

Langetermijneffecten van de Interapy Burnout-behandeling: de resultaten  
van een follow-upstudie na ruim tweeënhalf jaar

Jos Verstraten<sup>1</sup>, Alfred Lange<sup>2</sup> en Eva Lith<sup>1</sup>

Deze studie is gepubliceerd in *Directieve Therapie*, 2006, 26(3),  
229-241

Running header: Geprotocolleerde behandeling van burn-out via het Internet

Word count: 4443 woorden

<sup>1</sup> Drs. J. Verstraten en Eva Lith hebben het onderzoek opgezet en uitgevoerd ten tijde van hun doctoraalstudie klinische psychologie in A'dam. Jos Verstraten is momenteel als onderzoeker verbonden aan het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.

<sup>2</sup> Prof. Dr. Alfred Lange is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de programmagroep klinische psychologie van de UvA.

---

SAMENVATTING Eerder werden in *Dth* de resultaten beschreven van een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van de Interapy Burn-out behandeling. Deelnemers in de behandelconditie ( $n = 96$ ) toonden een significant sterkere afname in symptomen van burn-out, angst en depressie dan deelnemers die alleen psycho-educatie kregen ( $n = 37$ ) (Lange, Van de Ven, Schrieken, & Smit, 2003b). In dit artikel bespreken we de resultaten van een onderzoek naar de effecten van Interapy Burn-out op lange termijn. Het betreft een follow-up studie na ruim tweeënhalf jaar, waaraan 69 personen deelnamen uit de behandelgroep van Lange et al. Op een website vulden zij een aantal vragenlijsten in. Verbeteringen die tijdens de behandeling waren opgetreden, bleken na tweeënhalf jaar te zijn behouden. De resultaten waren niet het gevolg van aanvullende behandelingen of medicijngebruik. Deelnemers toonden zich nog steeds tevreden over de behandeling.

---

### Inleiding

Mensen die op hun werk chronische stress ervaren, lopen het risico ernstige vermoeidheidsklachten te ontwikkelen. Het aantal mensen in Nederland dat te maken krijgt met burn-out klachten is groot. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek had in 2004 ongeveer één op de 10 werknemers hier last van, evenveel als in voorgaande jaren. Meer conservatieve schattingen houden het op ongeveer 5% (Houtman, Schaufeli, & Taris, 2000), wat op een beroepsbevolking van zeven miljoen nog altijd neerkomt op zo'n 350 duizend personen.

Diverse studies hebben onderzocht met welk soort interventies burn-out klachten behandeld kunnen worden (Leffers, Vergunst, Kleber, Stoebe, & Hak, 2000; Smith, 1999; Van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998). De interventies hebben in het algemeen betrekking op ontspanning (relaxatieoefeningen, ademhalingsregulering), verandering van cognities (aspiratieniveau, piekeren, zelfbeeld), gedrag (timemanagement, grenzen stellen) en reïntegratie. Verbraak, Warner, De Roy en Hoogduin (2006) onderzochten de resultaten van een cognitieve gedragsgerichte behandeling met dergelijke interventies ongeveer een jaar na afloop van de behandeling en vonden positieve resultaten.

Ook Interapy Burn-out is een behandelprotocol dat dergelijke interventies met elkaar combineert. Alle contacten tussen cliënten en behandelaars verlopen via het Internet, evenals bij de Interapy behandeling van posttraumatische stress (Lange et al.,

2003a; Lange, Van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2004). De diverse onderdelen van de Interapy burn-out behandeling werden beschreven in een eerdere publicatie in dit tijdschrift (zie Lange, Van de Ven, Schrieken, & Smit, 2003b).

De effecten van Interapy Burn-out zijn in verschillende studies onderzocht (Bronner, 2002; Abels-Reguera & Brunner, 2002; Marijt & Vroegindeweyj, 2003). De belangrijkste was een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek met 133 deelnemers (Lange et al., 2003b). Naast veranderingen in de mate van uitputting en stress werden in dit onderzoek veranderingen in depressieve symptomen en angstklachten gemeten. De resultaten lieten een sterke afname zien van burn-out symptomen in de actief behandelde groep. De controlegroep, die alleen psycho-educatie kreeg, ging weliswaar ook vooruit, maar veel minder sterk. De verschillen tussen de twee condities waren significant en de *effect sizes* van de actieve behandeling in vergelijking met de controleconditie waren groot, met Cohens *d* variërend van 1 tot 1.08 (Lange et al., 2005). Depressieve symptomen en angstklachten namen eveneens sterk af. Hierbij dient te worden aangetekend dat ook in de controlegroep depressie en vooral angstklachten enigszins afnamen.

Het onderhavige artikel beschrijft een follow-up onderzoek dat na ruim tweeënhalft jaar werd uitgevoerd onder de deelnemers aan de studie van Lange et al. (2003b).

## Methode

### *Deelnemers*

Voor de follow-up studie werden de 96 personen benaderd die de behandelgroep vormden in het onderzoek van Lange et al. (2003b). Per e-mail werd hen verzocht enkele vragenlijsten in te vullen op een speciaal voor het onderzoek ontwikkelde website. Zij konden op de site inloggen met een voor iedere deelnemer unieke gebruikersnaam/wachtwoord combinatie.

Degenen die niet per mail konden worden bereikt (omdat het tijdens de behandeling gebruikte e-mailadres niet langer bleek te bestaan), werd per brief gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. Aan degenen die weliswaar de e-mail hadden ontvangen, maar na drie weken nog niet hadden gereageerd, werd ook een brief gestuurd. De personen die niet hadden gereageerd op de e-mail en niet op de

brief, werden zes weken na het versturen van de brief gebeld met het verzoek alsnog aan het onderzoek mee te doen.

Uiteindelijk konden 73 personen worden bereikt, waarvan er 69 deelnamen aan het onderzoek (95% van de bereikte personen; 72% van de behandelde groep). De meerderheid hiervan (54 deelnemers) reageerde direct op de e-mail of brief. Vier personen bezochten de website nadat zij de herinneringsbrief hadden ontvangen en 11 personen vulden de vragenlijsten in nadat zij hierover waren gebeld. Twee personen gaven te kennen niet aan het onderzoek mee te willen werken, één persoon zou dit wel willen maar kon niet over een internetverbinding beschikken en één persoon bleek inmiddels te zijn overleden. Drieëntwintig personen konden op geen enkele manier worden bereikt. Van de 69 deelnemers vulde één persoon de vragenlijsten slechts gedeeltelijk in.

Vergelijking van de respondenten met degenen die niet deelnamen aan het onderzoek liet alleen met betrekking tot sekse een verschil tussen beide groepen zien. Meer mannen (41%) dan vrouwen (21%) namen geen deel aan het onderzoek. Analyses lieten geen significante verschillen zien in leeftijd, opleidingsniveau, werksituatie en effectmaten (scores op de UBOS en DASS tijdens voor- én nameting) zoals die werden vastgesteld in de studie van Lange et al. (2003b).

Aan de *long term* follow-up namen uiteindelijk 20 mannen deel en 49 vrouwen. 84% van van hen scoorde bij aanvang van de behandeling op de schaal Uitputting van de UBOS in de klinische range. De deelnemers varieerden in leeftijd van 29 tot 63 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 46 ( $SD = 8.3$ ). De tijd die verstreek tussen het afronden van de burn-out behandeling en het invullen van de follow-up vragenlijsten varieerde van 29 tot 37 maanden en bedroeg gemiddeld 34 maanden ( $SD = 1.4$ ).

### *Metingen*

Deelnemers vulden op een website van Interapy de volgende vragenlijsten in:

- *Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS)*; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). De UBOS is de Nederlandse versie van de *Maslach Burn-out Inventory* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Schaufeli, & Enzmann, 1998). Er is gebruik gemaakt van de versie voor algemeen gebruik (UBOS-A), die in elke beroepssetting kan worden afgenomen. De subschalen Uitputting, Cynisme en Competentie hebben

een redelijk tot goede interne consistentie, maar alleen de schaal Uitputting is daarnaast ook voldoende stabiel (Tuin, 2002). Om deze reden is bij de follow-up alleen de schaal Uitputting opnieuw afgenomen.

- *Depressie Angst Stress Schaal (DASS;* De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001). De DASS is de Nederlandse adaptatie van de *Depression Anxiety Stress Scale* (Lovibond, & Lovibond, 1995), die gebruikt wordt om aspecten van het algemeen psychisch functioneren te meten. De DASS bestaat uit 42 items; 14 items per subschaal. De interne consistentie van de drie subschalen is zeer goed met Cronbachs alfa's van .94 tot .97. De test-hertestbetrouwbaarheid is ruim voldoende tot hoog (van  $r = .75$  tot  $r = .89$ ).
- *De Evaluatievragenlijst Burn-out (EVL Burn-out)* betrof een selectie van vragen uit de evaluatievragenlijst (Bronner, 2002) die in het onderzoek van Lange et al. (2003b) werd gebruikt. Voor een deel van de oorspronkelijke vragen leek het niet zinvol deze na tweeënhalf jaar opnieuw te stellen. De verkorte versie bestond uit zes vragen waarmee deelnemers konden aangeven hoe zij terugkeken op de behandeling en hoe zij dachten over Internet als medium voor psychotherapie.
- *Follow-up Vragenlijst.* Met deze speciaal voor het follow-up onderzoek opgestelde vragenlijst vroegen we deelnemers naar hun huidige werksituatie en die ten tijde van de behandeling. Ook informeerden we of zij naast het burn-out programma nog andere professionele hulp voor hun spanningsklachten hadden gezocht, en of ze medicijnen hadden gebruikt.

#### *Design en data-analyse*

In de eerste studie (Lange et al., 2003b) vulden deelnemers de vragenlijsten op drie momenten in: bij aanvang van de behandeling (voormeting of pretest), direct na afloop van de behandeling (nameting of posttest) en zes weken na beëindiging van het programma. In de onderhavige studie is hier een vierde meetmoment aan toegevoegd, de follow-up meting na tweeënhalf jaar. Om de effectiviteit van het burn-out programma op lange termijn te beoordelen, werd het klachtenniveau van de voormeting vergeleken met dat ten tijde van de follow-up (variantie-analyse voor herhaalde metingen, ANOVA). Om te bepalen of er mogelijk terugval was opgetreden, vergeleken we ook het klachtenniveau van de nameting met dat van de follow-up. Voor alle metingen rapporteren we de effectgrootte  $d$ . Volgens Cohen

(1988) is een effectgrootte klein wanneer  $d = .20$ , gemiddeld als  $d = .50$  en groot als  $d = .80$ .

## Resultaten

### *Symptomen van burn-out*

Tabel 1 toont de scores van de deelnemers op de schalen Uitputting en Stress voor de onderscheiden meetmomenten. Uit de resultaten blijkt dat de verbetering die de deelnemers lieten zien op de nameting, zich verder heeft doorgezet in de periode tot aan de langetermijn follow-up. De scores van de follow-up liggen onder die van de postmeting, wat erop duidt dat geen terugval is opgetreden. Analyses per subschaal en berekeningen van effectgroottes tonen aan dat de vooruitgang die na tweeënhalf jaar is geboekt zeer groot is voor zowel Uitputting ( $F(1,66) = 125.24, p = .000, d = 1.58$ ) als Stress ( $F(1,68) = 185.08, p = .000, d = 1.98$ )).

*Tabel 1. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van deelnemers op Uitputting (UBOS) en Stress (DASS) bij voor- en nameting, follow-up na zes weken en na tweeënhalf jaar.*

Schaal	Pretest		Posttest		Follow-up 6 wkn.		Follow-up 2.5 jr.	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
UBOS-U <sup>1</sup>	3.4 ( <i>n</i> =68)	1.2	2.52 ( <i>n</i> =66)	1.3	2.2 ( <i>n</i> =64)	1.1	1.7 ( <i>n</i> =68)	1.0
DASS-S	21.1 ( <i>n</i> =69)	7.7	10.90 ( <i>n</i> =69)	7.5	10.4 ( <i>n</i> =62)	7.8	7.2 ( <i>n</i> =69)	6.4

<sup>1</sup>De waarden geven itemgemiddelden aan, in plaats van somscores zoals bij de DASS

### *Algemeen psychisch functioneren*

Uit tabel 2 komt een vergelijkbaar beeld naar voren met betrekking tot de scores op Angst en Depressie. Ook hier geven deelnemers na het beëindigen van de behandeling nog een verdere verbetering te zien, en analyses voor de afzonderlijke subschalen wijzen opnieuw op zeer grote effecten, zowel voor Angst ( $F(1,68) = 76.88, p = .000, d = 1.38$ ) als voor Depressie ( $F(1,68) = 98.53, p = .000, d = 1.65$ )).

*Tabel 2. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van deelnemers op de schalen Angst en Depressie (DASS) bij voor- en nameting, follow-up na zes weken en na tweeënhalf jaar.*

Schaal	Pretest		Posttest		Follow-up 6 wkn		Follow-up 2.5 jr.	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
DASS-A	9.8 ( <i>n</i> =69)	6.4	5.0 ( <i>n</i> =69)	5.1	4.8 ( <i>n</i> =62)	4.9	2.9 ( <i>n</i> =69)	3.6
DASS-D	13.6 ( <i>n</i> =69)	8.4	7.0 ( <i>n</i> =69)	7.3	6.8 ( <i>n</i> =62)	7.3	3.3 ( <i>n</i> =69)	4.0

### *Individuele progressie*

Voor degenen die bij aanvang van de behandeling in de klinische range scoorden op zowel Uitputting als Stress (55 personen), hebben we de individuele vooruitgang bepaald door de betrouwbare vooruitgang (*reliable change, RC*) te berekenen (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984; Christensen & Mendoza, 1986). Hiermee wordt op individueel niveau bepaald of iemand tussen de voormeting en follow-up vooruit is gegaan. Het percentage deelnemers dat relevante vermindering vertoonde, bedroeg 56% voor Uitputting en 76% voor Stress. Voor Angst en Depressie waren de percentages 60% en 44%. Ook hebben we voor deelnemers die aanvankelijk in de klinische range scoorden de klinische significantie van de verbeteringen bepaald, waarbij we als definitie hanteerden dat na behandeling het niveau van functioneren dichter bij het gemiddelde niveau van de normale populatie diende te liggen dan dat van de klinische populatie (Jacobson & Truax, 1991). Met meetfouten werd rekening gehouden door te eisen dat het klachteniveau ver genoeg (2 *SD*) beneden de grensscore was gedaald. De resultaten lieten zien dat 54% van de deelnemers uit de pathologische groep klinisch significant verbeterde op Uitputting, 80% op Stress, 56% op Depressie en 75% op Angst.

### *Analyse van de non-response; generaliseerbaarheid van de resultaten*

Een belangrijke vraag is of de gevonden resultaten mogen worden gegeneraliseerd naar de totale behandelgroep uit het onderzoek van Lange et al. (2003b). Eerder merkten we al op dat tussen deelnemers aan de follow-up en non-respondenten geen belangrijke verschillen bleken te bestaan wat biografische gegevens betreft en in de mate van vooruitgang tijdens de behandeling, suggererend dat generalisatie is toegestaan. Bij het telefonisch benaderen van personen die niet op onze oproep

## Geprotocolleerde behandeling van burn-out via het Internet

hadden gereageerd, bleek bovendien dat van degenen die konden worden bereikt, nagenoeg iedereen bereid was alsnog mee te doen. We hebben de resultaten van degenen die werden gebeld vergeleken met die van degenen die direct hadden gereageerd op de e-mail of brief. We voerden twee-weg ANOVA's voor herhaalde metingen uit met 'moment van reageren' als *between subjects* variabele. Dit bracht geen verschillen aan het licht in de mate waarin beide groepen verbeterden op Uitputting, Stress, Angst en Depressie ( $p$  tussen .65 en .74).

### *Vervolgbehandeling en medicijngebruik*

Zevenentwintig van de 69 deelnemers zochten nadat zij het burn-out programma hadden afgerond aanvullende behandeling. Bij de meesten ging het om psychotherapie, maar sommigen noemden zaken als loopbaanbegeleidingsgesprekken, haptotherapie, orthomanele therapie en 'primal rebirth therapie'. Tabel 3 laat zien dat personen die na afloop verdere behandeling hadden gevolgd, er zowel voor als na de behandeling minder goed aan toe waren dan degenen die geen nabehandelingen hadden gevolgd.

Het is voorstelbaar dat de nabehandelingen de eerder vermelde verbeteringen in de totale groep voor een deel verklaren. Tabel 3 suggereert echter anders. De verbeteringen in de follow-up periode lijken in de nabehandelde groep niet groter dan in de andere groep. We hebben dit getoetst door de verschillen tussen langetermijn follow-up en posttest van de twee groepen met elkaar te vergelijken. Die bleken nagenoeg gelijk ( $p$ -waarden respectievelijk  $p = .63$  voor Uitputting en  $p = .91$  voor Stress).



*Tabel 3. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van deelnemers die vervolgbehandeling kregen versus deelnemers geen vervolgbehandeling kregen.*

Schaal	Pretest		Posttest		Follow-up 6 wkn.		Follow-up 2.5 jr.	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>UBOS-U</b>								
Vervolgbehandeling	3.6 ( <i>n</i> =26)	1.4	3.1 ( <i>n</i> =25)	1.6	2.6 ( <i>n</i> =25)	1.1	2.1 ( <i>n</i> =27)	1.1
Geen vervolgbehandeling	3.2 ( <i>n</i> =41)	1.1	2.1 ( <i>n</i> =40)	1.0	1.9 ( <i>n</i> =39)	1.0	1.4 ( <i>n</i> =41)	0.8
<b>DASS-S</b>								
Vervolgbehandeling	21.4 ( <i>n</i> =27)	8.1	12.4 ( <i>n</i> =27)	8.2	13.0 ( <i>n</i> =24)	9.0	8.3 ( <i>n</i> =27)	7.7
Geen vervolgbehandeling	21.1 ( <i>n</i> =41)	7.5	9.9 ( <i>n</i> =41)	7.0	8.8 ( <i>n</i> =38)	6.6	6.1 ( <i>n</i> =41)	4.6

Achttien personen gebruikten in de periode tussen behandeling en follow-up medicijnen voor psychische klachten. Het ging daarbij met name om medicijnen voor depressie, angst- en stressklachten. Tabel 4 toont voor deze groep en voor niet-medicijngebruikers de scores op Uitputting en Stress, op de vier meetmomenten. Ook hier hebben we de verschilcores tussen langetermijn follow-up en de posttest voor de twee groepen vergeleken en getoetst. We zien dan dat degenen die na de behandeling medicijnen hebben gebruikt niet meer verbeterden in de follow-up periode dan de deelnemers die geen medicijnen hadden gebruikt ( $p = .25$  voor Uitputting;  $p = .78$  voor Stress).

*Tabel 4. Gemiddelde scores en standaarddeviaties van deelnemers die na de behandeling medicijnen gebruikten versus deelnemers die geen medicijnen gebruikten.*

Schaal	Pretest		Posttest		Follow-up 6 wkn.		Follow-up 2.5 jr.	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>UBOS-U</b>								
Medicijnen	4.0 ( <i>n</i> =18)	1.2	2.9 ( <i>n</i> =18)	1.7	2.6 ( <i>n</i> =17)	1.0	2.1 ( <i>n</i> =18)	1.0
Geen medicijnen	3.2 ( <i>n</i> =49)	1.2	2.3 ( <i>n</i> =47)	1.2	2.0 ( <i>n</i> =47)	1.1	1.6 ( <i>n</i> =50)	1.0
<b>DASS-S</b>								
Medicijnen	20.8 ( <i>n</i> =18)	8.1	10.1 ( <i>n</i> =18)	5.7	11.7 ( <i>n</i> =16)	8.1	8.0 ( <i>n</i> =18)	6.6
Geen medicijnen	21.3 ( <i>n</i> =50)	7.6	11.2 ( <i>n</i> =50)	8.1	10.0 ( <i>n</i> =46)	7.8	6.5 ( <i>n</i> =50)	5.9

#### *Langetermijnevaluatie door de deelnemers*

Ruim driekwart van de deelnemers verklaarde tweeënhalf jaar na dato het als prettig te hebben ervaren dat er uitsluitend via de computer contact was met de behandelaar (tabel 5). Slechts een kleine minderheid (9%) vond dit niet prettig. Daarnaast gaf 60%

aan tijdens de behandeling *face-to-face* gesprekken niet te hebben gemist, terwijl 37% deze gesprekken wel op prijs zou hebben gesteld. Vergelijking van bovenstaande percentages leert dat er kennelijk een wat ambivalente groep bestaat (zo'n 15% van de deelnemers) die het prettig vindt thuis vanachter de computer te kunnen worden behandeld, maar daarnaast ook een zekere behoefte heeft aan meer direct contact met de therapeut. Wanneer we dezelfde cijfers vergelijken met de percentages die in de studie van Lange et al. (2003b) werden gevonden (met de kanttekening dat het niet exact dezelfde groep personen betreft), valt op dat in dat onderzoek direct na afloop van de behandeling nog 80% van de deelnemers te kennen gaf het prettig gevonden te hebben dat het contact exclusief via Internet verliep. Bovendien zei toen een kleiner percentage (31%) dan in het huidige onderzoek *face-to-face* gesprekken te hebben gemist. Er lijkt een lichte tendens bij deelnemers te bestaan met terugwerkende kracht het directe contact met de behandelaar te hebben gemist. Desondanks blijkt dat na ruim tweeënhalft jaar 75% van de deelnemers de behandeling via Internet nog steeds prefereert boven *face-to-face* behandeling. Het Interapy programma biedt mogelijk aan een substantiële groep een welkom alternatief voor de bestaande behandelmogelijkheden. Het uiteindelijke oordeel over de burn-out behandeling is dan ook zeer positief. Tachtig procent vindt het een effectieve methode om spanningsklachten te lijf te gaan, en zelfs nog iets meer dan 80% van de deelnemers zegt profijt van de behandeling te hebben gehad of het programma aan te zullen bevelen aan anderen. Interessant is het gegeven dat enkele deelnemers er bewust voor kozen om *minder* te gaan werken, zoals zij in een toelichting aangaven. Zo'n 10 à 15% van de deelnemers is niet enthousiast over de behandeling.

## Geprotocolleerde behandeling van burn-out via het Internet

Tabel 5. Scores op de EVL Burn-out ten tijde van nameting en follow-up.

Vraag	Antwoord	Nameting (n=115) <sup>1</sup>	Follow-up (n=68)
<b>Begeleiding</b>			
Hoe heb je het ervaren om uitsluitend via de computer contact te hebben met je behandelaar?	Prettig	80 %	76 %
	Onprettig	10 %	9 %
	Geen mening	10 %	15 %
Heb je <i>face-to-face</i> gesprekken met je behandelaar gemist, bijvoorbeeld met betrekking tot steun of uitleg?	Ja	31 %	37 %
	Nee	68 %	60 %
	Geen mening	1 %	3 %
<b>Medium Internet</b>			
Hoe vond je het om op deze manier in behandeling te zijn in plaats van <i>face-to-face</i> ?	Plezierig	81 %	75 %
	Onplezierig	6 %	6 %
	Geen mening	13 %	19 %
Vind je Interapy een effectieve methode voor het verminderen van spanningsklachten?	Ja	84 %	80 %
	Nee	5 %	16 %
	Geen mening	11 %	4 %
<b>Eindevaluatie</b>			
Heb je in de praktijk van je werk iets aan de behandeling gehad?	Ja	81 %	82 %
	Nee	4 %	9 %
	N.v.t./GM	15 %	9 %
Zou je het programma aan iemand anders aanbevelen?	Ja	87 %	81 %
	Nee	5 %	12 %
	Geen mening	8 %	7 %

<sup>1</sup>Behalve de behandelgroep vulden ook deelnemers uit de controlegroep de EVL Burn-out in nadat zij alsnog behandeld waren (zie Lange et al., 2003b).

### Beschouwing

Het Interapy Burn-out programma is ook op lange termijn effectief gebleken. Na tweeënhalf jaar zijn de spannings- en vermoeidheidsklachten van degenen die de behandeling ondergingen drastisch verminderd. De effectgroottes die werden gevonden voor Uitputting en Stress zijn groot. Hetzelfde geldt ten aanzien van Angst en Depressie. Dit laatste lijkt misschien opvallend, maar gelet op de overlap die bestaat tussen symptomen van burn-out en de symptomen die typerend zijn voor angst en depressie, is het niet verwonderlijk dat de behandeling ook met betrekking tot het

algemeen psychisch functioneren verbetering teweeg heeft gebracht. Dat de impact echter zo groot zou zijn, hadden we niet voorzien.

Bij veel psychotherapieonderzoek zijn er na afloop nabehandelingen. De Beurs, Van Balkom, Van Dyck en Lange (1999) geven zelfs percentages van boven de 70%. In het onderhavige onderzoek was het 40%. Ook niet gering. Het had dus gekund dat de overall verbeteringen daardoor waren verklaard. Dit blijkt echter niet het geval; de nabehandelden vertonen niet meer progressie dan de niet-nabehandelde deelnemers.

Non-respons is een geducht probleem bij follow-up verzoek. Het blijkt vaak niet eenvoudig personen jaren later nog eens lastig te vallen en ze tot deelname aan onderzoek te bewegen. De in het onderhavige onderzoek gerealiseerde respons van 72% stemt tot tevredenheid. Men kan zich afvragen welke factoren aan deze gunstige respons hebben bijgedragen. Zeker als we ons realiseren dat van de 73 personen waar we het juiste e-mail- of gewone adres van hadden 95% heeft meegewerkt aan het onderzoek. Er is dan ook veel aandacht besteed aan een motiverende bejegening van de deelnemers en een inspirerend verzoek tot participatie. Daarnaast zorgt de relatief strenge voorselectie van Interapy er wellicht voor dat alleen goed gemotiveerde cliënten daadwerkelijk aan de behandeling beginnen. Maar misschien zegt het hoge percentage ook iets over het enthousiasme dat veel deelnemers aan ons onderzoek ook nu nog voelen voor deze burn-out behandeling. Wij vonden het opvallend dat bij het telefonisch benaderen van personen we nauwelijks moeite hoefden te doen mensen 'over te halen' mee te doen. Eerder was het zo dat deelnemers zich uitputten in excuses voor het feit dat ze de vragenlijsten nog niet hadden ingevuld.

Ook een betrekkelijk lage no-respons kan vertekening opleveren, doordat de uitval selectief kan zijn; misschien zijn het de personen die uiteindelijk het minste baat bij de behandeling hadden die het minst reageren. Om die reden hebben we een procedure gevolgd die in survey onderzoek nogal gebruikelijk is: degenen die meteen reageren vergelijken met degenen die pas op het laatst (na telefonische oproep) meedoen. Dit liet zien dat de eerste groep het niet beter had gedaan dan de tweede. Dit gegeven in combinatie met de betrekkelijk geringe no-respons mag ons enigszins geruststellen dat de werkelijke langetermijn resultaten niet veel slechter zijn dan we nu konden vaststellen.

Afsluitend kan derhalve worden gesteld dat met de resultaten van dit onderzoek het eerder op korte termijn succesvol gebleken burn-out protocol via het Internet ook

op lange termijn werkzaam is. Behalve klachtenvermindering lijkt het programma bij deelnemers ook een bewustwordingsproces op gang te brengen. Interessant is het gegeven dat een aantal deelnemers door de behandeling juist minder is gaan werken. Maar ook deelnemers die evenveel bleven werken, gaven in een toelichting aan dat zij door het behandelprogramma bewustere keuzes zijn gaan maken met betrekking tot werk en vrije tijd. Door de behandeling gaan zij inzien dat hun problemen niet uniek zijn, waardoor ze kritischer tegenover hun werkomgeving komen te staan.

---

ABSTRACT A previous article in this journal described the results of a randomized controlled trial on the effects of the Interapy Burnout program. Participants in the treatment condition ( $n = 96$ ) showed significant reductions in symptoms of burnout, anxiety and depression, in comparison to participants in the control group that received psycho-education only ( $n = 37$ ) (Lange, Van de Ven, Schrieken, & Smit, 2003b). Here we report the results of a study on the long-term effects of Interapy Burnout. Sixty-nine subjects of the experimental group participated in a follow-up study conducted two and a half years later. Respondents completed a number of questionnaires on a website. The results showed that improvements during treatment were maintained at follow-up. These findings were not explained by additional treatment or use of medicine. Participants gave positive evaluations of the program.

---

### *Referenties*

- Abels-Reguera, L., & Brunner, K. (2002). *Interapy – burnout: Een ongecontroleerde pilotstudie naar het effect van een geprotocolleerde behandeling van burnout via het internet*. Amsterdam: Doctoraal werkstuk Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Beurs, E. de, Balkom, A.J.L.M. van, Dyck, R. van, & Lange, A. (1999). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A two year naturalistic follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *99*, 59-67.
- 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*, 335-53.
- Bronner, M. (2002). *Burnout-interapy; een pilotstudie naar de effectiviteit van een burnout behandeling via e-mail*. Amsterdam: Doctoraal werkstuk Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>nd</sup> ed.)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Christensen, L., & Mendoza, J.L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy, 17*, 305-308.
- Dierendonck, D. van, Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology, 83*, 392-407.
- Houtman, I., Schaufeli, W.B., & Taris, T.W. (2000). *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses*. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- 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 standard treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 901-909.
- Lange, A., Schrieken, B., Scheijde, R., Broeksteeg, J., Ruwaard, J., Schrijver, M., Mehra, S., Ven, J-P. van de, & Emmelkamp, P. (2005). Interapy: Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via internet. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 31*, 355-376.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (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 burn-out via internet. *Directieve Therapie, 23*, 121-145.
- Leffers, F. C., Vergunst, A. J., Kleber, R. J., Stoebe, S., & Hak, E. (2000). Stress op het werk de baas. *Gedrag & Gezondheid, 28*, 12-22.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, Australia: Psychology Foundation.

## Geprotocolleerde behandeling van burn-out via het Internet

- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.E. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual (3<sup>rd</sup> ed.)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Marijt, J., & Vroegindeweij, J. (2003). *Interapy Burnout; Een kwalitatieve pilotstudie naar de behandeling van burnout via de e-mail*. Amsterdam: Doctoraal werkstuk Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- 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.
- Smith, T. (1999). Verzekeraars actief in preventie en begeleiding van burnout. *De Huisarts in Nederland*, 9, 32-34.
- Tuin, N. (2002). *Burnout; een overzicht van meetkwaliteiten van testen*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Programmagroep Klinische Psychologie. Universiteit van Amsterdam.
- Verbraak, M., Warner, R., De Roij, M., & Hoogduin, K. (2006). Follow-up na protocollaire cognitieve gedragstherapie bij burnout: Een vergelijking met depressieve stoornissen en angststoornissen. *Directieve Therapie*, 26(2), (in druk).