

Hulpverlening voor psychische problematiek via het world wide web

Experimenten met onlinetherapie zijn bijna zo oud als het internet. Maar *eMental Health* kreeg pas echt een vlucht met de ontwikkeling van het *world wide web*, midden jaren negentig. Inmiddels zijn er zoveel initiatieven dat het gevaar dreigt dat cliënten door de bomen het bos niet meer zien. Er zijn echter duidelijke verschillen. De programma's variëren van pure zelfhulp via begeleide zelfhulp, tot pure geprotocolleerde psychotherapie. Een kort overzicht van de effectiviteit en de implementatie van onlinehulpverlening.

Alfred Lange, Jeroen Ruwaard en Bart Schrieken

Illustratie: Karel Kindermans

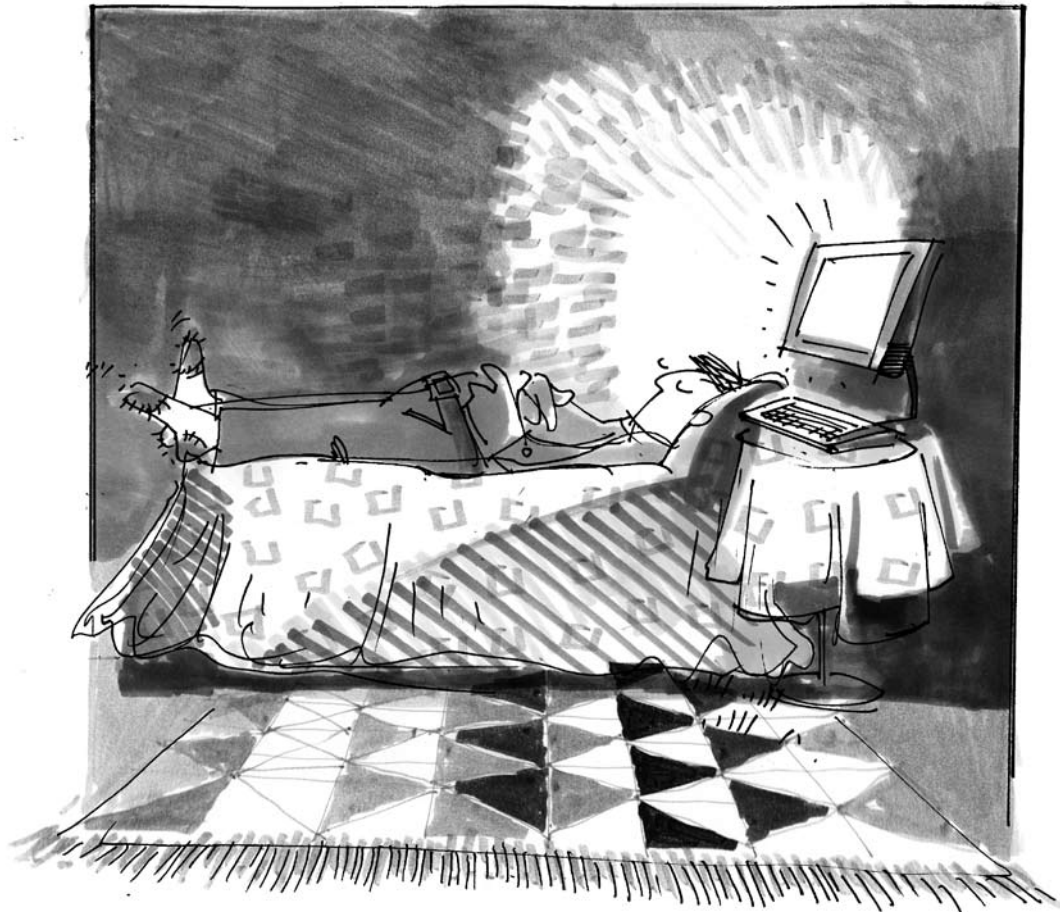
Zo'n twaalf jaar geleden werd de eerste auteur door twee slimme ICT-ers benaderd om psychologische tests via het internet uit te brengen. Hoewel hem dat niet interessant leek, bracht het hem wel op het idee dat het internet misschien een grote bijdrage kon leveren aan het verlenen van psychische bijstand. Een protocol voor de behandeling van posttraumatische stress en rouwverwerking door middel van op *exposure* gerichte schrijfpdrachten, werd omgezet in een website waar potentiële cliënten deze exposurebehandeling konden ondergaan. De resultaten van een eerste pilot met deze website waren verrassend gunstig, zo gunstig dat de onderzoekers de data eerst niet vertrouwden. Maar correcties waren niet nodig. Op één deelnemer na bleken allen na behandeling klinisch relevant verbeterd tot onder het gemiddelde van de normscores van de landelijke populatie (Lange et al., 2000): er waren sterke aanwijzingen dat de behandeling van psychische klachten via het internet mogelijk was.

In de jaren die volgden explodeerde het world wide web (www), en daarmee ook het aantal sites gericht op psychische problematiek. Over het gebruik van deze programma's zijn slechts ruwe schattingen bekend. Chester en Glass (2006) schatten dat het aantal cliënten en aanbieders elk jaar verdubbelt, wat waarschijnlijk nog een lage schatting is, gezien de snelheid waarmee het aanbod de laatste jaren is gegroeid.

Het veld kent inmiddels een groot aantal interven-

ties. Hoewel die nogal eens op één hoop worden gooid, zijn er toch duidelijke verschillen. Het is vooral de begeleiding die varieert in tijd en in mate van standaardisatie en structuur. Carlbring en Andersson (2006) onderscheiden vier categorieën van psychologische interventies via internet: 'pure zelfhulp' (de gebruiker neemt zelfstandig het zelfhulpmateriaal door zonder dat er contact is met een begeleider), 'licht begeleide zelfhulp' (een begeleider/behandelaar geeft informatie over de rationale van de interventie en laat zien hoe het zelfhulpmateriaal dient te worden gebruikt), 'minimaal contact therapie' (begeleide zelfhulp, met actieve betrokkenheid van de behandelaar maar in mindere mate dan bij traditionele therapieën het geval is) en therapie die vooral door de therapeut wordt gegeven (regelmatig contact met de behandelaar in een aantal sessies, vaak in combinatie met zelfhulpmateriaal). Het moge duidelijk zijn dat de grenzen tussen de soorten minder scherp zijn dan ze lijken. De onderverdeling is desondanks zinnig, omdat de mate van betrokkenheid van een therapeut van invloed is op de inzetbaarheid en effectiviteit van de programma's (Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007; Spek, 2007).

In dit artikel bespreken we de verschillende vormen van online hulpverlening en wat er globaal bekend is over de resultaten hiervan voor de afname van psychische klachten. We gaan vooral in op die vormen waarover gecontroleerd onderzoek is verricht door middel



van 'randomized controlled trials' (RCT's). We geven extra aandacht aan programma's die vergelijkbaar zijn met geprotocolleerde *face-to-face* behandelingen zoals die – vooral in Nederland – hun weg naar de gezondheidszorg inmiddels hebben gevonden.

Vormen van onlinehulpverlening

Zelfhulp en licht begeleide zelfhulp

Er zijn verschillende vormen van zelfhulp. Psycho-educatie ofwel informatieverstopping is de meest elementaire maar niet onbelangrijke vorm van zelfhulp. Cliënten die het *www* raadplegen, lopen de grootste kans om in aanraking te komen met dit type hulp. De effecten liggen voornamelijk in de preventieve sfeer, en uit onderzoek blijkt dat die effecten serieus genomen mogen worden (cf. Christensen, Griffiths & Jorm, 2004). Men mag wel kanttekeningen plaatsen bij de kwaliteit van het gros van het aanbod. Eysenbach, Powell, Kuss en Sa (2002) selecteerden 79 studies naar de kwaliteit van medische informatiesites, en vonden dat de informatie op de sites in 70% van de gevallen als onvoldoende werd beoordeeld. Er is geen reden om aan te nemen dat dit anders zou zijn bij informatiesites gericht op psychische klachten (cf. Griffiths & Christensen, 2000).

In de literatuur spreekt men vaak pas van zelfhulp wanneer cliënten min of meer zelfstandig een gestandaardiseerd therapeutisch programma doorlopen (Cuij-

pers & Schuurmans, 2007). Bij onbegeleide zelfhulp is het aan de cliënt om de juiste behandeling te kiezen en om de discipline op te brengen de behandeling af te maken. Bij licht begeleide zelfhulp wordt de cliënt hierbij ondersteund. Zelfhulpprogramma's zijn aantrekkelijk omdat er een groot deel van de beoogde populatie mee bereikt kan worden, anoniem, en tegen lage kosten (Riper et al., 2007).

Onlinezelfhulpprogramma's werden in Australië, Engeland en Amerika ontwikkeld voor onder andere angst- en stemmingsstoornissen, encopresis en tabaksverslaving (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004; Marks

Zelfhulpprogramma's bereiken veel mensen, anoniem en tegen lage kosten

& Cavanagh, 2009; Ritterband et al., 2003). In Nederland is vooral het Trimbos Instituut actief op dit gebied, met name voor de preventie van depressie en alcoholproblematiek (Riper et al., 2007; Spek, 2007).

Zelfhulpprogramma's lijken effectiever dan geen behandeling en kosteneffectief (Kaltenthaler et al., 2006; Riper et al., 2007; Spek, 2007; Van 't Land, Grolleman, Mutsaers & Smits, 2008), maar de effectgroottes zijn bescheiden en de studies worden gekenmerkt door hoge uitvalspercentages (Eysenbach, 2005). De uitkomsten

van de studies zijn ook niet eenduidig positief. In een gerandomiseerd onderzoek van De Graaf et al. (2009) stopte meer dan driekwart van de deelnemers met het zelfhulpprogramma. Het programma bleek geen toegevoegde waarde te bieden bovenop de reguliere huisartsenzorg.

Begeleide zelfhulp

Zweedse en Australische onderzoeksgroepen hebben vanaf 2002 werk gemaakt van begeleide zelfhulp voor uiteenlopende klachtgebieden als depressie, paniekstoornis, 'coping' met tinnitus, chronische (hoofd-) pijn, stress, slaapproblemen, sociale angst, en recent ook eetstoornissen (Andersson et al., 2008; Klein, Richards & Austin, 2006). Het 'Zweedse model' gaat uit van *face-to-face*-screening, gevolgd door een kortdurend behandelprogramma (acht tot tien weken) met online-psycho-educatie, standaard huiswerkopdrachten en gestandaardiseerde feedback. Deze standaardteksten worden aangevuld met contacten via e-mail, telefoon, onlinediscussiegroepen of onlinechat. De contacten zijn in principe gelimiteerd. In de Zweedse studies is het contact beperkt tot ongeveer anderhalf uur, in het Australische onderzoek tot ongeveer zes uur.

In Europees verband loopt er sinds 2006 een internationaal onderzoek naar de onlinebehandeling van eetstoornissen. Dit programma wordt momenteel in Nederland aangeboden door PsyQ en Mentrum/Novarum onder de naam 'Boulimia de Baas'. In een recente gecontroleerde studie bleek het programma, in vergelijking met een wachtlijst, kleine tot middelgrote effecten te hebben (Fernandez-Aranda et al., 2008).

Begeleide zelfhulpprogramma's zijn in Nederland ontwikkeld en onderzocht door de Vrije Universiteit (vu), in samenwerking met het Trimbos Instituut (Van Straten, Cuijpers & Smits, 2008; Warmerdam et al., 2008). Aanvankelijk lag het accent op pure zelfhulp (zie bijvoorbeeld Spek, 2007), maar later werd net als in de Zweedse programma's meer ondersteuning via e-mail toegevoegd (Warmerdam et al., 2008). Dit lijkt een gunstige uitwerking te hebben op de grootte van de effecten en de therapietrouw van de cliënten.

Onlinepsychotherapie

Volledige cognitieve gedragstherapie via het internet (online-cbt) ligt in het verlengde van de hierboven besproken begeleide zelfhulp.¹ Ook hier wordt een beroep gedaan op de zelfwerkzaamheid van de cliënt, met een combinatie van psycho-educatie en huiswerkopdrachten. Anders dan bij begeleide zelfhulp is het terugbrengen van de betrokkenheid van de behandelaar niet het primaire uitgangspunt.

Bij online-cbt is *face-to-face*- of telefonisch contact niet noodzakelijk, hoewel de meeste programma's daar wel gebruik van maken, vooral tijdens de screeningfase maar soms ook gedurende de behandeling (Andersson

et al., 2008). Voor screening en effectmeting kan gebruik gemaakt worden van een batterij aan genormeerde zelfrapportagevragenlijsten die in eerder onderzoek hun betrouwbaarheid en validiteit hebben bewezen. De behandelingen omvatten methoden en technieken uit de cognitieve gedragstherapie zoals psycho-educatie, bewustwording, zelfwerkzaamheid van de cliënt, confrontatie aan pijnlijke gedachten, registratie, oefenen met nieuw gedrag en zelfcontrole. De precieze uitwerking van deze technieken verschilt per behandeling. Naast deze specifieke elementen bevatten de behandelprotocollen veel non-specifieke elementen, gericht op cliëntmotivatie en een goede therapeut-clientrelatie. We mogen dan onder andere denken aan het versterken van het zelfbeeld van de cliënten, het vergroten van hun sociale vaardigheden, het inzicht dat gegeven wordt in het verloop van de behandeling, een hoge mate van transparantie, en een expliciet gestandaardiseerde steunende en complimenteuze houding van de behandelaar.

In 2007 waren er al 65 Nederlandse sites die ondersteuning bieden bij psychische klachten

Het aantal studies naar pure online-cbt is beperkt. Voor zover wij weten, zijn er behalve in Nederland, Duitsland en Zwitserland geen studies gedaan naar behandelprogramma's waarbij cliënten uitsluitend online-contact hebben met de behandelende instantie en de behandelaars. Programma's voor vijf klachtgebieden zijn getest en effectief bevonden in gecontroleerde studies, te weten: posttraumatische stress (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange, Rietdijk et al., 2003; Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2006), burn-out/chronische stress (Ruwaard, Lange, Bouwman, Broeksteeg & Schrieken, 2007), depressie (Ruwaard et al., 2009), paniek (Ruwaard et al., geaccepteerd) en bulimia nervosa (Renteria-Agirre & Lange, 2009; Ruwaard et al., in voorbereiding). Gunstige effecten van een behandeling voor alcoholproblemen werden recentelijk gerapporteerd door Postel, Ter Huure, De Haan en De Jong (2009). Het betrof hier echter een onderzoek zonder controlegroep, waardoor de effecten ten aanzien van deze problematiek nog ongewis zijn.

Tabel 1 geeft een samenvatting van de resultaten van de gepubliceerde rct's waaraan in totaal ruim zeshonderd cliënten deelnamen. In alle studies kon worden aangetoond dat de behandeling tot een significant hogere afname in symptomen leidde in vergelijking met een wachtlijst. De gegeven effectgroottes zijn zogenaamde *intention-to-treat between-effectsizes*, waarin wordt gecorrigeerd voor zowel de vooruitgang binnen de controlegroep als het aantal deelnemers dat uitvalt tijdens het onderzoek. Bij zeven van de acht studies was de controleconditie een wachtlijst. Bij de rct met be-

Behandeling	aantal RCT's	N	Uitval	Effectgrootte (d)*
PTS	4	277	16%	1.0
Burn-out	1	239	28%	.6
Depressie	1	54	8%	.9
Paniek	1	58	10%	.7
Bulimia Nervosa	1	105	17%	.7
Interapy	8	733	16%	.8

* De effecten, vastgesteld via klacht-specifieke vragenlijsten en gecorrigeerd voor uitval, zijn uitgedrukt als het gestandaardiseerde gemiddelde verschil tussen de vermindering van klachten in de behandelde groep ten opzichte van veranderingen in de wachtlijstgroep. Volgens conventie kan $d = .5$ geïnterpreteerd als een gemiddeld effect, en $d = .8$ als een groot effect (Cohen, 1988).

Tabel 1. Resultaten van het Gecontroleerde Onderzoek naar Volledige CBT via het internet

trekking tot boulimie waren er twee controlecondities: een wachtlijst en een zelfhulpconditie waarin gebruik werd gemaakt van een boek dat op dezelfde principes is gebaseerd als het gehanteerde behandelprotocol. Het bleek dat de zelfhulpgroep nauwelijks verschilde van de controlegroep. Beide groepen gingen nauwelijks of helemaal niet vooruit, terwijl de behandelgroep sterk verbeterde (Ruwaard et al., in voorbereiding).

De behandeling voor posttraumatische stress is met vier RCT's het best onderzocht, en zal naar het zich laat aanzien worden opgenomen in de behandelrichtlijnen (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de ggz, 2008). De behandeling is recent aangepast voor seksueel getraumatiseerde adolescenten, met hoopgevende resultaten (De Haas et al., 2009). Een Duits-Zwitserse onderzoeksgroep onderzoekt daarnaast op dit moment een Arabische versie, waarmee men oorlogsslachtoffers hoopt te bereiken (Knaevelsrud, Wagner, Karl & Mueller, 2007).

Implementatie in de reguliere gezondheidszorg

Zoals in de inleiding al naar voren kwam, heeft de *eMental Health* een stormachtige groei doorgemaakt, en is de huidige situatie voor zowel cliënten als verwijzers niet overzichtelijk. De laatste jaren wordt het aanbod daarom steeds systematischer in kaart gebracht. Nederland blijkt daarin gidsland. Riper en collega's (2007) identificeerden 65 Nederlandse sites die op de één of andere manier ondersteuning bieden bij psychische klachten. Slechts één op de zeven programma's was op effectiviteit onderzocht; een zorgwekkend gegeven. Veel van wat in de *eMental health* wordt aangeboden is dus niet onderzocht, terwijl wat wel is onderzocht en effectief blijkt, nog te weinig wordt aangeboden.

Anonieme onlinezelfhulp en lichtbegeleide zelfhulp worden op dit moment door verscheidene partijen aangeboden. Het Trimbos Instituut speelt daarbij een aanjagende en coördinerende rol. Zij zal de komende jaren de beschikbare programma's bundelen in het 'Mentaal Vitaal' project (<http://www.icom.trimbos.nl/?pid=55>), daarbij ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Het gaat hier te ver

om alle initiatieven te beschrijven. Voor een uitputtend overzicht verwijzen wij naar het rapport van Riper en collega's (2007), dat recent werd geactualiseerd door Van het Land, Grolleman, Mutsaers en Smits (2008).

De structurele basis van het anonieme aanbod staat onder druk door problemen rond de financiering. Verzekeraars zijn voornamelijk terughoudend met het opnemen van anonieme zelfhulp als te verzekeren prestatie. Verzekerd zorggebruik moet volgens hen terug te voeren zijn op een individu. Daarmee kan het programma niet langer anoniem worden aangeboden. Het is nog onduidelijk hoe dit probleem moet worden opgelost. In de huidige praktijk worden zelfhulpprogramma's veelal bekostigd door aanbieders of door cliënten die hun anonimiteit daarvoor opgeven. Het is de vraag of dat wenselijk is. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat online-zelfhulp in de toekomst gefinancierd wordt vanuit een preventiebudget. Daarin zouden overheid en verzekeraars hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Voor begeleide zelfhulp en volledige online-CBT zijn bovenstaande praktische problemen niet aan de orde, omdat deze behandelingen niet anoniem zijn. Nederland is één van de weinige landen, zo niet het enige land, waarin dit soort behandelingen is opgenomen in de re-

Zo'n 90% van de cliënten van Interapy ervaart het onlinecontact als persoonlijk en positief

guliere gezondheidszorg. Na indicatiestelling door een huisarts worden de kosten van de behandelingen vergoed via de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Cliënten kunnen, voor uiteenlopende klachten, onder andere terecht bij Tactus (www.tactus.nl), Brijder (www.brijder.nl), Annazorg (www.annazorg.nl), Jellinek (www.jellinek.nl), Minddistrict (www.minddistrict.nl), PsyQ (www.psyq.nl) en Interapy (www.interapy.nl).

De Interapykliniek heeft een belangrijke rol gespeeld in de acceptatie van *eMental Health*. Zij werd in 2005 toegelaten tot de ggz, na bezoek door de inspectie en certificatie volgens de normen van de Harmonisatie van de Kwaliteit van Zorginstellingen (HKZ).

Behandeling	N	Uitval	Effectgrootte (<i>d</i>) *	
			Completers	Intention-to-treat
PTS	478	25%	1.7	1.4
Burn-out	470	23%	1.3	1.1
Depressie	413	38%	1.9	1.2
Paniek	139	37%	1.3	0.9
Interapy	1500	29%	1.6	1.2

* Net als in Tabel 1 zijn de effecten uitgedrukt in Cohen's *d* (Cohen, 1988). Zonder controlegroep kan niet worden gecorrigeerd voor natuurlijk beloop, en vallen de effecten dus hoger uit. Desondanks geldt wederom dat $d > .8$ mag worden geïnterpreteerd als een groot effect. De effecten zijn berekend voor zowel de cliënten die de behandeling afmaakten (*completers*), als voor alle cliënten door aan te nemen dat de behandeling geen effect had voor dropouts (*intention-to-treat*).

Tabel 2. Overzicht van Resultaten in de Interapy Kliniek

De behandelingen en de werkwijze van de Interapykliniek verschillen niet van die tijdens de RCT's. Ook in de kliniek zijn de behandelingen volledig online (zonder *face-to-face*contact), en zijn er uitgebreide voor-, na- en vervolgmetingen. Mede hierdoor generaliseren de resultaten van de RCT's goed naar de dagelijkse praktijk. Tabel 2 geeft een overzicht van de resultaten die in deze kliniek werden geboekt in een groep van 1.500 cliënten. Uit de tabel komt naar voren dat de effectgroottes groter zijn dan die van de RCT's waarin werd gecorrigeerd voor de verbetering van de controlegroep. Het is ook duidelijk dat de effecten hoger lijken als alleen naar de *completers* wordt gekeken dan wanneer ook de *dropouts* worden meegenomen in *intention-to-treat* analyses. Niettemin zijn de effecten voor alle behandelingen groot te noemen. Het uitvalspercentage is ten opzichte van

Het opheffen van anonimiteit vermindert de laagdrempeligheid van onlinebehandeling

de RCT's verhoogd, maar nog steeds van dezelfde orde als het uitvalspercentage bij *face-to-face* behandelingen (Roth & Fonagy, 2005; Schoemaker, 2008; Wierzbicki & Pekarik, 1993): 71% van de cliënten maakt het volledige programma af, inclusief de nametingen. Over de behandeling van boulimie zijn nog geen gegevens vanuit de kliniek te geven, aangezien de RCT pas geleden is afgesloten. Deze behandeling zal binnenkort beschikbaar komen.

Het wordt vaak als nadeel beschouwd als behandelaren en cliënten elkaar niet zien. In de Interapykliniek wordt steeds bevestigd dat zo'n twintig tot dertig procent van de cliënten *face-to-face*contact mist. Niettemin voelt zo'n 90% het contact als persoonlijk en positief en zou 95% de behandeling aan anderen aanraden. Ook de behandelaren van Interapy ervaren het contact als persoonlijk en voelen zich niet minder op hun cliënten

betrokken dan in *face-to-face* gesprekken. Er is zelfs een belangrijk voordeel: zij hoeven niet onmiddellijk te reageren, en kunnen dus nadenken over de beste voortzetting, de beste feedback. Als er een probleem is kunnen ze – online, telefonisch of *face-to-face* – overleggen met collega's of supervisors.

Discussie

De ontwikkelingen in de onlinehulpverlening zijn snel gegaan. In één decennium heeft de onlinetherapie getoond zich te kunnen meten met *face-to-face* behandeling, en in sommige opzichten lijkt zij zelfs superieur te zijn. Maar er is nog veel werk te verzetten. Zo worden de in dit artikel onderscheiden soorten hulpverlening niet helder afgebakend. Vooral in de beginjaren werd het onderscheid tussen onlinezelfhulp en onlinepsychotherapie in overzichtsartikelen vaak niet gemaakt. Dit had tot gevolg dat hoge uitval door menigeen wordt gezien als een ongewenste bijwerking van onlinehulpverlening. Uit de eerder genoemde studies (Andersson et al., 2008; Ruwaard et al., 2007; 2009) blijkt dat dit niet zo hoeft te zijn. De uitval is hoog bij onlinezelfhulp, maar acceptabel wanneer cliënten worden ondersteund door een hulpverlener.

Door het samenvoegen van duidelijk verschillende onlinebehandelvormen is er ook een onrealistisch beeld ontstaan over de effectiviteit van onlinezelfhulpprogramma's. Anonieme zelfhulp verdient haar plaats in de geestelijke gezondheidszorg. Zij is zeer laagdrempelig, goedkoop, en zonder twijfel een uitkomst voor een gedeelte van de mensen die ermee starten. Maar van onlinezelfhulp mag net zomin als van een zelfhulpboek worden verwacht dat ze even effectief is als *face-to-face* therapie. Onlinezelfhulp kan men het beste beschouwen als een preventieve interventie die kan worden ingezet om te voorkomen dat lichte klachten uitgroeien tot ernstige klachten. Zij lijkt minder van toepassing bij ernstige klachten.

Zo duidelijk als het verschil is tussen zelfhulp en begeleide hulp, zo vaag is het onderscheid tussen begeleide zelfhulp en therapie. De meeste behandelstudies gaan uit van een mix van zelfhulp en begeleiding zodat er, in tegenstelling tot pure zelfhulp, wel sprake is van een behandelrelatie. Maar omdat de programma's niet overal even helder worden beschreven, is het lastig om de programma's onderling te vergelijken. Zo lijkt het aannemelijk dat er een rechtlijnig verband is tussen de hoeveelheid begeleiding en de effectiviteit van een behandeling, zoals werd gesuggereerd door Palmqvist, Carlbring & Andersson (2007). Maar een recente studie zet daar weer vraagtekens bij (Klein et al., 2009). De in dit artikel gepresenteerde driedeling dient slechts als handvat: zij doet geen recht aan de enorme variatie in de beschikbare programma's.

Onlinebehandelingen lijken zich zeer wel te lenen voor hulpverlening aan kwetsbare populaties bij wie de drempel om in behandeling te gaan groot is. Zo werd er recent een studie afgerond waarin Rutgers Nisso, Interapy en de UvA gezamenlijk een onlinebehandeling ontwierpen voor seksueel getraumatiseerde adolescenten (De Haas et al., 2009). Tot teleurstelling van de onderzoekers bleek er een zeer grote uitval van deelnemers te zijn tijdens de screening, vanaf het moment dat de deelnemers biografische gegevens moesten invullen en hun werd gevraagd toestemming van hun ouders te verkrijgen. De laagdrempeligheid van onlinebehandeling neemt dus af door de anonimiteit op te heffen, een effect waar eerder ook al op werd gewezen door Postel en collega's (2009). Het alternatief ligt voor de hand: niet vragen naar deze gegevens. Maar ook daaraan kleven bezwaren: in geval van crises is het dan moeilijk zo niet onmogelijk de verantwoordelijkheid die men als aanbieder van zorg draagt, waar te maken. Bovendien is het moeilijk om serieus onderzoek te doen naar de effecten van de behandeling en naar predictoren daarvan. Uiteraard geldt dit dilemma ook wanneer het andere groepen betreft die, uit wat voor overwegingen dan ook, bang zijn om hun anonimiteit op te geven. Dit dilemma is nog niet opgelost, maar de discussie erover tussen behandelaars en onderzoekers van *eMental health* is op gang gekomen en er zijn inmiddels aanwijzingen dat stapsgewijs vragen naar de minimale noodzakelijke gegevens de uitval voorafgaand aan de behandeling wel doet afnemen (Lange, in voorbereiding).

Concluderend kan worden gesteld dat onlinehulpverlening een goede aanvulling is op het traditionele aanbod. Psychologische interventies kunnen ook via het internet effectief zijn. Maar het woord 'kunnen' staat er niet voor niets. Van sommige programma's is bekend dat zij effectief zijn, maar er zijn veel programma's waar dit niet voor geldt. Cliënten en verwijzers doen er daarom goed aan om zich terdege te informeren voordat zij in zee gaan met een onlinebehandelorganisatie. Dit kan bijvoorbeeld via de site KiesBeter.nl van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Prof.dr. A. Lange is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. E-mailadres: <a.lange@uva.nl>.

Drs. J. Ruwaard is promovendus aan de afdeling psychologie van de UvA en evenals drs. B. Schrieken verbonden aan de Interapy Kliniek te Amsterdam.

Noot

1. De meeste onlinebehandelprogramma's zijn gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie, die zich daarvoor goed leent door haar gestructureerde en kortdurende aanpak. Voor de volledigheid moet wel gemeld dat recente onderzoeken zich ook richten op andere therapievormen zoals 'positieve psychologie' en 'mindfulness-therapie'. Ook hier zijn de resultaten bemoedigend.

Literatuur

- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldö, V., et al. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology and Human Services*, 26, 161-181.
- Carlbring, P. & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Chester, A. & Glass, C.A. (2006). Online counselling: a descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34, 145-160.
- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Jorm, A.F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7434), 265.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: an overview. *Current Psychiatry Reports*, 9, 284-290.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11.
- Eysenbach, G., Powell, J., Kuss, O. & Sa, E.R. (2002). Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2691-2700.
- Fernandez-Aranda, F., Nunez, A., Martinez, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I., Rouget, P., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Santamaria, J. & Lam, T. (2008). Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. A controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 37-41.
- Graaf, L.E. de, Gerhards, S.A., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J.F., Evers, S.M., Severens, J.L., Widdershoven, G. & Huibers, M.J. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 73-80.
- Griffiths, K.M. & Christensen, H. (2000). Quality of web based information on treatment of depression: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321(7275), 1511-1515.
- Haas, S. de, Höing, M., Schrieken, B., Tsagana, S., Wijmker, C., Michels, C., Kuyper, A. & Lange, A. (2009). Behandeling via het internet voor jeugdige slachtoffers van seksueel geweld: een pilotstudie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 981-997.
- Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumor, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G. & Sutcliffe, P. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(33), iii, xi-xiv, 1-168.
- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., et al. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 100-113.
- Klein, B., Richards, J.C. & Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 213-238.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.
- Knaevelsrud, C., Wagner, B., Karl, A. & Mueller, J. (2007). New treatment approaches: integrating new media in the treatment of war and torture victims. *Torture*, 17, 67-78.
- Land, H. van 't, Grolleman, J., Mutsaers, K. & Smits, C. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008 Deel 2: Toegang en Zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Conceptrichtlijnherzieningen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen bij volwassenen (in revisie)*: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ.
- Lange, A. (in voorbereiding). Ethical dilemma's in the online treatment of sexually abused adolescents.

- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.P. van de, Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M. (2003). 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., Ven, J. P. van de, Schrieken, B.A., Bredeweg, B. & Emmelkamp, P.M. (2000). Internet-mediated, protocol-driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 15-21.
- Marks, I.M. & Cavanagh, K. (2009). Computer-aided psychological treatments: evolving issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 121-141.
- Palmqvist, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7, 291-297.
- Postel, M., Huurte, E. ter, Haan, H. de & Jong, C. de (2009). Alcoholdebaas.nl. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 357-372.
- Renteria-Agirre, A. & Lange, A. (2009). Boulimie online overwinnen: beschrijving van een behandelprotocol via internet. *Directieve Therapie*, 29(1), 26-47.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental health: high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het ministerie van vws*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ritterband, L., Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Clifton, A.D., West, R.W. & Borowitz, S.M. (2003). Internet interventions: in review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 527-534.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Ruwaard, J., Broeksteeg, J., Schrieken, B., Emmelkamp, P. & Lange, A. (geaccepteerd). Web-based therapist-assisted cognitive behavioural treatment of panic symptoms: a randomised controlled trial with a three-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J. & Schrieken, B. (2007). E-Mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress. A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 179-192.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Broeksteeg, J. & Renteria-Agirre, A. (in voorbereiding). Cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa: a randomized controlled trial of web-based, therapist-assisted cbt vs. self-help vs. a waiting-list.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. & Lange, A. (2009). Standardized web-based cbt of mild to moderate depression: a randomised controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, in press. E-pub ahead of print retrieved February 16, 2009, from <http://tinyurl.com/jcypylf>.
- Schoemaker, C. (2008). Het aandeel van de GGZ-behandelingen dat wordt beëindigd in onderling overleg tussen behandelaar en cliënt/patiënt. In: *Zorgbalans 2008*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Kwaliteit\ Effectiviteit geestelijke gezondheidszorg, 2 december 2008.
- Spek, V.R.M. (2007). *Internet-based cognitive behaviour therapy for subthreshold depression in people over 50 years old*. Academische proefschrift, Vrije Universiteit van Amsterdam. Ridderkerk: Ridderprint.
- Straten, A. van, Cuijpers, P. & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(1), e7.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Warmerdam, L., Straten, A. van, Twisk, J., Riper, H. & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(4), e44.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.

Mental healthcare on the World Wide Web

A. Lange, J. Ruwaard, B. Schrieken

Experiments with online therapy date back to the beginning of the internet. But eMental health really took off with the emergence of the World Wide Web, in the mid 90s. Presently, there are many eHealth initiatives, and clients may find it difficult to see the wood for the trees. Available programs vary from pure self-help (does any clinician to pass), through guided self-help (limited contact with clinicians, via e-mail, telephone or face-to-face), to pure manualized psychotherapy. In this article, we provide a brief overview of the research on these different types of internet interventions and the implementation of online assistance in (Dutch) regular healthcare. With respect to the latter, the Netherlands are a pioneering country, which is illustrated with a description of the methods and results of the Amsterdam Interapy clinic.