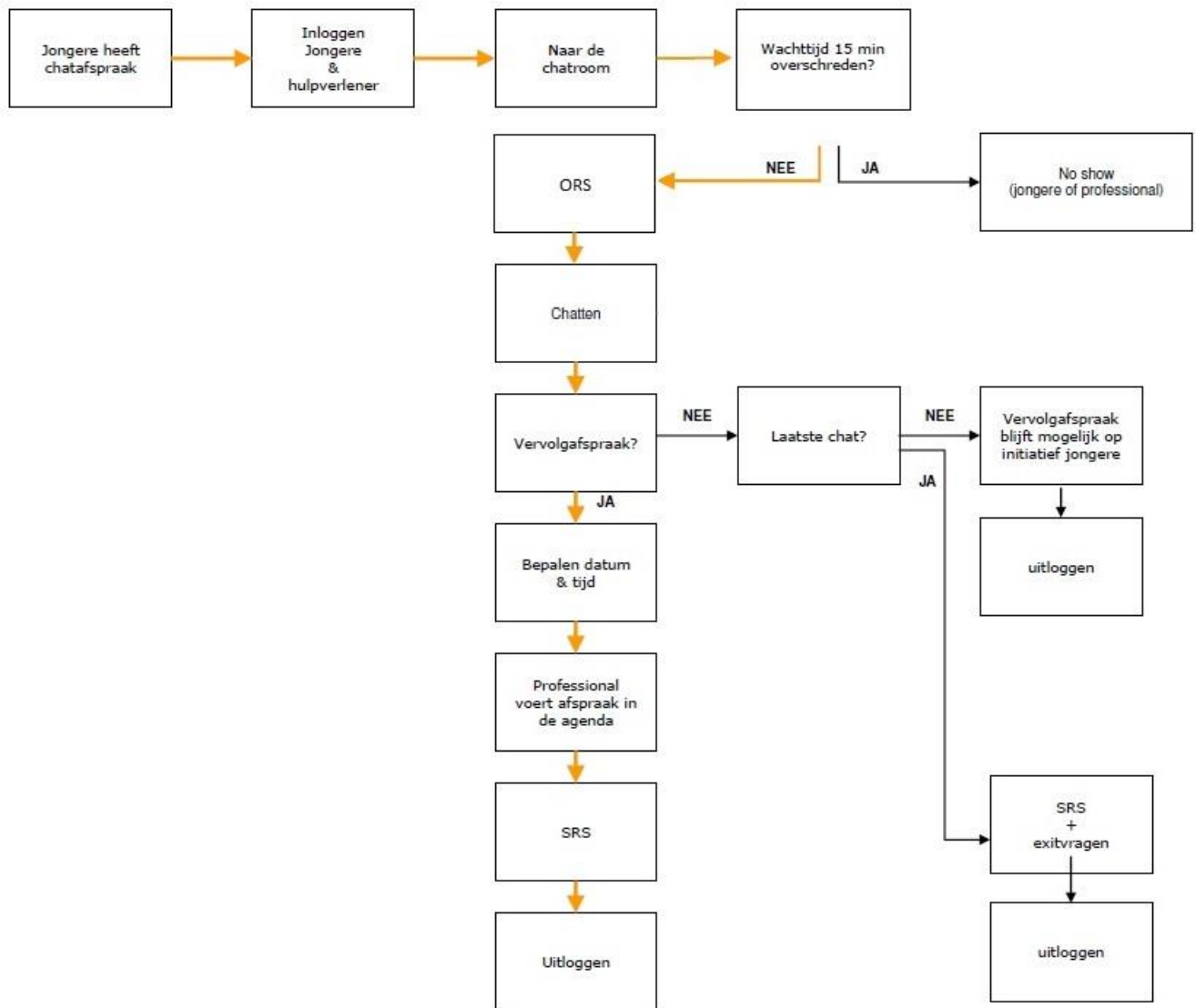
Figuur 2: Proces aanvragen eerste chat



Wanneer de jongere niet op de afspraak komt, is er sprake van 'no-show'. De hulpverlener stuurt de jongere dan een uitnodiging om een nieuwe afspraak te maken.

Bij binnenkomst in de chat, krijgt de jongere de Outcome Rating Scale (ORS, Duncan & Miller, 2004) in te vullen, waarvan de uitkomsten vervolgens in de chat verschijnen. Een volgende afspraak kan direct door de hulpverlener of later door de jongere worden ingepland. Na het chatgesprek krijgt de jongere de Session Rating Scale (SRS, Duncan & Miller, 2004), waarvan de uitkomst bij de hulpverlener in de mail binnenkomt. Zie voor een schematische weergave van dit proces figuur 3.

Figuur 3: Verloop chat



Inhoud van de interventie

De chatsessies van PratenOnline worden altijd opgebouwd volgens een vast stramien gebaseerd op het gestructureerde solution-therapy model (oplossingsgerichte therapie; OT) van Steve de Shazer (1988) en Insoo Kim Berg en De Shazer (1993). Dit protocol is in de Nederlandse taal beschreven door Le Fevere de Ten Hove (2000) en de associatie voor oplossingsgerichte therapie (Solution-Focussed Brief Therapy Association, SFBTA) heeft in 2013 het behandelprotocol ge-update (Bavelas et al, 2013).

Volgens het te volgen protocol komen in de eerste chatsessie bij PratenOnline altijd de drie volgende kernelementen voor:

In de eerste sessie stelt de hulpverlener de vraag naar doelen, bijvoorbeeld middels de wondervraag of de 'vier vragen voor elk gesprek' (waar hoop je op,

welk verschil zou dat maken, wat werkt al, wat zou de volgende stap zijn; Bannink, 2008) en gaat hierop door.

- a. Vervolgens stelt hij/zij de schaalvraag van vooruitgang (op een schaal van 0 tot 10, waar 0 is hoe het met je ging toen je je aanmeldde bij PratenOnline, en 10 waar je wilt uitkomen na je gesprekken hier, op welk getal zit je dan nu?) en gaat hierop door.
- b. Aan het eind van de sessie complimenteert hij/zij de jongere: 'tijdens onze chat raakte ik erg onder de indruk van hoe hard en hoe lang jij al werkt aan je problemen! Dat zal niet altijd gemakkelijk voor je zijn. Je moet wel een echte doorzetter zijn, om het zo lang vol te houden... klopt dat?' enz.

Door jongeren online en anoniem hulp aan te bieden, wordt voor hen de drempel verlaagd om hulp te vragen. Doordat jongeren over hun zorgen kunnen chatten, kunnen zij in een vroeg stadium tot inzicht komen, dat zij een probleem hebben en hier direct hulp voor ontvangen. Tijdens de chatsessie stelt de hulpverlener in een vroeg stadium de zogenoemde wondervraag om het specifieke doel van de hulpverlening helder te krijgen (subdoel 1). Daarnaast beschikt de hulpverlener ook over andere oplossingsgerichte vragen voor de doelformulering, zoals: "wat hoop je met de chattherapie te bereiken?". Een jongere die komt chatten over de angst- en depressieve klachten die hij/zij ervaart, wordt dus tijdens de eerste sessie gestimuleerd om te denken in termen van hulpvraag/doelstelling van de chattherapie en om hierdoor vooruit te denken. Dit is een belangrijke prikkel die bijdraagt aan het doorbreken van de klachten. Samen wordt het therapiedoel bedacht en geformuleerd (subdoel 1). Door de jongere te laten vertellen over de gewenste situatie worden haalbare tussendoelen geformuleerd. De jongere ervaart eigen regie op het herstelproces (subdoel 2) doordat hij/zij zelf de doelen stelt en hieraan gaat werken. Het behandelplan bestaat vervolgens uit het exploreren van de haalbare (tussen)doelen en het in kleine stappen daar naar toe werken. Bij het realiseren van de doelen ondersteunt de hulpverlener de jongere tijdens de chatsessies in het bedenken van de mogelijke stappen die genomen kunnen worden om het einddoel dichterbij te brengen. De hulpverlener besteedt aandacht aan de veranderingen die de cliënt heeft ervaren tussen het moment van aanmelden en het moment van de eerste afspraak ('pre-treatment changes'). Ook besteedt de hulpverlener aandacht aan de hulpbronnen die de jongere in zijn omgeving herkent (subdoel 3). De hulpverlener complimenteert de jongere en geeft suggesties volgens de regels die beschreven zijn door De Shazer (1988). Deze suggesties zijn bedoeld om de jongere te laten focussen op het vinden van oplossingen en het bereiken van diens doel (subdoel 3).

Tijdens de tweede en volgende sessies komen achtereenvolgens altijd de volgende drie elementen aan bod:

- Wat gaat er beter sinds de vorige keer dat de jongere een chatsessie had;
- De vraag op de schaal van vooruitgang;

- Een compliment voor de jongere aan het einde van de sessie en het vragen van feedback door de hulpverlener om het behandelproces verder te verbeteren.

Bij de tweede en daaropvolgende sessie evalueert de hulpverlener met de jongere hoe deze bezig is met het bereiken van de oplossing. De jongere reflecteert zelf met ondersteuning van de hulpverlener op de effectiviteit van de eigen pogingen om tot oplossingen te komen. In dit proces wordt de jongere zich expliciet bewust van de hulpbronnen, eigen vaardigheden (subdoel 3) en de eigen regie op het herstelproces en de eigen mogelijkheid om sturing te geven aan de situatie of hoe hij/zij hiermee omgaat (subdoel 2). Gewoonlijk wordt daarbij gebruik gemaakt van schaalvragen, zoals "als het doel wat je wilt bereiken een 10 is en het moment dat het aller slechtst was is een 0, waar zit je dan nu op die schaal?". De voortgang van het bereiken van het therapiedoel wordt geëvalueerd, waarna besproken wordt hoe hulpbronnen, - middelen en vaardigheden hiervoor ingezet kunnen worden (subdoel 3). Andere veel gebruikte schaalvragen zijn gericht op motivatie, hoop, vertrouwen enz.

Tijdens de sessies bespreekt de hulpverlener ook de uitzonderingen, de momenten in het leven van de jongere die als goed of tenminste beter worden ervaren. Hierbij stelt de hulpverlener zich niet op als de expert die het al weet, maar laat zich informeren door de jongere die wordt beschouwd als de expert van zijn/haar eigen leven en een schat aan (succes)ervaringen heeft, met als doel oplossingen te ontwikkelen die aansluiten bij wat er al goed gaat in diens leven (De Shazer, 1994; Cladder, 1999) (subdoel 3). De hulpverlener heeft daarbij een respectvolle, niet-beschuldigende en coöperatieve houding en werkt toe naar de doelen van de jongere vanuit diens referentiekader. De hulpverlener zet de jongere aan het stuur van het herstelproces en coacht de jongere hierbij vanaf de achterbank ("leading from one step behind", De Jong & Berg, 2012). Binnen het oplossingsgerichte therapeutische proces, heeft de jongere continu zelf de regie over het herstelproces (subdoel 2).

Na ongeveer 30 à 45 minuten chatten met de jongere kan de hulpverlener tijdens een chatsessie een pauze nemen. Hierna kan een terugblik op het gesprek en/of de therapie tot dan toe worden gemaakt en zal de hulpverlener de jongere feedback geven in de vorm van een compliment en eventueel een suggestie voor de periode tot de volgende chatsessie meegeven. De hulpverlener vraagt de jongere om kritische feedback ten einde de therapie nog beter bij de jongere aan te laten sluiten, waarmee de therapeutische relatie wordt besproken en zo mogelijk verbeterd.

Tijdens de laatste sessie stelt de hulpverlener de vraag op de schaal van vertrouwen: 'hoeveel vertrouwen heb je erin dat je voldoende op het goede spoor zit om weer zelf verder te kunnen op een schaal van 0 tot 10?' Na een uitgebreidere verkenning hiervan besluiten de hulpverlener en de jongere samen tot afronding, complimenteert de hulpverlener de jongere en nodigt hem/haar uit om terug te keren naar PratenOnline zodra hij/zij dat nodig en nuttig vindt. Onderdeel of reden van afronding kan natuurlijk ook een advies tot doorverwijzing naar andere (face to face) hulp zijn. Doorverwijzing gebeurt altijd in overleg met de jongere. Vanuit de oplossingsgerichte therapie, geeft de jongere zelf aan waar hij/zij behoefte aan heeft, de therapeut kan vanuit de eigen

expertise advies geven en uitleg geven over wat er mogelijk is binnen de (jeugd)hulpverlening en de jongere desgewenst adviseren, de jongere behoudt ten alle tijden zelf de regie. Bij afsluiting van de chattherapie, krijgt de jongere ter evaluatie de vraag in hoeverre hij/zij de voor de therapie gestelde doelen heeft behaald (in procenten).

2. Uitvoering

Materialen

De online hulpverleners van PratenOnline verrichten hun behandelingswerkzaamheden binnen het paradigma van de oplossingsgerichte therapie. Er is een kwaliteitshandboek beschikbaar voor de hulpverleners van PratenOnline, waarin het behandelprotocol van PratenOnline beschreven is. Het protocol is beschreven door Le Fevere de Ten Hove (2000) en de associatie voor oplossingsgerichte therapie (Solution-Focussed Brief Therapy Association, SFBTA) heeft het behandelprotocol in 2013 ge-update (Bavelas et al, 2013).

PratenOnline hanteert bovendien specifieke richtlijnen in het geval dat jongeren te maken hebben met zelfverwonding, suïcidale gedachten of eetproblemen.

De richtlijnen, opgenomen in het kwaliteitshandboek, zijn onder andere in het Nederlands beschreven door Bannink (2006), Cladder (2000), Isebaert (2007) en Le Fevere de Ten Hove (2000).

Jongeren die gebruik maken van de chattherapie van PratenOnline worden geworven via de website: www.pratenonline.nl. De Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS) (Duncan en Miller, 2004) worden iedere sessie bij de jongeren afgenomen om zowel de mate van welbevinden als de tevredenheid van de jongere wat betreft de geboden therapie gedurende het therapieproces te monitoren.

Verder is er een klachtenreglement voor cliënten beschikbaar.

Locatie en type organisatie

De internet interventie PratenOnline is onderdeel van Kenter Jeugdhulp. De interventie wordt uitgevoerd via internet, waarbij de jongere gewoonlijk vanuit de thuissituatie en in sommige gevallen vanuit school of een werksituatie contact onderhoudt met de hulpverlener. De bij PratenOnline aangesloten hulpverleners chatten vanuit hun woon- of werkplek.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De online hulpverleners van PratenOnline (op het moment circa 12) hebben allen ervaring binnen de jeugdhulpverlening en zijn voor het merendeel GZ-psychologen. De niet-GZ-psychologen staan onder supervisie van de GZ-psychologen. Allen zijn geschoold en zeer ervaren in de methodiek van de oplossingsgerichte therapie.

Voor nieuwe medewerkers gelden de volgende opleidingscriteria:

- BIG geregistreerd GZ-psycholoog;
- Aantoonbare ervaring met de doelgroep 12 – 23 jarigen en hun problematiek;
- Aantoonbare opleiding in en ervaring met oplossingsgerichte therapie (bijvoorbeeld opleiding aan de PratenOnline Academie, dit is echter geen harde toelatingseis).

Daarnaast dient de hulpverlener:

- minimaal 6 uur per week beschikbaar te zijn om te chatten;
- te participeren in een intervisiegroep;
- deel te nemen aan de inhoudelijke medewerkersdagen (twee keer per jaar).

Een aspirant hulpverlener wordt niet direct aangesteld, maar krijgt in eerste instantie een proeftijd van 3 maanden, waarin deze gecoacht wordt door een ervaren hulpverlener van PratenOnline. Eerst zal de aspirant hulpverlener een inwerktraject doorlopen, waarin getraind wordt in online hulpverlening en proef-chatgesprekken gevoerd zullen worden. Na de proeftijd en een fiat van de coach volgt een definitieve aanname. Na aanname zal de hulpverlener een periode onder begeleiding van de coach werken. De selectiecriteria en inwerkprocedure voor nieuwe hulpverleners staan beschreven in het kwaliteitshandboek van PratenOnline.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de interventie wordt op drie manieren door de manager van PratenOnline bewaakt:

- Procedure Feedback vragen en aanvullende scholing:
Medewerkers die van een jongere een tevredenheidsscore lager dan 7,0¹ krijgen, worden verzocht feedback te vragen aan een coach op het chattranscript van die sessie. Medewerkers die in 80% van de laatste 15 hoogst scorende chatgesprekken lager dan een 8 (norm) scoren op de SRS, worden verzocht een aanvullend scholingstraject te volgen. Als de hulpverlener dit traject niet wil volgen of als hierna de resultaten nog niet aan de norm voldoen, wordt hun inzet voor PratenOnline beëindigd.

- Intervisie:
Minimaal éénmaal per half jaar geven hulpverleners in willekeurige tweetallen feedback op elkaars chatteksten aan de hand van het feedbackformulier². Zij kunnen bij elkaar terecht voor intervisie en collegiale ondersteuning wanneer

¹ Op de Session Rating Scale, Duncan en Miller (2004)

² = beoordelingsformulier dat ook voor de aspirant medewerker wordt gebruikt

chattrajecten daar volgens één van beiden aanleiding toe geven. Dit kan per mail, telefonisch of live.

- Medewerksdagen:

Onder leiding van interne of externe experts worden werkrelevante onderwerpen diepgaand besproken en geoefend tijdens medewerkersdagen. Alle hulpverleners worden geacht ieder half jaar hieraan deel te nemen.

Randvoorwaarden

Omdat de chatgesprekken online plaatsvinden, is de beschikbaarheid van een betrouwbare internetverbinding voor zowel de jongere als de hulpverlener cruciaal. Ook een optimaal werkzame website en chatbox is een belangrijke randvoorwaarde. Om de kans te vergroten dat de jongeren kunnen chatten wanneer hen dit uitkomt en zij dit het meest nodig hebben, is een ruime beschikbaarheid van de hulpverleners noodzakelijk. De hulpverleners zijn dan ook vaak buiten school- en kantoortijden en tijdens weekenden en vakanties beschikbaar.

Implementatie

PratenOnline bestaat sinds 2004 en heeft ruime ervaring met chattherapie voor jongeren middels oplossingsgerichte therapie. Zij heeft de PratenOnline Academie opgericht om op verantwoorde wijze hulpverleners te kunnen opleiden in chattherapie en oplossingsgerichte hulpverlening. De PratenOnline Academie is voor hulpverleners van zowel Kenter Jeugdhulp als andere GGZ instellingen die oplossingsgerichte chattherapie willen gaan uitoefenen. Hulpverleners van Kenter Jeugdhulp die naast hun huidige werkzaamheden graag als online hulpverlener bij PratenOnline willen werken, kunnen de opleiding aan de PratenOnline Academie volgen. Het vereiste vooropleidingsniveau is minimaal BIG geregistreerd GZ psycholoog (of in opleiding hiervoor) of SPV met VO/Nurse practitioner (of in opleiding hiervoor). De opleiding bestaat uit 2,5 dag PratenOnline Academie en 14 dagen SOL Mastercourse. Naast de literatuur die Louis Cauffman voorschrijft wordt een syllabus aangeboden die een handleiding voor chathulpverlening en e-mailcoaching vormt. De chattechnieken en het oplossingsgericht werken worden geoefend achter de computer.

Kosten

Kosten

Gemiddeld aantal uur professional per traject (inclusief indirecte tijd): 3 uur

Personele kosten per jaar

Professionals voor de chats, coördinatie en deskundigheidsbevordering € 150.000

Materiële kosten per jaar

Hosting, onderhoud en doorontwikkeling website, huisvesting, accountant € 30.000

Totale kosten € 180.000

Aantal trajecten per jaar 500

Gem. prijs per chattraject € 360

3. Onderbouwing

Probleem

Depressieve - en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen onder jongeren (Anderson et al., 1987; Cohen et al., 1993). Ongeveer 21,3% van de jongeren tussen 14 en 17 jaar hebben te maken met een angststoornis (Wittchen et al., 1999). Ongeveer 3,8% van de jongeren tussen 13 en 17 jaar (in totaal 37.400 jongeren) en 7% van de jongvolwassenen van 18 tot 25 jaar (in totaal 80.000 personen) heeft op jaarbasis te maken met een depressie (RIVM, 2008). Voor het achttiende levensjaar heeft ongeveer 15% van de jongeren een depressieve episode meegemaakt. Depressie beïnvloedt het ontwikkelingsproces met bijbehorende problemen met concentratie en motivatie (Lewinsohn et al., 2000), wat kan leiden tot slechte schoolprestaties, verminderd sociaal functioneren, een slecht gevoel van eigenwaarde en een hoger risico op zelfmoord (Brent, 2004; Birmaher, Brent, & Benson, 1998; Saluja et al., 2004). Naast een verhoogd risico op zelfmoord, hebben jongeren die depressief zijn een hoger risico op psychische stoornissen zoals angst- en gedragsstoornissen en middelenmisbruik. Zowel depressieve – als angststoornissen in de adolescentie zijn een sterke voorspeller voor ernstige depressieve klachten later in het leven (Cuijpers en Smit, 2004; Pine et al., 1998, Roza et al., 2014 en Wittchen et al., 2000). De aanwezigheid van comorbide sociale angststoornissen bij adolescenten die al depressief zijn, worden geassocieerd met een negatiever verloop en karakter van de daarop volgende depressie (Stein et al., 2001). De prevalentie van depressie wordt gekenmerkt door een omvangrijke ziektelast en hoge economische kosten (Meijer et al., 2006).

Er is sprake van onderbehandeling onder jongeren met angst – en depressieve klachten (Wittchen et al., 1999). Wu en collega's (2001) geven aan dat 36% van de jongeren met depressieve klachten hier geen professionele hulp voor ontving. Het risico op zelfmoord is groter voor degenen die geen adequate hulp ontvangen (Corry et al., 2014).

Hoewel er voldoende effectieve behandelingen voor angst en depressie bij jeugdigen beschikbaar zijn, is er sprake van ernstige hiaten in de toegang tot zorg en een gebrek aan continuïteit van de behandeling (Olfson et al., 2003; Richardson et al., 2004). De behandelmogelijkheden sluiten mogelijk onvoldoende aan bij het gebrek aan vertrouwen van de jongeren in de effectiviteit van de behandelingen (Labouliere, Kleinman & Gould, 2015). Hiernaast lijkt een groot deel van de jongeren zich niet te melden voor professionele behandeling omdat zij hun problemen zelf willen oplossen (Curtis, 2010).

Oorzaken

Oorzaken van onderbehandeling van depressieve- en angststoornissen bij jongeren, liggen onder andere in het feit dat de symptomen van deze stoornissen

niet altijd (h)erkent worden. Depressieve symptomen bij jongeren worden vaak toegeschreven aan de normale stress van de adolescentie; verkeerd gediagnosticeerd als gedrags- en aandachtsproblemen, middelenmisbruik of gezien als een fase die jongeren doormaken (Saluja et al., 2004), jongeren met angstklachten trekken zich vaker terug, waardoor zij zich aan aandacht onttrekken.

Jongeren met een hoog risico op depressie en/of suïcidaal gedrag hebben vaak kernovertuigingen die inadequate copingstrategieën ondersteunen (Gould et al., 2004). Zij zoeken zelden hulp. Hun negatieve percepties over het zoeken van hulp en het op zichzelf aangewezen voelen kunnen hen zelfs bij ernstige geestelijke gezondheidsproblemen weerhouden van het blootgeven van hun symptomen of het starten van professionele behandeling (Gould et al., 2004). Slechts 18-34% van de jongeren met ernstige depressieve – of angstklachten zoekt behandeling voor hun problemen (Flament et al., 2001; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Belangrijke belemmeringen voor het zoeken naar hulp door suïcidale adolescenten zijn: angst dat vertrouwelingen hun vertrouwen kunnen schaden; bezorgdheid dat hun leeftijdgenoten, leraren, of gezinnen hun symptomen te weten komen, hen negatief beoordelen, of hen anders behandelen of discrimineren; en het gebrek aan vertrouwen dat behandeling effectief zou kunnen zijn (Labouliere, Kleinman & Gould, 2015). Jongeren met suïcidaal gedrag zien het vragen van hulp vaak als een teken van zwakte. Zij vinden dat zij hun problemen moeten oplossen zonder externe hulp (Curtis, 2010). Hoe ernstiger de symptomen, hoe kleiner de kans dat jongeren hulp zoeken (Carlton & Deane, 2000).

Teruggetrokkenheid, een vorm van vermijdende coping (waarbij de jongere problemen voor zichzelf houdt), is een belangrijke voorspeller van symptomatologie in de adolescentie. Daarnaast leiden emotionele - en gedragsproblemen tot een blijvende toename van teruggetrokkenheid, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat (Seiffge-Krenke, 2000). Een gevoel van verminderde regie kan ontstaan door de klachten die jongeren ervaren (geleefd worden door angst of door depressieve klachten, enkel nog meegaan met de stroom en 'doen wat er van je verwacht wordt'). Gebrek en behoefte aan regie en het zelf willen oplossen van problemen, belet jongeren hulp te zoeken, wat onder andere leidt tot onderbehandeling.

Omdat angst- en depressieve klachten verschillende ontstaans- en ontwikkelpaden in de adolescentie kennen, wordt vroege interventie aangeraden (Roza et al., 2003).

Aan te pakken factoren

Een van de factoren waarop PratenOnline zich richt, is vroege interventie voor jongeren met angst- en depressieve klachten, zodat deze klachten in een vroeg stadium afnemen en toekomstige klachten voorkomen worden. Vroege interventie is van belang, omdat jongeren naarmate de klachten ernstiger worden minder geneigd zijn hulp te vragen (Carlton & Deane, 2000). Het

hiervoor opgestelde subdoel is: jongeren pakken hun angst- en depressieve klachten aan door in een vroeg stadium een hulpvraag/doelstelling te formuleren in de online chat.

Belangrijke beschermende factoren bij de ontwikkeling van depressie zijn: het voeren van eigen regie, het gebruik maken van hulpbronnen en actieve coping (Herman-Stahl & Peterson, 1996). Jongeren hebben behoefte om hun eigen problemen op te lossen (Curtis, 2010). PratenOnline richt zich op deze factoren door hierbij passende subdoelen te formuleren: jongeren voeren eigen regie op hun herstel doordat zij zelf hun doelstelling formuleren en gedurende de behandelperiode van de chattherapie zelf tot oplossingen komen en *jongeren (zijn zich er bewust van dat zij) beschikken over hulpbronnen en -middelen en vaardigheden om hun klachten aan te pakken en zetten deze effectief in.*

Verantwoording

PratenOnline hanteert het oplossingsgerichte model van gespreksvoering, omdat oplossingsgerichte therapie toepasbaar is "voor alle soorten cliënten" (Cladder, 1999) van verschillende leeftijden, met verschillende problematiek en geen diagnose vereist. Oplossingsgerichte therapie kan zowel een therapeutisch kader bieden tijdens de behandeling van zowel kinderen, jongeren of adolescenten (Selekman, 1997), als bij cliënten met verschillende typen problemen zoals depressiviteit, seksueel misbruik (Dolan, 2005), eetproblemen (McFarland, 1995) of suïcidaal gedrag (Fiske, 2008).

Omdat het bij oplossingsgerichte therapie steeds de jongere is die tijdens de sessies bepaalt wat nuttig en nodig is, zijn begrippen als "weerstand" of "gebrek aan motivatie" aan de kant van de cliënt niet aan de orde.

Het verminderen of verhelpen van depressieve - en angstklachten in een vroeg stadium draagt bij aan het voorkomen van meer ernstige vormen van depressie (Clarke et al., 1995; 2001; Wittchen et al., 1999 en Parker et al., 1999). Caelear en Christensen (2010) concluderen dat internetprogramma's effectief zijn als het gaat om de preventie en behandeling van angst- en depressieve klachten onder kinderen en jongeren. Richardson, Stallard en Velleman (2010) onderzochten de effectiviteit van internetinterventies ter preventie en behandeling van angst - en depressieve klachten bij jongeren (tot 18 jaar) en kwamen tot de conclusie dat deze leiden tot een reductie van klinische symptomen en verbetering in gedrag, het gevoel van eigenwaarde en cognities opleverden. De uitkomsten van deze onderzoeken ondersteunen de mogelijkheid om middels online chatbehandeling vroege interventie te bieden aan jongeren met angst- en depressieve klachten. PratenOnline kan dus vroege interventie bieden waarbij jongeren anoniem en op een laagdrempelige manier tijdens een chatgesprek samen met de hulpverlener een hulpvraag kunnen formuleren. Daarnaast kan ook de behandelmethodiek (oplossingsgerichte therapie) van PratenOnline bijdragen aan het behalen van het subdoel, dat jongeren angst- en depressieve klachten in een vroeg stadium aanpakken. Oplossingsgerichte therapie leent zich goed voor toepassing in een online chat, omdat onmiddellijk wordt gefocust op het doel waarvoor de jongere zich aanmeldt, namelijk het verhelpen van de depressieve en/of angstige gevoelens, verbetering van de stemming. De hulpverlener en de jongere kunnen direct in conversatie over wat er toe doet. Een uitgebreide anamnese, het invullen van vragenlijsten en dergelijke zijn niet nodig en dat levert winst op in

termen van tijd, (dus) geld, en niet onbelangrijk: van de motivatie van de aanmelder. Jongeren geven aan aangenaam verrast te zijn door de wijze waarop ze als gelijkwaardige partner worden bejegend: snel naar de kern waarvoor de jongere komt en samen op zoek naar de oplossing die de jongere zelf wenst en die hem past. Doordat oplossingsgerichte therapie de mogelijkheid biedt, om snel kleine stappen vooruit te zetten en te herkennen, kan dit jongeren motiveren om een nieuwe chatafspraak te maken en verdere vooruitgang te boeken. Jongeren evalueren de gevoerde chatgesprekken de afgelopen jaren stabiel hoog (tevredenheid is boven de 8).

Bannink (2006) geeft een beschrijving van hoe het denken aan een positieve toekomst een verschil kan maken. Zij geeft het voorbeeld van Viktor Frankl (1978) die alle geloof in zijn toekomst was verloren tijdens zijn verblijf in een concentratiekamp, waarna hij zichzelf dwong om aan iets anders te denken, namelijk een toekomst waarin hij vrij was en anderen les gaf. Frankl (1978, p. 95) beschrijft: "door middel van deze methode gelukte het mij, mij boven mijn situatie, boven de kwellingen van het moment te verheffen en ik beschouwde ze alsof ze al tot het verleden behoorden". Door tijdens de oplossingsgerichte chattherapie de focus te verleggen van problemen naar wat de jongere uiteindelijk wil bereiken, wordt de jongere hoopvoller, meer gericht op de toekomst en is de huidige situatie minder pijnlijk of uitzichtloos.

Oplossingsgerichte therapie en in het bijzonder de wondervraag, helpt een therapiedoel te stellen en te verduidelijken en scheidt hoop (de Shazer et al., 2007), wat bij depressieve klachten van groot belang is, omdat de jongere dan vaak in een negatieve gedachtespiraal zit en weinig hoop meer heeft. Cliënten die de wondervraag beantwoorden, bevestigen dit niet alleen, maar geven ook aan dat de wondervraag hen hielp om tot een specifieke aanpak te komen om die doelen te bereiken (Isherwood & Regan, 2005; Shilts et al., 1994). Stams en collega's (2006) hebben een meta-analyse uitgevoerd over 21 studies, waarin zij de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie hebben getoetst bij 1.421 cliënten met verschillende soorten problematiek. De resultaten laten een middelgroot positief effect zien ($d = 0,37$), waarbij de meer recent uitgevoerde studies de beste resultaten laten zien. Studies waarin oplossingsgerichte therapie vergeleken werd met 'niets doen' lieten een groot effect zien ($d = 0,57$), net als studies waarin alleen gekeken werd naar pre - posttest veranderingen ($d = 0,84$). Wanneer de oplossingsgerichte therapie werd vergeleken met een andere actieve interventie, werd een klein effect gevonden ($d = 0,16$), dat niet significant was. De auteurs concluderen dat oplossingsgerichte therapie positieve resultaten laat zien, maar dat het effect niet groter is dan van andere gebruikelijke behandelingen. Wel stellen zij dat de oplossingsgerichte therapie dit positieve resultaat in een kortere tijd en met minder intensief therapeutencontact bereikt. Bij online therapie waarbij de jongeren anoniem zijn, zijn zij op ieder moment in staat om de therapie te beëindigen. De snelle resultaten die met oplossingsgerichte therapie kunnen worden bereikt, dragen bij aan de motivatie en therapietrouw van de jongeren (zij merken dat het werkt) en vergroten de kans op een succesvolle therapie.

Adolescenten die hun problemen zelf willen oplossen, doen minder vaak een beroep op traditionele informele hulpbronnen zoals ouders, maar zijn meer geneigd om steun te zoeken bij anonieme elektronische bronnen zoals internet fora en chatrooms (Labouliere, Kleinman & Gould, 2015). Hierdoor is de online en anonieme chattherapie van PratenOnline een mogelijkheid voor jongeren met behoefte aan eigen regie, om zelf doelstellingen te formuleren en hun problemen

aan te pakken. Onderzoek toont aan dat de kans op succes groter is als cliënten denken dat zij enige persoonlijke controle hebben over hun toekomst (Miller, 1983, Miller & Rollnick, 2002). De oplossingsgerichte therapie onderstreept de zelfregie van de jongeren. Cliënten beschrijven oplossingsgerichte therapeuten als 'empowerend' en samenwerkend (Batzel, 1997; Lloyd & Dallos, 2008). In verschillende onderzoeken (Lee, 1997; Shilts et al., 1994) waarden cliënten de steun, validatie en positieve focus binnen de oplossingsgerichte therapie en beschrijven de oplossingsgerichte therapie eveneens als 'empowerend' (de cliënt voelde zich gesterkt). PratenOnline hanteert het oplossingsgerichte model van gespreksvoering, omdat oplossingsgerichte therapie aansluit bij de behoefte van de jongere aan zelfregie en goed toepasbaar is als behandeling van depressieve en angstklachten (Selekman, 1997 en Dolan, 2005) en een laagdrempelige, kortdurende vorm van hulp kan bieden. Doordat de jongere wordt gevraagd om zelf doelen te formuleren, wordt deze verantwoordelijk voor het eigen herstelproces en suggereert de hulpverlener dat de jongere zelf weet wat die wil bereiken. Hierdoor wordt de samenwerkingsrelatie verbeterd. De oplossingsgerichte hulpverlener pretendeert niet dat hij/zij het beter weet dan de jongere, omdat iedere situatie uniek is en iedere jongere de expert is over zijn of haar eigen leven (dus ook het beste weet wat zal werken). Hierin coacht de hulpverlener door de juiste vragen te stellen. De hulpverlener van PratenOnline gebruikt vanuit oplossingsgerichte therapie de taal van de jongere waarbij hij tegelijkertijd beschrijvingen geeft in specifieke, kleine, positieve en interactionele termen (Le Fevere de Ten Hove, 2000). Door deze aanpak wordt de autonomie van de jongere benadrukt en verder gestimuleerd. Een meta-analyse over 21 studies naar de effecten van korte oplossingsgerichte therapie laat bescheiden effecten zien. Het positieve effect dat eruit naar voren komt, is dat de cliënt in minder tijd centraal wordt gesteld en diens autonomie wordt vergroot (Stams, Dekovic, Buist & De Vries, 2006).

Veerkrachtige jongeren worden getypeerd door: optimisme, actieve coping, regievoering over het eigen leven en de situatie en sociale hulpbronnen (positieve relaties met ouders en leeftijdgenoten) (Herman-Stahl en Peterson, 1996). Deze eigenschappen en hulpbronnen hebben een stress reducerende en protectieve werking bij de ontwikkeling van depressie (Herman-Stahl & Peterson, 1996). De kwaliteiten, capaciteiten, successen en mogelijkheden van de jongeren worden tijdens de oplossingsgerichte chattherapie geïdentificeerd doordat de hulpverlener in zijn/haar vraagstellingen ervan uit gaat dat de jongere deze heeft (MacMartin, 2008; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989). Uit onderzoek van Roeden en Bannink (2007) blijkt dat hoe langer en gedetailleerder mensen spreken over een hoopvolle toekomst, des te levendiger en creatiever zij worden. Dit praten over een hoopvolle toekomst, wordt binnen de oplossingsgerichte therapie uitgebreid gedaan, onder andere door het stellen van de wondervraag en het gedetailleerd uitvragen van de gewenste situatie door de hulpverlener. Doordat aan het begin van de oplossingsgerichte chattherapie uitgebreid aandacht is voor het doel van de jongere, kan deze ook de weg daar naartoe gemakkelijker uitstippelen. Covey (1989), schrijft in *The Seven Habits of Highly Effective People*: "Begin with the end in mind ... To begin with the end in mind means to know where you're going so that you better understand where you are now and so that the steps you take are always in the right direction". De hulpverlener stimuleert de jongere na te denken hoe ieder stapje onderweg eruit zou zien en wat ervoor nodig zou zijn om daar te komen. De verantwoordelijkheid van de professional is, om de jongere te helpen zijn eigen

weg te vinden naar oplossingen en verbetering van de situatie en stemming. Dit doet de oplossingsgerichte therapeut bij uitstek.

Door schaalvragen te gebruiken ("op een schaal van 0 tot 10, in hoeverre heb je het gevoel dat je het doel hebt bereikt, waarbij 0 staat voor helemaal niet en 10 staat voor dat het doel voldoende is bereikt?") en vervolgens te vragen waaraan de jongere zal merken dat hij/zij op die schaal een klein puntje naar voren opgeschoven zou zijn, wordt concreet gemaakt, wat veranderd zou kunnen worden. Vervolgens bespreken de hulpverlener en de jongere wat ervoor nodig is om dat te bereiken en hoe de jongere dat voor elkaar zou kunnen krijgen. Doordat de hulpverlener vraagt naar uitzonderingen op het probleem, wordt de focus van de jongere verlegt, naar wat nog wel goed gaat en wat de jongere zelf doet om dit voor elkaar te krijgen. Op die manier worden de kwaliteiten en hulpbronnen van de jongere verkend. De kwaliteiten en hulpbronnen van de jongere worden uitgebreid in kaart gebracht en zo mogelijk bewust benut om vooruitgang te bereiken. Corcoran en Ivery (2004) hebben een positief verband gevonden tussen het identificeren van de kwaliteiten van de cliënt door de hulpverlener en de uitkomsten van de behandeling. Quick en Gizzo's (2007) interviews met cliënten die oplossingsgerichte therapie ontvingen, lieten zien dat deze cliënten door dit therapeutische model, meer optimisme kregen wat betreft hun situatie. Ook Lloyd en Dallos (2008) hebben cliënten die oplossingsgerichte therapie ontvingen geïnterviewd. Deze cliënten waardeerden het feit dat hun vaardigheden en resultaten (successen) door de therapeut werden erkend. Kim (2008) heeft een review gedaan van 22 studies (n=1.257). Uit analyse van de 12 onderzoeken naar de effectiviteit bij behandeling van internaliserende gedragsproblemen, bleek een klein maar significant effect met een gepoold gemiddelde effect size van 0.26 (95% CI: 0.15, 0.47) in het voordeel van de oplossingsgerichte therapie vergeleken met de controlegroepen. Hieruit kan opgemaakt worden dat oplossingsgerichte therapie effectief is als het gaat om het verminderen van internaliserende gedragsproblemen zoals angst, depressie, een laag zelfbeeld en lage zelfwaardering. Door de complimenten die de hulpverlener aan de jongere geeft, over hoe deze de situatie aanpakt, wordt de jongere bevestigd in wat hij al goed doet en wordt het zelfvertrouwen vergroot. Door middel van de toepassing van oplossingsgerichte therapie kan subdoel 3 dus worden bereikt, en worden jongeren zich er bewust van dat zij beschikken over hulpbronnen en -middelen en vaardigheden om hun klachten aan te pakken en leren deze effectief in te zetten om hun behandelgoal(en) te bereiken.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Bastiaanse (2011) heeft het verband tussen de therapeutische werkrelatie (gemeten op de SRS, Duncan & Miller, 2004) en de afname van depressieve klachten bij jongeren die de chattherapie van PratenOnline ontvingen, beoordeeld. SRS metingen op drie verschillende momenten (bij aanvang van de chattherapie, na drie sessies van de chattherapie en na de laatste sessie van de chattherapie) bleken een significante voorspeller te zijn voor de mate van klachtenvermindering (SRS1; $F(1,236) = 33.77, p < 0.0001, R^2 = 0.121$, SRS3; $F(1,150) = 21.815, p < 0.0001, R^2 = 0.121$, SRSgem; $F(1,259) = 76.422, p < 0.0001, R^2 = 0.225$). Hieruit valt aan te nemen dat de kwaliteit van de therapeutische relatie bijdraagt aan positieve behandelresultaten.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Uit monitorgegevens blijkt dat de jongeren die de chatsessies van PratenOnline volgen tevreden zijn over het aanbod van de oplossingsgerichte hulpverlening. De chatgesprekken werden de afgelopen 8 jaar (van 2007 tot en met 2014) gemiddeld met een 8,2 gewaardeerd, gemeten volgens de Session Rating Scale (Duncan & Miller, 2004).

In een masterthese concludeert Bastiaanse (2011) dat de chatbehandeling van PratenOnline resulteert in afname van depressieve klachten bij de jongeren (gemeten op de Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory II (BDI-II-NL), Van der Does, 2002). Hij verrichtte een quasi-experimenteel onderzoek waarin hij onder andere de BDI-II-NL scores van 261 jongeren tussen de 12 en 23 jaar voor aanvang en na de chatherapie van PratenOnline met elkaar vergeleek middels een t-toets ($t=19,37; df=260; p < 0.0001$).

Uit recent onderzoek door het Trimbos Instituut (Kramer et al., 2014) blijkt dat de web-based oplossingsgerichte chatinterventie van PratenOnline effectief is wat betreft de afname van depressieve klachten bij jongeren van 12 – 22 jaar vergeleken met een wachtlijstgroep. Voor dit onderzoek (Kramer e.a., 2014) zijn 236 jongeren (12 – 22 jaar) ingedeeld in een gerandomiseerde trial (een wachtlijstgroep en een testgroep die de chatinterventie ontving). De jongeren die de chatinterventie ontvingen, gebruikten gemiddeld 1,36 chatsessies (SD = 2.08), met een gemiddelde van 4,27 weken (SD = 6.27) tussen de eerste en de laatste sessie. Bij hen zijn na 9 weken (=post interventie meting) en na 4,5 maand (= follow-up meting) de depressieve klachten gemeten door middel van afname van de Center for Epidemiologic studies Depression Scale (CES-D). Bij de testgroep is eveneens de afname van de klachten na 7,5 maand gemeten. Na 9 weken was er sprake van een kleine effectsize tussen de groepen ($d=0.18, 95\% \text{ CI } -0.10 \text{ tot } 0.47$) en na 4,5 maand was er sprake van een grote effectsize ($d=0.79, 95\% \text{ CI } 0.45\text{-}1.08$). De interventiegroep toonde bij 7,5 maand

eveneens verdere verbetering. Het onderzoek van Kramer en collega's (2014) heeft echter belangrijke beperkingen. Zo was er ondanks de afname van klachten, een grote groep die niet geheel hersteld was na 4,5 maand en meer dan 70% van de chatinterventie groep ervoer nog depressieve klachten boven de cut-off score ($CES-D \geq 22$), wat aan kan geven dat zij nog steeds kampen met depressie. Er was daarnaast sprake van een hoog uitvalpercentage 42.2% van de jongeren namen geen deel aan t1 en 49.0% namen geen deel aan t2. Het fenomeen van hoge uitval komt vaak voor bij web-based interventies voor volwassenen en jongeren (Eysenbach, 2005 en Warmerdam e.a., 2008). Dit kan te maken hebben met de lage drempel, die het gemakkelijk kan maken om te starten, maar ook gemakkelijk om te stoppen met de interventie. Door het hoge uitvalpercentage, zijn er veel missende gegevens, wat de uitkomsten kan beïnvloeden. Gezien de oorzaak van de uitval niet te achterhalen is, is het mogelijk dat het effect van de chatinterventie over- of onderschat wordt. De sensitiviteitsanalyses en de analyses van de groep waarvan alle gegevens wel beschikbaar waren, laten overeenkomstige resultaten zien wat betreft de EM-toegerekende data analyses, waardoor er enige zekerheid ontstaat wat betreft de validiteit van de conclusies.

Samenvatting Werkzame elementen

De inhoudelijke werkzame factoren van PratenOnline zijn:

- Een cliëntgerichte benadering (gebaseerd op de oplossingsgerichte therapie), waarbij de jongere zelf bepaalt hoe hij/zij zijn/haar probleem wil oplossen en waarbij de jongere direct leert te concentreren op wat goed gaat en mogelijk is;
- Directe start met de behandeling zonder dat hiervoor een diagnose of anamnese vereist is. Hierdoor is het mogelijk om snel resultaat te boeken en de jongere gemotiveerd te houden en eigen regie op het herstelproces te laten voeren.

De praktische werkzame factoren van PratenOnline zijn:

- Een directe benadering van jongeren via een voor hen toegankelijk medium, internet. Hierdoor hoeft de jongere niet de deur uit voor een afspraak en kan de jongere in de vertrouwde omgeving blijven. Dit maakt de start van de therapie laagdrempelig;
- De garantie op een anonieme benadering. Hierdoor durven jongeren ook taboeonderwerpen sneller te bespreken;
- De online chattherapie is voor de jongeren kosteloos, hierdoor wordt de drempel verlaagd om de therapie te starten;
- De jongere kan online kennis maken met professionele hulpverlening en hierna eventueel besluiten met behulp van de hulpverlener van PratenOnline (live) verdere hulp te zoeken.

Aangehaalde literatuur

Anderson, J., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). The prevalence of DSM-III disorders in a large sample of pre-adolescent children from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-81.

Bannink, F. (2006). *Oplossingsgerichte Vragen - Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Harcourt.

Bannink, F. P. (2008). Posttraumatic success: Solution-focused brief therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(3), 215.

Bastiaanse, B J. (2011). *Chat-based 'Solution Focussed Therapy' voor jongeren met depressieve klachten: Effecten en het belang van de therapeutische werkrelatie*. Ongepubliceerde masterthese Klinische Psychologie. Vrije Universiteit, Amsterdam.

Batzel, D. (1997). Exploration of session perceptions in the words of clients and therapists.

Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerick, W., & Kim, J. (2013). *Solution Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals (2nd version)*. *Solution Focused Brief Therapy Association*.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100. Berg, I. & Shazer, S. de (1993). *Making numbers talk: Language in therapy*. In S.

Birmaher, B., Brent, D. A., & Benson, R. S. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1234-1238.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.

Brent, D. A. (2004). Antidepressants and pediatric depression: the risk of doing nothing. *N Engl J Med*, 351(16), 1598-1601.

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.

Carlton, P. A., & Deane, F. P. (2000). Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help. *Journal of Adolescence*, 23(1), 35-45.

Cladder, H. (1999). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., 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 the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 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.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. S., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age- and Gender-Specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.

Corry, C. V., Murphy, S., Brady, S., & Bunting, B. P. (2014). Characteristics of deaths by suicide in northern Ireland from 2005 to 2011 and use of health services prior to death. *Journal of affective disorders*, 168, 466-471.

Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people: Powerful lessons in personal change*. New York: Fireside.

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

Curtis, C. (2010). Youth perceptions of suicide and help-seeking: 'They'd think I was weak or "mental"'. *Journal of Youth Studies*, 13(6), 699-715.

De Jong, P., & Berg, I. K. (2012). *Interviewing for solutions*. Cengage Learning.

De Shazer, S. (1988). *Clues, investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

De Shazer, S., Dolan, Y. M., Korman, H., Trepper, T. S., & McCollum, E. E. (6). Berg, I. K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Hawthorn Press.

Duncan, B. & Miller, S. (2004). *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Does, A.J.W. van der (2002). *BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition*. Lisse: Harcourt Test Publishers.

Dolan, Y. (2005). *Omgaan met seksueel misbruik: Oplossingsgerichte therapie en Ericksoniaanse hypnose voor volwassenen*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11.

Fiske, H. (2008). *Hope in action: Solution-focused conversations about suicide*. Routledge.

Flament, M. F., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P., & Ledoux, S. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1070-1078.

Frankl, V. E. (1978). *De zin van het bestaan*. Rotterdam: Ad. Donker.

Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1124-1133.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 733-753.

Isherwood, K., & Regan, S. (2005). Solutions not problems: Improving outcomes in an integrated mental health rehabilitation service using a solution-focused brief therapy approach. *Social work & social sciences review*, 12(1), 53-71.

Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18:107-116.

Kramer, J., Conijn, B., Oijevaar, P., & Riper, H. (2014). Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(5).

Labouliere, C. D., Kleinman, M., & Gould, M. S. (2015). When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 12(4), 3741-3755.

Lee, M. Y. (1997). A study of solution-focused brief family therapy: Outcomes and issues. *American journal of family therapy*, 25(1), 3-17.

Le Fevere de Ten Hove, M. (2000). *Korte therapie: Een leidraad bij het 'Brugse model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Leuven-Apeldoorn: Garant.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1584-1591.

Lloyd, H., & Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy*, 30(1), 5-28.

MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. *Conversation analysis and psychotherapy*, 80-99.

McFarland, B. (1995). *Brief therapy and eating disorders: A practical guide to solution-focused work with clients*. San Francisco: Jossey-Bass.

Meiran, N., Diamond, G. M., Toder, D., & Nemets, B. (2011). Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: Examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Research, 185*(1), 149-156.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147-172.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Preparing People for Change, 2nd edition*. New York: Guilford.

O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (2003). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. WW Norton & Company.

Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., & Waslick, B. D. (2003). Outpatient treatment of child and adolescent depression in the United States. *Archives of General Psychiatry, 60*(12), 1236-1242.

Quick, E. K., & Gizzo, D. P. (2007). The "doing what works" group: A quantitative and qualitative analysis of solution-focused group therapy. *Journal of Family Psychotherapy, 18*(3), 65-84.

Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P., Roussos, J., & Gladstone, G. (1999). The influence of anxiety as a risk to early onset major depression. *Journal of affective disorders, 52*(1), 11-17.

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry, 55*(1), 56-64.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1*(3), 385-401.

Richardson, L. P., DiGiuseppe, D., Christakis, D. A., McCauley, E., & Katon, W. (2004). Quality of Care for Medicaid-Covered Youth Treated With Antidepressant Therapy. *Archives of General Psychiatry, 61*(5), 475-480.

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.

Roeden, J. M., & Bannink, F. P. (2007). Oplossingsgericht werken met licht verstandelijke beperkte cliënten [Solution focused brief therapy with mentally handicapped clients].

Roza, S. J., Hofstra, M. B., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2014). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American Journal of Psychiatry*.

Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D., Sun, W., & Giedd, J. N. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 760-765.

Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence*, 23(6), 675-691.

Selekman, M. D. (1997). *Solution-focused therapy with children: Harnessing family strengths for systemic change*. Guilford Press. Shazer, S. de (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

Shilts, L., Filippino, C., & Nau, D. S. (1994). Client-informed therapy. *Journal of Systemic Therapies*.

Stams, G., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgericht korte therapie: Een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39, 81-94.

Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of general psychiatry*, 58(3), 251-256.

Warmerdam, L., Straten, A. van, Twisk, J., Riper, H., Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4), e44.

Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s406), 14-23.

Wittchen, H. U., Lieb, R., Schuster, P., Oldehinkel, A. J., & Rapoport, J. L. (1999). When is onset? Investigations into early developmental stages of anxiety and depressive disorders. *Childhood onset of 'adult' psychopathology, clinical and research advances*, 259-302.

Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*, 29(02), 309-323.

Wu, P., Hoven, C. W., Cohen, P., Liu, X., Moore, R. E., Tiet, Q., Okezie, N., Wicks, J. & Bird, H. R. (2001). Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents. *Psychiatric Services*, 52(2), 189-195.

Zigmond, AS; Snaith, RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica*

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, 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.

