

THERAPEUTEN STONDEN IN HET VERLEDEN TERUGHOUDEND TEGENOVER TECHNOLOGIE IN THERAPIE. VELEN BLEVEN ER VER VAN WEG EN MAAKTEN GEBRUIK VAN BEPROEFDE, KLASSIEKE METHODES. DE COVID-19-PANDEMIE DWONG HEN ECHTER PLOTS OM HUN CLIËNTEN MASSAAL ONLINE VAN HULP TE VOORZIEN, VAAK DOOR MIDDEL VAN BEELDBELLEN. DE VERWACHTING LEEFT DAT DEZE PLOTSE DIGITALISERING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDZORG VOOR ZOWEL THERAPEUTEN ALS CLIËNTEN EEN KEERPUNT KAN BETEKENEN. BESPREKEN WE IN DE TOEKOMST ONZE DIEPSTE ZIELENROERSELEN NIET MEER IN EEN BESLOTEN RUIMTE, MAAR VAN ACHTER ONZE COMPUTER? OF GAAT ALLES TERUG NAAR HET OUDE? ZOWEL VOOR- ALS TEGENSTANDERS HEBBEN VALABELE ARGUMENTEN EN BEDENKINGEN.

Technologie en therapie: sofa en/of Skype?

Tom Van Daele

Sinds enkele jaren duiken er meer en meer mogelijkheden op om je door middel van allerlei technologie te laten helpen bij psychische problemen: je kan online info zoeken op websites, chatten of beeldbellen met een hulpverlener, een smartphone-app installeren om zelf aan de slag te gaan, wearables dragen om activiteit in kaart te brengen, of je onderdompelen in virtual reality. In deze bijdrage komen twaalf overwegingen aan bod: zes bedenkingen om enkel voor een vertrouwd gesprek te blijven kiezen, gevolgd door evenveel ideeën die aanzetten om verder te gaan dan de conventionele aanpak. Samen vormen die de basis voor een onderbouwde inschatting die zowel de patiënt/cliënt als de therapeut kan maken: enkel de sofa of misschien toch ook Skype?

#1 Technologie is niet de facto een positief verhaal. Sinds de eeuwwisseling is er steeds meer direct contact tussen lotgenoten op het internet. Dat kan heel ondersteunend zijn, maar is niet altijd zonder gevaar. Jongeren die kampen met anorexia kunnen bijvoorbeeld terecht op *pro-anawebsites*: daarop wisselen ze tips uit over efficiënt en snel vermageren of over strategieën om in te gaan tegen pogingen van hulpverleners om hen terug op het rechte pad te krijgen. Vandaag gebeurt dat steeds minder op websites; de conversatie is grotendeels verplaatst naar sociale media, waar er zowel publiek als in besloten groepen op hetzelfde elan wordt verdergegaan. Diezelfde socialemediaplatformen proberen ook tegengewicht te bieden. Instagram blokkeert bijvoorbeeld courante hashtags waarmee gebruikers elkaar terugvinden, terwijl Twitter bij zoekopdrachten rond zelfdoding proactief de Zelfmoordlijn ter sprake brengt. Het blijft echter dweilen met de kraan open. Vooral voor eetstoornissen en zelfverwondend gedrag lijkt de proliferatie van internet en onlinecontacten dan ook geen positieve trend.

#2 Technologie vervangt de hulpverlener niet en kan zelfs diens werklast verhogen. Kamp je met psychische problemen, dan blijkt regelmatig contact met een hulpverlener essentieel om vooruitgang te boeken. De opvatting of hoop dat een online-interventie autonoom alles oplost, is een utopie. Vooral uitval



blijkt een heel groot probleem. Zelfhulpapps die bijvoorbeeld focussen op mindfulness (zoals Headspace) of die praktische technieken bij angstproblematieken aanbieden (bijvoorbeeld de SAM-app) mogen dan wel onderbouwd en gebruiksvriendelijk zijn, ze kampen ook met enorme uitval. Minder dan 5 % van de gebruikers gebruikt de app langer dan een maand. Verder toont onderzoek ook aan dat de combinatie van een klassieke en technologische aanpak, het zogenaamde *blended* werken, ook niet per definitie tot succes leidt. Ondoordacht gebruik brengt het risico met zich mee dat technologie inhoudelijk weinig toevoegt, maar dat zowel de patiënt/cliënt als de therapeut significant meer tijd investeert in een therapie.

De opvatting of hoop dat een online-interventie autonoom alles oplost, is een utopie

#3 Technologie is niet altijd gemakkelijk in gebruik. Heel wat hulpverleners staan op zich wel open voor technologie. Ze stellen echter vaak vast dat hun werkomgeving onvoldoende gedigitaliseerd is, dat sommige collega's er negatief tegenover staan of dat ook cliënten niet per se allemaal even vlot met technologie overweg kunnen. Het helpt natuurlijk ook niet dat professionele programma's binnen de geestelijke gezondheidszorg vaak tegenvallen qua gebruiksgemak. De meesten onder ons kunnen tegenwoordig wel overweg met een zoekmachine als Google, of slagen erin om contact te houden met vrienden of familie via Facebook. De bedrijven hierachter investeren echter enorme middelen om hun applicaties gebruiksvriendelijk en intuïtief te maken. Dit is jammer genoeg niet het geval voor de meeste therapie-apps. Hopelijk zal dat op termijn veranderen, maar momenteel is het zeker nog een werkpunt.

#4 De drempel om technologie te gebruiken is hoog. Door het overaanbod aan applicaties die beschikbaar zijn online is het moeilijk om helemaal op de hoogte te blijven. Iedere dag verschijnen er nieuwe apps die mogelijk relevant zijn, maar er verdwijnen er ook voortdurend. Ga je zelf op zoek naar een applicatie en heb je eindelijk een app gevonden met een toegevoegde waarde, dan bestaat de kans dat je van de ene dag op de andere je zoektocht naar een alternatief moet aanvangen. Apps worden ook vaak onvoldoende geüpdatet en werken daardoor plots niet meer naar behoren, of blijken helemaal onbruikbaar na een update naar het nieuwste besturingssysteem van je toestel. Weliswaar worden nu en dan gespecialiseerde appstores opgezet om orde te scheppen, maar het is bijna ondoenbaar om zo'n overzicht voldoende up-to-date te houden. Met mHealthBelgium.be heeft de federale overheid niettemin een belangrijke stap gezet naar een gereguleerd en gecontroleerd aanbod.

De hoge technische eisen die daar aan apps worden gesteld bieden een uitstekende eerste selectie. Jammer genoeg is dat ook een van de redenen waarom je er voorlopig nog geen applicaties vindt om aan je geestelijke gezondheid te werken.

#5 Wie hulp zoekt, verwacht en verkiest geen technologie. Soms leeft het idee dat we door de toenemende digitalisering automatisch ook digitale mogelijkheden *verkiezen*. Waarom nog naar de bank gaan als er met online of mobiel bankieren een veel gemakkelijker alternatief voorhanden is? Uit onderzoek blijkt evenwel dat dit niet het geval is als het over therapie gaat: de meerderheid geeft hier nog steeds de voorkeur aan de conventionele manier waarbij je elkaar fysiek opzoekt voor een therapeutische sessie. Die vorm doet het in perceptie veel beter dan online-interventies of smartphone-apps. Niettemin is enige nuance hier belangrijk. Wanneer een cliënt de nodige uitleg en informatie meekrijgt waarom een online-interventie een zinvolle – al dan niet eerste – stap zou kunnen zijn, is de kans reëel dat die daarna bevestigend positiever staat tegenover het idee 'om het ook even via een app te proberen'.

Het feit dat derden ook bij beeldbellen kunnen meeluisteren of -kijken is zelden bekend

#6 Technologie is niet veilig. Soms wordt er weleens lachend gezegd dat wie bang is van technologie er ofwel totaal niets van afweet, of juist alles. Als het op technologie in therapie aankomt, lijken veel hulpverleners terughoudend om applicaties te gebruiken, vaak uit vrees dat de privacy van hun cliënten in het gedrang komt. Dat zo'n angst niet ongegrond is, bleek nog in 2019, toen aan het licht kwam dat gegevens van vrij toegankelijke, gratis onlinevragenlijsten rond depressie op Franse en Duitse websites doorgespeeld werden aan adverteerders. Diezelfde terughoudendheid speelt echter veel minder wanneer diezelfde hulpverleners – uit overmacht of met de beste intenties – besluiten om te beeldbellen met hun cliënten. Skype geniet de voorkeur: de applicatie is gratis en de meeste mensen kunnen er enigszins mee overweg. Het feit dat derden ook hier kunnen meeluisteren of -kijken is zelden bekend. Hoewel er vanuit therapeutisch oogpunt niets verkeerd is met beeldbellen als aanvulling op (of vervanging van) een conventioneel therapeutisch gesprek, stelt er zich dus wel een deontologisch en technologisch probleem. Het wetgevende kader hierrond ontbreekt momenteel nog. Een werkgroep telegeneeskunde van het RIZIV was van plan om zich hierover te buigen in 2020, maar werd in snelheid ingehaald door de pandemie: teleconsultaties zijn voor de meeste gezondheidszorgprofessionals

(eindelijk) toegestaan. Exacte technische vereisten liggen nog niet vast, maar zullen hopelijk ook snel volgen.

Een tussentijdse conclusie kan zijn dat er heel wat redenen zijn om omzichtig met technologie om te gaan in een therapeutische context. We zullen daarvoor misschien niet snel naar een app grijpen als we ons niet goed in ons vel voelen. Niettemin brengt technologie in therapie niet alleen risico's en problemen met zich mee, maar creëert zij, bij doordacht gebruik, ook heel wat kansen.

#7 Technologie kan persoonlijk zijn. Al sinds het einde van de jaren negentig weten we dat er via het wereldwijde web, toen nog in een rudimentaire vorm, effectieve gesprekstherapie aangeboden kan worden. Recent onderzoek toont dat de therapeutische relatie, de spreekwoordelijke 'klik' tussen hulpverlener en cliënt, daarbij iets minder uitgesproken is dan bij een traditionele therapeutische sessie, maar werken doet het wel degelijk. Toch blijven zowel cliënten als therapeuten sceptisch. Je therapeut via de computer zien? Dat idee voelt enigszins afstandelijk aan en was tot voor kort onder meer de reden waarom bijvoorbeeld onlineconsultaties zo schaars waren. Recent hebben veel therapeuten en cliënten echter ervaren wat onlineconsultaties kunnen bieden. Het wegvallen van de fysieke afstand brengt enerzijds natuurlijk een aantal nadelen met zich mee (je kan elkaar niet zien, horen, ruiken, voelen...) maar biedt ook kansen. Je voelt je bijvoorbeeld minder bekeken, of je kan meer tijd nemen dan tijdens een gewoon gesprek om een antwoord of een vraag te wikken en wegen. Ook pennenvrienden weten al tientallen jaren dat je perfect een betekenisvolle relatie kan opbouwen met iemand aan de andere kant van de wereld. Hetzelfde geldt voor technologische equivalenten.

#8 Technologie is meer dan enkel (cognitieve) gedragstherapie. De afgelopen decennia heeft technologie stapsgewijs haar intrede gedaan in therapie. Cognitieve gedragstherapie bleek daarbij meestal de benadering bij uitstek, zowel op vlak van onderzoek als wat betreft het aanbod voor de praktijk. Die therapievorm gaat er onder meer van uit dat irrationele gedachten leiden tot disfunctioneel gedrag. Therapie bestaat er dan vooral in om die irrationele gedachten te corrigeren en zo ook het gedrag te veranderen. Een gestructureerde, tekstuele aanpak gebaseerd op die principes bleek in de beginjaren van het wereldwijde web een uitstekend vertrekpunt voor therapie bij volwassenen. Met het verstrijken van de jaren kregen ook andere benaderingen meer aandacht. Zo biedt de Belgische website depressiehulp.be haar gebruikers een hele waaier aan mogelijke benaderingen aan: naast de traditionele cognitieve gedragstherapie kan je bijvoorbeeld ook kiezen om te werken rond welke waarden je belangrijk vindt in je leven ('*acceptance and commitment therapy*'), fysiek in beweging komen (gedragsactivatie) of vertrekken vanuit je persoonlijke relaties (dynamische interpersoonlijke therapie). Een minpunt

blijft dat, globaal genomen, het aanbod voor kinderen en jongeren vrij beperkt blijft, maar ook daar komt verandering in. Digitale omgevingen slagen erin om een steeds rijkere gebruikerservaring aan te bieden, net wat nodig is om ook interventies te ontwikkelen op maat van deze jonge doelgroep.

Het aanbod voor kinderen en jongeren blijft vrij beperkt, maar ook daar komt verandering in

#9 (Nieuwe) technologie blijkt vaak effectief. Onderzoek naar onlinetherapie loopt al geruime tijd en vergaart geleidelijk inzicht rond hoe dit optimaal te benutten. Over online begeleide zelfhulp is bijvoorbeeld heel wat geweten. In die benadering doorloop je autonoom een interventie, waarbij een hulpverlener je occasioneel aanmoedigt en je uit de nood helpt bij (praktische) problemen. Die hulpverlener hoeft niet per se een gespecialiseerde therapeut te zijn, maar kan bijvoorbeeld een psychologisch consultant zijn. De werkzaamheid hiervan is aangetoond bij diverse problematieken en lijkt het vrij goed te doen in vergelijking met conventionele behandelingen. Ook behandelingen die ogenschijnlijk heel nieuw zijn, zoals die van fobieën met behulp van *virtual reality*, worden al sinds het begin van de jaren negentig onderzocht en effectief bevonden. Vroeger vonden behandelingen plaats in gespecialiseerde centra, vaak in de Verenigde Staten en met een focus op militair personeel. De technologie hielp op die manier oorlogsveteranen in het omgaan met hun posttraumatische stressstoornis. Tegenwoordig is de kost van zulke omgevingen echter minimaal en is de drempel daardoor beduidend lager. Er bestaat met ZeroPhobia bijvoorbeeld al een wetenschappelijk gevalideerde applicatie die je op eender welke smartphone kan installeren en met minimale inspanning kan gebruiken om zelf je hoogtevrees te behandelen.

#10 Technologie hoeft niet duur te zijn. Steeds meer technologische toepassingen komen ondertussen ter beschikking om therapie te verrijken. Naarmate het aanbod groter wordt, daalt ook de kost ervan. Zo kiezen ontwikkelaars van elektronische patiënten-

dossiers er bijvoorbeeld voor om ook therapeutische tools aan hun softwarepakket toe te voegen: het creëert een duidelijke meerwaarde voor hulpverleners en maakt hun product attractiever. Of technologie ook voor de geestelijke gezondheidszorg of voor de individuele patiënt/cliënt een besparing kan betekenen, is minder duidelijk. Mogelijk kan er binnen therapie wel enige efficiëntie- en tijdswinst worden geboekt door het selectief en gericht gebruiken van technologie. Ook kunnen sommige vormen van zelfhulp klachten verminderen zonder dat er per se een therapeut aan te pas komt. Je kan er bijvoorbeeld in slagen om zelfstandig, of met minimale ondersteuning, je hoogtevrees te overwinnen met een smartphoneapp, zoals ZeroPhobia dus. Dat levert dan wel een significante besparing op in vergelijking met verschillende sessies met een therapeut. Onderzoek naar dit soort kosteneffectiviteit is echter nog volop aan de gang.

Sommige vormen van zelfhulp kunnen klachten verminderen zonder dat er een therapeut aan te pas komt

#11 Technologie is er niet alleen voor jongeren. Een courante opvatting is dat enkel jongeren gebruik zouden maken van technologie. Dat klopt echter niet. Zo beschikt vandaag bijvoorbeeld meer dan veertig procent van de zestigplussers over een tablet. Nog opvallender is hoe deze senioren met hun toestellen omspringen: terwijl slechts een derde van de zestienjarigen er dagelijks gebruik van maakt, is dat bij de plus-zestigjarigen zowat driekwart. Ook *virtual reality* schrikt de oudere populatie blijkbaar niet af: onderzoek in woonzorgcentra toont aan dat bewoners er in eerste instantie neutraal tegenover staan, maar na een eerste gebruik zelfs best positief. Dat wijst erop dat elektronische therapie allicht ook in deze doelgroep een toekomst heeft.

#12 Technologie en therapie zijn vlot combineerbaar. Technologische toepassingen in therapie zijn natuurlijk extra interessant als ze iets toevoegen dat door traditionele therapie niet (of niet in dezelfde mate) geboden kan worden. Dat is nog meer het geval als ze geïntegreerd kunnen worden in hoe therapie van-

daag meestal nog wordt vormgegeven. *Augmented reality* is daar een interessant voorbeeld van. Daarmee kan men bijvoorbeeld bepaalde dierenfobieën te lijf gaan. Zo biedt de Phobos AR-app de mogelijkheid om een spin te laten rondkruipen in het visuele beeld dat je via je smartphone waarneemt, bijvoorbeeld op je salontafel. Dat gebeurt zodanig realistisch dat het waarachtige gevoelens van ongemak en angst kan opwekken. Uit onderzoek blijkt dat deze imaginaire *exposure* een eerste fase kan zijn in het overwinnen van een fobie. Op die manier zullen in de toekomst allicht meer therapieën uitgewerkt worden waarbij technologie in een bestaande therapie geïntegreerd kan worden en daarbij haar nut ook echt kan bewijzen.

Technologie zet zich door in alle geledingen van de maatschappij. In dat verband heeft men het vaak over *technology push*. Ook de geestelijke gezondheidszorg blijft daar niet van gespaard, en positief is zeker dat steeds meer hulpverleners het potentieel van technologie ontdekken en het heft ook zelf in handen nemen. Onderzoek dat focust op het gericht en doordacht ontwikkelen en implementeren van technologie kent daardoor een spectaculaire toename. Ook in Vlaanderen zijn er steeds meer hulpverleners die de technologie niet alleen omarmen, maar zelf ook ontwikkelen in functie van de problemen en uitdagingen waar ze in hun dagelijkse praktijk mee kampen.

Na deze twaalf afwegingen is dan ook duidelijk dat de keuze tussen sofa en Skype een vals dilemma is: het een sluit zeker het ander niet uit. De COVID-19-pandemie heeft vele patiënten/cliënten en therapeuten in het voorjaar van 2020 kennis laten maken met een klein stukje van het technologisch potentieel binnen therapie. Hoewel de omstandigheden verre van optimaal waren, is de hoop dat deze – voor velen – eerste kennismaking misschien de ogen opent voor de toegevoegde waarde ervan. De recente ervaringen rechtvaardigen alvast dat de elektronische toepassingen van therapie in de nabije toekomst grondig verder onderzocht worden. ●

TOM VAN DAELE is onderzoeksleider van de expertisecel Psychologie Technologie en Samenleving aan de Thomas More-hogeschool en coördineert ook de Project Group on eHealth van EFPA, de European Federation of Psychologists' Associations. Hij doet voornamelijk praktijkgericht onderzoek naar het potentieel van technologie voor de geestelijke gezondheidszorg. Recent schreef hij ook het boek *ePsychologie*. Over technologie in therapie (Academia Press, 2019).

Academische Stichting Leuven steunt jonge wetenschappers om tot origineel en hoogstaand werk te komen. Karakter biedt een etalage op recente vernieuwingen in de wetenschap.

© 2020 Karakter. Karakter is een uitgave van de Academische Stichting Leuven en verschijnt viermaal per jaar. REDACTIESECRETARIAAT p/a Universitaire Pers Leuven, Minderbroedersstraat 4, 3000 Leuven, redactie.karakter@gmail.com., www.tijdschriftkarakter.be LIDMAATSCHAP EN ABONNEMENT Lidmaatschap Academische Stichting Leuven, inclusief abonnement Karakter € 30, Abonnement Karakter € 35. Stort dit bedrag op rekeningnummer 431-0110232-10 en schrijf zo mogelijk in via de website <http://www.kuleuven.be/asl>. LIDMAATSCHAPS- EN ABONNEMENTENADMINISTRATIE Campusbibliotheek Arenberg, Willem de Croylaan 6 – bus 2000, 3001 Heverlee, gsm 0485/53 56 57, e-mail asl@soc.kuleuven.be. GIFTEN Academische Stichting Leuven is niet alleen uitgever van Karakter, maar steunt ook jonge onderzoekers via congretoelagen en wetenschappelijke prijzen. U kan hieraan meehelpen door het storten van een gift op rekeningnummer 432-0000011-57 van de KU Leuven (Krakenstraat 3, 3000 Leuven) met vermelding ***400/0001/16136***. Giften vanaf € 40 zijn fiscaal aftrekbaar. VERANTWOORDELIJKE UITGEVER Pieter Bergé, Blijde-Inkomststraat 21, 3000 Leuven. ISSN-NUMMER 1379-0390. PRIVACY Wij respecteren uw privacy. Uw persoonsgegevens worden opgenomen in het ledenbestand. Op eenvoudig verzoek kan u het recht van toegang tot uw gegevens uitoefenen, evenals het recht om de verbetering ervan te vragen. Wie rechten meent te kunnen doen gelden op illustraties, dient contact op te nemen met de redactie.

REDACTIE Pieter Bergé (hoofdredacteur), Koenraad Brosens, David Cassiman, Annemie Geeraerd, Thomas Hertog, Giovanni Samaey, Stéphane Symons, Bram Vervliet, Kaat Wils. REDACTIESECRETARIS Manon Buysse. VORMGEVING Griet van Haute.

COVER