

## Boulimie online overwinnen

### Resultaten van een gecontroleerd onderzoek<sup>1</sup>

Jeroen Ruwaard en Alfred Lange

---

**SAMENVATTING** Eerder presenteerden Renteria-Agirre en Lange in *Directieve therapie* een Interapy-protocol voor de online behandeling van bulimia nervosa. Dit artikel beschrijft een gecontroleerd onderzoek waarin de effecten van deze online behandeling worden vergeleken met die van zelfhulp en een wachtlijst. De resultaten zijn positief. Online cognitieve gedragstherapie bleek effectiever in het reduceren van boulimische klachten dan zowel de wachtlijst als de meer actieve zelfhulpconditie. Ook de gevonden herstelpercentages, een hoge tevredenheid van de deelnemers met de internetbehandeling en de stabiliteit van de effecten waren bemoedigend.

---

#### Inleiding

Enige tijd geleden presenteerden Renteria-Agirre en Lange (2009) in Dth een Interapy-protocol voor de online behandeling van bulimia nervosa (BN). Zij refereren in dat artikel aan een gecontroleerd onderzoek naar de effecten van deze behandeling. Dat onderzoek was toen nog niet afgerond. Nu wel. In dit artikel geven wij een beschrijving van de opzet, methode en resultaten van die studie.

De online behandeling combineert cognitieve gedragstherapie met een aantal motiverende en impactverhogende facetten van de directe therapie. Voor de relevantie van cognitieve gedragstherapie voor de vermindering van boulimische klachten bestaat ruime empirische ondersteuning (Mitchell, Agras, & Wonderlich, 2007; Roth &

<sup>1</sup> Dit onderzoek werd financieel ondersteund door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars. Aan de studie werkten velen mee. Wij danken hier vooral Bart Schrieken, Janneke Broeksteeg, Aitziber Renteria-Agirre, Konstantin Starojitski, Christel Adriaens en Johan Vanderlinden.

DRS. J. RUWAARD is als onderzoeker/informaticus verbonden aan Interapy en promovendus aan de Universiteit van Amsterdam (UvA). E-mail: ruwaard@interapy.nl.

PROF. DR. A. LANGE is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de programma-groep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Fonagy, 2005). In de Nederlandse *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen* is deze therapievorm dan ook de aanbevolen behandeling bij boulimie (CBO & Trimbos-instituut, 2006). Desondanks bereikt deze therapie slechts een fractie van de mensen met BN (Crow, Mussell, Peterson, Knopke, & Mitchell, 1999; Hoek & Van Hoeken, 2003). Patiënten met boulimie houden hun probleem vaak verborgen omdat ze zich schamen voor hun verstoorde eetpatroon (Vanderlinden, 2002). Zij die toch hulp zoeken, krijgen vaak te kampen met wachtlijsten en hulpverleners die moeite hebben om de richtlijnen in de dagelijkse praktijk toe te passen (Hutschemaekers, 2009).

Boulimie is niet de enige stoornis die wordt onderbehandeld. Uit bevolkingsonderzoek blijkt keer op keer dat veel mensen met psychologische problemen daarvoor niet de juiste hulp zoeken of vinden, terwijl hun problemen effectief zouden kunnen worden behandeld (Collins, Westra, Dozois, & Burns, 2004; Shafran et al., 2009). Onderzoekers hopen daar verandering in te brengen met toegankelijke, laagdrempelige internetinterventies. Het moet nog blijken of internetinterventies daadwerkelijk een nieuwe doelgroep bereiken, maar dat cognitieve gedragstherapie ook via het internet effectief kan zijn is in de laatste tien jaar uitgebreid aangetoond bij angst- en stemmingsstoornissen (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers, Marks, Van Straten, Cavanagh, Gega, & Andersson, 2009). Recentelijke studies richtten zich ook op boulimie. Net als de meeste internetbehandelingen zijn de behandelingen in deze studies begeleidde zelfhulpprogramma's waarin de therapeutische begeleiding zoveel mogelijk wordt teruggebracht. In een Zweeds onderzoek van Ljotsson en collega's (2007) doorliepen de deelnemers een zelfhulpboek en werden daarbij wekelijks via e-mail ondersteund. Een Zwitserse onderzoeksgroep koos een soortgelijke aanpak (Fernández-Aranda et al., 2009). De effectiviteit van dit programma wordt op dit moment in een omvangrijke Europese studie onderzocht.

Bij Interapy-behandelingen ligt het niet voor de hand om te spreken van zelfhulp. Ondanks dat er geen enkel *face-to-face* contact is, gaat het hier om puur geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie. 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 (Lange et al., 2005). De frequentie en de globale inhoud van de instructies worden in de protollen vastgelegd. De behandelaar zorgt ervoor dat deze instructies goed aansluiten bij de cliënt.

De Interapy-behandeling voor boulimie werd eerder, tijdens de ontwikkelfase, in een kleine ongecontroleerde *face-to-face* pilot getest. Het hier gepresenteerde onderzoek werd opgezet om de behandeling te valideren in een meer gecontroleerde situatie. Zoals gewoonlijk

werd de behandeling gecontrasteerd met een wachtlijst. Er werd echter nog een derde conditie toegevoegd: een zelfhulpconditie waarin de deelnemers een boek kregen aangeboden, maar geen ondersteuning. Deze conditie werd toegevoegd om het effect van de behandeling ook af te zetten tegen een meer actieve controlegroep.

## Methode

### *Experimentele opzet*

De studie was een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek waarin deelnemers *at random* werden toegewezen aan a) de internetbehandeling, b) een zelfhulpconditie of c) een wachtlijstcontrolegroep. Alle groepen kregen een voormeting, een nameting (na twintig weken) en een follow-upmeting zes weken na afloop van de behandeling.

- a. De *Interapy*-internetbehandeling voor boulimie duurt twintig weken en omvat interventies als bewustwording door middel van registreren en schrijven, zelfcontrole, uitdagen van automatische gedachten via schrijfpoddrachten en gedragsexperimenten, spiegel-exposure, responspreventie en positieve zelfverbalisatie. In de laatste fase van de behandeling schrijven de cliënten een terugvalpreventieplan. Voor een uitgebreide beschrijving van deze behandeling verwijzen wij naar het eerdergenoemde artikel van Renteria-Agirre en Lange (2009).
- b. De *zelfhulpgroep* kreeg de beschikking over een populair zelfhulpboek (*Boulimie en eetbuien overwinnen*; Vanderlinden, 2002) dat uitgaat van dezelfde cognitief-gedragstherapeutische beginselen als de *Interapy*-behandeling. Deelnemers ontvingen bij aanvang een e-mail met instructies over het gebruik van het boek. Daarna werd geen therapeutische ondersteuning meer geboden. Twintig weken na de randomisatie werden de deelnemers uitgenodigd voor de nameting.
- c. De *wachtlijstgroep* ontving na de randomisatie een e-mail waarin consequenties van de toewijzing verder werden toegelicht. Na twintig weken ontvingen ook zij de uitnodiging voor de tweede meting. Direct daarna startten zij alsnog met de internetbehandeling.

### *Deelnemers*

De werving richtte zich op Nederlandssprekende vrouwen en mannen van 16 jaar of ouder met boulimische klachten. Zij werden bereikt via

landelijke media, websites, internetfora en informatieposters. Geïnteresseerden werden verwezen naar een website met achtergrondinformatie over het onderzoek. Deelnemers konden zich via deze site aanmelden. Zij ontvingen daarna een geautomatiseerde e-mail met login-gegevens voor een beveiligde persoonlijke website.

### *Screening*

De screening startte met een aantal online zelfrapportagevragenlijsten en werd afgesloten met een semigestructureerd telefonisch intakegesprek. Deelnemers dienden daarna een *Informed Consent*-formulier op te sturen voordat zij werden toegelaten tot de randomisatieprocedure.

Deelnemers werden toegelaten op basis van de criteria voor boulimie volgens de DSM-IV (APA, 2000). Er moest sprake zijn van a) recidiverende episodes van eetbuien waarbij men het gevoel had de beheersing over het eten kwijt te zijn, b) recidiverend inadequaat compensatoir gedrag zoals zelfopgewekt braken en excessief lijnen en c) een onevenredige beïnvloeding van lichaamsvorm en lichaamsgewicht op het zelfbeeld. Om deze symptomen vast te stellen werd de Nederlandse versie van de *Eating Disorder Examination Questionnaire* afgenomen (EDE-Q; Nauta, Hospers, Kok, & Jansen, 2000). Verstoringen in het lichaamsbeeld werden gemeten via de *Lichaamsattitudevragenlijst* (LAV; Probst, Van Coppenolle, & Vandereycken, 1998). Beide vragenlijsten worden in de volgende paragraaf besproken. Aanwijzingen voor comorbiditeit werden verder gevonden via de Depressie Angst Stress Schaal (DASS; De Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange, & Blonk, 2001). In het interview werden de resultaten van de vragenlijsten geverifieerd, waarna werd besloten of de deelnemer voldeed aan de inclusiecriteria.

Contra-indicaties voor deelname aan de behandeling waren: een verhoogd risico op psychose, dissociatie of suïcide, ernstige automutilatie, anorexia nervosa (BMI < 18), overmatig alcoholgebruik, gebruik van neuroleptica, een eerdere opname in een psychiatrisch ziekenhuis of een andere prevalerende stoornis dan boulimie. Het risico van psychose werd vastgesteld met behulp van de *Gewaarwordingenlijst* (GL; Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven, & Slot, 2000). Dissociatieve klachten werden gescreend met de *Somatoform Dissociation Questionnaire-5* (SDQ-5; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1997) en de *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q; Vanderlinden, 1996). Suïciderisico werd vastgesteld aan de hand van de *Suïciderisico-vragenlijst* (SUI; gebaseerd op Blaauw & Kerkhof (1999), Van Heeringen & Kerkhof (2000) en Joiner, Steer, Brown, Beck, Pettit, & Rudd, 2003). Automutilatie

werd gemeten met behulp van drie items uit de *Zelfbeschadigingvragenlijst* (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2001), gebaseerd op de *Self-Harm Inventory* (SHI; Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998). Middelenmisbruik en medicijngebruik werden gescreend met korte vragenlijsten die standaard in het Interapy-programma zijn opgenomen.

#### *Uitkomstmaten*

De studie kende vier primaire uitkomstmaten: a) globale ernst van eetstoornis, b) verstoring in de lichaamsbeleving, c) het aantal eetbuien en d) de mate van compenseren.

- a. *De globale ernst van de eetstoornis* werd vastgesteld aan de hand van de totaalscore op de Nederlandse bewerking van de EDE-Q (Fairburn & Beglin; 1994; Nederlandse versie: Nauta et al., 2000). Deze zelfrapportagevragenlijst bevat 22 items die vragen naar gedragingen, emoties en cognities met betrekking tot eetgewoonten en opvattingen over eten in de afgelopen 28 dagen. De lijst bevat vier subschalen: *Lijnen*, *Piekeren over eten*, *Piekeren over gewicht* en *Piekeren over lichaamsvormen*. De scores op deze subschalen worden gemiddeld om zo tot een globaal oordeel te komen over de ernst van de eetstoornis. Deze totaalscore ligt tussen 0 en 6, waarbij een hogere score een hoger klachtenniveau aangeeft.
- b. *Verstorings in de lichaamsbeleving* werd gemeten via de LAV (Probst et al., 1998). Deze zelfrapportagevragenlijst meet de subjectieve beleving en attitude ten opzichte van het eigen lichaam. De lijst bestaat uit 20 items die worden gescoord op een zespuntschaal (0-5). De maximale (totaal)score komt daarmee op 100. Hoe hoger deze score, des te negatiever de lichaamsbeleving.
- c. *Het aantal eetbuien*. De EDE-Q kent, naast de hierboven beschreven schalen, extra diagnostische items waarmee de aard van de eetstoornis kan worden bepaald. Een van deze vragen werd gebruikt om het aantal eetbuien in de laatste 28 dagen vast te stellen. Dit item vraagt naar het aantal 'objectieve eetbuien': *'Hoe vaak heb je in de afgelopen 28 dagen wel eens binnen een korte tijd een grote hoeveelheid voedsel gegeten en daarbij het gevoel gehad niet meer te kunnen voorkomen of controleren wat en hoeveel je at?'*.
- d. *De mate van compenseren*. Uit dezelfde diagnostische schaal werden items over zelfopgewekt braken en misbruik van laxantia gebruikt om de frequentie van purgeren in de afgelopen 28 dagen

vast te stellen. Om tot één maat te komen werden de scores op deze items opgeteld.

### *Statistische Analyses*

Verschillen tussen de experimentele condities werden getoetst door de gemiddelde groepscores op de nameting paarsgewijs te contrasteren (Interapy vs. wachtlijst, zelfhulp vs. wachtlijst en Interapy vs. zelfhulp). Hiervoor werd een reeks covariantieanalyses uitgevoerd, waarbij de voormetingen als enige covariaat werden opgenomen in het statistische model. Om een indruk te krijgen van de grootte van de effecten werden de verschillen tussen de groepsgemiddelden gestandaardiseerd tot Cohen's  $d$  (Cohen, 1988) door deze verschillen te delen door de standaarddeviatie van de voormeting. Bij een Cohen's  $d$  van .2 spreekt men van een klein effect, bij  $d = .5$  van een middelgroot effect en vanaf  $d = .8$  van een groot effect.

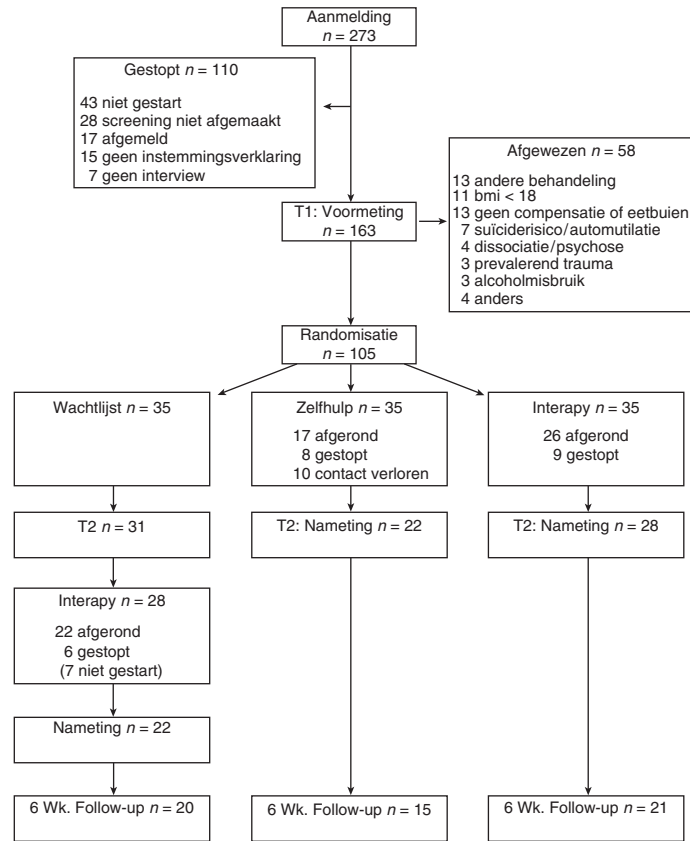
Vanwege het relatief grote aantal toetsen (twaalf in totaal) werden de toetsingswaarden gecorrigeerd volgens de Bonferroni-methode, zodat de gezamenlijke overschrijdingskans niet groter was dan  $\alpha = .05$  (Thompson, 2005). In de analyses werd het *intention-to-treat* principe gevolgd. Ook degenen die de nameting niet invulden, werden in de analyse 'meegenomen', onder de conservatieve aanname dat zij niet waren verbeterd (*'last observation carried forward'*).

### Resultaten

#### *Deelnemers*

##### *Aanmelding, screening en randomisatie*

Figuur 1 toont het verloop van de deelnemers tijdens de studie. De werving resulteerde in 273 aanmeldingen. Een substantieel deel van de aanmelders begon niet met de screening of maakte deze niet af ( $n = 110$ ; 40%). Van degenen die dat wel deden ( $n = 163$ ) kon bijna twee derde ( $n = 105$ ) worden geïncludeerd.



Figuur 1. Verloop van de deelnemers tijdens de studie.

De geïncludeerde groep bestond vrijwel geheel uit vrouwen ( $n = 104$ ), met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar (range: 16-69). Zij kampten al enkele jaren ( $M = 11$  jaar) met boulimische klachten, ondanks de psychotherapie die door iets meer dan de helft van de deelnemers in het verleden was gevolgd. De scores op de DASS toonden een lichte mate van comorbiditeit: de gemiddelde scores lagen net boven de klinische grenswaarden. Deelnemers rapporteerden een overwegend normale BMI. Opvallend is echter dat 23% van de deelnemers aan overgewicht leed, ook al was excessief compenseren een voorwaarde voor deelname aan het onderzoek. Na randomisatie waren de groepen op deze kenmerken redelijk vergelijkbaar, zoals te zien is in tabel 1.

Tabel 1. Overzicht van de kenmerken van de deelnemers, per experimentele groep.

	Wachtlĳst		Zelfhulp		Interapy	
	<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 35	
<b>Demografie</b>						
Vrouw (% <i>n</i> )	100%	35	100%	35	97%	34
Leeftĳd ( <i>M SD</i> )	32	11	31	9	30	10
Opleiding: tertiair (% <i>n</i> )	77%	27	74%	26	83%	29
Met partner (% <i>n</i> )	45%	16	49%	17	44%	15
<b>BMI</b> (% <i>n</i> )						
normaal: 18-25	80%	28	77%	27	74%	26
overgewicht: 25-30	6%	2	9%	3	20%	7
obesitas: > 30	14%	5	14%	5	6%	2
<b>Klachten</b>						
Jaren met boulimische klachten ( <i>M SD</i> )	13	12	11	9	10	8
Eerder psychotherapie gevolgd (% <i>n</i> )	66%	23	54%	19	66%	23
<b>Comorbiditeit</b>						
Depressie ( <i>M SD</i> )	14.3	10.0	12.3	10.2	15.4	9.3
Angst ( <i>M SD</i> )	6.4	6.6	5.0	4.6	5.8	6.7
Stress ( <i>M SD</i> )	16.3	9.5	13.7	10.0	14.3	9.0

#### *Uitval*

Negen deelnemers (26%) van de groep van 34 stopten vroegtĳdig met de internetbehandeling. Hoeveel deelnemers van de zelfhulpconditie daadwerkelijk het hele boek lezen was minder duidelijk, omdat 10 van hen (29%) het contact verbraken met de onderzoekers. Van de overige 25 deelnemers uit deze groep lezen 17 het boek volledig (49% van de oorspronkelijke groep) en acht (23%) gedeeltelijk. Relatief veel deelnemers uit de zelfhulpconditie vulden vervolgens de nameting niet in (*n* = 13; 37%). In de behandelconditie (*n* = 7; 20%) en de wachtlijstconditie (*n* = 4; 11%) was dit minder.

#### *Afname van klachten*

Tabel 2 en figuur 2 tonen de gemiddelde afname van klachten, zoals gemeten met de EDE-Q en de LAV. In de zelfhulpgroep en de internetgroep rapporteerden de deelnemers tijdens de nameting significant minder eetgerelateerde symptomen (EDE-Q) en een minder negatieve kijk op hun lichaam (LAV). In de wachtlijstgroep waren de verbeteringen marginaal.



Tabel 2. Afname in eetproblematiek (EDE-Q) en negatieve lichaamsbeleving (LAV) bij behandeling via internet (Interapy), een zelfhulpboek en een wachtlijst: gemiddelden en standaarddeviaties van de voor- en nametingen (gecorrigeerd voor intention-to-treat), en toetsing en effectgrootte van de paarsgewijze verschillen tussen de condities ( $N = 105$ ;  $n = 35$  per groep).

Uitkomstmaat groep	Voor		Na		ANCOVA			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	contrast	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>EDE-Q</b>								
Interapy	4.2	1.0	2.7	1.5	Interapy vs. Wachtlijst	4.2	< .001	1.1
Zelfhulp	3.8	1.0	3.2	1.2	Interapy vs. Zelfhulp	3.3	.019	.8
Wachtlijst	3.8	1.0	3.4	1.3	Zelfhulp vs. Wachtlijst	1.0	.999	.2
<b>LAV</b>								
Interapy	61.6	16.7	49.2	19.5	Interapy vs. Wachtlijst	3.3	.016	.6
Zelfhulp	53.4	17.7	48.8	18.8	Interapy vs. Zelfhulp	2.3	.282	.4
Wachtlijst	58.9	16.8	56.3	18.7	Zelfhulp vs. Wachtlijst	1.0	.999	.2

Het rechtergedeelte van tabel 2 toont de paarsgewijze contrasten tussen de groepsgemiddelden. De daling in de groep die de online behandeling onderging was aanmerkelijk groter dan in de controlegroep en de zelfhulpgroep. De verschillen tussen de behandelde groep en wachtlijstgroep waren middelgroot tot groot en significant. Ook het verschil tussen de behandelde groep en de zelfhulpgroep op de EDE-Q was groot. Het effect van dit contrast op de LAV was echter lager ( $d = .4$ ; *ns*). De verschillen tussen zelfhulp en wachtlijst waren klein en niet significant.

Tabel 3 geeft de veranderingen op de gedragsmaten ‘eetbuien’ en ‘compenseren’. Op deze maten rapporteerden enkele deelnemers uitzonderlijk hoge scores (‘uitbijters’) op zowel de voormeting als de nameting. Daarom rapporteren we in tabel 3 medianen in plaats van gemiddelden, omdat gemiddelden een vertekend beeld van de groepen zouden geven. Het linkergedeelte van de tabel laat zien dat er een grote afname was in de via internet behandelde groep, tegen een geringe afname in de beide controlecondities. De verbeteringen waren significant in de internetgroep en de zelfhulpgroep, maar niet in de wachtlijstgroep.

Tabel 3. Afname in frequentie van eetbuien en compenseren (purgeren) bij behandeling via internet (Interapy), een zelfhulpboek en een wachtlijst: medianen van de voor- en nametingen (gecorrigeerd voor intention-to-treat), en toetsing en effectgrootte van de verschillen tussen de condities ( $N = 105$ ;  $n = 35$  per groep).

Variabelen	Mediaan		ANCOVA			
	Voor	Na	Contrasten	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<b>Eetbuien</b>						
Interapy	15	2	Interapy vs. Wachtlijst	3.2	.022	.6
Zelfhulp	10	8	Interapy vs. Zelfhulp	4.0	.002	.8
Wachtlijst	8	5	Zelfhulp vs. Wachtlijst	.7	.999	-.1
<b>Purgeren</b>						
Interapy	14	0	Interapy vs. Wachtlijst	3.7	.005	.6
Zelfhulp	8	6	Interapy vs. Zelfhulp	3.4	.013	.6
Wachtlijst	6	4	Zelfhulp vs. Wachtlijst	.3	.999	.1

Het rechtergedeelte van tabel 3 bevat de toetsen en de effectgroottes van de paarsgewijze vergelijkingen tussen de groepsgemiddelden. Vanwege de uitbijters werden deze analyses gebaseerd op de rangorde van de scores (Rankscore ANCOVA; LaVange & Koch, 2006). Het verschil in afname van eetbuien en compenseren tussen de internetbehandeling en de beide controlegroepen bleek significant, met middelgrote tot grote effecten ( $.6 \leq d \leq .8$ ). Het effect van de zelfhulp in vergelijking met de wachtlijst was opvallend klein en niet significant.

#### *Herstelpercentages*

We vergeleken de groepen niet alleen op de gemiddelde afname in symptomen, maar ook op het percentage deelnemers dat zoveel vooruit ging dat van herstel mocht worden gesproken. Voor de EDE-Q en de LAV pasten we daar het principe van de *clinically significant change* toe (Jacobson & Truax, 1991). Herstel werd pas geconcludeerd wanneer een deelnemer zodanig verbeterde dat a) toevalsfluctuaties konden worden uitgesloten en b) de score op de nameting onder de klinische *cut-off* viel. Deelnemers werden verder als hersteld beschouwd als zij in de afgelopen 28 dagen geen enkele eetbui hadden gehad en niet meer purgeerden.

Tabel 4. Percentages deelnemers die zijn hersteld van eetproblemen (EDE-Q), verstoorde lichaamsbeleving (LAV), eetbuien en purgeren na behandeling via internet (Interapy), een zelfhulpboek of een wachtlijst.

Experimentele conditie	Uitkomstmaat (criterium)			
	EDE-Q ( $< 2.3$ )	LAV ( $< 36$ )	Eetbuien (= 0)	Purgeren (= 0)
Interapy	42%	22%	37%	39%
Zelfhulp	16%	14%	14%	8%
Wachtlijst	11%	3%	14%	8%

Tabel 4 laat zien dat de herstelpercentages in de behandelconditie consistent hoger waren dan in beide controlecondities: 42% van de online behandelde deelnemers herstelde van hun eetproblemen zoals gemeten met de EDE-Q. De studie had echter te weinig power om de verschillen als significant aan te merken. Opvallend is verder het lage percentage deelnemers (22%) dat na internetbehandeling herstelde van een negatieve beleving van het eigen lichaam. We komen hier in de discussie op terug.

#### *Cliënttevredenheid bij de via internet behandelde deelnemers*

Na afloop van de wachttijd volgden de deelnemers in de wachtlijstconditie alsnog de internetbehandeling. De gegevens van deze groep zijn daarna samengevoegd met die van de groep die als eerste werd behandeld. Tabel 5 toont de resultaten van de evaluatievragenlijsten die we direct na behandeling aanboden aan alle deelnemers die de internettherapie hadden gevolgd ( $n = 50$ ). De deelnemers waren vooral te spreken over de begeleiding, die zij op een schaal van 1 (minimum) tot 10 (maximum) beoordeelden met een 8.6. De behandeling zelf gaven zij op deze schaal gemiddeld een 7.5. De modules 'Bewustwording & doelen', 'Zelfcontroleplan opstellen' en 'Automatische gedachten' werden als het meest nuttig ervaren. Opvallend is verder dat slechts 18% tijdens de online behandeling behoefte had aan *face-to-face* contact en dat vrijwel alle deelnemers (96%) de behandeling aan anderen zouden aanbevelen.

Tabel 5. Cliënttevredenheid bij alle via internet behandelde deelnemers ( $n = 50$ ).

Aspect	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Tevredenheid met de internetbehandeling (1-10)</b>	<b>7.5</b>	<b>1.3</b>
• Bewustwording & doelen	8.3	1.2
• Zelfcontroleplan opstellen	8.3	2.1
• Zelfcontroleplan uitvoeren	6.9	2.6
• Bijstellen	7.1	1.7
• Uitdagen automatische gedachten	8.0	1.6
• Gedragsexperimenten	7.1	2.3
• Bijstellen 2	6.7	2.0
• Lichaamsbeeld	7.2	2.3
• Zelfwaardering	7.4	2.3
• Toekomstplan	7.3	2.2
• Registratieopdrachten	7.7	2.2
<b>Tevredenheid met de behandelaar (1-10)<sup>a</sup></b>	<b>8.6</b>	<b>1.9</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>
Face-to-face contact gemist	9	18%
Heeft in de praktijk baat bij de internetbehandeling gehad	36	72%
Zou de behandeling aanbevelen aan anderen	48	96%

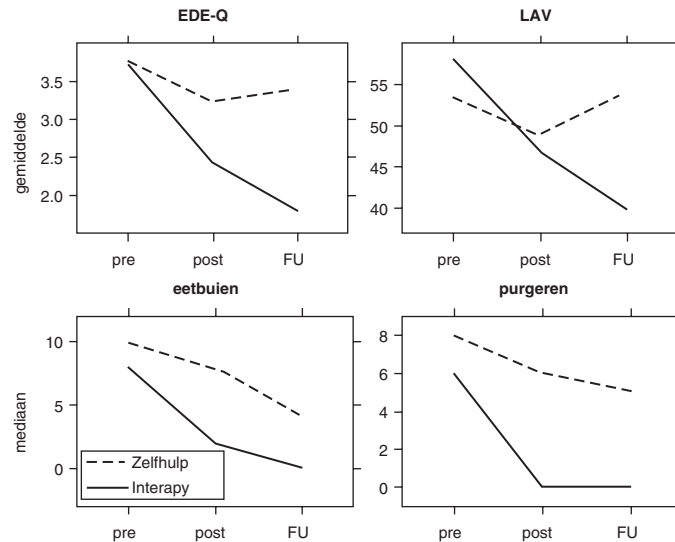
*Follow-up na zes weken: gepoolde data*

Figuur 2 contrasteert, over de drie meetmomenten, de *gepoolde* gegevens van alle via internet behandelde deelnemers met die van de deelnemers die het zelfhulpboek ontvingen. Zes weken na de nameting waren de verschillen tussen de condities nog steeds groot. In de via internet behandelde groep namen de klachten verder af (EDE-Q, LAV, eetbuien) of bleven stabiel (purgeren). In de zelfhulpconditie namen eetbuien en purgeren licht af, maar stegen de klachten zoals gemeten met de EDE-Q en de LAV.

Discussie

*Omvang van de effecten*

De resultaten van dit gecontroleerde onderzoek zijn positief. Online cognitieve gedragstherapie bleek effectiever in het reduceren van boulimische klachten dan zowel een wachtlijst als een meer actieve zelfhulpconditie. Met een gemiddelde tussengroep-effectgrootte van  $d = .7$  (een middelgroot tot groot effect), deed de behandeling niet onder voor *face-to-face* therapie (vgl. Roth & Fonagy, 2005). Ook de gevonden herstelpercentages, de tevredenheid van de deelnemers met



Figuur 2. Veranderingen in ernst van eetproblematiek (EDE-Q), negatieve lichaamsbeleving (LAV) en frequentie van eetbuien en compenseren (purgeren) bij behandeling via internet of een zelfhulpboek, tot zes weken na afronding van de behandeling (FU).

de internetbehandeling en de stabiliteit van de effecten tot zes weken na afronding van de behandeling waren bemoedigend.

Bij de beoordeling van de effecten mag men in aanmerking nemen dat deze zo conservatief mogelijk werden berekend:

- uitvallers werden steeds als niet-verbeterd in de analyses opgenomen;
- in de effecten van de internetbehandeling werden de verbeteringen in de andere condities verdisconteerd;
- er werd streng gecontroleerd voor meervoudig toetsen; en
- bij het bepalen van de klinische significantie moest de frequentie van eetbuien en compenseren tot nul zijn teruggebracht, wat een streng criterium is.

De behandeling sorteerde het meeste effect op de globale ernst van de eetstoornis en op de frequentie van eetbuien en compenseren. Dit is relevant omdat cliënten veranderingen op die vlakken belangrijk vinden (Noordenbos & Seubring, 2005). Er werd eveneens een significante verbetering van lichaamsattitude gemeten, maar de effecten waren daar minder geprononceerd. Dit geeft te denken, omdat het bij BN juist die cognitieve factor is die voorspelt of verbeteringen standhouden (Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, 1993). Het is

bekend dat cognitieve gedragstherapie minder succesvol is in het terugdringen van negatieve denkbeelden die een rol spelen bij boulimie (Lundgren, Danoff-Burg, & Anderson, 2004), maar het lage percentage deelnemers wier houding ten opzichte van het eigen lichaam positief werd (22%), kan niettemin teleurstellend worden genoemd. Op dat punt is er ruimte voor aanpassingen in het protocol. Zo zou het aantal oefeningen dat zich richt op het verbeteren van de lichaamsbeleving, kan worden uitgebreid. Het is evenwel ook mogelijk dat het veranderen van attitudes meer tijd vraagt dan de twintig weken die het programma nu beslaat. ‘Boostersessies’ – periodiek contact tussen behandelaar en cliënt na afronding van het programma – zouden in dat geval het verschil kunnen maken.

Lichaamsattitude daargelaten, herstelde 37% tot 42% van de deelnemers na de internetbehandeling: ze hadden geen eetbuien meer, purgeerden niet meer en hun eetgerelateerde klachten zoals gemeten met de EDE-Q waren gedaald tot binnen het bereik van de normale populatie. Zulke percentages lijken misschien laag, maar dat zijn ze niet. Cognitieve gedragstherapie is in het algemeen geen panacee voor boulimie. Relatief veel cliënten hebben na behandeling nog restklachten (Fairburn & Harrison, 2003) of vallen na verloop van tijd weer terug in hun oude patroon (Roth & Fonagy, 2005). Nog een reden dus om de cliënten na behandeling te blijven volgen. De effecten bleken in deze studie stabiel, zes weken na behandeling. Dat is bemoedigend, maar het mag duidelijk zijn dat verdere follow-ups noodzakelijk zijn. Ze zijn in voorbereiding; te zijner tijd zullen we dan ook berichten hoe het de deelnemers vergaat op de lange termijn.

#### *Een vergelijking met eerdere internetstudies*

Overzichtsartikelen van studies naar de effecten van internettherapie laten zien dat de effecten van internetbehandeling groter zijn wanneer de begeleiding intensiever is (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al, 2009; Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007). Studies naar internetbehandelingen voor boulimie lijken dat te bevestigen. In het programma van Fernández-Aranda en collega's (2009) ligt de nadruk op de zelfredzaamheid van de cliënt. Dit programma wordt door relatief veel cliënten voortijdig afgerond (de drop-out is 45%) en is matig effectief ( $d = .4$ ). In de behandeling van Ljotsson et al. (2007) is er, net als bij Interapy, meer ruimte voor therapeutische ondersteuning. Dat heeft een gunstige uitwerking. De effecten en therapietrouw van deze programma's zijn vergelijkbaar met die van *face-to-face* therapie.

### *Beperkingen*

Excessief compensatoir gedrag om gewichtstoename als gevolg van eetbuien tegen te gaan was een voorwaarde voor deelname aan deze studie. Het programma gaat daar immers expliciet op in. Desondanks kampte 23% van de deelnemers met overgewicht, wat suggereert dat het compenseren minder dominant was. Mogelijk stond bij hen niet zozeer boulimie, maar een eetbuistoornis op de voorgrond. Dit moet bij de evaluatie van de waargenomen purgeerfrequenties worden meegewogen. Voor cliënten bij wie het compenseren minder belangrijk is, is het immers eenvoudiger om daarmee te stoppen. Dit doet echter niets af aan het hoofdresultaat van de studie, omdat het overgewicht gelijkmatig verdeeld was over de condities.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat de effecten werden gemeten via zelfrapportage. Bij online zelfrapportage is het relatief eenvoudig om minder of meer klachten te rapporteren dan er daadwerkelijk zijn. In onze ervaring vullen cliënten online vragenlijsten echter naar waarheid in. Psychometrisch onderzoek laat daarnaast zien dat de EDE-Q een redelijk tot goede overeenstemming vertoont met de Eating Disorder Examination (Fairburn et al., 1993, Fairburn & Beglin, 1994), het semigestructureerde interview waarop de EDE-Q is gebaseerd. Het is desondanks niet uit te sluiten dat enkele deelnemers een geflatteerd beeld gaven van hun situatie, gezien de belangrijke rol die schaamte speelt bij boulimie.

### *De aard van zelfhulp*

Van oudsher geldt het lezen van een boek dat instructies geeft over de manier waarop klachten overwonnen kunnen worden, als de meest voor de hand liggende vorm van zelfhulp. In het internettijdperk zijn daarop nogal wat variaties aangebracht: de zelfhulp wordt daar vaak aangevuld met begeleiding via telefoon, e-mail, online chat of online discussiefora. In vergelijking daarmee was de zelfhulp in onze studie wel erg puur: tijdens de periode dat het boek gelezen moest worden, was er geen enkele ondersteuning. Voor deze optie was gekozen om de zelfhulp ook echt zelfhulp te laten zijn. Het zou echter ook mogelijk zijn geweest om de zelfhulpgroep bij het lezen te begeleiden met wekelijkse instructies over de hoofdstukken. Eerdere studies met online begeleide zelfhulp voor boulimie (Fernández-Aranda et al., 2009; Ljotsson et al., 2007) suggereren dat de resultaten dan waarschijnlijk positiever zouden zijn geweest.

Tijdens de nameting is behalve naar de klachten ook gevraagd of de deelnemers nog andere behandelingen waren gestart. Dit bracht

aan het licht dat relatief veel deelnemers (30%) uit de zelfhulpgroep zich alsnog hadden aangemeld voor een andere therapie. In een volgende studie zou het interessant zijn om meer gegevens te vergaren over deze 'nabehandeling', zoals de aard en duur van de therapie. Het zou misschien ook mogelijk zijn geweest om de zelfhulpgroep net als de wachtlijstgroep na afloop van de controleperiode de internetbehandeling aan te bieden. Daarvan is afgezien teneinde de zelfhulpconditie niet bij voorbaat te diskwalificeren.

---

**ABSTRACT** Previously, Renteria-Agirre and Lange presented a protocol for the online treatment of bulimia nervosa. This article presents a controlled trial of this treatment, in which the effects of the treatment are compared with those of pure self-help and a waiting-list. The results are positive. Compared to the waiting list and pure self-help, online CBT was more effective in reducing bulimic symptoms. Remission rates, high client satisfaction with the internet treatment and the maintenance of the effects were encouraging.

---

#### *Referenties*

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> edition, Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(4), 196-205.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Marquenie, L.A., Lange, A., & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS; een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie, 34*, 35-53.
- Blaauw, E., & Kerkhof, A.J.F.M. (1999). *Suicides in detentie*. Den Haag: Elsevier.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg & Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen*. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviours in eating-disordered patients. *Eating Behaviours, 2*(3), 263-272.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, K.A., Westra, H.A., Dozois, D.J., & Burns, D.D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review, 24*(5), 583-616.
- Crow, S., Mussell, M.P., Peterson, C., Knopke, A., & Mitchell, J. (1999).



- Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 39-44.
- Cuijpers, P., Marks, I.M., Straten, A. van, Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-Aided Psychotherapy for Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 66-82.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., & Doll, H.A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696-698.
- 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 and Behavior*, 12(1), 37-41.
- Heeringen, C. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (red.) (2000). *Behandelstrategieën bij suïcidaliteit*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoek, H.W., & Hoeken, D. van (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Hutschemaekers, G.J.M. (2009). *Wetten in de weg en praktische bezwaren: inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Brown, G., Beck, A.T., Pettit, J.W., & Rudd, M.D. (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behavioural Research and Therapy*, 41(2), 1469-1480.
- Lange, A., Schrieken, B., Blankers, M., Ven, J-P. van de, & Slot, M. (2000). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst (GL); een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen. *Directieve Therapie*, 20(2), 162-173.
- 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.
- LaVange, L.M. & Koch, G.G. (2006). Rank score tests. *Circulation*, 114(23), 2528-2533.
- 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(4), 649-661.
- Lundgren, J.D., Danoff-Burg, S., & Anderson, D.A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: An empirical analysis of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 262-274.
- Mitchell, J.E., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? *The International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 95-101.
- Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., & Jansen, A. (2000). A comparison between a cognitive and behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge-eaters. *Behavior Therapy*, 31, 441-461.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2005). Eetstoornispatiënten over criteria voor herstel. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 140-153.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica*, 96(5), 311-318.
- 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.
- Probst, M., Coppenolle, H. van, & Vandereycken, W. (1998). De lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In: J. Simons (red.), *Actuele Themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 79-90). Leuven: Acco.
- Renteria-Agirre, A., & Lange, A. (2009). Boulimie online overwinnen: beschrijving van een behandelprotocol via internet. *Directieve Therapie*, 29(1), 26-47.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 973-983.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P.A., Hollon, S.D., Ost, L.G., Salkovskis, P.M., Williams, J.M.G., & Wilson, G.T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902-909.
- Thompson, B. (2005). Error Rates. In: B.S. Everitt & D.C. Howell (eds.), *Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science, Vol. 2* (pp. 547-549). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Vanderlinden, J. (1996). De Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Gedragstherapie*, 29(1), 49-54.
- Vanderlinden, J. (2002). *Boulimie en eetbuien overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Tielt: Lannoo.