

ALFRED LANGE, JEAN-PIERRE VAN DE VEN, BART SCHRIEKEN &  
PAUL EMMELKAMP

## Interapy punt.nl

### *Geografische afstand hoeft geen bezwaar te zijn voor psychologische behandeling*

Sinds twee jaar bestaat de mogelijkheid zich voor de naweeën van traumatische gebeurtenissen te laten behandelen via internet. De auteurs, werkzaam bij de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam hebben hiervoor een *website* ontwikkeld. De *site* biedt psycho-educatie, een gestandaardiseerde screening, voormeting, een behandelmodule bestaande uit drie onderdelen, een meting meteen na de behandeling en een *follow-up* meting, zes weken na het einde van de behandeling. De behandeling is gebaseerd op gestructureerde schrijf-opdrachten. Cliënten schrijven tien keer en krijgen steeds op maat *gesneden feedback* en instructies voor verder schrijven. Er zijn inmiddels drie experimenten uitgevoerd waarover elders is gepubliceerd. De resultaten zijn positief.

Drie jaar geleden werd de eerste auteur (A.L.) benaderd door een 'internet whizkid' en een algemeen uitvinder (een soort Willy Wortel). Zij hadden het idee om psychologische tests op het internet te gaan exploiteren. Na een eerste brainstormsessie was A.L. niet enthousiast over het idee om alleen tests op het net te zetten. Al pratend kwam hij op een verdergaand idee: via internet mensen helpen om van psychische klachten af te komen. Hij dacht aan een gestructureerde, geprotocolleerde 'zelfbehandeling' waar mensen *online* aan zouden kunnen deelnemen. Het idee voor *Interapy* was geboren (de naam is later bedacht door de derde auteur, B.S.). Besloten werd om in eerste instantie een *Interapy-site* te ontwikkelen voor één probleemgebied, waarvoor *evidence based* protocollen bestonden die binnen de onderzoeksgroep al in,

behandelingen waren getoetst: boulimie (Lange, Terweij, & Kiestra, 1999; Lange, De Vries, Gest, & Van Oostendorp, 1994), agorafobie (De Beurs, Van Balkom, Lange, Koele, & Van Dyck, 1995; Emmelkamp, 1994), relatieproblemen (Lange, Barends, Van der Ende, 1998; Lange, Van der Wall, & Emmelkamp, 2000), en symptomen van rouw en posttraumatische stress (Lange, 1994; 1996; Schoutrop, 2000; Schoutrop, Lange, Hanewald, Duurland, & Bermond, 1997). Uiteindelijk kozen we voor het laatste, aangezien we veel ervaring hadden met gestructureerde schrijfpoddrachten bij het verwerken van rouw en posttraumatische stress en het behandelprotocol zich goed leek te lenen voor invoering via internet.

In de voorafgaande jaren was al geëxperimenteerd met computerprogramma's waar geen behandelaar aan te pas komt – zonder overtuigende resultaten (Ghosh & Marks, 1987; Ghosh, Marks, & Carr, 1988; Selmi e.a., 1990). Het internet bood nieuwe mogelijkheden, zoals interventieprogramma's waarbij behandelaars wel contact hebben met cliënten, maar op afstand. De behandelaar helpt de cliënt zichzelf te behandelen en reageert op *input* van de cliënt. Bij Interapy gaat het niet om e-mail contacten of een chatprogramma. Het 'format' van dergelijke internetactiviteiten wijkt niet wezenlijk af van *face to face* behandelingen en er is zelfs na jaren onderzoek nog weinig positiefs van bekend. De Interapy-site daarentegen, biedt een gestructureerde stap-voor-stap (zelf)behandeling, waarbij cliënt en behandelaar samen een vast traject doorlopen.

#### Opbouw van de site ( [www.interapy.nl](http://www.interapy.nl) )

Alle communicatie tussen deelnemers en behandelaars vindt plaats via het World Wide Web, het internationale netwerk van computerverbindingen (internet). Om deze interactie mogelijk te maken is een interactieve website ontwikkeld. Deze Interapy-site heeft een *interface* voor cliënten en een *interface* voor de behandelaars. Het gedeelte voor de cliënten biedt zicht op vier onderdelen van het Interapy-protocol: *psycho-educatie* in de vorm van informatiepagina's, *screening* en *metingen* door middel van vragenlijsten, en *behandeling*. Het gedeelte van de behandelaars heeft daarnaast administratieve *tools*, waaronder een overzicht van hun cliëntenpopulatie en een dossier met testresultaten en aantekeningen per cliënt. De website kan worden bezocht met elke recente versie van de gangbare *webbrowsers*, zoals Netscape Navigator of Internet Explorer. Deze browsers zijn vrij verkrijgbaar op internet. Elk courant besturingssysteem (Unix, Windows of Macintosh) is geschikt om Interapy-gegevens in te lezen.

Alle informatie die van belang is bij een Interapy-behandeling wordt opgeslagen in een database op een aparte server. Deze database-server

communiceert via een speciaal codeerprogramma met de webserver die zorgt voor het uitwisselen van informatie met cliënten en behandelaars, via verschillende interfaces (dynamische internetpagina's). Voor meer informatie over de informatie-technologische aspecten van het Interapy-systeem zij verwezen naar Bredeweg en anderen (1998) en naar Lange en anderen (2000a). De Interapy-site is momenteel toegespitst op onverwerkte rouw en posttraumatische stress. Laten we de verschillende onderdelen eens nader beschouwen:

509

#### Psycho-educatie

Wie inlogt, krijgt eerst voorlichting over trauma's met uitleg over symptomen als herbelevingen (intrusies) en vermijding. Dan volgt informatie over gangbare cognitieve gedragstherapieën die gebaseerd zijn op zelfconfrontatie, cognitieve herstructurering en het genereren van sociale steun. Speciale aandacht wordt besteed aan het verwerken van trauma's met behulp van gerichte schrijfoopdrachten. De informatiemodule, die vrij toegankelijk is via het net, bevat tenslotte gegevens over de onderzoekers en de behandelaars (onder meer namen van supervisors en supervisiestructuur, de aard van de onderzoekinstelling, wetenschappelijke en algemene publicaties).

#### Screening

Geïnteresseerden die zich vervolgens aanmelden ondergaan een online screeningsprocedure. Voor deelname aan Interapy gelden de volgende uitsluitingscriteria: ernstig alcohol- of drugsmisbruik, psychose, dissociatie en ernstige depressie. Wie jonger is dan zestien jaar, of elders in behandeling voor dezelfde problemen, komt evenmin in aanmerking voor deelname. De screening begint met een *Biografische vragenlijst*, met vragen over alcohol- en drugsgebruik en consumptie van medicijnen en zorg. Vervolgens komt de aanmelder de volgende gevalideerde multiple choice vragenlijsten tegen: de *Symptom Checklist-90* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986); de *Somatoforme Dissociatie Questionnaire* (SDQ-5; Nijenhuis e.a., 1997); de *Gewaarwordingenlijst* (GL; Lange e.a., 2000c) voor het opsporen van psychose-achtige verschijnselen, zoals gedefinieerd in de DSM-IV.

Aan het einde van de screening geven aanmelders een korte beschrijving van de traumatische gebeurtenissen. Alle vragenlijsten (voor screening en effectmetingen) worden online afgenomen en automatisch gescoord. Wanneer cliënten op een bepaalde vragenlijst een te hoge score hebben (bijvoorbeeld een depressie-score die ligt boven de normscore 'hoog depressief voor de psychiatrische bevolking', of een te hoge dissociatie-score) krijgen zij automatisch uitleg waarom ze niet aan het programma kunnen meedoen en krijgen ze suggesties voor alternatieven in het reguliere zorgcircuit.

### Voormeting

Als aanmelders de vragenlijsten hebben ingevuld en aan de criteria voldoen, volgt de voormeting. Deze is noodzakelijk om later de resultaten van de behandeling te kunnen evalueren. Cliënten krijgen nu de *Schokverwerkingslijst* (SVL; Kleber & Brom, 1992) online in te vullen. Het gaat hierbij om het vaststellen van de mate van vermindering van pijnlijke prikkels en de mate waarin cliënten last hebben van ongewenste herbelevingen, de belangrijkste symptomen van posttraumatische stress. De mate van psychopathologie (ook een variabele waarop de resultaten worden beoordeeld) was al eerder vastgesteld, door middel van de SCL-90. Bij alle metingen geldt dat cliënten elke vraag op het scherm moeten hebben ingevuld, voordat zij verder kunnen gaan. Als zij een vraag vergeten, krijgen ze een *reminder*. Er zijn dus geen incomplete datasets.

### Informed Consent

Alvorens zij aan de behandeling deelnemen, 'downloaden' de deelnemers een Informed Consent formulier. Dit document drukken ze af op een eigen printer en sturen het ondertekend terug. Hiermee geven ze te kennen dat zij goed zijn voorgelicht over het project en dat zij bereid zijn er op de gestelde condities aan deel te nemen.

## Behandeling

Het protocol bestaat uit tien gestructureerde schrijfp opdrachten van 45 minuten elk, verdeeld over vijf weken. Van een vaste behandelaar ontvangen deelnemers steeds binnen één werkdag instructies en commentaar.

### De behandelaars

Totnogtoe zijn alle behandelaars stagiaires klinische psychologie, in pre- of postdoctorale fase. In totaal hebben dertig behandelaars aan Interapy meegewerkt (24 vrouwen en 6 mannen). Hun gemiddelde leeftijd was 29 jaar ( $SD = 3,5$ ), variërend van 25 tot 46 jaar. Om als behandelaar aan Interapy mee te kunnen werken moesten kandidaten de basis cursus klinische psychologie en het practicum directieve therapie met goed gevolg hebben afgelegd, en met goed gevolg hebben deelgenomen aan een specifieke training 'Verwerking posttraumatische stress en rouw via Interapy'. Wekelijks vonden intervisie-bijeenkomsten plaats en was er supervisie door ervaren behandelaars. Onderwerpen voor de supervisie konden onder meer zijn: interpretatie van wat cliënten hadden geschreven, formulering van de feedback, de mate waarin eventueel van het protocol kan worden afgeweken door bijvoorbeeld een aanvullend advies te geven.

### De drie fasen van de behandeling

In de eerste vier schrijfoopdrachten staat *zelfconfrontatie* centraal. Behandelaars moedigen de deelnemers aan om vrijuit te schrijven over de feiten, gedachten en gevoelens die met de traumatische gebeurtenis samenhangen. Deelnemers moeten zo gedetailleerd mogelijk schrijven over de pijnlijkste beelden (bijvoorbeeld: het gezicht van de overvaller) gedachten (bijvoorbeeld: het is mijn schuld) en gevoelens (bijvoorbeeld: schaamte). De behandelaar kan de deelnemers helpen de pijnlijke gevoelens niet te vermijden door bijvoorbeeld te vragen naar zintuiglijke waarnemingen. Het is in deze fase de taak van behandelaars om vooral alert te zijn op mogelijk vermijden van pijnlijke gedachten door cliënten en eventueel 'door te vragen' als de teksten van de cliënten daartoe aanleiding geven.

In de vier opdrachten daarna ligt het accent op *cognitieve herstructureering*. Cliënten worden geholpen hun niet-functionele, automatische gedachten te onderzoeken op hun houdbaarheid en uit te dagen. De behandelaar vraagt bijvoorbeeld aan de cliënt om zich in te leven in de situatie waarin niet zij maar een goede vriend het slachtoffer is geweest en wat zij als niet-slachtoffer dan tegen die persoon zou zeggen. Soms is het zinvol om cliënten te stimuleren om te onderzoeken of zij van de traumatische gebeurtenis niet ook iets hebben geleerd. Vragen als 'Hoe ben ik sterker geworden door de gebeurtenis?' en 'Wat had ik anders gedaan in de periode daarna, als ik het over kon doen?' komen in deze fase aan de orde.

De laatste twee opdrachten hebben *social sharing en afscheid* als uitgangspunt. Dat wil zeggen dat de cliënten een brief schrijven, die zij aan een belangrijke ander kunnen sturen of geven. In tegenstelling tot de eerste twee fasen, waarin cliënten worden aangemoedigd om vrijuit te schrijven, bemoeien de behandelaars zich in deze laatste fase ook met stijl, spelling en grammatica, om het belang van de brief extra gewicht te geven. Deze brief onderstreept het afscheid nemen van het trauma.

Het behandelprotocol is gebaseerd op eerder in face to face behandelingen geteste schrijfsprogramma's (Lange, 1994; 1996; Schoutrop, 2000; Schoutrop e.a., 1997).

### Beveiliging en privacy

Alle contacten tussen cliënten en behandelaars vinden plaats via internet (behalve het genoemde informed consent-formulier dat via traditionele post wordt opgestuurd). Instructies en commentaren van behandelaars, vragenlijsten en essays van cliënten, worden alle uitgewisseld via internet. Maar de uitwisseling vindt niet in *real time* plaats. De behandelaars hebben na ontvangst van de gegevens van cliënten een werkdag de tijd voor het formuleren van hun reacties en nieuwe instructies. Alle uitgewisselde informatie wordt gedurende de

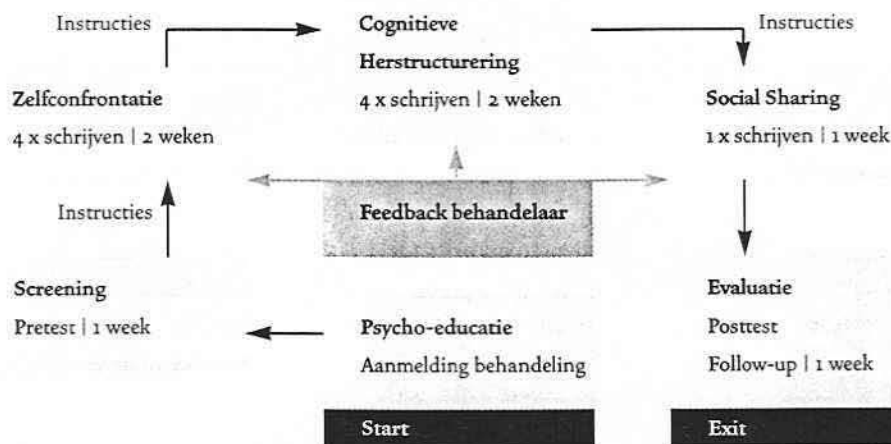
behandeling anoniem verwerkt en opgeslagen in de beveiligde database. Toegang tot het behandelgedeelte van de site is alleen mogelijk met een persoonlijke wachtwoordcombinatie die cliënten kiezen bij aanmelding. De privacy van cliënten heeft prioriteit in het Interapy-project. De cliëntgegevens worden op een voor onbevoegden afgesloten database-server bewaard. Tijdens de behandeling hebben alleen de vaste behandelaars en de supervisors toegang tot de gegevens van de betreffende cliënt; voor derden is het onmogelijk deze gegevens in te zien. De gegevens worden vijf jaar bewaard voor het geval cliënten achteraf nog inzage wensen. Teneinde lange-termijn evaluatiestudies en fundamenteel onderzoek te kunnen uitvoeren worden de gegevens daarna nog in strict geanonimiseerde vorm bewaard (alleen testgegevens op nummer).

Een apart e-mailadres is gereserveerd voor noodgevallen; cliënten kunnen hier terecht met emotionele problemen (eventueel ten gevolge van hun deelname aan het project), maar ook voor moeilijkheden met hun computers of software. In het laatste geval worden zij doorverbonden met de Interapy-helpdesk. Voor meer informatie over de ontwikkeling en infrastructuur van de site zij verwezen naar Lange e.a., 2000a, Lange; e.a., 2000b; Van de Ven e.a., 1999.

### Nameting en follow-up

Zodra de behandeling is afgelopen vult de cliënt de nameting (SVL en SCL-90) in. Deze vragenlijsten krijgt hij of zij ook na zes weken, bij wijze van follow-up, vergezeld van een evaluatieve vragenlijst. Figuur 1 geeft het Interapy-proces schematisch weer.

Figuur 1. Overzicht van de Interapy behandeling



## Resultaten

Er zijn inmiddels vier experimenten uitgevoerd met Interapy. Voor de eerste twee konden psychologiestudenten die drie of meer maanden voor het onderzoek een traumatiserende ervaring hadden opgedaan waarvan zij nog steeds hinder ondervonden, zich anoniem inschrijven op intekenlijsten. Zij waren door middel van affiches en een gastcollege geïnformeerd over het Interapy-onderzoek. Na deelname kregen zij de gebruikelijke studiebonuspunten. Aan het derde en vierde experiment namen 'spontane aanmelders' deel. Dit zijn mensen die – waar ook ter wereld – de Nederlandse taal machtig zijn, last hebben van trauma's waarvoor zij op dat moment niet elders in behandeling zijn, en voldoen aan de insluitingscriteria. De meeste deelnemers van experiment 3 en 4 vielen in de categorie PTSS van de DSM-IV. De traumatische gebeurtenissen hadden betrekking op: emotionele verwaarlozing, fysiek of seksueel geweld, gijzeling, verkeersongelukken, verlies door dood, scheiding, agressie op straat, verlies van gezondheid, oorlogsgeweld. Gemiddeld hadden de trauma's zeven jaar geleden plaatsgevonden, met een spreiding van vijf maanden tot 29 jaar.

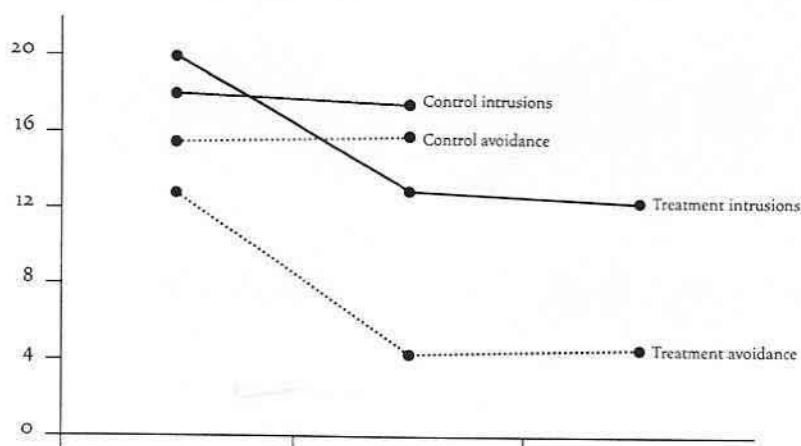
Alleen het eerste onderzoek bevatte geen wachtlijst-/controleconditie. De andere experimenten wel. Dat wil zeggen dat voor de aanmelders in die onderzoeken steeds door loting werd vastgesteld wie meteen behandeld werd (de experimentele conditie) en wie gedurende zes weken op de wachtlijst zou komen (de controleconditie). De controlegroepen verschilden in geen van de experimenten substantieel van de experimentele groep. Na afloop van de controleperiode, als hun gegevens waren vergeleken met die van de al behandelde groep, kreeg de controlegroep alsnog dezelfde behandeling als de experimentele groep.

In totaal hebben inmiddels zo'n driehonderd mensen (waarvan circa tweederde vrouwen) de behandeling gevolgd. In de eerste twee studies was de gemiddelde leeftijd respectievelijk 25 en 22 jaar. In de twee latere experimenten, met aanmelders uit de totale Nederlands sprekende bevolking, was de gemiddelde leeftijd aanmerkelijk hoger, respectievelijk 40 en 38 jaar, variërend van 23 tot 71 jaar. Voor de gedetailleerde resultaten van genoemde studies verwijzen wij naar andere publicaties (Lange e.a., 2000b; Lange e.a., in druk; Van de Ven e.a., 1999; 2000). Hier geven wij de voornaamste bevindingen.

Het patroon van de effecten is in alle studies synchroon: cliënten vertonen een sterk significante afname van psychopathologie (depressie, angst, somatisatie) en van traumasymptomen (herbeleven en vermijding) tussen de voormeting en de nameting. Deze blijft in stand gedurende de follow-up-periode. In de controlecondities is bij cliënten geen systematische afname te zien van psychopathologie en traumasymptomen. Figuur 2 illustreert de

veranderingen met betrekking tot vermijding en herbeleven in de niet-studenten populatie. De afname van depressie, angst en somatisatie laat een gelijksoortig patroon zien.

Figuur 2. Gemiddelde scores op vermijding (avoidance) en herbeleving (intrusions) voor de behandelde groep, vooraf, meteen na de behandeling en zes weken later



De effecten blijken niet alleen statistisch significant, ook de klinische relevantie is aanzienlijk. In de verschillende experimenten nemen bij circa 80% van de deelnemers de symptomen dusdanig af dat zij niet meer vallen binnen de normgrenzen van de PTSS-classificatie. Dit komt overeen met hun eigen subjectieve beoordeling in de evaluatievragenlijst in de follow-up na zes weken.

Belangrijker dan de statistische significantie is ook de grootte van de effecten. Internationaal wordt hiervoor meestal Cohens  $d$  als criterium gehanteerd (Cohen, 1977). Met behulp van een meta-analyse over de effecten van face to face schrijfofdrachten stelde Smyth (1998) vast dat de grootte van de effecten gemiddeld lagen rond een  $d$ -waarde van 0.5, een middelgroot effect. De effecten van Interapy zijn aanzienlijk groter: voor de verschillende metingen liggen de effecten tussen  $d = 1.5$  en 2.0, waarbij zowel de nameting als de follow-up na zes weken is betrokken. Van het eerste experiment zijn inmiddels, anderhalf jaar na afsluiting, ook langdurige follow-up gegevens beschikbaar. Deze laten zien dat de verbetering grotendeels in stand blijft; er is slechts een lichte toename van symptomatologie in vergelijking met de zes weken follow-up (Roemer & Skogerbo, 2000).

Met behulp van een multiële regressie-analyse over de gegevens van alle behandelde cliënten is onderzocht voor welke deelnemers de behandeling extra positief is. De behandeling bleek extra succesvol voor cliënten die van tevoren weinig of helemaal niet hadden gesproken over hun traumatische ervaringen. Jongere deelnemers hadden extra veel baat bij de behandeling. Hoe



lang geleden de traumatische gebeurtenissen hadden plaatsgevonden, speelde geen rol (Kuut & Jager, 2000). Ongeveer de helft van de deelnemers had van tevoren weinig ervaring met internet. Hun behandelresultaten weken niet af van die van de anderen. De meeste deelnemers vonden het online invullen van de vragenlijsten motiverend. Maar het effect van de behandeling was even groot bij degenen die de vragenlijsten minder plezierig vonden om in te vullen.

Bijna alle deelnemers waren tevreden over hun behandelaars. Velen lieten weten dat zij het idee hadden dat er ondanks de beperkingen toch een band was. Een hiervan: '...ik vind dit een mega goede methode om mensen te helpen. Het is alweer een tijdje geleden dat ik Interapy-contact met mijn behandelaar heb gehad, maar missen zal ik je toch.'

Mevrouw V. (39 jaar, gehuwd) was voor haar huisdeur in elkaar geslagen en beroofd. Toen de dader werd vrijgesproken, na een keuzeconfrontatie waarin ze hem herkend had, stortte ze in. Dit gebeurde drie jaar geleden. De vrijspraak voor de dader had haar nog meer aangegrepen dan de overval zelf. Zij had therapiegesprekken gehad. Die hadden haar enigszins geholpen, maar het duurde meer dan een jaar voordat ze weer aan het werk kon en ze bleef bang op straat. Ze bleef ook concentratieproblemen houden op haar werk (als secretaresse op een accountantsbureau). Zij had iets gelezen over Interapy en hoopte dat dit haar verder zou helpen. Bij de voorafmetingen scoorde ze hoog op vermijding en herbeleving, zelfs in vergelijking met de normgroep van PTSS-patiënten. Bij de nameting en follow-up waren haar scores onder het gemiddelde van de 'normale' bevolking. Ook de scores voor depressie, angst en slaapstoornissen waren gezakt van hoog tot onder het gemiddelde van de landelijke bevolking.

Zij had de instructies nauwgezet opgevolgd. In de fase van zelfconfrontatie beschreef ze consistent in de tegenwoordige tijd, elk detail van de dader, diens daden en haar gevoelens tijdens de keuzeconfrontatie en de vrijspraak. In het begin van deze fase uitte ze haar gevoelens van machteloosheid, woede en schaamte. Op het einde van deze fase werd het geschrevene meer feitelijk, minder emotioneel. In de fase van cognitieve heroriëntatie schreef ze aan een imaginaire vriendin die (zoals bij haarzelf het geval was) na een overval leed onder gevoelens van schaamte. Ze schreef aan haar vriendin waarom ze geen enkele reden had om zich te schamen, integendeel.

Gedurende de laatste fase, *social sharing* en afscheid, schreef ze een brief aan zichzelf waarin ze afscheid nam van wat er was gebeurd. Haar leven bestond niet meer uit twee afzonderlijke delen (voor en na), het was weer geïntegreerd. Wat was gebeurd, had een plek gekregen; het had haar zelfs sterker gemaakt.

Mevrouw V. is voor een Teleac radiouitzending geïnterviewd. Zij vertelde wat er was gebeurd en hoe Interapy voor haar had gewerkt. Voor haar was het belangrijk geweest dat zij in haar eentje kon 'werken', op de computer. Zij vertelde de interviewer dat zij in de eerste fase het toetsenbord kletsnat had gehuild, maar wel was doorgedaan. Het geven van argumenten aan de denkbeeldige vriendin was daarna een *eye-opener* geweest. Toen pas voelde zij dat zij zich echt niet hoefde te schamen. Zij uitte zich zeer positief over de behandelaar. Hoewel zij haar nooit had ontmoet, had de feedback haar vertrouwen gegeven en het gevoel begrepen te worden.

## Discussie

Men kan Interapy beschouwen als een geprotocolleerde begeleiding van zelfhulp. Personen met psychische problemen, in dit geval symptomen van posttraumatische stress, worden op afstand maar op persoonlijke wijze geïnstrueerd hoe zij iets kunnen doen aan hun problemen. Men kan het beschouwen als een eerste, economisch voordelige, stap in de *stepped care* gezondheidszorg.

Wanneer men cliënten in de 'normale' klinische praktijk ziet, kan men de behandeling veel meer aanpassen aan de uniciteit van de cliënt dan in geprotocolleerde behandelingen. Niettemin is er een toenemende trend naar controleerbare 'evidence based' behandelingen die volgens een strak protocol worden uitgevoerd in een beperkt aantal zittingen (Garfield, 1998; Persons & Silberschatz, 1998). Bij Interapy is de vrije interactie nog beperkter, dat kan weleens tot problemen leiden. Om die reden hebben wij ingesteld dat cliënten de begeleiders en supervisors ook per e-mail kunnen bereiken. Dit was bijvoorbeeld nodig toen een cliënt zich in de laatste fase in de kou voelde staan, nadat de behandelaar in overleg met de supervisors had geadviseerd om de brief die hij had geschreven niet op te sturen naar de instantie die het trauma had veroorzaakt. Hij voelde zich opeens niet meer gesteund en viel terug. De supervisor reageerde per e-mail op zijn e-mail, waarna het misverstand dat zijn onvrede had opgeroepen uit de weg kon worden gewerkt.

E-mail contact kan ook nodig zijn wanneer begeleiders en supervisors het gevoel hebben dat een deelnemer ten onrechte door de screening is gekomen. Dat speelde bij iemand die weliswaar was getraumatiseerd maar meer leed aan een paniekstoornis dan aan posttraumatische stress. Het is dan belangrijk dat men cliënten goed kan doorverwijzen.

Hoewel wij de procedures van Interapy steeds kritisch hebben gevolgd, kunnen we constateren dat problemen zoals hierboven gemeld op één hand

zijn te tellen. Voor Interapy vormt totnogtoe de techniek het grootste probleem. Het systeem gaat soms 'down', cliënten kunnen dan niet op de site komen. Ook dan is e-mail een manier om in contact te blijven met cliënten.

Het is verbazend hoeveel sterker de resultaten van deze vier experimenten zijn dan die van traditioneel vergelijkend experimenteel onderzoek naar schrijfp opdrachten. Dit zou te maken kunnen hebben met het nieuwe karakter van het behandelen via internet. We kunnen deze verklaring niet met zekerheid uitsluiten. Dat de resultaten in de afgelopen twee jaar niet minder zijn geworden, wijst echter niet direct in die richting. Het zou kunnen zijn dat Interapy een type cliënten trekt dat zich speciaal aangetrokken voelt tot deze behandelvorm. Ook dat is niet uit te sluiten. Maar als dit een van de factoren is, dan is dat niet bezwaarlijk. Waarom zouden cliënten niet die behandelvorm kiezen die bij hen past en waartoe zij zich aangetrokken voelen?

517

Onzes inziens zijn de resultaten van Interapy niet alleen te verklaren door bovengenoemde factoren. Hieronder zetten we derhalve de sterke kanten van Interapy, die stuk voor stuk hebben bijgedragen aan de positieve resultaten, nog even op een rij:

- 1) *Een weloverwogen protocol*, dat de drie belangrijkste elementen bevat voor het behandelen van traumatische stress en rouw, gecombineerd in de optimale volgorde.
- 2) *Behandelaars hebben de tijd*; ze hoeven niet meteen te reageren op de input van cliënten. Tenminste een werkdag lang kunnen zij rustig nadenken over de optimale feedback aan de cliënten. Bovendien kunnen ze collega's en supervisors consulteren.
- 3) *Transparantie*: alle activiteiten door zowel de cliënten als de behandelaars zijn zichtbaar en reproduceerbaar. Dit garandeert een maximale controle op 'treatment integrity', dat behandelaars doen wat ze behoren te doen. Het vergroot bovendien de mogelijkheden van intervisie en supervisie. De transparantie is ook voor de cliënten groot. Zij krijgen stap voor stap uitleg over de achtergrond en de methoden van de behandeling.
- 4) *Automatische evaluatie*: Interapy-deelnemers doorlopen niet alleen de behandeling maar ook de metingen vooraf, achteraf en de follow-up. Dit garandeert dat de resultaten stelselmatig op objectieve wijze worden geëvalueerd.
- 5) *Interapy voorziet in een behoefte*. Degenen die nauwelijks over hun trauma's hadden gesproken, profiteerden het meest. Dit suggereert dat er een doelgroep is die met de reguliere gezondheidszorg niet wordt bereikt. Voor hen is een laagdrempelige behandeling van het grootste belang. Cliënten blijken Interapy vaak te verkiezen boven face to face behandelingen. Ze uiten zich liever op deze wijze dan met een behandelaar tegenover zich. Toch ontstaat er een positieve therapeutische band tussen cliënt en behandelaar, zoals blijkt uit de gegevens

van de evaluatieve vragenlijst. Interapy maakt het ook mogelijk om mensen te helpen die door omstandigheden niet in de gelegenheid zijn om een instelling of een behandelaar te bezoeken.

6) *Lage kosten en grote capaciteit.* De kosten zijn lager dan in de reguliere gezondheidszorg. Bovendien is door de geringe overheadkosten de capaciteit vrij gemakkelijk te vergroten, met betrekkelijk geringe extra kosten.

7) *Losse modules.* De modules van Interapy worden op dit moment als één geheel aangeboden. Het is echter zeer wel mogelijk om ze apart toe te passen. In zekere zin is dat al het geval met de de vrij beschikbare psycho-educatiepagina's. Geïnteresseerden kunnen hiervan al gebruik maken zonder zich aan te melden. Ook de screeningsmodule kan eventueel apart gebruikt worden, bijvoorbeeld door instanties die vervolgens een andere behandelingsvorm aanbieden. Ditzelfde geldt voor de effectmetingen.

Dat online schrijftherapie via Interapy goed helpt bij het verwerken van trauma's kan na alle experimenten wel als vaststaand worden beschouwd. Aan het ontwikkelen van vergelijkbare protocollen voor angsten, werkstress, eetstoornissen en relatieproblemen wordt inmiddels gewerkt.

2

N  
1  
F  
r  
C  
é  
A  
A  
C  
e  
  
I  
Arr  
Beur  
F  
F  
Bred  
Coh  
Emr  
Gar  
Gho  
Gho

## Noot

- 1 De bouw van de site is mogelijk gemaakt door twee subsidies van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, waarvoor onze dank. Onze dank gaat ook uit naar het Algemeen Fonds van de Universiteit van Amsterdam, dat eveneens twee subsidies toekende. Verder danken wij de vele studenten die in het kader van hun doctoraalstudie met enthousiasme aan het project hebben gewerkt.

## Literatuur

- Arrindell, W.A., & J.H.M. Ertema (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beurs, E. de, A.J.L.M. van Balkom, A. Lange, P. Koele, & R. van Dyck (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683-691.
- Bredeweg, B., P. Koopman, J. Ruwaard, A. Lange, B. Schrieken, J.-P. van de Ven, & B. Roosen (1998, november). Designing counselling systems for the WWW. Webnet 98, In: *World Conference of the WWW Internet, & Intranet. Association for the Advancement of Computing in Education* (p. 86-91).
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic Press.
- Emmelkamp, P. G.M. (1994). Behavior therapy with adults. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Garfield, S.L. (1998). Some comments on empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 121-125. Nederlandse uitgave: Enige kanttekeningen bij empirisch ondersteunde behandelingen. *Gezinstherapie Wereldwijd*, 1999, 10 (2), 204-215.
- Ghosh, A., & I. Marks (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16.
- Ghosh, A., I. Marks, & A.C. Carr (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias. *British Journal of Psychiatry*, 152, 234-238.
- Kleber, R.J., & D. Brom (1992). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Kuut, T., & J. Jager (2000). *Interapy; predictor analyses*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Lange, A. (1994). Writing assignments in the treatment of grief and traumas from the past. In: J. Zeig (red.), *Ericksonian approaches, the essence of the story* (p. 377-392). New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. (1996). Using writing assignments with families managing legacies of extreme traumas. *Journal of Family Therapy*, 18 (4), 375-388.
- Lange, A., E. Barends, & J. van der Ende (1998). Self-control in distressed couples: a pilot study. *Journal of Family Therapy*, 20 (4), 367-382.
- Lange, A., M. Schoutrop, B. Schrieken, & J.-P. van de Ven (in druk). Structured writing for reprocessing traumatic events in face-to-face sessions and through the Internet: a clinical model and controlled experimental trials. In: J.M. Smyth & S.J. Lepore (Eds.), *Writing Assignments*. APA books.
- Lange, A., B. Schrieken, M. Blankers, J.-P. van de Ven, & M. Slot (2000c). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL); een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. *Directieve Therapie*, 20 (2), 162-173.
- Lange, A., B. Schrieken, J.-P. van de Ven, B. Bredeweg, & P.M.G. Emmelkamp, J. van der Kolk, L. Lydsdottir, M. Massaro, & A. Reuvers (2000b). 'Interapy': The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 175-192.
- Lange, A., J. Terweij, & J. Kiestra (1999). Evaluatie van ingrediënten in de behandeling van boulimia nervosa: stoppen met compenseren, zelfcontrole en sporten. *Directieve Therapie*, 19 (3), 214-239.
- Lange, A., J.-P. van de Ven, B. Schrieken, B. Bredeweg, & P.M.G. Emmelkamp (2000a). Internet-mediated, protocol driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6 (1), 15-21.
- Lange, A., M. de Vries, A. Gest, & E. van Oostendorp (1994). A self-management program for bulimia nervosa: The elements, the rationales and a case study. *Eating Disorders*, 2 (4), 329-340.

- Lange, A., Ch. Van der Wall, & P.M.G. Emmelkamp (2000). Time-out and writing in distressed couples: an experimental trial into the effects of a short treatment'. *Journal of Family Therapy*, 22 (4), 394-407.
- Nijenhuis, E.R.S., Ph. Spinhoven, R. van Dyck, O. van der Hart, & J. Vanderlinden (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.
- Persons, J.B., & G. Silberschatz (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 126-135. Nederlandse uitgave: Zijn de resultaten van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bruikbaar voor psychotherapeuten? *Gezinstherapie Wereldwijd*, 1999, 10 (2), 179-204.
- Roemer, M., & A. Skogerbo (2000). *Long-term effects of a protocolled writing treatment of grief and PTSD through the Internet*. Amsterdam: University of Amsterdam, Department of clinical psychology.
- Schoutrop, M. (2000). *Structured writing in processing traumatic events*. Amsterdam: Ph.D thesis, University of Amsterdam.
- Schoutrop, M.J.A., A. Lange, G. Hanewald, C. Duurland & B. Bermond (1997). The effects of structured writing assignments on overcoming major stressful events: An uncontrolled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4 (3), 179-185.
- Selmi, P.M., M.H. Klein, J.H. Greist, S.P. Sorell & H.P. Erdman (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 51-56.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 174-184.
- Ven, J.-P. van de, A. Lange, B. Schrieken & P.M.G. Emmelkamp (2000). Interapy: de resultaten van een gecontroleerde studie over de behandeling van posttraumatische stress via internet. *Directieve Therapie*, 20 (4), 345-361.
- Ven, J.-P. van de, A. Lange, B. Schrieken, B. Bredeweg & P.M.G. Emmelkamp (1999). Interapy – de resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van posttraumatische stress via internet. *Directieve Therapie*, 19 (1), 5-39.

#### Summary

Lange, A., B. Schrieken, J.-P. van de Ven & P.M.G. Emmelkamp

'Interapy dot nl. Psychological treatment in spite of geographical distance'

Online therapy offers many advantages over face-to-face settings. Interapy includes psycho-education, screening, effect measures and protocol-driven treatment via internet for clients. The present paper describes the development of the site and summarizes the results of experimental studies into the effects. The studies show that participants in the experimental conditions improved significantly more than participants in the waiting-list control conditions, on trauma-related symptoms and general psychopathology. The effect sizes were large. Eighty percent of the treated participants showed clinically significant improvement after treatment.

#### Personalia

Prof. dr A. Lange (1941) is klinisch psycholoog en psychotherapeut, en verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Hij is hoofdredacteur van de tijdschriften *Directieve therapie* en *Gezinstherapie Wereldwijd*. Adres: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: kp\_lange@macmail.psy.uva.nl.

Drs B. Schrieken (1965), klinisch psycholoog, is onderzoeker en behandelaar bij de afdeling Klinische Psychologie van de UvA. Ook verzorgt hij onderwijs op de psychotherapie-opleiding van de Rijn-Utrecht.

Drs J.-P. van de Ven (1967) werkt als behandelings supervisor en onderzoeker voor het Interapy-project op de afdeling Psychologie van de UvA en is eindredacteur van *Directieve therapie* en zelfstandig gevestigd therapeut.

Prof. dr P.M.G. Emmelkamp (1949) is klinisch psycholoog en psychotherapeut, hoogleraar klinische psychologie en leider van de programmagroep Klinische Psychologie aan de UvA. Hij is redacteur van verschillende vaktijdschriften en hoofdredacteur van *Clinical Psychology & Psychotherapy*.