

Titel: Online behandeling bij eetstoornissen

Versteeg, Inge

Werkkring: Psychologiepraktijk Inge Versteeg;

PsyQ Eetstoornissen, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag.

Correspondentieadres: Inge Versteeg. Mozartlaan 63, 2215 JW Voorhout

Samenvatting:

Online behandelingen voor verschillende as I stoornissen worden steeds populairder. Dit artikel beoogt een gedetailleerd beeld te geven van online behandeling bij boulimia nervosa en de binge eating disorder. Deze online behandeling is volledig cognitief gedragstherapeutisch georiënteerd.

Online behandeling bij eetstoornissen

Inleiding

De behandeling van eetstoornissen is de afgelopen jaren sterk ontwikkeld (Pieters, 2008). Door middel van onderzoek hebben we een beter beeld gekregen van de instandhoudende factoren bij eetstoornissen, waardoor de behandeling daarvan steeds effectiever zal zijn.

Dit artikel geeft een beschrijving van een online behandeling van eetstoornissen. Meer specifiek zal dit gaan over de behandeling van boulimia nervosa en de Binge Eating Disorder (BED). Tot nu toe is er onvoldoende wetenschappelijk ondersteuning voor online behandeling van anorexia en zal om die reden buiten beschouwing worden gelaten.

Cognitieve gedragstherapie is de aangewezen therapie voor het behandelen van een eetstoornis, zie hiervoor ook de aanbevelingen in de Multidisciplinaire Richtlijnen Eetstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Eetstoornissen, 2006).

Tevens wordt in de NICE richtlijnen de aanbeveling gedaan om behandeling voor boulimia nervosa te starten middels een evidence based zelfhulpprogramma (NICE, 2004).

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Eetstoornissen (2006) doet de aanbeveling in behandeling van eetstoornissen om stepped-care behandeling toe te passen (uitzondering daarbij is behandeling van anorexia). Online behandeling past goed bij deze inzet van stepped-care behandeling.

Verschillende studies tonen aan dat online behandeling leidt tot positieve behandeluitkomsten bij eetstoornissen.

Shingleton, Richards, en Thompson-Brenner (2013) geven een overzicht van studies in de periode 2002-2013 waarbij technologie is gebruikt in de behandeling van eetstoornissen. Zij concluderen dat er positieve resultaten zijn bij het gebruik van technologie in de eetstoornisbehandeling. Deze technologie kan bestaan uit behandelondersteunende sms berichten, email interventies, begeleide zelfhulp en “pure” zelfhulp.

In de literatuurstudie van Aardoom, Dingemans, Spinhoven, en van Furth (2013) betreffende internet-based behandelingen voor eetstoornissen, zien zij dat het grootste gedeelte van de studies tot nu toe is gebaseerd op CGT. Zij concluderen dat internet-based behandeling voor eetstoornissen succesvol is. Met name eetstoornispathologie zoals irreële gedachten, wordt gereduceerd door de internet behandeling. Ook wordt een reductie van eetbuien en in mindere mate purgeergedrag, aangetoond.

Dölemeyer, Tietjen, Kersting, en Wagner (2013) stellen in een literatuuroverzicht dat online behandeling bij eetstoornissen een goede behandelvorm is.

In dit artikel zal eerst kort ingegaan worden op de kenmerken van eetstoornissen.

Vervolgens worden de twee online programma's inhoudelijk beschreven, geïllustreerd door voorbeelden uit de programma's. Tot slot wordt in de beschouwing besproken wat de sterke en zwakke kanten zijn van de beschreven behandelingen.

Om de leesbaarheid te bevorderen zal gebruik worden gemaakt van de vrouwelijke vorm, dit betekent allerm minst dat eetstoornissen niet voorkomen bij mannen.

Eetstoornis

Er is gewerkt met twee verschillende online programma's: Boulimia de Baas (BdB) en Eetbuien onder Controle (EoC). Er is voor deze programma's gekozen omdat het volledig volgens de CGT principes is. Zij hebben een duidelijk vaststaande structuur en gelijken op de geprotocolleerde behandeling van eetstoornissen (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2001; Vanderlinden, J. 2008).

BdB wordt ingezet bij mensen die last hebben van boulimia nervosa, kenmerkend voor deze eetstoornis is het compensatiegedrag na een eetbui. Dit compensatiegedrag kan bijvoorbeeld zijn: braken, laxeremiddelenmisbruik, excessief sporten of extreem lijnen. Het online programma richt zich dan ook met name op het stoppen van de eetbuien en het compensatiegedrag.

EoC wordt ingezet wanneer er sprake is van een diagnose eetstoornis NAO, vaak is dit de eetbuistoornis welke ook wel de binge eating disorder genoemd wordt. Hierbij is net als bij boulimia nervosa sprake van eetbuien, alleen worden deze niet gecompenseerd. Vaak zien we dat mensen met een eetbuistoornis last hebben van overgewicht, dit in tegenstelling tot boulimia nervosa (Vandereyken, 2008). Echter is dit geen wet van meden en perzen.

Transdiagnostisch kan gesteld worden dat bij alle eetstoornissen een preoccupatie is op het gewicht, lichaam of eten, dat patiënte een angst heeft om aan te komen en een overwaardering geeft aan lichaam en gewicht. Voor gedetailleerde informatie over de transdiagnostische visie op eetstoornissen wordt verwezen naar het werk van Fairburn (2008).

Programma's

Zoals eerder genoemd wordt er gewerkt met twee verschillende programma's, beide zijn toegespitst op de specifieke problematiek behorende bij de betreffende eetstoornis. De programma's zijn ontwikkeld door, en eigendom van NetUnion© te Zwitserland. Het BdB programma is wat ouder dan haar EoC zusje. De lancering van BdB was in maart 2006 en van EoC in januari 2009. Inmiddels worden de programma's in verschillende landen toegepast, waaronder Zweden, Frankrijk, Zwitserland, Nederland en Duitsland.

In 2010 is een onderzoek verschenen over het programma Boulimia de Baas (Carrard et al., 2011) waarin een korte beschrijving wordt gegeven van de inhoud van het programma. Tevens wordt daarin aangetoond dat het programma zorgt voor een significante verbetering op onder andere eetklachten.

In dit artikel zal meer specifiek ingaan worden op de inhoud van de twee online programma's.

Voordat iemand kan starten met de online behandeling vindt er een face-to-face intakegesprek plaats waarin alle klachten worden uitgevraagd en de diagnose wordt vastgesteld. Een contra indicatie voor het volgen van online behandeling is crisisgevoeligheid, ofwel actuele suïcidegedachten. Na het intakegesprek volgt een face-to-face adviesgesprek waarin direct een account voor het programma wordt aangemaakt en de patiënt wegwijs wordt gemaakt in het programma. Tijdens de online behandeling zal halverwege het programma nog één face-to-face evaluatiemoment zijn, en na afloop nogmaals.

Voor beide programma's zijn er eetstoornis-specifieke vragenlijsten in het programma verwerkt welke bij aanvang, aan het einde van de behandeling, en na 6 maanden follow up worden ingevuld:

- EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2) (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983). Dit is een veelgebruikte vragenlijst om eetstoornissymptomen in kaart te brengen.
- SCL 90. Dit is een veelgebruikte zelfrapportage vragenlijst om een verscheidenheid aan psychopathologische symptomen uit te vragen.
- QATA. Deze vragenlijst bevat o.a. sociodemografische gegevens, behandelgeschiedenis en huidige symptomen en symptomen in het verleden (Carrard et al., (2011))

Patiënten loggen zelfstandig in en lezen de theorie met bijbehorende oefeningen. Ieder programma bestaat uit verschillende stappen welke stapsgewijs doorlopen moeten worden, het is niet mogelijk een stap over te slaan. Iedere week is er een vast moment waarop de patiënte een mail krijgt van haar eigen behandelaar, patiënte mag meerdere keren per week mailen. Deze mailwisseling zal met name gericht zijn op de activiteiten binnen het programma. Tevens geldt het niet mailen of niet werken binnen het programma als een no show.

Beide programma's zullen apart beschreven worden met de verschillen en overeenkomsten daarbij.

Boulimia de Baas

Het programma voor Boulimia, BdB, is de oudste van de twee en om die reden ook wat minder uitgebreid.

Stap 1 heet "voorbereiden op veranderingen" en in deze stap staan de motivatieoefeningen centraal. Er wordt een balans opgemaakt van de voor- en nadelen van de eetstoornis, en van de verschillende onderdelen daarvan, zoals bijvoorbeeld het braken, focus op gewicht en de eetbuien. Een andere oefening behorende bij deze stap omvat de vraag een toekomstperspectief te schetsen zónder eetstoornis.

Casus:

Het betreft een 26 jarige vrouw, Anke genaamd, die bij aanmelding 16 eetbuien heeft per week, en 15 keer per week braakt ter compensatie. In het voorbeeld hieronder denkt zij na over hoe haar toekomst zonder eetstoornis eruit ziet.

Stel je een toekomst voor zonder eetstoornis

Zeven van de tien personen lukt het uiteindelijk om boulimia te overwinnen. Dat is moeilijk. Je hebt er tijd voor nodig, maar het is mogelijk. Laten we eens een beetje dromen:

Je bent één jaar ouder, het is je gelukt. Je hebt de boulimia overwonnen. Hoe gaat het nu met je?

- Je stemming

Ik ben minder snel geïrriteerd, ik sta vrolijker in het leven

- Je relaties

Minder spanningen met m'n vriend vaker afspreken met vriendinnen

- Je maatschappelijk leven

Meer deel uitmaken van, niet meer mezelf aan de zijlijn zetten

- Je hobby's

Meer ruimte voor hobby's en er meer tijd voor vrijmaken

- Je plannen

Ik zou met de plannen die ik al jaren heb, dan ook echt iets willen doen.

- Je gezondheid

Minder moe, meer energie

- Je gevoel van eigenwaarde

Meer zelfvertrouwen

- Je gewicht

Gezond gewicht

- Je werk

Minder perfectionistisch, meer los kunnen laten

- Je geld

Meer geld overhouden voor leuke dingen

- Je vrijetijd

Niet bezig zijn met vrije tijd invullen om een eetbui te vermijden, maar vrije tijd invullen omdat ik het leuk vind

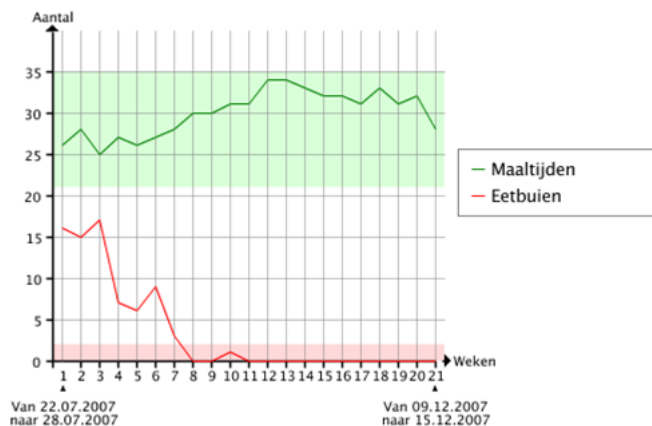
Het is voor mensen met een eetstoornis vaak erg moeilijk om zich voor te stellen hoe hun leven eruit kan zien zonder eetstoornis. Het helpt hen dan om categorisch na te gaan wat de effecten zijn van de eetstoornis.

Stap 2 heet “zelfobservatie” en hier wordt het bekende eetdagboek geïntroduceerd. Ook wordt een overzicht gegeven van het verloop van verschillende factoren, zoals genuttigde maaltijden, eetbuïen, braken en laxermiddelengebruik. Dit wordt weergegeven in een grafiek. Naast het bekende effect van registreren, zien we hier ook het effect van de grafische weergave van deze registratie, dit wordt als zeer helpend ervaren.

Het is de bedoeling dat het eetdagboek gedurende de gehele therapie bijgehouden wordt. Hieronder is een voorbeeld te zien van twee grafieken over eetbuïen en genuttigde maaltijden, en braken en laxeren.

Casus Anke 26 jaar:

Grafiek 1: aantal genuttigde maaltijden en eetbuien



Grafiek 2: braken en laxeermiddelengebruik



Vaak is gedurende de behandeling een patroon zichtbaar van een toename in de genuttigde maaltijden en een regelmatig eetpatroon. Dit is kenmerkend in de meeste eetstoornisbehandelingen. Omdat er regelmatig en meer wordt gegeten, wordt de kans op een eetbui kleiner, waarvan bovenstaande grafiek een mooi voorbeeld van is. In Stap 3 wordt veel aandacht besteed aan strategieën om eetbuien te kunnen voorkomen, deze stap wordt ook wel “gedragsveranderingen” genoemd. Dit is vaak de moeilijkste stap in de (online) behandeling en gebleken is dat de meeste uitval in deze stap plaatsvindt (Carrard et al. 2011). Motivatie is dan ook een belangrijk aspect binnen de behandeling van een eetstoornis. Spaans & Bloks (2008) beschrijven de toepassing van het trans-theoretische model van verandering van Prochaska en DiClemente (1992) voor de eetstoornisbehandeling. Aardboom et al. (2013) onderschrijven het belang van een hoge compliance gemeten door het regelmatig invullen van een eetdagboek en werken in het online programma. Wanneer men voorbij deze stap komt, is de kans op voortijdig afbreken van de therapie erg laag gebleken.

Er wordt uitleg gegeven over het belang van het plannen van maaltijden en de patiënte zal zelf een weekplanning maken.

Tevens is er nu de mogelijkheid om in het eetdagboek aan te geven welke strategie is gebruikt om een eetbui te voorkomen. Die strategieën worden vanuit het eetdagboek gegenereerd naar een overzicht “strategieën om eetbuien te voorkomen”. Er wordt onderscheid gemaakt tussen effecten op de lange termijn en effecten op de korte termijn. Het is voor mensen met een eetstoornis erg belangrijk dat zij op gedragsniveau leren om alternatieve strategieën toe te passen, een lijstje daarvan kan eigenlijk niet ontbreken in het herstelproces.

Stap 4 heet “probleem oplossen”, waarin ook expliciet gewerkt wordt in deze oefening om alledaagse problemen aan te pakken. Op deze manier wordt het probleemoplossend vermogen van de patiënte vergroot.

In stap 5 worden de G-schema’s op een eenvoudige manier geïntroduceerd, deze stap wordt “je denkwijze veranderen” genoemd. Na de nodige theoretische onderbouwing gaat de patiënte aan de slag met de zogenoemde “vier kolommentabel”. Deze bestaat uit de kolommen: situatie, automatische gedachten, effect op je gevoel, effect op je gedrag. Wanneer de patiënte gewend is geraakt aan deze nieuwe manier van denken kan zij verder met de oefening “vijf kolommen tabel”. Nu wordt een tabel toegevoegd met “alternatieve gedachten” en kan worden aangegeven wat het effect is van deze alternatieve gedachten op het gevoel en het gedrag. Afbeelding 1 geeft een voorbeeld uit het programma.

Afbeelding 1: vijf kolommentabel

Situatie	Automatische gedachten	Gevoelens (intensiteit 0 tot 100)	Alternatieve gedachten (voor de sterkste automatische gedachte)	Effecten
Ik wil mijn lievelings broek aantrekken nadat ik terug ben gekomen van vakantie: hij komt niet meer over mijn billen heen, ik ben eruit gegroeid.	Ik ben dik en lelijk en een mislukkeling. Niemand ziet mij staan als ik zo dik ben. Ik ga afvallen.	- verdriet (75) - woede (90) - angst (60)	Voor de gedachte: ik ben dik lelijk en een mislukkeling: Ik heb een heerlijke vakantie gehad en genoten van de 4 weken weg. Ik heb een heel gezond gewicht dat op een natuurlijke manier zal stabiliseren naarmate mijn voedingspatroon beter is. ik ben wel eens veel magerder geweest, maar had er niet meer sociaal contact door, sterker nog, mensen komen nu vaker naar mij toe. Ook tijdens de vakantie heb ik gezond gegeten, en niet abnormaal, ik heb mezelf zeker niet over-eten.	Gevoelens (intensiteit 0 tot 100) - verdriet (40) - woede (55) - angst (50) Gedrag Het accepteren van mijn gewicht zal me meer zelfvertrouwen en geluk geven. Mijn omgeving zal alleen maar blijer met me zijn omdat ik een gezondere uitstraling heb. Ze zullen me zeker niet op m'n gewicht afrekenen.

Ook bevat stap 5 een oefening waarin de patiënte haar sterke en zwakke kanten kan aangeven, zowel over het lichaam als over de persoon, én kan ditzelfde beschreven worden over een vriendin.

In stap 6 wordt theoretisch stilgestaan bij “assertiviteit”, hier zijn geen oefeningen beschikbaar. Datzelfde geldt voor stap 7, welke “conclusies” genoemd wordt. Hierin is ook kort aandacht voor terugvalpreventie.

Het komt nog wel eens voor dat een patiënte na een geslaagde behandeling nog extra face-to-face gesprekken wil, gericht op de terugvalpreventie. Tijdens die gesprekken wordt expliciet gewerkt met een standaard terugvalpreventieplan. Dit terugvalpreventieplan wordt altijd meegegeven wanneer een patiënte de behandeling afrondt, maar is geen officieel onderdeel van het online programma. Ook is er vaak behoefte aan terugvalpreventie in de vorm van emailcontact. Patiënten zijn deze vorm van communicatie gewend in het programma en hebben dan de wens dit voort te zetten. Inmiddels is er veel gepubliceerd over emailcontact of emailtherapie door bijvoorbeeld Yager (2003), zijn artikel geeft hierbij een goede beschrijving van de voordelen en de nadelen van het gebruik van email.

Eetbuien onder controle

Het programma Eetbuien onder Controle is later ontwikkeld dan BdB wat zichtbaar is in de uitstraling van het programma en in de handigheid van de oefeningen. In totaal bestaat dit programma uit 11 stappen; sommige stappen die bij het BdB programma waren opgesplitst in deel A en B, zijn in het EoC programma als 2 verschillende stappen beschreven. Verder zijn er twee stappen toegevoegd. De theorie die gebruikt wordt binnen het EoC programma is logischerwijs aangepast op de eetbuistoornisproblematiek, in plaats van op boulimia. Denk hierbij aan overgewicht of obesitasproblematiek.

EoC begint met dezelfde stap als BdB “jezelf voorbereiden op verandering”, een oefening die hierbij is toegevoegd is “je motivatie evalueren”. Deze oefening is een afgeleide van het motivationeel interview (Miller & Rollnick, 2013).

Ook stap 2 is identiek aan de stap “jezelf observeren”.

Stap 3 binnen het EoC programma is nieuw en heet “jouw aanleidingen ontdekken”. Hierin wordt uitgelegd wat het verschil is tussen hoofdhonger en buikhonger, en wat emotie-eten inhoudt. Ook wordt de patiënte gevraagd na te denken of ze wel of geen plezier heeft beleefd aan het eten. De oefening die bij deze stap hoort is geleend van de mindfulness ideologie, namelijk de rozijnenoefening. Bewust worden van wat je eet is de essentie, vaak zien we bij mensen met overgewicht en eetbuien dat er sprake is van onbewust en automatisch eten.

Ook stap 4 is nieuw en is toegespitst op de gewichtsproblemen die vaak voorkomt bij een eetbuistoornis. Deze stap heet “actief worden” en in de bijbehorende oefening kan worden aangegeven welke activiteiten zijn ondernomen, zowel spontaan als gepland. Stap 5 heet “je ritme vinden” en is vergelijkbaar met stap 3 van BdB. Nu is echter een oefening beschikbaar om de maaltijden daadwerkelijk te plannen, voorheen werd dit alleen maar in de theorie beschreven. Een tweede oefening in deze stap is “mijn lijst met verboden voedsel” waarbij ook een cijfer van 0 tot 100 gegeven kan worden om de moeilijkheid van een bepaald voedingsproduct te beschrijven. Veel mensen met een eetstoornis hebben verboden producten, juist deze producten brengen een groot risico op doorslaan in een eetbui met zich mee. In afbeelding 1 is te zien hoe het oefenen met verboden producten helpt om de spanning die daarmee gepaard gaat te verminderen.

Casus:

Een 27 jarige vrouw (Evelien) heeft bij aanmelding ongeveer 1 keer per dag een eetbui. In totaal heeft zij vijf maanden het programma gevolgd en sluit zij deze af zonder nog eetbuien of andere eetklachten te hebben..

Afbeelding 2

Datum 12.09.2010			
Focus op: Kaasbroodje/ kaascroissantje van de bakker			
Huidige probleem	Hoogste eerdere waarde	actuele status	
Kaasbroodje/ kaascroissantje van de bakker	70	40 (-43%)	
Toastjes (brie, aoli etc)	75	50 (-33%)	
Koekjes	80	70 (-12%)	
Muffin/ brownie	83	74 (-11%)	
Chocola zoals twix, mars, kitkat	90	75 (-17%)	
Chocolade repen zoals met hazelnoten of crunch	90	77 (-14%)	
Ijs wat niet per portie is verpakt, zoals roomijs of ben & jerry's.	80	80 (-)	
Lopend buffet in een restaurant	90	90 (-)	
M&m's	100	100 (-)	
Wit brood	60	25 (-58%)	
Noten, gezouten	65	28 (-57%)	
Chips	70	30 (-57%)	

In de volgende stap, “het ontdekken van je strategieën”, wordt expliciet aandacht besteed aan strategieën om eetbuien te voorkomen. Deze stap en oefening is weer vergelijkbaar met het BdB programma. Echter is er bij de EoC variant wel een nieuwe oefening bijgekomen, namelijk een ontspanningsoefening met een audio opname daarbij.

Stap 7 is weer hetzelfde als stap 4 met het gelijknamige “probleem oplossen”.

Stap 8 is nu “assertiviteit” en hierbij is ook een oefening te vinden. Opvallend is dat deze stap als het ware naar voren is gehaald t.o.v. het BdB programma, waardoor het werken met de automatische gedachten weer wat later in het EoC programma te vinden is. Emotieregulatie is een belangrijke focus binnen de eetstoornisbehandeling. Assertiviteit en daarmee je grenzen en behoeften aangeven kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat men niet een eetbui gaat nemen. Hieronder is te lezen hoe Evelien oefent met assertiviteit:

Categorie Kritiek geven

Situatie Mijn vriend zijn grootste hobby is gamen. Na thuiskomst van de vakantie duikt hij direct achter de pc en voor mijn gevoel moet ik alle vakantie spullen alleen opruimen (auto leeghalen, wassen, boodschappen doen).

Doel Dat hij een handje meehelpt om de vakantie spullen weer op orde te krijgen.

Duidelijk omschrijven van gedrag

Direct gaan gamen bij thuiskomst.

Gebruik "ik" Ik zou het prettig vinden als je even meehelpt met de auto leeghalen en de vakantie spullen weer op orde te krijgen.

Je emoties uiten Ik ben nu al sinds thuiskomst bezig (2 uur) en jij bent gaan gamen. Zo voelt het alsof ik er alleen voor sta. Ik zou het prettig vinden als je een handje zou mee helpen.

Aandragen positieve oplossing

Ik vindt het prettig dat we eerst even alles afhandelen en dan kan je daarna lekker ongestoord gaan gamen, want ik begrijp wel dat je dat gemist hebt afgelopen 2 weken.

Vervolgens zijn de eerdere vier- en vijf kolommentabel oefeningen in stap 9 en stap 10 vervangen. Stap 9 heet nu “zorgen voor je emoties” en stap 10 “dingen anders bekijken”.

Tot slot wordt stap 11 nu “je weg voortzetten” genoemd en is dit de afsluitende stap met daarbij horend aandacht voor terugvalpreventie.

Beschouwing

Dit artikel geeft een beeld van een online behandeling bij eetstoornissen. Deze behandeling is geheel volgens de Cognitieve Gedragstherapie, er is voor te kiezen om volgens een andere theoretische stroming een online behandeling te creëren. De effectiviteit van Interpersoonlijke Therapie (IPT) is ook bewezen voor zowel boulimia als voor de eetbuistoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Eetstoornissen, 2006) echter is het moeilijker om volgens die principes een online behandeling te creëren. Tevens verdient CGT nog steeds de voorkeur boven IPT gezien het feit dat klachtvermindering met CGT sneller bereikt wordt. De meeste effectiviteitsstudies betreffen online behandelingen volgens CGT, wat de geschiktheid van CGT voor online behandeling van eetstoornissen benadrukt (Dölemeyer, Tietjen, Kersting, & Wagner, 2013)

Ook voedingsmanagement wordt genoemd als essentieel onderdeel van de behandeling van eetstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Eetstoornissen, 2006). Dit is dan ook geïntegreerd in beide programma's, zowel d.m.v. oefeningen als door theoretische onderbouwing. Echter wanneer je dit vergelijkt met de rol van de diëtiste die onlosmakelijk verbonden is bij een reguliere face-to-face behandeling, kan gesteld worden dat er aanzienlijk minder aandacht en tijd besteed wordt aan voeding. Deze integratie van voedingsmanagement in de behandeling van de eetstoornis zonder multidisciplinair te werken, is ook terug te vinden in het behandelprotocol van Fairburn (2008).

De kracht van deze vorm van behandelen is tweevoudig.

Ten eerste noemt iedere patiënte na afloop van de behandeling dat ze het gevoel hebben dit helemaal zelf te hebben gedaan. In tegenstelling tot reguliere behandeling heb ik bij het afsluiten van de online behandeling nog nooit een cadeau gekregen. Wellicht zegt dat iets over het verschil in therapeutische relatie van beide behandelvormen. Maar ook is dit m.i. veelzeggend voor de (interne) attributiestijl die gehanteerd wordt en mogelijk een goede uitkomstvariabele is. Tegelijk wordt soms gevreesd dat de therapeutische relatie ontbreekt of minder sterk is bij online behandelen. Aardoom et al. (2013) concluderen echter dat het contact met behandelaren bij de online programma's als zeer waardevol worden genoemd door de participanten. Zij bevelen aan om verder onderzoek te doen naar de therapeutische relatie bij online behandeling.

De tweede kracht van deze behandelvorm is het sterk focale en gestructureerde karakter. In de mails is met name aandacht voor hoe de week is geweest qua eten en emoties en voor de gemaakte oefeningen binnen het programma. Patiënten zullen altijd de neiging hebben om uit te weiden, de structuur van het mailen biedt echter een goede gelegenheid daar niet teveel op in te gaan en patiënte terug te brengen naar het programma.

Een volgend sterk punt van deze behandeling is de integratie van psycho-educatie, wat onontbeerlijk is bij een goede therapie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire

Richtlijnontwikkeling Eetstoornissen, 2006). Tevens wordt dit op een manier gepresenteerd die erg herkenbaar is en als prettig wordt ervaren. Er wordt bijvoorbeeld veel gewerkt met voorbeelden van fictieve personen in het programma. Bij de evaluaties wordt regelmatig benoemd dat juist deze herkenning voor veel patiënten confronterend en werkzaam is geweest.

Een valkuil bleek te zijn dat de behandelaar te weinig vasthoudt aan de vooropgezette structuur van de stappen en oefeningen in het programma.

Dat het belangrijk is vast te houden aan de structuur is op verschillende niveaus merkbaar. De ervaring met deze programma's is dat hoe strenger het zogenoemde no show beleid (één week niet mailen of werken in het programma) werd gehanteerd, des te groter de commitment van de patiënte werd. Wanneer behandelaars zich minder streng hielden aan het no show beleid, leidde dat direct tot een hoger uitvalpercentage. Ook is structuur op het niveau van betrouwbaarheid van de emailafspraken c.q. behandelaar uitermate belangrijk gebleken. Behandelaars die niet een vaste dag en een vaste tijd in hun agenda hadden gereserveerd voor een emailafpraak met de patiënten, hadden vaak meer ontevreden patiënten die zelf ook niet trouw waren in het wekelijks of dagelijks werken binnen het programma.

Carrard et al. (2011) benadrukken het belang van een goede begeleiding bij de online behandeling, waarbij een specifieke training daarvoor niet kan ontbreken.

Verder is het van belang dat zowel patiënte als therapeut gelooft in deze vorm van behandeling. We weten inmiddels dat dit één van de á-specifieke factoren is die therapie werkzaam maken (van Kalmthout, 2000). Niet alle therapeuten voelen zich even vertrouwd met deze nieuwe therapievorm of hebben vertrouwen in de werkzaamheid daarvan. Fenichel et al. (2002) beschreef al het belang van een gezamenlijk vertrouwen in de voordelen van online therapie.

Tot slot werd regelmatig als feedback teruggegeven dat een online platform werd gemist binnen het programma. Contact met andere patiënten met een eetstoornis wordt nog steeds als zeer helpend ervaren.

Dit artikel is geschreven met toestemming van NetUnion, met dank aan Tony Lam.

Literatuur

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 00:000-000. doi: 10.1002/eat.22135
- Carrard, I., Fernandez-Aranda, F., Lam, T., Nevoenen, L., Liwowsky, I., Volkart, A. C., . . . Norring, C. (2011). Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several european countries. *European Eating Disorder Review*, 19(2), 138-149. Doi: 0.1002/erv.1043
- Dölemeyer, R., Tietjen, A., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Internet-based interventions for eating disorders in adults: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 13:207, 1-16. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/207>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavioral therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fenichel, M. Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., . . . Walker-Schmucker, W. (2002). Myths and realities of online clinical work. *CyberPsychology & Behavior*, 5(5), 481-497. Doi:10.1089/109493102761022904.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2006). *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen – Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing; Helping people change* (3th ed.). New York: Guilford Press.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence (pp. 15).
- Pieters, G. (2008). Prognose. In W. Vandereycken & G. Noorderbos (Eds), *Handboek eetstoornissen* (pp. 23-24). Utrecht: De Tijdstroom.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical model of change. In J. C. Norcross & M. R. Goldfrieds (Eds), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Shingleton, R. M., Richards, L. K., & Thompson-Brenner, H. (2013). Using technology within the treatment of eating disorders: A clinical practice review. *American Psychological Association*, 50, 576-582. doi: 10.1037/a0031815
- Vandereycken, W. (2008). Kenmerken. In W. Vandereycken & G. Noorderbos (Eds), *Handboek eetstoornissen* (Rev. Ed., pp. 23-24). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanderlinden, J. (2008). *Boulimie en eetbuien overwinnen in 10 stappen*. Tielt: Lannoo.
- Vanderlinden, J., Pieters, G., Probst, M., & Norré, J. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met bulimia nervosa. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (Eds.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 407-451). Amsterdam: Boom.
- Van Kalmthout, M. A. (2000). *Psychotherapie: Het bos en de bomen* (2nd ed.). Utrecht: De Tijdstroom.
- Yager, J. (2003). Monitoring Patients With Eating Disorders by Using E-mail as an adjunct to Clinical Activities. *Psychiatric Services*, 54(12), 1586-1588.