

Vrijwel alle instellingen in Nederland bieden e-Mental health aan: geestelijke gezondheidszorg deels of helemaal via internet. Wat valt er te zeggen over de effectiviteit en doelmatigheid van deze zorg? En wat staat ons op dit gebied de komende jaren te wachten? Matthijs Blankers, Tara Donker en Heleen Riper geven een overzicht van de actuele stand van zaken.

## WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE EN UITDAGINGEN VOOR DE PRAKTIJK

# E-MENTAL HEALTH IN NEDERLAND

### INLEIDING

Steeds vaker raadpleegt men in Nederland informatiebronnen over geestelijke gezondheidszorg (ggz) via het internet (Van Rijen, 2005; Putters et al., 2012). Ook speelt internet-technologie bij het behandelen van psychische problemen de laatste jaren een prominentere rol. Vaak zijn de verwachtingen en ambities hoog wanneer een instelling deze technologische hulpmiddelen gaat inzetten. Men verwacht dat *e-Mental health* een belangrijke bijdrage zal leveren aan het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Of dat *e-Mental health* de behandelend psycholoog efficiënter zal laten werken door bijvoorbeeld administratieve processen te automatiseren en optimaliseren (Putters et al., 2012).

Met *E-Mental health* bedoelen we het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de geestelijke gezondheid te ondersteunen en/of te verbeteren. Het gaat hier niet om bedrijfsprocessen, zoals elektronische uitwisseling van informatie en het elektronische patiëntendossier, maar om interventies die rechtstreeks gericht zijn op cliënten (Riper et al., 2007). Voorbeelden zijn psychoeducatie, vragenlijsten voor de inventarisatie van psychische klachten via internet, of contact met de psycholoog via Skype. Veel reeds bestaande therapievormen, behandelprotocollen of preventieprogramma's kunnen worden aangepast en

aangeboden als *e-Mental health*-interventie. En dit gebeurt in toenemende mate. Deze vorm van hulpverlening trekt onder meer mensen met psychische klachten aan die stigmatisering ervaren of willen vermijden (Carlbring et al., 2007) en daarom terughoudend zijn om een ggz-instelling te bezoeken. Deze vorm trekt ook mensen aan die er de voorkeur aan geven om zelf meer verantwoordelijkheid voor hun geestelijke gezondheid te nemen (Carlbring et al. 2001).

In de afgelopen jaren zijn wereldwijd diverse *e-Mental health*-interventies ontwikkeld, onderzocht en ingezet bij uiteenlopende psychische klachten. Over de voor- en nadelen en de resultaten van deze interventies gaat dit artikel. Om enige ordening aan te brengen in de diverse interventies worden vier kernmodaliteiten onderscheiden. Dit zijn gerangschikt naar toenemend intensiteitsniveau van de interventie:

- (1) signalering, met of zonder terugkoppeling van de resultaten;
- (2) ongebeide internetzelfhulp;
- (3) begeide internetzelfhulp;
- (4) psychotherapie via het internet.

Ter illustratie van deze vier intensiteitsniveaus komen voorbeelden van interventies voor volwassenen met depressieve klachten, verslavingsproblemen en angstklach-

# Behandeling via internet bestaat net als zelfhulp vaak uit meerdere oefeningen en sessies

ten aan bod; voor deze drie typen stoornissen is het aanbod het meest uitgebreid. Aan het einde van het artikel bespreken we uitdagingen waarmee de klinische praktijk te maken krijgt wanneer e-Mental health een steeds grotere rol gaat spelen in de geestelijke gezondheidszorg.

## VIER KERMODALITEITEN

### SIGNALERING

Signalering van stoornissen in de ggz is doorgaans gericht op het meten van symptomen met vragenlijsten. Dit kan zijn om bijvoorbeeld te weten te komen of iemand mogelijk aan een stemmingsstoornis leidt of hoe ernstig de klachten zijn. Maar signalering kan ook gebruikt worden om een schatting te maken van de prevalentie van een psychische stoornis (Donker, Van Straten & Cuijpers, 2010).

Signalering via internet heeft een aantal voordelen boven afname van papieren vragenlijsten. Het belangrijkste voordeel is dat deelnemers via internet direct advies kunnen krijgen, passend bij hun antwoorden. Wanneer iemand na het invullen van een signaleringslijst bijvoorbeeld te veel blijkt te drinken, dan kan hij of zij direct het advies krijgen om aan een zelfhulpinterventie deel te nemen.

Daarnaast is afname van signalering mogelijk op elk willekeurig tijdstip en op elke denkbare locatie, door dit via de mobiele telefoon of tablet te doen. Dit komt de ecologische validiteit ten goede: iemands stemming kan in de behandelkamer van de psycholoog immers totaal anders zijn

dan 's avonds laat thuis. Ook zijn de kosten per afgenomen lijst laag (Austin et al. 2006) en is de afname eenvoudiger omdat er geen drukwerk aan te pas komt (Buchanan, 2002).

Een nadeel is dat er een aantal onbeantwoorde methodologische vragen zijn rond deze digitalisering van signalering. Zijn online vragenlijsten bijvoorbeeld net zo betrouwbaar en valide als hun papieren tegenhangers? Hoe stel je vast wie de online vragenlijst heeft ingevuld? En hoe interpreteren deelnemers de terugkoppeling op hun antwoorden? Bekend is in ieder geval wel dat advies zo op maat moet worden geformuleerd dat het direct in het dagelijks leven kan worden toegepast (Donker et al., 2010).

### ONBEGELEIDE ZELFHULP

Onbegeleide zelfhulpinterventies die via het internet worden aangeboden, zijn intensiever dan de hiervoor besproken signalering met advies op maat en bestaan vaak uit meerdere sessies en opdrachten. Vaak zijn de zelfhulpinterventies voor verslaving-, angst- of depressieve klachten gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) en technieken uit de motiverende gespreksvoering (bijv. Riper et al., 2008; Spek et al., 2007b; De Graaf et al., 2009). Recentelijk is er onbegeleide internetzelfhulp voor depressie ontwikkeld op basis van Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT; Donker et al., in druk).

Een groot voordeel van onbegeleide online zelfhulp boven bijvoorbeeld zelfhulp cursussen in boekvorm is de mogelijkheid de aangeboden opdrachten aan te passen aan de deelnemer (dit heeft positieve effecten op de behandeluitkomst; zie Johansson et al., 2012). Ook de mogelijkheid om een forum of andere vormen van persoonlijk contact met andere deelnemers in te zetten, en het feit dat zelfhulp via internet altijd beschikbaar is en doorgaans gratis kan worden aangeboden, zijn belangrijke voordelen.

Een nadeel van de huidige onbegeleide zelfhulpinterventies is dat het op maat aanbieden aan individuele gebruikers vaak tekort schiet. Ook het ontbreken van contact met een psycholoog of andere behandelaar wordt vaak gezien als een (inherent) nadeel van onbegeleide internetzelfhulp (Blankers et al., 2007). Deze nadelen verklaren deels de vaak lage therapietrouw bij dit soort interventies; niet zelden haken deelnemers aan zelfhulpinterventies die een maand of langer duren na een paar sessies af. Aan de andere kant: hoeveel mensen lezen een zelfhulpboek helemaal uit?

### BEGELEIDE ZELFHULP

Begeleide zelfhulp bestaat uit minimale begeleiding door een

coach, gericht op uitleg over de interventie en om de deelnemer te motiveren (Cuijpers & Schuurmans, 2007). Via internet vindt de begeleiding vaak plaats via berichten of chatcontacten. Hiermee wordt geprobeerd om te voorkomen dat deelnemers snel afhaken. Voorbeelden van begeleide zelfhulp via het internet zijn *Alles Onder Controle*, gebaseerd op het vergroten van probleemoplossingsvaardigheden voor mensen met stress-, angst- en depressieklachten (Van Straten, Cuijpers & Smits, 2008; Warmerdam et al., 2008), of een internetinterventie voor gegeneraliseerde angststoornis, gebaseerd op psychodynamische therapie en ontwikkeld in Zweden (Andersson, Paxling, et al., 2012).

De klinische resultaten van begeleide zelfhulp zijn doorgaans beter dan die van onbegeleide zelfhulp. Ook neemt men langer deel wanneer zelfhulp wordt begeleid.

## BEHANDELING

Behandeling via internet bestaat net als zelfhulp vaak uit meerdere oefeningen en sessies, maar deze worden bij de eerstgenoemde aangevuld met persoonlijke en inhoudelijke behandeling door bijvoorbeeld een psycholoog. Bij deze vorm van behandelen worden in tegenstelling tot bij begeleide zelfhulp behandeltechnieken zoals CGT toegepast. Over het algemeen wordt in onderzoek gevonden dat behandeling via internet beter voldoet aan de wensen van deelnemers dan (onbegeleide) internetzelfhulp. Hierdoor is de therapietrouw hoger en wordt een beter klinisch resultaat behaald (bijv. Blankers, Koeter & Schippers, 2011).

Er wordt gebruik gemaakt van verschillende vormen van contact tussen cliënt en behandelaar bij behandeling of begeleiding via internet. Denk aan chat, (beveiligde) e-mail of Skype. Deze vormen van contact zijn altijd in twee hoofdcategorieën in te delen: synchroon contact en asynchroon contact.

Bij *asynchroon* contact zijn de cliënt en behandelaar niet noodzakelijk tegelijkertijd actief. Contact vindt plaats via berichten, zoals bij e-mail. Asynchroon contact heeft als voordeel dat cliënt en behandelaar op het moment dat het hun het beste uitkomt tijd aan de behandeling kunnen besteden. Nadeel is dat er in veel mindere mate sprake is van een natuurlijke dialoog. Ook het doorvragen op gegeven antwoorden kost bij asynchrone interactie vaak behoorlijk veel tijd.

Bij *synchrone* interactie hebben cliënt en behandelaar gelijktijdig contact. Denk hierbij aan chatten of Skype. Synchroon contact biedt nagenoeg dezelfde communicatiemogelijkheden als een regulier ambulante

behandelcontact, zeker indien er sprake is van een videoverbinding om ook non-verbale interactie te ondersteunen. Een mogelijk nadeel is dat deze vorm van communicatie qua tijdsinvestering van de behandelaar en planning van afspraken ook nagenoeg hetzelfde vergt als een ambulante contact. En als één van de twee een afspraak vergeet, dan zit de ander voor niets te wachten.

Er zijn tussen deze twee vormen uiteraard combinaties mogelijk. Zo kan een deel van de online contacten via een videoverbinding plaatsvinden en een ander deel via berichten. Een combinatie die momenteel in opkomst is, is die van (a)synchrone behandelcontacten via internet en reguliere behandelcontacten in de spreekkamer. Dit wordt vaak 'blended' behandelen genoemd. Blended behandelen is nog volop in ontwikkeling en het onderzoek hiernaar staat nog in de kinderschoenen; over de tevredenheid van cliënten en behandelaars alsmede over de effectiviteit is nog niet veel te zeggen.

## NADELEN EN RISICO'S

Naast de besproken voordelen kent e-Mental-health ook nadelen en risico's (Donker et al., 2011). De anonimiteit wordt door veel gebruikers van internetinterventies als voordeel gezien, maar kent ook nadelen. Zo is onduidelijk wie er voor de kosten verantwoordelijk is (zorgverzekeraar, overheid), en wie er voor de anonieme cursist verantwoordelijk is, (cursist zelf, online zelfhulpaanbieder, huisarts). Daarnaast is er door het gemis van non-verbale communicatie een grotere kans op miscommunicatie.

Wanneer goed toezicht ontbreekt, kan de kwaliteit van zorg in het geding komen door online interventies waarvan de effectiviteit niet is vastgesteld, of die niet op de behandelrichtlijnen zijn gebaseerd. Uit recent onderzoek (Bock et al., 2004; 2008) blijkt dat dit een reëel risico is. De meerderheid van internetinterventies voor het verminderen of stoppen met roken miste één of meer onderdelen die volgens de behandelrichtlijnen in Amerika essentieel zijn. Wanneer een interventie niet het gewenste resultaat oplevert, kan dit leiden tot negatieve ervaringen en een verminderde motivatie om aanvullende zorg te zoeken (Robinson & Roter, 1999). Tot slot kunnen ook technische beperkingen, zoals hiaten in de beveiliging van de website en onbetrouwbare technologie, tot nadelen of risico's behoren.

Na deze bespreking van voor- en nadelen van e-Mental health willen we dieper ingaan op de toepassing ervan bij de behandeling van depressieve stoornissen, verslavingen en angststoornissen. In de volgende paragrafen wordt de

wetenschappelijke kennis over (kosten-)effectiviteit besproken en geven we aan waar de belangrijkste kennislacunes liggen. Ook gaan we in op de laatste ontwikkelingen en technieken die in de online interventies worden ingezet.

## DEPRESSIEVE STOORNISSEN

### EPIDEMIOLOGIE

In totaal voldeden in 2008 546.500 Nederlanders in de leeftijd van 18 tot 64 jaar aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis in 2008 (De Graaf et al., 2010). De meerderheid van hen (59%) maakte gebruik van zorg voor hun stoornis in dat jaar. Ongeveer de helft (51%) maakte gebruik van de algemene gezondheidszorg en een klein deel (7%) zocht informatie of hulp via het internet (De Graaf et al., 2010).

### (KOSTEN)EFFECTIVITEIT

Er is overtuigend bewijs dat internetzelfhulp bij depressie effectief is in het verminderen van stemmingsklachten (Andrews et al., 2010; Johansson et al., 2012; Spek et al., 2007a). Begeleide internetzelfhulp voor depressie is zelfs net zo effectief als reguliere therapie (Cuijpers et al., 2010). Vaak wordt er een grotere afname van klachten gevonden bij begeleide zelfhulp dan bij onbegeleide zelfhulp (Spek et al., 2007a).

Resultaten zijn echter niet eenduidig (Furmark et al., 2009; Farrer et al., 2011). De Nederlandse preventieve internetinterventie *Kleur je Leven* (acht modules, gebaseerd op CGT) is zowel onbegeleid (Spek et al., 2007b) als begeleid

(Warmerdam et al., 2008) succesvoller in het verminderen van depressieve klachten dan een wachtlijstgroep. Warmerdam et al. (2008) hebben de effectiviteit van *Kleur je Leven* aan de hand van een *randomized controlled trial* onderzocht in de algemene Nederlandse populatie. Proefpersonen uit de *Kleur je Leven*-conditie (n=88) ontvingen begeleiding van masterstudenten Klinische Psychologie. Uit het onderzoek bleek dat mensen die *Kleur je Leven* hadden gevolgd, significant grotere reducties hadden in depressieve symptomen, in vergelijking met een controlegroep (n=87) op een wachtlijst en gemeten met de CES-D-depressielijst (middelmatige effectgrootte: Cohen's  $d=.69$ , oftewel .69 standaarddeviatie verschil in de CES-D-score tussen *Kleur je leven* en wachtlijst ( $p<.001$ ; zie eventueel Cohen, 1992). Wanneer *Kleur je Leven* onbegeleid wordt aangeboden, is dit echter niet effectiever dan standaardzorg, zoals bleek uit onderzoek van De Graaf en collega's (2009).

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de begeleide vorm van *Kleur je Leven* kosteneffectief is (Warmerdam et al., 2010), maar dit geldt niet voor de onbegeleide vorm (Gerhards et al., 2010). De online (CGT) internetbehandeling van Interapy is ook effectief in het verminderen van depressieve symptomen en kent lage uitvalspercentages (Ruwaard et al., 2009).

### RECENTE ONTWIKKELINGEN

Een belangrijke recente ontwikkeling is het aanbieden van behandeling ondersteund met mobiele technologie. Psychologische behandelingen via de mobiele telefoon of tablet maken het mogelijk dat mensen op elke locatie aan hun herstel werken. Zo wordt momenteel de effectiviteit en haalbaarheid van een internetinterventie via de mobiele

## CASUS ONLINE HULP BIJ DEPRESSIE

Marije is een 33-jarige gescheiden moeder van twee kinderen (acht en tien jaar). Ze heeft een voltijd baan als secretaresse en lijdt aan depressieve klachten. Ze wil graag behandeling, maar Marije ziet geen kans (in financieel en logistiek opzicht) om naast haar werk en zorg voor de kinderen de benodigde hulp te zoeken.

Van een vriendin hoorde ze over een psycholoog die online hulp biedt. Marije heeft meteen contact opgenomen met deze psycholoog, en heeft inmiddels een intakegesprek gehad. Daarbij is de diagnose 'milde depressie' gesteld. In onderling overleg is besloten dat Marije een op cgt gebaseerde behandeling via het internet aangeboden krijgt waarin zij om leert gaan met haar depressie. Dit kan ze zelfstandig en in haar eigen tijd doen, omdat de cursus dag en nacht toegankelijk is. Ze krijgt daarbij persoonlijke feedback op haar digitale huiswerkopdrachten en begeleiding. Eens in de twee maanden heeft zij een afspraak met haar psycholoog. Natuurlijk kan deze frequentie indien gewenst worden aangepast.

# E-Mental health is het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de geestelijke gezondheid te ondersteunen

telefoon onderzocht in het voorkomen van terugval bij depressie (Bockting et al., 2011).

Tevens wordt er een innovatief onderzoek uitgevoerd naar het verminderen van depressie via mobiele technologie en draadloze sensoren (ICT4-Depression, Warmerdam et al., 2012). Dit onderzoek maakt gebruik van kortstondige metingen in het dagelijks leven (*Ecological Momentary Assessment*, EMA). Deze nieuwe manier van meten heeft de potentie de betrouwbaarheid van vragenlijsten te vergroten omdat de deelnemer geen last meer heeft van bijvoorbeeld vergeetachtigheid wanneer hij of zij pas aan het einde van de dag de vragenlijst invult. Ook kan deze technologie geautomatiseerd persoonlijk advies geven op elk moment van de dag, wat een sterke verbetering betekent ten opzichte van zelfhulpinterventies via de computer thuis.

Bovendien wordt er onderzoek uitgevoerd naar de ontwikkeling, klinische effectiviteit en kosteneffectiviteit van *blended* vormen voor behandeling van depressie. Hiertoe worden verschillende varianten ontwikkeld, waarbinnen de hoeveelheid online en reguliere contacten worden gevarieerd.

## LACUNES IN AANBOD EN KENNIS

Er is nog weinig bekend over het toepassen via internet van andere behandeltechnieken naast CGT, zoals psychodynamische therapie of IPT. Veelbelovende resultaten uit Zweden en Australië (Andersson et al., 2012; Donker et al., in druk) maken Nederlandse bewerking van de therapieën interessant.

Er zijn een aantal internetinterventies ontwikkeld en geëvalueerd voor mensen met een medische aandoening zoals diabetes en daarnaast een depressie, die een afname van depressieve klachten laten zien (Van Bastelaer et al., 2011). Maar er is weinig bekend over internetinterventies bij comorbiditeit van bijvoorbeeld depressie en angststoornissen. Daarnaast is nog weinig bekend over welke persoon het meest baat heeft bij welke interventie en welke onderdelen uit de therapie verantwoordelijk zijn voor de gevonden afname van klachten.

## VERSLAVINGEN

### EPIDEMIOLOGIE

In totaal voldeden 597.700 Nederlanders in de leeftijd van 18 tot 64 jaar aan de diagnostische criteria voor een verslavingsstoornis in 2008 (De Graaf et al., 2010). In 2011

zijn er bijna zeventigduizend mensen behandeld in de verslavingszorg. Driekwart hiervan zijn mannen en de gemiddelde leeftijd bedraagt 41 jaar (Wisselink et al., 2012).

Alcoholmisbruik of -afhankelijkheid is de meest voorkomende problematiek: bijna de helft van de hulpvraag in de verslavingszorg betreft problemen met dat middel. Opiaten vormen de op één na grootste groep, cannabis neemt de derde plaats in. De meeste behandelcontacten vinden plaats in de ambulante setting (75%), gevolgd door de klinische setting (15%) en ver daarachter contacten via internet (1%). En al is in werkelijkheid dit percentage contacten hoger omdat anonieme internetcontacten niet zijn meegeteld (Wisselink et al., 2012), dan nog is het aandeel internetcontacten in de verslavingszorg in 2011 marginaal te noemen. Te verwachten is dat dit aandeel gaat de komende jaren gaat stijgen.

### (KOSTEN)EFFECTIVITEIT

Op basis van klinische resultaten van gerandomiseerd onderzoek (bijv. Blankers, Koeter & Schippers, 2011; Cunningham, 2012; Cunningham et al., 2009; Postel et al., 2010; Riper et al., 2008) en meta-analyses (Riper et al., 2011; Rooke et al., 2010) mag e-Mental health worden gezien als effectieve zorg bij schadelijk alcoholgebruik. Voor onbegeleide zelfhulp via internet is relatief veel evidentie voor de klinische effectiviteit: meerdere gerandomiseerde

onderzoeken en meta-analyses van hoge methodologische kwaliteit. Deze onderzoeken laten consistent een positief effect van zelfhulp in vergelijking met wachtlijstcondities of informatiefolders zien, met doorgaans een bescheiden effectgrootte. Er is een enkele studie die geen positief effect van internetzelfhulp vindt (Wallace et al., 2011). Naar internettherapie bij schadelijk alcoholgebruik is minder onderzoek gedaan, maar recent onderzoek uit binnen- (Blankers et al., 2011; Postel et al., 2010) en buitenland (bijv. Cunningham et al., 2012) laat dus positieve resultaten zien. Gemiddelde tot grote effecten op alcoholgebruik en kwaliteit van leven in de gewenste richting vergeleken met wachtlijstgroepen, en kleine effecten bovenop de resultaten die met ongebeide zelfhulp worden geboekt.

Daarnaast zijn er ook op basis van één studie (Blankers et al., 2012) aanwijzingen dat de klinische meerwaarde van de behandelaar bij online alcoholbehandeling in vergelijking met online zelfhulp naar gangbare maatstaven (€20.000 per kwaliteitsgecorrigeerd gewonnen levensjaar) een gunstige kosteneffectiviteit heeft. In ander onderzoek is vanuit nationaal perspectief de kosteneffectiviteit van de invoering van e-Mental health interventies bij schadelijk alcoholgebruik in de Nederlandse gezondheidszorg geëvalueerd (Smit et al., 2011). Er werd geconcludeerd dat de invoering van effectief bevonden e-Mental health-interventies de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg in Nederland voor schadelijk alcoholgebruik zou verhogen. Invoering kan zelfs kostenbesparingen opleveren wanneer reguliere ambulante behandelcontacten deels worden vervangen door e-Mental health-interventies.

Ook voor verslaving aan tabak zijn diverse internetinterventies ontwikkeld en onderzocht. Twee meta-analyses (Rooke et al., 2010; Shahab & McEwen, 2009) laten positieve resultaten zien van zelfhulpinterventies voor tabaksrokers in vergelijking met geen interventie, zelfhulpboekjes, of e-mailinterventies. De effectgroottes van de zelfhulpinterventies zijn zeer bescheiden. Shahab & McEwen (2009) concluderen dat alleen de zelfhulpinterventies gericht op rokers die gemotiveerd zijn om helemaal te stoppen de gewenste effecten lieten zien. Voor middelen anders dan alcohol en tabak is de hoeveelheid methodologisch goed uitgevoerd onderzoek te beperkt.

In Nederland ontbreken gecontroleerde studies naar ons weten in het geheel. In Duitsland vonden Tossman en collega's (2011) dat hun interventie gericht op het verminderen van cannabisgebruik leidde tot een significante afname van gebruik, drie maanden na randomisatie. In een

## Op het gebied van online behandeling voor angststoornissen is Interapy koploper in Nederland

recent beschreven gerandomiseerd onderzoek van Schaub en collega's (2012) naar zelfhulp bij cocaïnegebruik in Zwitserland werd geen verschil tussen interventie en controlegroep gevonden, zes weken na randomisatie. Deze twee laatste studies hadden te maken met een relatief fors aantal deelnemers dat deelname aan het onderzoek staakte, waardoor er kanttekeningen te plaatsen zijn bij de gerapporteerde resultaten.

### RECENTE ONTWIKKELINGEN

Sinds ongeveer twee jaar experimenteert ook een toenemend aantal verslavingszorginstellingen met het aanbieden van *blended* behandelvormen. Doorgaans zijn deze behandelingen inhoudelijk gebaseerd op gangbare behandelprotocollen uit de curatieve verslavingszorg (bijv. Achilles Leefstijltraining 2; De Wildt, 2000). De verwachting rond *blended* behandelen bij verslavingsproblemen is dat de combinatie van contact in de spreekkamer en internetcontact met zowel de behandelaar als andere cliënten, kan leiden tot vergelijkbare klinische resultaten als alleen spreekkamercontact, met minder inzet van de behandelaar. Op dit moment wordt voor zover bekend geen grootschalig gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd om kosten en effecten van deze *blended* verslavingsbehandelingen af te zetten tegen de reguliere zorg om deze verwachting te toetsen.

Een tweede recente ontwikkeling zijn mobiele vormen van e-Mental health bij problematisch middelengebruik. Mobiele telefoons of tablets kunnen worden gebruikt voor

informatievoorziening en voor advies op maat. Voor interventies zoals de hier besproken zelfhulp of behandeling is het daarnaast denkbaar dat mobiele technologie cliënten beter in staat stelt hun gedrag en gebruik te registreren – dit is vaak een onderdeel van de behandeling. Het gaat hierbij vaak om een andere verschijningsvorm van de bestaande interventies, niet om fundamenteel andere behandelingen.

Een uitzondering hierop vormt een derde recente ontwikkeling, bijvoorbeeld zichtbaar in het werk van Wiers en collega's (2011). Zij hertrainen geïnspireerd door duale procesmodellen van verslaving succesvol automatische gedragstendensen, impliciete cognities en cognitieve vertekeningen van probleemdrinkers. Hun behandelmodellen zijn gebaseerd op recente ontwikkelingen in neurowetenschappelijk onderzoek. Verslavend gedrag en cognitieve bias voor middelgerelateerde prikkels worden veroorzaakt door een onbalans tussen sterke impulsieve, associatieve reacties op een middel, die onvoldoende onder controle worden gehouden door te zwakke reflecterende processen. Door deze zwakkere processen te trainen, worden ze sterker gemaakt. Daardoor zijn cliënten beter in staat controle te houden over hun verslavingsgedrag. Momenteel wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van cognitieve hertrainingstaken in e-Mental health-interventies.

#### LACUNES IN AANBOD EN KENNIS

Een deel van de behandelde cliënten heeft onvoldoende, of zelfs helemaal geen baat bij de geteste internetinterventies voor verslavingsproblemen. Deze bevindingen maken duidelijk dat internetinterventies op basis van CGT en motiverende gespreksvoering in feite een effectieve behandeling zijn voor een deel van de doelgroep. Drie routes om tot een verbetering van de huidige generatie interventies te komen zijn:

- 1) Meer onderzoek doen naar de vraag welke onderdelen van de huidige interventies en welke vormen van begeleiding het grootste effect sorteren, en deze op basis van die kennis beter op maat aanbieden;
- 2) Alternatieve interventies ontwikkelen op basis van alternatieve theoretische modellen – dit in aanvulling op de cognitieve hertrainingstaken (Wiers et al., 2011);
- 3) Sociale netwerkomgevingen en mobiele technologie raken in toenemende mate in zwang om een gezonde levensstijl te bevorderen; deze zouden meer gebruikt kunnen worden naast het bestaande e-Mental health-aanbod bij verslavingsproblemen.

## ANGSTSTOORNISSEN

### EPIDEMIOLOGIE

In totaal hadden in 2008 1.057.800 Nederlanders in de leeftijd van 18 tot 64 jaar een angststoornis (De Graaf et al., 2010). Verreweg de meeste mensen leden aan een specifieke fobie (527.300) of een sociale fobie (395.500). Een derde van de mensen met een angststoornis (35%) maakte gebruik van zorgvoorzieningen in die periode; verreweg het meeste werd gebruik gemaakt van de algemene gezondheidszorg (29%). Een klein deel van de mensen met een angststoornis zocht informatie of hulp via internet (6%); het hoogste percentage (10%) daarvan werd gevonden bij mensen met generaliseerde angststoornissen (De Graaf et al., 2010).

### (KOSTEN)EFFECTIVITEIT

Buitenlands onderzoek naar e-Mental health-interventies voor het verminderen van angstklachten laten positieve resultaten zien (Andersson, Enander et al., 2012a; Carlbring et al., 2012). Onderzoek op het gebied van (begeleide) internetzelfhulp bij angstklachten of -stoornissen in Nederland is in beperkte mate gedaan; de resultaten zijn minder positief dan bij depressie en verslaving het geval is.

*Geen Paniek Online*, gebaseerd op CGT, en *Trauma Tips*, gebaseerd op ontspanningsoefeningen en psycho-educatie bleken niet effectiever te zijn dan alleen een informatieve website in het reduceren of het voorkomen van respectievelijk panieklachten en PTSS-klachten (Mouthaan et al., 2009). In het *Geen Paniek online*-onderzoek bleken mensen die de behandeling hadden afgemaakt wel significant minder klachten te hebben. Een internetinterventie voor sociale fobie (*Verlegenheid onder Controle*) werd afgelast vanwege te weinig deelnemers. Een preventieve internetinterventie – genaamd *Alles Onder Controle* die bestond uit vijf oefeningen gebaseerd op probleemoplossingsgerichte therapie – bleek effectief te zijn in het verminderen van diverse klachten, waaronder angstklachten (Van Straten et al., 2008).

Op het gebied van online behandeling voor angststoornissen is Interapy koploper in Nederland (Ruwaard et al., 2011). Interapy heeft internetinterventies ontwikkeld en onderzocht voor mensen met paniekstoornis en posttraumatische stressstoornis (PTSS), waarbij klachten van deelnemers sterk afnamen (Lange et al., 2003; Ruwaard et al., 2010). De behandelingen van Interapy worden begeleid door een psycholoog (via e-mail) en zijn gebaseerd op CGT. Kosteneffectiviteitsanalyses zijn nog niet uitgevoerd.



**RECENTE ONTWIKKELINGEN**

*Fobieën Onder Controle* (Kok et al., 2012) is een begeleide zelfhulpinterventie die op *exposure*-therapie is gebaseerd. Deze interventie bestaat uit vijf modules en wordt momenteel als onderdeel van een onderzoek aangeboden aan tweedelijns ggz-cliënten die op de wachtlijst staan voor hun reguliere behandeling. Een andere recente ontwikkeling is een internetinterventie gebaseerd op CGT (Topper et al., 2010). Deze wordt momenteel onderzocht op effectiviteit in het verminderen van angst- en piekerklachten.

**LACUNES IN AANBOD EN KENNIS**

Wetenschappelijk onderzoek op het gebied van (preventieve) internetinterventies bij angststoornissen staat nog in de kinderschoenen. Van de bewezen effectieve internetinterventies bij angstklachten zijn alleen die van Interapy beschikbaar als regulier zorgaanbod. Ook is er voor veel angststoornissen (bijv. obsessieve-compulsieve stoornissen of gegeneraliseerde angststoornissen) nauwelijks of geen wetenschappelijk onderbouwd aanbod beschikbaar. Evenmin is voldoende onderzocht of en onder welke voorwaarden online hulpverlening bij angstklachten kosteneffectief kan zijn in vergelijking met een behandeling in de spreekkamer.

**UITDAGINGEN VOOR DE TOEKOMST****VAN WETENSCHAP NAAR PRAKTIJK**

In juni 2012 kwamen de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Nederlandse Patiënten en Consumentenfederatie, en Zorgverzekeraars Nederland met een gezamenlijke Nationale Implementatie Agenda e-Health, waarin zij hun ambities tot 2015 formuleerden. Voor de ggz wordt gesteld dat moderne technologieën onderdeel zijn van de hedendaagse zorg, en dat het vervangen van oude reguliere zorg door een vernieuwd en meer doelmatig aanbod de doelstelling is. De cliëntenorganisaties worden gevraagd e-Mental health en de acceptatie daarvan te bevorderen. Medische professionals worden aangespoord e-Mental health-toepassingen in hun richtlijnen op te nemen. Zorgverzekeraars zullen aan de ambities invulling geven door het inkopen van e-Mental health bij instellingen. Wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit, doelmatigheid en vervanging van oude door nieuwe interventies zal worden gestimuleerd.

In een reactie op de Implementatieagenda heeft de

# Het Trimbos- instituut heeft een keurmerk ontwikkeld voor internetinterventies

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport laten weten dat zij het vergroten van het aandeel van e-Health in de gezondheidszorg van groot belang acht. De komende tijd zal moeten blijken in welke mate het mogelijk is om in tijden van bezuinigingen daadwerkelijk zulke veranderingen door te voeren. Maar een bundeling van krachten door de eerdergenoemde partijen creëert minimaal een gunstig klimaat om de recente positieve ervaringen uit de wetenschap over te brengen naar de zorgpraktijk. Tegelijkertijd ontstaat er een steeds grotere tweedeling tussen het beperkte aanbod van wetenschappelijk bewezen effectieve internetinterventies tegenover interventies van commerciële aanbieders die vaker niet dan wel wetenschappelijk onderzocht zijn.

Om de cliënt tegen de risico's hiervan te beschermen zijn recent enkele initiatieven ontplooid in Nederland. Zo werken op dit moment twee van de auteurs van dit artikel aan een kennissynthese over e-Preventie in opdracht van ZonMw, waarin een overzicht wordt gegeven van bewezen effectieve internetinterventies. Deze kennis kan verwijzers en cliënten helpen bij het maken van hun keuze. Een ander voorbeeld is dat het Trimbos-instituut een keurmerk heeft ontwikkeld voor internetinterventies ([Onlinehulpstempel.nl](http://Onlinehulpstempel.nl)). Ontwikkelaars kunnen hun interventie aanmelden en krijgen dan een beoordeling. Een positieve beoordeling geeft een geïnteresseerde cliënt of verwijzer de zekerheid dat de inhoud van de interventie, maar ook de veiligheid van de gegevensopslag, een kritische beschouwing goed heeft doorstaan.

### SAMENWERKING, KWALITEIT EN INTERNATIONALISERING

De meeste ggz-instellingen ontwikkelen internetinterventies momenteel afzonderlijk van elkaar. Deze interventies zijn – hoewel men dit graag zal ontkennen – meestal gebaseerd op identieke therapieprotocollen en bevatten veelal dezelfde oefeningen, opbouw en functionaliteiten. Er valt winst te behalen wanneer er meer wordt samengewerkt tijdens de ontwikkeling van interventies, en bij het doen van gezamenlijk onderzoek naar deze interventies.

Op dit vlak zijn gelukkig positieve ontwikkelingen te melden. Naast enkele samenwerkingsverbanden tussen instellingen wordt er op het gebied van wetenschappelijk onderzoek samengewerkt binnen de *International Society for Research on Internet Interventions* (ISRII), en de Europese (ESRII) en Nederlandse (NSRII) afdelingen daarvan. Deze (non-profit) organisaties hebben onderzoekers, maar ook klinici, (software)ontwikkelaars, economen en beleidsdeskundigen als leden. De belangrijkste doelstelling van de ISRII en ook van de ESRII/NSRII is om het wetenschappelijk onderzoek naar e-Mental health te bevorderen. Deze organisaties spelen een belangrijke rol in het (door)ontwikkelen van bewezen effectieve e-Mental health-interventies, beter afgestemd op de behoeften van cliënten, tegen zo laag mogelijke kosten per behandeling.

### BESLUIT

In dit artikel is een overzicht geschetst van ontwikkelingen op het gebied van e-Mental health in Nederland. Hiertoe is onderscheid gemaakt tussen zelftests en signalering, onbegeleide zelfhulpinterventies via internet, begeleide zelfhulp en behandeling met interactie via internet. Van de drie meest voorkomende psychische stoornissen is besproken welke doelgroepen bereikt worden, wat er bekend is over (kosten)effectiviteit, wat de meest recente ontwikkelingen zijn, en welke lacunes in kennis en aanbod het meest in het oog springen.

Samenvattend kan worden gesteld dat e-Mental health de laatste jaren een hoge vlucht heeft genomen en zich steeds meer nestelt in de reguliere zorg. Dit brengt een aantal uitdagingen en vraagstukken met zich mee. Wil de overheid een strikte kwaliteitscontrole op de beschikbare interventies hanteren of nieuwe ontwikkelingen ruim baan geven? Willen instellingen vooral samenwerking nastreven bij het ontwikkelen en implementeren van interventies, of e-Mental health gebruiken als instrument om zich van

collega-instellingen te onderscheiden? Kan op basis van wetenschappelijk onderzoek straks onderbouwd worden welke interventies inhoudelijk het meest geschikt zijn voor bepaalde cliëntenpopulaties, en welke aanbiedingsvormen het beste daarbij passen? En zien zorgverzekeraars met internetinterventies vooral kansen om kosten te reduceren, of om het zorgaanbod voor hun klanten te verbeteren? En hoe staan cliënt en behandelaar tegenover deze ontwikkelingen?

Dat zijn enkele van de belangrijke vragen en uitdagingen waar we de komende jaren voor staan.

### OVER DE AUTEURS

*Dr. Matthijs Blankers is als onderzoeker verbonden aan Arkin en aan het Trimbosinstituut. E-mail: Matthijs.Blankers@arkin.nl. Dr. Tara Donker is als research fellow verbonden aan het Black Dog Institute, University of New South Wales, Sydney, Australië. E-mail: T.Donker@unsw.edu.au. Prof. dr. Heleen Riper is als hoogleeraar e-Mental Health / Klinische Psychologie verbonden aan de Vrije Universiteit Amsterdam en aan GGZinGeest, Amsterdam en aan de Leuphana Universiteit, Duitsland. E-mail: H.Riper@vu.nl. Correspondentie aangaande dit artikel kan worden gericht aan Matthijs Blankers.*

## Summary

E-Mental health in the Netherlands

M. Blankers, T. Donker & H. Riper

In recent years, a variety of e-Mental health interventions have been developed and implemented in the Netherlands and beyond, for various forms of psychopathology. E-Mental health refers to any use of e-health technology in the mental health care primary treatment process. Four key e-Mental health intervention modalities are distinguished: (1) screening, either with or without automated personal feedback; (2) unguided Internet self-help; (3) guided Internet self-help; and (4) Internet-based therapy with interaction via the Internet. This article presents the current practice of these modalities in addressing Depressive Disorders, Addictive Disorders and Anxiety Disorders in adults. Characteristics of those using e-Mental health to address their mental health problems, (cost-) effectiveness of the available interventions, and challenges for the future are covered. It is discussed how e-Mental health has been introduced in the treatment practice over the last decade, and now settles into regular care. This transition may come with a number of challenges for e-Mental health and its advocates, to be taken over the next few years.

# Literatuur

- Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson et al. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 2193-2203.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, G., Norgren, A. et al. (2012). Internet-Based Psychodynamic versus Cognitive Behavioral Guided Self-Help for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 344-355.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One*, 5, e13196.
- Austin, D. W., Carlbring, P., Richards, J. C. & Andersson, G. (2006). Internet administration of three commonly used questionnaires in panic research: equivalence to paper administration in Australian and Swedish samples of people with panic disorder. *International Journal of Testing*, 6, 25-39.
- van Bastelaar, K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H. & Snoek, F. J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 34, 320-325.
- Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M. & Schippers, G. M. (2007). Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 1032-1043.
- Blankers, M., Koeter, M. W. J. & Schippers, G. M. (2011). Internet Therapy versus Internet Self-Help versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330-341.
- Blankers, M., Nabitz, U., Smit, F., Koeter, M. W. J. & Schippers, G. M. (2012). Economic evaluation of internet-based interventions for harmful alcohol use alongside a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e134.
- Bock, B. C., Graham, A., Sciamanna, C., Krishnamoorthy, J., Whiteley, J. et al. (2004). Smoking cessation treatment on the Internet: content, quality, and usability. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 207-219.
- Bock, B. C., Graham A. L., Whiteley J. A., & Stoddard J. L. (2008). A review of web-assisted tobacco interventions (WATI's). *Journal of Medical Internet Research*, 10, e39.
- Bocking, C. L., Kok, G. D., van der Kamp, L., Smit, F., van Valen, E. et al. (2011). Disrupting the rhythm of depression using Mobile Cognitive Therapy for recurrent depression: randomized controlled trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, 11, e12.
- Buchanan, T. (2002). Online assessment: desirable or dangerous? *Professional Psychology*, 33, 148-154.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. et al. (2007). Treatment of social phobia: randomized trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123-128.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the internet: randomised trial of a self help program. *Behaviour Therapy* 32, 751-764.
- Carlbring, P., Apelstrand, M., Sehlin, H., Amir, N., Rousseau, A. et al. (2012). Internet-delivered attention bias modification training in individuals with social anxiety disorder - a double blind randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, e66.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Yuan, L. & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face therapy? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine* 21, 1-15.
- Cuijpers, P. & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: An overview. *Current Psychiatry Reports* 9, 284-290.
- Cunningham, J. A. (2012). Comparison of two internet-based interventions for problem drinkers: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e107.
- Cunningham, J. A., Wild, T. C., Cordingley, J., van Mierlo, T. & Humphreys, K. (2009). A randomized controlled trial of an Internet-based intervention for alcohol abusers. *Addiction*, 104, 2023-2032.
- Donker, T., van Straten, A. & Cuijpers, P. (2010). Internet-based mental health screening and assessment. In: J. B. Bennett-Levy, et al. (Eds.), *Oxford Guide to low CBT interventions* (pp 241-245). Oxford, NY: Oxford University Press.
- Donker, T., Bennet, K., Bennet, A., Mackinnon, A., Cuijpers, P., van Straten, A., Christensen, H., Griffiths, K. (in druk): Internet-assisted therapy for depressive adults: a non-inferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*. doi:10.2196/jmir.2307.
- Donker, T., Warmerdam, E. H., van Straten, A. & Cuijpers, P. (2011). Online screening en zelfhulp behandeling voor depressie en angst: resultaten uit twee promotietrajecten. *GZ-psychologie*, 3, 30-34.
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M. & Mackinnon, A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. *PLoS One*, 6, e28099.
- Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P. et al. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 195, 440-447.
- Gerhards, S. A., de Graaf, L. E., Jacobs, L. E., Severens, J. L., Huibers, M. J. et al. (2010). Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 310-8.
- de Graaf, L. E., Gerhards, S. A., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F. et al. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 195, 73-80.
- de Graaf, R., Ten Have, M. & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesi-2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland.
- Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johnsson, E., Carlbring, P. et al. (2012). Tailored vs. standardized internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 7, e36905.

# Er is overtuigend bewijs dat internetzelfhulp bij depressie effectief is in het verminderen van stemmingsklachten

- Kok, R. N., van Straten, A., Beekman, A., Bosmans, J., de Neef, M. et al. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of web-based treatment for phobic outpatients on a waiting list for psychotherapy: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, e131.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J. P., Schrieken, B. et al. (2003). Interyapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901-909.
- Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Olff, M. & Gersons, B. (2009). *Trauma Tips. A brief web-based early intervention to prevent PTSD in injured trauma patients: Preliminary results*. Presentation at E-Mental Health Summit, Amsterdam, The Netherlands.
- Postel, M. G., de Haan, H. A., ter Huurne, E. D., Becker, E. S. & de Jong, C. A. J. (2010). Effectiveness of a Web-based Intervention for Problem Drinkers and Reasons for Dropout: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e68.
- Putters, K., Janssen, M., van der Wel, T. & Kelder, M. (2012). *E-health: Face-to-Facebook Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- van Rijen, A. J. G. (2005). *Internetgebruiker en veranderingen in de zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Riper, H., Kramer, J., Smit, F., Conijn, B., Schippers, G. M. et al. (2008). Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*, 103, 218-227.
- Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J. et al. (2007). *E-mental health: high tech, high touch, high trust*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J. et al. (2011). Effectiveness of E-self-help interventions for curbing adult problem drinking: a meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 13, e42.
- Robinson, J.W. & Roter, D.L. (1999). Psychosocial problem disclosure by primary care patients. *Social Science of Medicine* 48, 1353-1362.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J. & Allsop, D. (2010). Computer delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105, 1381-1390.
- Ruwaard, J., Broeksteeg, J., Schrieken, B., Emmelkamp, P. & Lange, A. (2010). Web-based therapist-assisted Cognitive Behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a three-year-follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 387-96.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B. & Emmelkamp, P. (2011). Efficacy and effectiveness of online cognitive behavioral treatment: a decade of interapy research. *Studies in Health Technology and Informatics*, 167, 9-14.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J. et al. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behavioral Therapy*, 38, 206-221.
- Schaub, M., Sullivan, R., Haug, S. & Stark, L. (2012). Web-based cognitive behavioral self-help intervention to reduce cocaine consumption in problematic cocaine users: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e166.
- Shahab, L. & McEwen, A. (2009). Online support for smoking cessation: a systematic review of the literature. *Addiction*, 104, 1792-1804.
- Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., Majo, C., Boon, B. et al. (2011). Modeling the cost-effectiveness of health care systems for alcohol use disorders. *Journal of Medical Internet Research*, 13, e56.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. et al. (2007a). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 37, 319-328.
- Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H. et al. (2007b). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37, 1797-1806.
- van Straten, A., 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, e7.
- Topper, M., Emmelkamp, P. M. G. & Ehring, T. (2010). Improving prevention of depression and anxiety disorders: repetitive negative thinking as a promising target. *Applied and Preventive Psychology*, 14, 57-71.
- Tossmann, H. P., Jonas, B., Tensil, M. D., Lang, P. & Strüber, E. (2011). A controlled trial of an internet-based intervention program for cannabis users. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14, 673-679.
- Wallace, P., Murray, E., McCambridge, J., Khadjesari, Z., White, I. R. et al. (2011). On-line randomized controlled trial of an internet based psychologically enhanced intervention for people with hazardous alcohol consumption. *PLoS One*, 6, e14740.
- Warmerdam, L., Riper, H., Klein, M., van den Ven, P., Rocha, A. et al. (2012). Innovative ICT Solutions to Improve Treatment Outcomes for Depression: The ICT4Depression Project. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 339-343.
- Warmerdam, L., Smit, F., van Straten, A., Riper, H. & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e53.
- Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H. & Cuijpers, P. (2008): Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 4, e44.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S. & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining Automatic Action Tendencies Changes Alcoholic Patients' Approach Bias for Alcohol and Improves Treatment Outcome. *Psychological Science*, 22, 490-497.
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T. & Mol, A. (2012). *LADIS landelijk alcohol en drugs informatie systeem: Kerncijfers verslavingszorg 2011*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.



Nationaal  
Referentiecentrum  
Dyslexie

NRD Kwaliteitscongres Dyslexie

## Vijf jaar dyslexiezorg

Opbrengst voor kind, school en samenleving

**Woensdag 27 november 2013**  
Congrescentrum Papendal, Arnhem

Met:

- (Inter-)nationaal gerenommeerde sprekers
- Stand van zaken wetenschappelijk onderzoek
- Protocol Dyslexie Diagnostiek & Behandeling 2.0
- Gedifferentieerd aanbod voor onderwijs en zorg

### Dyslexie-talentenprijs 2013

Bijzonder onderdeel in het programma is de uitreiking van de Dyslexie-talentenprijs 2013 met een scholenprijs én een kinderprijs. Inzendingen voor de prijs moeten binnen zijn vóór 1 november 2013.

Ga voor het volledige programma, meer informatie over de prijs en aanmelding naar:  
[www.nrdcongres.nl](http://www.nrdcongres.nl)



MILTON ERICKSON INSTITUUT NEDERLAND  
organiseert in 2013 een

## 6 DAAGSE MASTER COURSE KORTE OPLOSSINGSGERICHTE EN ERICKSONIAANSE PSYCHOTHERAPIE

*Een integratie van beide therapievormen*

Een 6 daagse intensieve (nascholings)cursus voor eerstelijnspsychologen, psychotherapeuten, psychiaters, maatschappelijk werkers en ander geïnteresseerden.

De **MASTER COURSE** bestaat uit 4 delen die op elkaar voortbouwen, analoog aan een therapie sessie.

**Docenten** Martijn Klein Gebbink (psychiater), Jos Kienhuis (orthopedagoog)  
Hans Benniks (psycholoog)

**Locatie** Vergadercentrum Vredenburg, Vredenburg 19, Utrecht

**Data** 25 en 26 okt.; 1 en 2 nov.; 15 en 16 nov.

**Accreditatie aangevraagd** zie website

**Kosten en VROEGBOEK KORTING:** zie website

[WWW.MILTONERICKSONINSTITUUTNEDERLAND.COM](http://WWW.MILTONERICKSONINSTITUUTNEDERLAND.COM)  
OF BEL : 035-7725139

Op 28 november 2013 wordt het derde **Pesso-psychotherapie Symposium** gehouden, getiteld:

## “Trauma en het lichaam in psychotherapie”,

**behandeling vanuit drie verschillende perspectieven.**

De behandeling van mensen met traumatische ervaringen zal belicht worden vanuit de invalshoeken van drie lichaamsgeoriënteerde referentiekaders, t.w. **Sensorimotor psychotherapy**, **haptotherapie** en natuurlijk **Pesso-psychotherapie**.

De dag begint met een drietal plenaire lezingen door **Lowijs Perquin**, psychiater en Pesso-psychotherapeut, **Els de Graaf**, orthopedagoog en haptotherapeut en **Tony Buckley** (GB), Sensorimotor psychotherapeut.

Het middagprogramma bestaat uit een vijftal workshops door de sprekers van de ochtend, aangevuld met twee workshops door **Pim van Dun** samen met **Marie Louise Burger** (Sensorimotor psychotherapeuten) en door **Maria Arens** (Pesso-psychotherapeut).

**Locatie:** “Antropia”, Hoofdstraat 8, 3972 LA Driebergen, vlak bij NS Station Driebergen-Zeist

**Kosten:** €195,-, ná 1 oktober: € 210,- inclusief koffie/thee, lunch en borrel na afloop

Accreditatie is aangevraagd voor FGzP, NIP, LWP, NVPMT, BAMW en VCgP

Zie voor uitgebreide informatie over de verschillende sprekers, workshops en informatie over aanmelding en betaling de website: [www.pessotherapie.nl](http://www.pessotherapie.nl)

**Vragen:** [opennoorth.launspach@quicknet.nl](mailto:opennoorth.launspach@quicknet.nl)

