



Universiteit Utrecht



Happyles als preventieve interventie voor depressieve klachten

Naam Simone van Oorspronk

Studentnummer 3455386

Datum Vrijdag 24 juni, 2011

Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken, Universiteit Utrecht

Thesis in opdracht van het Trimbos-instituut

Thesisbegeleidster Rianne van der Zanden, Trimbos-instituut

Thesisdocente Monique van Londen-Barentsen, Universiteit Utrecht

Abstracts

Objective Many adolescents are having depressive symptoms. This study evaluates the effects of Happyles, a stepped care preventive intervention which contains e-learning lessons (universal prevention) and an online group course (selective prevention) to prevent depression. **Method** Participants were 247 students (14-18 years) in four secondary schools (VMBO, HAVO and VWO). They received the e-learning lessons of Happyles. **Results** Depressive symptoms were reported by 23,8% of the students. It turned out that the lessons affect those adolescents with depressive symptoms: they reported significant less depressive symptoms and more wellbeing at the second assessment. The highest level of satisfaction with the intervention is measured by girls, adolescents in third grade and students of VMBO. **Conclusion** The lessons of Happyles are effective in reducing symptoms of depression and increased wellbeing in students which reported subclinical symptoms. **Key words** E-mental health, depression, adolescents, stepped care prevention, Happyles, school program.

Doel Veel jongeren hebben depressieve klachten. Dit onderzoek evalueert de effecten van Happyles, een stepped care preventieve interventie dat bestaat uit e-learning lessen (universele preventie) en een online groepscursus (selectieve preventie) om depressie te voorkomen. **Methode** Deelnemers waren 247 leerlingen (14-18 jaar) van vier middelbare scholen (VMBO, HAVO en VWO). Zij ontvingen de e-learning lessen van Happyles. **Resultaten** Depressieve klachten werden gerapporteerd door 23,8% van de leerlingen. Het bleek dat de lessen effect hadden op deze adolescenten met depressieve klachten: zij rapporteerden significant minder depressieve klachten en meer welbevinden op de nameting. De hoogste waardering voor de interventie werd gevonden bij meisjes, leerlingen in het derde leerjaar en VMBO leerlingen. **Conclusie** De lessen van Happyles zijn effectief in het reduceren van depressieve klachten en het toenemen van welbevinden bij leerlingen die subklinische klachten rapporteerden. **Key words** E-mental health, depressie, adolescenten, stepped care preventie, Happyles schoolprogramma.

Dit onderzoek richt zich op de interventie Happyles, een stepped care e-learning programma ter bevordering van geluk en mentale veerkracht en ter preventie van depressie bij jongeren. Happyles is gebaseerd op de positieve psychologie. Het aanbod bestaat uit (a) universele preventie in de vorm van e-learning lessen en (b) geïndiceerde preventie in de vorm van een online groepscursus voor jongeren met symptomen van depressie. De e-learning lessen worden klassikaal aangeboden, waarbij leerlingen aan de slag gaan met oefeningen. De lesstof laat zien waar je gelukkig van wordt, hoe je met problemen om kunt gaan, wat je in de toekomst wil en hoe je dat kunt realiseren. De pilot van Happyles in het voortgezet onderwijs heeft plaatsgevonden in het voorjaar van 2011. Dit onderzoek brengt de prevalentie van depressieve klachten, het effect van Happyles op depressieve klachten en welbevinden van leerlingen en de tevredenheid van hen over de interventie in kaart.

Depressieve klachten

Definitie

Een depressieve stoornis wordt volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ingedeeld bij stemmingsstoornissen. Kenmerkend voor een depressieve stoornis is een aantal specifieke stemmingsklachten, zoals rusteloosheid, een verminderd gevoel van eigenwaarde en concentratieproblemen, in combinatie met een langere periode van geen interesse of plezier in gewone dagelijkse activiteiten en/of van langdurige neerslachtige gevoelens. Een depressie is volgens de DSM-IV in drie categorieën te verdelen: (1) major depressie, (2) dysthyme stoornis en (3) bipolaire stoornis. De DSM-IV geeft daarnaast criteria voor symptomen en frequentie van de symptomen. Zo kan een stemmingsstoornis eenmalig zijn of steeds terugkeren en een intensief of minder heftig beloop hebben (American Psychiatric Association, 2000).

Bij een subklinische depressie is sprake van depressieve klachten zonder dat voldaan is aan de criteria voor een depressieve stoornis (Cuijpers & Smit, 2008). Subklinische klachten zijn een sterke voorspeller voor het ontstaan van een depressie op korte termijn (Cuijpers, De Graaf, & Van Dorsselaer, 2004; Georgiades, Lewinsohn, Monroe, & Seeley, 2006).

Prevalentie

Depressies en depressieve klachten komen veel voor in Nederland. Depressie nam in 2007 de vierde plek in van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaakten met een verlies van 168.600 Disability-Adjusted Life Years (DALY's). Dit waren 58.900 DALY's bij mannen en 109.700 bij vrouwen (Hoeymans, Gommer, & Poos, 2010). De term DALY's wordt gebruikt als maat voor de ziektelast in een populatie, opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren en aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen, gewogen voor de ernst hiervan. Levensduur en kwaliteit van leven worden meegenomen in deze maat (Hoeymans, et al., 2010; Murray & Lopez, 1996). De World Health Organisation (2011) voorspelt dat depressie in 2020 de tweede hoogste ziektelast met zich mee zal dragen in ontwikkelde landen, waaronder Nederland.

Uit cijfers van het Nemesis-2 onderzoek (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010) over de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking van 18-65 jaar, blijkt dat 42.7% van de mensen ooit een psychische aandoening had. In het jaar voorafgaand aan het interview (2009) was dat 18%. In totaal hebben ongeveer 1.9 miljoen mensen dat jaar enigerlei psychische aandoening gehad. Uitgesplitst in een depressieve stoornis hebben

18.7% van de mensen deze stoornis op enig moment in hun leven gehad. In het jaar voorafgaand aan het interview was dit 5.2%.

Ook bij jongeren komen veel psychische problemen voor. Volgens Nederlands onderzoek heeft 3.8% van de jongeren van 13-18 jaar een depressie (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997). Een subklinische depressie komt voor bij 21.4% van de jongeren van 13-17 jaar (Smit, Bohlmeijer, & Cuijpers, 2003). Een belangrijk kenmerk van depressie is hulpeloosheid, dit wordt gevonden bij 25% van de jongeren (Duke, Borowsky, Pettingell, & McMorris, 2011). Onderzoek uit 2003 naar de gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland (HBSC-studie) laat zien dat in totaal 20.7% van de jongeren van 11-17 jaar last heeft van internaliserende problemen, waarvan 8.3% angstige/depressieve problemen rapporteert (Ter Bogt, Van Dorsselaer, & Vollebergh, 2003). De meest recente HBSC-studie uit 2009 laat zien dat 12.4% van de jongeren in de leeftijd van 11-16 jaar emotionele problemen (zoals stemmingsproblemen, depressies en psychosomatische klachten) rapporteert (Van Dorsselaer et al., 2010). Concluderend laten bovenstaande studies zien dat een groot percentage jongeren klachten ervaart binnen een scala van internaliserende problematieken.

Risicofactoren

Garber (2006) noemt een aantal risicofactoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een depressie: genetische aanleg, angstsymptomen, disregulatie in de neurobiologie, temperament, negatieve cognities, problemen in zelfregulatie en coping, stressvolle gebeurtenissen en interpersoonlijke problemen. Sekse is ook zeer bepalend, uit meerdere onderzoeken blijkt dat meisjes een dubbel zo groot risico lopen op het ontwikkelen van een depressie (De Graaf et al., 2010; Smit et al., 2003; Ter Bogt et al., 2003). In Nederland vonden De Hollander, Hoeymans, Melse, Van Oers en Polder (2006) zelfs een drie keer zo hoog risico bij meisjes ten opzichte van jongens in de leeftijd van 13-17 jaar.

Ook binnen het gezin zijn risicofactoren te definiëren, zoals relatieproblemen, ruzies tussen de ouders en emotionele problemen tussen ouder en kind. Ouderlijke psychopathologie kan daarin een rol spelen (Hammen & Brennan, 2003). Depressie en verslaving van ouders lijkt een verhoogd risico op depressie bij het kind te veroorzaken. Ook wanneer kinderen volwassen geworden zijn blijft dit verhoogde risico bestaan (Bijl, Cuijpers, & Smit, 2002). Zowel genetische factoren als omgevingsinvloeden (opvoedingsproblemen, relatieproblemen tussen de ouders, vijandigheid naar het kind, problemen in de communicatie met het kind en een verminderde emotionele steun) zorgen hiervoor (Mutsaers, 2008). Het is niet met zekerheid te zeggen dat depressie bij het kind het gevolg is van omgevingsinvloeden. De relatie kan ook omgekeerd voorkomen, waarin de problemen van het kind stress veroorzaken bij de ouders (Verhulst, 2006).

Naast deze risicofactoren is er een toename van depressie in de leeftijd van 13-15 jaar, met een piek in de leeftijden 17-18 jaar en een afname richting volwassenheid (Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994). Het blijkt zelfs dat 15% van de jongeren voor hun achttiende al een depressieve episode hebben meegemaakt (Smit, 2007). Van de volwassenen met een depressie heeft 75% zijn eerste depressieve episode in kindertijd of adolescentie beleefd (Kim-Cohen et al., 2003). In de adolescentie is er daarnaast sprake van meer symptomen van comorbiditeit van depressie en angst dan bij kinderen en volwassenen (Masi, Favilla, Mucci, & Millepiedi, 2000).

Het risico op het ontwikkelen van een (subklinische) depressie is hoger voor jongeren met een lage sociaal-economische status (Goossens, 2009; Ter Bogt et al., 2003; Van Dorsselaer, Zeijl, Van den Eeckhout, Ter Bogt, & Vollebergh, 2007). Dit hogere risico kan verklaard worden door een over het algemeen genomen slechtere gezondheid binnen deze groep, waaronder meer psychosociale klachten (Ten Dam, 1997). Ten slotte zijn allochtone (met name Turkse) jongeren en volwassenen vaker depressief dan de autochtone bevolking (Schrier et al., 2010; Spijker et al., 2004; Ter Bogt et al., 2003; Van der Wurff et al., 2004). Verklaringen hiervoor zijn een laag inkomens- en onderwijsniveau, fysieke beperkingen en chronische lichamelijke ziektes onder migranten. Dit verklaart enkel maar een deel, etniciteit bleek een sterke onafhankelijke risicofactor te zijn (Van der Wurff et al., 2004).

Een risicofactor alleen zal geen depressie veroorzaken, maar een opeenstapeling van risicofactoren verhoogt het risico op een depressie en kan ervoor zorgen dat deze tot uiting komt (Garber, 2006).

Gevolgen van depressie

Een depressie is een ernstige stoornis die niet zonder gevolgen is voor de jongere. Depressieve klachten tijdens de adolescentie gaan vaak gepaard met psychisch lijden (Lynch & Clarke, 2006), verminderd sociaal functioneren hetgeen tot sociale isolatie kan leiden, gedragsproblemen, middelengebruik (Giedd & Pine, 2002) en suïcide(pogingen) (Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000). Ten slotte vergroten depressieve klachten zowel het risico op het ontwikkelen van een depressieve episode in de (nabije) toekomst, als op andere mentale stoornissen (Cuijpers, Boluijt, & Van Straten, 2008).

Bij jongeren kunnen depressieve klachten leiden tot slechtere schoolprestaties, schoolverzuim en schooluitval (Dopheide, 2006). Daarmee kunnen depressieve klachten bij leerlingen negatieve gevolgen hebben voor de schoolloopbaan en de verdere carrière van de jongere (Smit et al., 2003; Sytma et al., 2006).

Depressieve klachten hebben niet alleen gevolgen voor de leerlingen en de school, maar hebben ook een maatschappelijke impact. In 2003 waren de totale zorgkosten van depressie ruim 660 miljoen euro (Meijer, Smit, Schoemaker, & Cuijpers, 2006). Ongeveer 20

miljoen euro wordt besteed aan kinderen en jongeren van 0-19 jaar, waarvan ruim 16 miljoen aan de leeftijdsgroep van 15-19 jaar. Cijfers uit 2005 laten zien dat de kosten van depressie 773 miljoen euro bevatten (Poos, Smit, Groen, Kommer, & Slobbe, 2008). In totaal maakten de kosten voor depressie toen 1.1% deel uit van de totale kosten voor de gezondheidszorg. Dit percentage is de ondergrens, aangezien een aanzienlijk deel van de kosten binnen de psychische stoornissen niet aan diagnosegroepen toegeschreven kon worden (Poos et al., 2008).

Preventie

Vanwege de hoge kosten, comorbiditeit en het risico op depressieve episoden in de toekomst is het belangrijk depressies vroegtijdig te signaleren en daarmee depressies en eventuele opeenvolgende psychische problemen te voorkomen of te stoppen (Lynch & Clarke, 2006). Hiervoor is het belangrijk kosteneffectieve preventieprogramma's voor depressie onder adolescenten te ontwikkelen (Shochet et al., 2001). Preventie kent drie verschillende vormen gericht op verschillende groepen. Universele preventie richt zich op de hele populatie, selectieve preventie op mensen die nog geen klachten hebben maar wel in een risicogroep vallen en ten slotte is er geïndiceerde preventie voor mensen waarbij al sprake is van klachten (Kroes et al., 2007).

Hulp zoeken bij depressie

Ondanks de problemen die jongeren ervaren blijken zij niet snel geneigd professionele hulp te zoeken voor hun klachten (Nicholas, Oliver, Lee, & O'Brien, 2004; Voordouw, Kramer, & Cuijpers, 2002). Volgens Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing en Verhulst (2003) zien adolescenten hulp zoeken als een signaal van zwakheid, zijn ze bang voor stigmatisering, vinden ze het moeilijk om met vreemden over hun depressieve gevoelens te praten en hebben ze niet het vertrouwen dat erover praten helpt. Wisdom, Clarke en Green (2006) hielden diepte-interviews met 15 jongeren en een focusgroep met 7 jongeren om te onderzoeken wat voor jongeren barrières zijn om hulp te zoeken bij een depressie. Deze jongeren gaven aan dat het belangrijk is dat er een goede verstandhouding is tussen de hulpverlener en de jongere, dat de hulpverlener passende informatie geeft en helpt bij het maken van keuzes over de behandeling. Wanneer jongeren worden geholpen om zich normaal, autonoom en verbonden met de hulpverlening te voelen, dan zouden ze de behandeling kunnen accepteren en resultaten kunnen boeken.

Onderzoek van Vanheusden en collega's (2008) laat zien dat van de jongeren met depressieve klachten 65.5% geen hulp zoekt. Daarvan ontkent 36% het probleem, denkt 37% dat hun problemen niet serieus zijn en denkt 24% negatief over hulp zoeken. Daarnaast blijkt dat jongeren die wel hulp willen zoeken, niet altijd weten waar ze dat kunnen

vinden of als ze eenmaal hulp hebben gezocht op een wachtlijst terecht komen (Lépine, Gastpar, Mendlewicz, & Tylee, 1997).

In onderzoek van Zwaanswijk en collega's (2003) onder 1120 Nederlandse adolescenten van 11-18 jaar wordt gevonden dat 3.1% is doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Van jongeren in de risicogroep blijkt 7.7% doorverwezen te zijn. Wanneer jongeren hun klachten serieus nemen blijkt 17.8% doorverwezen te worden. Hieruit blijkt het belang van herkenning van problemen door de adolescenten zelf. Toch blijkt 3.8% van de adolescenten die behoefte heeft aan hulp dit niet te krijgen (Zwaanswijk et al., 2003). Uit het onderzoek bleek ook dat jongeren een bepaalde weerstand hebben tegen het zoeken van hulp bij de GGZ, ook als ze zelf erkennen emotionele problemen of gedragsproblemen te hebben. Vooral meisjes, jongeren met internaliserende problemen en oudere adolescenten blijken met dergelijke problemen geen gebruik van de GGZ te maken. Ook ouders en professionals spelen hierin een rol. Zij herkennen en rapporteren mentale gezondheidsproblemen niet altijd. Dit resulteert erin dat veel depressieve klachten van jongeren niet worden gesignaleerd (De Graaf et al., 2008). Van degenen die wel worden gesignaleerd, krijgt de minderheid adequate hulp (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004).

Hulp zoeken op internet

Horgan & Sweeney (2010) vonden in hun onderzoek onder 922 studenten dat 72.4% van hen internet meerdere keren per dag gebruikte. Daarvan had 30.8% gezocht naar informatie over psychische gezondheid, meestal over depressie. Ook gaf 68% van de deelnemers aan dat ze internet zouden gebruiken voor GGZ als ze dat nodig zouden hebben. Toch blijkt 79.4% de voorkeur te geven aan face to face zorg. Een reden om online zorg wel boven traditionele gezondheidszorg te verkiezen is privacy (Horgan & Sweeney 2010). Zo kunnen jongeren conflicten met ouders en schaamte voor leeftijdgenoten vermijden. Daarnaast is internet 24 uur per dag beschikbaar en niet afhankelijk van plaats en tijd (Skinner, Biscope, Poland, & Goldberg, 2003). Internet is voor adolescenten ook een acceptabel medium omdat ze eerder een website bezoeken dan bijvoorbeeld de schoolcounselor (McCrone et al., 2004). Ten slotte verlaagt internet voor jongeren de drempel om met vreemden over hun problemen te praten (Hoek, Schuurmans, Koot, & Cuijpers, 2009).

Uit ander onderzoek blijkt daarentegen dat een groot deel van de jongeren aangeven nooit actief naar informatie over psychische gezondheid te zoeken en dat zij dit pas doen als ze onoplosbare problemen hebben. In het beginstadium van de klachten zijn zij zich niet bewust dat ze ook informatie en tips kunnen zoeken over lekkerder in je vel zitten (Notenboom & Van Male, 2008) terwijl blijkt dat jongeren daar wel interesse in hebben (Lankester, 2009).

Preventie via internet wordt genoemd als een veelbelovende mogelijkheid om de problemen in het zoeken en krijgen van hulp op te lossen (Borzekowski & Rickert, 2001; De Graaf et al., 2008). Jongeren delen hun gevoelens en ervaringen makkelijker op internet dan face to face (Valkenburg, Peter, & Schouten, 2006). Internetprogramma's zijn laagdrempelig en kunnen moeilijk bereikbare doelgroepen bereiken (Riper et al., 2007) zoals mensen die weinig thuis zijn of juist aan huis gebonden zijn. Ook mensen met psychische aandoeningen, die vanwege stigma en vooroordelen over therapeuten geen therapie willen zoeken worden hiermee bereikt (Bijl & Ravelli, 2000). Anonimiteit van internetprogramma's maakt het aanbod aantrekkelijk (Valkenburg et al., 2006). Daarnaast zijn internet-programma's vaak zeer flexibel. Zo kan bij zelfhulpinterventies de inhoud van de therapie worden teruggekeken en kan de cliënt in eigen tempo werken (Spek et al., 2007). Ook vanuit de consument gezien biedt internet voordelen, het blijkt dat de online cliënt meer tevreden is over de behandeling (Proudfoot et al., 2004). Ten slotte zijn de mogelijkheden van internet bij uitstek geschikt voor jongeren, omdat 81-91% van de jongeren van 12-25 jaar dagelijks op internet surft (CBS, 2010), zij gemiddeld 11 uur per week online zijn (Dekker, Hoogervorst, & Witteman, 2006) en omdat internet voor veel jongeren hun favoriete tijdsbesteding is (Young Works, 2005). De computer wordt gebruikt als een sociaal apparaat (Boschma & Groen, 2006; Dekker et al., 2006; Lankester, 2009). Online hulpprogramma's leveren door de gedeeltelijke automatisering een tijdsbesparing op voor therapeuten en is daarmee kosteneffectiever (Cuijpers et al., 2008). Ook maakt internet het stepped care aanbieden van hulp mogelijk, waarbij eerst de minst intensieve mogelijkheid wordt gebruikt, en daarna pas duurdere vervolgbehandelingen (Riper et al., 2007).

Online interventies volwassenen

Inmiddels verschijnen veel depressieprogramma's op internet, waarvan de effecten veelal onderzocht worden. Zo vonden Wright en collega's (2005) in hun onderzoek naar een online cognitieve gedragstherapie voor volwassenen dat deze vorm van interventie de behandelstijd reduceerde met de helft, terwijl de effectiviteit gelijk bleef. Spek en collega's (2007) voerden een meta analyse uit naar de effecten van online cognitief-gedragstherapeutische programma's voor depressie en angst bij volwassenen. In de behandelstudies werd een groot effect gevonden, vooral als er ondersteuning van een therapeut plaatsvond. Zij komen tot de conclusie dat online interventies effectief lijken te zijn. Riper en collega's (2007) deden een meta analyse naar internettherapie bij verschillende psychische stoornissen bij volwassenen. Online interventies voor depressie bleken in klinisch en economisch opzicht effectief te zijn. In Nederland zijn de online cursussen 'in de put, uit de put' en 'kleur je leven'

beschikbaar, ook bij deze programma's blijken depressieklachten te verminderen bij zowel volwassenen als ouderen (Hamberg-van Reenen et al., 2010).

Online interventies jongeren

Van Voorhees en collega's (2008) onderzochten twee online depressie preventie programma's voor jongeren met een risico op het ontwikkelen van een depressie. Eén programma werd voorafgegaan door een kort advies, de ander door een motiverend interview. Beide vormen zorgden voor een versterking van beschermende factoren en een vermindering van depressieve klachten. In een review van Calear en Christensen (2010) naar online cognitief gedragstherapeutische programma's voor jongeren met depressie en angst zijn acht studies gevonden. In totaal zijn 2094 respondenten in vier programma's (MoodGYM, BRAVE ONLINE, Project CATCH-IT en *Gripopjedip online*) onderzocht. Ook in deze studies, waaronder drie gerandomiseerde onderzoeken, wordt steun gevonden voor effectiviteit van online interventies gericht op angst en depressie. Bij zes studies is er na afloop van de interventie een afname in angst en/of depressieve klachten en bij drie studies is ook in de follow up een verbetering te zien.

De Nederlandse online cursus *Gripopjedip online* is een evidence based aanbod voor jongeren van 16 tot en met 25 jaar die last hebben van depressieve klachten. In de praktijk bereikt dit aanbod met name de hoger opgeleide jongeren en jongeren die relatief zwaardere depressieve klachten hebben en een hoge lijdensdruk ervaren (Gerrits et al., 2007). Jongeren die een middelbaar beroepsopleiding (MBO) of lager volgen, worden relatief minder goed bereikt en bediend. Zij melden zich weinig aan en blijken moeite te hebben met de cursusstof (Van der Zanden, Goossens, & Van der Veen, 2010).

Daarnaast is in Nederland de online zelfhulpcursus 'Alles onder Controle' beschikbaar voor jongeren van 12-21 jaar met sombere klachten. Deelnemers maken vijf weken achter elkaar wekelijks een les waarin zij tevens begeleid worden via e-mail. Op dit moment loopt er een effectonderzoek naar deze interventie (Alles onder controle, 2011).

Ondanks de veelbelovende effecten van internet is er nog weinig vergelijkend onderzoek gedaan tussen internet en 'usual care' (Van Rooijen, 2010). Dit is ook te zien in de review van Calear en Christensen (2010), waar de interventies niet worden vergeleken met een controlegroep of alleen vergeleken worden met een wachtlijst groep. Er zou gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd moeten worden waarin online interventies vergeleken worden met face to face interventies (Van Rooijen, 2010). Riper en collega's (2007) geven daarnaast aan dat RCT onderzoek onder jongeren veelal ontbreekt, terwijl het aanbod ook op hen is gericht.

Positieve psychologie

Naast de beschikbare programma's om depressieve symptomen te verminderen, is de stroming van de positieve psychologie (Seligman, Rashid, & Parks, 2006) in opkomst, die inzet op het versterken van de psychische gezondheid. Eén van de belangrijkste principes binnen de positieve psychologie is het verhogen van geluk (Lubyomirsky, 2007). Oefeningen vanuit de positieve psychologie gaan dan ook uit van de positieve krachten van mensen in plaats van depressieve klachten. Psychisch welbevinden kan namelijk een buffer vormen tegen het ontwikkelen van een depressie (Keyes, 2007). In een longitudinaal onderzoek van Patton en collega's (2011) onder 5634 Australische leerlingen van 12-14 jaar blijkt dat optimistisch denken beschermend werkt voor gezondheidsrisico's, met grotere effecten als er op meerdere aspecten van psychologisch functioneren wordt gericht. Optimistisch denken heeft het meest invloed op depressieve symptomen. De onderzoekers pleiten voor preventieve interventies gericht op mentale gezondheid en gedrag die zich op meerdere aspecten van psychologisch functioneren richten en zo grote effecten bereiken. Deze universele preventie heeft als doel degene die nog geen klachten hebben te behoeden voor klachten en de subklinische groep te bereiken die niet naar de hulp komt. Bergsma (2011) wijst erop dat het gevaar van de positieve psychologie is dat die zich afwendt van mensen met psychische stoornissen omdat die het onderwerp van studie zijn in de traditionele psychologie. Toch hebben juist mensen met psychische stoornissen het meeste baat bij interventies gericht op het verhogen van geluk. Bij hen is meer ruimte voor de verbetering van het geluk en er is in die groep een hoger rendement van de interventies te verwachten.

In Italië is een gerandomiseerd onderzoek gedaan naar een schoolprogramma dat zich richt op het bevorderen van positieve emoties en welbevinden in vergelijking met een placebo interventie. Middels een pretest-posttest design en een follow-up meting na zes maanden werden klachten, welbevinden en angst gemeten. De interventie bleek effectief en zorgde voor een toename in het welbevinden van de jongeren en een afname in angst (Ruini et al., 2009).

In Nederland is in het kader van de positieve psychologie de klassikale interventie 'Lessen in Geluk' ontwikkeld, een lespakket voor middelbare scholieren. Uit onderzoek naar het effect van de interventie blijkt dat de lessen geen effect hebben op welbevinden direct na de lessen, maar dat de interventie wel leidt tot een verbetering van de schoolprestaties. De leerlingen die 'Lessen in Geluk' volgden hadden aan het einde van het jaar hogere eindcijfers dan leerlingen uit de controlegroep. De onderzoekers denken dat dit komt omdat de interventie veel aandacht heeft voor het maken van positieve keuzes en dat het effect daarvan pas op de langere termijn zichtbaar is geworden (Boerefijn & Bergsma, 2011).

Happyles

Achtergrond Happyles

Happyles heeft als doel het voorkomen van depressies en het versterken van de psychische gezondheid. Happyles kent twee versies: Happyles 16-25 en Happyles 13-17. Happyles 16-25 is ontwikkeld voor jongeren van 16-25 jaar op het MBO, als extra aanbod naast *Gripopjedip online* waarmee vooral hoger opgeleide jongeren worden bereikt (Van der Zanden et al., 2010). Happyles bevat veel meer beeldmateriaal en minder tekst dan *Gripopjedip online*. De eerste resultaten van Happyles 16-25 tonen significante positieve uitkomsten voor het welbevinden van de jongeren (Van der Linden & Van der Zanden, 2011). Happyles 13-17 is ontwikkeld voor jongeren van 13-17 jaar. De opzet en inhoud van deze versie is grotendeels gelijk aan Happyles 16-25. Happyles 13-17 is ontwikkeld voor alle leerlingen in het voortgezet onderwijs en wordt in dit onderzoek onderzocht. Omdat het aanbod veel beeldmateriaal en korte tekstjes bevat is Happyles 13-17 mogelijk zeer geschikt voor VMBO leerlingen.

Inhoud Happyles

Happyles is een stepped care interventie voor depressiepreventie en bestaat uit twee delen: twee e-learning lessen op het voortgezet onderwijs (universele preventie) en een online groepscursus voor jongeren met depressieve klachten (geïndiceerde preventie).

E-learning lessen

Het doel van de e-learning lessen is het bevorderen van geluk en welbevinden en het voorkomen van depressies bij jongeren van 13-17 jaar. Er zijn twee e-learning lessen die door alle leerlingen worden gevolgd en plaatsvinden in de klas (Van der Linden, Romijn, Van Oorspronk, & Van der Zanden, 2011b). Op deze manier maken alle jongeren automatisch van de interventie gebruik, wat de toegang tot de geïndiceerde preventie vergemakkelijkt.

Voorbeelden van oefeningen uit de e-learning lessen zijn onder andere het bedenken van dagelijkse activiteiten die de jongere leuk vindt om te doen, het gebruiken van sterke eigenschappen, aandacht voor het hier en nu (mindfulness), anti-piekeroefeningen en het visualiseren van een (nabije) ideale toekomst op verschillende levensgebieden. Bij de opdrachten zijn filmpjes ontwikkeld met jongeren van dezelfde leeftijd, die real-life situaties laten zien. Dit is herkenbaar voor de doelgroep, waardoor ze zich kunnen identificeren met foto's en filmpjes. Deze insteek is gebruikt in het aanbod van Happyles (Van der Linden et al., 2011b).

Online groepscursus

De online groepscursus van Happyles richt zich op jongeren van 13-17 jaar die depressieve klachten hebben en bestaat uit zes wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur die plaatsvinden in een beveiligde chatbox. Per georganiseerde cursus nemen maximaal zes jongeren deel. Jongeren kunnen zich hiervoor aanmelden via de website en vanuit de e-learning lessen waarbij ze gewezen worden op dit aanbod. De cursus wordt begeleid door professionals van de GGZ-instelling GGNet. Zij beoordelen ook op basis van ingevulde vragenlijsten of de cursus een geschikt hulpaanbod is voor de jongeren die zich aanmelden (Van der Linden, Romijn, Van Oorspronk, & Van der Zanden, 2011a).

Uitgangspunten Happyles

Happyles is voornamelijk gebaseerd op de positieve psychologie en de cognitieve gedragstherapie. De cognitieve gedragstherapie richt zich op het verduidelijken van de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag, het omzetten van negatieve denkpatronen in positieve denkpatronen en het stimuleren van leuke activiteiten (Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews, 1990). De cognitieve gedragstherapie is bewezen effectief gebleken bij de aanpak van depressie (Spek et al., 2007). Kaltenthaler en collega's (2006) vonden daarnaast in een systematische review over 20 studies naar de effectiviteit van online interventies bij depressies en angststoornissen dat de computergestuurde cognitieve gedragstherapie net zo effectief is als de therapeutgestuurde cognitieve gedragstherapie en effectiever is dan care-as-usual.

Happyles heeft een positieve insteek en benadering. Dit sluit aan bij Lankester (2009), die aangeeft dat een interventie klinische woorden als depressie moet vermijden en juist een positieve woordkeus moet hanteren. Daarnaast wordt Happyles in een sociale setting aangeboden. Crutzen (2009) laat zien dat het aanbieden van een interventie in een sociale setting voor jongeren een haalbare en geschikte manier kan zijn, omdat leerkrachten gewend zijn aan hun rol als intermediair en daarmee het effect van de interventie kunnen versterken.

De korte duur van Happyles sluit aan bij de bevindingen van Christensen, Griffiths, Mackinnon, & Brittlife (2006). Zij vonden in hun onderzoek naar zes verschillende interventies, gericht op het voorkomen van een depressie, dat een lange duur van een interventie in relatie staat tot meer drop out. Bij korte interventies werden wel kleinere effecten gevonden. Ten slotte zijn huiswerkopdrachten bij Happyles een onderdeel van de online groepscursus. Stice en collega's (2008) vonden dat het gebruik van huiswerkopdrachten zorgt voor grotere effecten.

Voorgaande resultaten Happyles 16-25

De interventie Happyles 16-25 is in 2010 als proef geïmplementeerd op vier MBO's bij 186 studenten in de leeftijd van 16-25 jaar en onderzocht door Van der Linden, Romijn, Van der Zanden en Van der Veen (2010). Op de welbevindenvragenlijst Adolescent Mental Health Continuüm – Short Form (MHC-SF) bleken deze jongeren ($n = 51$) op de nameting een significant ($p < .001$) hoger niveau ($M = 63.7$, $SD = 10.8$) van welbevinden te rapporteren dan op de voormeting ($M = 59.4$, $SD = 9.7$). Op depressieve klachten, middels de Center Epidemiologic Studies-depression (CES-D), is geen significant effect gevonden. Ook is gekeken naar de tevredenheid en waardering van de deelnemers. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek (Van der Linden et al., 2010) is het aanbod aangepast, wat heeft geleid tot een vermindering van vijf lessen naar twee lessen en een reductie in tekst en oefeningen. Daarnaast is de interventie aangevuld met filmpjes die real-life situaties bevatten in plaats van op scripts gebaseerde filmpjes en zijn duidelijke doorverwijzingen naar het geïndiceerde aanbod toegevoegd.

Onderzoek Happyles 13-17

Na de proefimplementatie van Happyles 16-25 wordt met dit onderzoek de proefimplementatie van Happyles 13-17 onderzocht. Het doel van dit onderzoek is drieledig en richt zich op de e-learning lessen van Happyles. Ten eerste wordt de prevalentie van depressieve klachten en mate van welbevinden bij leerlingen in de leeftijd van 13-17 jaar in kaart gebracht. Daarnaast wordt vastgesteld of de e-learning lessen van Happyles een effect hebben op het welbevinden en op depressieve klachten bij deze jongeren, een week na het volgen van de lessen. Eventuele effecten bij subgroepen worden meegenomen in de analyses. Ten slotte wordt de tevredenheid van de leerlingen over de interventie geëvalueerd, waarbij onderzocht wordt door welke subgroepen Happyles het meest wordt gewaardeerd.

Methode

Selectieprocedure & -criteria

Voor de pilot studie Happyles 13-17 werden in totaal vier middelbare scholen geworven. De scholen die mee hebben gedaan liggen verspreid over Nederland: Rotterdam, Den Haag, Almere en Raamsdonkveer. Alle scholen bieden onderwijs voor VMBO, HAVO en het VWO. Drie scholen zijn openbaar en één school gaat uit van algemeen bijzonder onderwijs. In het voorjaar van 2011 vond de pilot plaats.

Design

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Ten eerste is gebruik gemaakt van een pretest - posttest design, met een periode van twee weken tussen beide metingen op de vragenlijsten voor depressieve klachten en welbevinden. Daarnaast is een procesevaluatie uitgevoerd met behulp van evaluatievragenlijsten voor leerlingen.

Onderzoeksinstrumenten

Bij de leerlingen zijn drie vragenlijsten afgenomen, allen online ingevuld. Depressieve symptomen zijn zowel voor als na de lessen gemeten met behulp van de Center Epidemiologic Studies-Depression (CES-D). De Nederlandse vertaling door Bouma, Ranchor, Sanderman, & Van Sonderen (1995) is te vinden in bijlage 1. De CES-D stelt veranderingen in depressieve symptomen vast en is daarom geschikt als effectmaat. Daarnaast geeft het een indicatie van de aard en ernst van de depressieve symptomen. De CES-D is een zelfrapportage vragenlijst die zich niet alleen richt op de symptomen, maar ook op de frequentie van het ervaren van die symptomen. De CES-D bestaat uit twintig vragen waarvan de antwoorden worden gegeven op een vierpuntschaal, met als keuzes: (0) zelden of nooit, (1) soms of weinig, (2) regelmatig, en (3) meestal of altijd. De vragen zijn zowel positief (vier) als negatief (16) geformuleerd. Vragen die worden gesteld gaan over de gevoelens van de afgelopen week, bijvoorbeeld: 'had ik plezier in het leven' en 'had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte'.

De totaalscores liggen tussen de 0 en de 60. Een score van 0-16 geeft aan dat er waarschijnlijk geen sprake is van depressieve symptomen. Bij een score boven de 16 kan sprake zijn van subklinische klachten (Bouma et al., 1995). Cuijpers en collega's (2008) vonden in hun onderzoek dat een score boven de 22 fungeert als afkappunt voor een klinische depressie. Omdat dit onderzoek zich richt op leerlingen met (sub)klinische klachten wordt afkappunt 16 gehanteerd (Van der Linden et al., 2011a).

Uit een groot aantal onderzoeken in Nederland, waaronder twee grote aselechte steekproeven uit de bevolking (met deelnemers van 18 jaar en ouder), blijkt de interne

consistentie van de CES-D totaalscore zeer hoog te zijn (α tussen .79 en .92). In de door Bouma en collega's (1995) gebruikte onderzoeken wijzen de hoge correlaties met alle gerelateerde (sub)schalen en variabelen ook in de richting van een zeer goede validiteit van de CES-D totaalscore. De CES-D kan met een betrouwbaarheid van $\alpha = .93$ ook als screeningsinstrument op internet worden gebruikt (Cuijpers et al., 2008). In dit onderzoek naar Happyles 13-17 heeft de CES-D zowel op de voormeting ($\alpha = .92$, $n = 244$) als op de nameting ($\alpha = .95$, $n = 130$) een hoge betrouwbaarheid.

Gevoelens van welbevinden zijn gemeten met behulp van de Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS; Tennant, Fishwick, Platt, Joseph, & Stewart-Brown, 2007). De WEMWBS is een zelfrapportage vragenlijst die zich richt op positieve gevoelens en bestaat uit 14 vragen. Er wordt geantwoord op basis van een vijfpuntschaal: (1) nooit, (2) zelden, (3) soms, (4) vaak en (5) altijd. Alle vragen zijn positief geformuleerd. De punten die horen bij de antwoorden worden bij elkaar opgeteld, wat een totaalscore geeft tussen de 14 en de 70. Hoe hoger de score, hoe meer welbevinden de persoon ervaart. De vragen die gesteld worden gaan over de gevoelens van de afgelopen twee weken, bijvoorbeeld: 'ik was optimistisch over de toekomst' en 'ik voelde me goed over mezelf'.

Deze vragenlijst is in het Nederlands vertaald door Haverman en Bolier (2010) en is te vinden in bijlage 2. De vragenlijst is in Nederland nog niet gevalideerd. Schots onderzoek door Tennant en collega's (2007) laat een interne validiteit van de WEMWBS zien met een α van .89 voor studenten en .91 voor de totale populatie en heeft een hoge correlatie met andere mentale gezondheid en welzijnsvragenlijsten. Ook de WEMWBS heeft in dit onderzoek naar Happyles 13-17 een hoge betrouwbaarheid op zowel de voormeting ($\alpha = .89$, $n = 244$) als op de nameting ($\alpha = .93$, $n = 130$).

Tevredenheid van de leerlingen is gemeten met een evaluatievragenlijst, afgenomen na de tweede les (zie bijlage 3). Hierin wordt gevraagd naar een beoordeling over de verschillende onderdelen van de e-learning lessen en het geheel van de interventie. Ook wordt er gevraagd naar technische werkzaamheid, aantrekkelijkheid en toegankelijkheid van de interventie. Er zijn zowel open als gesloten vragen gesteld. De gesloten vragen worden beantwoord met behulp van meerkeuzemogelijkheden en rapportcijfers op een schaal van 1–10. De vragen over rapportcijfers vormen samen een schaal met een zeer hoge betrouwbaarheid ($\alpha = .98$, $n = 199$).

Resultaten

Beschrijving onderzoeksgroep

In de onderzoeksperiode februari 2011 hebben 279 leerlingen in 12 klassen op vier scholen de e-learning lessen van Happyles gevolgd. In totaal hebben 247 leerlingen (89.9%) toestemming gegeven voor het gebruik van hun gegevens voor onderzoek. De onderzoeksgroep bestaat uit ongeveer evenveel meisjes ($n = 131$, 53%) als jongens ($n = 116$, 47%). De leerlingen zijn 14-18 jaar oud ($M = 15.48$ jaar, $SD = .90$) waarvan 125 leerlingen 14-15 jaar oud (50.6%) en 119 leerlingen 16-18 jaar oud zijn (48.2%). Van drie leerlingen (1.2%) missen de leeftijdgegevens. Deelnemers zaten in het derde (92 leerlingen, 37.2%) of vierde leerjaar (155 leerlingen, 62.8%). In totaal volgden 69 jongeren VMBO-TL (28%), 91 jongeren HAVO (36.8%) en 87 jongeren VWO (35.2%).

De meeste leerlingen zijn in Nederland geboren ($n = 223$, 90.3%). De leerlingen die in het buitenland geboren zijn komen vooral uit China ($n = 5$), de Nederlandse Antillen ($n = 3$), Marokko ($n = 2$) of Angola ($n = 2$). Zowel de moeders als de vaders van de leerlingen zijn voor 66.8% in Nederland geboren, daarnaast komen de meeste ouders uit Suriname (21 moeders, 19 vaders), Turkije (11 moeders, 13 vaders), Pakistan (9 moeders en vaders), China (6 moeders, 7 vaders) Marokko (6 moeders, 7 vaders), of de Nederlandse Antillen (6 moeders en vaders). Leerlingen met een of twee niet-westerse ouders worden beschouwd als allochtoon (CBS, 2010), dit zijn 94 leerlingen (38.1%).

De nameting is ingevuld door 130 leerlingen. Er zijn verschillende redenen voor het niet invullen van de nameting. Allereerst hebben drie klassen van twee verschillende scholen niet de mogelijkheid gehad de vragenlijst in een lesuur in te vullen. Daarnaast zijn er vier klassen waarvan ongeveer de helft van de leerlingen de nameting niet hebben ingevuld. In vijf klassen heeft het merendeel van de leerlingen de nameting wel ingevuld. Demografische gegevens van de totale onderzoeksgroep en van de groep die zowel voor- als nameting heeft ingevuld zijn te zien in tabel 1.

In de totale onderzoeksgroep is met behulp van een χ^2 toets een significante relatie gevonden voor etniciteit en opleidingsniveau $\chi^2 (1, n = 246) = 21.04, p < .001$, waarbij allochtone leerlingen verhoudingsgewijs vaker het VMBO volgen in vergelijking met autochtone leerlingen. De relatie etniciteit en onderwijsniveau wordt ook gevonden bij de groep die zowel voor- als nameting heeft ingevuld, $\chi^2 (1, n = 130) = 12.08, p < .01$. Er is geen significante relatie gevonden van sekse met etniciteit of opleidingsniveau.

Tabel 1.

Demografische Variabelen Onderzoeksgroepen.

	Voormeting		Voor- en Nameting	
	N = 247		n = 130	
	N	%	n	%
SEKSE				
Meisje	131	53	77	59.2
Jongen	116	47	53	40.8
LEEFTIJD				
14 – 15 jaar	125	50.6	76	58.5
16 – 18 jaar	119	48.2	52	40
Missing	3	1.2	2	1.5
OPLEIDINGSNIVEAU				
VMBO	69	28	54	41.5
HAVO	91	36.8	40	30.8
VWO	87	35.2	36	27.7
GEBOORTELAND				
Nederland	223	90.3	114	87.7
Anders	24	9.7	16	12.3
GEBOORTELAND MOEDER				
Nederland	165	66.8	69	53.1
Anders	82	33.2	61	46.9
GEBOORTELAND VADER				
Nederland	165	66.8	68	52.3
Anders	82	33.2	62	47.7
ETNICITEIT				
Autochtoon	153	62.3	62	47.7
Allochtoon	94	38.1	68	52.3

Prevalentie (onderzoeksvraag 1)

In totaal hebben 244 leerlingen de vragenlijsten op de voormeting ingevuld. Met behulp van independent t-toetsen is gekeken naar een verschil in scores op de CES-D en de WEMWBS door verschillende subgroepen. Significante verschillen zijn gevonden op de variabelen sekse, leerniveau en leerjaar. Het blijkt dat meisjes ($t(242) = -2.51, p < .05, n = 244$) gemiddeld hoger scoren ($M = 11.82, SD = 9.59$) op depressieve klachten dan jongens ($M = 8.88, SD = 8.59$). Op welbevinden blijken meisjes ($t(242) = 3.1, p < .01, n = 244$) gemiddeld lager te scoren ($M = 52.95, SD = 8.11$) in vergelijking met jongens ($M = 56.13, SD = 7.84$). Voor leerniveau is een significant verschil ($t(242) = 2.18, p < .05, n = 244$) gevonden tussen VMBO leerlingen en HAVO/VWO leerlingen. Leerlingen uit het VMBO scoren gemiddeld

hoger op depressieve klachten ($M = 12.78$, $SD = 11.17$) in vergelijking met HAVO/VWO leerlingen ($M = 9.54$, $SD = 8.23$). Op welbevinden is ook een significant verschil gevonden ($t(242) = -2.61$, $p < .05$, $n = 244$), waarbij VMBO leerlingen gemiddeld lager scoren ($M = 52.28$, $SD = 8.89$) dan HAVO/VWO leerlingen ($M = 55.27$, $SD = 7.67$). Ten slotte is op welbevinden een significant ($t(242) = 2.45$, $p < .05$, $n = 244$) verschil gevonden in leerjaar, waarbij derdeklassers gemiddeld lager scoren ($M = 52.8$, $SD = 8.39$) vergeleken met vierdeklassers ($M = 55.41$, $SD = 7.83$). Tussen de scores op de CES-D en de WEMWBS is een sterke negatieve significante samenhang gevonden ($r = -.75$, $p < .01$, $n = 244$).

In tabel 2 is zichtbaar dat 58 leerlingen (23.8%) op de CES-D (sub)klinisch scoren, waarbij afkappunt 16 op de CES-D is gebruikt (Van der Linden et al., 2011a; 2011b). Dit zijn 38 meisjes (65.5%) en 20 jongens (34.5%). De leeftijden zijn gespreid, ongeveer evenveel leerlingen zijn 14-15 jaar ($n = 28$, 48.3%) als 16-18 jaar ($n = 29$, 50%). Van één leerling is de leeftijd onbekend (1,7%). Van deze groep is 41.1% derdejaars ($n = 24$) en 58.6% vierdejaars ($n = 34$). In totaal volgen 22 leerlingen (37.9%) het VMBO en 36 leerlingen (62.1%) HAVO/VWO. De groep bestaat voor 39.7% uit allochtone leerlingen ($n = 23$) en voor 60.3% uit autochtone leerlingen ($n = 35$).

Tabel 2.

Depressiecategorieën Voormeting CES-D.

Score op CES-D	1. Normaal	2. (Sub)klinisch	3. Totaal
Onderzoeksgroep	186 (76.2%)	58 (23.8%)	244 (100%)

Er zijn significant ($p < .05$) meer meisjes en VMBO leerlingen in de (sub)klinische groep. Dit komt overeen met het feit dat meisjes en VMBO leerlingen hoger scoren dan jongens en HAVO/VWO leerlingen, zoals hierboven beschreven. Van de 58 leerlingen geven 12 leerlingen (20.7%) op de evaluatievragenlijst aan niet happy te zijn.

Beschrijving onderzoeksgroep voor- en nameting (onderzoeksvraag 2)

De nameting is ingevuld door 130 leerlingen. Onderzocht is of de groep die de nameting heeft ingevuld representatief is voor de groep die dit niet heeft gedaan ($n = 117$). Daarin zijn leerlingen die de mogelijkheid voor het invullen niet hebben gekregen niet meegenomen ($n = 52$). De 65 leerlingen die de nameting niet hebben ingevuld terwijl ze wel de mogelijkheid hebben gehad worden vergeleken met de 130 leerlingen die dit wel hebben gedaan. De relatie tussen het wel of niet invullen van de nameting en de volgende variabelen zijn onderzocht met behulp van de Chi^2 toetsen: sekse, leeftijd, leerjaar, opleidingsniveau, etniciteit en het wel of niet rapporteren van depressieklachten.

Er is een significant verschil gevonden met betrekking tot het wel of niet invullen van de nameting als het gaat om leeftijd $\chi^2 (1, n = 193) = 5.51, p < .05$, opleidingsniveau $\chi^2 (1, n = 195) = 15.36, p < .01$, etniciteit $\chi^2 (1, n = 196) = 21,1, p < .001$ en leerjaar $\chi^2 (1, n = 196) = 15.45, p < .001$. In de groep die de nameting heeft ingevuld zitten verhoudingsgewijs meer jongeren in de leeftijd 14-16 jaar, meer leerlingen die VMBO volgen, meer allochtone leerlingen en meer leerlingen in het derde leerjaar. Er zijn geen significante verschillen gevonden met betrekking tot uitval als het gaat om sekse en het al dan niet rapporteren van depressieve klachten op de voormeting. Dit betekent dat de doelgroep met depressieve klachten (derdejaars leerlingen, meisjes en VMBO leerlingen) niet voortijdig is uitgevallen.

Effect en samenhang

In tabel 3 zijn de gemiddelden, standaarddeviaties, effectgroottes en t-waarden te zien van de voormeting en nameting van de CES-D en de WEMWBS. Met de t-toets is geen significant verschil gevonden op de CES-D ($t(129) = -.224, p = .82$) en de WEMWBS ($t(129) = -.909, p = .37$). Op de hele groep is dus geen effect gevonden, wat wordt bevestigd door de effectgroottes ($\eta^2 < .03$). Daarnaast is gekeken naar een effect binnen subgroepen, met behulp van de t-toets op de variabelen sekse, onderwijsniveau, leeftijdsgroep, leerjaar en etniciteit en met behulp van one-way ANOVA's naar klassen en scholen. Uit geen van deze toetsen is een effect gevonden in subgroepen.

Net als op de voormeting is er een sterke negatieve significante samenhang tussen de score op de CES-D en op de WEMWBS ($r = -.67, p < .01, n = 130$). Tussen de verschillen van de CES-D en de WEMWBS is een zwakke, maar significante samenhang gevonden ($r = -.28, p < .01, n = 130$). Een afname in depressieve klachten gaat samen met een toename in welbevinden. De score op de CES-D hangt op de voormeting zeer sterk significant samen met de score op de CES-D op de nameting ($r = .777, p < .001$). De score op de WEMWBS hangt op de voormeting zeer sterk significant samen met de score op de WEMWBS op de nameting ($r = .677, p < .001$). Dit betekent dat de scores op de voormeting sterk samengaan met de scores op de nameting en bevestigt daarmee nogmaals dat er geen effect wordt gevonden op depressieve klachten en welbevinden.

Tabel 3.

Gemiddelden en Standaarddeviaties op Depressieniveau en Welbevinden (n = 130)

	Voormeting		Nameting		<i>r</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Effectgrootte</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Depressieniveau	9.96	7.94	9.41	8.99	.777*	1,10	129	.009
Welbevinden	53.75	7.88	54.87	8.83	.677*	-1,89	129	.027

* $p < .001$

Ook na de interventie zijn op de nameting significante ($p < .01$) verschillen gevonden in scores op de CES-D en de WEMWBS op de variabelen sekse en etniciteit. Meisjes scoren gemiddeld hoger op depressieve klachten ($M = 11.16$, $SD = 9.05$) dan jongens ($M = 6.87$, $SD = 8.35$) en scoren gemiddeld lager op welbevinden ($M = 53.14$, $SD = 7.29$) dan jongens ($M = 57.38$, $SD = 10.25$). Daarnaast blijkt ook voor etniciteit een significant ($p < .05$) verschil, met een gemiddeld hogere score op depressieve klachten voor allochtone leerlingen ($M = 11.04$, $SD = 9.75$) in vergelijking met autochtone leerlingen ($M = 7.61$, $SD = 7.77$).

Effect bij leerlingen met (sub)klinische klachten

In tabel 4 is te zien dat 90 leerlingen (69,2%) op beide metingen geen klachten en 17 leerlingen (13,1%) op beide metingen wel (sub)klinische klachten rapporteren. Deze groep is stabiel gebleven ($n = 107$, 82.3%). Daarnaast zijn er 10 leerlingen (7.7%) die op de nameting klachten hadden en op de voormeting niet. Ten slotte zijn er 13 leerlingen (10%) met subklinische klachten op de voormeting die op de nameting geen klachten meer bleken te hebben. De e-learning lessen van Happyles bereiken met laatstgenoemde groep het doel depressieve klachten te verminderen.

Tabel 4.

Verschuiving in Depressiecategorieën Onderzoeksgroep Voor- en Nameting ($n = 130$).

		Nameting T1		
		1. Niet	2. (Sub)klinisch	3. Totaal
Voormeting T0	1. Niet	90	10	100, 76.9%
	2. (Sub)klinisch	13	17	30, 23.1%
	3. Totaal	103, 79.2%	27, 20.8%	130, 100%

De leerlingen met (sub)klinische klachten op de voormeting ($n = 30$) hebben de volgende demografische kenmerken. Er zijn 22 meisjes (73.3%) en 8 jongens (26.7%). De leeftijden zijn gespreid, ongeveer evenveel leerlingen zijn 14-15 jaar ($n = 16$, 53.3%) als 16-18 jaar ($n = 13$, 43.3%). Van één leerling is de leeftijd onbekend (3.3%). In het derde leerjaar zitten 17 leerlingen (56.7%), en in het vierde leerjaar 13 leerlingen (43.3%). Het zijn 17 allochtone leerlingen (56.7%) en 13 autochtone leerlingen (43.3%). Het VMBO wordt gevolgd door 16 leerlingen (53.3%) en 14 leerlingen volgen HAVO/VWO (46.7%). Deze demografische gegevens verschillen niet significant met leerlingen die geen klachten rapporteren ($n = 100$).

Bij deze groep van 30 leerlingen is met een paired t-toets een significant effect gevonden op zowel welbevinden ($p < .001$) als depressieve klachten ($p < .05$). Deze leerlingen hebben gemiddeld een hoger niveau van welbevinden op de nameting ($M = 48.8$, $SD = 8$) dan op de voormeting ($M = 44.6$, $SD = 7.69$). Ook rapporteren ze gemiddeld minder

depressieve klachten op de nameting ($M = 19.23$, $SD = 9.3$) dan op de voormeting ($M = 22.13$, $SD = 5.21$).

Van de 30 leerlingen zijn er 13 leerlingen vooruitgegaan, zij rapporteren geen klachten meer op de nameting. Met de t-toets is een significant verschil gevonden in scores op zowel de voormeting ($p < .01$) als de nameting ($p < .001$) van de CES-D tussen de groep die vooruitgaat ($n = 13$) en groep die niet vooruit gaat ($n = 17$). De 13 leerlingen die vooruit zijn gegaan scoren gemiddeld van $M = 18.92$ ($SD = 3.47$) op de voormeting van de CES-D naar $M = 11.23$ ($SD = 3.30$) op de nameting. De groep die niet vooruitgaat ($n = 17$) scoort gemiddeld van $M = 24.59$ ($SD = 5.04$) naar $M = 25.35$ ($SD = 7.56$). De groep die wel vooruitgaat blijkt daarmee gemiddeld in de subklinische categorie te scoren op de voormeting terwijl de groep die niet vooruitgaat gemiddeld in de klinische categorie scoort op zowel de voormeting als de nameting. Er zijn geen significante demografische verschillen tussen beide groepen.

Ook op het gebied van welbevinden is een significant ($p < .01$) verschil te zien in scores tussen beide groepen op de nameting. De groep die op depressieve klachten vooruitgaat scoort op welbevinden van $M = 46.62$ ($SD = 6.03$) op de voormeting naar $M = 53.46$ ($SD = 6.2$) op de nameting. Ook de groep die stabiel blijft in depressieve klachten, gaat gemiddeld vooruit op het gebied van welbevinden, van $M = 43.06$ ($SD = 8.6$) op de voormeting, naar $M = 45.24$ ($SD = 7.18$) op de nameting.

Happyles lijkt hiermee te werken voor leerlingen met subklinische klachten, niet voor leerlingen zonder klachten of met klinische klachten. Bovenstaande betekent dat leerlingen met subklinische klachten een positief effect hebben ondervonden van Happyles op depressieve klachten en welbevinden en dat leerlingen met zwaardere (klinische) klachten met de e-learning lessen een toename ondervinden in welbevinden.

Bovenstaande wordt bevestigd wanneer de normale, subklinische en klinische groep van de voormeting met elkaar vergeleken worden middels een ANOVA. De toename van welbevinden is significant ($F(2, 127) = 4.95$, $p < .01$) hoger bij de subklinische groep ($M = 5.60$, $SD = 4.29$) vergeleken met de normale groep ($M = .2$, $SD = 6.97$). De klinische groep ($M = 2.80$, $SD = 5.52$) verschilde niet significant met de normale en de subklinische groep.

De groep die geen depressieve klachten rapporteert op de voormeting ($n = 100$) kent een kleine groep ($n = 10$) die deze klachten wel op de nameting rapporteert. Deze groep scoort op de nameting in de subklinische categorie en hadden op de voormeting gemiddeld al een hogere score dan de groep die stabiel en zonder klachten is gebleven. In tabel 5 is te zien hoe alle groepen scoren op zowel voor- als nameting.

Tabel 5.

Verskil in scores op depressieve klachten en welbevinden in verschillende subgroepen

	Depressie T0		Depressie T1		Welbevinden T0		Welbevinden T1	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Stabiel, geen klachten (n = 90)	5.80	3.72	4.83	4.06	57.11	5.30	57.72	7.76
Achteruitgang (n = 10)	10.90	3.25	21.10	5.82	50.90	4.77	47.40	7.09
Stabiel, met klachten (n = 17)	24.59	5.04	25.35	7.56	43.06	8.60	45.24	7.18
Vooruitgang (n = 13)	18.92	3.47	11.23	3.30	46.62	6.03	53.46	6.20

Tevredenheid (onderzoeksvraag 3)

In totaal kent de evaluatievragenlijst een respons van 199 leerlingen (80,6%). Van alle klassen heeft het grootste deel van de leerlingen de evaluatievragenlijst ingevuld. In deze vragenlijst beoordeelden leerlingen de twee lessen in zijn algemeenheid, de losse onderdelen en Happyles in zijn geheel. Leerlingen geven een rapportcijfer van 1-10, waarbij 1 staat voor 'waardeloos' en 10 voor 'uitmuntend'. Er kon ook gekozen worden voor de optie 'weet ik niet', omdat mogelijk niet alle opdrachten door de leerlingen worden herinnerd. De 16 onderdelen die zijn beoordeeld zijn aan een factoranalyse onderlegd. De Kaiser-Meyer-Olkin waarde is met .906 boven de aanbevolen waarde van .6 (Kaiser, 1970). Bartlett's Test of Sphericity was significant ($p < .01$), wat de factoranalyse ondersteunt (Bartlett, 1954). De factoranalyse laat één onderliggende factor zien met een eigenwaarde van 11.63 en verklaart 72,7% van de variantie.

De tevredenheidschaal heeft een zeer hoge betrouwbaarheid ($\alpha = .98$). De gemiddelde tevredenheid op de schaal is 6.15. Met behulp van t-toetsen is de tevredenheid onder subgroepen onderzocht. Het blijkt dat VMBO leerlingen het totale aanbod significant ($p < .01$) hoger beoordelen ($M = 6.65$, $SD = 1.42$) dan HAVO/VWO leerlingen ($M = 5.93$, $SD = 1.79$). Derdejaars leerlingen geven ook een significant ($p < .01$) hogere beoordeling ($M = 6.75$, $SD = 1.37$) vergeleken met vierdejaars ($M = 5.72$, $SD = 1.81$). Meisjes geven een significant ($p < .05$) hogere beoordeling ($M = 6.43$, $SD = 1.36$) vergeleken met jongens ($M = 5.84$, $SD = 2$). Het blijkt dat leerlingen die later een nameting invullen ($n = 130$) de interventie significant ($p < .05$) hoger waarderen ($M = 6.37$, $SD = 1.59$) vergeleken met degene die geen nameting gaan invullen ($M = 5.74$, $SD = 1.87$, $n = 114$). Er is geen significante correlatie tussen tevredenheid en depressieve klachten en welbevinden bij de 130 leerlingen.

Conclusie en discussie

Dit onderzoek bestond uit drie delen, waarbij (1) de prevalentie van depressieve klachten, (2) het effect van de e-learning lessen van Happyyles op depressieve klachten en (3) het welbevinden en de tevredenheid van de leerlingen over Happyyles in kaart is gebracht.

Ten eerste is de prevalentie van depressieve klachten op de voormeting van de CES-D onderzocht. Het blijkt dat 23.8% (n = 58) van de jongeren in de leeftijd van 14-18 jaar (sub)klinische klachten rapporteert. Dit percentage is vergelijkbaar met de gevonden prevalentie van Smit en collega's (2003), zij vonden dat subklinische klachten voorkomen bij 21.4% van de jongeren in de leeftijd van 13-17 jaar. In huidig onderzoek blijken meisjes een significant hogere score op depressieve klachten en een lagere score op welbevinden te hebben in vergelijking met jongens. Deze verhoogde prevalentie bij meisjes komt ook in andere onderzoeken naar voren (De Graaf et al., 2010; De Hollander et al., 2006). Daarnaast blijken VMBO leerlingen op beide metingen hoger te scoren op depressieve klachten ten opzichte van HAVO/VWO leerlingen. Ook dit resultaat komt overeen met vergelijkend onderzoek waarin geconcludeerd wordt dat jongeren met een lager opleidingsniveau een groter risico hebben op depressieve klachten (De Graaf et al., 2010; Goossens, 2009). Ten slotte blijken derdejaars leerlingen (14-15 jaar) significant lager te scoren op welbevinden. Er zijn geen onderzoeken bekend over de prevalentie van depressie in de verschillende schooljaren. Wel is onderzoek gedaan naar leeftijd, zo laten Lewinsohn en collega's (1994) zien dat depressies meer voorkomen vanaf 13 jaar en dat er een piek is in de leeftijd van 17-18 jaar. Aangezien in dit onderzoek geen significant verschil is gevonden tussen leeftijdsgroepen, is het niet mogelijk hier verdere conclusies uit te trekken.

Op de tweede plaats is gekeken naar het effect van Happyyles op gevoelens van depressieve klachten en welbevinden. In totaal hebben 130 leerlingen zowel de voor- als nameting ingevuld. Leerlingen die de nameting hebben ingevuld zijn vergeleken met leerlingen die dat niet hebben gedaan. Er zijn significant meer HAVO leerlingen, jongeren van 16-18 jaar en leerlingen in het vierde leerjaar uitgevallen. Dit betekent dat de doelgroep met depressieve klachten (derdejaars leerlingen, meisjes en VMBO leerlingen) niet voortijdig is uitgevallen.

Op de totale onderzoeksgroep (n = 130) is geen effect gevonden tussen voor- en nameting in depressieve klachten en welbevinden. Dit kan verklaard worden doordat dit onderzoek zich alleen heeft gericht op universele preventie, wat betekent dat het aanbod voor alle jongeren is, waaronder ook jongeren die geen depressieve klachten hebben. Zij zullen geen verbetering ondervinden in depressieve klachten, aangezien zij vooraf al geen

klachten rapporteerden. Sutton (2007) bevestigt dat effectgroottes in universele programma's kleiner zijn dan die van selectieve en geïndiceerde programma's.

De interventie heeft wel effect bij leerlingen met (sub)klinische klachten ($n = 30$). Zij rapporteren een significant hoger niveau van welbevinden en een lager niveau van depressieve klachten op de nameting. Binnen de groep leerlingen met depressieve klachten zijn twee groepen te onderscheiden. Een groep die op de nameting geen depressieve klachten meer rapporteert ($n = 13$) en een groep die op de nameting nog steeds depressieve klachten rapporteert ($n = 17$). De leerlingen die vooruitgaan blijken op de voormeting subklinische klachten (afkappunt 16 op de CES-D) te hebben ($M = 18.29$, $SD = 3.47$) terwijl de leerlingen die niet vooruitgaan klinische klachten (afkappunt 22 op de CES-D) rapporteren ($M = 24.59$, $SD = 5.04$). Dit geeft aan dat de lessen effect hebben gehad op jongeren met subklinische klachten. Bergsma (2011) laat in zijn proefschrift zien dat geluksinterventies zich moeten richten op de subklinische groep, omdat daar winst te behalen is in de toename van een gevoel van welbevinden. De resultaten van huidig onderzoek komen hiermee overeen. Jongeren met klinische klachten worden in de twee online lessen niet bereikt, maar kunnen vanwege het stepped care aanbod van Happyles doorstromen naar de online groepscursus of worden doorverwezen worden naar de huisarts. Bij beide groepen is wel een significante toename in welbevinden op de nameting gevonden.

Op de nameting zijn ook significante verschillen in scores gevonden. Allochtone leerlingen blijken significant hoger te scoren op depressieve klachten in vergelijking met autochtone leerlingen en jongens. Deze uitkomst komt overeen met het onderzoek van Ten Dam (1997), waaruit blijkt dat allochtone jongeren een groter risico lopen om depressieve klachten te ontwikkelen. Ook scoren meisjes, net als op de voormeting, significant hoger op depressieve klachten dan jongens.

Ten slotte is gekeken naar de tevredenheid over de interventie Happyles. In de evaluatievragenlijst is leerlingen gevraagd een cijfer te geven voor losse onderdelen van Happyles en het programma in zijn geheel. Deze vragen vormen samen een betrouwbare schaal om tevredenheid te meten. Gemiddeld scoren de leerlingen een 6.15. Ook hier zijn significante verschillen te zien in subgroepen. De interventie lijkt het best aan te sluiten bij meisjes, jongeren in het VMBO en jongeren in het derde leerjaar. Zij beoordelen de interventie significant hoger dan jongens, HAVO/VWO leerlingen en vierdejaars. Opvallend is dat de subgroepen die gemiddeld hoger beoordelen ook significant hoger scoren op depressieve klachten. Er is echter geen significante samenhang gevonden tussen depressieve klachten en tevredenheid.

Concluderend heeft 23,8% van deze groep depressieve klachten, en blijken deze klachten vooral voor te komen bij meisjes, VMBO- en derdejaars leerlingen. Er zijn significant meer vierdejaars en HAVO leerlingen uitgevallen, wat betekent dat de groep met depressieve klachten niet is uitgevallen. Een effect is gevonden bij leerlingen met subklinische klachten, zij rapporteren meer welbevinden en minder depressieve klachten op de nameting. Jongeren met klinische klachten en jongeren zonder klachten worden met deze e-learning lessen niet bereikt. Voor de jongeren met klinische klachten is er de mogelijkheid door te stromen naar de online groeps cursus. Ten slotte is de waardering voor Happyles significant hoger bij meisjes, VMBO leerlingen en derdejaars.

Vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft de eerste effecten van Happyles aangetoond. Er is echter geen gebruik gemaakt van een RCT of een controlegroep. Daardoor is niet in kaart gebracht wat het verloop is van depressieve klachten en welbevinden bij jongeren die niet aan de interventie Happyles hebben meegedaan. Ook is er geen follow-up meting uitgevoerd, waardoor niet gecontroleerd is voor eventuele 'sleeper' effecten (effecten die pas op langere termijn zichtbaar worden), zoals die zijn opgetreden bij de interventie 'Lessen in Geluk' (Boerefijn & Bergsma, 2011). Vervolgonderzoek naar Happyles zou middels een RCT in kaart kunnen brengen wat het effect is van Happyles in vergelijking met een andere interventie, treatment as usual of een controlegroep. Met follow-up metingen kunnen eventuele 'sleeper' effecten voor alle condities vergeleken worden.

De e-learning lessen waren niet voldoende van invloed bij jongeren met klinische klachten. Voor hen is er de online groeps cursus van Happyles. Het is raadzaam in vervolgonderzoek deze cursus mee te nemen, waarbij de instroom, de toegankelijkheid en de effecten van deelname aan de cursus kunnen worden onderzocht. Dit is belangrijk om effecten van het hele aanbod van Happyles in kaart te brengen.

Implementatie

Bij de implementatie van Happyles is het van belang de doelgroep goed voor ogen te houden, gezien de verschillen in prevalentie en tevredenheid bij de verschillende subgroepen. Op basis van deze gegevens kan besloten worden waar en hoe de interventie het best geïmplementeerd kan worden. Daarnaast is het programma in dit onderzoek uitgevoerd door getrainde leerkrachten. Uit onderzoek van Stice en collega's (2008) blijkt dat programma's uitgevoerd door professionals grotere effecten kunnen bereiken. In de implementatie van Happyles kan worden gekeken naar mogelijkheden om GGZ professionals bij het aanbod te betrekken, om zo het mogelijke effect te vergroten.

Voor de hele groep zijn geen veranderingen vastgesteld in depressieve klachten en welbevinden. De periode van twee weken tussen voor- en nameting is mogelijk te kort om vaardigheden eigen te maken en daadwerkelijk gevoelens te veranderen. Over de korte duur van interventies zijn verschillende resultaten bekend. Christensen en collega's (2006) geven aan dat een korte interventie wel kleinere effecten heeft, maar dat er wel sprake is van minder drop out. Stice en collega's (2008) vonden daarentegen dat er grote effecten gevonden kunnen worden bij korte interventies. Er zijn mogelijkheden om hier in de implementatie rekening mee te houden, door de nameting op een later moment in te laten vullen, meerdere follow-up metingen te verrichten of de frequentie en periode van de lessen te vergroten.

In Nederland zijn naast Happyles geen online stepped care depressiepreventieprogramma's bekend. Aangezien de resultaten van dit onderzoek laten zien dat 23,8% (sub)klinische klachten ervaart is het belangrijk om deze groep te bereiken. Happyles kan hier een bijdrage aan leveren. Deze interventie is voor alle leerlingen van 13-17 jaar toegankelijk en wordt op de middelbare school aangeboden. Er kan geconcludeerd worden dat Happyles een positieve invloed heeft op depressieve klachten en welbevinden bij de jongeren met subklinische klachten.

Literatuurlijst

- Alles onder controle. (2011). *Deelname aan de cursus en het onderzoek*. Verkregen op 20 maart, 2011 van www.allesondercontrole.nl.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th ed.)*. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society*, 16, 296-298.
- Bergsma, A. (2011). *Imperfectly Happy*. Oisterwijk: Uitgeverij BOXPress.
- Bijl, R. V., Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 7-12.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
- Boerefijn, J., & Bergsma, A. (2011). Geluksles verbetert schoolprestaties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 110-121.
- Borzekowski, D. L. G., & Rickert, V. I. (2001). Adolescent cyber surfing for health information: A new resource that crosses barriers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155, 813-817.
- Boschma, J., & Groen, I. (2006). *Generatie Einstein, slimmer, sneller, socialer. Communiceren met de jongeren van de 21^e eeuw*. Amsterdam: Person education.
- Bouma, J. A. V., Ranchor, R., Sanderman, R., & Van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D*. Rijksuniversiteit Groningen: NCG.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programme for anxiety and depression in children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 192, 11, 12-14.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2010). *Landelijke jeugdmonitor. Rapportage tweede kwartaal 2010*. Den Haag: CBS. Verkregen op 28 maart, 2011 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/FC1C89C3-37DE-459A-9C83-4CF160D1BAC4/0/10P579.pdf>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., & Brittlife, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine: A Journal of Reserach in Psychiatry and the Allied Sciences*, 36, 1737-1746.
- Crutzen, R. (2009). *Hard to get, hard to keep. Dissemination of and exposure to Internet-delivered health behaviour change interventions aimed at adolescents*. Maastricht: Universitaire Pers.
- Cuijpers, P., Boluijt, P., & Van Straten, A. (2008). Screening of depression in adolescents through the Internet. Sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 32-38.
- Cuijpers, P., De Graaf, R., & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.

- Cuijpers, P., & Smit, F. (2008). Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *50*, 519-528.
- De Graaf, L. E., Gerhards, S. A., Evers, S. M., Arntz, A., Riper, H., Severens, J. L., ... Huibers, M. J. H. (2008). Clinical and cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for depression in primary care: design of a randomised trial. *BMC Public Health*, *8*, 224.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Hollander, A. E. M., Hoeymans, N., Melse, J. M., Van Oers, J. A. M., & Polder, J. J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dekker, W., Hoogervorst, D., & Witteman, R. (2006). *Young 2006*. Hoofddorp: Sanoma Uitgevers.
- Dopheide, J. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American Journal of Health System Pharmacy*, *63*, 233-243.
- Duke, N. N., Borowsky, I. W., Pettingell, S. L., & McMorris, B. J. (2011). Examining youth hopelessness as an independent risk correlate for adolescent delinquency and violence. *Maternal and Child Health Journal*, *15*, 87-97.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life process associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, *29*, 47-61.
- Garber, J. (2006). Prevention of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, *31*, 104-124.
- Georgiades, K., Lewinsohn, P. M., Monroe, S. M., & Seeley J. R. (2006). Major depressive disorder in adolescence: The role of sub threshold symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 936-944.
- Gerrits, R. S., Van der Zanden, A. P., Visscher, R. M., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: A preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *6*.
- Glied, S., & Pine, D. S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *156*, 1009-1014.
- Goossens, F. (2009). *De ontwikkeling van een online interventie depressiepreventie voor jongeren met een lage SES*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hamberg-Van Reenen, H. H., Bovendeur, I., Meijer, S. A., Savelkoul, M., Van den Berg, M., & Kuunders, M. N. M. (2010). *(Kosten)effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid. Overzicht van (kosten)effectiviteit van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie*. Bilthoven: RIVM.
- Hammen, C., & Brennan, P. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 253-258.
- Haverman, M., & Bolier, L. (2010). *Vragenlijst WEMWBS vertaald*. Utrecht: Trimbos- instituut, intern document.

- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: a randomized controlled trial testing the efficacy and mechanisms of Internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials*, *10*.
- Horgan, A., & Sweeney, J. (2010). Young students' use of the Internet for mental health information and support. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*, 117–123.
- Hoeymans, N., Gommer, A. M., & Poos, M. J. J. C. (2010). *Welke ziekten veroorzaken de grootste ziektelast (in DALY's)? Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Verkregen op 22 maart, 2011 van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/welke-ziekten-veroorzaken-de-grootste-ziektelast-in-daly-s/>
- Kaiser, H. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, *35*, 401-415.
- Kalthenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumor, I., Ferriter, M., Beverly, C., ... Sutcliffe, P. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, *10*, 161-168.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, *62*, 95–108.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffit, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 709-717.
- Kroes, M. E., Mastenbroek, C. G., Couwenbergh, B. T. L. E., Van Eijndhoven, M. J. A., Festen, C. C. S., & Rikken, F. (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Lankester, A. (2009). *Halfvolle glazen. Over depressiepreventie. Het effect van positive framing op het bereik van Grippopjedip online*.
- Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the First pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, *12*, 19-29.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, *21*, 385-401.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time of recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*, 809–818.
- Lynch, F. L., & Clarke, G. N. (2006). Economic burden of depression in children and adolescents. Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, *31*, 143-151.
- Lubyomirsky, S. (2007). *De maakbaarheid van het geluk*. Amsterdam: Uitgeverij Archipel.
- Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2000). Depressive comorbidity in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development* *30*, 3, 205-215.
- McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A. ... Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and

- depression in primary care: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- Meijer, S. A., Smit, G., Schoemaker, C. G., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven: RIVM.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge (MA): Harvard University Press on behalf of the WHO and the World Bank, 1996.
- Mutsaers, K. (2008). *Oorzaken van depressie*. Utrecht: NJI.
- Nicholas, J., Oliver, K., Lee, K., & O'Brien, M. (2004). Help-seeking and the Internet: an investigation among Australian adolescents. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3, 16-23.
- Notenboom, M., & Van Male, J. (2008). *Mental health portal, resultaten naar aanleiding van een verkennend onderzoek*. Intern rapport Trimbos-instituut.
- Patton, G. C., Tollit, M. M., Romaniuk, H., Spence, S. H., Sheffield, J., & Sawyer, M. G. (2011). A prospective study of the effects of optimism on adolescent health risks. *Pediatrics*, 127, 308 – 316.
- Poos, M. J. J. C., Smit, J. M., Groen, J., Kommer, G. J., & Slobbe, L. C. J. (2008). *Kosten van ziekten in Nederland 2005: zorg voor euro's*. Bilthoven: RIVM.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., & Mann, A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, A. P., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health. High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ruini, C., Ottolini, F., Tomba, E., Belaise, C., Albieri, E., Visani, D., ... Fava, G. A. (2009). School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 522 – 532.
- Schrier, A. C., De Wit, M. A. S., Rijmen, F., Tuinebreijer, W. C., Verhoeff, A. P. Kupka, R. W., ... Beekman, A. T. F. (2010). Similarity in depressive symptom profile in a population-based study of migrants in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 941-951.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *The American psychologist*, 61, 774-788.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 6, 495–507.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 3, 303-315
- Skinner, H., Biscope, B., Poland, B., & Goldberg, E. (2003). How adolescents use technology for health information: implications for health professionals from focus group studies. *Journal of Medical Internet Research*, 5, 4.
- Smit, F. (2007). *Factsheet preventie van depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Smit, F., Bohlmeijer, E., & Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk en nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nykli, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.
- Spijker, J., Van der Wurff, F. B., Poort, E. C., Smits, C. H., Verhoeff, A. P., & Beekman, A. T. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: The utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538-44.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 595–606.
- Sutton, J. M. (2007). Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions. *Clinical Psychology Review*, 27, 552-571.
- Sytema, S., Gunther, N., Reelick, F., Drukker, M., Pijl, B., & Van 't Land, H. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een bijdrage uit de psychiatrische casusregisters Rijnmond, Zuid-Limburg, Noord-Nederland*. Utrecht: Trimbos- instituut.
- Ten Dam, J. (1997). *Gezonde stadsgezichten. Een studie naar gezondheidsverschillen en stedelijk gezondheidsbeleid*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R. Platt, S. Joseph, S. Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.
- Ter Bogt, T., Van Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Valkenburg, P. M., Peter, J., & Schouten, A. P. (2006). Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 585-590.
- Van der Linden, D., Romijn, G., Van der Veen, C., & Van der Zanden, A. P. (2010). *Implementatieverslag Happyles 16-25. Online stepped care aanbod voor het bevorderen van geluk en het voorkomen van depressie voor jongeren in het MBO*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Linden, D., Romijn, G., Van Oorspronk, S., & Van der Zanden, A. P. (2011a). *Cursushandleiding Happyles*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Linden, D., Romijn, G., Van Oorspronk, S., & Van der Zanden, A. P. (2011b). *Docentenhandleiding Happyles*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van der Linden, D., & Van der Zanden, A. P. (2011). Online stepped care aanbod voor het bevorderen van geluk en het voorkomen van depressie bij studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 121-126.
- Van der Wurff, F. B., Beekman, A. T., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H., Stek, M. L., Verhoeff, A. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan Immigrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 83, 33-41.

- Van der Zanden, A. P., Goossens, F., & Van der Veen, C. (2010). *Happyles: Gripopjedip voor jongeren met een lage sociaal economische status*. In: Riper, H. Mentaal Vitaal. Innovatieprogramma depressiepreventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Van Dorsselaer, S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J., ..., Vollebergh, W. (2010). *HBSC 2009. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2007). *HBSC. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Rooijen, K. (2010). *Wat werkt bij online hulpverlening?* Utrecht: NJI.
- Van Voorhees, B. W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S. ..., Reinecke, M. A. (2008). Integrative internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academie of Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 184-196.
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., Van der Ende, J., Van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patients education and counseling*, 73, 97-104.
- Verhulst, F. C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 141, 777-781.
- Voordouw, I., Kramer, J., & Cuijpers, P. (2002). *Grip op je dip. Zelf je somberheid overwinnen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wisdom, J. P., Clarke, G. N., & Green, C. A. (2006). What teens want: Barriers to seeking care for depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 2.
- World Health Organisation. (2011). *Depression*. Verkregen op 28 maart, 2011 van http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1158-1164.
- Young Works. (2005). *Young Works top 40. Plug & play. De belangrijkste hits in jongeren communicatie*. Amsterdam: Young works.
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 692-700.

Bijlage 1: CES-D vragenlijst

Omcirkel achter elke uitspraak het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

Zelden of nooit	Minder dan 1 dag
Soms of weinig	1-2 dagen
Regelmatig	3-4 dagen
Meestal of Altijd	5-7 dagen

Tijdens de afgelopen week:

- 1 Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.
- 2 Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht
- 3 Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.
- 4 Voelde ik me even veel waard als ieder ander.
- 5 Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden
- 6 Voelde ik me gedeprimeerd.
- 7 Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.
- 8 Had ik goede hoop voor de toekomst.
- 9 Vond ik mijn leven een mislukking.
- 10 Voelde ik me bang.
- 11 Sliep ik onrustig.
- 12 Was ik gelukkig
- 13 Praatte ik minder dan gewoonlijk.
- 14 Voelde ik me eenzaam
- 15 Waren de mensen onaardig.
- 16 Had ik plezier in het leven.
- 17 Had ik huilbuien.
- 18 Was ik treurig.
- 19 Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.
- 20 Kon ik maar niet op gang komen.

Bijlage 2: WEMWBS vragenlijst

	Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1. Ik was optimistisch over de toekomst					
2. Ik voelde me nuttig					
3. Ik voelde me ontspannen					
4. Ik was geïnteresseerd in andere mensen					
5. Ik had genoeg energie					
6. Ik kon goed omgaan met problemen					
7. Ik kon helder denken					
8. Ik voelde me goed over mezelf					
9. Ik voelde een hechte band met andere mensen					
10. Ik voelde me zelfverzekerd					
11. Ik kon zelfstandig beslissingen nemen					
12. Ik voelde me geliefd					
13. Ik was geïnteresseerd in nieuwe dingen					
14. Ik voelde me vrolijk					

Bijlage 3: Evaluatievragenlijst Happyles

Happyles evaluatievragenlijst voor leerlingen

VRAGEN OVER DE TECHNISCHE KANT VAN DE E-LEARNING HAPPYLESSEN

1. Heb je tijdens de drie e-learning Happyleslessen problemen met inloggen gehad?
 Ja, beschrijf je inlogprobleem: _____
 Nee
2. Heb je tijdens de drie e-learning lessen andere computerproblemen gehad?
 Ja, beschrijf je computerprobleem: _____
 Nee (Ga naar vraag 10)
3. Geef je mening over de volgende aspecten van de e-learning lessen:

a. De snelheid van de filmpjes, animaties en sleepoefeningen was:	<input type="checkbox"/> te snel	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te langzaam
b. De grootte van de letters was:	<input type="checkbox"/> te klein	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te groot
c. De hoeveelheid tekst was:	<input type="checkbox"/> te weinig	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te veel
d. De woorden in de teksten waren:	<input type="checkbox"/> te makkelijk	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te moeilijk
e. Indeling van het e-learning scherm was:	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> voldoende	<input type="checkbox"/> slecht
f. Het uiterlijk/ design van de e-learning lessen was:	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> voldoende	<input type="checkbox"/> slecht

VRAGEN OVER DE INHOUD VAN DE HAPPYLESSEN

4. Geef elke Happyles een cijfer (10 = uitmuntend, 1 = waardeloos).
 - a. E-learning Happyles 1 _____
 - b. E-learning Happyles 2 _____
5. Geef elk onderdeel uit de 2 e-learning Happyleslessen een rapportcijfer (1 tot 10). (10 = uitmuntend, 1 = waardeloos).
Als je niet meer weet waar het onderdeel over ging, vul dan 'weet ik niet' in.

a. Drie filmpjes over Jasper en Samira	_____	weet ik niet <input type="checkbox"/>
b. Wat is geluk? (stellingen: 'waar' of 'niet waar')	_____	<input type="checkbox"/>
c. Is je geluk te veranderen? (10%, 50%, 40%)	_____	<input type="checkbox"/>
d. Gedachten, Gevoelens, Gedrag (slepen)	_____	<input type="checkbox"/>
e. Helpende en niet-helpende gedachten (+ en -)	_____	<input type="checkbox"/>
f. Drie positieve dingen opschrijven	_____	<input type="checkbox"/>
g. Doen wat je leuk vindt (leuke activiteitenlijst)	_____	<input type="checkbox"/>

- h. Doen waar je goed in bent (talenten top 3) _____ ()
- i. Problemen van je afschrijven _____ ()
- j. Problemen weggooien _____ ()
- k. Een probleem oplossen _____ ()
- l. Positief piekeren (luisterfragment) _____ ()
- m. Spierontspanning (luisterfragment) _____ ()
- n. FF niks (luisterfragment) / Drie minuten /
aandacht voor wat je doet _____ ()
- o. Wat zijn jouw waarden? (top 5 waarden cloud) _____ ()
- p. Zie het voor je! (jouw ideale toekomst) _____ ()
- q. Maak iemand blij! (iets doen voor iemand anders) _____ ()
- r. Zeg 't handig (vier stappen) _____ ()
- s. Korte termijn doelen _____ ()
- t. De Happytest _____ ()

VRAGEN OVER HET HELE LESPAKKET

6. Welk rapportcijfer (1 tot 10) geef je voor Happyles als totaal? _____
7. Geef je mening over de 2 e-learning Happylessen:

a. De lengte van de lessen	() te kort	() goed	() te lang
b. Het aantal lessen	() te weinig	() goed	() te veel
c. De tijd tussen de lessen	() te kort	() goed	() te lang

8. Geef je mening over de opdrachten in de e-learning Happylessen:

a. De hoeveelheid opdrachten	() te weinig	() goed	() te veel
b. De moeilijkheid van de opdrachten	() te moeilijk	() goed	() te makkelijk
c. Waren de opdrachten leuk om te doen?	() nee	() ging wel	() erg leuk
d. Waren de opdrachten nuttig om te doen?	() nee	() een beetje nuttig	() erg nuttig

9. Geef je mening over de huiswerkopdrachten:

a. De hoeveelheid opdrachten	() te weinig	() goed	() te veel
b. De moeilijkheid van de opdrachten	() te moeilijk	() goed	() te makkelijk
c. Waren de opdrachten leuk om te doen?	() nee	() ging wel	() erg leuk
d. Waren de opdrachten nuttig om te doen?	() niets	() wel wat	() veel

10. Wat heb je geleerd door Happyles? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

a. Ik weet nu beter hoe ik mij voel.

b. Ik weet nu beter waar ik gelukkig van word.

c. Ik weet nu dat mijn gedachten invloed hebben op mijn gevoel en dat er per gebeurtenis meerdere gedachten kunnen zijn. Hierdoor kan ik mijn gevoel meer zelf bepalen.

d. Ik weet nu beter hoe ik ervoor kan zorgen dat ik me beter ga voelen als ik in een dip zit.

e. Ik weet nu beter hoe ik me kan ontspannen als ik pieker over problemen.

f. Ik weet nu beter hoe ik met mijn problemen om kan gaan door ze te ordenen, weg te gooien, ze op te lossen of ze te accepteren.

g. Ik weet nu beter dat ik met iemand moet gaan praten als ik niet lekker in mijn vel zit.

h. Ik heb wat anders geleerd, namelijk _____

OVERIGE VRAGEN

11. Zou je anderen aanraden om de e-learning Happylessen te volgen?

Ja

Nee

Weet ik niet

12. Ben je naast de Happylessen nog bezig geweest met je geluk?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Nee.

Ja, ik heb er met familie (ouders, broer/zus) over gepraat.

Ja, ik heb er met vrienden over gepraat.

Ja, ik heb er met mijn mentor/zorgbegeleiders over gepraat.

Ja, ik heb naar informatie gezocht via internet.

Anders, namelijk _____

13. Ben je happy?

Ja (ga naar vraag 21)

Nee

14. Ben je of ga je de anonieme chatcursus van Happyles volgen?

Ja

Nee, want _____

15. Ga je met iemand praten over dat je niet lekker in je vel zit?

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Nee, want _____

Ja, met vrienden die ik vertrouw

Ja, met familie (vader, moeder, broer, zus, oom of tante)

Ja, met iemand van school (mentor, andere docent)

Ja, met mijn huisarts

Ja, met iemand anders, namelijk _____

16. Geef je mening over de vragenlijsten (Happylestest 2x en deze evaluatievragenlijst):

a. Aantal vragenlijsten	<input type="checkbox"/> te weinig	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te veel
b. De hoeveelheid vragen	<input type="checkbox"/> te weinig	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te veel
c. De moeilijkheid van de vragen	<input type="checkbox"/> te moeilijk	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> te makkelijk

d. Waren de vragen leuk om in te vullen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ging wel	<input type="checkbox"/> erg leuk
e. Vond je het nuttig om de vragen in te vullen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ging wel	<input type="checkbox"/> erg nuttig

17. Heb je nog tips voor het verbeteren van de Happylessen?

Bedankt voor het invullen!