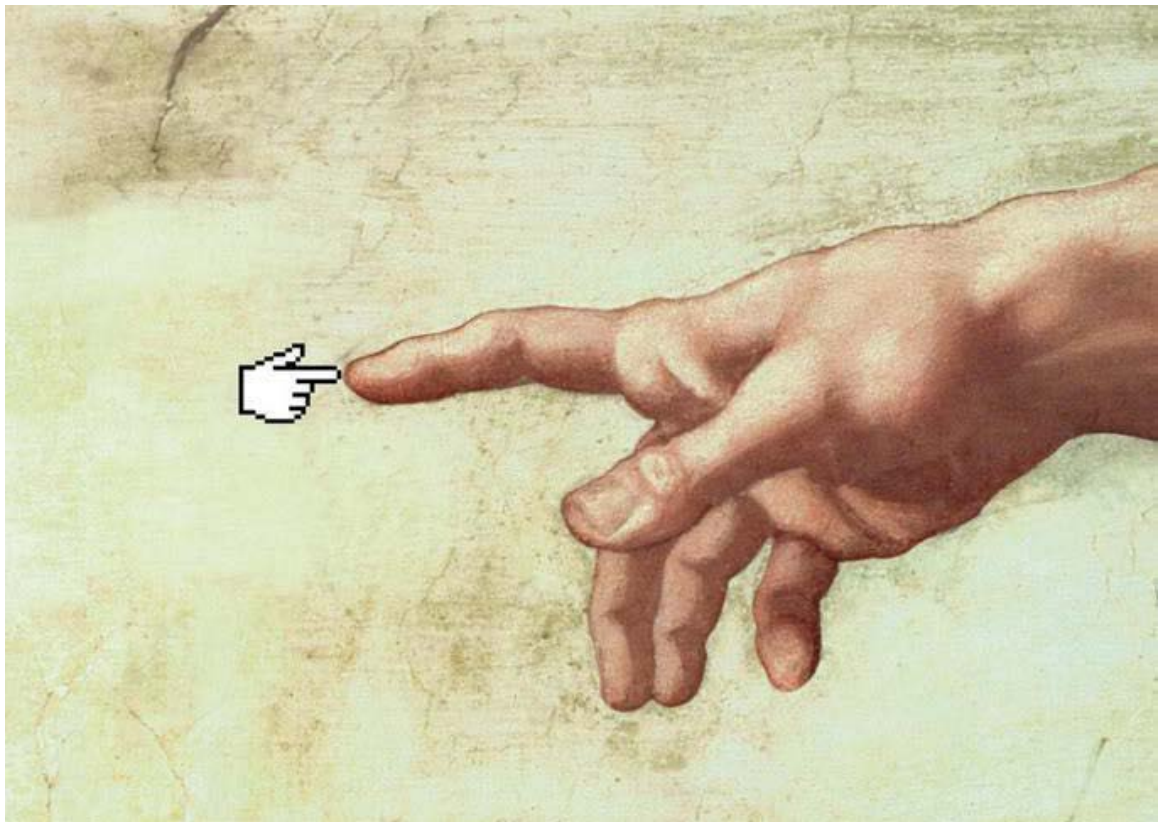


Internet ontmoet PMT

‘Een literatuuronderzoek naar de mogelijkheden om e-mental health te gebruiken in een PMT behandeling bij burn-out.’



Auteur: A.A.Peskens

Internet ontmoet PMT

‘Een literatuuronderzoek naar de mogelijkheden om e-mental health te gebruiken in een PMT behandeling bij burn-out.’

Auteur: Anneliek Peskens
Studentnr: S1016125

Scriptie begeleider: Esther van der Steeg
Scriptie beoordelaar: Pauline Fellingner

Zwolle, 21 mei '10

Hogeschool Windesheim,
School of human movement and sports,
Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

De auteur is verantwoordelijk voor de inhoud van de scriptie.

Voorwoord

Internet is een sterk groeiend medium, je kunt het zo gek niet bedenken of het is op internet te vinden. Zo kun je lessen volgen op internet, winkelen, rekeningen en geld beheren en ook hulp krijgen met je psychische problemen. Deze hulp wordt ook wel e-mental health genoemd.

De Volkskrant van 6 mei 2010 schrijft 'zorg op afstand is het nieuwe toverwoord', e-health patiënt en zorgverlener communiceren in Nederland steeds vaker via beeldscherm. Deze manier van communicatie brengt een aantal voordelen met zich mee, het kost minder reistijd en de kosten zijn 20 tot 30 procent lager dan traditionele therapie. In het artikel staat echter weergegeven dat er bij veel zorgverleners angst is voor de opkomst van e-health, de zorgverleners zijn bang dat telezorg in de plaats komt van menselijk contact, dit is echter niet de bedoeling: e-health is bedoeld als aanvulling op reguliere zorg (Volkskrant, 6 mei '10).

De verwachting rondom de psychologische zorg is dat de vraag naar hulp gaat groeien en het aanbod gelijk zal blijven. E-mental health is vanwege zijn voordelen een interessant middel, voor de groeiende vraag naar hulp. Op basis hiervan ben ik dit onderzoek gestart. Want zou e-mental health ook voor ons vak psychomotorisch therapie een aanvulling kunnen zijn? Zodat we de groeiende vraag aankunnen? In deze scriptie heb ik door middel van een literatuuronderzoek naar behandelingen voor burn-out gekeken wat e-mental health toe zou kunnen voegen aan de psychomotorische therapie behandeling.

Op weg naar dit eindresultaat ben ik door veel omstanders geholpen en gesteund. Via deze weg wil ik een aantal mensen bedanken voor deze hulp en steun. Als eerste mijn scriptie begeleider Esther van der Steeg, vanuit haar kwam deze interessante onderzoeksvraag en daarnaast heeft zij met de begeleiding ervoor gezorgd dat dit resultaat er mocht zijn. Daarnaast wil ik ook mijn scriptiebeoordelaar Pauline Fellingier bedanken, zij heeft er voor gezorgd dat ik mijzelf niet te veel op de hals zou halen en een behapbare scriptie heb geschreven. Ook wil ik John Meijer bedanken voor de steun die ik heb gehad op het moment dat ik vast zat. Als laatste wil ik Annick Peskens, Ingeborg Constandse en Simone Witte bedanken voor hun grammaticale steun en ben ik Jos Meijer en mijn familie erg dankbaar voor de steun die ik vanuit hen heb gekregen.

Zwolle, 2010

Lieke Peskens

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	5
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doel van het onderzoek.....	6
1.3 Probleemstelling	6
1.4 Onderzoeksvragen:	6
1.5 Leeswijzer onderzoeksverslag.....	7
2. Methode	8
2.1 Inclusiecriteria.....	8
2.2 Gebruikte bronnen.....	8
2.3 Zoekstrategieën	9
3. Wat is e- mental health?	10
3.1 E-health.....	10
3.2 E-mental health.....	10
3.3 De werkwijze van e-mental health	10
3.3.1 Aanbod	10
3.3.2 Interventies.....	11
3.3.3 Werkwijze	12
4. Wat is psychomotorische therapie (PMT)?	13
4.1 Psychomotorische therapie	13
4.2 Werkwijze van psychomotorische therapie.....	13
5. Burn-out.....	14
5.1 Burn-out.....	14
5.2 Symptomen	14
5.3 Cijfers	14
5.4 Fases burn-out	14
5.5 Behandeling burn-out met e-mental health.....	15
5.6 Behandeling burn-out met PMT	20
6. Vergelijking e-mental health met PMT.....	24
7. Hoe is e-mental health te combineren met PMT voor een efficiëntere behandeling bij burn-out? .	27
7.1 Combineren van e-mental health met huidige traditionele behandelingen?	27
7.2 Combineren van e-mental health met psychomotorische therapie.....	27
8. Conclusie.....	28
9. Discussie	29
10. Aanbevelingen.....	30
Literatuurlijst	31

Samenvatting

De vraag naar psychische hulp zal de komende 10 jaar flink stijgen het aanbod zal echter gelijk blijven. Om de groeiende vraag aan te kunnen moet in het aanbod van psychomotorische therapie wat gaan veranderen. E-mental health is een therapie via het internet het is toegankelijk, goedkoop en effectief. In dit onderzoek wordt gekeken of psychomotorische therapie efficiënter kan worden bij een behandeling voor burn-out door gebruik te maken van e-mental health.

E-mental health is een term die het gebruik omschrijft van informatie- en communicatietechnologie (ICT), met name de vele technologieën met betrekking tot het internet, wanneer deze technologieën worden gebruikt ter ondersteuning en verbetering van de psychologische gezondheidszorg. E-mental health biedt zowel preventie, zorg en behandelingen van verschillende psychologische problemen. De interventies via het internet plaats vinden zijn verdeeld in 4 categorieën: zelfhulp, licht begeleide zelfhulp, begeleide zelfhulp en online psychotherapie. De werkwijze van e-mental health loopt volledig via het internet, door een inlogsite of email. Er wordt het meest gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie.

Psychomotorische therapie(PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties. PMT maakt gebruik van een breed scala aan werkwijzen en is bedoeld om de cliënt letterlijk en figuurlijk in beweging te zetten.

Dit onderzoek is gericht op de doelgroep Burn-out. Burn-out komt voor bij tien procent van de mensen, het ontstaat door een disbalans tussen de eisen van het werk en de persoonlijke behoeften. De behandeling hiervoor kan via e-mental health, waar via een website of email door middel van de principes van cognitieve gedragstherapie behandeld wordt. De cliënt wordt via de website of email door een therapeut geholpen.

Burn-out kan ook behandeld worden met PMT deze behandeling gaat ook via de principes van cognitieve gedragstherapie. De therapeut biedt in *face-to-face* contact verschillende activiteiten aan waarmee de cliënten de verschillende fasen doorstaan. De behandeling loopt in groepsverband waar een psychomotorisch therapeut bij aanwezig is. Door verschillende attitudes van de therapeut wordt de cliënt zo goed mogelijk begeleidt in zijn proces.

Uit de vergelijking van de twee behandelingen blijken er een aantal overeenkomsten te zijn. Maar ook een aantal verschillen, deze verschillen zitten hem voornamelijk in het uitvoeren van de behandeling via internet of *face-to-face*. E-mental health blijkt voordeliger qua tijdsinvestering en kosten. De vele organisatorische zaken die via internet verlopen bij e-mental health kosten bij psychomotorische therapie extra tijd.

Er wordt aan zorgverleners geadviseerd om e-mental health niet als een bedreiging te zien maar als een toevoeging. Het blijkt ook uit onderzoek dat *face-to-face* en e-mental health behandelingen te combineren zijn. Dit geldt ook voor PMT, de punten waar PMT e-mental health kan gebruiken zijn: de intake, het huiswerk, contact en de evaluatie.

Het onderzoek geeft aan dat PMT efficiënter kan handelen bij een behandeling voor burn-out door e-mental health te gebruiken. Er is echter is meer onderzoek nodig om het werkveld er ook bij te betrekken en dit onderzoek betrouwbaarder te maken.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek heeft te maken met de verwachtingen van de psychische gezondheidszorg de komende tien jaar. Heleen Riper van het Trimbos-instituut zegt in het radioprogramma Radio 1 “de vraag om psychologische hulp zal toenemen terwijl de middelen om deze mensen met psychologische problemen zorg te verlenen af zullen nemen en toch willen we een kwalitatief hoge hulpverlening voor handen blijven houden.” Therapie via internet, e-mental health, lijkt een goed antwoord op de groeiende vraag. E-mental health is een ontwikkeling die bewezen effectief, goedkoop en laagdrempelig is (Sorbi & Riper, 2009). Toch blijkt uit onderzoeken dat het menselijke contact niet in zijn geheel te vervangen is door de computer (Andersson, 2009). Psychomotorische therapie (PMT) is een therapie die geschikt is om mensen met psychische klachten te behandelen. PMT is een therapie waar op een methodische wijze gebruik wordt gemaakt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties (NVPM, 2009). Deze methode loopt nog op traditionele wijze, wat inhoudt dat de therapie *face-to-face* verloopt met een therapeut, op locatie waar samen is afgesproken. Deze manier is persoonlijk maar kost relatief veel tijd en geld. Om de verwachte toestroom van cliënten aan te kunnen, moet er wat veranderen in het aanbod van PMT. Dit is de aanleiding geweest om een onderzoek te starten of e-mental health PMT kan helpen om effectiever te werken en om zo de groeiende vraag naar psychische hulp aan te kunnen. De verkenning wordt uitgevoerd bij de doelgroep burn-out, omdat van beide therapiemethoden, PMT en e-mental health, een behandeling is beschreven.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de mogelijkheden om e-mental health te benutten bij een psychomotorische therapie behandeling voor burn-out, om zo meer cliënten aan te kunnen terwijl de doelen van psychomotorische therapie behouden blijven.

1.3 Probleemstelling

Hoe kan psychomotorische therapie bij de doelgroep burn-out efficiënter werken met de hulp van e-mental health?

1.4 Onderzoeksvragen:

- Wat is e-mental health?
 - o Wat is de definitie van e-mental health?
 - o Wat is/zijn de werkwijze(n) van e-mental health?
- Wat is psychomotorische therapie (PMT)?
 - o Wat is de definitie van PMT?
 - o Wat is de werkwijze van PMT?
- Hoe zien de behandelingen van burn-out eruit?
 - o Doelgroep burn-out
 - o Behandeling met e-mental health
 - o Behandeling met PMT
- Vergelijking e-mental health met PMT
- Hoe is e-mental health te combineren met PMT voor een efficiëntere behandeling bij burn-out?

1.5 Leeswijzer onderzoeksverslag

Dit verslag is een literatuur onderzoek naar PMT en e-mental health, de methode die gebruikt is voor dit literatuuronderzoek is te lezen in hoofdstuk 2 van dit verslag. In hoofdstuk 3 wordt er ingegaan op e-mental health, onder anderen de definitie en de werkwijze worden besproken. Ook wordt de definitie en werkwijze voor psychomotorische therapie beschreven, dit is te lezen in hoofdstuk 4.

In het vijfde hoofdstuk wordt de doelgroep burn-out besproken. Hier wordt ingegaan op burn-out, de omschrijving, symptomen en het voorkomen, ook worden de behandelingen van burn-out met e-mental health en PMT beschreven. Nadat beide behandelingen volledig zijn beschreven aan de hand van het raamwerk voor het schrijven van een PMT module, worden beide behandelingen met elkaar vergeleken. Per punt van het raamwerk worden de behandelingen vergeleken en wordt gekeken waar de voordelen en nadelen zitten. Deze vergelijking is te lezen in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 wordt uiteindelijk beschreven hoe de behandelingen met elkaar te combineren zijn zodat we PMT efficiënter te werk kan gaan.

Aan het eind van dit verslag vindt u de conclusie op van dit onderzoek. Na de conclusie volgen nog de discussie en de aanbevelingen die worden gedaan naar aanleiding van dit onderzoek.

2. Methode

De methode van dit onderzoek is een literatuuronderzoek; bestaande kennis wordt samengevat en vergeleken. Het literatuuronderzoek is gericht op de behandelingen van e-mental health en PMT bij de doelgroep burn-out. De behandelingen worden beschreven aan de hand van het raamwerk voor het schrijven van een PMT module. Het raamwerk beschrijft puntsgewijs en overzichtelijk alle onderdelen van een behandeling. Het doel van het literatuuronderzoek is om antwoord te geven op de onderzoeksvragen, waarna ook de hoofdvraag beantwoordt kan worden.

2.1 Inclusiecriteria

Bij het zoeken naar artikelen zijn er een aantal criteria geformuleerd. De artikelen die hier niet voldoende aan voldeden zijn van het onderzoek uitgesloten. Hieronder worden deze inclusiecriteria weergegeven. De criteria zijn gescheiden in artikelen over e-mental health en PMT, dit omdat er aanzienlijk meer onderzoek is gedaan naar e-mental health dan naar PMT. Gezien de beperkte literatuur over PMT zijn er minder inclusiecriteria opgesteld. De volgende inclusiecriteria zijn gehanteerd:

E-mental health

- Artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig
- Artikelen zijn minder dan 10 jaar oud (na 1999)
- Artikelen hebben betrekking op e-mental health
- Artikelen hebben betrekking op behandeling met e-mental health
- Artikelen/boeken/verslagen hebben betrekking op burn-out
- Artikelen hebben betrekking op voor en nadelen van internetbehandelingen

PMT

- Artikelen zijn Nederlands- of Engelstalig
- Artikelen zijn van na 1995
- Artikelen hebben betrekking op PMT
- Artikelen/boeken/verslagen hebben betrekking op burn-out

2.2 Gebruikte bronnen

Voor de bronnen zijn verschillende medische databanken gebruikt. Deze databanken zijn opgevraagd via rijksuniversiteit Groningen (www.rug.nl) en Windesheim hogeschool (mysite.windesheim.nl). De gebruikte databanken zijn:

- | | |
|---|---|
| - Psychologie en gezondheid | - Journal of consulting and clinical psychology |
| - Directieve therapie | - Cognitive Behaviour Therapy |
| - Tijdschrift voor Psychotherapie | - European eating disorders review |
| - De psycholoog | - Journal of Medical Internet research |
| - CyberPsychology & Behaviour | - Journal of Social Issues |
| - Britisch Journal of Guidance & Counseling | - Computers in Human Behavior |
| - Behaviour research and therapy | - Journal of Technology in Human Services |

Naast deze databanken is er ook gebruik gemaakt van internetsites, namelijk:

www.trimbos.nl, i.com www.webzorg.nl
www.interapy.nl www.annazorg.nl

2.3 Zoekstrategieën

De gebruikte zoekwoorden/trefwoorden zijn in eerste instantie opgesteld aan de hand van de probleemstelling en onderzoeksvragen, zoals:

- e-mental health - werkwijze e-mental health/PMT - Psychomotorische therapie
- behandeling burn-out - burn-out - Therapeut

Na onderzoek naar e-mental health bleek dat er meerdere termen voor e-mental health zijn, daarom is er ook gezocht op; Internettherapie/internettherapy, e-therapy/etherapy.

Naast het gebruik van zoektermen zijn er ook literatuurlijsten van artikelen gebruikt, om meerdere artikelen over dit onderwerp te vinden.

3. Wat is e- mental health?

3.1 E-health

In 1990 werd de eerste web-browser ontwikkeld, hierna ging de ontwikkeling van het *World wide web* (www) zeer snel. Gedurende de jaren 90 wordt het *World wide web* ook beschikbaar voor het grote publiek. Dit is ook de start van de ontwikkeling van e-health. E-health is een term die opkwam in navolging van het elektronisch bankieren (e-banking) en zaken doen (e-commerce) (Oh, Rizo, Enkin & Jada, 2005). Door de snelle ontwikkeling kent e-health vele definities, het Trimbos-instituut heeft e-health als volgt gedefinieerd:

E-health kan worden opgevat als een algemene term die het gebruik omschrijft van informatie- en communicatietechnologie (ICT), met name de vele technologieën met betrekking tot het internet, wanneer deze technologieën worden gebruikt ter ondersteuning en verbetering van de gezondheidszorg (Smit & Riper, 2010).

De term e-health omvat de situaties waarin ICT gebaseerde interventies rechtstreeks worden aangeboden aan de patiënt. Dit kan gezondheidsbevordering, preventie en/of behandeling zijn. In alle gevallen zullen de patiënten de interventie ontvangen door een computer of gerelateerde apparaten zoals persoonlijke digitale assistent(PDA) (Smit & Riper, 2010).

3.2 E-mental health

De behandeling van psychologische problemen via het web heeft door de plotselinge grote ontwikkelingen op dit gebied veel gerelateerde termen zoals online hulpverlening, e-therapy, webcounseling, internettherapie, e-mail therapie, cyber therapy, e-mental health (Smit & Riper, 2010).

In dit verslag wordt de term e-mental health gehanteerd. Deze term wordt gedefinieerd als hierboven maar beperkt zich tot psychische hulp, welke wordt geboden aan mensen die een risico lopen op, lijden aan of herstellen van een psychische stoornis inclusief middelengebruik. Het kan worden aangeboden in de vorm van preventie tot lange termijn therapie (Smit & Riper, 2010).

3.3 De werkwijze van e-mental health

E-mental health is vanaf het exploderen van het *World wide web* zeer snel gegroeid. Naast dat er verschillende gerelateerde termen en definities ontstonden kwam er ook een grote variëteit in het aanbod van e-mental health interventies. In deze paragraaf wordt de werkwijze beschreven aan de hand van het aanbod van e-mental health en de verschillende interventie, aan het einde van deze paragraaf wordt de werkwijze van een behandeling met e-mental health beschreven.

3.3.1 Aanbod

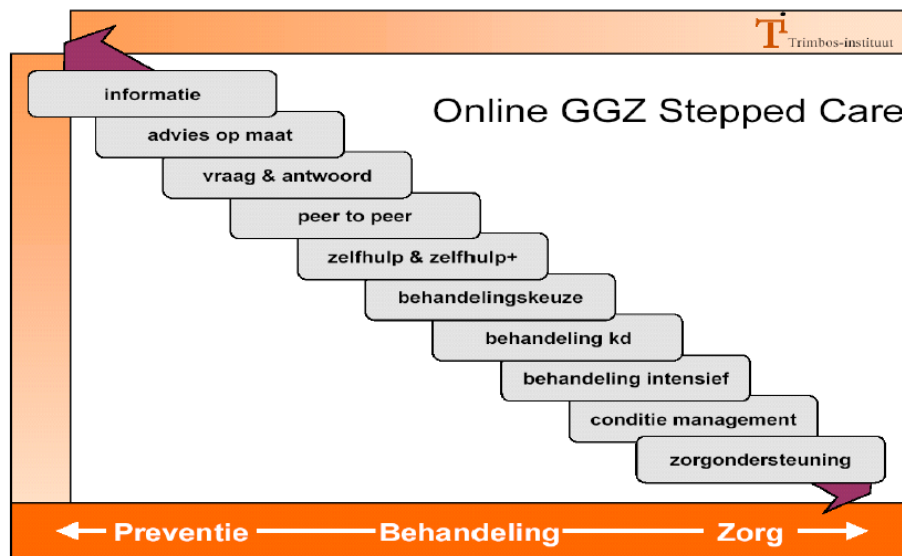
Er zijn verschillende onderzoeken naar het aanbod van e-mental health op het web. Wat wel en niet binnen het e-mental health valt verschilt per onderzoek. De gebruikte definitie lijkt hierin invloed te hebben. Zo definieert Manhal-baugus, M.E.D (2001) e-therapy (e-mental health) voor haar onderzoek als een geestelijke gezondheidszorg met licentie die professionele geestelijke gezondheidszorg bieden via e-mail, videoconversaties, virtuele reality technologie, chat-technologie of elke combinatie van dezen. Exclusief de zelfhulp methodes als publieke forums of privé. Chester en Glass (2006) vinden tijdens hun onderzoek een verscheidenheid van groepstherapie in een chatroom tot email interactie tussen therapeut en cliënt. Het Trimbos-instituut heeft in opdracht van het ministerie van volksgezondheid een overzicht gemaakt van het e-mental health aanbod in Nederland. Het aanbod van e-mental health verdelen zij in drie groepen, op basis van de doelstelling van het aanbod: Preventie, behandeling en zorg (Riper, Smit, Zanden, Conijn, Kramer, & Mutsaers, 2007).

Het doel van de preventie is het voorkomen en verminderen van de klachten en het voorkomen dat er psychische stoornissen ontstaan. Het aanbod is gevarieerd zo wordt er informatie en advies geboden, zelfhulpprogramma's zonder en met minimale begeleiding en kortdurende interventies met intensieve begeleiding (Riper, et al., 2007).

Zoals in de definitie wordt benoemd is er sprake van e-mental health wanneer een interventie via internet gericht is op een psychische hulp verlenen. Het is een behandeling op het moment dat er een behandelovereenkomst is gevormd tussen cliënt en hulpverlener, de behandelovereenkomst moet voldoen aan de kwaliteitseisen en reguleringen (BIG registratie) (Riper, et al., 2007).

Onder zorg verstaat het Trimbos-instituut interventies die gericht zijn op het ondersteunen van mensen bij het leren leven met langdurige of chronische aandoeningen. Dit kan conditiemanagement zijn, zelfmanagement, rehabilitatie of lotgenotencontact (Riper, et al., 2007). Deze vormen van aanbod zijn in een zorgketen gezet. Het Trimbos-instituut ontwikkelde hiervoor een schema, stepped care deze wordt in Figuur 1 weergegeven.

Figuur 1: Schema voor 'online stepped care'



In dit verslag zullen we verder gaan met het aanbod dat onder te verdelen is onder behandeling. Preventie en zorg van burn-out met e-mental health wordt niet verder behandeld.

3.3.2 Interventies

Op internet zijn buiten veel verschillende termen, definities, aanbod van e-mental health ook veel verschillende psychologische interventies. In het onderzoek van Lange, A, Ruwaard, J en Schrieken, B. (2009) worden al deze psychologische interventies gecategoriseerd in vier categorieën: zelfhulp, licht begeleide zelfhulp, begeleide zelfhulp en onlinepsychotherapie.

Zelfhulp: Er zijn verschillende vormen van zelfhulp. Psycho-educatie ofwel informatieverstopping is de meest elementaire maar niet onbelangrijke vorm van zelfhulp.

Licht begeleide zelf hulp: De cliënt krijgt informatie van een hulpverlener over de rationale van de interventies en laat zien hoe het gebruikt dient te worden. Daarnaast worden ze geholpen bij het kiezen van de juiste behandeling en worden de cliënten gemotiveerd door de therapeut om uitvallen te voorkomen (Lange et al., 2009).

Begeleide zelfhulp: Het Zweedse model waar Lange, et al. (2009) naar verwijzen is een *face-to-face screening*, met een kortdurend behandelprogramma, online psycho-educatie, standaard

huiswerkopdrachten en gestandaardiseerde feedback. Aanvulling kan met contacten via email, telefoon, online discussiegroepen of chatten (Lange et al., 2009).

Onlinepsychotherapie: Volledige cognitieve gedragstherapie via internet, met begeleiding van een therapeut. Er wordt gebruik gemaakt van *face-to-face* contact of telefonisch contact maar dit is niet noodzakelijk. (Lange et al., 2009)

Deze vier verschillende categorieën beschrijven goed alle interventies die er aanwezig zijn. In het verslag wordt niet verder ingegaan op zelfhulp maar op die interventie categorieën waar begeleiding bij betrokken is.

3.3.3 Werkwijze

In dit verslag gaan we verder met een behandeling van e-mental health met begeleiding onafhankelijk of dit licht begeleidt of begeleidt is. E-mental health is voor veel doelgroepen beschikbaar, de doelgroepen waarvan efficiëntie bewezen is zijn: Eetstoornissen (Zabinski, Celio, Jacobs, & Wilfley, 2003), Paniekstoornis (Richards, Klein, & Carlbring, 2003), Posttraumatische stress en gecompliceerde rouw (Lange, Rietdijk, Hudcovicava, Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2003), Slapeloosheid (Ström, Pettersson, & Andersson, 2004), Angst voor spreken in het openbaar (Botella, Banos, Villa, Perpina, & Garcia-Palacios, 2000), Depressie (Lange, Schrieken, Schreijde, Broeksteeg, Ruwaard, Schrijver, et al., 2005) en Burn-out (Ruwaard, Lange, Bouwman, Broeksteeg, & Schrieken, 2007).

E-mental health loopt altijd via het internet, zoals in de definitie wordt aangegeven. De behandelingen bestaan uit een aanmelding, screening, behandeling en nazorg met het communicatie middel internet (Grolleman, Mutsaers, & Land, 2008). De inhoud van de behandeling verschilt per aanbieder. Veel van de behandelingen zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie vanwege de gestructureerde en geprotocolleerde methodiek (Carlbring & Andersson, 2006). Er zijn ook behandelingen via internet bekend die niet op deze methode gebaseerd zijn zoals, ontspanningsoefeningen, mindfulness, psychotherapie. Deze behandelingen zijn echter nog niet goed effectief bewezen (Sorbi & Riper, 2009). De essentie van e-mental health is mensen met een psychische problemen helpen door een behandeling aan te bieden op het internet, de behandelingen zijn toegankelijk en goedkoop (Carlbring & Andersson, 2006).

4. Wat is psychomotorische therapie (PMT)?

4.1 Psychomotorische therapie

In het beroepsprofiel van de psychomotorische therapeut wordt psychomotorische therapie (PMT) als volgt gedefinieerd: Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op lichaamsbeleving en het handelen in bewegingssituaties (NVPMT, 2009).

4.2 Werkwijze van psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie is een therapie die geschikt is om dit gehele continuüm van psychische problematieken (zowel relatief lichte psychosociale of ontwikkelingspsychologische problemen, ernstiger psychiatrische stoornissen, psychosomatische problemen en (secundaire) psychische reacties op chronische ziekten en handicaps) te behandelen. Dit is mogelijk omdat de psychomotorische therapeut (PMT-er) beschikking heeft over een uitgebreid en flexibel in te zetten scala aan werkvormen, methodieken en strategieën (NVPMT, 2009).

Een PMT-er werkt doelgericht met zijn cliënten. Alle werkvormen van een PMT-er zijn gericht op het zowel letterlijk als figuurlijk in beweging zetten van de cliënt. Over het algemeen zijn er twee verschillende werkwijze te onderscheiden, de bewegingsgeoriënteerde methodieken en de lichaamsgeoriënteerde methodieken.

De bewegingsgeoriënteerde methodieken maken gebruik van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. Deze activiteiten kunnen zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden.

De lichaamsgeoriënteerde methode gebruikt oefeningen die gericht op lichaamsbewustwording. Hierbij moet er worden gedacht aan Sensory Awareness, delen uit de Mindfulness Based Stress Reduction of stressreductie door aandachtstraining, relaxatiemethoden, ademhalingsoefeningen en oefeningen afkomstig uit de bio-energetische traditie (NVPMT, 2009). In de praktijk worden de methodieken gecombineerd gebruikt.

Het beroepsprofiel van de psychomotorische therapie geeft nog een definitie van PMT die de werkwijze goed omschrijft. Psychomotorische therapie is een professionele behandelvorm die zich kenmerkt door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van bewegings- en belevingsarrangementen in een psychotherapeutische context. Deze definitie laat zien dat de therapeut een bewegingssituatie op maat aanbiedt. De essentie van PMT is het ervaren (NVPMT, 2009).

5. Burn-out

5.1 Burn-out

Het begrip burn-out bestaat ongeveer 35 jaar, hij werd als eerste beschreven door de Amerikaanse psychoanalyticus Herbert Freudenberger. Burn-out heeft te maken met het stressgehalte, de stress die iemand beleeft. Stress hoeft niet per se slecht te zijn voor je, een bepaald niveau van stress is zelfs nodig om het gewenste prestatie niveau te bereiken. Het wordt echter een probleem wanneer mensen voor een langere periode aan een zeer hoog niveau van stress worden blootgesteld. Burn-out wordt gedefinieerd als overmatige chronische stress veroorzaakt door een scheve verhouding tussen werkgerelateerde eisen en beschikbare copingvaardigheden (Ruwaard et al., 2007). Of ook wel een disbalans tussen eisen van het werk en persoonlijke behoefte (Karsten, 2003). Burn-out is nog niet opgenomen door de DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) hierdoor wordt het niet altijd erkend als een psychische stoornis.

5.2 Symptomen

Het meest voorkomende symptoom van burn-out is vermoeidheid, dit gaat vaak gepaard met verhoogde irritatie, prikkelbaarheid, vergeetachtigheid, dysforie, hoofdpijn, concentratieproblemen en onrust (van Beurden, van der Meijden, Mulder, van den Munckhof, & Zopfi, 2004). Overige symptomen zijn negatieve emotionele en psychologische reacties op aspecten van het werk, de omgeving en de organisatie. Veel voorkomende psychologische reacties van burn-out zijn depressie, angst en emotionele uitputting (Ruwaard et al., 2007).

5.3 Cijfers

In 2004 en 2005 noteert het CBS dat 1 op de 10 Nederlanders last heeft van burn-out. Deze cijfers blijken nauwelijks te zijn veranderd in de afgelopen jaren (Hupkens, 2005). Het TNO schat de jaarlijkse kosten van de toenemende werkdruk en de verschijnselen en ziekte die daarvan het gevolg zijn op ongeveer vier miljard euro (Astrid, 2008)

5.4 Fases burn-out

Bij het diagnosticeren van burn-out wordt door arbeidsdeskundigen gebruik gemaakt van fases. Fase 1 cliënten worden geacht op eigen kracht werk te kunnen vinden, bij fase 2 en fase 3 cliënten worden arbeidsmarktinstrumenten ingezet, terwijl fase 4 cliënten aangewezen zijn op hulp en zorg (Vos, 2000).

5.5 Behandeling burn-out met e-mental health.

De behandeling van e-mental health wordt beschreven aan de hand van het raamwerk, zoals een PMT-module is opgezet. Per kopje wordt beschreven hoe e-mental health is opgezet bij een behandeling van burn-out volgens de organisaties met het grootste zorgaanbod: Interapy, Webzorg en Annazorg.

Doelgroep

Deze behandeling is gericht op de mensen met een burn-out. De behandeling is open voor iedereen die aan de randvoorwaarden voldoet.

Indicaties

Om in aanmerking te komen voor een behandeling moet de cliënt bij alle drie de organisaties een verwijfsbrief van huisarts of bedrijfsarts inleveren. Daarnaast kunnen de cliënten een zelftest doen om de mate van burn-out vast te stellen (Lange, van de Ven, Schrieken, & Smit, 2003)

Contra indicatie

Het Trimbos-instituut selecteert een aantal groepen waarvoor online psychische hulp niet geschikt zijn: Cliënten met ernstige stoornissen, zoals psychoses en schizofrenie, mensen met sterke cognitieve beperkingen of bij wie de realiteitszin verstoord is wordt door de American Psychiatric Association e-mental health afgeraden (Grolleman, et al., 2008). En daarnaast worden bij situaties waarbij cliënten een gevaar vormen voor zichzelf (suicide) of voor anderen cliënten geweerd voor e-mental health (Grolleman et al., 2008).

Als laatste groep waarvoor volgens het Trimbos-instituut onderzoek e-mental health niet geschikt is, is de groep laaggeletterde mensen, mensen met een licht verstandelijke beperking of mensen die weinig tot geen ervaring hebben met het gebruik van computers en internet (Grolleman et al., 2008).

De organisatie Interapy heeft hieraan nog een aantal groepen toegevoegd namelijk, de cliënten die bij Interapy jonger zijn dan 18 jaar. De cliënten die middelen gebruiken, hiermee wordt drugs en overmatig alcohol bedoeld. Ook mensen die al in behandeling zijn van een psycholoog of psychiater kunnen niet aan de behandeling beginnen. Als laatste sluit Interapy ook mensen uit met de bipolariteit of een dissociatiestoornis, of dit het geval is wordt bepaald aan de hand van een vragenlijst (Lange, et al., 2005). Verder is nog weinig bekend voor wie e-mental health wel en niet geschikt is (Andersson, 2009).

Randvoorwaarden cliënt:

De cliënten moeten in bezit zijn van een computer met internettoegang. Wanneer er met e-mailcontact wordt gewerkt moet de cliënt ook in het bezit zijn van een e-mailaccount. Als laatste is het bij sommige organisaties nodig dat de cliënt Nederlands kan spreken.

Intake

De intake gebeurt bij alle drie de organisaties online. Bij de aanmelding van een behandeling ontvangt de cliënt een aantal vragenlijsten, deze worden of op de site gezet of als bijlage bij een email toe te voegen (Ruwaard et al., 2007). De vragenlijsten zijn de biografische vragenlijst deze bevat vragen over alcohol- en drugsgebruik en consumptie van medicijnen en zorg, de gewaarwordingenlijst, dit is een vragenlijst voor het opsporen van psychoseachtige verschijnselen en als laatste de Suicide risico taxatielijst, de lijst bevat 6 vragen items die de mate van suicidaliteit vaststelt (Lange et al., 2003). Aan de hand van deze vragenlijst wordt er gekeken of de cliënt geschikt is voor de behandeling. Wanneer de cliënt geschikt is moet hij een formulier ondertekenen waarin het doel en aard van de behandeling staan omschreven. Dit formulier moet worden opgestuurd naar de organisatie. Als het formulier ondertekend binnen is krijgt de

cliënt een psycholoog/therapeut toegewezen en kan de behandeling starten (Interapy, 2010). Bij Webzorg en Annazorg wordt er na de intake nog een telefonische of face-to-face afspraak gemaakt, om een goed behandelprogramma op te stellen (Annazorg, 2010, Webzorg, 2010).

Doelen

Het doel van de behandeling bij Interapy is om kennis en vaardigheden op te doen om stress effectief aan te pakken en om teveel aan spanning of een burn-out in de toekomst te voorkomen (Interapy, 2010). Bij Webzorg is het doel van de cognitieve gedragstherapie bij burn-out om denkpatronen en gedragingen te veranderen, waardoor de cliënt zich beter voelt en de burn-outklachten verminderen. Annazorg heeft als doel het minimaliseren van de lichamelijke en psychische klachten als gevolg van een burn-out. Het specifieke doel is om het dagelijkse leven weer op te pakken en te leren hoe het in de toekomst voorkomen kan worden.

Alle drie de organisaties hebben als doel om nieuwe vaardigheden aan te leren om zo de klachten te verminderen en het in de toekomst te voorkomen.

Referentiekader

De behandelingen via e-mental health lopen bij alle drie de organisaties volgens de principes van cognitieve gedragstherapie.

Behandeling:

De behandeling zoals die wordt gegeven bij Interapy omvat psycho-educatie, bewustwording, toegepaste relaxatie, cognitieve herstructurering, positief zelfbeeld verbaliseren, sociale vaardigheidstraining en time management. In de behandeling van Interapy wordt er met een fasemodel gewerkt die bestaat uit 7 fasen. Bij Webzorg en Annazorg wordt er gewerkt met een 5 fasemodel, hierin wordt behandeld: bewustwording, balans en herstel, inzicht en verbetering en terugvalpreventie. Bij Annazorg is de mogelijkheid om wanneer het nodig is de behandeling aan te vullen met evenwichtig denken, gedragsexperiment, doelen en waarden, timemanagement, sociale vaardigheden en zelfbeeld. Tijdens de behandeling leer je om tijdig spanningssignalen bij jezelf te herkennen en hoe je daar actie op kunt ondernemen. Je leert voor meer rust en ontspanning te zorgen, ook onder stressvolle omstandigheden. De praktische oefeningen van de behandeling leren je beter reageren in lastige situaties en je eigen grenzen te bewaken.

Hieronder worden de zeven fasen van Interapy besproken omdat hierin ook de vijf fasen van de andere organisaties in terug komen.

Fase 1: Bewustworden: registreren en schrijven

Het doel van deze fase is beter inzicht krijgen in de burn-out van de cliënt. Bij alle drie de organisaties gaat de cliënt in deze fase in kaart brengen welke signalen horen bij de burn-out.

Fase 2: Bewustworden: ontspannen en slaaphygiëne

Het oefenen van ontspannen staat in deze fase centraal. Er worden oefeningen voor ontspanning gegeven en er wordt uitleg gegeven over hoe de cliënt een goed slaapritme en slaapgewoonte krijgt.

Fase 3: Cognitief herstructureren: het piekerprogramma

In deze fase wordt het piekeren aangepakt wat een kenmerk is van mensen met een burn-out. De cliënten krijgen oefeningen mee om het piekeren te structureren.

Fase 4: Cognitief herstructureren: concentreren op positieve kwaliteiten.

Hier krijgen de cliënten instructies om de sterke kanten van hun zelf naar voren te halen. Checken welke gedachten kloppen en welke niet.

Fase 5: Omgaan met anderen

Door de burn-out zijn mensen kribbig en agressief geworden, sociale contacten lopen daarom vaak uit in ruzies. Om dit weer onder controle te krijgen wordt er een sociale vaardigheidstraining gegeven om rustig te reageren op anderen.

Fase 6: time management

Om te voorkomen dat de mensen alles tegelijkertijd willen doen wat veel stress oplevert, wordt er in deze fase timemanagement aangeleerd. Inzicht krijgen in de manier waarop de cliënt met taken omgaan en hoe dit anders kan.

Fase 7: Toekomst, reïntegratie en terugvalpreventie.

De laatste fase is gericht op de toekomst. De cliënt kan weer geleidelijk gaan herintreden op zijn werk. Maar er wordt ook een terugvalplan gemaakt, deze kunnen ze uitprinten en thuis ophangen zodat de handvatten om niet in valkuilen te stappen dichtbij zijn.

De behandeling bestaat uit veel opdrachten die je gedurende de week op eigen tijd kan uitvoeren. De therapeut geeft feedback en eventuele extra informatie op de opdrachten.

Er zijn geen afspraken over de dagen waarop de therapie moet worden uitgevoerd. De cliënt bepaald zelf waar en wanneer hij aan de opdrachten gaat werken. Vooraf aan de behandeling is wel een afspraak gemaakt over het reageren van de therapeut. Bij de meeste organisaties is de afspraak dat het feedback binnen 24 uur wordt gegeven (Lange, Ven, Schrieken, & Smit, 2003).

Therapeut

Bij de behandeling van burn-out wordt er gewerkt met een therapeut die de cliënt online ondersteunt. De therapeut wordt aan het begin van de behandeling toegewezen aan de cliënt. De therapeut moet om kunnen gaan met computers en het programma waar gebruik van wordt gemaakt. De therapeut moet in staat zijn om op een goede wijze te kunnen communiceren via tekst, dit betekent ook empathie kunnen tonen via de tekstcommunicatie (Abbott, Klein, & Ciechomski, 2008).

Therapeutische attitude:

Bij e-mental health hebben therapeuten over het algemeen een motiverende houding. Deze houding zorgt voor meer therapietrouw bij de cliënten (Lange et al., 2003).

Groep/individueel

De e-mental health behandelingen zijn individueel. Er zijn wel organisaties die lotgenotencontact aanbieden, maar er zijn geen online groepsbehandelingen bekend.

Organisatie

De behandeling heeft een variërende behandelduur. Bij alle drie de e-mental health organisaties wordt een gemiddelde behandelduur gegeven, afhankelijk van de aard en de ernst van de klachten.

Interapy: gemiddelde behandelduur 19 tot 21 weken.

Webzorg: gemiddelde behandelduur 16 tot 24 weken.

Annazorg: gemiddelde behandelduur 20 tot 25 weken, gemiddeld 2 uur inlogtijd per week en daarnaast nog tijd voor het uitvoeren van oefeningen.

Voor de behandeling hoeven geen afspraken te worden gemaakt. De cliënt kan 24 uur per dag, 7 dagen in de week bezig met de behandeling. Wanneer de cliënt contact legt met de therapeut reageert hij binnen 24 uur met feedback.

Wanneer de behandeling is afgelopen houdt de cliënt bij Interapy een jaar zijn inlogcode, dan kan alles nog eens nagelezen worden, mocht het noodzakelijk zijn kan er ook een cd met alle informatie worden opgestuurd (Interapy, 2010).

Evaluatie

De evaluatie gebeurt aan de hand van online vragenlijsten die vooraf en achteraf en soms ook tussentijds worden afgenomen, deze evaluatie is ook voor wetenschappelijk onderzoek. De vragenlijsten die worden gebruikt zijn: UBOS, deze geeft de mate van burn-out aan en de DASS vragenlijst hiermee wordt de mate van stress bepaald (Lange et al., 2003). Daarnaast wordt er aan de hand van de evaluaties gekeken of de cliënt voldoende baat heeft gehad bij de behandeling via internet en hoe ze de behandeling en het contact met je behandelaar hebben ervaren. Naar aanleiding van de evaluatie kan het behandelplan worden bijgesteld (Annazorg, 2010).

Na 3 maanden na afsluiting van de behandeling wordt er weer contact op genomen om nog een laatste vragenlijst in te vullen om te zien of de resultaten blijvend zijn en of het nog steeds goed gaat met de cliënt.

Algemene randvoorwaarden.

Personeel

Deze behandeling wordt begeleid door één behandelaar. De behandelaar moet op de hoogte zijn van de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast moet de behandelaar in staat zijn om op een goede wijze kunnen communiceren via tekst (Abbott et al., 2008).

Tijdsinvestering

In het onderzoek voor burn-out behandeling bij Interapy waren tien contact momenten ingepland, in een zeven weeks programma. Per contact moment kostte het de therapeut een half uur van zijn tijd. In totaal was de therapeut vijf uur kwijt aan de totale behandeling van één cliënt (Ruwaard et al., 2007). De gemiddelde tijdsduur van de behandeling van de drie organisatie is 21 weken. De tijdsinvestering voor een therapeut over 21 weken met 10 contactmomenten per 7 weken zou dan op 15 uur uitkomen.

Financiën

Rondom de financiën bestaat nog veel onduidelijkheid. Bij alle drie de organisaties wordt de behandeling door de zorgverzekeraar vergoed mits je een doorverwijzing hebt van een verwijzend arts. De onduidelijkheid ligt rondom de bepaling welk aanbod wel en welk aanbod niet kan worden gefinancierd door een verzekeraar. Bij tweederde van het e-mental health aanbod wordt er op dit moment geen kosten in rekening gebracht bij de cliënten.

Valkuilen

Uit onderzoeken naar het aanbod van e-mental health komen een aantal valkuilen naar voren die in de behandeling via e-mental health problemen kunnen veroorzaken. Hieronder worden de valkuilen en de oplossingen genoemd, zoals die in het onderzoek van Calbring & Andersson (2006) naar voren kwamen:

Door het gebruik van computersoftware kunnen er moeilijkheden in de software ontstaan die de communicatie verstoren. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat hackers de beveiligde server infiltreren, dit heeft als gevolg dat de vertrouwelijke informatie van de cliënten bloot kan komen te liggen. Een aantal oplossingen voor dit probleem is het gebruik van SSL-certificatie, anonieme inlog-namen of automatische log out na bepaalde tijd.

Ook een valkuil van e-mental health is het gemis van non-verbale communicatie, de gezichtsuitdrukkingen en visuele signalen, dit kan bij *face-to-face* contact leiden tot het begrijpen van de woorden en zinnen. Een oplossing voor dit probleem is het toevoegen van opmerkingen als smilies bij de tekst om zo de tekst begrijpelijker te maken.

Door internet kan de communicatie met familie en sociaal netwerk afnemen en kan sociale isolatie ontstaan. Het onderzoek van Kraut (2002) haalt dit argument echter onderuit. Hij heeft na drie jaar dezelfde deelnemers, van het onderzoek waar dit probleem was ontstaan, opnieuw onderzocht. Uit dit nieuwe onderzoek bleek dat de negatieve effecten na 3 jaar waren verdwenen. Het onderzoek van Kraut (2002) gaf ook aan dat het gebruik van internet betere resultaten geeft voor extraverte mensen en de mensen met veel sociale steun en slechtere resultaten voor introverte en mensen met minder steun, dit voorspelt het 'rich get richer' model.

Als laatste is door het gemis aan *face-to-face* contact minder controle te krijgen over de cliënt, in noodsituaties, zoals suïcide is dit gevaarlijk. Noodzakelijk voor de op internet gebaseerde behandelingen is om vooraf aan te geven wat een cliënt dan kan doen. Dit kan door middel van een noodknop in het systeem of door toch een telefoonnummer te geven van de therapeut of noodlijn (Calbring & Andersson, 2006).

5.6 Behandeling burn-out met PMT

Doelgroep

De behandeling is voor mensen die zich aanmelden met de diagnose burn-out, waardoor ze arbeidsongeschikt zijn geraakt.

Indicaties en contra-indicaties

Indicatie: mensen met burn-out klachten, gefaseerd door een arbeidsdeskundige als fase 1 of 2.

Contra-indicaties:

De behandeling van PMT bij burn-out heeft een aantal contra-indicaties opgesteld. Zo worden cliënten waarbij deelnemen aan een groepsprogramma een probleem vormt voor de cliënt of de groep uitgesloten. Cliënten waarbij het functioneren in grote mate wordt belemmerd door andere psychiatrische of persoonlijkheidsstoornissen worden ook uitgesloten. Zoals de indicatie aangeeft worden enkel cliënten die in fase 1 of 2 zitten aangenomen, fase 3 of 4 cliënten kunnen niet deelnemen aan deze behandeling. Als laatste worden cliënten die middelen gebruiken als drugs of overmatig alcohol gebruik ook uitgesloten (van Beurden et al., 2004).

Randvoorwaarden cliënt

De randvoorwaarden zijn gesteld om de PMT behandeling zo optimaal mogelijk te maken. In de module van Van Beurden et al. (2004) worden een aantal randvoorwaarden genoemd als, wekelijks tijd vrij maken voor PMT, motivatie voor deelname, steun van thuis/werk, deze voorwaarden zijn erg voor de hand liggend maar wel belangrijk voor het doen slagen van de behandeling. Als laatste moet de cliënt in staat zijn om op een reële wijze naar zijn eigen functioneren te kijken.

Doelen

Het algemene doel van de behandeling van burn-out is het verminderen of opheffen van de burn-out klachten waardoor reïntegratie van de deelnemer in het arbeidsproces wordt bevorderd.

Intake

De diagnose wordt gesteld door een externe bijvoorbeeld een arbo-arts. De intake wordt vervolgens door de PMT-er individueel afgenomen.

In de intake is het belangrijkste de probleemanalyse, het inventariseren van de problemen en klachten van de cliënt. De cliënt wordt geïnformeerd over de module, de doelen van de module, de organisatie, de psychomotorische werkwijze en de randvoorwaarden van de cliënten. Er wordt ook gevraagd naar de bewegingservaringen en de eventuele beperkingen bij bewegen en naar de sociale steun van de cliënt. Tijdens de intake wordt ook een vragenlijst afgenomen voor de effectmeting van de module. Deze vragenlijsten zijn UBOS (geeft een beeld van de mate van de burn-out) en SCL-90 (geeft zicht op de klachten). Als laatste worden individuele doelen opgesteld. De intake bestaat uit twee contact momenten de eerste is een *face-to-face* bijeenkomst waar bovenstaande wordt behandeld. De tweede is of een *face-to-face* of een telefonische bijeenkomst waarin de cliënt zijn beslissing over het wel of niet deelnemen aan de module bekend maakt (van Beurden et al. 2004).

Referentiekader

Op basis van de etiologie van een burn-out wordt er hier gekozen om te werken volgens het bio-psychosociaal model. Op alle drie de gebieden (biologisch, psychologisch en sociaal) grijpt burn-out in het leven van de cliënt in. De balans moet worden terug gevonden door aan alle drie de aspecten te werken (van Beurden et al. 2004). Dit gebeurt door de principes van cognitieve gedragstherapie te gebruiken.

Behandeling

De behandeling bestaat uit een vijf fase model, deze wordt beschreven in het boek van Karsten (2003). De bedoeling van de vijf fasen is om de vicieuze cirkel waar mensen met een burn-out in terechtkomen te doorbreken. De fasen zijn 1: Fysieke en emotioneel herstel, 2: Activatie, 3: Cognitieve training, 4 reïntegratie en 5 terugval preventie (Karsten, 2003). In de PMT module zijn deze fasen ingekort en naar een PMT behandeling vertaald wat er als volgt uit komt te zien:

Fase 1: 2 bijeenkomsten

Deze fase is gericht op het herstel van de balans tussen activiteit en herstel. In deze fase is er veel tijd voor rust momenten en worden activiteiten tot het minimum beperkt.

Fase 2: 2 bijeenkomsten

In deze fase wordt de activiteit en herstel gericht weer opgepakt. Er wordt gekeken naar ieders stressoren en energiebronnen, om zicht te krijgen op de verstoorde balans. Daarnaast worden gedoseerd energiegevendende activiteiten opgepakt.

Fase 3: 5 bijeenkomsten

Het gaat er hier om dat er inzicht wordt verworven in de manier van omgaan met stressgevendende situaties, gedachten en eerste contacten met het werk. Belangrijk in deze fase is het ontwikkelen van een nieuwe copingstrategie.

Fase 4: 2 bijeenkomsten

Er wordt geprobeerd om de geleerde vaardigheden in stand te houden en daarnaast wordt een werkhervattingplan ontwikkeld.

Fase 5: 1 bijeenkomst

Voor het reduceren van terugval wordt er ook een terugvalplan opgesteld, deze is om in moeilijk tijden niet in een valkuil te stappen.

Bij iedere bijeenkomst wordt huiswerk meegegeven die de week erop wordt besproken. De sessie heeft elke week een vaste vorm zo start je met een terugblik op de vorige sessie vervolgens het doornemen van het huiswerk, het inleiden van het thema van de bijeenkomst, werkvormen met korte evaluatie momenten, eindevaluatie en het huiswerk voor de volgende keer (van Beurden et al. 2004). In de bijeenkomst kan halverwege een pauze worden ingelast.

Therapeut

Bij de PMT behandeling voor burn-out wordt gewerkt met één PMT-er. De therapeut staat vast op de behandeling. Deze therapeut moet beschikken over een aantal vaardigheden om de behandelgroep zo goed mogelijk te kunnen begeleiden. De therapeut moet kunnen inspringen op actuele zaken, die worden ingebracht door de cliënten. De therapeut moet voor deze module beschikken over creativiteit,

vingingrijkheid en improvisatie vermogen. De therapeut moet als laatste ook in het bezit zijn van kennis en vaardigheden van de verschillende methoden en (gesprek)technieken.

Therapeutische attitude:

De attitude van de therapeut verandert ten aanzien van de verschillende fase waar de cliënt zich in kan bevinden. In de eerste fase is de attitude voornamelijk steunend en/of structurerend. In de tweede en derde fase is de attitude van de therapeut meer gericht op confronteren. In de laatste fase is de houding meer coachende en begeleidende (van Beurden et al, 2004, Weerman, 2006).

Groep/individueel

De module PMT geschreven door van Beurden et al. (2004) is geschreven voor een groep. De groep is een gesloten groep van 6 tot 8 mensen in de leeftijd 25 t/m 65. De groep is gesloten, om zo de groep samen in proces te kunnen laten gaan. Daarnaast kun je door het ontstaan van bekendheid/vertrouwen beter oefenen. De groep kan uit mannen en vrouwen gemengd bestaan. Door de verschillen tussen mannen en vrouwen in een probleem oplossen, gevoelens uiten, hulp vragen, kunnen ze van elkaar veel leren.

Organisatie

De module bestaat uit 12 bijeenkomsten van twee en een half uur, exclusief de intake en follow-up. De eerste 10 bijeenkomsten zijn wekelijks, de laatste bijeenkomsten zijn telkens met 2 weken pauze. Een follow-up bijeenkomst wordt ongeveer 3 tot 4 maanden na de laatste bijeenkomst gepland. Het herstel van een burn-out is erg afhankelijk van de fase waar de cliënt in zit en of ze genoeg beschermende factoren hebben. Er is dus een kans dat het herstel van de burn-out meer tijd nodig heeft, daarom wordt er een mogelijkheid geboden om twee keer deel te nemen aan de module (van Beurden, 2004).

Evaluatie

Bij de behandeling beschreven door van Beurden et al. (2004) wordt de evaluatie gedaan aan de hand van het afnemen van testen. Die vooraf van de behandeling in de intake worden ingevuld en achteraf bij de afsluiting. De testen die worden aangeraden zijn net als in de intake de SCL-90 en de UBOS.

Algemene randvoorwaarden.

Over het algemeen werkt de PMT-er volgens de basisberoepscode van NVPMT. Daarnaast moet de PMT-er op de hoogte zijn van de reïntegratie processen.

De module wordt gehouden in een accommodatie die geschikt is voor een groep en waar sport en spel activiteiten kunnen worden uitgevoerd, het liefst een kleine sportzaal. Voor de oefeningen kunnen spel en oefenmaterialen nodig zijn. De cliënten worden geadviseerd om makkelijk zittende kleding te dragen en als er in een sport zaal wordt gewerkt moeten er binnenschoenen worden gedragen.

Personeel

Er wordt gewerkt met een geregistreerde PMT-er.

Tijdsinvestering

De behandeling omvat 14 keer 2,5 uur. Daarnaast moet er nog rekening worden gehouden met voorbereidingstijd van ongeveer 1 uur per keer. Maar ook tijd voor het verwerken van de vragenlijsten en contact met andere hulpverleners. Voor de behandeling is 14 x 3,5 uur = 49 uur nodig. Daarnaast is kan er nog tijd nodig zijn voor intervisie/supervisie of scholing.

Financiën

De kosten worden hier beschreven in een vorm van een indicatie op basis van een aantal punten waar eventueel rekening mee moet worden gehouden. De uurprijs van de module is een individuele uurprijs van 50 tot 75 euro per uur plus de kosten van materiaal, ruimte en evt. koffie/thee.

Bij de 2,5 uur behandeling moet ook nog een half uur voorbereiden en opruimtijd worden gerekend per sessie. Het verwerken van testen kost ongeveer 1 uur per persoon. En de voorbereiding en evaluatie sessie duurt 1 uur per keer. Uitgaande van 6 personen is 75 uur maal 50 tot 75euro, is 3750 tot 5625 euro. Per persoon ligt de prijs voor de module tussen de 650 en 950 euro.

Valkuilen

De duur van de module is 12 bijeenkomsten, in deze twaalf bijeenkomsten worden 5 fases doorstaan. In het boek 'Omgaan met burn-out' worden deze vijf fases uitgebreid omschreven ook wordt de duurt per fase beschreven. Zo staat er bijvoorbeeld voor fase 1 vier weken, fases 2 vanaf vier tot 12 weken etc. (Karsten, 2003). De PMT- module heeft erg gesneden in de tijd, waardoor de fases flink zijn ingekort. Het kan dus zijn dat deze module te kort is voor het behalen van het behandeldoel.

Als oplossing kan er de cliënt twee maal meedoen aan de module. De tweede keer wordt er op een lagere intensiteit of met enige differentiatie de verschillende fases doorlopen.

De PMT-er heeft zijn grenzen, belangrijk voor een PMT-er is zicht te hebben wie in welke situatie ondersteuning of hulp aan de cliënt kan bieden.

Deze module wordt gegeven in een groep, dit kan voor een aantal mensen voor problemen zorgen. Vooral ook omdat de groep kan bestaan uit mannen en vrouwen. Als oplossing is het beste om in de intake dit duidelijk te maken naar de cliënt.

Als laatste is een valkuil van deze behandeling dat de cliënten alleen tijdens de behandeluren contact kunnen hebben met de therapeut. Als oplossing kan de cliënt zijn vragen opschrijven of de therapeut bellen echter moeten en dan wel afspraken worden gemaakt wanneer wel en niet contact mag worden opgenomen.

6. Vergelijking e-mental health met PMT

Doelgroep

Beide behandelingen behandelen de mensen met een burn-out. PMT beperkt het echter tot enkel de mensen in fases 1 of 2 van burn-out.

Indicaties

Bij beide behandelingen is een doorverwijzing nodig. De rest van de indicatie gebeurt bij e-mental health online aan de hand van verscheidene vragenlijsten. Bij PMT is de indicatie alleen op basis van de doorverwijzing.

Contra indicaties

De contra indicaties komen over het algemeen overeen met elkaar.

Randvoorwaarden

De PMT behandeling heeft aanzienlijk meer randvoorwaarden, een aantal kunnen ook voor de e-mental health behandeling gelden maar worden daar niet genoemd. De belangrijkste randvoorwaarde die een groot verschil maakt tussen de beide behandelingen is de randvoorwaarden om structureel plaats te maken voor de module. Bij e-mental health is de cliënt vrij om te bepalen wanneer hij/zij van het aanbod gebruik wil maken (Grolleman et al., 2008). Dit scheelt de cliënt veel reistijd.

De voorwaarde dat er iemand moet zijn waar de cliënt op terug kan vallen, wordt niet benoemd bij e-mental health. E-mental health kan je uitvoeren zonder dat je omgeving hiervan af weet, er is een kans dat de communicatie met familie afneemt en isolement kan ontstaan. Het onderzoek van Kraut et al (2002) haalt dit argument door zijn vervolgonderzoek onderuit, door te bewijzen dat deze negatieve factoren na verloop van tijd verdwenen zijn. Hij geeft wel aan dat internet behandeling beter is voor mensen met sociale steun. Je zou dus kunnen stellen dat het voor beide behandeling belangrijk is.

Doelen

De doelen van beide behandelingen komen overeen met elkaar. Beide behandelingen wil de klachten doen verminderen, zodat de cliënten uiteindelijk weer terug kunnen in het werkveld.

Intake

Bij e-mental health gebeurt de intake online aan de hand van een aantal vragenlijsten om er zeker van te zijn dat de cliënt geschikt is. Wanneer de cliënt geschikt is voor de behandeling moet hij een contract ondertekenen. Bij PMT wordt de intake *face-to-face* gehouden, in dit gesprek wordt veel informatie gegeven en er worden vragenlijsten afgenomen. De cliënt krijgt bedenktijd en kan in de tweede bijeenkomst van de intake aangeven of hij daadwerkelijk PMT wil volgen. De intake van PMT kost de cliënt meer tijd gezien het reizen en de twee bijeenkomsten. Voor e-mental health kost het invullen van de vragenlijsten tijd maar dit kan in eigen tempo.

Referentiekader

De referentiekaders komen overeen. Het onderzoek van de Klink (2001) geeft ook aan dat cognitieve gedragstherapeutische interventies effectiever zijn dan andere interventies bij burn-out.

Behandeling

Als je kijkt naar de behandeling van e-mental health en PMT komen ze aardig overeen. Ze gebruiken beide een fase model, de fases verschillen amper in de doelstellingen.

Het verschil zit hem ook hier weer in het *face-to-face* contact en contact enkel via internet. In de literatuur is er veel discussie over het effectiviteitsverschil tussen deze twee werkwijzen. Echter is er nu steeds meer onderzoek dat aangeeft dat het aanbod door middel van internet of *face-to-face* beide effectief zijn en niet in effect verschillen (Andersson, 2009, Sorbi & Riper, 2009).

Bij beide behandelingen wordt er gebruik gemaakt van huiswerk opdrachten. Bij e-mental health maken de cliënten deze thuis en sturen ze via internet naar hun therapeut. De therapeut geeft er op zijn tijd feedback op binnen 24 uur. Bij PMT hebben de cliënten tussen de behandelingen tijd voor hun huiswerk, dit huiswerk wordt de volgende behandeling besproken met de groep en de therapeut. Het nadeel van de werkwijze van PMT ten opzichte van e-mental health is dat de cliënt niet zelf zijn tempo kan bepalen en dat de therapeut direct feedback moet kunnen geven. De therapeut kan dus niet overleggen met andere collega's. Als laatste is een groot verschil dat er bij PMT een duidelijke opbouw van een behandelsessie bestaat, dit is bij e-mental health niet het geval. Hier bepaald de cliënt zelf wanneer hij inlogt. De enige afspraak is dat de therapeut binnen 24 uur reageert. Bij e-mental health hebben de cliënt en therapeut meer vrijheid. De cliënt meer vrijheid in het tempo van de behandeling en de therapeut in het over denken van zijn feedback eventueel met een collega.

Therapeut

Hierin is wel een duidelijk verschil aanwezig. Bij beide behandelingen is een therapeut betrokken. Volgens het onderzoek van Andersson (2009) is dit ook nodig: *'Emerging evidence across trials clearly suggests that the computer cannot totally replace human contact, even if it can be minimised'*. Bij alle drie de organisaties wordt dan ook gewerkt met een internet behandeling met een therapeut.

De benodigde vaardigheden van de therapeut zijn echter in beide behandelingen anders. Bij PMT moet de therapeut in bezit zijn van gespreksvaardigheden, terwijl een e-mental health therapeut in bezit moet zijn van tekstcommunicatie vaardigheden.

Belangrijk bij een PMT behandeling is dat de therapeut in het bezit is van improvisatie en vindingrijkheid om zo op elke situatie te kunnen reageren en waar nodig iets nieuws te bedenken om te cliënten verder te helpen. Dit maakt de behandeling zwak omdat het slagen in handen van de vaardigheden van de therapeut ligt maar ook sterk omdat de behandeling kan worden aangepast aan de behoefte van de cliënt. Bij e-mental health zie je dit niet terug. De therapeut heeft tijd om na te denken, dit maakt hem niet zwak. De therapeut werkt volgens een handleiding, wat de behandeling aanpassen aan de behoefte van de cliënt moeilijker maakt. Dit kan de therapeut enkel doen door zijn feedback.

Nog een duidelijk verschil is de manier waarop er een relatie ontstaat tussen therapeut en cliënt. Bij *face-to-face* is dat zoals dit bij elk ander sociaal contact gebeurt. Bij e-mental health zit er een computer tussen dit maakt de mogelijkheid tot het opbouwen van een relatie discutabel. Echter is uit onderzoek gebleken dat deze vorm van relatie wel mogelijk is (Manhal-Baugus, 2001, Ruwaard et al., 2007).

Als laatste blijkt uit onderzoek dat de aanwezigheid van een online therapeut belangrijk is voor de therapie trouw en de uitkomst van de behandeling (Andersson, 2009) Of dit ook voor PMT kan gelden is niet duidelijk.

Attitude

De attitude bij de PMT behandeling verandert per fase en is gericht op de persoon om zijn proces te bevorderen. Bij e-mental health spreken ze in de literatuur alleen over een motiverende attitude. Deze attitude bevordert de therapie trouw van de cliënten (Lange, et al., 2003).

Groep/individueel

Deze vergelijking is moeilijk te maken, omdat er bij dit onderzoek geen gebruik gemaakt is van 2 groepstherapieën of 2 individuele therapieën.

Organisatie

Het grote verschil in de organisatie is de asynchrone communicatie bij e-mental health en de synchrone communicatie bij PMT. De asynchrone communicatie geeft vrijheid in de tijd wanneer je met de behandeling bezig gaat. Het geeft de mogelijkheid om vanuit huis hulp te krijgen. De cliënt kan dus vanuit een voor hem veilige situatie behandeld worden. Als laatste levert de asynchrone communicatie tijdsbesparing op doordat er geen reistijd is (Manhal-Baugus, 2001). De synchrone communicatie brengt meer organisatie met zich mee.

De duur van de behandeling verschilt sterk. Bij PMT is de behandelduur 12 weken en bij e-mental health is de gemiddelde behandelduur van alle drie de organisaties 21 weken. De duur van E-mental health behandeling is beduidend langer. Dit is waarschijnlijk doordat de cliënt zelf het tempo van de behandeling kan bepalen.

Evaluatie

Om de effectiviteit van de behandeling te testen wordt er tijdens de evaluatie gebruik gemaakt van dezelfde vragenlijsten. Bij e-mental health worden deze online afgenomen, bij PMT in de laatste behandeling. Het online afnemen neemt kost geen tijd in het contact met de therapeut waardoor het voordeliger is om het online af te nemen.

Algemene voorwaarden

Bij e-mental health zijn naast de randvoorwaarden geen algemene voorwaarden bekend. Bij PMT zijn er echter wel nog een aantal voorwaarden. Deze zijn van organisatorische aard maar kunnen wel bijdragen aan het minder toegankelijk worden van PMT.

Personeel

Bij beide behandelingen is één therapeut direct betrokken bij de behandeling. De voorwaarden van de therapeut verschillen. Deze zijn bij het kopje therapeut al naar voren gekomen.

Tijdsinvestering

Hier zit een groot verschil. Gezien de tijdsinvestering kost de PMT behandeling de therapeut duidelijk meer tijd. Terwijl de behandelduur van e-mental health langer is kost het de therapeut nog steeds minder tijd. Dit zou kunnen betekenen dat een therapeut meer cliënten in behandeling kan nemen.

Financiën

E-mental health is aanzienlijk goedkoper dan PMT, ook al is de financiering rondom e-mental health nog onduidelijk.

7. Hoe is e-mental health te combineren met PMT voor een efficiëntere behandeling bij burn-out?

7.1 Combineren van e-mental health met huidige traditionele behandelingen?

Er wordt verwacht dat in de toekomst geen enkele behandeling meer zonder het gebruik van internet verloopt (Andersson, 2009, Sorbi & Riper, 2009, Riper et al. 2007). In het onderzoek van Andersson (2009) wordt gezegd dat verschillende behandelingen kunnen worden gecombineerd. Een voorbeeld hiervan is exposure en internet therapie. Dit is in een aantal studies getest. Ze verwachten ook dat het in de toekomst mogelijk is om met de cliënt in contact te blijven via het internet, terwijl er de behandeling in een instelling plaats vindt (Andersson, 2009). Als laatste geeft Andersson (2009) nog een tip voor de geestelijke gezondheidszorg ‘nieuwe technologie moet niet automatisch gezien worden als een vervanging, maar kan beter gezien worden als een compliment naar de huidige behandelingsprotocollen.’ Het is mogelijk om de behandelingen te combineren. Echter zijn de studies hierover nog beperkt.

7.2 Combineren van e-mental health met psychomotorische therapie

Gezien het vorige hoofdstuk zijn er veel punten waar e-mental health verschilt met PMT. Maar er zijn ook punten waar ze overeenkomen. Zo is het belangrijkste dat beide behandelingen hetzelfde doel willen bereiken. Om het doel te bereiken gebruiken ze beide cognitieve gedragstherapie. Hierdoor wordt het ook daadwerkelijk mogelijk om de behandelingen te combineren.

Om PMT efficiënter te maken wordt er ingegaan op de punten waar e-mental health voordeliger is. Dit betekent dat e-mental health meer tijd en/of geld bespaard. Over het algemeen zijn de kosten van e-mental health lager dan bij PMT en ook op het gebied van tijdsinvestering is e-mental health beduidend efficiënter. E-mental health is door het gebruik van internet als communicatie middel over het algemeen efficiënter dan PMT. Een aantal punten van de e-mental health behandeling die via internet verlopen zijn ook binnen PMT toepasbaar. Deze punten worden hieronder beschreven.

Intake: Door cliënten bij aanmelding een email te sturen met de intake formulieren als bijlage kunnen mensen thuis via internet al de vragenlijsten invullen. Dit scheelt tijd tijdens de intake. Daarnaast kost het versturen van een email geen geld. Door het inlezen in de vragenlijst, die ingevuld is terug gestuurd door de cliënt, is de therapeut beter voorbereid en kan de intake minder tijd kosten. Ook kan de tweede bijeenkomst waarin de cliënt aangeeft wel of niet te willen starten via het internet of de telefoon verlopen. Hiermee wordt reistijd van de cliënt en tijd van de therapeut bespaard.

Huiswerk: Tijdens de PMT behandeling voor burn-out wordt gebruik gemaakt van huiswerk. Dit zou ook via een internet inlogsite of email kunnen verlopen. Door het via internet in te vullen kan de cliënt het naar de therapeut sturen wanneer hij wil en kan de therapeut nadenken over zijn feedback en eventueel nog overleggen met collega's.

Contact online: Door het online contact wordt de therapietrouw verhoogd. Of dit voor PMT zou kunnen gelden moet verder worden onderzocht. Door email contact kunnen echter wel vragen direct worden gesteld, hierdoor is de therapeut nauwer betrokken bij het proces. Daarnaast kan de cliënt ook de therapeut waarschuwen bij nood. Over het extra contact online moeten wel duidelijke afspraken worden gemaakt om misbruik te voorkomen.

Evaluatie: De evaluatie kan ook bij PMT online verlopen. Hierdoor blijft er extra tijd over voor andere zaken tijdens de laatste bijeenkomst.

8. Conclusie

E-mental health is een behandeling via internet die voordelig is in de kosten en in tijdsinvestering. De behandeling kan met verschillende doelen worden ingezet, daarnaast kent e-mental health verschillende interventies. PMT is een behandelvorm die mensen met psychische klachten proberen te helpen door de cliënten letterlijk en figuurlijk in beweging te zetten. Dit kunnen ze door het flexibel inzetten van een groot scala aan werkvormen. De behandeling loopt nog op traditionele wijze, *face-to-face* en op afspraak.

Burn-out is een psychologische stoornis die bij 10% van de mensen voor komt. Burn-out ontstaat door een disbalans in de eisen van het werk en de persoonlijke behoefte. Er zijn veel behandelingen mogelijk waaronder een behandeling met e-mental health en een behandeling met PMT. Uit de vergelijking tussen deze behandelingen blijkt dat e-mental health en PMT behandelingen op een aantal punten overeenkomen maar ook op veel punten verschillen. E-mental health blijkt op veel punten voordeliger uit te komen wat betreft de kosten en tijdsinvestering. De behandelingen zijn, volgens de literatuur over e-mental health en *face-to-face* therapie goed te combineren. E-mental health kan bij PMT op de intake, huiswerk, contact en de evaluatie zorgen voor een effectieve uitwerking.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: Hoe kan psychomotorische therapie bij de doelgroep burn-out efficiënter werken met de hulp van e-mental health?

Psychomotorische therapie neemt veel tijd in beslag van de cliënt en therapeut, bij een behandeling voor burn-out. E-mental health is een ontwikkeling die bewezen effectief is en erg efficiënt. De verwachting is dat in de toekomst alle therapieën samen lopen met internettherapie. Het blijkt dat dit voor PMT ook mogelijk is. Uit het onderzoek blijkt dat er een vier tal punten zijn waar PMT en e-mental health te combineren zijn. Deze punten zijn: de intake, contact, het huiswerk en de evaluatie. Door deze punten via internet te laten lopen scheelt dit de therapeut tijd, waardoor een psychomotorische therapeut meer tijd over houdt en dus meerdere cliënten zou kunnen behandelen. De behandeling is daardoor dus efficiënter.

9. Discussie

Een literatuuronderzoek brengt beperkingen met zich mee. Het onderzoek is gebonden aan de beschikbare bronnen over de behandeling van psychomotorische therapie bij de doelgroep burn-out. De literatuur was zeer beperkt, waardoor er gebruik is gemaakt van literatuur dat niet effectief bewezen is. De module psychomotorische therapie bij burn-out is door een werkgroep op een *practice-based* wijze opgesteld. De conclusies die hieruit worden getrokken zijn dus in twijfel te trekken en maakt dit onderzoek minder betrouwbaar.

Daarnaast is er geen literatuur gevonden over e-mental health en PMT samen. De bevindingen zijn gebaseerd op literatuur over e-mental health en *face-to-face* therapie. De unieke facetten van PMT blijven hierdoor onbesproken, welke wel invloed kunnen hebben op het onderzoek.

In het onderzoek is een individuele therapie vergeleken met een groepstherapie. De effecten van een groep zijn buiten beschouwing gelaten. Een groep heeft echter wel effect op het proces van de cliënt en de therapeut. Deze effecten zijn niet mee genomen in het onderzoek. In het vervolgonderzoek moeten deze wel worden meegenomen of moet een individuele behandeling worden beschreven.

Beide onderzoeken spreken over het toelaten van iedereen met een burn-out. Uit onderzoek blijkt echter dat e-mental health bekender is bij hoger opgeleiden. Hoger opgeleiden schakelen sneller online hulp in als zij te maken hebben met psychische klachten dan lager opgeleiden. Naast het verschil in opleiding is het bereik van e-mental health laag bij allochtonen en mensen met een lage SES, terwijl zij een hoge penetratiegraad hebben van het internetgebruik (Grolleman et al., 2008). Dit geldt ook voor de GGZ, waar PMT onder valt, allochtonen komen weinig in ambulante zorg naar voren, echter in klinieken wel meer (Smits & van 't Land, 2008).

Het laatste punt wat in dit onderzoek ter discussie staat is het feit dat ervan uit gegaan wordt dat in elke instelling voor mensen met psychische problemen de burn-out behandeling PMT op dezelfde wijze verloopt. Echter verschillen alle instellingen voor mensen met psychische problemen van methode en werkwijze. De toepasbaarheid van de conclusie van dit onderzoek kan dus per instelling verschillen.

10. Aanbevelingen

Ten eerste kan naar aanleiding van dit onderzoek worden aanbevolen om meer onderzoek te doen naar e-mental health en psychomotorische therapie. Hierin gaat de voorkeur uit naar een onderzoek waarin het werkveld betrokken wordt. Zodat er gekeken kan worden of de uitkomsten van dit onderzoek ook echt toe te passen zijn en effect hebben. Ook kan bekeken worden in hoeverre e-mental health al door het werkveld wordt gebruikt.

In vervolgonderzoek wordt ook aanbevolen om het onderzoek betrouwbaarder te maken door het verschil in groeps- en individuele behandelingen weg te nemen.

Ook moet er onderzoek worden gedaan naar de effectiviteit van de psychomotorische therapie behandelingen. Dit zorgt er voor dat er niet te veel uit ervaringen wordt gesproken maar vanuit bewezen effecten dit maakt de conclusie van het onderzoek sterker.

In het verslag wordt gesproken over bevorderen van therapietrouw door email contact te onderhouden. Dit geldt voor e-mental health, maar is niet bewezen voor PMT. Er zou onderzoek moeten worden gedaan of deze effecten ook binnen een PMT behandeling gelden.

Als laatste wordt ook vervolg onderzoek geadviseerd naar verschillende doelgroepen. In dit onderzoek komt enkel burn-out ter sprake, behandeld met cognitieve gedragstherapie. Vervolg onderzoek kan uitwijzen of e-mental health ook bij andere doelgroepen en behandelmethodes van PMT te combineren zijn.

Literatuurlijst

- Abbott, J.-A. M., Klein, B., & Ciechomski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, vol. 26 , 360-375.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, vol. 47 , 175-180.
- Astrid. (2008, september 16). Stress, overspannenheid & burn-out. *Psychologie* .
- Beurden, L. van, Meijden, E. van der, Mulder, E., Munckhof, P. van den, & Zopfi, H. (2004). *Psychomotorische training bij burnout*. NVPMT.
- Botella, C., Banos, R., Villa, H., Perpina, C., & Garcia-Palacios, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the internet. *CyberPsychology and behavior* , vol 3, 959-968.
- Calbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, vol 22 , 545-553.
- Chester, A., & Glass, C. (2006). Online counseling: a descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counseling*, vol. 34, No. 2 , 145-160.
- Grolleman, J., Mutsaers, K., & Land, H. v. (2008). *E-mental health: gebruik, toegang en effectiviteit van het aanbod*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Hupkens, C. (2005, Juli 25). Burn-out en psychische belasting. *Webmagazine CBS* .
- Karsten, C. (2003). *Omgaan met burnout, preventie, hulp en reïntegratie*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar B.V.
- Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J.N. , Helgeson, V., & Crawford, A.M. (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues*, vol 58, 49-74
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicava, M., Ven, J.-P. v., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2003). Interapy. A controlled randomized trial of standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of consulting and clinical psychology* , vol 71, 901-909.
- Lange, A., Ruwaard, J., & Schrieken, B. (2009). Hulpverlening voor psychische problematiek via world wide web. *De psycholoog* , 634-640.
- Lange, A., Schrieken, B., Schreijde, R., Broeksteeg, J., Ruwaard, J., Schrijver, M., et al. (2005). Serie onderzoek en psychotherapie: Interapy. Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via internet. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, vol 31 , 355-376.
- Lange, A., Ven, J.-P. v., Schrieken, B., & Smit, M. (2003). Interapy-Burnout; Preventie en behandeling van burnout via het internet. *Directieve therapie* , 121-145.
- Lange, A., Vermeulen, H., Renckens, C., Schrijver, M., Ven, J.-P. v., Schrieken, B., et al. (2005). De geprotocolleerde interapy-behandeling van depressie via het internet; resultaten van een gerandomiseerde trial. *Directieve therapie* , vol 25, 27-50.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-Therapy: Practical, Ethical, and Legal issues. *CyberPsychology & Behaviour* , 4 (5), 551-563.
- NVPMT (2009), beroepsprofiel psychomotorisch therapeut, NVPMT
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jada, A. (2005). What is eHealth(3): A systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet research*, vol 7, no. 1 .

- Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitieve behaviour therapy* , vol 32, 125-135.
- Riper, H., Smit, F., Zanden, R. v., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-mental health; high tech, high touch, high trust*. Utrecht: Timbos Instituut.
- Ruwaard, J., Lange, A., Bouwman, M., Broeksteeg, J., & Schrieken, B. (2007). E-Mailed standardized cognitive behavioural treatment of work-related stress: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy* , 36(3), 179-192.
- Smit, F., & Riper, H. (2010). E-mental health: presence and future. *I.com* .
- Smits, C. & van 't Land, H. (2008) *Allochtonen: psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang*, Utrecht: Trimbos instituut.
- Sorbi, M., & Riper, H. (2009). e-Health - gezondheidszorg via internet. *Psychologie en Gezondheid*, vol 37, no 4 , 191-201.
- Ström, L., Petterson, R., & Andersson, G. (2004). Internet-based treatment for insomnia: A controlled evaluation. *Journal of consulting and clinical psychology* , vol 72, 113-120.
- Vos, E.L. (2000) *Voorspellende waarde fasering, 2003; kwartaal overzicht arbeid*, www.cpb.nl
- Weerman, A (2006). *Zes psychologische stromingen & één cliënt*, Soest: Uitgeverij Nelissen
- Zabinski, F., Celio, A., Jacobs, M., & Wilfley, D. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *Eating disorders review* , vol 11, 183-197.

Internetsites:

- www.interapy.nl, bezocht op 9 mei '10
- www.annazorg.nl, bezocht op 9 mei '10
- www.webzorg.nl, bezocht op 9 mei '10