

Je depressie mailen naar de psycholoog

Psychologische hulp via internet kan heilzaam zijn bij chronische stress of ander ongerief. Hoe werkt e-therapy?

Door **Malou van Hintum**

Wie rijen computers verwacht met therapeuten erachter, komt bedrogen uit. Niet alleen de cliënten van internettherapiebedrijf Interapy zitten thuis, hun behandelers ook.

Met je depressie naar de digitale psycholoog. Het kan bijna nergens, en alleen in Nederland wordt de behandeling door zorgverzekeraars vergoed. Als die tenminste *evidence-based* is. Er zit veel kaf tussen het koren, reden waarom het Trimbos-instituut in zijn onderzoeksrapport *E-Mental Health* twee jaar geleden al pleitte voor een keurmerk.

Interapy levert alleen behandelingen die wetenschappelijk verantwoord zijn. Grondlegger van het bedrijf is hoogleraar klinische psychologie Alfred Lange (Universiteit van Amsterdam), die in de jaren negentig het eerste onderzoek deed naar de behandeling van posttraumatische stress stoornis (pts) via internet.

In 1997 zette hij Interapy op. Daar 'zien' inmiddels 35 psychologen (en vijf behandelcoördinatoren) jaarlijks circa 1.750 patiënten. Er wordt doorlopend onderzoek gedaan naar behandelingen.

'Bij internettherapie moet je, juist omdat de therapeut zijn cliënt niet ziet, extra goed kijken naar de verschillende bouwstenen van je programma en elke stap expliciteren', zegt Bart Schrieken, inhoudelijk directeur bij Interapy. 'Daar worden behandelingen beter van. *Face to face* kun je daar je voordeel mee doen.'

Op 15 en 16 oktober werd in Amsterdam de E-Mental Health Summit 2009 gehouden, een internationaal congres waar wetenschappers uit onder andere Nederland, Zweden, Engeland en Australië hun onderzoeksbevindingen over de effectiviteit van geestelijke zorg via het net presenteerden. E-mental health kent verschillende vormen: zelfhulp, begeleide zelfhulp, en therapie. Zelfhulp is hetzelfde als werken met een zelfhulpboek, zonder controle of begeleiding. Bij begeleide zelfhulp controleert een coach - meestal geen therapeut - of de cliënt zijn afspraken nakomt, en beantwoordt hij eventuele vragen. Hij behandelt niet.

Bij therapie zoals Interapy die aanbiedt, geeft een therapeut gestructureerd persoonlijke hulp. Dat gebeurt niet zomaar. De cliënt krijgt eerst een 'diagnostische intake', wat betekent dat hij een aantal vragenlijsten moet invullen. Bij depressie bijvoorbeeld zijn dat er zestien, met elk vijf tot dertig vragen. Die worden met de cliënt besproken. Daarna wordt bepaald of de therapie geschikt en veilig is.

Ongeveer een op de zes mensen wordt (terug)verwezen naar hun huisarts of naar een *face-to-face*-be-



Een psychologe van Interapy aan het werk, thuis aan de keukentafel.

Foto Raymond Rutting / de Volkskrant

handelaar. Dat kan zijn omdat de klacht een risico vormt - mensen die bijvoorbeeld psychotisch zijn, of lijden aan verschillende klachten tegelijkertijd - of omdat er nog geen Interapy-behandeling voor de desbetreffende klacht bestaat. Zo begint eind dit jaar een internettherapie voor eetstoornissen; daaraan ging twee jaar onderzoek vooraf.

Motiveren

'Een spannende discussie is hoeveel menselijke therapeutische tijd nodig is om via e-health mensen effectief te behandelen', zegt Schrieken. 'Bij pure zelfhulpprogramma's, die weinig kosten, haakt 50 tot 70 procent van de mensen af. Hoe meer tijd een therapeut in een online-behandeling steekt, hoe groter het effect is. De helft van de therapie bestaat uit het verbeteren van het moreel van een cliënt. Effectief behandelen is volgens ons daarom altijd een combinatie van motiveren en steun geven, en specifieke therapeutische interventies.'

Daarbij maakt het niet uit of de therapeut in levenden lijve aanwezig is of achter een computerscherm zit. Ook de digitale therapeut maakt afspraken en geeft opdrachten. En ook bij de *face-to-face*-therapeut komen mensen soms niet opdagen, of nemen ze hun medicijnen niet in.

Mensen die de Nederlandse taal

'Studies laten zien dat online-behandeling even effectief is als face-to-face-therapieën'

slecht beheersen, zijn in het na-deel. Maar ook daaraan wordt gewerkt. 'We hebben een test gemaakt op basis van audio en plaatjes die momenteel wordt gevalideerd', vertelt Heleen Riper, hoofd i.com (innovation centre of mental health & technology) bij het Trimbos-instituut. 'We krijgen veel meer oog voor kwetsbare jongeren, mensen met een lage sociaal-economische positie en met een niet-Nederlandse etnische achtergrond. Die laatste groep is in toenemende mate online.'

Intussen komen er in een hoog tempo internetbehandelingen bij. Er zijn therapieën tegen depressie, burn-out, chronische stress, angststoornissen, eetproblemen, slaapstoornissen, seksuele problemen en probleematisch alcoholgebruik. Seksueel getraumatiseerde jongeren kunnen sinds kort op het net terecht, en ook mensen met zelfmoordplannen (zie kader).

'Allerlei studies laten zien dat online-behandeling voor depressie, angst en alcoholproblemen even is effectief als *face-to-face*-therapieën', zegt Riper. Toch gaat de toekomst niet over óf *face-to-face*-behandelingen óf internettherapie.

'E-health zal integreren in de bestaande zorg', voorspelt ze. Want de behandeling is niet alleen effectief, maar ook kostenbesparend. Vragenlijsten zijn geautomatiseerd, behandelruimten onnodig.

Dat is voor beleidsmakers interessant, vooral omdat de kosten van de gezondheidszorg alleen maar zullen oplopen. Bij een geïntegreerde behandeling kan bijvoorbeeld een huisarts een diagnose stellen, verwijzen naar een internetbehandeling, daarna nagaan of de behandeling succesvol was, en die eventueel vervolgen met een extra behandeling *face to face* of via internet.

Riper: 'Over tien jaar is de zorg niet meer te betalen. Daarom moeten we nu kijken hoe we de bevolking zo lang mogelijk gezond kunnen houden, en daarbij een sterk accent leggen op ieders eigen verantwoordelijkheid. Er is meer *self-management* en *empowerment* nodig, maar dat moeten we wel via tools als internet en de mobiele telefoon ondersteunen. Bij diabetes en COPD (chronische aandoening aan longen en luchtwegen, red.) gebeurt dat al, en dat kan bij depressie ook.'

Gevaarlijk

Alfred Lange ziet wel gevaren in de introductie van grootschalige zelfhulp als vervanger van therapeutische begeleiding. 'Ik zie zelfhulp als informatieoverdracht en als een eerste stap om problemen aan te pakken. Maar het kan ook verkeerd uitpakken. Zelfhulp gebeurt veelal anoniem. Dat is drempelverlagend, maar heeft ook gevaarlijke kanten', zegt hij. 'Er is geen crisis-

interventie als mensen flippen, terwijl we wel moeten kunnen ingrijpen als dat nodig is. Wie zijn die mensen, wie is hun huisarts?'

Riper signaleert een andere trend: 'Voor zwaardere klachten is voorlopig nog een *face-to-face*-therapeut nodig. Maar het zal wel gaan opschuiven. Mensen met schizofrenie bellen nu ook al zelf de ggz en praten met andere patiënten. Het is een kwestie van tijd dat ook complexe klachten deels behandeld worden via het net.'

Riper ziet in de toekomst een belangrijke rol weggelegd voor sociale media als Twitter, Facebook en Hyves. 'Voor lotgenotencontact, maar ook om meer te weten te komen over patiënten. Zo kun je de zorg verbeteren, maar sociale media ook gebruiken om patiënten snel te informeren.'

Hoogleraar klinische psychologie Pim Cuijpers, die aan de Vrije Universiteit in Amsterdam met vijftien wetenschappers onderzoek doet naar begeleide zelfhulp via internet, meent dat juist deze vorm van e-therapy de middenweg is die bewandeld moet worden. 'Er is geen verschil in effectiviteit tussen begeleide zelfhulp en *face-to-face*-therapie, en ook geen verschil in uitval', zegt hij.

Cuijpers denkt dat de begeleide zelfhulp straks een veel geavanceerdere vorm zal aannemen dan nu. Hij werkt de komende twee jaar samen met een Europese on-

derzoeksgroep aan een mobiele telefoon met een stressmeter, een bewegingsmelder, een GPS en toegang tot internet. 'Wij proberen de zelfhulp op de computer te integreren met de telefoon en met GPS-technieken: de tweede generatie geautomatiseerde interventies. Zo is het straks mogelijk dat de huisarts een signaalje krijgt als iemand zijn pil inneemt, zodat hij meteen kan zien wanneer dat niet is gebeurd.'

Alle informatie van deze '06 2.0' (2.0 staat voor nieuwe vorm van hulp) komt in een systeem dat toegankelijk wordt voor arts én patiënt. Doel is op basis van die informatie een behandeluitkomst te voorspellen. Zo kunnen, in het geval van een negatieve verwachting, tussentijdse interventies worden gedaan. Cuijpers: 'Dat maakt behandeling op maat mogelijk, geïntegreerd in het dagelijks leven. En dat is heel wat anders dan de huidige internettherapie.'

Cuijpers erkent dat deze behandelhelmet in een hel kan veranderen als de patiënt geen zeggenschap heeft over hoe en door wie zijn gegevens kunnen worden gebruikt. 'Er wordt steeds meer informatie verzameld die ook steeds moeilijker te beveiligen is. Dat is een groot probleem. Maar aan de andere kant kunnen we veel beter de resultaten van behandeling zien en krijgen mensen potentieel veel meer grip op hun leven.'

Zelfmoord

De initiatiefnemer van 113Online, psychiater Jan Mokkenstorm: 'E-mental health gaat de geestelijke gezondheidszorg totaal veranderen. Via internet zullen ook mensen met zwaardere psychische stoornissen geholpen worden. Daar is nu nog huiver voor, omdat men bang is voor calamiteiten. Daarom neemt een bedrijf als Interapy mensen met psychosen en zelfmoordgedachten niet in behandeling. Die angst beperkt het bereik van *e-mental health* enorm.'

'In de gewone spreekkamers zien we maar het topje van de suïcidale ijsberg. Met 113Online willen we de drempel naar hulpverlening verlagen.'

113Online is bedoeld voor mensen die denken over zelfmoord, voor hun naasten en nabestaanden. Ruim driehonderd vrijwilligers bieden een luisterend oor, aan de telefoon of in chatsessies. Een team van professionele hulpverleners staat klaar om in actie te komen.