

Artikelen

Issue	
Issue / Series / Title	Psychotherapie, Tijdschrift voor
Issue / Series / Volume nr	31
Issue / Issue nr	5
Issue / Date	september 2005
Issue / Pages / First page	355
Issue / Pages / Last page	376
Isbsn	0165-1188

Serie onderzoek en psychotherapie: *Interapy*. Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via internet

Sprekende Kop:

Interapy

Alfred Lange, Bart Schrieken, Rinke Scheijde, Janneke Broeksteeg, Jeroen Ruwaard, Menno Schrijver, Sumit Mehra, Jean-Pierre van de Ven en Paul Emmelkamp

1

SAMENVATTING: De eerste *Interapy*-behandeling via het internet is in 1999 gepubliceerd. Die betrof posttraumatische stress. Daarna zijn vele studies en publicaties gevolgd. Dit artikel beschrijft de achtergrond van de *Interapy*-behandelingen, de *screening*, de procedures, de instrumenten, de interventies en de resultaten van de drie behandelprotocollen die in gerandomiseerde vergelijkende studies zijn getest. Het gaat hierbij om posttraumatische stress, *burn-out* en depressie. De effecten van de behandelingen blijken groot te zijn. Bij wijze van illustratie wordt de behandeling van één cliënte (met depressie) beschreven. Daarnaast wordt verslag gedaan van de subjectieve beoordelingen door de cliënten van de verschillende behandelelementen, van de procedures en van de therapeuten. In de discussie worden de resultaten besproken.

ABSTRACT: *Interapy*: diagnosis and treatment of specific disorders via internet

The first *Interapy* treatment through the internet, concerning posttraumatic stress, was published in 1999. Many studies and publications followed. This paper describes the general background of the *Interapy* treatments, the screening, the procedures, the instruments, the treatment elements and results of three randomised controlled outcome studies on posttraumatic stress, work related chronic stress and depression. The effects are strong. The treatment of one patient (depression) is presented as an illustration. Subsequently, we present data of the clients' subjective evaluations of the different treatment elements, the procedures and the therapists. Finally, the results are discussed.

Inleiding

Er is de laatste jaren een aantal geprotocolleerde behandelingen voor welomschreven stoornissen beschreven (Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2004). Deze lenen zich voor behandeling via het internet. Zo zijn er

1

ALFRED LANGE en PAUL EMMELKAMP zijn werkzaam bij de programmagroep Klinische psychologie van de Universiteit van Amsterdam. De overige auteurs zijn werkzaam bij *Interapy* te Amsterdam.

Correspondentieadres: Prof. dr. A. Lange, Programmagroep Klinische psychologie UvA, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.

E-mail: a.lange@uva.nl

Wij zijn veel dank verschuldigd aan het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, dat ons herhaaldelijk ruimhartig heeft bedeed met subsidies en daarmee *Interapy* mogelijk heeft gemaakt.

digitale behandelingen voor eetstoornissen (Robinson & Serfaty, 2003; Zabinski, Celio, Jacobs, Manwarring & Wilfley, 2003), paniekstoornis (Carlbring, Ekselius & Andersson, 2003; Jager, Emmelkamp & Lange, 2004; Richards, Klein & Carlbring, 2003), posttraumatische stress en gecompliceerde rouw (Lange en anderen, 2003a; Lange, Van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2004), slapeloosheid (Ström, Petterson & Andersson, 2004), angst voor spreken in het openbaar (Botella, Banos, Villa, Perpina & Garcia-Palacios, 2000), depressie (Lange en anderen, 2005) en *burn-out* (Lange, Van de Ven, Schrieken & Smit, 2003b).

Kakes (2004) bespreekt negen gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken naar internetbehandelingen voor depressie, angststoornissen, eetstoornis en posttraumatische stressstoornis. Hij vergelijkt de manieren van *screening*, mate van structuur van de behandeling, hoeveelheid persoonlijke begeleiding, effectiviteit en mate waarin er naast de internetcommunicatie gebruik wordt gemaakt van *vis-à-vis*contacten. Het blijkt dat er nagenoeg geen internetbehandelingen zijn die volledig via het internet verlopen. Bij de meeste zijn er standaard ook telefonische contacten voor de *screening* en voor het geven van informatie. Veel van de internetbehandelingen bestaan vooral uit psycho-educatie en vaste richtlijnen, zonder dat de cliënten *feedback* krijgen over de manier waarop ze omgaan met de geboden interventies. Dat soort internetbehandelingen overstijgt de zelfhulp niet noemenswaardig.

Het *Interapy*-programma gaat verder. De opzet en resultaten van de verschillende *Interapy*-behandelingen zijn eerder beschreven (zie bovenstaande literatuurverwijzingen en de *website* <http://users.fmg.uva.nl/alange>). In dit artikel geven wij een overzicht van de *Interapy*-procedure, een korte beschrijving van de interventies in de tot nu toe geteste behandelingen en een samenvatting van de resultaten en van de subjectieve beoordelingen door de cliënten.

Opzet en procedure van *Interapy*

1. *Interapy* gaat uit van protocollen voor specifieke stoornissen. De protocollen hebben hun waarde in *face-to-face*behandelingen bewezen en worden aangepast voor het medium internet. De effectiviteit wordt dan opnieuw onderzocht.
2. *Interapy* is geen *e-mail*behandeling. De behandeling verloopt volledig via een sterk gestructureerde *website*. Iedere cliënt heeft als het ware een eigen afgeschermd *site* waarop alleen hijzelf en de behandelaar terechtkunnen. Op die *site* krijgen cliënten informatie, uitleg, huiswerk en *feedback* van hun behandelaar. Huiswerk kan op de *site* worden uitgevoerd (schrijfopdrachten) of er wordt op de *site* over gerapporteerd (bijvoorbeeld over gedragsexperimenten). Zowel de cliënten als de behandelaars maken hierbij gebruik van 'gescrambelde' wachtwoorden en beveiligde informatiekkanalen, waardoor de *privacy* volledig is gegarandeerd.
3. *E-mail* en telefonisch contact beperkt zich tot noodsituaties, zoals bij technische storingen, vragen over het programma, dreigende decompensatie of suicidaliteit.
4. Alle personen die zich aanmelden, krijgen eerst uitgebreide psycho-educatie over de stoornis waarvoor zij behandeld willen worden, de behandelmogelijkheden in het algemeen en de *Interapy*-aanpak.
5. Elke deelnemer ondergaat een uitgebreide *on-line screening* met behulp van gevalideerde tests. De *screening* onderzoekt of cliënten geschikt zijn voor de door hen gevraagde internetbehandeling. Als cliënten niet in aanmerking komen voor de behandeling wordt hun een alternatief geadviseerd.
6. Als dit leidt tot de beslissing om de *Interapy*-behandeling te ondergaan kunnen de potentiële cliënten een *informed consent*-formulier downloaden. Dit dienen zij te printen en ondertekend terug te sturen. Dit is de enige handeling die niet via het internet verloopt.
7. Cliënten vullen vooraf, meteen na afloop en zes weken na afloop gevalideerde vragenlijsten in die betrekking hebben op de mate van disfunctioneren. Deze vormen de *input* voor het onderzoek naar de effecten.
8. De deelnemers krijgen na afloop van de behandeling een aantal vragen over de behandeling en de behandelaar.
9. Nadat de voormeting is ingevuld, krijgt de cliënt een behandelaar toegewezen. Hun contacten verlopen volledig via de *website*.

10. Het protocol verloopt via vaste uitleg en huiswerkinstructies op de *website*, waaraan de therapeut specifieke informatie en motiveringen voor de betreffende cliënt toevoegt. Hiervoor zijn hulpfiles en tips beschikbaar maar de behandelaar hoeft die niet te gebruiken. Er is in principe tweemaal per week contact tussen behandelaar en cliënt. De behandelaar wordt geacht binnen een werkdag te reageren op de cliënt.
11. Er is een grote mate van transparantie in het werk van de behandelaars waardoor de (wekelijkse) supervisie wordt vergemakkelijkt. Er zijn veel mogelijkheden voor interventie.

Screening voor behandeling bij *Interapy*

De *screening* bestaat uit een algemeen gedeelte dat voor alle behandelingen gelijk is. Het gaat hierbij vooral om het uitsluiten van personen voor wie een internetbehandeling riskant zou kunnen zijn. De eerste drie criteria worden vastgesteld met behulp van *Interapy* Biografische Vragenlijst (Bio; Abels-Reguera & Brunner, 2002); de overige met behulp van stoornisspecifieke vragen. De volgende uitsluitingscriteria worden gehanteerd:

- Jonger dan 18 jaar.
- Drugs- of overmatig alcoholgebruik: wanneer een potentiële deelnemer harddrugs of gemiddeld meer dan 7 eenheden alcohol per dag gebruikt, wordt hij/zij uitgesloten van deelname aan de behandeling.
- In behandeling bij een psycholoog of psychiater.
- Suïcidegevaar: wordt vastgesteld aan de hand van de Suïciderisicotaxatielijst (SRT), die het risico van suïcide in kaart brengt en is gebaseerd op Blaauw en Kerkhof (1999) en Joiner en anderen (2003). Wanneer potentiële deelnemers in de afgelopen drie jaar een of meer suïcidepogingen hebben ondernomen of dit serieus hebben overwogen, kunnen zij niet meedoen aan de *Interapy*-behandeling. De cliënten wordt dan een andere behandeling aangeraden en *Interapy* neemt met toestemming van de patiënt contact op met de huisarts en eventuele andere verwijzers.
- Bipolariteit: wordt vastgesteld aan de hand van een uit de SCID (*Structured clinical interview for the DSM*) afkomstig item (Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider & Nolen, 1997).
- Dissociatieve stoornis: wordt vastgesteld met de Somatoforme-dissociatiequestionnaire (SDQ-5; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden, 1997). Dit is een korte vragenlijst die lichamelijke uitingsvormen van dissociatie meet. De betrouwbaarheid van de SDQ is goed ($\alpha=0,80$) en de cross-validatie bevredigend. Het instrument maakt onderscheid tussen groepen patiënten en niet-patiënten. De lijst heeft een *cut-off*score die is gebaseerd op een klinische normgroep. Cliënten mogen niet aan de behandeling deelnemen bij een SDQ-score ≥ 8 .
- Psychotische verschijnselen: de Gewaarwordingenlijst (GL; Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven & Slot, 2000) is een korte vragenlijst van acht items die wordt gebruikt om vast te stellen of de cliënt last heeft van psychoseachtige verschijnselen of een verhoogde kans heeft om in een psychose te raken. De GL is een valide meetinstrument om psychotische stoornissen te signaleren. De betrouwbaarheid is redelijk onder niet-patiënten ($\alpha=0,73$) en goed onder de klinische populatie ($\alpha=0,83$). Uitsluiting van deelname geschiedt bij score ≥ 5 op de schaal van auditieve hallucinaties. Als de cliënt neuroleptica neemt (vastgesteld met de Biografische Vragenlijst), komt hij eveneens niet in aanmerking voor de behandeling.

Verder wordt voor elk klachtgebied onderzocht of er geen andere prevalerende klacht is die behandeld moet worden. Bij depressie zou dat bijvoorbeeld posttraumatische stressstoornis (PTSS) kunnen zijn; omgekeerd zou bij een aanmelding voor PTSS depressie prevalerend kunnen zijn, of bijvoorbeeld paniekstoornis. De volgende instrumenten worden gebruikt voor deze specifieke exclusiecriteria:

- De Schokverwerkingslijst (SVL; Brom & Kleber, 1985) wordt gebruikt om de mate van posttraumatische stress vast te stellen. Dit is de Nederlandse bewerking van de *Impact of events scale* (IES; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). De SVL bestaat uit vijftien items, die twee hoofdkenmerken van psychisch disfunctioneren na een traumatische ervaring meten: Vermijding en Herbeleving.

Cronbach's α varieert voor de subschalen tussen 0,66 en 0,81. De externe validiteit van de schalen is goed. Bij een score > 36 worden de klachten telefonisch uitgevraagd en wordt eventueel het advies gegeven de *Interapy*-PTS-behandeling te volgen.

- Paniekstoornis wordt vastgesteld met behulp van de Nederlandse versie van Shears (Shear en anderen, 1997) *Panic disorder severity scale* (PDSS; Jager, Emmelkamp & Lange, in voorbereiding-1; Van der Meer & Burgerhout, 2004). Deze vragenlijst heeft een hoge interne consistentie (Cronbach's $\alpha=0,88$) en een goede convergente en divergente validiteit. Wanneer potentiële cliënten een prevalerende paniekstoornis hebben (hoger dan 8 op de schaal) worden zij uitgesloten van de depressiebehandeling en wordt de *Interapy*-paniekbehandeling aangeboden of wordt naar elders verwezen.
- De mate van depressie wordt vastgesteld met de Nederlandse versie van de *Beck depression inventory* (BDI; Bouman, 1994). De BDI is een veelgebruikte vragenlijst van 21 items die vooral gericht is op de cognitieve aspecten van depressie. De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de BDI is $\alpha=0,85$. De convergente validiteit wordt ondersteund door substantiële correlaties met andere depressievragenlijsten. Potentiële deelnemers die op de BDI een score hebben < 10 of > 29 worden uitgesloten van deelname aan de depressiebehandeling.

Interapy heeft inmiddels voor verschillende instellingen op maat gemaakte digitale *screening*instrumenten gecreëerd. Zo is er een *screening*instrument waarmee de Nederlandse Spoorwegen kunnen inschatten of en in welke mate hun medewerkers lijden aan posttraumatische stress en of zij hiervoor behandeld zouden moeten worden om erger te voorkomen. Met de *screening*instrumenten wordt geen volledigheid in het opsporen van alle stoornissen nagestreefd. De filosofie erachter is gebaseerd op het *stepped care*-model: rond de 80% van de aanmeldingen bij de GGZ moet er snel en betrouwbaar mee in kaart kunnen worden gebracht. Pas bij zeldzamere aandoeningen is verder diagnostisch onderzoek opportuun. Deze werkwijze vereist veel aandacht voor risicoklachten zoals psychosen en suïcidaliteit. Voor de diagnostiek en classificatie is as I van de DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1994) als uitgangspunt genomen. Ook worden categorieën van as IV (psychosociale en omgevingsfactoren) uitgevraagd, evenals enkele somatische aandoeningen.

Het *screening*instrument is ingericht als een beslisboom. Nadat zij een biografische vragenlijst hebben ingevuld, beantwoorden cliënten zeventien vragen over de volgende klachtgebieden: stemmingsstoornissen (depressie en bipolaire stoornis), angststoornissen (paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis), PTSS/complex rouw, middelenmisbruik/verslaving, eetstoornissen, relatieproblemen en werkgerelateerde problematiek. Vervolgens wordt aan de hand van de 'ja-antwoorden' naar de onderliggende vragenlijsten 'geklikt'. Deze vragenlijsten exploreren het klachtgebied dat in de zeventien *screening*vragen is geïdentificeerd diepgaander. Cliënten worden niet belast met het invullen van voor hen niet relevante vragenlijsten. Criteria voor de door *Interapy* gebruikte tests zijn: beknoptheid, een hoge sensitiviteit en specificiteit, gebruik van begrijpelijke taal en geschiktheid om *on-line* af te nemen.

De effectiviteit van *Interapy*-behandelingen

Op dit moment is de effectiviteit van drie *Interapy*-behandelingen onderzocht: posttraumatische stress en gecompliceerde rouw (Lange en anderen, 2003a; Lange en anderen, 2003c), *burn-out* (Lange en anderen, 2003b) en depressie (Lange en anderen, 2005). Voor posttraumatische stress is inmiddels een *follow-up*onderzoek van achttien maanden verricht. Voor *burn-out* is de *follow-up* in aantocht, voor depressie zijn nog geen *follow-up*gegevens verzameld. Een vierde protocol betreft paniekstoornis (Jager en anderen, 2004). De effecten hiervan zijn alleen nog getest in een *pilot study* via *e-mail* en *attachments*. Hierbij waren veel uitvallers. Zij die de behandeling afmaakten lieten wel een grote verbetering zien in vergelijking met de wachtlijst (Emmelkamp, 2005). Aan een verbeterde webversie van het protocol wordt gewerkt en een gerandomiseerde studie zal binnenkort van start gaan.

Posttraumatische stress

De PTS-behandeling (Van de Ven, Lange, Schrieken, Bredeweg & Emmelkamp, 1999) bestaat uit gestructureerde schrijfpoddrachten in drie fasen. De eerste fase bevat viermaal schrijven over de pijnlijkste gedachten en gevoelens (zelfconfrontatie). In de tweede fase wordt de cliënt geholpen om in vier essays te formuleren hoe je er ook anders tegenaan kunt kijken (cognitief herstructureren). In de laatste fase schrijft de cliënt twee keer aan een 'afscheidsbrief' die de deelnemers met anderen kunnen delen. De behandeling kan in

vijf weken worden voltooid maar loopt in het algemeen iets uit (gemiddelde duur ongeveer zeven weken). Om het resultaat van de PTS-behandeling te meten zijn de SVL (Kleber & Brom, 1986) en de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) gebruikt.

We hebben verscheidene studies over de posttraumatische-stressbehandeling uitgevoerd (Lange en anderen, 2004). De uitvoerigste is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bij 101 cliënten (Lange en anderen, 2003a), dat een grote afname van intrusies en vermijding in de actief behandelde groep vertoont. Deze afname ziet men niet in de controlegroep, die alleen psycho-educatie kreeg. De verschillen tussen de controle- en de actief behandelde groep bleken statistisch sterk significant te zijn. Een effectgrootte, uitgedrukt in Cohens d (Cohen, 1977), van 0,20 wordt als klein beschouwd, 0,40 als gemiddeld en 0,60 of hoger als groot. De effectgroottes van de *Interapy*-PTS-behandeling bedroegen $d=1,28$ voor intrusies en $d=1,39$ voor vermijding. De scores op de SCL-90 lieten zien dat de psychopathologie in het algemeen in de actief behandelde groep veel sterker afnam dan in de controlegroep, met een effectgrootte van $d=0,76$ voor angst en $d=1,04$ voor depressie. Details van de analyses zijn vermeld in Lange en anderen (2003a). Van de deelnemers konden 61 personen bereikt worden voor een *follow-up*onderzoek achttien maanden later. Hieruit bleek dat er nagenoeg geen terugval was geweest (Hammer & Holleman, 2003; Lange en anderen, 2003a).

Onafhankelijke onderzoekers voerden inhoudsanalyses uit naar de mate van cognitieve verandering in de teksten die de cliënten in het begin van de behandeling (essay 1 en 3) en aan het einde (essay 8 en 10) hadden geschreven. Deze inhoudsanalyses lieten zien dat de deelnemers aan het eind veel meer functioneel gedrag (zoals gericht zijn op de toekomst) in hun schrijven tot uitdrukking lieten komen dan daarvoor. De toename is *overall* sterk significant met een zeer hoge effectgrootte ($d=3,26$). Het patroon voor de andere twee kenmerken van *coping* (inzicht en toekomstgerichtheid) was nagenoeg identiek (Lange en anderen, 2003a; Lemmen & Maas, 2001). Door het grote aantal deelnemers was het mogelijk om met behulp van een multivariate analyse na te gaan voor welke cliënten de behandeling het effectiefst was. We onderzochten de volgende onafhankelijke variabelen: wachtlijst versus meteen behandelen; leeftijd; al of niet over het trauma gepraat; mate van depressie voorafgaand aan de behandeling; mate van vertraging tijdens de behandeling; opzettelijk door een dader toegebracht trauma versus niet-opzettelijk trauma (ziekte, ramp). We voerden multi-pele regressieanalyses uit met de *post*-behandelscores op de SVL als afhankelijke variabele. De *pre*-behandelscores werden als eerste onafhankelijke variabele ingevoerd om te controleren voor aanvangsverschillen in de ernst van de klachten. De analyses (in detail weergegeven in Lange en anderen, 2003a) bevestigden dat cliënten die niet over hun trauma hadden gesproken meer baat bij de behandeling hadden. Deze variabele verklaarde 14% van de variantie in posttraumatische stress (SVL-score) na de behandeling. Maar 'opzettelijkheid' bleek nog belangrijker te zijn. Zij die opzettelijk door een ander waren getraumatiseerd, verbeterden sterker dan zij die een trauma door ziekte of door een natuurramp hadden opgelopen. Deze variabele verklaarde 19% van de variantie. Dit resultaat heeft waarschijnlijk alles te maken met de eerste fase van de behandeling: als er opzet (en dus een dader) in het spel was, is de zelfconfrontatie die in deze fase nodig is – met bijbehorende woede, rancune en angst – preciezer en gemakkelijker te focussen. Geen van de andere variabelen had invloed op de mate van verbetering.

Burn-out

Het interventieprogramma van de *Interapy*-behandeling voor *burn-out* omvat de volgende fasen:

Fase 1. Bewustworden: registreren en schrijven

In deze fase leren de cliënten stresssignalen (lichamelijke verschijnselen, gedachten, emoties of gedrag) te registreren en zich door middel van gerichte schrijfp opdrachten bewust te worden van oorzaken van stress. Zij schrijven twee keer. Na de eerste keer krijgen zij van de begeleider commentaar en adviezen om het schrijven zo nodig aan te scherpen. In deze fase houden cliënten ook dagelijks bij welke signalen van spanning zij ervaren en hoe hoog die spanning is.

Fase 2. Bewustworden: ontspannen en slaaphygiëne

De cliënten leren in deze fase zich te ontspannen met behulp van oefeningen voor spierontspanning, mentale ontspanning en gedragsregels. Er zijn in deze fase meerdere contacten; de cliënten laten weten hoe het gaat en krijgen hierop commentaar en aanvullende instructies. Deze fase bevat ook instructies voor 'slaaphygiëne' (Bastien, Morin, Quellet, Blais & Bouchard, 2004; Morin, 1993). Slecht slapen, waarvan veel mensen met *burn-out* last hebben, wordt veelal veroorzaakt door verkeerde 'slaapgewoontes'. Een paar voorbeelden van instructies zijn: niet overdag slapen; geen extra lange slaaptijden; een uur voor het gaan slapen geen stressrijke activiteiten of gesprekken maar juist ontspannende activiteiten. Partners moeten op de hoogte gesteld worden van dit deel van het programma.

Fase 3. Cognitief herstructureren: het piekerprogramma

Mensen met *burn-out* hebben in het algemeen last van te pas en vooral te onpas piekeren. In deze fase leren cliënten zich bewust te worden van de momenten waarop zij piekeren en worden zij gestimuleerd hierin structuur aan te brengen: bijvoorbeeld er driemaal in de week twintig minuten voor uittrekken; als er een piekermoment komt, dan alleen een korte notitie maken (steekwoord) en dat bewaren voor het 'piekeruurtje'. De cliënten leren hoe zij om kunnen gaan met de piekergedachten en zij leren alternatieve gedachten te formuleren. Hier komen de principes uit de cognitieve therapie van pas: herkennen van denkfouten zoals zwart-witdenken, overgeneraliseren, fouten alleen aan jezelf toeschrijven, rampscenario's uitvergroten en positieve dingen negeren (Korrelboom & Ten Broeke, 2004; McKay, Davis & Fanning, 1997). Er zijn hierover in *Interapy* meerdere contacten tussen behandelaar en cliënt, waarbij de behandelaar commentaar kan geven en de instructies steeds kan aanscherpen.

Fase 4. Cognitief herstructureren: concentreren op positieve kwaliteiten

In deze fase krijgen cliënten instructies hoe zij zich bewuster kunnen worden van hun sterke kanten, die in perioden van stress vaak ondergesneeuwd raken. Zij maken een opstel over positieve eigenschappen, lichten de belangrijkste eruit en schrijven deze op een kaartje. Dit kaartje gaan ze vervolgens dagelijks enkele malen lezen (Lange, 2000; Lange, Richard, Gest, De Vries & Lodder, 1998; Lange, Richard, Kiestra & Van Oostendorp, 1997).

Fase 5: Omgaan met anderen

Cliënten met *burn-out* lopen extra risico om in conflict te raken met personen in hun onmiddellijke omgeving. Soms zijn die conflicten (mede) de oorzaak van de *burn-out*. Maar het kan ook andersom zijn: door de *burn-out* is men kribbig en agressief jegens anderen. Dit kan op het werk zijn, maar ook thuis. Cliënten krijgen daarom een korte sociale-vaardigheidstraining. Ze gaan onder andere oefenen om op niet-afwijzende manier grenzen te stellen, om ervoor te zorgen dat de ander geen gezichtsverlies lijdt, en om complimenten en waardering uit te spreken. Dit is niet alleen van belang voor de ander, maar ook voor de cliënt zelf. Hij gaat zich er beter door voelen.

Fase 6: Time management

Mensen met *burn-out* willen vaak te veel tegelijk doen. Zij willen niemand teleurstellen en hoge kwaliteit in hoog tempo leveren. In deze fase leren zij zicht krijgen op de manier waarop zij met taken, werkactiviteiten en ontspannende activiteiten omgaan. Vervolgens krijgen zij suggesties en oefeningen om hierin verandering te brengen. Zij leren om grenzen te stellen, door bijvoorbeeld niet te snel 'ja' te zeggen op een verzoek en prioriteiten te stellen. Zij leren beslissen om activiteiten hetzij onmiddellijk te doen, hetzij uit te stellen of te delegeren. Zij leren in deze fase ook ontspannende activiteiten te plannen en zichzelf te belonen.

Fase 7: Toekomst, reïntegratie en terugvalpreventie

Voor hen die op dat moment niet of slechts gedeeltelijk werken, bevat deze fase suggesties over een geleidelijke herintrede (Karsten, 2001). De begeleider attendeert de cliënt er bovendien op dat, ook al gaat het nu beter, er in de toekomst wel eens een terugval kan optreden. Cliënten krijgen de instructie zich te bezinnen op de signalen waar ze in dat opzicht op moeten letten. Tevens maken ze een eigen 'terugvalpreventie-toolkit'. Ze stellen deze samen uit elementen die ze eerder hebben geoefend. Ze kunnen de *toolkit* printen en in hun huis ophangen: een symbool voor de toekomst.

Onderzoeksresultaten

Er zijn verschillende studies uitgevoerd naar de effecten van de *Interapy*-behandeling voor *burn-out*. De belangrijkste was een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek met 133 deelnemers, waarin de behandeling nog via gestructureerde *e-mail* en *attachments* geschiedde. Inmiddels verloopt de behandeling volledig via de *website*. Naast veranderingen in de mate van uitputting en stress zijn veranderingen in depressieve symptomen en angstklachten gemeten. Uitputting werd vastgesteld met de gelijknamige subschaal van de Utrechtse *burn-outschaal* (UBOS; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). Deze schaal heeft een Cronbach's $\alpha=0,87$, de test-hertestbetrouwbaarheid is $r=0,87$. De UBOS is de Nederlandse versie van de *Maslach burn-out inventory*

(Maslach, Jackson & Leiter, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998). Tegenwoordig maakt *Interapy* gebruik van de *Oldenburg burn-out inventory* (OLBI; Demerouti, Nachreiner, Bakker & Schaufeli, 2001). Deze vragenlijst meet de mate van *burn-out* op de dimensies Uitputting (als gevolg van intensieve fysieke, affectieve en cognitieve spanning) en Vervreemding (distantie en negatieve attitudes over het werk). De betrouwbaarheid van de subschaal Uitputting is $\alpha=0,73$ en voor Vervreemding $\alpha=0,83$. De convergente validiteit en de divergente validiteit blijken goed te zijn. Stress, depressie en angst werden gemeten met de drie subschalen van de Depressie-angst-stressschaal (DASS; De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange & Blonk, 2001), de Nederlandse adaptatie van de *Depression anxiety stress scale* (Lovibond & Lovibond, 1995). De interne consistentie van de drie subschalen is uitstekend, met α 's variërend van 0,94 tot 0,97. De test-hertestbetrouwbaarheid is ruim voldoende tot hoog (van $r=0,75$ tot $r=0,89$).

Dit onderzoek laat zien dat er een sterke afname is van Uitputting en Stress in de actief behandelde groep. De controlegroep, die alleen psycho-educatie krijgt, gaat ook enigszins vooruit maar veel minder. De verschillen tussen de twee condities zijn significant en de *effect sizes* van de actieve behandeling in vergelijking met de controleconditie zijn groot: d varieert van 1 tot 1,08. Er is geen terugval in de *follow-up*periode. Depressie en Angst nemen eveneens sterk af. Hierbij dient aangetekend te worden dat ook in de controlegroep depressie en vooral angstklachten enigszins afnemen (zie voor details van dit onderzoek: Lange en anderen, 2003b).

Depressie

Het protocol voor de behandeling van depressie is ontwikkeld in samenwerking met de Stichting Mentrum GGZ Amsterdam. Werknemers van Mentrum en stagiaires klinische psychologie aan de UvA werkten mee als behandelaars. De behandeling bevat de volgende onderdelen. Enkele zijn al genoemd bij de behandeling van *burn-out*, maar bij depressie hebben deze een iets andere inhoud gekregen:

Fase 1. Bewustwording: symptomen

Deze fase staat in het teken van bewustwording. Welke symptomen ervaart de cliënt? Sinds wanneer en op welke momenten? In het eerste onderdeel, de schrijfpdracht, inventariseren cliënten hoe en wanneer de depressieve symptomen zich voordoen en of er aanwijsbare aanleidingen zijn voor de sombere stemming. Cliënten schrijven tweemaal 45 minuten zonder restricties over mogelijke gebeurtenissen die samenhangen met de negatieve gedachten en gevoelens. Na de eerste keer geven de behandelaars steun, commentaar en instructies. Het schrijven volgt de chronologie: eerst is er aandacht voor het verleden, daarna staat het heden centraal. Het schrijven biedt structuur en geeft de cliënten en de behandelaars inzicht in mogelijke aanleidingen en uitingsvormen van de depressie.

Fase 2. Bewustwording: stemmingsmeter

De bewustwording wordt vergroot door toepassing van de stemmingsmeter (Lange, 2000). Vijf dagen achtereenvolgens noteren de cliënten op drie vaste tijdstippen hun stemming. Aan de hand van deze registraties ervaren zij en de behandelaars hoe de stemming fluctueert en welke situaties, gedachten of gevoelens de stemming beïnvloeden. De cliënten zoeken samen met hun behandelaars naar het verband tussen de aard van hun stemming en gebeurtenissen of gedachten.

Fase 3. Dagplanning

Een negatieve stemming heeft gevolgen voor de mate waarin men actief is; maar het omgekeerde is ook waar. Over het algemeen leidt een toename van activiteiten tot een betere stemming (Jacobson en anderen, 2000; Lange, 2000). Cliënten worden dan ook gestimuleerd tot activiteiten. Een week lang maken zij elke dag een *planning* voor activiteiten. De behandelaar zorgt ervoor dat de geplande activiteiten passen bij de cliënt en niet te hoog gegrepen zijn. Achteraf beoordelen de cliënten of het is gelukt zich aan de *planning* te houden en zo niet, waardoor dat kwam. Dit verschaft de cliënten en hun behandelaars informatie over het huidige patroon van bezigheden en geeft de mogelijkheid het activiteitsniveau verder te verhogen. In deze fase ontvangen cliënten verder uitgebreide psycho-educatie over:

- De mogelijkheden van ontspannings- en ademhalingsoefeningen (Öst, 1987) en lichaamsbeweging (Bosscher, 1991). De oefeningen en de lichaamsbeweging kunnen cliënten in de dagplanning opnemen.

- Slaaphygiëne (Bastien en anderen, 2004). De cliënten krijgen uitleg, onder andere over de negatieve invloed van middagdutjes, cafeïne, alcohol en slaapmedicatie op de kwaliteit van de slaap. Verder worden instructies gegeven om het inslapen en doorslapen te bevorderen.

Fase 4. Cognitieve herstructurering: negatieve gedachten uitdagen

Deze fase staat in het teken van het opsporen en ‘uitdagen’ van disfunctionele gedachten (Hermans & Van de Putte, 2003). De cliënten krijgen uitleg over het uitdagen en gaan een week lang deze gedachten registreren. Een belangrijk element is het piekerhalfuur. In plaats van zich steeds over te geven aan negatieve en angstwekkende gedachten schrijven zij deze op momenten van gepieker kort op, om er op een van tevoren vastgesteld moment een half uur over na te denken. De behandelaars instrueren hen om dan ‘advocaat van de duivel’ te zijn en hun negatieve gedachten op de aangeleerde manier uit te dagen (McKay en anderen, 1997). Voorbeelden van vragen die zij zichzelf kunnen stellen, zijn: Hoe groot is de kans dat dit daadwerkelijk gebeurt? Hoe groot is het bewijs dat mijn aanname waar is? Kun je er ook anders tegenaan kijken? En wat zou ik tegen een goede vriend zeggen die zoiets zou overkomen?

Fase 5. Cognitieve herstructurering: negatieve gedachten toetsen in gedragsexperimenten

Hoewel het zelfs in *face-to-face*behandelingen vaak niet zo gemakkelijk is om cliënten tot bruikbare gedragsexperimenten te brengen (Broeke, Schurink & Korrelboom, 2003), hebben we er toch voor gekozen om deze interventie in het *Interapy*-protocol op te nemen. De cliënten krijgen de instructie om bepaalde negatieve gedachten om te zetten in een ‘als...dan-hypothese’. Vervolgens bedenken zij samen met de behandelaar een experiment om te kijken of de aanname in de praktijk klopt. Ze doen dit driemaal. De behandelaar helpt een haalbaar, eenvoudig experiment zo op te zetten, dat de kans groot is dat de negatieve gedachte niet bevestigd wordt door de reactie van de buitenwereld (Ten Broeke & Korrelboom, 2004).

Fase 6. Kwaliteiten: positieve zelfspraak

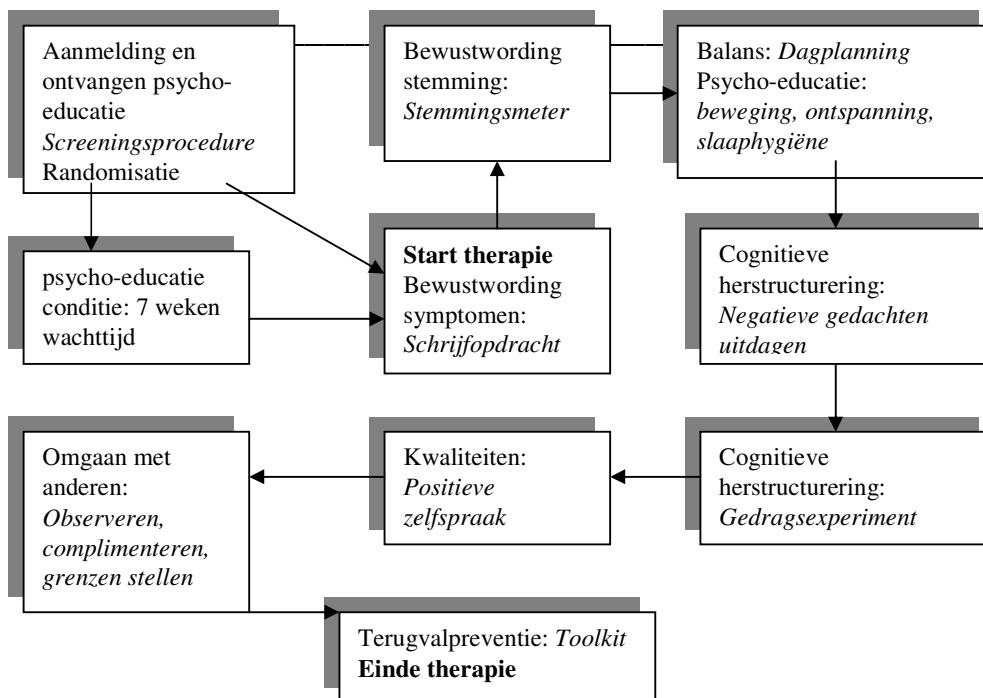
Nadat de cliënten hun negatieve gedachten onder de loep hebben genomen, richt de behandeling zich op positieve eigenschappen. Dit onderdeel begint met uitleg over de heilzame werking van positieve zelfspraak op het zelfbeeld en de stemming. De cliënten schrijven tweemaal over hun positieve kanten en kwaliteiten. De verzamelde positieve informatie, het ‘witboek’, vatten zij vervolgens in een paar krachtige zinnen samen op een kaartje. De bedoeling is dat de cliënten deze tekst regelmatig lezen en hardop uitspreken (Lange, 2000; Lange en anderen, 1998; Lange en anderen, 1997).

Fase 7. Omgaan met anderen

Door een neerslachtige stemming en een negatief zelfbeeld wordt de omgang met andere mensen er niet beter op. De somberheid heeft vaak tot gevolg dat men weinig interesse voor anderen opbrengt en daardoor ook weinig positiefs terugkrijgt. Het is dus van belang cliënten te helpen om, zelfs al voelt men zich minder prettig, toch een positieve houding tegenover anderen aan te nemen. Cliënten gaan in deze fase letten op hun eigen aandeel in interacties met hun omgeving en oefenen om op begripvolle, positieve wijze hun grenzen aan te geven, maar ook om belangstelling en waardering bewust te uiten en complimenten te geven.

Fase 8. Terugvalpreventie: de toolkit

Het laatste onderdeel van het protocol is erop gericht de cliënten voor te bereiden op de toekomst. De cliënten stellen een *toolkit* samen. Deze bestaat uit een aan zichzelf gerichte brief waarin zij beschrijven welke elementen hen op welke manier hebben geholpen. Zij leggen in die brief vast dat zij dit ‘gereedschap’ zullen gebruiken zodra zij signaleren dat er terugval dreigt.



Figuur 1. Schematisch overzicht van de behandellementen en de fasen waarin zij aan bod komen

De resultaten van de depressiebehandeling

Deze zijn onderzocht in een *pilot study* en een gerandomiseerd onderzoek, waarin een groep actief behandelde deelnemers is vergeleken met een controlegroep die alleen psycho-educatie had gekregen. De effecten van de behandeling werden gemeten met de BDI, de depressieschalen van de DASS en de SCL-90. Ook hier zien we significante verschillen in afname van symptomatologie in de actief behandelde groep in vergelijking met de controlegroep. De effectgroottes variëren tussen de $d=0,90$ en $d=1,4$. (Deze onderzoeksresultaten worden *en détail* beschreven door Lange en anderen, 2005).

Een voorbeeld

Mevrouw Stafleu, een 54-jarige depressieve intercedente, heeft sinds een half jaar nergens meer plezier in. Ze is vermoeid, kan zich niet concentreren en voelt zich gevangen in negatieve gedachten. Ze vindt het akelig om ouder te worden. Ze zoekt de oorzaak van haar depressie in chronische problemen in haar gezin. Ze voelt zich machteloos, schuldig en boos. In vergelijking met de klinische normgroep scoort ze hoog op de depressieschaal van de DASS (score: 24); ze valt in de groep 'ernstige depressie' op basis van de BDI-score (30). Bij aanvang van de behandeling is ze met gedeeltelijk ziekteverlof.

Tijdens de behandeling volgt ze de instructies nauwgezet op. Het huiswerk voert ze met veel inzet uit. De schrijfopdrachten ervaart ze als emotioneel zwaar en confronterend. Ze wordt zich bewust van haar negatieve en angstige gedachten. Over het algemeen voelt ze zich 's ochtends het slechtst en haar stemming verbetert in de loop van de dag. Dagschema's opstellen valt haar zwaar, maar het maakt haar wel duidelijk dat ze vaak te veel wil en te veel moet van zichzelf. Als het dan misgaat, voelt ze zich ellendig. Ze merkt nu hoeveel moeite zij heeft met het plannen van tijd voor zichzelf, voor ontspanning en hobby's. In de loop van de behandeling gaat ze haar activiteiten bewuster kiezen en haar dagen steeds beter plannen. Dan komt de fase waarin de negatieve gedachten centraal staan. Ze vindt zichzelf stom, lelijk, schuldig en onbelangrijk, en denkt dat anderen ook zo over haar denken. Haar inzet komt nu goed van pas; zij gaat grondig te werk bij het uitdagen van de negatieve gedachten. Ze komt al gauw met bruikbare inzichten en alternatieve gedachten die zij meteen in haar leven toepast. Het moment

waarop ze schrijft dat ze zich nu werkelijk realiseert niet verantwoordelijk te zijn voor het geluk en alle problemen van haar omgeving is een mijlpaal.

Mevrouw Stafleu voert een fraai gedragsexperiment uit, gericht op haar aanname dat mensen negatief reageren wanneer zij haar grenzen stelt en zichzelf beschermt. Er is een vrouwelijke collega op haar werk die haar erg op de huid zit. Die komt om de haverklap haar kamer binnenvallen voor een praatje, vraagt ook steeds of ze geen werk van haar kan overnemen en geeft ongevraagde adviezen, bijvoorbeeld over haar opvliegers: mevrouw Stafleu zou zich minder druk moeten maken en zich meer moeten ontspannen. Deze schrijft dat zij dit als ongewenste inmengingen ervaart. Samen met de behandelaar bereidt zij een experiment voor. Als haar collega weer komt 'buurten', zal ze zeggen: 'Ik merk dat je steeds naar beneden komt en vraagt of je me kunt helpen. Ik vind dat aardig van je maar ik werk beter als ik door kan werken. Ik word in mijn concentratie gestoord als je steeds komt praten.'

In eerste instantie bericht cliënte dat het experiment is mislukt: ze is geen moment alleen geweest met de collega. De behandelaar vindt dit geen mislukking: nog even doorgaan. In het volgende rapportagemoment blijkt dat zij succes heeft gehad. De collega is bij haar binnengelopen met de vraag: 'Heb je het druk?' Mevrouw Stafleu reageerde sterk: 'Fijn dat je het vraagt. Ik heb het inderdaad erg druk, maar ik kan het allemaal nog wel aan. Laten we afspreken dat ik jouw hulp inroep als het me te veel wordt.' De collega komt die week nog een aantal keren langs. Cliënte blijft vriendelijk, maar maakt steeds duidelijk dat zij hard aan het werk is en niet wil worden afgeleid. De boodschap komt over bij de collega, haar bezoeken nemen af zonder dat er een conflict is ontstaan. Mevrouw Stafleu heeft nu een bewijs dat zij grenzen kan stellen zonder dat dit negatieve reacties oproept. Vanaf dit moment verbetert haar gemoedstoestand aanzienlijk.

De behandelaar en zij springen creatief om met de positieve zelfverbalisatie. Ze gaat haar man vertellen wat ze positief aan hem vindt. Hiermee bevordert zij het contact tussen hen beiden, maar bovendien zal het haar in een situatie brengen waarin ze positieve dingen over zichzelf te horen krijgt. En dat gebeurt: haar echtgenoot is ontroerd en er volgt 'een zeer prettig gesprek'. De fase 'Omgaan met anderen' grijpt ze aan voor een gesprek met haar zuster, aan wie ze gaat vragen minder over de rest van de familie te roddelen. Ze heeft haar doelen en verwachtingen van het gesprek op papier gezet. Ook heeft ze nagedacht over de formulering. Het gesprek is succesvol, cliënte heeft wederom ervaren dat zij de dingen op een positieve manier naar haar hand kan zetten. Bij de laatste opdracht (terugvalpreventie) zet mevrouw Stafleu al haar ervaringen op een rij en beschrijft in briefvorm welke technieken uit de behandeling zij wil blijven gebruiken. Ze geeft dit document de naam 'Recepten om uit de puree te komen'. Technieken die de assertiviteit bevorderen, nemen een vooraanstaande plaats in. De cliënte voelt zich sterker en weerbaarder. Dit blijkt ook uit de scores op de BDI en de depressieschaal van de DASS die na afloop zijn afgenomen. Op beide lijsten heeft zij nu de lage score van 4. Hiermee valt ze onder het gemiddelde van de algemene bevolking. Ze werkt weer *full-time*.

Beoordeling door de cliënten

Bij alle behandelingen vullen de cliënten na afloop een vragenlijst in waarin zij aangeven hoe tevreden of ontevreden zij zijn met de verschillende elementen van de behandeling. De vragenlijst bevat een algemeen gedeelte over de procedures en de behandelaars, en een specifiek gedeelte over de afzonderlijke stappen in de behandeling. Voor de gegevens van de PTS- en *burn-out*behandeling verwijzen we naar Lange en anderen (respectievelijk 2003c en 2003b). Voor depressie zijn de gegevens, die niet sterk afwijken van die in de andere behandelingen, opgenomen in tabel 1 en 2.

Tabel 1 laat zien dat de cliënten de onderdelen van de depressiebehandeling in het algemeen zinvol vonden. Als nuttigste modules werden ervaren: het schrijven over belangrijke gebeurtenissen die hadden bijgedragen aan de depressie en het registreren van deprimerende gebeurtenissen en gedachten. Ook het uitdagen van automatische gedachten werd hoog gewaardeerd. De relatief lage waarde die werd toegekend aan het plannen van dagelijkse activiteiten is eveneens opvallend. De cliënten waren zeer tevreden over de begeleiding door hun persoonlijke behandelaar. Gemiddeld scoorden zij 8,4 (SD=1,6) op een tienpuntsschaal (Renckens, 2004; Zandbergen & Wegner, 2004). Verder blijkt dat de cliënten vrij veel tijd aan het huiswerk besteedden. Slechts enkelen waren er minder dan een uur per keer aan kwijt; 41% besteedde er een tot twee uur aan, 46% twee tot vier uur en 11% meer dan vier uur per week.

Tabel 1. Beoordeling door de cliënten (N=46) van de verschillende depressiemodules op een schaal van 1 (niet zinvol) – 10 (erg zinvol)

Interventie	M	SD
Schrijven/registreren	8,4	1,6
Disfunctionele automatische gedachten	8,2	1,7
Positieve zelfinstructie	7,8	1,7
Omgaan met anderen	7,5	2,0
	7,4	1,7
<i>Toolkit</i>		
Dagplanning/activiteiten	6,8	2,8
	7,7	
Totaal		

Tabel 2 laat zien dat het overgrote deel van de cliënten goed te spreken was over de manier waarop de behandelingen waren verlopen. Bijna iedereen vond de instructies begrijpelijk, het programma overzichtelijk en *Interapy* een effectieve methode om depressieve klachten te verminderen. Men zou anderen de behandeling aanbevelen. Het overgrote deel vond het plezierig om op deze manier in plaats van *face-to-face* in behandeling te zijn. Tabel 2 laat ook zien dat het merendeel (78%) het contact met de behandelaar als persoonlijk had ervaren; slechts 4% vond het onpersoonlijk. Hoopgevend is ten slotte dat maar enkelen geen vermindering van klachten hadden ervaren, terwijl meer dan 89% van de cliënten zich verbeterd voelde.

Tabel 2. Beoordelingen van diverse aspecten van de depressiebehandeling in percentages (N=46)

Vraag	Antwoorden	%
• Vond je de teksten van de instructie begrijpelijk?	ja	95
	nee	4
• Zou je het programma aan iemand anders aanbevelen?	ja	96
	nee	2
• Hoe vond je het contact met je behandelaar?	persoonlijk	78
	onpersoonlijk	4
• Heb je <i>face-to-face</i> gesprekken met je behandelaar gemist?	ja	11
	nee	80
• Hoe vond je het om op deze manier in behandeling te zijn in plaats van <i>face-to-face</i> ?	inplezierig	87
	onplezierig	2
• Als je het hele programma bij elkaar neemt, vond je het <i>Interapy</i> -programma overzichtelijk?	ja	93
	nee	4
• Vind je de <i>Interapy</i> -depressiebehandeling een effectieve methode voor het verminderen van depressieve klachten?	ja	93
	nee	2
• In hoeverre heb je gedurende de behandeling vermindering niet van je klachten ervaren?	een beetje	2
	redelijk veel	37
		52

De percentages zijn afgerond op gehele getallen. Percentages 'Geen mening' zijn niet vermeld.

Discussie

De resultaten van de drie onderzochte behandelingen komen in grote lijnen overeen. De effecten zijn groot. Bij het beoordelen van de resultaten dienen we in aanmerking te nemen dat de meeste cliënten al vrij lang last hadden van hun klachten. Dit geldt voor alledrie de studies (Lange en anderen, 2003a; 2003b; 2005). Met andere woorden: spontaan herstel zal geen factor van betekenis zijn geweest.

De *Interapy*-behandelingen beginnen altijd met psycho-educatie: informatie over de aard van de klacht waarvoor men behandeld wil worden, het soort behandelingen dat ervoor bestaat en wat cliënten bij *Interapy* kunnen verwachten. Deze informatie moet verstrekt worden voordat cliënten de keuze maken of zij de behandeling willen ondergaan. In de studies worden zij pas daarna *at random* ingedeeld in de experimentele conditie of controleconditie. Dit impliceert dat de deelnemers in de controlecondities veel informatie kregen over de betreffende klacht: wat eraan gedaan kan worden en wat zij gaan doen als zij aan de beurt zijn voor de behandeling (ongeveer twee maanden later). Hierdoor is zowel bij *burn-out* als bij depressie in de controleconditie mogelijk een substantiële verbetering opgetreden, meer dan in het algemeen bij een pure wachtlijstgroep. Ondanks de verbeteringen in deze ‘psycho-educatiegroep’ zijn zowel bij *burn-out* als bij depressie de verschillen met de actief behandelde groep groot, met forse netto *effect sizes* (verschil in d-waarden tussen de twee groepen).

De grote tevredenheid van de cliënten over de diverse aspecten van de behandeling is opvallend. Dit was al het geval in de behandelingen van PTS en *burn-out*; bij depressie is men nog positiever. De toenemende tevredenheid kan te maken hebben met verdere verfijning van de *site* (geen *e-mail* en *attachments* meer) en de aanpak van de cliënten. Betreffende de modules valt op dat men het schrijven en registreren als een vorm van zich bewust worden van deprimerende situationele factoren als belangrijkste heeft ervaren. Dat schrijfopdrachten bij posttraumatische stress van groot belang worden geacht, is niet verbazingwekkend, maar dat dit onderdeel bij depressie (evenals bij *burn-out*) als belangrijkste naar voren kwam, is opmerkelijk. Het op actieve wijze inzicht verwerven in factoren die aan de klacht bijdragen zou wel eens van doorslaggevend belang kunnen zijn in zowel de directieve therapie als de cognitieve gedragstherapie. Het vergroot het gevoel van controle en competentie in het omgaan met de problemen.

Het uitdagen van disfunctionele automatische gedachten was een noodzakelijk element in de depressiebehandeling, maar van tevoren hadden we ons zorgen gemaakt of het zou lukken deze techniek via het internet over te brengen. In de *pilot studies* is aan deze module extra veel aandacht besteed, door de mening van de cliënten te analyseren en besprekingen te houden met behandelaars. Gezien de hoge waardering voor dit onderdeel is dit niet voor niets geweest. Het zeer hoge percentage cliënten dat de instructies begrijpelijk vond (95%) en de gehele behandeling overzichtelijk (93%) suggereert eveneens dat alle modules hebben bijgedragen tot het succes, ook deze ‘moeilijke’ module. Waarschijnlijk heeft een aantal factoren een rol gespeeld in het succes van de drie behandelingen:

- De protocollen vormen een elegante combinatie van elementen uit onze *face-to-face*behandelingen. Het is een *mix* van wat bekend is uit de directieve therapie en de cognitieve gedragstherapie. Het bevat veel elementen die cliënten greep geven op hun problematiek. De grote mate van zelfwerkzaamheid in de *Interapy*-behandeling draagt bovendien bij aan het gevoel van competentie van cliënten.
- In meerdere kleine *pilot studies* konden de cliënten hun mening geven en op grond daarvan werden de protocollen, de uitleg, de *feedback* en het motiveren voortdurend verbeterd.
- De behandelingen verlopen vrijwel volledig via de *website*. Dit vergroot voor cliënten en behandelaars de duidelijkheid en de structuur. *E-mail* wordt alleen in bijzondere gevallen gebruikt.
- Het protocol bevatte niet alleen instructies voor cliënten, maar ook aanwijzingen voor de behandelaars over de wijze waarop zij de cliënten kunnen motiveren. Dit lijkt goed te zijn gelukt. De cliënten waren zeer tevreden over de begeleiding. Slechts een minderheid had *face-to-face*contact gemist; bij de *burn-out*behandeling was dat weliswaar 31% (Lange en anderen, 2003b), maar bij de depressiebehandeling slechts 11% (Lange en anderen, 2005).
- Waarschijnlijk door het sterk gemotiveerd worden, hebben de cliënten zelf veel tijd aan de behandeling (het huiswerk) gespendeerd.

Er wordt wel eens gezegd dat een goede werkrelatie alleen met *face-to-face* contact mogelijk is. Onze gegevens laten zien dat het zeer wel mogelijk is om via internet een goed contact met de cliënten op te bouwen. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Knaevelsrud, Jager en Maercker (2004). In hun (Duitse) onderzoek naar de werking van het *Interapy*-PTS-protocol namen zij een verkorte versie van de *Working alliance inventory* af (WAI; Horvath & Greenberg, 1989; Vervaeke & Vertommen, 1996). Het bleek dat de WAI-scores van de *Interapy*-cliënten niet lager waren (zelfs iets hoger) dan wat er in de literatuur over *face-to-face* behandelingen wordt gerapporteerd.

Er waren bij alledrie de behandelstudies veel verschillende therapeuten betrokken. Dit kan worden opgevat als steun voor de validiteit van de behandelprotocollen en de totale procedure. De resultaten kunnen niet worden toegeschreven aan enkele briljante behandelaars. Het protocol is kennelijk goed overdraagbaar. Bij depressie waren er, voor het eerst, ook ervaren, oudere behandelaars uit de reguliere GGZ. Van tevoren was afgesproken niet te toetsen of er verschil was in de resultaten van deze behandelaars en de relatief jonge stagiaires klinische psychologie. De gegevens geven overigens geen aanleiding om te vermoeden dat die verschillen er waren.

Het moge duidelijk zijn: de bevindingen zijn zonder meer positief te noemen. Maar er zijn beperkingen. Internet is niet voor iedereen beschikbaar en niet iedereen wenst af te zien van *face-to-face* contacten. Er is dus een selectie van cliënten. In de *screening* werd een groot aantal potentiële deelnemers uitgesloten. Van de aanmelders voor de depressiebehandeling werd bijvoorbeeld 56% afgewezen omdat hun klachten eerder wezen op de noodzaak van een behandeling voor posttraumatische stress, *burn-out* of paniek dan voor depressie (Lange en anderen, 2005). Personen met een dissociatieve stoornis, suïcidale kenmerken of een hoge kans op psychosen werden uitgesloten, evenals misbruikers van harddrugs of alcohol. Een dergelijke exclusie van deelnemers is een beperking die men ook ziet bij *face-to-face* gerandomiseerde behandelstudies (Garfield, 1998; Persons & Silberschatz, 1998), maar bij internetbehandelingen kan er nog minder risico worden genomen met comorbiditeit.

Niettemin blijkt de *Interapy*-behandeling in korte tijd effectief te zijn bij personen met ernstige en chronische vormen van posttraumatische stress, werkgerelateerde stress en depressie, personen die deels (nog) arbeidzaam zijn, maar wel gevaar lopen verder te invalideren en in het medische circuit te belanden. De kans dat milde of matige depressie uitgroeit tot zeer ernstige depressie neemt sterk af na effectieve cognitieve gedragstherapie (Cuijpers, 2004). *Interapy* kan in dit opzicht een krachtige preventieve werking hebben, temeer omdat *Interapy* een slagvaardige aanpak zonder wachttijden en zonder lange intervallen tussen de sessies mogelijk maakt.

Natuurlijk waren er deelnemers die de behandeling niet hebben afgemaakt. In de hier gerapporteerde behandelingen is de *drop-out* iets lager dan 20% (wel moet worden opgemerkt dat bij een nieuw *Interapy*-protocol voor agorafobie de uitval hoog was; zie Jager, Emmelkamp & Lange, in voorbereiding-2). In een recent onderzoek waarin internetbehandeling van milde depressie gecombineerd werd met *face-to-face* contacten rapporteren Andersson, Bergstrom, Holländare, Ekselius en Carlbring (2004) hogere uitvalpercentages. Kakes (2004) rapporteert eveneens hogere percentages *drop-outs* bij internetbehandelingen. Ook in vergelijking met uitvalcijfers van *face-to-face* onderzoeken is de *drop-out ratio* in de hier gepresenteerde onderzoeken relatief laag. De Jonghe en anderen (2004) rapporteren bijvoorbeeld *drop-out*percentages van circa 40% bij farmacologische behandeling van depressie en 25% bij kortdurende psychotherapie. De grondige *screening* en de nadruk op motiveren en een goede therapeutische relatie zullen er aan hebben bijgedragen dat cliënten in de *Interapy*-behandeling niet snel afhaakten. Niettemin is samenwerking met instituten die zo nodig nazorg kunnen bieden van belang.

De standaard *follow-up*periode bij *Interapy* is zes weken. Bij de *Interapy*-PTS-behandeling is inmiddels een *follow-up* na achttien maanden uitgevoerd die liet zien dat de verbeteringen ook over een langere periode standhielden (Lange en anderen, 2003a). De *burn-out*behandeling wordt momenteel aan een langetermijn *follow-up*onderzoek onderworpen. Voor depressie zal dit in de toekomst eveneens gebeuren.

Ten slotte: er loopt momenteel een onderzoek naar de internetbehandeling van paniekstoornis, al dan niet met agorafobie. De *pilot studies* worden momenteel afgerond (Jager en anderen, 2004). Er wordt tevens gewerkt aan een protocol voor de behandeling van eetstoornissen (*boulimia nervosa* en milde *obesitas*).

Literatuur

- Abels-Reguera, L., & Brunner, K. (2002). *Interapy-burnout: Een ongecontroleerde pilotstudie naar het effect van een geprotocolleerde behandeling van burnout via het internet*. Amsterdam: Programmagroep Klinische psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington DC: APA.

- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Ekselius, L., & Carlbring, P. (2004). Delivering CBT for mild to moderate depression via the Internet: Predicting outcome at 6-months follow-up. *Verhaltenstherapie*, *14*, 185-189.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bastien, C.H., Morin, Ch.M., Quillet, M.C., Blais, F.C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 653-659.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Marquenie, L.A., Lange, A., & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS; een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, *34*, 35-53.
- Blaauw, E., & Kerkhof, A.J.F.M. (1999). *Suicides in detentie*. Den Haag: Elsevier.
- Bosscher, R.J. (1991). *Running therapie bij depressie*. Amsterdam: Thesis publishers.
- Botella, C., Banos, R. M., Villa, H., Perpina, C., & Garcia-Palacios, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the internet. *CyberPsychology and Behavior*, *3*, 959-968.
- Bouman, T. (1994). Kort Instrumenteel; De 'Beck Depression Inventory' (BDI). *Gedragstherapie*, *27*, 69-71.
- Broeke, E. ten, & Korrelboom, K. (2004). Gedragsexperimenten in cognitieve therapie: een praktische kennismaking. *Psychopraxis*, *6*, 96-100.
- Broeke, E. ten, Schurink, G., & Korrelboom, K. (2003). Gedragsexperimenten in cognitieve gedragstherapie: een stapsgewijze beschrijving. *Gedragstherapie*, *36*, 5-18.
- Brom, D., & Kleber, R.J. (1985). De Schokverwerkingslijst. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, *40*, 164-168.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 129-140.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Revised ed.). New York: Academic Press.
- Cuijpers, P. (2004). *Psychische ziekten van alledag*. Amsterdam: Oratie VU uitgeverij.
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A., & Schaufeli, W. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 299-512.
- Emmelkamp, P.M.G. (2005). *Behandeling van paniekstoornis met en zonder Agorafobie via Internet*. Eindverslag ZON, PROGRAMMA Thuiszorgtechnologie van ZON.
- Garfield, S.L. (1998). Some comments on empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 121-125. In Nederlands: Enige kanttekeningen bij empirisch ondersteunde behandelingen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, *1999*, *10*, 204-215.
- Groenestijn, M.A.C., Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A (1997). *Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV as I Stoornissen (SCID I)*. Lisse: Swets publishers.
- Hammer, C., & Holleman, M. (2003). *Lange termijn effect van de Interapy behandeling bij posttraumatische stress - Een follow-up onderzoek na ruim anderhalf jaar*. Masters thesis: University of Amsterdam.
- Hermans, D., & Putte, J. van de (2003). *Cognitieve gedragstherapie bij depressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209-218.
- Horvath, A.Q., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 223-233.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K, Gortner, E., & Prince, S.E. (2000). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Prevention & Treatment*, *3* [online]. journals.apa.org/prevention /volume3/pre0030023a.html
- Jager, J., Emmelkamp, P.M.G., & Lange, A. (2004). Die Behandlung von Panikstörungen über das Internet: Eine Fallbeschreibung. *Verhaltenstherapie*, *14*, 200-205.
- Jager, J., Emmelkamp, P.M.G., & Lange, A (in voorbereiding-1). *De Nederlandse versie van de Panic Disorder Severity Scale*.
- Jager, J., Emmelkamp, P.M.G., & Lange, A (in voorbereiding-2). *De behandeling van paniekstoornis met en zonder agorafobie via internet*.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Brown, G., Beck, A.T., Pettit, J.W., & Rudd, M.D. (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1469-1480.
- Jonghe, F. de, Hendriksen, M., Aalst, G. van, Kool, S., Peen, J., Van, R., Eijnden, E van den, & Dekker, J. (2004). Psychotherapy and Combined Therapy (Pharmacotherapy plus Psychotherapy) in the Treatment of Depression. *British Journal of Psychiatry*, *185*, 37-45.
- Kakes, N. (2004). *Een vergelijking van internetbehandelingen voor drie verschillende klachtengebieden: het effect van begeleiding, structuur en screening op het resultaat*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie.
- Karsten, C. (2001). *Omggaan met burnout. Preventie, hulp en reïntegratie*. Rijswijk: Elmar.

- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (Red.) (2004). *Protocolaire behandeling in de ambulante GGZI* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Knaevelsrud, C., Jager, J., & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirkzaamheid und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14, 174-183.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen* (7e herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction; A controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 225-236.
- Lange, A., Richard, R., Kiestra, J., & Oostendorp, E. van (1997). Cognitive treatment through positive self-verbalization; A multiple case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 161-171.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003a). INTERAPY. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Lange, A., Schrieken, B., Blankers, M., Ven, J-P. van de, & Slot, M. (2000). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL); een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. *Directieve Therapie*, 20, 162 -173.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, & Schrieken, B. (2003c). 'Interapy'. Treatment of posttraumatic stress via the internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 110-124.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2004). Langetermijn effecten, cognitieve verandering en mediërende variabelen in de korte behandeling van posttraumatische stress via het internet. *Directieve Therapie*, 24, 37-52.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Smit, M. (2003b). Interapy-Burnout; Preventie en behandeling van burnout via het internet. *Directieve Therapie*, 23, 121-145.
- Lange, A., Vermeulen, H., Renckens, C.H., Schrijver, M., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Dekker, J. (2005). De geprotocolleerde Interapy-behandeling van depressie via het internet; resultaten van een gerandomiseerde trial. *Directieve Therapie*, 25, 27-50.
- Lemmen, A., & Maas, M., (2001). *Inhoudsanalyse van cognitieve categorieën in gestructureerde schrijfoopdrachten via Interapy*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Maslach, Chr., Jackson, S.E., & Leiter, F. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- McKay, M., Davis, M., Fanning, P. (1997). *Thoughts & Feelings - Taking control of your moods and life*. Oakland, Ca: New Harbinger Publications. Vertaald als: *Gedachten en gevoelens - Breng je stemming en je leven op orde*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, 2001.
- Meer, A. van der, & Burgerhout, K. (2004). *Nederlandse versie van de Panic Disorder Severity Scale*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, UvA.
- Morin, Ch.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ 5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.
- Öst, L. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and a review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Persons, J.B., & Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 126-135. In Nederlands: Zijn de resultaten van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bruikbaar voor psychotherapeuten. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 1999, 10, 179-204.
- Renckens, C. (2004). *INTERAPY, een geprotocolleerde behandeling van depressie via het Internet*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie.
- Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 125-135.
- Robinson, P., & Serfaty, M. (2003). Computers, e-mail and therapy in eating disorders: *European Eating Disorders Review*, 11, 210-221.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (2000). *Utrechtse burnout schaal: handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Schaufeli, W.B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion study & practice. A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Shear, M.K., Brown, T.A., Barlow, D.H., Money, R., Sholomskas, D.E., Woods, S.W., Gorman, J.M., & Papp, L.A. (1997). Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Ström, L., Petterson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for Insomnia: A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 113-120.

- Ven, J-P. van de, Lange, A., Schrieken, B., Bredeweg, B. & Emmelkamp, P.M.G. (1999). 'INTERAPY': De resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van post-traumatische stress via Internet. *Directieve Therapie*, 19, 5-39.
- Vervaeke, G.A.C., & Vertommen, H. (1996). De werkalliantievragenlijst (WAV). *Gedragstherapie*, 29, 139-144.
- Zabinski, M.F., Celio, A.A., Jacobs, M.J., Manwaring, J., & Wilfley, D.E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 183-197.
- Zandbergen, A., & Wegner, Th. (2004). *INTERAPY depressie: de subjectieve beoordeling van een geprotocolleerde depressie-behandeling via internet*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie.