

Informatie Interapy preventie en behandeling burnout

1.1 Geschiedenis burn-out

Midden jaren vijftig begonnen onderzoekers en managers van bedrijven zich te interesseren voor werkstress (O'Driscoll & Cooper, 1996). Terugblikkend noemt men in gevalsbeschrijvingen uit die periode de beschreven toestand 'burn-out avant-la-lettre'. Bedoeld wordt hiermee een toestand waarbij iemand enthousiast en vol vuur bezig is, om er daarna volledig op af te knappen en uitgeblust bij de pakken neer te zitten (Schaufeli, 1992).

De psychoanalyticus Herbert Freudenberg introduceerde 1974 de term burn-out om specifieke, met het werk samenhangende psychische klachten te beschrijven, die hij signaleerde bij vrijwilligers binnen een hulpverleningsinstelling (Van der Heiden & Hoogduin, 2002). Freudenberg koos een woord dat in de jaren zestig in de Verenigde Staten werd gebruikt in relatie tot chronische drugsverslaving ('opgebrand door drugs'). Hij zag dat de vrijwilligers die een hulpverleningscentrum voor verslaafden runden na aanvankelijk enthousiasme opgebrand raakten. Zij vertoonden een scala aan fysieke en psychische symptomen, zoals overmatige vermoeidheid, hoofdpijn, slapeloosheid, seksuele problemen, verhoogde vatbaarheid voor verkoudheid, snelle irritatie, achterdocht, frustratie, cynisme, depressiviteit, teleurstelling en het vermijden van contacten met cliënten. Freudenbergs benadering van het burn-out-syndroom is klinisch. Hij observeerde en analyseerde individuele gevallen ('case-studies') om zicht te krijgen op de psychologische achtergronden van het syndroom, waarbij hij de oorzaak niet in de arbeidsomgeving zocht maar in de individuele eigenschappen van de betrokkenen (Schaufeli, 1992).

De term burn-out wordt al snel populair, en dan met name in vakbladen voor allerlei beroepsgroepen zoals leraren, brandweerlieden en logopedisten. De artikelen in deze bladen hebben tot doel de lezer te wijzen op de gevaren van burn-out. De bekendheid van het begrip en het gelijknamige syndroom stijgt snel. Burn-out wordt een modewoord. Omdat de grenzen van het syndroom niet vastomlijnd zijn kan het ook gemakkelijk toegepast worden op allerlei problemen die mensen op hun werk hebben (Schaufeli, 1992).

Eind jaren zeventig ontstaat belangstelling voor het burn-out-syndroom uit de sociaal- psychologische hoek. De sociaal-psychologen Christina Maslach en Ayala Pines gaan in tegenstelling tot Freudenberg niet klinisch maar empirisch te werk. Beiden gebruiken korte schriftelijke vragenlijsten om burn-out te meten. Hun aandacht richt zich vooral op hulpverlenende beroepen in de gezondheidszorg, later komen er andere sociale beroepen bij. De nadruk ligt bij Maslach en Pines op de relatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener waarbij het meest wezenlijke kenmerk van die relatie de emotionele betrokkenheid van de hulpverlener is. In deze betrokkenheid schuilt volgens hen het gevaar dat een hulpverlener opbrandt, namelijk wanneer de emotionele investering groter is dan datgene wat de hulpverlener ervoor terugkrijgt (Schaufeli, 1992).

Een derde benadering van burn-out, die ongeveer tegelijkertijd met de sociaal-psychologische ontstaat, is de organisatie-psychologische benadering. Vooral Cary Cherniss en Robert Golembiewski

wijzen in die tijd op de relatie tussen burn-out en allerlei organisatie-psychologische aspecten. Cherniss beperkt zich tot de sociale beroepen maar Golembiewskis interesse gaat ook uit naar werknemers in commerciële beroepen. In hun ogen heeft burn-out vooral te maken met de manier waarop de organisatie functioneert. Bureaucratische procedures, een slechte relatie met de chef en de aanwezigheid van rolconflicten kunnen dan leiden tot het ontstaan van burn-out (Schaufeli, 1992).

1.2 Wat is burn-out?

Gezonde stress is nodig om goed te functioneren: een beetje op de tenen lopen maakt dat mensen meer uit zichzelf halen. Ongezonde stress heeft lichamelijke en mentale klachten tot gevolg die juist contraproductief werken. Ernst en duur van de symptomen kunnen verschillen. Grofweg valt een indeling te maken in stressklachten, overspanning en burn-out. Het onderscheid tussen deze begrippen ligt op het niveau van de ervaren controle over de situatie en het niveau van functioneren. De spanningklachten geven milde beperkingen in het functioneren en leiden zelden tot verzuim. Overspanning en burn-out hebben een duidelijke verslechtering in functioneren tot gevolg. Men heeft geen controle meer over de situatie: bij burn-out langer dan bij overspanning (Van der Klink, 1996).

Maslach en Jackson (1986) maken een driedimensionale onderverdeling van de werkgerelateerde uitputtingstoestand: emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde gevoelens van bekwaamheid. Onder emotionele uitputting verstaan zij gevoelens van emotioneel overbelast zijn, de reserves zijn op. Depersonalisatie heeft betrekking op een negatieve, afstandelijke en cynische houding tegenover de mensen met wie men beroepsmatig te maken heeft. Met verminderde bekwaamheid wordt een afname in gevoelens van competentie bedoeld. De werknemer presteert minder in het werk door twijfel aan eigen kennis en vaardigheid (Gaillard, 1996).

Ook bij het klinische beeld van burn-out wordt een onderverdeling in lichamelijke en psychische klachten gemaakt. Volgens Schaufeli en Buunk (1992) treden als lichamelijke klachten altijd neurasthenie (moeheid, vage lichamelijke spanningsklachten, energieverlies, lusteloosheid en toegenomen behoefte aan slaap) en chronische uitputting op. Daarnaast worden fysiologische stressreacties zoals verhoogde hormoonproductie en bloeddruk met burn-out in verband gebracht. Wat betreft de psychische klachten wordt een indeling gemaakt tussen emotionele en cognitieve symptomen. De emotionele symptomen uiten zich in depressieve en agressieve gevoelens. Mensen die hier last van hebben zijn dan emotioneel uitgeput en kunnen een verminderd gevoel van eigenwaarde hebben. Verder zijn ze meestal snel geïrriteerd, prikkelbaar en emotioneel labiel. De cognitieve symptomen omvatten onder andere gespannenheid, concentratieverlies en piekeren. Personen met burn-out kunnen ook een negatieve en cynische houding hebben ten opzichte van hun werk en collegae. Dit zorgt voor sociale problemen, mensen trekken zich terug met als gevolg sociale isolatie. Alle klachten bij elkaar kunnen leiden tot verminderde productiviteit, effectiviteit en uiteindelijk ziekteverzuim (Schaufeli & Buunk, 1992; Terluin & Van der Kink, 1993).

1.3 Het ontstaan van burn-out klachten

Over het ontstaan van burn-out lopen de meningen uiteen. In de literatuur vindt men drie verklarende modellen (Schaufeli & Buunk, 1992).

De individueel psychologische verklaring gaat ervan uit dat er een discrepantie heerst tussen te hoge verwachtingspatronen ten aanzien van het werk en de alledaagse werkelijkheid. Mensen die te hoge verwachtingen en eisen hebben van hun werk lopen het risico van een burn-out.

Het sociaal psychologische model legt de nadruk op de belastende contacten met andere personen, waarbij de werknemer in kwestie telkens een emotionele investering doet die groter is dan wat hij of zij ervoor terugkrijgt. Het gevolg kan zijn dat deze persoon emotioneel uitgeput raakt en tenslotte burn-out raakt.

Bij de organisatie psychologische benadering wordt de wijze waarop de organisatie functioneert als verklaring aangevoerd. Belangrijke organisatiefactoren spelen een rol. Dit zijn, een te hoge verwachting, gebrek aan autonomie, rolconflicten en een te geringe steun en feedback van de leiding.

Fysiek	Cognitief
<ul style="list-style-type: none"> • Misselijkheid • Maag- en darmklachten • Duizeligheid • Hartkloppingen • Benauwdheid • Pijn in de nek en schouders • Rugpijn • Pijn rond de hartstreek • Pijn in de spieren • Verhoogde bloeddruk • Verhoogde hormoonproductie 	<ul style="list-style-type: none"> • Cynisme • Pessimisme • Gespannen • Slaapproblemen • Concentratieverlies • Piekeren • Rusteloosheid • Disengagement
Gedrag	Emotioneel
<ul style="list-style-type: none"> • Verminderde productiviteit • Verminderde effectiviteit • Ziekteverzuim 	<ul style="list-style-type: none"> • Labiliteit • Gedeprimeerdheid • Aggressie

Tabel 1 Symptomen bij burn-out

1.4 Overlap met andere stoornissen

Depressie.

De symptomen van burn-out vertonen veel overlap met depressie. Maar depressie gaat meestal samen met schuldgevoel, hopeloosheid en suicidaliteit. Het grootste verschil is dat burn-out in eerste instantie werkgerelateerd is terwijl depressie in alle situaties kan voorkomen (Terluin & Van der Klink, 1993).

Angststoornissen.

Burn-out heeft raakvlakken met de gegeneraliseerde angststoornis. Het verschil ligt hier in het feit dat personen met een GAS al heel hun leven angstig zijn geweest en niet alleen tobben over het werk maar over veel andere dingen (Terluin & Van der Klink, 1993).

1.5 Behandeling van burn-out

Globaal zijn er drie typen benaderingen (Schaufeli, 1992):

Stress-reductie. Door vermindering van de arbeidsbelasting (wegnemen van stressoren) neemt de ervaren werkstress af. Het stressreducerend effect wordt bereikt door een: verbetering van de arbeidsomstandigheden, verandering in de taak- of organisatiecultuur, verbetering van de beloning en aanpassing van de wijze van leidinggeven.

Stress-resistentie. Door vergroting van de weerbaarheid wordt de kwetsbaarheid voor werkstress verminderd. Dit gebeurt door belastbaarheid van de werknemer te vergroten door bijvoorbeeld vak-specifieke bijscholing en door assertiviteitstraining.

Stress-hantering. Door werkstress beter te leren hanteren worden negatieve gevolgen voor de gezondheid en het welzijn voorkómen. Bijbehorende technieken zoals ontspanningsoefeningen, fysieke training en het stellen van realistische doelen hebben in eerste instantie betrekking op de cliënt en niet op de problemen op het werk.

Interventies ter behandeling van burn-out kunnen dus op allerlei niveaus worden doorgevoerd: binnen een organisatie of individueel. In de praktijk blijkt dat de individuele aanpak, interventies die zijn gericht op een verandering bij het individu, het meest voorkomt. De behandeling is gericht op het veranderen van verwachtingspatronen, doelstellingen en vaardigheden. De behandeling bestaat uit

- 1) Cognitieve methoden: herstructureren en herinterpreteren van irrationele opvattingen en ideeën, zoals het idee dat men het iedereen altijd naar de zin moet maken;
- 2) Relaxatietraining in de vorm van meditatie en spierontspanningsoefeningen;
- 3) Didactisch stress-management, dit is het op gang brengen van een bewustwordingsproces door middel van relevante informatie (boeken, films);
- 4) Meer aandacht besteden aan het leven buiten het werk;
- 5) Tijdsplanning, en met name het leren stellen van prioriteiten;
- 6) Realistisch beroepsbeeld;
- 7) Fysieke training en gezonde voeding;
- 8) zelfhulpgroepen en
- 9) Het aanleren van sociale vaardigheden door middel van assertiviteitstraining (Schaufeli, 1992).

Onderzoek heeft uitgewezen dat voor de behandeling van stressklachten die door werkgerelateerde spanning ontstaan de volgende interventies het meest effectief zijn: ontspanning, systematische desensitisatie, praten over problemen, bewust maken van bronnen van stress, timemanagement, rationaal-emotieve therapie (het herkennen van irrationele gedachten en schema's die bijdragen aan stress) en assertiviteitstraining (Higgins, 1986; Leffers et al., 2000; Van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998).

1.6 Motiveringstechnieken

Het motiveren van cliënten speelt in alle behandelingen een grote rol (Lange, 1987; Lange, 2000). Motivering is een van de zogenoemde non-specifieke therapeutische factoren die onafhankelijk zijn van de theoretische oriëntatie van de behandelaar. Directe en indirecte motivatie van de cliënt door de behandelaar vormt de basis van de behandeling. Motiveren is een doorlopend proces.

Algemene motiveringstechnieken dienen ertoe cliënten te motiveren voor de behandeling in zijn totaliteit. Cliënten moeten vertrouwen krijgen in de behandelaar en zich in willen zetten voor het slagen van de behandeling. *Specifieke motiveringstechnieken* dienen ertoe het effect van interventies te vergroten, bijvoorbeeld de kans vergroten dat de cliënt de feedback van de behandelaar accepteert. Bijvoorbeeld: "Ik vind het moedig hoe je je gevoelens beschrijft die je had op het moment dat je het nare nieuws hoorde".

Belangrijk is het om als behandelaar rekening te houden met het feit dat cliënten met werkgerelateerde stresssymptomen vaak kritisch staan tegenover zichzelf. Zij zullen mogelijk ook de behandeling en de behandelaar kritisch bejegenen. Het is de taak van de behandelaar om aanmoediging, complimenten maar ook oprechte kritiek goed op elkaar af te stemmen. De behandelaar moet bij elke nieuwe cliënt opnieuw speuren hoeveel van het ene dan wel andere van toepassing is. In de latere hoofdstukken die de verschillende onderdelen van de behandeling als onderwerp hebben zal dit per onderdeel specifiekere toelichting worden gegeven. Voor een uitgebreide beschrijving van motiveringstechnieken wordt verwezen naar hoofdstuk drie uit het boek *Gedragsveranderingen in Gezinnen* van Alfred Lange (2000).

2. De Interapy behandeling

2.1 Ontstaansgeschiedenis en effectiviteit

Interapy is gestart in 1997 als onderzoeksproject van de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam onder leiding van prof.dr. Alfred Lange. De behandelingen die Interapy aanbiedt, zijn gebaseerd op internationaal wetenschappelijk onderzoek en zijn uitvoerig getest. De eerste geprotocolleerde behandeling via internet die werd ontwikkeld en onderzocht, is de behandeling 'Stress door schokkende ervaring'. Dit is een behandeling voor posttraumatische stress en stagnerende rouwverwerking. De behandeling bestaat uit drie fasen: zelfconfrontatie, cognitieve herstructurering en social sharing. In een pilotstudie (Van de Ven, Lange, Schrieken, Bredeweg & Emmelkamp, 1999) en in gecontroleerd vervolgonderzoek (Van de Ven, Lange, Schrieken, & Emmelkamp, 2000, Lange, Rietdijk, Hudcovicova, Van de Ven, Schrieken & Emmelkamp, 2002, in review) werden met deze behandeling opmerkelijk goede resultaten behaald. De resultaten lieten een afname zien van de belangrijkste posttraumatische stresssymptomen: herbeleving en vermijding en tevens een afname van de algemene psychopathologie, met name depressie. Analyses van de behandelingsresultaten toonden een zowel statistisch als klinisch significant effect: 80 % van de cliënten verbeterde tot het niveau van genezing, de overige 20 % verbeterde licht. Vanaf 1999 is de

behandeling 'Stress door Schokkende Ervaring' dan ook niet meer alleen een ontwikkelproject van de universiteit, maar wordt deze Internet-behandeling door Interapy als reguliere behandeling aangeboden aan de Nederlandse bevolking.

In 2001 startte de ontwikkeling van het tweede protocol voor Internet-behandeling, de behandeling 'Preventie en Behandeling van Burn-out'. Uit de resultaten van het eerste grote onderzoek naar dit Burn-out programma (Lange, Van de Ven, Schrieken & Smit, 2003) bleek dat de behandeling significante effecten te weeg bracht met betrekking tot burn-out symptomen, angst en depressie; deze effecten waren groter dan in de controle conditie met alleen psycho-educatie. Van de deelnemers uit de experimentele groep verbeterde 54% significant wat betreft stress en 63% van de deelnemers wat betreft uitputting. De eindevaluaties van de deelnemers waren positief: meer dan 81 % gaf aan in de praktijk baat te hebben gehad bij de behandeling. De behandeling 'Preventie en Behandeling van Burn-out' werd hierbij de tweede behandeling van Interapy.

In maart 2003 is vervolgens bij Interapy begonnen met het ontwikkelen van een protocol voor de behandeling van depressie in samenwerking met de Stichting Mentrum GGZ Amsterdam en de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Na een pilotstudie (N=24) met bemoedigende resultaten, (depressie-scores, gemeten door de DASS-depressieschaal, de SCL-90r depressieschaal en de BDI, waren bij de postmeting significant afgenomen) is de behandeling 'Depressie' sinds februari 2004 beschikbaar. Daarna zijn de Universiteit van Amsterdam en Interapy niet stil blijven staan in het ontwikkelen van nieuwe protocollen; op 14 februari 2006 is de Paniek-behandeling van Interapy gelanceerd onder de Nederlandse bevolking. De resultaten van onderzoek naar het effect van deze behandeling doen niet onder voor de effecten die tot nu toe bij de andere Interapybehandelingen gevonden zijn. Aan een publicatie van de resultaten wordt gewerkt.

Op dit moment (maart 2007) vindt een onderzoek naar een behandeling voor eetstoornissen (Bulimia) plaats; er wordt daarnaast hard gewerkt aan het ontwikkelen van een protocol voor het behandelen van traumatische ervaringen op seksueel gebied bij jeugdigen.

In de reguliere behandelingen blijft er aandacht voor het monitoren van het effect van de behandeling. Bij elke Interapy-behandeling worden psychologische vragenlijsten ingevuld, voor, direct na, na 6 weken en een jaar na de behandeling. Aan de hand van deze vragenlijsten wordt het effect van de behandeling gemeten, zowel per cliënt, als per groep cliënten (bijvoorbeeld per behandeling). Uitgebreide evaluatievragenlijsten en interviews met de cliënten leren ook hoe Interapy de behandeling kan verbeteren in zowel de ontwikkelingsfase als daarna.

2.2 Kenmerken

Interapy behandelingen zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Al het contact tussen cliënt en behandelaar verloopt via internet. De Interapy behandeling doet een groot beroep op de zelfwerkzaamheid van de cliënt bij zijn herstelproces. Daarin wordt hij goed en zorgvuldig begeleid door de behandelaar. De belangrijkste kenmerken van een Interapy-behandeling op een rij:

Kortdurend

Alle Interapy behandelingen zijn kortdurend. In principe bevat een Interapy behandeling niet meer dan de noodzakelijke en bewezen interventies om een cliënt voor een specifieke stoornis te behandelen.

Voor het protocol betekent dit dat er gestreefd wordt naar het minimale aantal interventies. Elke toegevoegde interventie is onderbouwd, bijvoorbeeld door gecontroleerd experimenteel onderzoek waarbij gevarieerd is met interventies. De protocoltijd (minimum-duur) verschilt per behandeling; voor de behandeling Stress door schokkende ervaring is dit 5 weken. De protocoltijd van de andere behandelingen bedraagt respectievelijk 11 weken (Paniek), 12 weken (Burn-out) en 13 weken (Depressie).

Geprotocolleerd en meetbaar

Interapy behandelingen zijn geprotocolleerde trajecten. Dit betekent dat de verschillende stappen in de behandeling vast liggen. De stappen en de volgorde daarvan zijn het resultaat van wetenschappelijk onderzoek en de praktische ervaring van vele hulpverleners die daarover hebben gepubliceerd in de vakliteratuur. Het feit dat de stappen van de behandeling gestructureerd zijn, maakt de behandelingen goed meetbaar. Vragenlijsten zijn standaard opgenomen in elk protocol.

Cliënt-therapeut relatie

Cliënt en behandelaar hebben bij Interapy contact via een website. Het contact verloopt uitsluitend via het "geschreven woord". In de beginjaren van Interapy waren veel sceptici en tegenstanders van Internet-therapie van mening dat het onmogelijk zou zijn om een persoonlijke relatie op te bouwen met een cliënt op deze manier. Toch blijkt in de praktijk dat het wel degelijk mogelijk is. Cliënten ervaren het contact met hun behandelaar over het algemeen als persoonlijk. De behandelaar speelt hierin zeker een rol: hij zorgt er voor dat zijn feedback en instructies goed aansluiten bij de woorden, situatie en klachten van de cliënt.

Toegespitst op situatie cliënt

Het protocol vormt de rode draad in het contact en geeft richtlijnen aan de behandelaar voor alle teksten die hij gedurende de behandeling aan de cliënt verstuurt. Maar het is geenzins de bedoeling dat het protocol een simpele invuloefening voor de behandelaar is. Elke feedback en instructie dienen zorgvuldig voor de desbetreffende cliënt en in de desbetreffende opdracht op maat te worden gemaakt. Zelfs de psycho-educatie teksten (die in principe hetzelfde zijn voor elke cliënt en niet aangepast hoeven te worden), zijn de verantwoordelijkheid van de behandelaar, en kunnen zo nodig worden aangepast aan de specifieke situatie van de cliënt.

Eindigheid van de behandeling en inzicht in het verloop van de behandeling

Cliënten zien op elk punt in de behandeling links in het scherm een "voortgangskolom". In de voortgangskolom zijn de interventies waaruit het protocol opgebouwd is te zien. Als cliënten met de muis op een interventie klikken, dan worden de stappen waaruit een interventie opgebouwd is, zichtbaar. Door kleurgebruik is aangegeven welke stappen de cliënt al afgewerkt heeft en welke hem nog te wachten staan. Op deze manier hebben cliënten altijd inzicht in het verloop van de behandeling en is duidelijk wanneer de behandeling eindigt.

Overzichtelijke relevante informatie

Hoe minder tekst om iets duidelijk te maken hoe beter. Informatieve teksten in een Interapy protocol zijn in de regel niet langer dan anderhalf A4-tje. Instructies en feedback teksten zijn niet langer dan 1 A4-tje. Langere teksten zullen waarschijnlijk aan hun doel voorbij schieten, de ervaring leert dat er een beperkte hoeveelheid is aan informatie die door een lezer opgenomen wordt.

Huiswerk

Elke interventie in een Interapy behandeling bevat huiswerkopdrachten voor de cliënt. Het maken van huiswerk versterkt de kracht van een interventie. Motiveren voor het maken van huiswerk is belangrijk. In de eerste plaats is het belangrijk dat de behandelaar duidelijk formuleert waar het huiswerk uit bestaat, hoe de cliënt de opdrachten kan maken en hoeveel tijd hiervoor is. Een duidelijke uitleg voorkomt misverstanden en benadrukt het belang dat de behandelaar aan het maken van huiswerkopdrachten hecht.

Bij het introduceren van huiswerk is motiveren voor huiswerkopdrachten belangrijk. Het werkt motiverend om huiswerkopdrachten als "moeilijk" te presenteren. Iets moeten doen wat iedereen zou kunnen is geen uitdaging en is niet bepaald motiverend. Door het geven van een moeilijke opdracht vergroot de behandelaar de kans dat de cliënt zich uitgedaagd en serieus genomen voelt.

Plannen

Cliënten maken voordat zij met een opdracht beginnen een planning. Hiervoor bestaan speciale planningsschermen. Het maken van een planning heeft meerdere redenen. Het krijgen van commitment van een cliënt is de belangrijkste. Ook voorkomt het maken van een planning dat cliënten opdrachten alleen uitvoeren op momenten dat 'het goed uitkomt'. Denk bijvoorbeeld aan een registreren van stemming in een depressie behandeling. Het is belangrijk dat registraties plaatsvinden op verschillende momenten en juist niet alleen als de cliënt zich goed voelt. Voor de behandelaar zijn de plannings ook waardevol. Het planningsscherm geeft aan wanneer de behandelaar opdrachten van de cliënt kan verwachten. (Dit geeft impliciet aan wanneer de behandelaar een reactie zal moeten geven.) Als een opdracht niet op tijd uitgevoerd wordt kan een behandelaar hiernaar informeren en de cliënt attenderen op de gemaakte planning.

Het behandelcontract

Voordat cliënten met de behandeling beginnen sturen zij een ondertekend "informed consent" formulier op. Daarmee geven zij aan kennis te hebben genomen van de informatiepagina's op de Interapy website (www.interapy.nl), het doel en de werkwijze van de Interapy-behandeling begrepen te hebben, en ervan op de hoogte te zijn dat er ook andere vormen van behandeling bestaan om hun klachten aan te pakken. Daarnaast verklaart de cliënt hierin onder meer bekend te zijn met de kenmerken van de Interapy-behandeling, de vragenlijsten in te zullen vullen en vrijwillig aan de behandeling deel te nemen.

Therapeutische kracht

Met het ontwikkelen van de Interapy behandelprotocollen is veel rekening gehouden met factoren die de therapeutische kracht van een behandeling vergroten. De volgende technieken kunnen gebruikt worden om het effect van de behandeling te optimaliseren en de intensiteit te vergroten (Zie Gedragsverandering in gezinnen, Alfred Lange, 2006):

- Structuur
- Afwisseling
- Laten zien dat je moeite doet voor de cliënt
- Rolwisselingen
- Complimenten (onverwachts)
- Zaken laten opschrijven (huiswerk)
- Confronteren met disfunctioneel denken
- Zelfvertrouwen cliënt niet aantasten, maar vergroten
- Priming: nieuwsgierigheid prikkelen, bijvoorbeeld iets aankondigen en er pas later op terugkomen,
- Timing interventies: niet direct confronteren bijvoorbeeld, later pas en alleen als er een goede therapeutische relatie is
- Steun (confrontatie ingebed in steun)
- Creëren van ervaringen
- Keuzes geven: arousalverhogend, commitmentverhogend
- Gebruik metaforen
- Contact tussen zittingen (extra contact)
- Gebruik van brieven
- Gebruik van symbolen (rituelen)
- Huiswerk: versterkt kracht interventies
- Serieus nemen klachten cliënt, ook wanneer je als behandelaar overtuigt bent dat de oorzaak van klachten elders liggen.

2.3 De Interapy website: <http://www.interapy.nl>

De Interapy website vormt vaak het eerste contact tussen een cliënt en Interapy. De cliënt vindt op deze (voor iedereen toegankelijke) website informatie over burn-out en kan zich hier direct aanmelden voor behandeling. De Interapy website bevat o.a.:

- Uitleg over Interapy als organisatie, samenwerkingsverbanden en kwaliteit;
- Informatie over elke behandeling: belangrijkste symptomen, fasen in de behandeling en het aanmeldingsformulier;
- Ervaringen van cliënten, behandelaars en lotgenotencontact;
- Informatie over vergoeding van behandelingen (AWBZ, bedrijven, particulier).
- Antwoord op veel gestelde vragen;
- Informatie voor verwijzers en speciaal aanmeldformulier voor verwijzingen;
- Uitleg over de klachtencommissie van Interapy;
- Contactgegevens en routebeschrijving;
- Privacyrelementen.



Figuur 2.1. De Interapy website (www.interapy.nl)

Hier volgt de psychoeducatie over Burn-out, zoals cliënten die kunnen lezen op de Interapysite:

Burn-out Burn-out is een uitputtingssyndroom, een reactie van lichaam en geest op een periode van werkstress. Als er bijvoorbeeld op het werk en thuis spanningen zijn, is de kans op overbelasting groot. Aanhoudende stress en toch maar doorgaan, kan leiden tot een punt waarop mensen wel moeten stoppen met werken. Ze kunnen niet meer verder omdat ze zijn uitgeput. Dat punt heet burn-out.

Aanpak Een burn-out verdwijnt niet vanzelf. Niet doordat u zich er overheen zet en zeker niet door thuis wat rust te houden. Problemen moeten herkend en daarna aangepakt worden, liefst als u nog niet thuis zit. De kans is dan groot dat u aan het werk kunt blijven, terwijl u er bovenop komt. U kunt een behandeling dan zien als een vorm van preventie.

Overbelasting Vaak zijn het de vechters die burn-out klachten krijgen, ze gaan door waar anderen een pauze zouden nemen. Ze zijn betrokken bij hun werk, perfectionistisch en hebben een groot verantwoordelijkheidsgevoel.

Risicogroep Er zijn omstandigheden op het werk en in de sociale omgeving die mensen kwetsbaarder maken. Zo hebben vrouwen, alleenstaanden, hoger opgeleiden en mensen zonder

kinderen meer kans op burn-out. Bij dubbele belasting, als er op het werk en thuis spanningen zijn, is de kans op overbelasting groot.

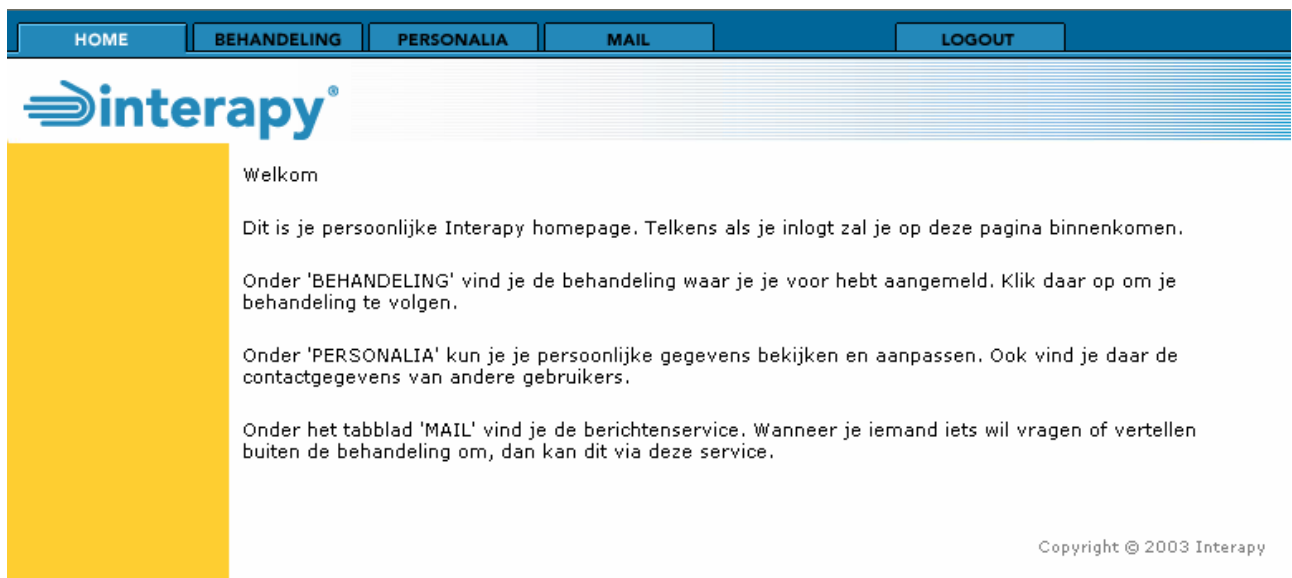
Mogelijke psychische verschijnselen Kenmerkend bij Burn-out is een cynische kijk op het werk en het gevoel geen controle op het leven te hebben. Er zijn vaak loyaliteitsproblemen tussen de werk- en thuissituatie. Rusteloosheid, spanning, huilbuien, prikkelbaarheid, concentratieverlies en piekeren komen veel voor.

Mogelijke lichamelijke verschijnselen

Lichamelijk kan burn-out zich uiten in hoofd- rug- of nekpijn of bijvoorbeeld in maagklachten. Daarnaast komen hoge bloeddruk, pijn op de borst, duizeligheid en benauwdheid voor.

2.4 De Interapy behandel-site: <http://mijn.interapy.nl>

De behandeling bij Interapy vindt plaats via een speciale interactieve behandelwebsite (<http://mijn.interapy.nl>), waarop de communicatie tussen cliënt, behandelaar en behandelcoördinatie veilig en betrouwbaar verloopt, met behulp van inlogcodes. Deze persoonlijke behandel-site kan gelezen worden met computers van elk gangbaar besturingssysteem (Unix, Windows of Macintosh). Er is sprake van één site met drie verschillende toegangswegen; één voor cliënten, één voor behandelaars en één voor de behandelcoördinatie en de supervisoren.



HOME BEHANDELING PERSONALIA MAIL LOGOUT

interapy

Welkom

Dit is je persoonlijke Interapy homepage. Telkens als je inlogt zal je op deze pagina binnenkomen.

Onder 'BEHANDELING' vind je de behandeling waar je je voor hebt aangemeld. Klik daar op om je behandeling te volgen.

Onder 'PERSONALIA' kun je je persoonlijke gegevens bekijken en aanpassen. Ook vind je daar de contactgegevens van andere gebruikers.

Onder het tabblad 'MAIL' vind je de berichtenservice. Wanneer je iemand iets wil vragen of vertellen buiten de behandeling om, dan kan dit via deze service.

Copyright © 2003 Interapy

Figuur 2.2. De Interapy Behandel-site (mijn.interapy.nl)

De persoonlijke website van de cliënt bestaat uit vier verschillende onderdelen: *home* (introductiepagina), *behandeling* (toegang tot behandeling), *mail* (mogelijkheid voor het uitwisselen van mails met behandelaar en behandelcoördinator) en *personalia* (contactgegevens van de cliënt). De toegang tot de website is beveiligd met een gebruikersnaam en wachtwoord. Zodra de cliënt toegang heeft gekregen tot zijn persoonlijke website, kunnen de screeningsvragenlijsten worden ingevuld. Als de screening goed is doorlopen en het Informed Consent-formulier is ontvangen, kan de behandeling starten. In de gele kolom links op het scherm kan

de cliënt zien op welke plek in de behandeling hij zich bevindt. Het is voor de cliënt niet mogelijk naar een later deel van de behandeling te gaan als een eerder onderdeel nog niet is voltooid. De cliënt heeft aan het einde van de behandeling de mogelijkheid om een dossier (CD-rom) op te vragen waar de volledige behandeling overzichtelijk wordt weergegeven.

De *behandelaar* heeft, net als de cliënt, een persoonlijke website, beveiligd met een eigen gebruikersnaam en wachtwoord. In vergelijking met de cliënt heeft de behandelaar één extra tabblad, namelijk *Rapportage*. De behandelwebsite van de behandelaar wordt stap voor stap beschreven in hoofdstuk 3.4.

De *behandelcoördinatie* en *supervisors* hebben met hun persoonlijke website toegang tot *alle* behandelingen van *alle* behandelaars. De behandelcoördinatie checkt de screening, het eventuele medicijngebruik van de cliënten, zorgt voor de koppeling tussen cliënt en behandelaar, bewaakt het proces van de behandeling en heeft contacten met verwijzers. De supervisors bewaken de kwaliteit en inhoud van de behandeling.

De cliënt, behandelaar en behandelcoördinatoren hebben de mogelijkheid om binnen de website rechtstreeks aan elkaar een mailbericht te verzenden. Dit mailsysteem werkt ongeveer als een gewoon e-mailsysteem, en vind je onder het tabblad *Mail*.

2.5 Wijze van aanmelding

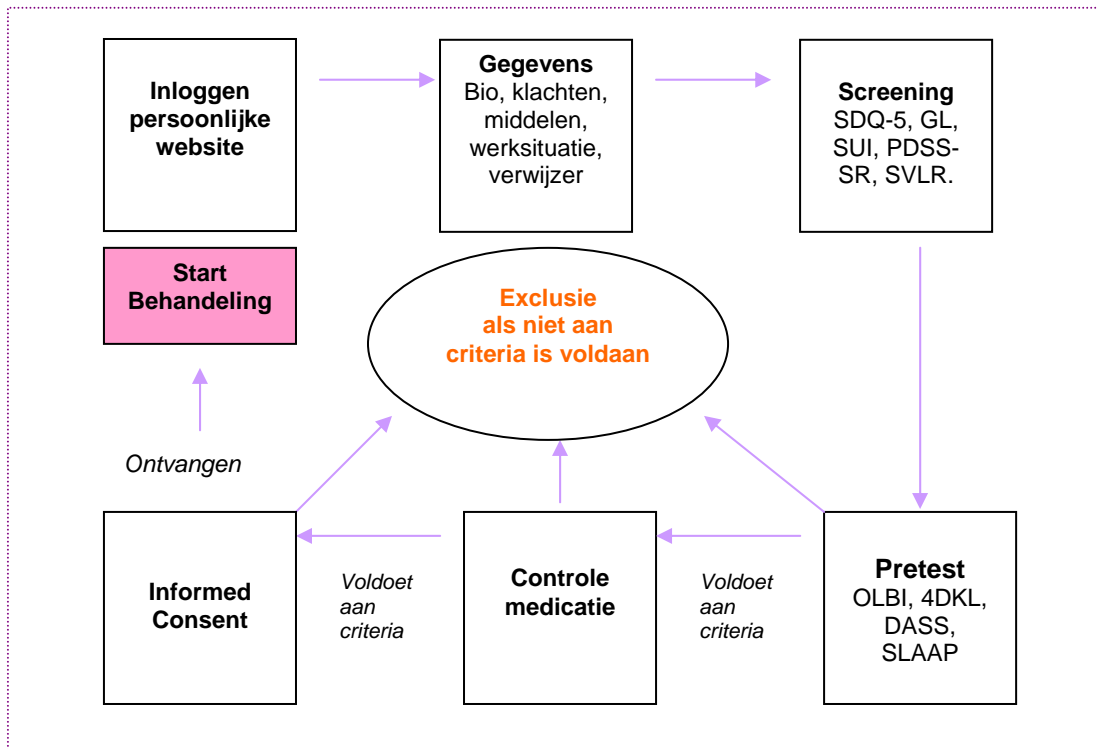
Er bestaan twee aanmeldingsroutes:

De directe route. Iedere geïnteresseerde kan zich via www.interapy.nl aanmelden door het invullen van het aanmeldingsformulier. Aan de behandelingen van Interapy zijn kosten verbonden (985,- euro). Er zijn inmiddels een aantal GGZ instellingen, bedrijven en verzekeringsmaatschappijen, die deze kosten (deels) vergoeden.

De verwijzingsroute. Men kan verwezen worden door de bedrijfsarts, huisarts, psycholoog, bedrijfsmaatschappelijk werker, etc. De verwijzer kan door middel van een checklist nagaan of Interapy een geschikte behandeling zal zijn. Als dit het geval is, faxt de verwijzer een verwijsdocument naar Interapy, waarna een dossier van de cliënt wordt aangemaakt. In dit dossier staan allereerst de naam, e-mailadres, het intern (ID-nummer) en eventueel extern referentienummer. Dit referentienummer wordt het correspondentienummer met de verwijzer van de betreffende cliënt. Alle informatie en correspondentie gaat in het vervolg via dit nummer.

2.6 De Intake-procedure

Voordat de cliënten aan de behandeling beginnen wordt hen gevraagd de informatie en psycho-educatie over de behandeling lezen op de Interapy website (www.interapy.nl). Vervolgens meldt de cliënt zich aan en ontvangt hij via zijn e-mailadres een gebruikersnaam en wachtwoord. Met deze codes krijgt de cliënt toegang tot zijn persoonlijk beveiligde webpagina (mijn.interapy.nl). Op deze persoonlijke webpagina doorloopt hij de intake-procedure (zie figuur 2.3).



Figuur 2.3. De Intake-procedure in beeld.

De intakeprocedure begint voor de cliënt met het invullen van vragenlijsten. Met behulp van deze vragenlijsten:

- worden belangrijke gegevens van de cliënt uitgevraagd (biografische gegevens, motivatie voor behandeling, klachtenbeschrijving, eerdere behandeling, middelengebruik, werksituatie, en verwijzersgegevens);
- er wordt onderzocht of de cliënt aan de criteria voor deelname voldoet (zie criteria voor deelname, 2.7) en daarmee of de Interapy behandeling geschikt is voor de cliënt;
- de mate van de aan behandeling gerelateerde klachten van de cliënt wordt gemeten (de pretest).

Het Interapy-systeem analyseert de antwoorden. Per vragenlijst worden de verschillende schaalscores vergeleken met de scores die eerder als criteria voor deelname zijn vastgesteld (genormeerde vergelijkingsgroepen). Als de cliënt aan die criteria voldoet kan hij direct door met het beantwoorden van vragen over eventueel medicijngebruik. Anders wordt de cliënt via een automatisch bericht op de Interapy site gevraagd naar de behandelcoördinatie van Interapy te bellen. De klachten waarover meer informatie nodig is worden dan verder uitgevraagd. Eventueel vult de cliënt een extra vragenlijst in. De behandelcoördinator beslist aan de hand van het gesprek, of de cliënt voldoet aan de criteria voor deelname, of verwijst de cliënt door naar een relevante vorm van hulpverlening. In de volgende stap van de intake-procedure, vult de cliënt de medicatie in die hij gebruikt. De behandelcoördinator beslist of het medicijngebruik van de cliënt een bezwaar vormt voor deelname aan de behandeling.

Als de cliënt voldoet aan alle criteria, krijgt hij bericht dat Interapy voor hem een geschikte behandeling is. Hij kopieert en print vervolgens *het Informed Consent-formulier* van de website, en

stuurt dit ondertekend per post of per fax terug naar de behandelcoördinator. De cliënt verklaart hiermee dat hij goed is voorgelicht over de behandeling en dat hij aan de behandeling wilt deelnemen. Als het ondertekende Informed Consent-formulier ontvangen is, wordt de cliënt toegewezen aan een behandelaar. De behandeling kan nu worden gestart.

Hier volgt de tekst die cliënten te zien krijgen als ze zich hebben aangemeld bij Interapy:

Hartelijk dank voor je aanmelding. Om te kunnen besluiten of de Interapy behandeling Preventie Burn-out op dit moment geschikt voor je is, vragen we je eerst een aantal vragenlijsten in te vullen.

De vragen gaan onder andere over huwelijkse staat, je werksituatie en andere praktische zaken. Ook zijn er vragen over je klachten op dit moment en eventuele eerdere periodes met klachten.

De meeste vragenlijsten die je aangeboden krijgt zijn zogenaamde genormeerde vragenlijsten. Hiervan kunnen de individuele antwoorden vergeleken worden met een normgroep, zodat een uitspraak gedaan kan worden over hoe jouw antwoorden zich verhouden tot die van anderen. Sommige vragen zijn misschien niet direct van toepassing op jouw situatie, geef dan het antwoord dat jouw situatie het beste benadert.

Ten slotte volgen vragen over medicijngebruik. Gebruik je medicatie, met name in verband met psychische klachten, houd dan de verpakking ervan nu al bij de hand. Er zal naar naam en dosering van het medicijn worden gevraagd.

Zoals je waarschijnlijk in de informatiepagina's hebt gelezen, worden de gegevens die je verstrekt gedurende je bezoeken aan Interapy vertrouwelijk behandeld. Wij werken volgens de beroepscode van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Het invullen van alle vragenlijsten neemt ongeveer een uur in beslag. Het is mogelijk dat je na het invullen van de vragenlijsten het bericht krijgt dat deze behandeling voor iemand in jouw situatie niet geschikt is. De behandelcoördinatie van Interapy zal je in dat geval adviseren over een alternatief.

Nog enkele praktische zaken. Je kunt de behandelcoördinator tussendoor altijd bereiken via de berichtenservice. Klik daartoe op het tabblad 'mail'. Dit kun je bijvoorbeeld doen als je tussentijds een vraag wilt stellen over de behandeling, of als je onderdelen van de behandeling wilt toelichten.

Mocht je het invullen van de vragenlijsten moeten onderbreken, klik dan onder aan de vragenlijst in het vakje waar je aangeeft dat je de antwoorden niet meer wilt wijzigen. Het vinkje verdwijnt nu. Klik vervolgens op de knop 'Doorgaan'. De gegevens die je tot nu toe al had ingevuld worden bewaard en je kunt uitloggen. Als je de volgende keer inlogt kom je automatisch terecht bij de vragenlijst waar je was gebleven.

Met vriendelijke groet,

Drs. R. Scheijde
Behandelcoördinator Interapy

2.7 Criteria voor deelname

De volgende criteria voor deelname aan de behandeling Preventie en Behandeling Burn-out worden gehanteerd;

De deelnemers:

- Zijn 16 jaar of ouder.
- Hebben geen alcohol- of drugsmisbruikproblematiek.

- Gebruiken geen antipsychotica.
- Hebben geen verhoogd suiciderisico. Potentiële cliënten worden uitgesloten als er een verhoogd risico op suïcide bestaat. De SUI (Suïcide Risico Taxatie) is gericht op suïcidale ideatie en gebaseerd op relevante literatuur (Van Heeringen & Kerkhof, 1999 en Blaauw & Kerkhof, 1999).
- Hebben geen last van dissociatie/dissociatieve verschijnselen. Potentiële cliënten worden uitgesloten als hun score boven het cut-off point (≥ 9) van de Somatoforme Dissociatie Questionnaire (SDQ-5) uitkomt (Nijenhuis, van der Hart, & Vanderlinden, 1997).
- Zijn niet psychotisch. Potentiële cliënten worden uitgesloten als hun score op auditieve hallucinatie boven het cut-off point (≥ 5) van de Gewaarwordingenlijst (GL) uitkomt (Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven, & Slot, 2000).
- Hebben geen ernstige paniekstoornis. Potentiële cliënten worden uitgesloten als hun score boven het cut-off point (≥ 8) van de PDSS-SR (Panic Disorder Severity Scale – SR, Shear, Brown, & Barlow, 1997) uitkomt.
- Hebben geen schokkende ervaring meegemaakt die tot uitdrukking komt in een hoge SVL score (cut-off point ≥ 36).
- Hebben geen verhoogde depressiescore. Als cliënten op de depressieschaal van de DASS (Depressie, Angst en Stressschaal, De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange en Blonk, 2001) hoger scoren dan 25 wordt hen geadviseerd de Interapy behandeling Depressie te volgen.
- Zijn niet in het verleden in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest.

Samengevat: Mensen met suïcidale plannen, die vaak dissociëren, die een indicatie voor een ernstige paniekstoornis hebben, die antipsychotische medicatie gebruiken of mensen die intensief alcohol of drugs gebruiken worden doorverwezen naar andere hulpverlenende instanties. Ook mensen onder de zestien jaar worden uitgesloten van deelname. Wanneer mensen een ernstige schokkende ervaring hebben meegemaakt worden zij geadviseerd om de Interapy-behandeling Stress door Schokkende Ervaring te volgen, en bij ernstige depressie- of panieklachten respectievelijk de Interapy-behandelingen Depressie of Paniek. In overleg met de cliënt (en eventueel verwijzer) wordt in deze gevallen overlegd wat op het moment de meest aangewezen behandeling is voor de cliënt. Als cliënten aangeven dat zij in het verleden opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis schat de behandelcoördinatie in of dit een indicatie om door te verwijzen naar een andere hulpverlenende instantie. (Bij een opname korter dan een jaar geleden en bij gedwongen opnames (via een "ter beschikking stelling" (TBS), of "rechterlijke machtiging"RM) wordt doorverwezen.