



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Interapy: de resultaten van een gecontroleerde studie naar de behandeling van posttraumatische stress via internet

Jean-Pierre van de Ven, Alfred Lange, Bart Schrieken en Paul Emmelkamp*

* Met dank aan Drs. S. Geerts en Drs. M. van Gelderen, die in het kader van hun afstudeerproject aan dit deel van INTERAPY hebben meegewerkt.

Samenvatting

Therapie via internet biedt tal van evidente voordelen. Interapy voorziet in psycho-educatie, screening, effectmetingen en behandeling via internet voor mensen met onverwerkte rouw en posttraumatische stress-problemen. Dit artikel betreft een gecontroleerd onderzoek waarin deelnemers aan Interapy werden vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep. Deelnemers uit de experimentele conditie verbeterden significant meer op maten voor traumagerelateerde en algemene psychopathologie dan de deelnemers in de controlegroep. De effecten waren groot. Tachtig procent van de behandelde deelnemers bereikte een klinisch relevante verbetering. Interapy biedt mogelijkheden voor predictorenonderzoek en andere fundamentele onderzoeksvragen.

Inleiding

Therapie op afstand, zonder lijfelijke aanwezigheid van een behandelaar en een cliënt in dezelfde ruimte, spreekt vanwege de evidente voordelen tot de verbeelding. De snelle ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologie hebben de mogelijkheden daartoe aanzienlijk uitgebreid. Er zijn flink wat computerprogramma's ontwikkeld waarmee patiënten zichzelf kunnen behandelen (Marks, Shaw, & Parkin, 1998). Patiënten waarderen de anonimiteit van deze manier van werken (Miller & Gergen, 1998). Servan-Schreiber constateerde al in 1986 dat patiënten met alcohol- en drugsproblemen meer informatie over hun alcoholmisbruik geven in een gecomputeriseerd interview dan in een *face to face-interview*. Schneider, Walter en O'Donnell (1990) vonden dat een zelfhulpprogramma voor personen die met roken wilden stoppen, significant betere resultaten opleverde als de instructies van het programma waren gebaseerd op de input van de deelnemers. Hester en Delaney (1997) hadden gelijksoortige bevindingen met een gecomputeriseerd programma voor de behandeling van alcoholisme.

* DRS. J.-P. VAN DE VEN is eindredacteur van *Dth* en werkzaam binnen het INTERAPY-project en in het onderwijs van de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: kp_ven@macmail.psy.uva.nl. PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Hij is initiatiefnemer en supervisor van het INTERAPY-project. DRS. B. SCHRIEKEN is werkzaam in het INTERAPY-project binnen de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. PROF. DR. P.M.G. EMMELKAMP is hoofd van de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam en als medesupervisor verbonden aan het INTERAPY-project.

Het internet biedt de mogelijkheid om geprotocolleerde, computergestuurde behandeling interactief te maken. De behandelaar reageert op de input van de patiënt en vice versa. Dit is de achtergrond van het laagdrempelige Interapy-programma, waarin psychologische hulp via internet wordt aangeboden. De Interapy-site op het Worldwide Web (<http://interapy.psy.uva.nl>) is momenteel nog volledig toegespitst op onverwerkte rouw en posttraumatische stress (Lange, Schrieken, Van de Ven, et al., 2000). De site biedt on line voorlichting over trauma's en gangbare therapieën, over de Interapy-behandeling en over het onderzoeksteam. Geïnteresseerden die zich aanmelden ondergaan een on line-screeningsprocedure en een geprotocolleerde behandeling. Het protocol bestaat uit tien gestructureerde schrijfofdrachten, verdeeld over vijf weken. Deelnemers schrijven 45 minuten per schrijfofdracht. Van een vaste begeleider ontvangen zij regelmatig instructies en commentaar. In de eerste vier schrijfofdrachten staat zelfconfrontatie aan de pijnlijkste herinneringen, gedachten en gevoelens centraal. In de vier opdrachten daarna ligt het accent op cognitieve herstructurering. Door hun ervaringen nogmaals te beschrijven, maar dan in de vorm van een advies aan een ander slachtoffer, worden patiënten hier in staat gesteld hun eigen automatische gedachten aan de kaak te stellen. De laatste twee opdrachten hebben *social sharing* als uitgangspunt. Dat wil zeggen dat de patiënten een brief met een ritueel karakter schrijven, die zij aan een belangrijke ander kunnen sturen of geven. In tegenstelling tot de eerste twee fasen, waarin patiënten worden aangemoedigd om vrijuit te schrijven, bemoeien de behandelaars zich in deze laatste fase met stijl, spelling en grammatica om het belang van de brief te onderstrepen.

In een eerdere aflevering van Dth hebben wij de resultaten van een pilotstudie met het Interapy-protocol besproken (Van de Ven, Lange, Schrieken, Bredeweg, & Emmelkamp, 1999). Twintig personen met klachten van posttraumatische stress en pathologische rouw ondergingen de behandeling via internet. Alle deelnemers waren na afloop van de behandeling klinisch hersteld. In de follow-up periode van zes weken viel één persoon terug. Bij de overige deelnemers bleven de positieve veranderingen in stand (Lange, Schrieken, Van de Ven et al., 2000; Lange, Van de Ven, Schrieken, Bredeweg, & Emmelkamp, 2000). Uitgebreide verantwoording van de theoretische uitgangspunten voor de werking van gestructureerde schrijfofdrachten treft men aan bij Lange (2000, hoofdstuk 12), Schoutrop en Lange (1997) en Van de Ven et al. (1999). Dit artikel beschrijft een tweede onderzoek naar de resultaten van Interapy, waarbij de behandelde groep is vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep.

Methodie

Deelnemers

Psychologiestudenten die drie of meer maanden voor het onderzoek een traumatiserende ervaring hadden opgedaan waarvan zij nog steeds hinder ondervonden, konden zich voor het onderzoek anoniem inschrijven op intekenlijsten. Zij waren door middel van affiches en een gastcollege geïnformeerd over het Interapy-onderzoek. Voor deelname werden hen de gebruikelijke studie-bonuspunten beloofd. Eenenvestig studenten vulden on line de screeningsvragenlijsten in. Personen die meerdere trauma's hebben beleefd, krijgen in de informatiepagina's het advies de belangrijkste, en anders de meest recente gebeurtenis uit te kiezen voor de Interapy-behandeling. Behalve een korte beschrijving van deze gebeurtenis en een gedetailleerde uiteenzetting over

eventueel medicijngebruik, worden alle vragen uit de screeningsprocedure automatisch verwerkt en gescoord (zie voor een uitgebreide beschrijving van deze procedure Lange, Van de Ven, Schrieken et al., 2000). Voor deelname aan Interapy worden de volgende exclusiecriteria gehanteerd: ernstig alcohol- of drugsmisbruik, psychose, dissociatie en ernstige depressie. Personen die jonger zijn dan achttien jaar of elders voor dezelfde problematiek in behandeling zijn, komen eveneens niet voor deelname in aanmerking. Zes aanmelders maakten de screening niet af om persoonlijke redenen (wilden verleden toch niet oprakelen, ondervonden geen hinderlijke gevolgen meer van de gebeurtenis, hadden geen tijd). Vijf aanmelders bleken geen posttraumatische stress te hebben, maar andere psychische problematiek (viermaal een geschiedenis van psychose, eenmaal eetstoornis). Deze personen werden doorverwezen naar andere hulpverleningsinstanties.

De dertig aanmelders die aan de criteria voldeden, werden *at random* toegewezen aan de twee condities. Van deze groep maakten tien personen (vijf uit elke conditie) de behandeling niet af. Vier van hen staakten de behandeling zonder opgaf van redenen; twee anderen vonden het te onrustig in de gemeenschappelijke ruimte waarin zij hun schrijfwerk deden; twee personen konden zich niet tot één traumatisch voorval beperken; eentje stopte met studeren en een ander had een verhelderend gesprek met betrokkenen en knapte daar zo van op dat hij deelname aan Interapy niet langer nodig achtte. De afvallers hadden voorafgaand aan de behandeling significant lagere scores op de Herbelevingsschaal van de Schokverwerkingslijst (SVL) dan de groep die de behandeling afmaakte ($F(26) = 6.66, p < .016$).

Aangezien de vijf afvallers uit de experimentele conditie pas na afloop van de behandeling hun medewerking staakten, zijn hun gegevens tot en met de nameting wel meegenomen in de resultaten. Dit leverde een experimentele groep van 13 personen (bij de follow up $N = 8$) en een wachtlijstgroep van 12 personen op. Het ging om 16 vrouwen en 9 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 21,8 jaar ($SD = 4,9$; range 17-37 jaar). Er was gemiddeld 6.1 jaar ($SD = 5.1$) verstreken sinds het trauma. Trauma's waren bijvoorbeeld het verlies van een naaste, aanranding, of het slachtoffer zijn geweest van een verkeersongeval. De deelnemers uit de twee condities verschilden bij aanvang van het onderzoek niet van elkaar in de ernst van de traumagerelateerde klachten Vermijding ($F(23) = .025, p < .87$) en Herbeleving ($F(23) = .03, p < .88$), gemeten met de SVL.

Opzet en meetinstrumenten

De deelnemers in de experimentele conditie werden meteen na de screeningsprocedure behandeld. Metingen vonden plaats voor, na en zes weken na afloop van de behandeling. De deelnemers in de controleconditie stonden gedurende de periode tussen voor- en nameting (vijf weken) op een wachtlijst. Hun behandeling begon na de nameting bij de experimentele groep.

Voor de screening wordt gebruikgemaakt van de volgende instrumenten. Omdat de screeningsprocedure en meetinstrumenten uitvoerig zijn beschreven in Van de Ven et al., 1999, volstaan wij hier met een beknopte opsomming:

- een Biografische Vragenlijst, waarin vragen over alcohol- en drugsgebruik, consumptie van medicijnen en zorg, en een korte traumabeschrijving;

- de schalen Depressie en Psychoneuroticisme (totaalscore) van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986);
- de Somatoforme Dissociatie Questionnaire (SDQ-5; Nijenhuis, Spinhoven, Van der Hart, & Vanderlinden, 1997);
- de Gewaarwordingenvragenlijst (GL; Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven, & Slot, 2000). De GL wordt gebruikt om psychose-achtige verschijnselen, zoals gedefiniëerd in de DSM-IV (APA, 1994), op te sporen. De lijst bestaat uit zeven items die worden gescoord op vijfpunts-Likertschalen. De interne correlaties zijn redelijk tot goed, met Cronbach's alpha van $\alpha = .73$ voor de normale en $\alpha = .83$ voor de klinische populatie.

De volgende metingen zijn gebruikt om de resultaten van de behandeling vast te stellen:

- *Mate van getraumatiseerdheid*, door middel van de Schokverwerkingslijst (SVL; Kleber & Brom, 1986), met subschalen Herbeleving en Vermijding;
- *Mate van psychopathologie*, met behulp van de subschalen Depressie, Angst, Somatisatie, Hostiliteit en Slaapproblemen van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986);
- *Kwaliteit van de stemming*, door middel van de verkorte Profile of Mood States (V-POMS; Wald & Mellenbergh, 1990), die de dimensies Depressie, Moe, Boos, Gespannen en Krachteloos in kaart brengt.

Met behulp van de *Survey of Recent Life experiences* (SRLE; De Jong, Timmerman, & Emmelkamp, 1996) is onderzocht of dagelijkse stress (*daily hassles*) invloed heeft op het effect van de behandeling. Ook een aantal vragen uit de Biografische Vragenlijst en een door de onderzoekers ontwikkelde Eindvragenlijst (ter evaluatie van de ervaringen van cliënten met het internet en met het behandelprotocol) werden voor exploratieve doeleinden gebruikt.

Begeleiders

Zes vrouwelijke studenten klinische psychologie en één mannelijke student, allen in de laatste fase van hun studie, traden op als behandelaar. Hiertoe werden zij getraind in het hanteren van het Interapy-protocol en in het beoordelen van de door de deelnemers geschreven teksten. Hun gemiddelde leeftijd was 29 jaar ($SD = 3,5$), variërend van 25 tot 46 jaar. Gedurende de behandelingen vonden geregeld intervisiebijeenkomsten plaats en was er supervisie door ervaren behandelaars.

Procedure

Alle contacten tussen cliënten en behandelaars vinden plaats via internet. Instructies en commentaren van begeleiders en vragenlijsten en essays van cliënten worden online uitgewisseld. Deze gegevens worden gedurende de behandeling anoniem verwerkt en opgeslagen in twee beveiligde databases. Cliënten van Interapy beschikken over een eigen datafile op de Interapy-server waartoe verder alleen hun vaste begeleider toegang heeft. Het dataverkeer tussen de site en de database is onder meer beveiligd met een algemeen en een persoonlijk wachtwoord. Cliënten kiezen hun persoonlijk wachtwoord bij aanmelding. 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 wordt verwezen naar Van de Ven et al. (1999) en Lange, Van de Ven, Schrieken et al. (2000).

Resultaten

Als gevolg van computerstoringen lukte het niet om alle behandelingen in de geplande tijd van vijf weken uit te voeren. Tussen voor- en nameting zijn gemiddeld tachtig dagen verstreken ($SD = 30$). De wachtlijstgroep heeft gemiddeld 43 dagen ($SD = 9$) gewacht tussen voor- en nameting, ofwel acht dagen langer dan gepland. In tabel 1 staan de gemiddelden en standaarddeviaties op de effectmaten SVL (trauma), SCL-90 (algemene psychopathologie) en V-POMS (stemming), op de verschillende meetmomenten.

Verschillen behandeling en wachtlijst

Posttraumatische stress

Zoals de gemiddelden en standaarddeviaties uit tabel 1 laten zien, nemen de PTSS-symptomen Herbeleving en Vermijding in de experimentele conditie sterk af tussen voormeting en nameting. Een T -toets voor gepaarde waarnemingen laat zien dat deze afnames significant zijn. Voor Herbeleving: $t(12) = 6.43$ ($p < .0005$), voor Vermijding: $t(12) = 4.24$ ($p < .001$). De effecten zijn groot. Cohen's d (Cohen, 1977) is respectievelijk 1.99 en 1.50. Deze effectgroottes zijn berekend met behulp van de formule van Hartmann en Herzog (1995), die geschikt is voor onderzoek naar therapie-effecten met herhaalde metingen. Een effectgrootte vanaf $d = .80$ wordt als groot beschouwd.

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties op schalen van de svl, de scl-90 en de v-poms, bij de experimentele (N = 13) en de controleconditie (N = 12).

Schaal		Conditie	Voormeting		Nameting		Follow-up*		
			M	SD	M	SD	M	SD	
SVL	Herbeleving	Experiment	17.5	6.5	6.5	4.5	2.9	2.4	
		Controle	13.6	8.0	10.0	8.7			
	Vermijding	Experiment	12.5	8.6	2.9	3.0	.9	1.9	
		Controle	11.7	8.6	8.8	7.2			
SCL-90	Depressie	Experiment	29.2	8.1	21.1	3.8	20.8	5.2	
		Controle	27.6	6.5	26.8	6.7			
	Angst	Experiment	16.5	5.2	11.8	1.7	12.6	5.3	
		Controle	17.9	7.2	16.0	5.5			
	Somatisatie	Experiment	19.6	6.1	14.0	1.9	13.5	1.4	
		Controle	18.9	4.3	19.0	4.7			
	Slaapproblemen	Experiment	4.1	1.3	4.3	1.9	3.7	1.0	
		Controle	5.1	2.0	5.5	2.4			
	Hostiliteit	Experiment	7.8	1.8	6.8	.9	6.7	1.0	
		Controle	8.8	3.4	7.9	3.2			
	V-POMS	Depressie	Experiment	6.9	5.4	1.9	1.8	1.6	2.3
			Controle	5.4	5.4	5.3	4.0		
Moe		Experiment	7.2	5.4	2.9	2.7	2.5	2.9	
		Controle	6.3	4.0	6.5	3.9			
Krachteloos		Experiment	11.2	3.4	8.7	4.2	9.3	3.4	
		Controle	13.7	3.4	13.3	4.3			
Gespannen		Experiment	6.5	4.4	2.3	1.6	2.1	2.1	
		Controle	7.3	5.0	7.5	4.7			
Boos		Experiment	4.8	3.4	2.1	2.2	1.9	2.5	
		Controle	4.8	4.8	4.3	5.7			

* N = 8

Bij de controlegroep is een onverwachte, lichte afname zichtbaar. Multivariate variantieanalyse (MANOVA) voor herhaalde metingen met tijd als de *within*-factor en conditie als *between*-factor laat echter een significante interactie zien ($F(2,22) = 5.14$, $p < .015$). De afname in de experimentele groep is dus significant groter dan de afname van symptomen in de controlegroep. We hebben ook apart voor de schalen Vermijding en Herbeleving de vooruitgang in de experimentele groep vergeleken met die van de controlegroep. Voor beide variabelen was de verbetering in de experimentele groep significant groter. Voor Herbeleving: $F(1,23) = 10.00$ ($p < .004$). Voor Vermijding: $F(1,23) = 5.32$ ($p < .03$).

Algemene psychopathologie

De psychopathologie neemt ook in het algemeen af onder invloed van de behandeling (tabel 1). De gemiddelden en standaarddeviaties op de relevante subschalen van de SCL-90 wijzen uit dat de symptomen Angst, Depressie, Somatisatie en Hostiliteit in belangrijke mate verminderen. Deze afnames zijn significant, zoals een *T*-toets voor

gepaarde waarnemingen laat zien, met betrekking tot Angst ($t(12) = 3.19, p < .05$), Depressie ($t(12) = 4.07, p < .05$), Somatisatie ($t(12) = 3.25, p < .05$) en Hostiliteit ($t(12) = 3.12, p < .05$). De effectgroottes zijn groot voor Angst ($d = 1.23$), Depressie ($d = 1.28$) en Somatisatie ($d = 1.25$). Ten aanzien van Hostiliteit vinden we een middelgroot effect ($d = .70$).

In de controlegroep is een lichte daling te zien van Angst en Depressie. Multivariate variantieanalyse (MANOVA) voor herhaalde metingen van alle vijf subschalen met tijd als within- en conditie als between-factor, leverde geen significant interactie-effect op. Een MANOVA zonder de subschalen Hostiliteit en Slaapproblemen liet echter zien dat symptomen in de experimentele groep significant meer afnamen dan in de controlegroep: $F(3,21) = 3.69 (p = .028)$. Aparte beschouwing van deze drie variabelen bracht aan het licht dat de verbeteringen in de experimentele groep met name groter waren voor Depressie ($F(1,23) = 7.01, p = .014$) en Somatisatie ($F(1,23) = 7.87, p = .010$).

Stemming

De gemiddelden in tabel 1 laten in de experimentele conditie een sterke verbetering zien tussen voor- en nameting. *T*-toetsen voor gepaarde waarnemingen tonen aan dat de stemming significant verbetert op vier van de vijf schalen: deelnemers zijn minder Depressief ($t(12) = 3.57, p < .05$), minder Moe ($t(12) = 3.38, p < .05$), minder Gespannen ($t(12) = 3.37, p < .05$), en minder Boos ($t(12) = 2.47, p < .05$). De effecten zijn voor al deze variabelen groot, variërend tussen $d = .94$ en $d = 1.27$. Het effect is iets minder groot wat betreft Krachteloos: effectgrootte $d = .64$.

Overeenkomstig de verwachtingen gaan de deelnemers in de controleconditie niet wezenlijk vooruit. Een MANOVA met alle subschalen behalve Krachteloos liet zien dat de deelnemers uit de experimentele conditie significant meer in stemming vooruitgingen ($F(4,20) = 3.05; p = .041$). Zij voelden zich na de behandeling vooral minder depressief ($F(1,23) = 6.90, p = .015$), minder moe ($F(1,23) = 7.08, p = .014$) en minder gespannen ($F(1,23) = 7.27, p = .013$).

Klinische significantie

Bij beschouwing van de individuele deelnemers, in plaats van groepsgemiddelden, blijkt dat deelnemers uit de controleconditie er hier en daar licht op vooruit gingen. Maar dat staat in geen verhouding tot de deelnemers die schreven over hun problemen. Zij verbeterden in sterke mate onder invloed van de behandeling. Dit resultaat impliceert een grote klinische relevantie van de Interapy-behandeling. Dit wordt bevestigd door de vergelijking van individuele verbeteringen op de effectmaten met een normscore, die werd berekend aan de hand van de aanbevelingen van Jacobson en Truax (1991). Bijna alle deelnemers uit de experimentele groep (tussen de 75 en 100%) verbeterden tot beneden de normscore voor de verschillende symptomen. De belangrijkste symptomen van posttraumatische stress, Herbeleving en Vermijding, namen zelfs voor respectievelijk 82 en 86 procent van de deelnemers af tot op het niveau van genezing. Voor meer informatie over het vaststellen van de klinische significantie van onze resultaten wordt verwezen naar Geerts (1999) .

Exploraties

Follow-up

Wat betreft de traumasymptomen zette het effect van de behandeling onverminderd door in de follow-up periode, zoals tabel 1 laat zien. *T*-toetsen voor gepaarde waarneming wezen uit dat deelnemers significant minder bleven herbeleven ($t(12) = 2.70, p < .02$) en vermijden ($t(12) = 2.24, p < .05$) dan vóór de behandeling. De algemene symptomen, gemeten met de SCL-90, bleven op het lage niveau van de nameting. De deelnemers bleven ook significant minder depressief ($t(12) = 3.55, p < .05$), ze somatiseerden minder ($t(12) = 3.68; p < .05$) en ze vertoonden nog steeds minder hostiliteit ($t(12) = 2.69; p < .05$). De positieve veranderingen in stemming (V-POMS) hebben zich gestabiliseerd, of zelfs licht doorgezet tot aan de follow-up meting.

Zeven deelnemers uit de controleconditie maakten na afloop van de wachtlijstperiode hun behandeling helemaal af. Zij gingen gedurende de wachtperiode ook al enigszins vooruit, met name wat de herbelevingen betreft ($d = .63$). Het effect van de behandeling daarna was hetzelfde als in de experimentele conditie: alle symptomen verminderden sterk onder invloed van het schrijven. Het enige verschil was dat deelnemers uit de experimentele conditie nog minder gingen herbeleven tijdens de behandeling dan deelnemers die eerst hadden gewacht ($F(2,36) = 4.94; p < .01$). Geerts (1999) geeft gedetailleerde informatie over de follow-up resultaten van beide condities.

Voor wie had de behandeling het meeste succes? – Voorspellers

Om te kunnen zien op welke deelnemers Interapy het gunstigste effect heeft, hebben we de resultaten van de behandelde deelnemers uit beide condities samen ($N = 20$) nader onderzocht. Gegevens uit de Biografische Vragenlijst, de Survey of Recent Life Experiences en de Evaluatievragenlijst zijn vergeleken met de belangrijkste effectmetingen. De resultaten vatten we hier kort samen; voor uitgebreide analyses verwijzen wij naar Van Gelderen (2000).

Onthullen van traumatische ervaringen

Mogelijk is de mate waarin deelnemers hun traumatische ervaringen aan anderen onthullen, van invloed op het effect van de interventie. Daarom hebben we in de Biografische Vragenlijst gevraagd hoe vaak deelnemers al hadden gesproken over het trauma. De deelnemers die weinig (eens per jaar) of niet over hun trauma hadden gesproken, vertoonden van tevoren meer symptomen dan deelnemers die maandelijks tot dagelijks over hun trauma hadden gesproken. Maar zij verbeterden goed tijdens de behandeling, tot op hetzelfde niveau als degenen die veel hadden onthuld.

Ervaring met internet en computers

Wat betreft internet- en computerervaring vormden de deelnemers aan deze studie een gemengde groep. Met behulp van een MANOVA werd onderzocht of hun ervaring van invloed was op het effect van de behandeling. We vonden geen significante verschillen; deelnemers zonder ervaring verbeterden even goed als mensen met gemiddeld en veel ervaring met computers en met het internet.

Dagelijkse stress

Op grond van hun antwoorden op de SRLE konden de deelnemers worden verdeeld in drie groepen: weinig, gemiddeld en veel last van dagelijkse stress. De deelnemers met veel last waren meer moe dan deelnemers uit de andere groepen en zij verbeterden daarop het meest onder invloed van de behandeling ($F(1,14)=7.04, p < .02$). De andere symptomen verminderden evenzeer in de drie groepen.

Depressie

Een score hoger dan 58 (vrouwen) en 53 (mannen) op de subschaal Depressie van de SCL-90 was reden tot exclusie van deelname aan Interapy. De spreiding op deze subschaal van de twintig deelnemers die de behandeling hebben afgemaakt, was niettemin van dien aard (spreiding 18-45, $SD = 7.7$), dat we een groep depressieve deelnemers (score $\geq 28, N = 8$) konden vergelijken met een groep weinig depressieve deelnemers (score $\leq 26, N = 9$). Bij de voormeting waren de depressieve deelnemers meer gewend te vermijden (SVL) en te somatiseren (SCL-90); ook waren zij meer gespannen en depressiever (V-POMS). Depressieve deelnemers verbeterden sterker onder invloed van de behandeling op al deze symptomen en op depressie. Bij de nameting waren zij verbeterd tot op hetzelfde lage niveau waar de weinig depressieve deelnemers op uitkwamen.

Mate van getraumatiseerdheid

Van de behandelde deelnemers scoorde de helft ($N = 10$) boven de cut-off score van de SVL. Deze groep sterk getraumatiseerden ging onder invloed van de behandeling meer vooruit wat betreft Depressie ($F(1,18) = 9.72, p < .04$) en Angst ($F(1,18) = 6.49, p < .02$) dan de groep laag-getraumatiseerden. Mensen die zeggen veel last te hebben van hun trauma, verbeteren dus het meest onder invloed van de Interapy-behandeling.

Subjectieve beleving van de deelnemers

Uit de Evaluatievragenlijst bleek dat het overgrote deel van de deelnemers (95%) vond dat het schrijven enigszins tot heel erg had geholpen bij het verwerken van hun ervaringen. De meeste deelnemers (80%) vonden het wel moeilijk om over hun traumatische ervaring te schrijven. De weinigen die het niet moeilijk vonden om te schrijven, verbeterden evenveel als de anderen.

Motivatie, waarnaar expliciet is gevraagd in de Biografische Vragenlijst, was niet van invloed op het effect van de behandeling. Bij aanvang minder gemotiveerde deelnemers verbeterden in even grote mate als zeer gemotiveerde deelnemers. Alle deelnemers behalve één waren achteraf tevreden over het contact dat zij hadden met hun begeleider, al werd door de meesten geen groei van de verstandhouding in de tijd ervaren. Die ene ontevreden persoon ging overigens evenveel vooruit tijdens de behandeling als de tevreden deelnemers. Negentig procent van de deelnemers was het enigszins (40%) tot heel erg (50%) eens met de thema's die hun begeleiders uit hun essays haalden voor de diverse schrijfopdrachten. De commentaren die deelnemers in de evaluatielijst konden spuien, waren overwegend positief. Twee voorbeelden:

'Het gaat mij niet zozeer om het via internet schrijven maar het schrijven op zich was voor mij erg effectief. Daarnaast vond ik het ook prettig om op een bepaalde afstand contact te hebben met mijn begeleider.'

‘...ik vind dit een megagoede methode om mensen te helpen. Het is alweer een tijdje geleden dat ik Interapy-contact met mijn begeleider heb gehad, maar missen zal ik je toch.’

Beschouwing

Interapy blijkt opnieuw een krachtige methode voor het behandelen van de gevolgen van traumatiserende ervaringen. Deelnemers in de experimentele conditie verbeterden sterk op symptomen van traumatische stress (Herbeleving en Vermijding) en op algemene psychopathologie (met name Angst, Depressie en Somatisatie). Ook de stemming van de deelnemers in de experimentele conditie ging erop vooruit, in tegenstelling tot in de controleconditie. In de wachtlijstgroep vond een lichte daling op traumerelateerde en algemene symptomen plaats, die echter alleen voor Herbeleving significant was. De verbeteringen die tijdens de behandeling optraden, bleven stabiel of werden nog groter gedurende de follow-up periode. De resultaten zijn klinisch relevant: bij het merendeel (> 80%) van de deelnemers uit de behandelgroep nam posttraumatische stress af tot op het niveau van genezing. Deze positieve veranderingen werden weerspiegeld in de subjectieve beoordelingen van de deelnemers. De belangrijkste hypothese van ons onderzoek, dat Interapy een positief effect heeft op de groep behandelde deelnemers en niet op de deelnemers die wachtten, werd daarmee bevestigd.

Een kanttekening bij deze mooie resultaten moet worden gemaakt vanwege de tijd die de behandeling in beslag nam. Als gevolg van technische kinderziekten duurde de behandeling voor deelnemers uit de experimentele groep gemiddeld 80 dagen en voor de wachtlijstgroep gemiddeld 43 dagen. Voor variabelen die met de tijd verbeteren, zoals angst en depressie, is het verschil tussen die twee periodes van belang. In dit onderzoek werd geen significant interactie-effect gevonden tussen de twee groepen en tijd; men kan zich afvragen hoe dat er zou hebben uitgezien als de controle groep tachtig dagen had gewacht. Een andere kanttekening betreft de grootte van de beschreven groep ($N = 25$). Op basis van dit aantal deelnemers kunnen geen conclusies van graniet worden getrokken. De resultaten dienen dan ook met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

De deelnemers aan het hier gepresenteerde onderzoek waren ernstiger getraumatiseerd dan de deelnemers uit de eerste studie over Interapy. De veranderingen die in de eerste studie werden bereikt, bleven stabiel gedurende de follow-up periode (Van de Ven et al., 1999). De deelnemers aan het onderhavige onderzoek boekten grotere vooruitgang onder invloed van de behandeling en zij verbeterden tijdens de follow-up periode nog verder. Alleen angst bleef op het niveau van de nameting.

Op basis van sommige literatuur hadden we verwacht dat deelnemers met meer en ernstiger klachten minder baat zouden hebben bij de behandeling. Foa et al. (1983) vonden bijvoorbeeld dat depressieve patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis niet minder angstig werden onder invloed van exposure-therapie. Volgens Foa en Kozak (1986) zou depressie habituatie aan angstige stimuli belemmeren, wat het veranderen van angstige cognities verhindert. Onze resultaten wijzen een andere richting uit. Interapy bracht de grootste veranderingen teweeg bij deelnemers die voorafgaand aan de behandeling depressiever en ernstiger getraumatiseerd waren en

die meer last hadden van dagelijkse stress. Ook in het momenteel lopende, derde onderzoek naar de Interapy-behandeling vinden we aanwijzingen in dezelfde richting. Omdat het Interapy-protocol behalve exposure de elementen cognitieve herstructurering en social sharing bevat, zou het interessant zijn om in fundamenteel onderzoek uit te zoeken welke van deze elementen het meest bijdraagt aan de gevonden verbeteringen.

Schoutrop, Lange, Hanewald en Brosschot (in voorbereiding) onderzochten een face to face-schrijfpdrachtenbehandeling van patiënten met traumatische ervaringen. Zij vonden bij follow-up na zes weken geen verschillen tussen deelnemers die waren geïnstrueerd om de brief aan een belangrijke ander op te sturen, en deelnemers die deze instructie niet hadden gehad. Maar bij follow-up na twaalf maanden vonden zij verschillen in de verwachte richting: patiënten die de brief hadden verstuurd vertoonden significant minder herbelevingen en vermijdingsgedrag. Een uitbreiding van het Interapy-protocol met de instructie om de laatste brief te versturen, sorteert wellicht hetzelfde effect.

In de controleconditie vond een lichte verbetering plaats. Deelnemers die op een behandeling wachtten gingen vooral minder herbeleven. Het is een bekend fenomeen dat cliënten na het maken van de eerste afspraak al verbeteren (Murphy & Mitchell, 1998; Wiener-Davis, De Shazer, & Gingerich, 1987). Waarschijnlijk hebben het invullen van vragenlijsten over gevoelige onderwerpen en het vooruitzicht een behandeling te zullen ondergaan ook op deelnemers van Interapy al een therapeutisch effect gehad. Daarnaast moet het effect van de psycho-educatie op deelnemers uit de controlegroep niet worden onderschat. Braet (1999) vond dat dikke kinderen significant gewicht verloren na een eenmalige voorlichting over dieet en gewichtstoename. Zo kan het lezen over trauma's en de gevolgen daarvan – de facto het doorbreken van vermijdingsstrategieën – hebben geleid tot het afnemen van symptomen.

Factoren die specifiek voor Interapy zijn, zoals het werken met internet en computers, of de communicatie op afstand, hadden geen negatief effect op het behandelresultaat. Het merendeel van de deelnemers was tevreden over hun relatie met de begeleiders en over de instructies die ze ontvingen. Bijna de helft gaf aan dat de verstandhouding met hun begeleider niet was gegroeid. Dit had geen invloed op het effect van hun behandeling. Dit resultaat is in lijn met de conclusies van Walther en Burgoon (1992), die vonden dat een groep die via e-mail communiceerde over uit te voeren taken, minder relationele ontwikkeling rapporteerde dan een groep die face to face overleg had, terwijl in beide groepen een even goede werkrelatie tussen de deelnemers ontstond. Behandelaars die e-mailen met hun cliënten, of die gebruikmaken van het internet voor therapeutische *chatboxen*, rapporteren soortgelijke bevindingen (King, Engi, & Poulos, 1998; Murphy & Mitchell, 1998; Sampsom, Kolodinsky, & Greeno, 1997). Dat een groeiende verstandhouding minder van belang is en het achterwege blijven daarvan zelfs in het voordeel van cliënten kan werken, wordt onderstreept door Colon (1996). Zij vond dat de leden van een on-line-therapiegroep minder emotioneel werden afgeleid, elkaar beter leerden kennen en meer onthulden dan de leden van een face to face-therapiegroep. Op die manier kan het ontbreken van fysiek contact leiden tot een hogere mate van intimiteit, waardoor het voor deelnemers gemakkelijker wordt zaken te onthullen die pijnlijk zijn (Van Gelder, 1996). De resultaten van Interapy ondersteunen deze gedachte.

Het is duidelijk dat Interapy zich ook onderscheidt van gangbare behandelingen doordat alle communicatie tussen behandelaar en cliënt zich schriftelijk voltrekt (met het internet als medium). Wellicht kan dat een gedeelte verklaren van het succes van de Interapy-behandeling, in vergelijking met soortgelijke behandelingen in een face to face-setting. In gesproken taal wordt slordiger geformuleerd dan in geschreven taal. In het laatste geval heeft men meer tijd om precies te formuleren (vergelijk Czech & Wernitznig, 1994). Dat geldt zowel voor de behandelaars als de deelnemers aan Interapy. Deelnemers worden gedwongen om hun gedachten explicieter uiteen te zetten, hetgeen de zelfconfrontatie verlengt en verhevt. Behandelaars hebben meer tijd om na te denken over wat een deelnemer bedoelt, en over de formulering van zijn of haar eigen interventie. Die wordt daarmee trefzekerder en effectiever.

De essays die cliënten schrijven kunnen, geanonimiseerd en met toestemming, worden aangewend voor inhoudsanalyses. Zulk onderzoek kan het voorspellen van het succes van de Interapy-behandeling voor individuele deelnemers gemakkelijker maken. Van Zuuren, Schoutrop, Lange, Louis en Slegers (1999) voerden inhoudsanalyses uit van de essays van twintig deelnemers aan het Amsterdam Schrijf Project (zie voor een overzicht Lange, Schoutrop, Schrieken en Van de Ven, geaccepteerd). Zij vonden verschillende variabelen die van invloed zijn op het succes van de schrijfbehandeling, waaronder de motivatie waar patiënten in hun essays blijk van gaven, de lengte van hun teksten, het gebruik van emotiewoorden en gerichtheid op de toekomst. Inzicht in de factoren die bepalen of een schrijfbehandeling succesvol verloopt of niet, is nuttig voor Interapy-behandelaars, die hun cliënten zonodig eerder kunnen bijsturen. Maar het kan ook de training van toekomstige Interapy-behandelaars ten goede komen. Inmiddels worden inhoudsanalyses van essays van Interapy-clieënten dan ook uitgevoerd.

Interapy blijkt, ten slotte, een dusdanig effectieve methode, dat nu ook cliënten behandeld kunnen gaan worden die zich geheel buiten het gezichtsveld van de onderzoekers bevinden. Inmiddels zijn de eerste aanmelders vanuit heel Nederland onder behandeling. Wij hopen er binnenkort verslag van uit te brengen.

Abstract

On line therapy offers many advantages over face-to-facesettings. Interapy includes psycho-education, screening, effectmeasures and treatment via internet for cliénts who experience posttraumatic stress problems. The authors report the results of a study with a waitinglist control condition in the design. Subjects in the experimental condition improved significantly compared to those in the control condition, on trauma-related and general psychopathology. Eighty percent of the clients in the study showed clinically significant improvement after treatment. Interapy offers possibilities for research into pre-dicting factors and other fundamental research topics.

Referenties

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: APA.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Braet, C. (1999). Behandeling van kinderen met overgewicht. *Dth, Directieve therapie*, 19, 240-259.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. New York: Academic Press.
- Colon, Y. (1996). Chatter(er)ing through the fingertips: doing group therapy online. *Women and performance: a journal of feminist theory*, 9, 205-215.
- Czech, R., & Wernitznig, H. (1994). Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie. *Zeitschrift für analytische Kinderpsychologie, Psychotherapie und Psychagogik in Praxis und Forschung*, 43, 304-309.
- Foa, E.B., Grayson, J.B., Steketee, G.S., Doppelt, H.G., Turner, R.M., & Latimer, P.R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 287-297.
- Foa, E.B., Steketee, G., & Olasov-Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Francis, M.E., & Pennebaker, J.W. (1992). Putting stress into words: The impact of writing on physiological absenteeism, and self-reported emotional well-being measures. *American Journal of Health Promotion*, 6, 155-176.
- Geerts, S.A. (1999). Interapy: de werkzaamheid van geprotocolleerde schrijf-opdrachten via het medium internet bij gestagneerde rouwverwerking en posttraumatische stress. Universiteit van Amsterdam, doctoraal werkstuk.
- Gelder, M. van (1996). The strange case of the electronic lover. In R. Kling (Ed.), *Computerization and controversy*. Londen: Academic Press.
- Gelderen, M. van (2000). Schrijftherapie via het world wide web. Universiteit van Amsterdam, doctoraal werkstuk.
- Hartmann, A., & Herzog, Th. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-analysen: kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 24, 337-343.
- Hester, R.K., & Delaney, H.D. (1997). Behavioral self control program for windows: results of a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 686-693.
- 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.
- Jong, G.M. de, Timmerman, J.H.G., & Emmelkamp, P.M.G. (1996). The survey of recent life experiences: a psychometric evaluation. *Journal of behavioral medicine*, 19, 529-542.
- King, S.A., Engi, S., & Poulos, S.T. (1998). Using the internet to assist family therapy. *British journal of guidance and counselling*, 26, 43-52.
- Kleber, R.J., Brom, D., & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in gezinnen, zevende herziene druk*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Schoutrop, M., Schrieken, B., & Ven, J-P. van de (geaccepteerd). 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., Schrieken, B., Blankers, M., Ven, J-P. van de., & Slot, M. (2000). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst: een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. *Dth*, 20, 162-173.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J-P. van de, Bredeweg, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2000). 'Interapy': The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, jaargang 28, 175-192.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2000). Internet-mediated, protocol-driven treatment of psychological dysfunction. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 15-21.
- Marks, I., Shaw, S., & Parkin, R. (1998). Computer-aided treatments of mental health problems. *Clinical psychology: science and practice*, 5, 151-170.
- Miller, J.K., & Gergen, K.J. (1998). Life on the line: the therapeutic potentials of computer-mediated conversation. *Journal of marital and family therapy*, 24, 189-202.
- Murphy, L.J., & Mitchell, D.L. (1998). When writing helps to heal: e-mail as therapy. *British journal of guidance and counselling*, 26, 21-32.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311-318.

- Sampson, J.P., Kolodinsky, R.W., & Greeno, B.P. (1997). Counseling on the information highway: future possibilities and potential Problems. *Journal of counseling and development*, 75, 203-212.
- Schneider, S.J., Walter, R., & O'Donnell, R. (1990). Computerized communication as a medium for behavioral smoking-cessation treatment: controlled evaluation. *Computers in human behavior*, 6, 141-151.
- Schoutrop, M.J.A., & Lange, A. (1997). Gestructureerd schrijven over schokkende ervaringen; werkzame mechanismen. *Directieve Therapie*, 17, 77-96.
- Schoutrop, M., Lange, A., Hanewald, G., & Brosschot, J. (in voorbereiding). *Structured writing assignments and the role of social sharing, actualization and cognitive restructuring in processing traumatic events*.
- Servan-Schreiber, D. (1986). Artificial intelligence and psychiatry. *Journal of nervous and mental disease*, 174, 191-202.
- Ven, J-P. van de, Lange, A., Schrieken, B., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P.M.G. (1999). Interapy – de resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van post-traumatische stress via internet. *Dth, directieve therapie*, 19, 6-40.
- Wald, F.D.M., & Mellenbergh, G.J. (1990). De verkorte versie van de Nederlandse vertaling van de Profile of Mood States (POMS). *Nederlands tijdschrift voor de Psychologie*, 45, 86-90.
- Walther, J.B., & Burgoon, J.K. (1992). Relational communication in computer-mediated interaction. *Relational communication*, 19, 50-88.
- Wiener-Davis, M., De Shazer, S., & Gingerich, W. (1987). Building on pre-treatment change to construct the therapeutic solution. *Journal of marital and family therapy*, 13, 359-363.
- Zuuren, F.J. van, Schoutrop, M.J.A., Lange, A., Louis, C.M., & Slegers, J.E.M. (1999). Effective and ineffective ways of writing about traumatic experiences: A qualitative study. *Psychotherapy research*, 9, 363-380.