

Boulimie online overwinnen: beschrijving van een behandelprotocol via internet

Aitziber Renteria-Agirre en Alfred Lange

SAMENVATTING Dit artikel beschrijft het protocol van een cognitieve gedragstherapie voor bulimia nervosa die volledig via internet wordt uitgevoerd. De behandeling bestaat uit interventies zoals psycho-educatie, registratie, een op maat gemaakt zelfcontroleprogramma, het uitdagen van negatieve gedachten, technieken ter verbetering van lichaams- en zelfbeeld en technieken voor terugvalpreventie. De behandeling combineert cognitieve gedragstherapie met een aantal motiverende en impactverhogende facetten van de directieve therapie. De verschillende onderdelen van het protocol worden in dit artikel geïllustreerd door middel van voorbeelden van cliënten. In de bespreking gaan we in op verschillen en overeenkomsten van deze online behandeling met de face-to-face cognitieve gedragstherapieën voor bulimia nervosa. De resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie (n = 105) met dit protocol worden niet in detail gegeven, maar wel kort aangestipt. De resultaten wijzen uit dat de effecten van de behandeling groot zijn in vergelijking met een zelfhulpgroep en een wachtlijstgroep (Ruwaard et al., in voorbereiding).

Inleiding

‘Net gebakjes gehaald bij de bakker, onderweg naar huis. Drie grote. Ik gooi mijn tas snel op de bank en voor ik mijn jas uit heb begin ik te eten. Eerst het slagroomgebakje, dan de andere twee met chocola. Snel. Ik sta in het midden van de kamer en alles om me heen bestaat niet. Ik lik nog de slagroom, jam en chocolade van mijn vingers. Het is niet genoeg. In de keuken vind ik de restjes van gisteravond, die eet ik ook. Koud en vet. Vies. Maar dat geeft niet. Daarna eet ik nog koekjes, een pak

DRS. A. RENTERIA-AGIRRE is verbonden aan Interapy en medeontwikkelaar van het hier beschreven behandelprotocol. E-mail: arenteria@interapy.nl.
PROF. DR. A. LANGE is bijzonder hoogleraar, verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de UvA. E-mail: a.lange@uva.nl.
Wij danken Jeroen Ruwaard voor zijn adviezen en aanvullingen. Ze waren van hoge kwaliteit.

chips en brood met pindakaas. Veel pindakaas. En veel brood. Uit de ijskast haal ik een blikje cola light. Als ik het opentrek, word ik “wakker”... wat heb ik nou gedaan... weer... stomme koe die ik ben. Alles moet eruit, alles. En snel. Weer boven de wc-pot hangen. Ik ben moe...’

Laura beschrijft hierboven een van haar eetbuien. Die heeft ze een paar keer per week, vooral als ze 's avonds thuis komt van haar werk. Na een eetbui braakt ze alles uit. Ze heeft bulimia nervosa. Deze ziekte komt vooral voor bij vrouwen. Hoek en Vandereycken (2008) schatten dat 1,5% van de vrouwen tussen de 15 en 29 jaar eraan lijdt. De prevalentie van de subklinische vorm ligt beduidend hoger (Hoek & Van Hoeken, 2008).

Cognitieve gedragstherapie (CGT) geldt als de beste keuze voor face-to-face behandeling van bulimia nervosa (Ghaderi & Anderson, 1999; Mitchell, Agras, & Wonderlich, 2007; Whittal, Agras, & Gould, 1999; Wilson & Fairburn, 2002): 40 tot 50% van de behandelde cliënten geneest – ze hebben dan geen eetbuien meer, zijn gestopt met compenseren en ook algemeen verbeterd wat betreft hun psychologische welzijn. Vaak zijn dit blijvende resultaten (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

De dagelijkse praktijk leert echter dat maar een klein percentage van boulimiepatiënten in behandeling komt (Stefano, Bacaltchuk, Blay, & Hay, 2006). In Nederland gaat het om slechts 6% (Hoek & Van Hoeken, 2003). Mensen met boulimie houden hun probleem vaak verborgen, omdat ze zich schamen voor hun gestoorde eetpatroon (Vanderlinden, 2002). Maar de lange wachlijsten en het tekort aan gekwalificeerde therapeuten helpen ook niet mee. Er is daarom behoefte aan nieuwe methodes om CGT toe te passen die toegankelijk en laagdrempelig zijn. Moderne communicatiemiddelen zoals internet kunnen die mogelijkheden bieden. Dat CGT via internet effectief kan zijn, is in de laatste tien jaar uitgebreid aangetoond bij angst- en stemmingsstoornissen (Andersson, Cuijpers, Carlbring, & Lindfors, 2007). Recente studies richtten zich ook op bulimia nervosa. Carrard et al. (2006) en Fernández-Aranda et al. (2009) beschrijven een op cognitieve gedragstherapie gebaseerd en online begeleid zelfhulpprogramma, dat in Europees verband in verschillende landen is uitgevoerd. Het programma kent zeven stappen die de cliënten in hun eigen tempo uitvoeren. Eén keer per week hebben deelnemers e-mailcontact met de behandelaar. Dit geheel wordt aangevuld met enkele face-to-face gesprekken. De deelnemers aan de studies verbeteren significant op dimensies van de Eating Disorder Inventory en in algemeen psychologisch welzijn. Bij Carrard et al. (2006) gaat het om een pilotstudie zonder controlegroep en wordt er

geen verslag gedaan van effectgroottes. Fernández-Aranda et al. (2009) voerden een gecontroleerd onderzoek uit. Ze rapporteren een effectgrootte van $d = .37$ op de Eating Disorder Inventory. Er zijn in deze studie geen follow-updata voor de middellange of lange termijn. Het percentage drop-outs is in beide studies hoog.

Ljotsson et al. (2007) onderzochten in een gecontroleerde studie de effectiviteit van een programma via internet voor mensen met binge eating disorder of een lichte vorm van boulimie, waarbij het zelfhulpboek *Overcoming Binge Eating* (Fairburn, 1995) werd gebruikt. Deelnemers kregen in het wekelijkse e-mailcontact met hun therapeut instructies over het gebruik van het boek en feedback op de uitgevoerde opdrachten. Na twaalf weken waren de behandelde deelnemers significant verbeterd in vergelijking met de wachtlijstgroep. De auteurs rapporteren een effectgrootte van $d = 1.1$ op de Eating Disorder Examination Questionnaire en effectgroottes variërend van $d = .2$ tot $d = .9$ op algemene psychopathologie en zelfvertrouwen.

Er zijn veel aanwijzingen dat de hoeveelheid begeleiding bij online behandelingen bepalend is voor de mate waarin de behandelingen effectief zijn (Nagtegaal, 2008; Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007; Spek et al., 2006). Het is niet altijd duidelijk waar de grens ligt tussen zelfhulp en behandeling via internet. Ook zijn er verschillen wat betreft de striktheid van het online contact. Sommige studies gaan uit van protocollen waarin er ook face-to-face contacten zijn, in de screening of in aanvullende sessies. Meestal zijn er ook aanvullende e-mailcontacten. Een zelfhulpprogramma blijkt moeilijk vol te houden en af te maken. In de studies van Carrard et al. (2006), Ljotsson et al. (2007) en Fernández-Aranda et al. (2009) stopte tussen de 31% en 36% van de deelnemers voortijdig.

Bij de online behandelingen van Interapy kan men niet spreken van zelfhulp. Ondanks dat er geen enkel face-to-face contact is, gaat het hier om een puur geprotocolleerde CGT-behandeling. Cliënten hebben hun eigen behandelaar, die hen net als in face-to-face behandelingen stap voor stap begeleidt, het huiswerk introduceert en feedback geeft op de activiteiten en commentaren (vgl. Lange, Rietdijk et al., 2003; Lange, Ruwaard et al., 2007; Lange, Schrieken et al., 2005). Drop-out-percentages zijn bij Interapy daardoor relatief laag (Lange, Vermeulen et al., 2005).

Gebaseerd op deze principes voor online therapie is een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie voor bulimia nervosa ontwikkeld. De bruikbaarheid hiervan is in een RCT-trial vergeleken met een puur zelfhulpprogramma en met een wachtlijstcontrolegroep. De deelnemers waren online gescreend volgens de eerder in Dth beschreven methode, met gelijksoortige meetinstrumenten (vgl. Lange et al., 2007; Lange, Van de Ven, Schrieken, & Smit, 2003; Lange et

al., 2005). Alle deelnemers voldeden aan de criteria voor bulimia nervosa. Dit is vastgesteld via de online afgenomen EDE-Q, de voor Interapy-online gegenereerde klachtenlijst en het telefonische interview gericht op de DSM-IV-symptomen voor bulimia nervosa. Potentiële deelnemers met een te laag gewicht (BMI < 18) zijn uitgesloten. De resultaten zijn nog niet volledig geanalyseerd, maar suggereren een groot effect. Daarover berichten we in dit artikel slechts summier: er wordt verwezen naar een artikel dat in voorbereiding is. In het onderhavige artikel ligt het accent op het behandelprotocol.

Het protocol

De behandeling is gebaseerd op behandelprotocollen van Lange, De Vries, Gest en Van Oostendorp (1994), Lange, Terweij en Kiestra (1999) en van Vanderlinden, Pieters, Probst en Norré (2004). Er zijn verschillende elementen die deze behandeling onderscheiden van sommige andere CGT-protocollen voor bulimia nervosa. De verschillen liggen onder andere op het gebied van motiveren, de toepassing van schrijfopdrachten, de aanpak van het compenseren (Lange et al. 1994) en het op strategische momenten in de behandeling voorbereiden van de cliënten op wat er gaat komen ('priming').

Een voorbeeld van priming zien we bij het stoppen met compenseren. Meteen na het aanmelden en nog voor de screening lezen cliënten een tekst met informatie over bulimia nervosa en de Interapy-behandeling. In die tekst krijgen ze informatie over de lichamelijke risico's van compenseren. Dit is een eerste 'priming'. Later, wanneer de behandelaar zich voorstelt aan de cliënt, kondigt de behandelaar aan dat het zich volledig onthouden van compenseren een belangrijk element van de behandeling is. Pas in de fase waarin het zelfcontroleplan wordt opgesteld, wordt gevraagd om het stoppen in praktijk te gaan brengen.

Het is ook opvallend dat in het eerste gedeelte stimuluscontrole een rol speelt en pas later in de 'oefenperiode' 'cue exposure' een plaats heeft.

Het behandelprotocol bestaat uit tien modules die samen twintig weken in beslag nemen. De cliënten voeren opdrachten uit en rapporteren hierover aan de behandelaar. Voorafgaand aan elke module wordt psycho-educatie gegeven over het doel van de opdrachten. Na het lezen van de specifieke instructies geven de cliënten aan wanneer zij de opdracht gaan uitvoeren. De behandelaars geven binnen één werkdag hun persoonlijke reactie (feedback) op de opdrachten van de cliënten en geven nieuwe instructies. Chatten is niet gewenst en

behoort ook niet tot de mogelijkheden. Tijdens deze uitwisselingen kunnen cliënten en behandelaars min of meer persoonlijke zaken met elkaar delen, bijvoorbeeld over werk, sociale contacten. Dit alles gebeurt op de website waar alle communicatie tussen cliënte en behandelaar zich afspeelt. E-mailcontact wordt slechts in noodgevallen toegepast (bijvoorbeeld bij technische storingen). De site is afgeschermd en alleen de cliënte en haar behandelaar kunnen erop terecht. Zowel de cliënten als de behandelaars maken gebruik van 'gescrambelde' wachtwoorden en beveiligde informatiekanalen, waardoor de privacy volledig is gegarandeerd.

Deelnemers hebben gemiddeld twee keer per week contact met hun behandelaar. De tijdsinvestering van de cliënten ligt tussen de twee en vier uur per week. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht van de tien modules van de behandeling, die hierna stuk voor stuk worden toegelicht.

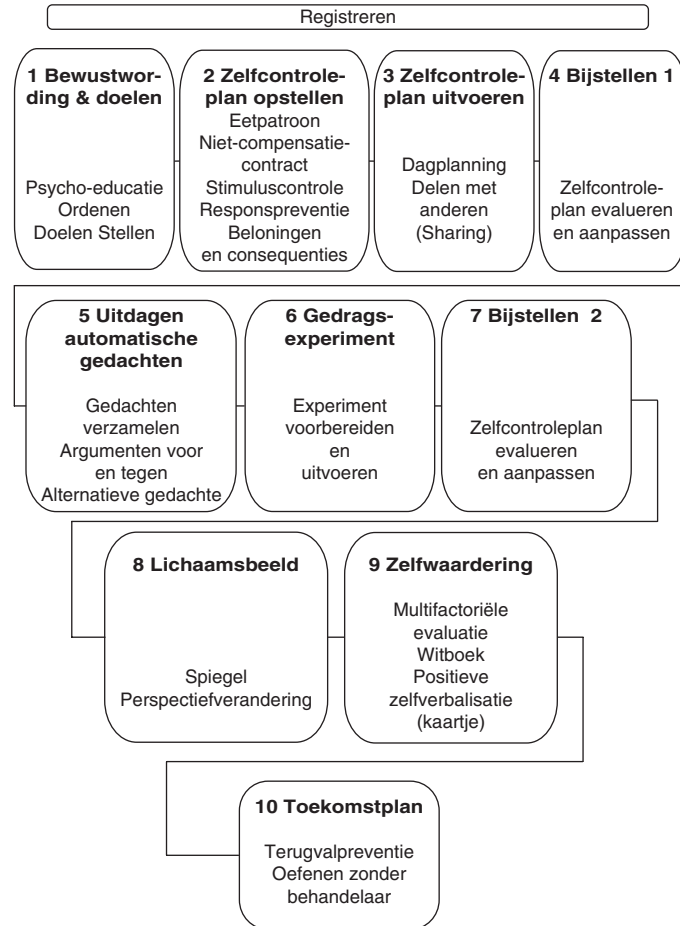
Module 1: Psycho-educatie, bewustwording, beginnen met registreren en doelen stellen

De eerste module staat in het teken van bewustwording en motiveren voor de behandeling. Cliënten krijgen psycho-educatie over de verschillende uitlokkende en instandhoudende factoren. Door middel van een online filmpje wordt het terugkerende patroon van vasten-eetbui-compenseren, geïllustreerd (zie figuur 2).

Om de bewustwording te vergroten geven cliënten in de eerste schrijfpodracht een gedetailleerde beschrijving van een typische eetbui of beschrijven zij hoe het eetprobleem is ontstaan. Vervolgens beschrijven de cliënten een leven zonder bulimie. Uit dit verslag destilleren ze een lijst met voordelen van doorgaan en van stoppen met eetbui en compenseren. Het benoemen van voordelen van het stoppen vinden de cliënten meestal niet moeilijk, ze noemen bijvoorbeeld:

'Niet meer denken aan eten, niet eten, wat eten en hoeveel eten',
'Meer tijd en energie voor andere mensen en voor belangrijkere dingen',
'Mijn lichaam wordt gezonder', 'Meer zelfvertrouwen',
'Meer vrijheid en flexibiliteit; op elke moment contact met mensen kunnen opzoeken of mensen kunnen ontvangen, geen zorgen meer over eetafspraken', 'Ik zou niet meer blut zijn!'

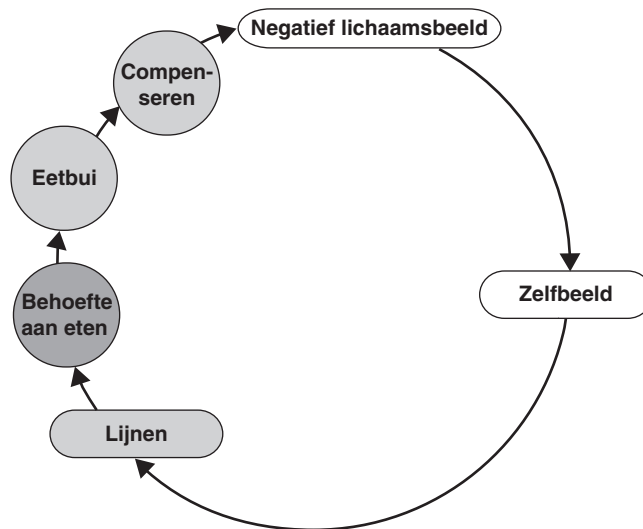
Voordelen van doorgaan met boulimie vinden cliënten moeilijker te bedenken. Sommigen noemen een gevoel van controle over het



Figuur 1. Overzicht van de modules van de behandeling.

gewicht als een voordeel ('*Veel kunnen eten zonder aan te komen*'). Over deze oefeningen krijgen cliënten in totaal tweemaal feedback.

In deze module beginnen cliënten met het dagelijks registreren van wat ze eten en drinken, of ze gecompenseerd hebben, en wanneer ze een eetbui hadden. Dit blijven ze gedurende de gehele behandeling doen in de online registratieformulieren. De registraties geven belangrijke informatie over het eetpatroon van cliënte. Eet de cliënte regelmatig en genoeg? Wat zijn de valkuilen? En wat werkt goed bij het voorkómen van eetbuien?



Figuur 2. De vicieuze cirkel van bulimia nervosa.

Module 2: Het opstellen van het zelfcontroleplan

Een van de kerninterventies van de behandeling is het gedetailleerde zelfcontroleprogramma. Cliënten krijgen uitleg over de aard en het belang van zelfcontrole en waarom dit een belangrijk onderdeel van de behandeling gaat vormen. Hun wordt nadrukkelijk gevraagd om eerst aandacht te besteden aan het opzetten van een goed plan, maar het *niet* uit te voeren tot het klaar is, een vorm van priming.

Het zelfcontroleplan bevat de volgende onderdelen:

- *Regelmatig eetpatroon.* Om de vicieuze cirkel van eetbuïen en compenseren te doorbreken is het belangrijk om een regelmatig en gevarieerd eetpatroon te ontwikkelen. Cliënten krijgen informatie over het belang hiervan en stellen alvast dagelijkse menu's op die hen bevallen en voldoen aan gezonde criteria. De behandelaar kan door middel van de registratieformulieren de voortgang volgen en informatie en advies geven waar dit nodig is.
- *Niet-compensatiecontract.* Compenseren in de vorm van laxantia, braken, vasten... verschaft geen lust. Compenseren heeft een andere dynamiek dan gehoor geven aan de drang tot eten in de vorm van eetbuïen. Men dient het daarom te zien als een bewuste keuze om achteraf de gevolgen van een eetbui ongedaan te maken. Als je van tevoren weet dat die mogelijkheid er is, zal de drempel voor de eetbuïen relatief laag zijn. Bovendien zijn alle manieren van compenseren slecht voor het lichaam. De cliënten

krijgen hierover op henzelf toegesneden informatie. Vervolgens wordt de cliënten voorgesteld nu alvast volledig te stoppen met compenseren. Nagenoeg alle cliënten met wie wij dit bespraken, vonden de afspraak begrijpelijk en bevestigden op de website dat zij zich hieraan zouden houden.

'Ik kan me vinden in de afspraak om niet meer te compenseren na een eetbui. Tot dusverre is het me gelukt om niet te compenseren en ik wil vooral proberen dit vol te houden.'

'Ik hoop dat het mij lukt om niet te compenseren, want ik ben meestal helemaal in paniek na een eetbui. Het zal moeilijk worden. Ik hoop vooral dat ik de eetbui kan voorkomen.'

- *Stimuluscontrole.* De behandelaars stimuleren de cliënten om een lijst op te stellen van stimuli die voor hen gevaarlijk zijn ('triggers') en die dan om te zetten in maatregelen die zij kunnen nemen om de kans op eetbuien te verminderen. Bijvoorbeeld: het vermijden van plekken, situaties of soorten voedsel die een eetbui kunnen uitlokken; afgepast boodschappen doen; niet alleen eten. Een paar voorbeelden van cliënten:
'Eetmomenten van tevoren plannen.'
'Aan een gedekte tafel eten (als het kan met andere mensen.)'
'Niet naar de supermarkt gaan met een lege maag.'
'Van tevoren een boodschappenlijst maken en me daaraan houden.'
'Afgepaste porties opscheppen en niet meer dan dat eten.'
'Geen chocolade of chocokoekjes kopen. Niet eraan beginnen, dat wordt altijd een eetbui!'
- *Responspreventie.* Cliënten bedenken een lijst van activiteiten die als barrière tegen een eetbui kunnen dienen wanneer de neiging groot wordt.
Een voorbeeld van 'barrières tegen een eetbui':
'Negatieve aspecten eetbui lezen (briefje); opschrijven wat ik voel of gewoon een verhaal schrijven; huishoudelijke klusjes; e-mail lezen/schrijven; krant/boek/tijdschrift lezen; wandeling maken; stukje hardlopen of fietsen; even langs bij de burens of bij iemand op bezoek; met iemand een kop koffie gaan drinken in de stad; iemand bellen.'
- *Beloningen en consequenties.* Cliënten maken een lijst activiteiten of dingen waarmee ze zichzelf kunnen belonen wanneer ze het zelfcontroleplan met succes gebruiken. Ook bedenken ze consequenties voor als ze zich niet aan hun zelfcontroleplan houden: saaie of vervelende klusjes die desondanks een goed gevoel geven als ze uitgevoerd worden, zoals de badkamer schoonmaken of de administratie doen.

De cliënten krijgen in deze module tweemaal feedback en eventueel

aanvullende instructies op hun plan voor dagelijkse menu's, op hun ideeën over stimuluscontrole en over hun gedachten ten aanzien van het stoppen met compenseren.

Module 3: Het zelfcontroleprogramma uitvoeren, dagplanning en delen met anderen ('sharing')

Na al het voorwerk komt nu het moment dat de cliënten het op maat gesneden zelfcontroleprogramma gaan uitvoeren. Tegelijkertijd gaan ze hun dagelijkse activiteiten plannen. Dit geeft cliënten inzicht in hun dagbesteding, introduceert structuur en zal in sommige gevallen voorkomen dat zij in moeilijke situaties terechtkomen. Cliënten worden nu ook gestimuleerd om met een vertrouwde persoon over hun eetprobleem en de behandeling te praten. Zij kunnen een document met informatie over bulimia nervosa en de Interapy-behandeling downloaden, dat zij aan anderen kunnen laten lezen. Er zijn twee momenten waarop de cliënten feedback krijgen.

Module 4: Bijstellen 1

Het zelfcontroleprogramma is een moeilijk onderdeel voor de cliënten. Ze lopen tegen onverwachte hindernissen en mislukkingen aan. Daarom evalueren zij het zelfcontroleprogramma verschillende keren en passen het dan ook telkens aan. In deze module doen ze dit voor de eerste keer. Zij krijgen hierover eenmaal feedback.

'Ik heb besloten, na het lezen van je reactie, mijn eetplanning uit te breiden. Misschien kunnen mijn maaltijden wel wat groter: 2 crackers voor de lunch bijvoorbeeld is inderdaad niet echt veel. Dan heb ik 's avonds zo een honger... en dan eet ik echt te veel. Daarom heb ik ook bedacht dat ik na het avondeten niet meer mag eten. Mijn zwakke moment is 's avonds, dus ik heb een paar activiteiten bedacht voor na het avondeten, zodat ik niet meer ga eten. Ben benieuwd of het zo beter gaat!'

Module 5: Cognitieve herstructurering I: automatische gedachten uitdagen

Nu wordt de aandacht op de cognities gericht door ze te identificeren en uit te dagen. Eerst verzamelen de cliënten hun disfunctionele gedachten en geven ze de geloofwaardigheid van die gedachten aan

op een schaal van 0 tot 10. Vervolgens verzamelen ze argumenten voor en tegen die gedachten om uiteindelijk een alternatieve gedachte te bedenken (zie kader 1). Om deze oefeningen te doen krijgen de cliënten gedetailleerde instructies. Ze gaan minstens twee automatische gedachten uitdagen, en krijgen over elk hiervan feedback en instructies hoe ermee verder te gaan. De behandelaar let er ook in de volgende modules op of er disfunctionele gedachten voorkomen in de teksten die de cliënte naar hem stuurt en geeft daar dan commentaar op met alternatieven.

Kader 1 Voorbeeld van het uitdagen van een automatische gedachte	
<i>Negatieve gedachte:</i> Mensen zullen mij niet leuk vinden als ik niet dun ben.	
<i>Geloofwaardigheid:</i> 9.	
Argumenten voor	Argumenten tegen
Dun is mooi.	Het is onzin om te denken dat mijn man (of iemand anders) niet meer van mij zou houden als ik dikker zou worden.
Mijn man is veeleisend over hoe ik eruit zie. Hij zal me niet leuk vinden als ik aankom. Misschien verlaat hij mij.	Ik heb goede en leuke vrienden, die dikker zijn dan ik.
Bijna iedereen is heel kritisch en negatief over dikke mensen.	Ik ben ook niet zo dik. Ik zie er best okay uit. Ik moet alleen doorgaan met gezond eten en sporten.
Als ik dun ben, laat ik andere mensen zien dat ik controle heb over wat ik eet	Ik ben veel meer dan mijn uiterlijk alleen.
<i>Alternatieve gedachte:</i> Mensen die van me houden, zouden me niet afwijzen alleen omdat ik niet perfect dun ben. Ik heb ook veel andere kwaliteiten. Mocht iemand mij afwijzen vanwege mijn uiterlijk, dan zegt dat meer over die persoon dan over mij.	
<i>Geloofwaardigheid:</i> 8.	

Module 6: Cognitieve herstructurering II: Gedragsexperiment

Het is zo langzamerhand bekend dat gedragsexperimenten een krachtig middel vormen als er afscheid moet worden genomen van vertrouwde disfunctionele gedachten (Ten Broeke, Schurink, De Jongh, & Korrelboom, 2003; Korrelboom & Ten Broeke, 2004). In de

onderhavig module gaan cliënten met stimulerende begeleiding van de behandelaar hiermee aan de slag. Zij gaan experimenteren met voor hen nieuwe manieren van zich opstellen in situaties die zij moeilijk vinden, waarvoor zij bang zijn. Dit krijgt gestalte in twee oefeningen. De eerste betreft het opstellen van het experiment. Na het commentaar hierop gaan zij oefenen met het uitvoeren. Ook daarop krijgen zij feedback.

Voorstel van een cliënte voor het gedragsexperiment:

‘Als ik een feestje heb, ben ik een hele dag (en soms begin ik eerder) bezig met de voorbereidingen. De hele dag lang niet eten zodat mijn buik niet opvalt, urenlang douchen, outfits bedenken en uitproberen, make-up, haren, voor de spiegel staan en vaak weer helemaal vooraan beginnen omdat het me niet bevalt, wat ik daar zie. Dit kost me te veel energie en ik word er heel verdrietig van.

Voor mijn experiment wil ik proberen om naar een feest te gaan zonder al die voorbereiding en dat gedoe van tevoren. Ik wil kijken wat er dan gebeurt; valt het de mensen op? Krijg ik minder aandacht van jongens? Kan ik dan genieten van het feest?’

Module 7: Bijstellen 2

Cliënten evalueren en passen voor de tweede keer hun zelfcontroleplan aan.

Het eetpatroon moet inmiddels regelmatig en voldoende zijn. Als dat niet zo is, wordt er extra aandacht aan besteed. Cliënten krijgen in deze module eenmaal commentaar op de manier waarop zij de stappen van het zelfcontroleplan toepassen. Ze krijgen ook instructies over hoe ze onderdelen die niet goed bevallen, kunnen veranderen.

Module 8: Lichaamsbeleving/spiegelexposure

Bij mensen met een eetprobleem wordt het zelfbeeld voor een groot deel bepaald door hoe ze hun uiterlijk en hun gewicht beleven (APA, 2000). Als na een therapie de negatieve denkbeelden over het eigen lichaam nog steeds bepalend zijn voor het zelfbeeld, is het risico op terugval aanzienlijk (Jansen, 1998). De onderhavige module richt zich daarom op het verkrijgen van een positievere beleving van het eigen lichaam. De cliënten gaan hun lichaam van top tot teen in een spiegel bekijken (Key et al., 2002; Smit, Offringa, & Kramer, in review).

Daarna beschrijven ze zeer gedetailleerd hun lichaam. Vervolgens schrijven ze een steunende brief aan een (denkbeeldige) vriendin, die een vergelijkbaar lichaam heeft en even negatief denkt als zij tot nog toe deden. De perspectiefverandering is een elegante en effectieve manier om cognitieve herstructurering te bevorderen (Lange, Rietdijk et al, 2003).

Fragmenten uit door cliënten geschreven brieven aan een denkbeeldige vriendin:

‘Lieve vriendin,
Ik heb begrepen dat je niet gelukkig bent met jezelf en dat je ontevreden bent over hoe je eruit ziet. Maar dat is helemaal niet nodig, ik vind je juist een mooie en lieve meid. Je staat altijd klaar voor anderen. Daarbij heb je een goed stel hersens, een leuk vriendje en allemaal vrienden die dol op je zijn.’
‘Ik wil je laten weten dat ik heel veel van je hou vanwege het prachtige mens dat je bent. Je hebt zoveel te bieden. Ik weet dat je soms geplaagd wordt door onzekerheid en dat je bang bent om gekwetst te worden, maar probeer dicht bij jezelf te blijven en die openheid naar de wereld die jou zo speciaal maakt te behouden.’

In deze module oefenen de cliënten driemaal: eenmaal spiegelexposure en tweemaal met schrijven van de brief. Ze krijgen op alledrie de oefeningen feedback, verdeeld over twee momenten.

Module 9: Zelfwaardering

Deze module bevat drie opdrachten die de cliënten helpen om hun zelfbeeld minder te laten bepalen door hun uiterlijk en zich meer bewust te worden van andere aspecten die op hen van toepassing zijn.

Opdracht 1

Cliënten gaan schrijven over een aantal eigenschappen die zij belangrijk vinden, zoals eerlijkheid, gevoel voor humor, hartelijkheid. Vervolgens geven ze ten aanzien van deze aspecten een cijfer aan iemand voor wie zij veel waardering hebben. Daarna geven zij zichzelf cijfers voor deze eigenschappen. Deze oefening stimuleert een bredere en genuanceerdere manier van denken.

Opdracht 2

Daarna verzamelen zij gedurende drie dagen positieve informatie over zichzelf in een zogenaamd *Witboek*.

Opdracht 3

De meest waardevolle informatie uit het *Witboek* vatten zij samen op een 'zelfverbalisatiekaartje' dat zij steeds bij zich hebben (Lange, 2006, par. 9.7); Lange, Richard, Gest, De Vries, & Lodder 1998; Lange, Richard, Kiestra, & Van Oostendorp, 1997). Meerdere malen per dag lezen ze de tekst van dit kaartje hardop aan zichzelf voor. Ook op moeilijke momenten gebruiken zij het kaartje, bijvoorbeeld in het kader van responspreventie.

Zij krijgen over elke opdracht feedback met aangepaste instructies.

Voorbeeld van een zelfverbalisatiekaartje:

'Ik ben een betrokken, betrouwbare en hardwerkende collega.'

'Ik ben lief, zorgzaam en vrolijk.'

'Ik ben een mooie, intelligente en sterke vrouw.'

Module 10: Terugvalpreventie en toekomstplan

De cliënten kijken nu terug op de behandeling: wat heeft gewerkt en wat niet? Cliënten schrijven vervolgens een document (*Toekomstplan*), waarin aandacht wordt gegeven aan:

- a. preventie van terugval;
- b. het herkennen van signalen van terugval;
- c. actie bij (beginnende) terugval.

Ook evalueren de cliënten nogmaals hun zelfcontroleprogramma en passen dit eventueel aan.

In deze module is er nog steeds ruimte om te oefenen met het totale pakket aan vaardigheden die de cliënten tijdens de behandeling hebben geleerd. De module bevat drie contactmomenten met feedback. De cliënten oefenen gedurende minstens twee weken zonder de 'bemoeienis' van de behandelaar. Na deze laatste oefenperiode schrijven ze een verslag en wordt de laatste hand gelegd aan het toekomstplan en de laatste versie van hun zelfcontroleprogramma. Het is de bedoeling dat cliënten aan het einde van de behandeling twee waardevolle en nuttige documenten hebben: een op hen toegesneden werkbaar zelfcontroleplan en een 'gebruiksaanwijzing' voor de toekomst.

Het onderzoek naar de resultaten

Het beschreven behandelprotocol is getest in een gerandomiseerde gecontroleerde studie onder 105 deelnemers, van wie één man. Aan

deze studie hebben 23 juniorbehandelaars deelgenomen, onder wie 20 masterstudenten klinische psychologie. Allen hebben een cursus cognitieve gedragstherapie gevolgd en een korte speciale cursus toegesneden op dit protocol. Gemiddeld hebben zij ongeveer drie kwartier aan een contact besteed.

De cliënten hebben tijdens de behandeling het aantal eetbuien geregistreerd en vooraf, achteraf en in een follow-up vragenlijsten ingevuld die op de eetstoornis betrekking hebben. De veranderingen die zich bij de cliënten voordeden, zijn vergeleken met de veranderingen in diezelfde periode in een wachtlijstcontrolegroep en in een groep die alleen een zelfhulpboek had gebruikt. De details van de opzet en de resultaten van dit onderzoek zullen worden beschreven in Ruwaard et al. (in voorbereiding). We kunnen wel alvast constateren dat effecten van de behandeling groot zijn in vergelijking met de twee controlecondities.

Bespreking

Het hier beschreven protocol heeft uiteraard veel overeenkomsten met bestaande cognitieve gedragstherapieën voor bulimia nervosa. Hieronder bespreken we enkele verschillen met de bestaande behandelingen en enkele andere opvallende ervaringen met het protocol.

Stoppen met compenseren

In de meeste behandelprotocollen is het stoppen met compenseren van oudsher een van de doelen van de behandeling (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn, & Telch, 1989; Wilson, Eldredge, Smith, & Niles, 1991; Wilson & Fairburn, 1993). In de hier beschreven behandeling blijkt het mogelijk om in het begin van de behandeling met de cliënten overeenstemming te bereiken over de noodzaak van stoppen met compenseren. De cliënten krijgen veel uitleg en het is opvallend hoezeer zij geneigd zijn om hierover afspraken te maken en zich eraan te houden. De meeste cliënten voelen aan dat compenseren een bewuste beslissing is, die niet is gebaseerd op drang maar op het voorkomen van gewichtstoename. Indien daartoe gemotiveerd kunnen zij hiermee stoppen. Voor de cliënten bij wie het compenseren een ritueel is gaan vormen waar zij moeilijk mee kunnen ophouden, bevat het protocol voorlichting over de gevaren en worden er zelfcontrole-technieken opgesteld, die toegesneden zijn op het voorkómen van compenseren. De hier beschreven aanpak sluit naadloos aan bij recente bevindingen die onderstrepen hoe belangrijk het is dat patiën-

ten met bulimia nervosa snel stoppen met compenseren (Fairburn, Agras, Walsh, Wilson, & Stice, 2004).

Aandacht voor motiveren

Het protocol bevat veel motiverende en impactverhogende elementen: hoop, aanmoediging, complimenten, controle over de behandeling en vooraankondigingen van wat zij zullen gaan ervaren (Lange, 2006, par. 3.8). Een gedeelte hiervan is opgenomen in het protocol zelf en in de manier waarop de instructies en uitleg zijn opgesteld. De behandelaars kunnen daarnaast beschikken over een hulpfile met voorbeelden van teksten die zij, afhankelijk van de module en van wat de cliënt heeft laten weten, naar voren kunnen halen. Bovendien kunnen zij in de geest van het protocol de terminologie aanpassen aan de specifieke cliënten.

De cliënten worden regelmatig nieuwsgierig gemaakt over nieuwe technieken, die zij in een iets later stadium van de behandeling gaan toepassen. Interventies worden als het ware in de week gezet, een vorm van zaaien (Erickson, 1954; Lange, 2006, par. 8.12). Soms was de interventie op het geplande tijdstip niet eens meer nodig: de cliënten hadden de interventie al op eigen houtje uitgevoerd. Dit gold bijvoorbeeld voor niet-compenseren: *'Je had me al verteld dat ik op een gegeven moment in de behandeling moest stoppen, dus dacht ik, waarom niet meteen beginnen?'* Het was ook het geval bij de zelfcontrole met betrekking tot de eetbuien en het regelmatig eten van reguliere maaltijden. Veel cliënten begonnen er al mee nadat de behandelaar het alleen nog maar had aangekondigd en nog niet om effectuering had gevraagd.

Nadelen en voordelen van het online behandelen

De behandeling is qua inhoud weliswaar zeer goed vergelijkbaar met bestaande cognitieve gedragstherapieën, de vorm is anders doordat er geen face-to-face contact is tussen behandelaar en cliënt. Dit zou nadelen kunnen hebben. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om een moeilijke opdracht rechtstreeks met een cliënte te oefenen. De gedetailleerde uitleg en de hulpinstructies die de behandelaars kunnen gebruiken, leiden er echter toe dat de voordelen waarschijnlijk opwegen tegen de nadelen, nog afgezien van de gebruikelijke voordelen als laagdrempeligheid en niet hoeven te reizen. In eerdere publicaties is hierover ten aanzien van andere stoornissen gerapporteerd (Lange et al., 2007; Lange, Vermeulen et al., 2005; Lange, Rietdijk et

al., 2003; Lange, Van de Ven et al., 2003). Het gaat hierbij om de volgende aspecten:

- *Registraties.* Ondanks de gemotiveerdheid van de cliënten was het handhaven van een normaal en gezond eetpatroon geen sinecure. De dagelijkse registratieformulieren waren daarom zeer nuttig. In deze gestructureerde online behandeling was het registreren voor cliënten en behandelaars relatief simpel uit te voeren en te gebruiken. Dankzij de gegevens van de registraties hebben cliënt en behandelaar inzicht in het eetpatroon: eet de cliënte voldoende en regelmatig? Is er verandering te zien? Heeft ze eetbuien gehad? Heeft ze gecompenseerd? De dagelijkse registratieformulieren en het intensieve contact tussen cliënte en behandelaar maken een snelle reactie van de behandelaar mogelijk als het tegenzit.
- *Vastleggen van de therapieproducten.* De rapportages van de cliënten worden automatisch door hen en voor hen bewaard. Zij kunnen er te allen tijde over beschikken. Dit verhoogt het gevoel van controle van de cliënten.
- *Kwaliteit van de uitleg en feedback.* Veel van de informatie van de behandelaar naar de cliënt is op uitgekende wijze van tevoren vastgelegd. De behandelaars hoeven niet steeds het wiel opnieuw uit te vinden om toch aan de cliënte aangepaste uitleg en reacties te geven.
- *Treatment integrity.* Door de structuur en de hulpmiddelen is er weinig afwijking van het beoogde protocol. Hier komt bij dat er bij supervisie en intervisie letterlijk gekeken kan worden hoe behandelaars het precies hebben gedaan.
- *Werkdag respijt.* Behandelaars hoeven niet onmiddellijk te reageren. Dit vergroot de kans op een betere reactie aan de cliënten. Indien behandelaars twijfelen, hebben ze de tijd om na te denken en eerst te overleggen met collega's of supervisors.
- *Satisfactie van de behandelaar.* Er wordt vaak gedacht dat het voor behandelaars niet bevredigend is als zij geen oogcontact met hun cliënten hebben. Van de cliënten weten we uit eerdergenoemd onderzoek dat verreweg het grootste gedeelte van hen het webcontact met de behandelaars als persoonlijk beschouwt en het geen gemis vindt dat er geen face-to-face contact is (vgl. Lange et al., 2005). Van de behandelaars vermoeden wij hetzelfde, maar wij hebben er nog geen systematisch onderzoek naar verricht. De inzet, discussies over cliënten en hun behandelingen doen sterk vermoeden dat het overgrote deel van de behandelaars de band met de cliënten als sterk ervaart en dat de tevredenheid over het behandelen op deze manier groot is. Dit zou te maken kunnen hebben met de transparantie en de mogelijkheid om tijdens de behandelingsmomenten te overleggen wat de beste voortzetting is.

Haalbaarheid sommige opdrachten

Er waren van tevoren twijfels of alle onderdelen van de behandeling wel haalbaar waren. Deze twijfels bleken niet onterecht. Het vinden van de geschikte gedragsexperimenten was in veel gevallen moeilijk, zo niet onhaalbaar. De cliënten begrepen niet altijd wat de bedoeling was. Op grond hiervan werden de psycho-educatie en de instructies aangepast. Er kwam meer nadruk op het experimenteren met nieuw gedrag en minder op het toetsen van onjuiste hypothesen. Dit is een verstandige beslissing gebleken.

Ook bij de exposure met behulp van de spiegel waren aanvankelijk problemen. Sommige cliënten bleken moeilijk tot niet te bewegen om zichzelf in vivo in de spiegel te inspecteren. In de nieuwe instructie werd de cliënten de mogelijkheid gegeven te kiezen tussen de optimale aanpak (in vivo) of zichzelf in een imaginaire spiegel te observeren. De keuzemogelijkheid bleek op zich motiverend. Bijna alle deelnemers kozen er uiteindelijk voor om de oefening daadwerkelijk voor de spiegel uit te voeren.

In het algemeen lijken de cliënten een grote mate van 'compliance' op te brengen. De evaluatievragenlijst die in het onderzoek wordt gehanteerd, zal hierover meer gedocumenteerd rapporteren (Ruwaard et al., in voorbereiding).

Het protocol is multidimensioneel

In nogal wat behandelingen voor bulimia nervosa wordt uitgegaan van het verslavingsmodel waarvoor cue exposure een belangrijk onderdeel van de behandeling vormt (Jansen, 1993; Jansen & Meijboom, 1997). Wilson (1993) betoogt dat boulimie niet als een verslaving kan worden opgevat, al zijn zelfcontroleprocedures volgens hem wel belangrijk in de behandeling. Anderen, zoals Cooper (2005), Jansen (1998) en Vanderlinden (1998), wijzen op de rol van cognitieve factoren: verstoorde lichaamsbeleving en negatief zelfbeeld. Uitdoven van de drang tot eten is volgens hen niet afdoende voor blijvende verandering. Op grond hiervan is in het onderhavige protocol gekozen voor een multidimensionele aanpak, waarbij responspreventie (met cue exposure) wordt toegepast als de cliënten al enige controle hebben over hun cognities en eetgedrag. Het zelfcontroleprogramma wordt dan ook geïnitieerd in een fase waarin de cliënten nog stimuluscontrole toepassen, het omgekeerde van pure cue exposure. Pas in de laatste fases wordt de stimuluscontrole opgeheven en oefent de cliënte juist met stimulusrijke situaties.

De kosten en tijdsinvestering

Ten tijde van het gerandomiseerde onderzoek was de behandeling gratis. De behandeling zal pas over enkele maanden standaard worden aangeboden, aangezien het systeem van Interapy momenteel wordt geüpdatet. De behandeling zal door verzekeraars worden vergoed. De prijs zal rond de € 2000,- liggen.

Tijdens het onderzoek zijn 70 van de 105 cliënten behandeld (de experimentele conditie en de wachtlijstcontroleconditie); de andere 35 personen kregen alleen het zelfhulpboek. De behandelaars waren gemiddeld zo'n anderhalf uur per week bezig met een cliënte. Dit bevat dan ook meteen de verslaglegging. De behandelaars hebben in het begin meer tijd nodig dan wanneer zij eenmaal ervaring hebben opgedaan met de populatie en het protocol. Daarom mogen we veronderstellen dat de tijdsinvestering na de trial – als de behandeling standaard wordt afgenomen en door ervaren behandelaars wordt uitgevoerd – een geringere tijdsinvestering met zich meebrengt.

Boulimie en binge eating disorder

Het beschreven behandelprotocol is toegesneden op bulimia nervosa. Cliënten met binge eating disorder konden niet aan deze behandeling meedoen, omdat de instructies over compenseren en de manier om ermee te stoppen niet op hen van toepassing zijn. Momenteel wordt gewerkt aan een behandelprotocol waarin de behandelaar ervoor kan kiezen de op compenseren gerichte interventies achterwege te laten of andere, op binge eating toegesneden, elementen te gebruiken. Hiermee wordt het protocol ook geschikt voor cliënten met binge eating disorder.

Ten slotte: in dit artikel hebben we de resultaten van het onderzoek slechts aangestipt. Het is echter niet overmatig optimistisch als we stellen dat de hier beschreven behandeling een waardevolle en laagdrempelige toevoeging geeft aan de bestaande behandelingen van bulimia nervosa. Voor de verantwoording van deze bewering verwijzen wij naar Ruwaard et al. (in preparation). Daar geven we de informatie over de meetinstrumenten, meetmomenten inclusief de follow-up, statistische analyses, effectgroottes, de drop-outs en de evaluaties door de cliënten.

ABSTRACT This article describes the protocol of a cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa, which is fully administered through

the internet. The treatment comprises interventions including psycho-education, monitoring, a self-control program that is tailored to the client's need, challenging dysfunctional negative thinking, enhancing body-attitudes and prevention of relapse. The treatment combines CBT with aspects of directive therapy aimed at enhancement of impact and motivation. The different modules of the protocol are illustrated by examples of clients. The discussion focusses on the differences and similarities of this online treatment and the face-to-face cognitive behavioral therapies for bulimia nervosa. The results of a randomized controlled trial (n = 105) with this protocol are not given in detail but only briefly touched upon. These results demonstrate that the effects of the treatment are large in comparison to a self-help group and a waiting-list control group (Ruwaard et al., in preparation).

Referenties

- Agras, W.S., Schneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D., & Telch, C.F. (1989). Cognitive-behavioral therapy with and without exposure plus response prevention in treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 778-779.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2007). Effects of Internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Review Series: Psychiatry 9*, 9-14.
- Broeke, E. ten, Schurink, G., Jongh, A. de, & Korrelboom, K. (2003). Gedragsexperimenten in cognitieve gedragstherapie: een stapsgewijze beschrijving. *Gedragstherapie, 36*(1), 5-18.
- Carrard, I., Rouget, P., Fernández-Aranda, F., Volkart, A.-C., Damoiseau, M., & Lam, T. (2006). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics, 75*, 101-109.
- Cooper, M.J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review, 25*(4), 511-531.
- Erickson, M.H. (1954). Pseudo-orientation in time as a hypnotic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Vol. 2* (p. 261-283).
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: Guilford Publications.
- Fairburn, C.G., Agras, W.S., Walsh, B.T., Wilson, G.T., & Stice, E. (2004).

- Prediction of Outcome in Bulimia Nervosa by Early Change in Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2322-2324.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fernández-Aranda, F., Núñez, A., Martínez, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I., Rouget, P., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., Santamaría, J., & Lam, T. (2009). Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: a controlled study. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 37-41.
- Ghaderi, A. & Anderson, G. (1999). Meta-analysis of CBT for Bulimia Nervosa: Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 79-87.
- Hoek, H.W. & Hoeken, D. van. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hoek, H.W. & Hoeken, D. van (2008). Epidemiologie. In: W. Vandereycken en G. Noordenbos (red.), *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom (hoofdstuk 2).
- Hoek, H.W. & Vandereycken, W. (2008). Een kwarteeuw onderzoek en behandeling van eetstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, Jubileumnummer*, 85-89.
- Jansen, A. (1993). *Bulimia nervosa effectief behandelen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A. (1998). Lichaamsbeeldtherapie. In: A. Jansen & A. Meijboom (red.), *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa* (pp. 72-83). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum/Cure & Care Development.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1997). Cue exposure voor mensen met eetbuien: meer protocol. *Directieve Therapie*, 17(3), 209-229.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen: cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction; A controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 22(3), 225-236.
- Lange, A., Richard, R., Kiestra, J., & Oostendorp, E. van (1997). Cognitive treatment through positive self-verbalization; A multiple case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 161-171.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the

- standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting Psychology*, 71, 901-909.
- Lange, A., Ruwaard, J., Schrieken, B., Broeksteeg, J., Tienhoven, S. van, Jager, J., & Emmelkamp, P. (2007). Geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie van klinische en subklinische paniekstoornis, via het Internet: de behandeling en de resultaten van een gecontroleerde gerandomiseerde trial. *Directieve Therapie* 27, 73-105.
- Lange, A., Schrieken, B., Scheijde, R., Broeksteeg, J., Ruwaard, J., Schrijver, M., Mehra, S., Ven, J-P. van de, & Emmelkamp, P. (2005). Interapy: diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via internet. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31(5), 355-376.
- Lange, A., Terweij, J., & Kiestra, J. (1999). Evaluatie van ingrediënten in de behandeling van boulimia nervosa: Stoppen met compenseren, zelfcontrole en sporten. *Directieve Therapie*, 19, 214-239.
- Lange, A., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Smit, M. (2003). Interapy burn-out: preventie en behandeling van burn-out via internet. *Directieve Therapie*, 23(2), 121-145.
- Lange, A., Vries, M. de, Gest, A., & Oostendorp, E. van (1994). A self-management program for bulimia nervosa: The elements, the rationales and a case study. *Eating Disorders*, 2(4), 329-340.
- Lange, A., Vermeulen, H., Renckens, C.H., Schrijver, M., Ven, J-P. van de, Schrieken, B., & Dekker, J. (2005). De geprotocolleerde Interapy-behandeling van depressie via het internet; resultaten van een gerandomiseerde trial. *Directieve Therapie*, 25(1), 27-50.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 649-661.
- Mitchell, J.E., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders* 4, 95-101.
- Nagtegaal, T. (2008). *De invloed van de screening en begeleiding van deelnemers op de effectiviteit van psychologische interventies via internet*. Doctoraalscriptie Amsterdam: Programmagroep Universiteit van Amsterdam.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 7(3), 291-297.
- Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Broeksteeg, J., & Renteria-Agirre, A. (in voorbereiding). Cognitive behavioral treatment of Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial of Web-based, Therapist-assisted CBT vs. Self-help vs. a Waiting-list.
- Smit, Th., Offringa, Ch., & Kramer, H. (in review). Mindful spiegel exposure bij eetstoornissen: een nieuw therapieprotocol en twee gevalbeschrijvingen. *Directieve Therapie*.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2006).

- Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 20, 1-10.
- Stefano, S.C., Bacaltchuk, J., Blay, S.L., & Hay, P. (2006). Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 452-459.
- Vanderlinden, J. (1998). Bulimia nervosa, cognitieve gedragstherapie, cue exposure en de rol van negatieve gevoelens: een aanvulling. *Directieve Therapie*, 18(3), 236-245.
- Vanderlinden, J. (2002). *Boulimie en eetbuien overwinnen*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J., Pieters, G., Probst, M., & Norré, J. (2004). *Behandelprotocol bij Boulimia Nervosa. Therapeutenboek*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Whittal, M.L., Agras, W.S., & Gould, R.A. (1999). Bulimia Nervosa: a meta-analysis of psychosocial and psychopharmacological treatments. *Behavior therapy*, 30(11), 117-135.
- Wilson, G.T. (1993). Binge eating and addictive disorders. In: C.G. Fairburn en G.T. Wilson (red.), *Binge Eating: Nature, Assessment and treatment*. New York: Guilford Press (hoofdstuk 6).
- Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioural treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, 29(6), 575-583.
- Wilson, G.T. & Fairburn, C.G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 261-269.
- Wilson, G.T. & Fairburn, C.G. (2002). Treatments for eating disorders. In: P.E. Nathan & J.M. Godman (Eds.), *A guide to treatments that work*, (2nd ed.) (pp. 559-592). New York: Oxford University Press.