

Better eating via internet therapy?



Een onderzoek naar de preferentie van patiënten met Boulimia Nervosa ten aanzien van de behandeling van hun eetstoornis.

Marijn Keijzer,
November 2008

Better eating via internet therapy?

Een onderzoek naar de preferentie van patiënten met Boulimia Nervosa ten aanzien van de behandeling van hun eetstoornis.

Marijn Keijzer
S0155136
November 2008

Masterscriptie voor de studie Communication Studies
Faculteit Gedragswetenschappen
Universiteit Twente te Enschede

Afstudeercommissie
Dr. C.H.C. Drossaert
Dr. E. Taal

Opdrachtgever
GGnet, Amarum

Extern begeleider
GZ psycholoog D. Bakker

Samenvatting

In deze scriptie wordt een onderzoek naar de preferentie van patiënten met Boulimia Nervosa ten aanzien van de behandeling van hun eetstoornis beschreven. Er werd een vergelijking gemaakt tussen een reguliere face-to-face behandeling en een internetbehandeling. Een internetbehandeling voor de behandeling van eetstoornissen is nieuw en lijkt veelbelovend. Buitenlandse onderzoeken hebben de effectiviteit van internetbehandelingen voor eetstoornissen meerdere malen aangetoond. In Nederland is echter nog weinig onderzoek gedaan naar internetbehandelingen. Onbekend is hoe groot de animo voor een dergelijke behandeling zal zijn en wat de preferenties van patiënten zijn ten aanzien van een behandeling.

Om de preferenties en gedragsintenties van patiënten met een eetstoornis te achterhalen werd een (online) vragenlijst opgesteld. In deze vragenlijst werden een face-to-face behandeling en een internetbehandeling voor een eetstoornis met elkaar vergeleken. Hierbij werd zowel een directe vergelijking als een indirecte vergelijking gemaakt. Bij de indirecte vergelijking werd op basis van de componenten van het decomposed theory of planned behaviour van Taylor en Todd (1995) met zowel open als gesloten vragen gevraagd naar beoordelingen over de attitude (waargenomen nut, waargenomen gebruiksvriendelijkheid en compatibiliteit), subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole (zelfeffectiviteit en faciliterende bronnen) ten aanzien van de behandelingen. Bij de directe vergelijking werd de respondenten gevraagd een directe vergelijking te maken.

Uit zowel de directe als de indirecte vergelijking bleek dat de respondenten een voorkeur hadden voor een face-to-face behandeling. Vooral bij het construct 'attitude' bleken de respondenten een sterke voorkeur te hebben voor een face-to-face behandeling. De face-to-face behandeling werd als zinvoller, effectiever en betrouwbaarder gezien dan de internetbehandeling. Ook bij het construct waargenomen gedragscontrole bleken de respondenten meer vertrouwen te hebben in hun eigen vaardigheden bij de face-to-face behandeling en bleek er meer vertrouwen te zijn in de behandelaars bij de face-to-face behandeling. Toch bleek de face-to-face behandeling niet op alle componenten een hoger oordeel te krijgen: de internetbehandeling werd als makkelijker aangemerkt, en ook bleek een internetbehandeling makkelijker te combineren te zijn met het werk en/of de studie van de respondenten.

Concluderend kan gesteld worden dat wanneer respondenten moeten kiezen tussen een face-to-face behandeling of internetbehandeling, er eerder wordt gekozen voor een face-to-face behandeling.

Abstract

This research investigated the preference of patients with Bulimia Nervosa regarding the treatment of their eating disorder. A comparison has been made between a regular face-to-face treatment and an internet treatment. An internet treatment for eating disorders is new and has promising results. Foreign research has revealed the effectiveness of this treatments. In the Netherlands, little is known about the effectiveness of internet treatments and it's not known how the interest is for a treatment of this kind and what the preferences of patients with an eating disorder are.

To discover the preferences and behaviour intentions of patients with eating disorders regarding a treatment an online survey was conducted. In this survey a direct and indirect comparison between a face-to-face treatment, and an internet treatment was made. The indirect measures were based on the decomposed theory of planned behaviour model of Taylor and Todd (1995). Respondents were asked direct as well as indirect questions about their appraisals of their attitude (perceived usefulness, perceived ease of use and compatibility), subjective norm and perceived behavioral control (self-efficacy and facilitating conditions) about both treatments.

The results of the direct and indirect comparison show a strong preference for the face-to-face treatment. Especially the construct 'attitude' shows a great preference for the face-to-face treatment. This treatment was evaluated as more useful, effective and more reliable than an internet treatment. Also regarding the construct perceived behavioral control, the respondents seemed to have a higher self-efficacy and the respondents had more confidence in the therapists of the face-to-face treatment. The internet treatment was evaluated as easier to work with and seemed easier to combine with work and study.

It can be concluded that when respondents have a choice between a face-to-face treatment and an internet treatment, they will choose for a face-to-face treatment.

Managementsamenvatting

Amarum, een specialistisch centrum voor de behandeling van eetstoornissen, is in februari gestart met een internetbehandeling voor patiënten met Boulimia Nervosa. Deze vorm van behandelen was nieuw voor Amarum en onbekend was nog hoe groot de animo voor deze internetbehandeling zou zijn. Dit onderzoek was daarom gericht op het achterhalen van de animo voor de internetbehandeling en de preferenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling van hun eetstoornis.

Aan de hand van het decomposed theory of planned behaviour model werden de gedragsintenties voor een internetbehandeling achterhaald en werd gekeken naar de preferenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling. Er werd zowel een directe als een indirecte vergelijking gemaakt tussen een face-to-face behandeling en een internetbehandeling. Ook werden zowel open als gesloten vragen gesteld om de meningen van de respondenten te achterhalen.

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de animo voor een internetbehandeling klein is. Wanneer de respondenten moesten kiezen, zouden ze liever een face-to-face behandeling doen. De redenen hiervoor bleken uit de open vragen die gesteld werden. Aan de hand van deze redenen kan voor de praktijk een aantal aanbevelingen gedaan worden:

- Aanbeveling 1 Informeer cliënten over de internetbehandeling.
- Aanbeveling 2 Verhoog de waargenomen effectiviteit van de internetbehandeling.
- Aanbeveling 3 Werk aan een betrouwbare uitstraling van de internetbehandeling.
- Aanbeveling 4 Benadruk de sterke punten van de internetbehandeling.
- Aanbeveling 5 Investeer in kennisverhoging over de internetbehandeling.
- Aanbeveling 6 Stimuleer de omgeving van patiënten om advies en hulp te bieden.
- Aanbeveling 7 Benadruk de mogelijkheid tot controle bij de internetbehandeling.
- Aanbeveling 8 Creëer een mogelijkheid voor cliënten om met elkaar te discussiëren.
- Aanbeveling 9 Zorg voor goede begeleiding en duidelijke instructies bij de internetbehandeling.

Voorwoord

Eind 2007 begon mijn zoektocht naar een leuk afstudeeronderzoek voor de afronding van mijn master Communication Studies op de Universiteit Twente. Omdat ik recentelijk gestart was met de pre-master van de studie Psychologie leek het mij interessant een afstudeeronderzoek te doen waarbij ik mijn kennis van communicatie en psychologie kon combineren. De keuze voor de richting gezondheidscommunicatie was snel gemaakt: bij gezondheidscommunicatie wordt namelijk veel gebruik gemaakt van psychologische modellen.

Tijdens het bekijken van de verschillende afstudeeropdrachten op afstudeerweb, werd mijn aandacht steeds weer getrokken naar een afstudeeropdracht bij Amarum, een centrum voor de behandeling van eetstoornissen. Amarum was pas gestart met een nieuwe internetbehandeling voor patiënten met Boulimia Nervosa en was op zoek naar een student die de internetbehandeling wilde evalueren. Na een gesprek bij Amarum wist ik het zeker: dit werd mijn afstudeeronderzoek.

In februari 2008 startte mijn onderzoek naar de preferentie van patiënten met Boulimia Nervosa ten aanzien van de behandeling van hun eetstoornis. In het begin van mijn afstudeerperiode lag de focus vooral op het meedenken bij de internetbehandeling. In deze periode leerde ik veel over de behandeling van eetstoornissen en de ontwikkeling van een internetbehandeling. In de loop van mijn afstudeerperiode verplaatste de focus steeds meer richting onderzoek. Een periode waarin ik veel geleerd heb over het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Bij deze wil ik mijn begeleiders vanuit de Universiteit Twente, Stans Drossaert en Erik Taal, bedanken voor hun goede begeleiding tijdens mijn onderzoek en scriptie. Daarnaast wil ik Amarum bedanken voor de mogelijkheid die zij mij boden om mijn afstudeeronderzoek binnen hun organisatie uit te voeren. Met name Diana Bakker voor haar begeleiding, tips en kritische blik.

Ook wil ik Ellen Spanjers (Stichting ervaringskennis) bedanken voor haar hulp bij het in contact komen met zorginstellingen, het verspreiden van mijn vragenlijst en het plaatsen van de oproep voor mijn vragenlijst op haar website. Ook Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN), Zelfhulporganisatie ZieZo, Stichting Geestgronden, Stichting Human Concern, Stichting eetstoornissen Eindhoven, Buro Puur, Stichting Artiva, Helpdesk Eetstoornissen, Stichting voor Eetproblematiek Drenthe en Zelfhulp Dordrecht voor hun hulp bij het verspreiden van mijn vragenlijst.

Ten slotte wil ik mijn ouders, Pim, Mariëlle en Mathijs bedanken voor hun hulp en steun tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Op naar het volgende avontuur!

Enschede, november 2008

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Inleiding.....	10
1.1	Achtergrond	10
1.2	Amarum en de internetbehandeling Beat-it	10
1.3	Onderzoek	10
1.4	Opbouw scriptie	11
 Hoofdstuk 2	 Eetstoornissen in Nederland, omvang en ernst.....	 12
2.1	Eetstoornissen	12
2.2	Boulimia Nervosa	13
2.3	Epidemiologie	14
2.4	Oorzaken	14
2.5	Consequenties	15
2.6	Conclusie	16
 Hoofdstuk 3	 Behandeling van Boulimia Nervosa	 17
3.1	Vormen van behandelingen voor eetstoornissen	17
3.1.1	Face-to-face interventies	17
3.2.2	Conclusie.....	18
3.2	Cognitieve gedragstherapie.....	18
3.2.1	Doelen bij CGT	18
3.2.2	Fasen CGT	18
3.2.3	Technieken bij CGT.....	19
3.2.4	Resultaten CGT.....	20
3.2.5	Barrières voor deelname aan een behandeling.....	20
3.2.6	Conclusie.....	21
3.3	Vormen van behandeling van Boulimia Nervosa via internet.....	21
3.3.1	Hulp via internet.....	21
3.3.2	Internetbehandelingen	21
3.3.3	Voor- en nadelen van internetbehandelingen.....	21
3.4	Probleemstelling	22
3.5	Gedragintenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling voor hun eetstoornis	22

3.5.1	De decomposed TPB.....	22
3.5.2	Constructen uit de decomposed TPB.....	23
3.5.3	Toepassingen van het model.....	24
Hoofdstuk 4	Onderzoeksopzet.....	26
4.1	Methode van onderzoek.....	26
4.2	Procedures en respondenten.....	26
4.3	Meetinstrument.....	26
4.3.1	Achtergrondvariabelen.....	26
4.3.2	Preferenties voor face-to-face behandeling of internetbehandeling.....	27
4.3.3	Gedragsintentie en behandeling van de eetstoornis.....	29
4.4	Data analyse.....	29
Hoofdstuk 5	Resultaten	31
5.1	Beschrijving van de onderzoeksgroep.....	31
5.1.1	Onderzoeksgroep.....	31
5.1.2	Achtergrondvariabelen.....	32
5.1.3	Eetprobleem en behandelgeschiedenis.....	32
5.1.4	Behandelgeschiedenis.....	33
5.1.5	Hulp via internet.....	34
5.2	Preferenties ten aanzien van behandeling van eetstoornissen.....	34
5.2.1	Attitude.....	34
5.2.2	Subjectieve norm.....	39
5.2.3	Waargenomen gedragscontrole.....	39
5.3	Verschillen tussen beoordelingen van respondenten die momenteel wel of niet in behandeling zijn voor de eetstoornis.....	43
5.5	Voorkeur voor het doen van een face-to-face en internetbehandeling.....	45
5.5.1	Gedragsintentie voor het doen van een behandeling.....	45
5.5.2	Variabelen die samenhangen met de voorkeur voor een internetbehandeling.....	46
5.5.3	Bijdrage van determinanten aan de voorkeur voor een internetbehandeling.....	47

Hoofdstuk 6	Conclusie, discussie en aanbevelingen	48
6.1	Preferenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling	48
6.2	De determinanten van de decomposed TPB toegepast op patiënten met een eetstoornis	50
6.3	Implicaties.....	51
6.4	Sterkten en zwakten van het onderzoek.....	54
6.5	Welke vervolgonderzoeken lijken interessant?	56
Literatuurlijst.....		57
Bijlage 1	Beschrijving van de internetbehandeling Beat-it	
Bijlage 2	Vragenlijst	

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Nederlanders maken veelvuldig gebruik van internet. Uit cijfers van het CBS (2006) blijkt dat in 2005 ruim 83 procent van de Nederlanders toegang had tot internet. Internet wordt vooral gebruikt om te mailen, te chatten en om informatie op te zoeken. Steeds meer consumenten gebruiken internet voor commerciële activiteiten zoals telebankieren en elektronisch winkelen. Tevens bieden steeds meer bedrijven hun diensten aan via internet (CBS, 2006).

Ook de zorgsector ontplooit steeds meer initiatieven op internet. Voorbeelden hiervan zijn: online kennis- en zelftesten, persoonlijk advies op maat, interactieve zelfhulpprogramma's en online behandel- of zorginterventies (Trimbos Instituut, 2007b). Ook behandeling van Boulimia Nervosa is mogelijk via internet (Bakke, Mitchell, Wonderlich, & Erickson, 2001; Carrard et al., 2006; Celio et al., 2000; Zabinski, Celio, Jacobs, Manwarring, & Wilfley, 2003). In Nederland zijn internetbehandelingen voor de behandeling van Boulimia Nervosa echter nog beperkt. Daarom heeft Amarum, een specialistisch centrum voor de behandeling van eetstoornissen, gekozen om een internetbehandeling op te zetten voor patiënten met Boulimia Nervosa.

1.2 Amarum en de internetbehandeling Beat-it

Amarum is gevestigd in Gelderland en Overijssel en behandelt alle vormen van eetstoornissen van uiteenlopende ernst en duur. Amarum bestaat sinds 1993 en maakt onderdeel uit van GGNet. Op regionaal niveau wordt samengewerkt met TACTUS een instelling voor verslavingszorg. Verder vormt Amarum samen met de andere gespecialiseerde behandelcentra voor eetstoornissen in Nederland een landelijk netwerk dat zich onder meer tot doel stelt de zorg voor mensen met een eetstoornis te verbeteren. Sinds februari 2008 biedt Amarum een internetbehandeling aan voor patiënten met Boulimia Nervosa: Beat-it. Behandeling via internet is een nieuwe behandelmogelijkheid van Amarum en is bedoeld om variatie op de bestaande behandelmogelijkheid te bieden. Beat-it staat voor "better eating via internet therapy". De behandeling biedt kortdurende geprotocolleerde psychologische hulp via internet aan mensen met eetproblemen en eetstoornissen.

1.3 Onderzoek

Omdat nog onbekend is hoe groot de animo voor een internetbehandeling zal zijn, is dit onderzoek gericht op het achterhalen van de preferentie en gedragsintentie van patiënten van een eetstoornis ten aanzien van een behandeling. Er is achterhaald welke behandeling patiënten met een eetstoornis prefereren: een face-to-face behandeling of een internetbehandeling. Ook is bekeken in hoeverre de determinanten van de decomposed TPB de voorkeur voor een internetbehandeling bepalen.

1.4 Opbouw scriptie

De opbouw van deze scriptie is als volgt: in hoofdstuk 1 wordt ingegaan op eetstoornissen, en dan met name het type Boulimia Nervosa. In hoofdstuk 2 komen de verschillende behandelmethoden voor Boulimia Nervosa aan bod. Tevens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op een model om gedragsintenties van patiënten ten aanzien van een internetbehandeling te achterhalen. Op basis van dit model zijn de twee onderzoeksvragen van deze scriptie opgesteld. Hoofdstuk 4 omvat de onderzoeksmethode en hoofdstuk 5 de resultaten van het onderzoek. Tot slot worden in hoofdstuk 6 de conclusie, discussie en aanbevelingen van dit onderzoek beschreven.

Hoofdstuk 2 Eetstoornissen in Nederland, omvang en ernst

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het onderwerp ‘eetstoornissen’ en dan met name het type *Boulimia Nervosa*. De oorzaken, consequenties en behandelmogelijkheden van *Boulimia Nervosa* komen achtereenvolgens aan bod.

2.1 Eetstoornissen

In Nederland hebben ongeveer 40.000 meisjes een eetstoornis (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2007). Een eetstoornis is een psychische stoornis die gekenmerkt wordt door verstoord eetgedrag en/of inadequaate compensatiegedrag zoals braken en laxeren (Jansen, 1996). Mensen met een eetstoornis hebben een verstoord lichaamsbeeld, en zijn erg bezig met hun gewicht en/of lichaamsvorm. Ook zijn ze intens angstig om aan te komen (RIVM, 2007). Fairburn en Harrison (2003) definiëren een eetstoornis als volgt: *“Er is sprake van een verstoring van eetgewoonten of gewichtscontrole gedrag. Deze verstoring resulteert in een klinisch significante aantasting van de fysieke gezondheid of psychosociaal functioneren. De eetstoornis wordt niet veroorzaakt door een andere medische aandoening of een andere psychiatrische conditie”*. Patiënten met eetstoornissen kunnen volgens de diagnostische criteria in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1994) onderverdeeld worden in een drietal categorieën: *Anorexia Nervosa* (AN), *Boulimia Nervosa* (BN) en Eetstoornis Niet Anders Omschreven (ES-NAO).

Anorexia Nervosa. Individuen met *Anorexia Nervosa* zijn niet in staat een lichaamsgewicht te handhaven dat normaal is voor de hun leeftijd en lengte (minder dan 85% van normaal gewicht) (Exterkate, 2007). Patiënten hebben een excessieve vrees om aan te komen, zelfs terwijl ze ondergewicht hebben. De perceptie en evaluatie van het lichaamsgewicht of –verschijning is verstoord. Patiënten met *Anorexia Nervosa* hebben ten minste drie menstruele periodes overgeslagen. Zorgen om gewicht en verschijning hebben sterke invloed op de zelfevaluatie van de patiënt en de gezondheidsimplicaties lijken geen invloed te hebben op de patiënt (Exterkate, 2007). Er zijn twee subtypen: het Restricting type en het Binge-eating/purging type (American Psychiatric Association, 1994). Het eerste type houdt het lichaamsgewicht laag door de voedselinname te beperken. De persoon doet niet aan binge eating, maakt geen misbruik van laxemiddelen of andere compenserende middelen. Het tweede type beperkt de voedselinname maar heeft tegelijkertijd ook eetbuien. Hierbij wordt compensatiegedrag getoond. Dit uit zich in overgeven of misbruik van laxemiddelen.

Boulimia Nervosa. Patiënten met *Boulimia Nervosa* hebben terugkerende periodes van overeten waarin ze grote hoeveelheden voedsel innemen. De patiënt heeft geen controle over het eten. In de hoop om gewicht te verliezen wordt de eetbui gevolgd door compensatiegedrag. Zorgen over gewicht en lichaamsvorm zijn karakteristiek voor patiënten met *Boulimia Nervosa* (Exterkate, 2007). De zelfevaluatie is geconcentreerd op de percepties van het lichaamsbeeld. De diagnose *Boulimia Nervosa* wordt gesteld als patiënten ten minste twee keer per week eetbuien hebben voor een periode van ten minste drie maanden. Er zijn twee subtypen: BN-P (purging type), en BN-NP (non purging type) (American Psychiatric Association, 1994). Het eerste type compenseert door gebruik van

compensatiemiddelen als braken en laxeren. Het tweede type patiënten compenseert door overmatige lichaamsbeweging en/of dieet en vasten.

Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa zijn beide ernstige eetstoornissen. Het zijn psychische ziektes die veel nadelige invloed uit kunnen oefenen op het leven van de patiënt. Het komt vaak voor dat patiënten afwisselend lijden aan Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa. De twee stoornissen wisselen elkaar dan af en gaan in elkaar over (Exterkate, 2007).

Eetstoornis niet anders omschreven. Patiënten met een eetstoornis niet anders omschreven hebben significante eetstoornissymptomen en de hiermee geassocieerde kenmerken, maar voldoen niet aan de categorieën van Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa. Onder deze categorie vallen ook patiënten met de Binge-Eating Disorder (BED). Patiënten met BED hebben ten minste twee dagen in de week eetbuien voor een periode van tenminste zes maanden, maar maken geen gebruik van compensatiemethoden (Exterkate, 2007). De eetstoornis wordt gekarakteriseerd door sneller eten dan normaal en het innemen van grote hoeveelheden voedsel in een korte periode, zonder dat honger hiervoor de motivatie is. De hoeveelheid voedsel is groter dan de meeste mensen in een vergelijkende periode onder vergelijkende omstandigheden zouden innemen. Patiënten voelen een verlies van controle en een oncomfortabele volheid na het eten (Fairburn & Wilson, 1993). Gevoelens van schaamte komen vaak voor. Doordat na de eetbuien niet gecompenseerd wordt, leidt deze stoornis op den duur vaak tot overgewicht. Vandaar dat deze eetstoornis ook wel geassocieerd wordt met obesitas (Fairburn & Wilson, 1993).

Omdat dit onderzoek betrekking heeft op een internetbehandeling voor patiënten met Boulimia Nervosa wordt in de volgende paragrafen hier verder op ingegaan.

2.2 Boulimia Nervosa

Het woord 'Boulimia' is afkomstig van de term 'bulimie'. Bulimie is Grieks voor 'honger als een rund'. Het woord 'nervosa' verwijst naar de aanwezigheid van een nerveuze oorzaak (Spaans, 2005). Het belangrijkste kenmerk van Boulimia Nervosa is het hebben van eetbuien (Spaans, 2005). Deze drang uit zich in een eetbui. Van een eetbui wordt gesproken als er in een korte tijd een grote hoeveelheid voedsel tot zich genomen wordt en er een gevoel van controleverlies ervaren wordt (Roosen, 2001; Vandereycken & Noordenbos, 2002). Het voedsel dat tijdens een eetbui genomen wordt, is meestal calorierijk. Het gaat om voedingsmiddelen die veel suiker, vet of zetmeel bevatten (Spaans, 2005). Patiënten verbieden zichzelf dit voedsel te eten, waardoor het ook wel 'verboden voedsel' genoemd wordt (Noordenbos & Vandereycken, 2005).

Doordat patiënten zichzelf van bepaald voedsel onthouden, ontstaat er een onregelmatig eetpatroon of een neiging om weinig te eten (Roosen, 2001). Uit onderzoek blijkt dat tal van situaties, stemmingen en gedachten een eetbui uit kunnen lokken (Jansen, 1996). Zo kan een hongergevoel, een leeg moment op de dag of een negatieve stemming zoals eenzaamheid, een aanleiding zijn voor een eetbui. Tijdens de eetbui wordt vaak doorgegeten tot de patiënt helemaal vol zit. Na de eetbui voelen patiënten zich vol, dik, ellendig, moe en uitgeput (Spaans, 2005). Ze voelen schaamte, schuld en hebben spijt van wat gebeurd is (Vandereycken & Noordenbos, 2002). Het gevolg is dat patiënten de effecten van het

overeten teniet willen doen om hun gewicht onder controle te houden. De angst om dik te worden speelt hierbij een grote rol (Vandereycken & Noordenbos, 2002). De eetbui wordt daarom vaak gevolgd door zelfopgewekt braken of het innemen van (grote hoeveelheden) laxeremiddelen (Nathan & Gorman, 2007). Ook andere compensatiemiddelen zoals diëten, vasten en overmatig bewegen komen voor. De frequentie van eetbuien kan sterk variëren, van enkele keren per week tot enkele keren per dag. Ook de duur van een eetbui is sterk variabel, van enkele minuten tot meerdere uren achter elkaar.

Patiënten met *Boulimia Nervosa* zijn veel bezig met hun uiterlijk; ze zijn overbezorgd over hun lichaamsvorm en gewicht (Spaans, 2005). Ze hebben het idee dat ze pas door anderen geaccepteerd worden als ze er mooi en slank uitzien. Ze verwachten dat anderen lichaamsvormen net zo belangrijk vinden als zij. Ze hebben het gevoel dat ze alleen iets waard zijn als ze aan bepaalde lichamelijke normen voldoen. Tevens is een lage zelfwaardering kenmerkend (Jansen, 1996). Patiënten met *Boulimia Nervosa* leven vaak een schijnleven (Vandereycken & Noordenbos, 2002). Doordat ze willen voorkomen dat anderen doorhebben wat er speelt, houden patiënten de eetbuien vaak geheim. Eetbuien komen daarom meestal voor als patiënten alleen zijn (Noordenbos & Vandereycken, 2005). Ook compensatiegedrag wordt vaak geheim gehouden. Sommige patiënten hebben niet genoeg geld om voedsel voor hun eetbui te kopen en kunnen gaan stelen om toch in de behoeftes te voorzien (Spaans, 2005).

2.3 Epidemiologie

Van de 40.000 patiënten met een eetstoornis in Nederland, lijden ongeveer 22.000 patiënten aan *Boulimia Nervosa* (Trimbos Instituut, 2007a). De incidentie is minimaal 13 patiënten per 100.000 personen van de bevolking per jaar, wat betekent dat er per jaar circa 2.100 personen met *Boulimia Nervosa* in Nederland bijkomen (Trimbos Instituut, 2006b). Van de patiënten met *Boulimia Nervosa* heeft na ruim één jaar 30 procent nog steeds *Boulimia Nervosa*, 35 procent heeft inmiddels een andere eetstoornis, en de overige 35 procent geneest van de eetstoornis (Trimbos Instituut, 2007a). Na vijf jaar heeft 15 procent nog steeds *Boulimia Nervosa*. Dankzij behandeling geneest ongeveer de helft van de mensen met *Boulimia Nervosa* (Trimbos Instituut, 2007a). De prevalentie is moeilijk te meten en wordt waarschijnlijk onderschat. Reden hiervoor is dat veel patiënten hun eetprobleem verzwijgen door angst en taboe bij de eetstoornis, en de neiging tot ontkenning (Trimbos Instituut, 2006b). Het overgrote deel van de patiënten met *Boulimia Nervosa* (90-95 procent) is vrouw (Rijn, 1998a).

2.4 Oorzaken

Er is niet één specifieke oorzaak voor het ontstaan van een eetstoornis aan te wijzen. Een combinatie van culturele, maatschappelijke en sociale factoren speelt waarschijnlijk een rol (Taylor et al., 1998; Phillips, Greydanus, Pratt, & Patel, 2003). Echter, deze factoren zijn sterk situatie- en persoonsgebonden en worden daarom in deze scriptie niet besproken. Ondanks dat er geen eenduidige oorzaak voor *Boulimia Nervosa* aan te wijzen is, kan wel een aantal risicofactoren opgesteld worden (Fairburn & Harrison, 2003). Zo kunnen geslacht en levensfase van de patiënt als risicofactoren gerekend worden. Vrouwen lopen bijvoorbeeld meer risico om *Boulimia Nervosa* te krijgen dan mannen en ook zijn pubers en vroeg volwassenen meer vatbaar voor de stoornis. Tevens kan de samenleving invloed hebben op het ontstaan van een eetstoornis. *Boulimia Nervosa* komt bijvoorbeeld

meer voor in westerse samenlevingen (Fairburn & Harrison, 2003). Andere factoren zijn de familiegeschiedenis, voorgaande ervaringen van de patiënt en karakteristieken als lage zelfwaardering, perfectionisme, angst en angststoornissen, obesitas en een vroege menstruele cyclus (Fairburn & Harrison, 2003).

2.5 Consequenties

Eetstoornissen kunnen een sterke negatieve impact hebben op het leven van de patiënt en familie van de patiënt. Er zijn verschillende lichamelijke, sociale, financiële en psychische consequenties te noemen.

Lichamelijke consequenties. De kenmerken van *Boulimia Nervosa* zoals het eten van zeer grote hoeveelheden voedsel, braken, laxeren en het gebruik van vochtafdrijvende middelen en andere medicijnen kunnen ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van de patiënt (Rijn, 1998b). Mensen die frequent braken kunnen bijvoorbeeld door voortdurende blootstelling aan maagzuur last krijgen van gebitsproblemen. Ook de maag en slokdarm hebben hieronder te lijden (Rijn, 1988a). Veranderingen in de stofwisseling en hormoonhuishouding kunnen een gevolg zijn. Daarnaast kan vasten en overmatig bewegen nadelige invloed hebben op het lichaam (Rijn, 1998a). Lichamelijke aftakeling kan ertoe leiden dat de patiënt de opleiding niet meer af kan maken of in de ziektewet terechtkomt.

Sociale en financiële consequenties. *Boulimia Nervosa* kan tevens invloed op de omgang met vrienden, familieleden, kennissen en collega's ofwel: de inter-persoonlijke relaties van de patiënt (Noordenbos & Vandereycken, 2005). Omdat de patiënt de eetstoornis geheim wil houden, kan liegen en het verzinnen van smoezen voorkomen (Spaans, 2005). Soms kan dit zo erg worden dat patiënten sociale contacten gaan vermijden en in een sociaal isolement terecht komen (Noordenbos & Vandereycken, 2005). Patiënten gaan anderen steeds meer wantrouwen en vertonen manipulatief gedrag ten opzichte van de omgeving. Sommige patiënten hebben te maken met financiële problemen (Roosen, 2001). Vooral voor degenen die frequent eetbuien hebben, kunnen deze financiële consequenties erg groot zijn. Reden hiervoor is dat patiënten soms hun hele maandloon uitgeven aan eten, afslankmiddelen of grote hoeveelheden laxermiddelen. Dit kan ertoe leiden dat patiënten gaan stelen om toch in de behoeftes te kunnen voorzien (Spaans, 2005).

Psychische consequenties. *Boulimia Nervosa* heeft tevens grote invloed op de gedachten en gevoelens van patiënten (Spaans, 2005). Patiënten met *Boulimia Nervosa* rapporteren depressieve gevoelens en hebben een negatief zelfbeeld (Exterkate, 2007). Het lichaam is ontregeld en patiënten raken steeds meer in een sociaal isolement, wat depressiviteit in de hand werkt. Patiënten kunnen problemen hebben met de concentratie, wat invloed heeft op de school- en werkprestaties (Spaans, 2005). Ook angst kan een probleem vormen. Hoe langer patiënten de eetstoornis geheim houden, hoe bang er ze worden. Allerlei zaken kunnen vermeden worden waardoor zelfs fobieën en paniekaanvallen kunnen voorkomen (Spaans, 2005). Eetstoornissen worden dan ook vaak geassocieerd met vergrote kans op psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen en angststoornissen (Exterkate, 2007). Sommige patiënten grijpen naar drank, drugs en medicijnen om hun angsten de baas te worden. Misbruik van deze middelen komt bij patiënten met eetstoornissen vaker voor dan bij de algemene

populatie (Rijn, 1998b). Tevens hebben veel patiënten gevoelens van schaamte en schuld. Patiënten schamen zich voor een eetbui en voelen zich schuldig. Ze vinden dat ze controle over hun eetbuien zouden moeten hebben en voelen zich waardeloos en slap dat het niet lukt. Ze verwijten zichzelf een gebrek aan wilskracht en vinden dat ze een waardeloos mens zijn. De zelfwaardering gaat steeds meer achteruit en soms kunnen patiënten zichzelf niet meer uitstaan. Sommige patiënten krijgen zelfmoordgedachten of doen zelfs zelfmoordpogingen (Schachtschabel, 2005).

2.6 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat Boulimia Nervosa vaak een ernstig probleem kan vormen voor de patiënt. Boulimia Nervosa heeft zoals beschreven vergaande, veelal schadelijke gevolgen, voor de patiënt. Deze gevolgen hebben zowel betrekking op de lichamelijke gezondheid als op de gemoedstoestand van de patiënt, en de relaties met naasten. Om deze gevolgen zoveel mogelijk in te perken is een behandeling noodzakelijk. Het volgende hoofdstuk zal ingaan op de behandelmogelijkheden van de eetstoornis Boulimia Nervosa.

Hoofdstuk 3 Behandeling van Boulimia Nervosa

In dit hoofdstuk worden verschillende behandelmethodes voor Boulimia Nervosa besproken. Eerst wordt ingegaan op vormen van face-to-face behandelingen, vervolgens op behandelingen via internet. Na de beschrijving van de behandelmethodes wordt ingegaan op de determinanten die intentie en gedrag ten aanzien van een behandeling voorspellen, waarna een aantal onderzoeksvragen opgesteld wordt.

3.1 Vormen van behandelingen voor eetstoornissen

3.1.1 *Face-to-face interventies*

Voor Boulimia Nervosa zijn verschillende interventies mogelijk. Deze variëren in de mate van intensiteit. In het Landelijk basisprogramma eetstoornissen van het Trimbos Instituut (2006a) worden randvoorwaarden gegeven waaraan regionale zorgprogramma's in Nederland moeten voldoen. Bij deze randvoorwaarden wordt onderscheid gemaakt tussen drie interventies: farmacologische interventies, psycho-educatie en lotgenotencontact, en psycho-therapeutische interventies.

Farmacologische interventies. Bij de behandeling van Boulimia Nervosa maken in sommige gevallen medicijnen deel uit van de behandeling. Er zijn echter weinig werkzame medicijnen voor de behandeling van Boulimia Nervosa. Antidepressie medicijnen kunnen een vermindering in eetbuien en braken bewerkstelligen en de stemming verbeteren (Fairburn & Harrison, 2003) maar deze medicijnen nemen de achterliggende problemen niet weg en worden daarom uitsluitend gebruikt in combinatie met een vorm van therapie (Trimbos Instituut, 2006b).

Psycho-educatie en lotgenotencontact. Psycho-educatie en lotgenotencontact zijn behandelingen waarbij geen sprake is van therapeutische hulp. Psycho-educatie kan gedefinieerd worden als het proces van het op een didactische wijze geven van informatie over de aard van de ziekte of stoornis, met als doel om attitude- en gedragsverandering te bewerkstelligen (Davis, Olmsted, & Rockert, 1990). Lotgenotencontact heeft betrekking op hulp van mensen die eenzelfde probleem hebben zonder tussenkomst van professionele hulpverleners (Trimbos Instituut, 2006a).

Psycho-therapeutische interventies. Anders dan bij psycho-educatie en lotgenotencontact is bij psycho-therapeutische interventies wel sprake van begeleiding van een therapeut. Vormen van therapie zijn cognitieve gedragstherapie (CGT), inter-persoonlijke psychotherapie (IPT), cognitieve therapie en gedragstherapie. Al deze vormen hebben eigen aandachtsgebieden: zo is CGT gericht op verandering van gedrag en cognitie (Fairburn & Harrison, 2003), IPT op inter-persoonlijke situaties (Jansen, 1996), cognitieve therapie op irrationele cognitieve attitudes (Jansen, 1996) en gedragstherapie op gedragspatronen. Van zojuist beschreven interventies zijn CGT en IPT het meest effectief. Beide behandelingen bereiken op de lange termijn dezelfde resultaten, maar deze worden met CGT sneller bereikt (Fairburn & Harrison, 2003).

3.2.2 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat er verschillende vormen van interventies mogelijk zijn voor de behandeling van *Boulimia Nervosa*. De effectiviteit van CGT is het meest onderzocht en de resultaten zijn veelbelovend (Fairburn & Harrison, 2003; Nathan & Gorman, 2007; Lewandowski, Gebing, & Anthony, 1997; Whittal, Agras, & Gould, 1999). In de volgende paragraaf zal daarom dieper ingegaan worden op de doelen, uitgangspunten en methodieken van CGT.

3.2 Cognitieve gedragstherapie

3.2.1 Doelen bij CGT

Grondleggers van CGT zijn Beck en Ellis (Freeman, Arkowitz, Beutler, & Simon, 1989). Fairburn en Wilson (1993) maakten deze therapie geschikt voor de behandeling van eetstoornissen. De doelen van CGT voor *Boulimia Nervosa* zijn als volgt:

- Problemen leren analyseren
- Eetpatroon normaliseren
- Zicht op het gewicht krijgen
- Stoppen met gewichtscontrolerende maatregelen
- Anders leren denken
- Terugval voorkomen

3.2.2 Fasen CGT

Bij CGT voor *Boulimia Nervosa* wordt gewerkt met drie fasen waarin de cliënt werkt aan het aanpassen van gedrag en cognities die de eetstoornis in stand houden. Deze fasen zijn als volgt:

Fase 1. In de eerste fase wordt een begin gemaakt met psycho-educatie. Dit houdt in dat er informatie gegeven wordt over de eetstoornis, voeding en de rol van cognities bij de eetstoornis. Patiënten worden aangemoedigd te beginnen met gestructureerde self-monitoring, cognitieve herstructurering en terugvalpreventie (Fairburn & Wilson, 1993). Ook worden technieken aangeleerd zoals voedselplanning en stimulus controle. Deze technieken hebben tot doel het dieetgedrag, de eetbuien en het braakgedrag te verminderen. Het gevolg is meestal dat het eetpatroon normaliseert. De focus ligt in deze eerste fase op gedragsverandering maar er wordt tevens aandacht besteed aan gedachten en gevoelens. *Fase 2.* In de tweede fase leren patiënten om denkwijzen over voeding en gewicht die bijdragen aan totstandhouding van de eetstoornis te identificeren, te bekritisieren en te herstructureren. Het vergroten van de keuzes van voeding en aanpassing van een normaal eetpatroon zijn voorbeelden van de gedragsdoelen in deze fase (Fairburn & Wilson, 1993). Patiënten leren standaard cognitieve therapeutische technieken. Cognitieve herstructurering wordt gebruikt om zelfbeheersing, zorgen over gewicht en lichaamsvorm, het zelfbeeld en andere cognitieve verstoringen te verbeteren. *Fase 3.* De laatste fase richt zich op de terugvalpreventie. Het gaat hier om het identificeren van problemen die de cliënt ervaart en die het proces van genezing in de weg staan. Tevens wordt in deze fase stilgestaan bij de veranderingen die opgetreden zijn tijdens de behandeling (Fairburn & Wilson, 1993).

3.2.3 *Technieken bij CGT*

In de zojuist beschreven fasen wordt gebruik gemaakt van verschillende gedragstherapeutische technieken zoals dieetmanagement, cue exposure en cognitieve therapie (Jansen, 1996).

Dieetmanagement. De eerste techniek die gebruikt wordt bij CGT is ‘dieetmanagement’. Deze techniek is gericht op normalisatie van het eetpatroon van de cliënt. Het hoofddoel is stoppen met lijnen. De techniek is gericht op het doorbreken van het patroon van overmatig eten, braken en laxeren. Ook wordt getracht de controle over het eetgedrag te herstellen. Eén van de methoden die bij deze techniek gebruikt wordt, is registratie van het eetgedrag (zie tabel 3.1). Een veelgebruikt hulpmiddel hierbij is een eetdagboek waarbij de cliënt het eet- en purgeergedrag kan bijhouden. Ook hoort regelmatig wegen bij deze techniek (Jansen, 1996).

Cue exposure en responspreventie. Andere technieken die gebruikt worden bij de behandeling zijn ‘cue exposure’ en ‘responspreventie’. Bij deze technieken wordt de cliënt langdurig blootgesteld aan ‘cues’, ofwel stimuli die een eetbui voorspellen. Cue exposure is gericht op het doorbreken van de relatie tussen de cues en de eetbui. Tegelijkertijd met de cue exposure vindt responspreventie plaats. In deze fase mag nauwelijks iets geconsumeerd worden. Door langdurige blootstelling aan de stimuli verliest de cue de functie van voorspeller van voedselinname en wordt de waarschijnlijkheidsrelatie tussen de cues en de eetbuien doorbroken. Methoden bij deze techniek zijn: identificatie van cues, blootstelling aan cues zonder eten en verboden voedsel eten in afwezigheid van cues (Jansen, 1996).

Cognitieve therapie. Een andere techniek bij CGT is cognitieve therapie. Het hoofddoel van deze cognitieve interventie is identificatie en bijstelling van irrationele gedachten en onderliggende schema’s. Irrationele gedachten en disfunctionele schema’s over lichaamsvormen, uiterlijk, gewicht, voedsel en eetgedrag worden opgespoord en uitgedaagd. Methoden hiervoor zijn de socratische dialoog en gedragsexperimenten. Bij de socratische dialoog stelt de therapeut zich onwetend op en stelt hij kritische vragen aan de cliënt. Bij gedragsexperimenten herformuleert de cliënt met behulp van de therapeut een hypothese over de irrationele gedachten/schema’s (Jansen, 1996). Vervolgens wordt in een experiment bekeken in hoeverre deze hypothese juist is. In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de doelen en methoden van de zojuist beschreven technieken.

Tabel 3.1 *Overzicht van gedragstherapeutische technieken bij cognitieve gedragstherapie, gebaseerd op Jansen (1996)*

Techniek	Hoofddoel	Methode
Dieetmanagement	Stoppen met lijnen	• Registratie eetgedrag • Wekelijks wegen • Stoppen met purgeren • Stoppen met lijnen
Cue exposure en respons preventie	Doorbreken van relatie tussen cues en eetbuien	• Identificatie cues • Blootstelling aan cues zonder eten • Verboden voedsel eten in afwezigheid van cues
Cognitieve therapie	Identificatie en bijstelling van irrationele gedachten en onderliggende schema's	• Identificatie en uitdaging van irrationele gedachten • Identificatie en uitdaging van disfunctionele schema's • Socratische dialoog • Het experiment

3.2.4 Resultaten CGT

Er zijn verschillende meta-analyses en onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van CGT. Uit deze onderzoeken blijkt dat CGT de meest effectieve behandeling voor *Boulimia Nervosa* is (Fairburn & Harrison, 2003; Nathan & Gorman, 2007). Lewandowski, Gebing en Anthony (1997) deden een meta-analyse van 26 onderzoeken naar de effectiviteit van CGT. Uit deze meta-analyse kwam naar voren dat CGT zowel effect heeft op gedragresultaten (eetbuien, lijnen en eetgedrag) als op cognitieve attitude resultaten (attitudes en cognities met betrekking tot het lichaam en eetgedrag). Ook Whittal, Agras en Gould (1999) concludeerden dat CGT in vergelijking met andere behandelingen de meeste resultaten bereikt voor wat betreft verbetering van de symptomen van de eetstoornis. Uit onderzoeken naar het effect van CGT is gebleken dat ongeveer 40 tot 50 procent van de patiënten die behandeld worden, geneest van de eetstoornis. Dit blijft meestal gehandhaafd op de lange termijn (Anderson & Maloney, 2001).

3.2.5 Barrières voor deelname aan een behandeling

Ondanks de positieve resultaten die bereikt worden met CGT, zoekt lang niet iedereen met *Boulimia Nervosa* hulp. Hiervoor zijn verschillende barrières aan te wijzen. Deze barrières kunnen opgedeeld worden in (1) individuele barrières en (2) systeembarrières (Cachelin, Rebeck, Veisel, & Striegel-Moore, 2001). Bij de individuele of persoonlijke barrières kan gedacht worden aan gevoelens van schaamte, angst of stigma (Caspar, 2004; Skarderud, 2003). Ook culturele percepties van psychiatrische stoornissen kunnen invloed hebben op de keuze om in behandeling te gaan; sommige patiënten ontkennen de ernst van het probleem of zien het zoeken van hulp bij een therapeut als een punt van zwakte (Cachelin, Rebeck, Veisel, & Striegel-Moore, 2001). Het pessimisme van de patiënt over de effectiviteit van de behandeling en het in twijfel trekken van de deskundigheid van de therapeut (Agras et al., 2004) kan ook als barrière gezien worden. Systeembarrières hebben betrekking op taalbarrières, financiële problemen, tijdsgebrek en lange wachttijden (Cachelin, Rebeck, Veisel, & Striegel-Moore, 2001).

3.2.6 Conclusie

Uit bovenstaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat er verschillende vormen van behandelingen voor patiënten met *Boulimia Nervosa* mogelijk zijn. Uit de literatuur kwam naar voren dat cognitieve gedragstherapie de meest voorkomende vorm van behandeling is. Echter, voor veel mensen met een eetstoornis is de stap naar hulpverlening moeilijk. Verschillende individuele en systeembarrrières verhogen de drempel hulp (Cachelin, Rebeck, Veisel, & Striegel-Moore, 2001). Het gevolg is dat deze personen geen goede behandeling krijgen, en zo jaren met hun problemen blijven rondlopen. Behandeling via internet kan hier mogelijk een oplossing voor vormen.

3.3 Vormen van behandeling van *Boulimia Nervosa* via internet

3.3.1 Hulp via internet

Door de komst van internet kunnen verschillende vormen van hulp ook via internet aangeboden worden. Mogelijk kunnen deze vormen van hulp de drempel naar hulp voor patiënten met *Boulimia Nervosa* verlagen. Voorbeelden zijn online kennis- en zelftesten, persoonlijk advies op maat, interactieve zelfhulpprogramma's en online behandel- of zorginterventies (Trimbos Instituut, 2006a). Verschillende onderzoeken richten zich op de vraag of hulp via internet ook een optie kan zijn bij de behandeling van *Boulimia Nervosa*. Zo deden Robinson en Serfaty (2001) onderzoek naar de effecten van het gebruik van e-mail bij de behandeling van *Boulimia Nervosa*. Uit hun onderzoek bleek dat het inderdaad mogelijk is om *Boulimia Nervosa* te behandelen met behulp van de e-mail. Ook zelfhulpprogramma's blijken effectief te zijn in het verminderen van *Boulimia Nervosa* symptomen (Winzelberg et al., 1997). Een barrière bij zelfhulp is echter dat een grote mate van zelfstandigheid en motivatie van de patiënt vereist is. Voor patiënten die meer ondersteuning nodig hebben bij hun gevecht tegen de eetstoornis, kan een internetbehandeling een oplossing zijn. Hierbij wordt de patiënt tijdens de behandeling ondersteund door een persoonlijke behandelaar.

3.3.2 Internetbehandelingen

Voor de preventie en behandeling van eetstoornissen zijn in verschillende landen internetprogramma's ontwikkeld en de resultaten hiervan zijn veelbelovend. Veel internetbehandelingen voor *Boulimia Nervosa* richten zich op de ontevredenheid over het lichaam, extreme zorgen over gewicht en lichaamsvorm en excessief dieetgedrag van de patiënt (Zabinski et al., 2001). Ook wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van gezonde gewichtsregulatie gewoonten (Winzelberg et al., 1997). Uit onderzoek is gebleken dat deze behandelingen effectief zijn in het verbeteren van de lichaams-tevredenheid, het zelfbeeld en het verstoorde eetpatroon van patiënten (Bakke et al., 2001; Carrard et al., 2006; Celio et al., 2000; Zabinski et al., 2003).

3.3.3 Voor- en nadelen van internetbehandelingen

Een voordeel van een internetbehandeling is het feit dat het niet gebonden is aan tijd en face-to-face contact, waardoor praktische en psychologische barrières verminderd worden (Ybarra & Eaton, 2005; Zabinski et al., 2003). De vergrote anonimiteit van internetbehandelingen vermindert tevens de angst en schaamte van patiënten om deel te nemen aan de behandeling. Door de flexibiliteit kunnen problemen met tijd en afstand voorkomen worden (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, & Riva, 2003). Tevens is een behandeling via internet kosteneffectief (Zabinski et al., 2003) en kan snel informatie uitgewisseld worden. Er zijn echter ook grenzen verbonden aan internetbehandelingen. Zo moet de

patiënt een computer tot de beschikking hebben en kan een gebrek aan vaardigheden en technische support een probleem vormen (Gollings & Paxton, 2006). Problemen kunnen voorkomen worden wanneer een crisissituatie zich voordoet (Zabinski et al., 2003). Ook kan de afwezigheid van non-verbale en auditorische cues een probleem vormen omdat het de kans op miscommunicatie vergroot (Rochlen, Zack, & Speyer, 2004).

3.4 Probleemstelling

Uit bovenstaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat een behandeling voor *Boulimia Nervosa* via internet mogelijk is. De resultaten uit buitenlands onderzoek geven aan dat een internetbehandeling effectief is bij het verminderen van de eetstoornissymptomen. In Nederland is echter nog weinig onderzoek naar een internetbehandeling voor *Boulimia Nervosa* verricht. Reden hiervoor is dat het aanbod van internetbehandelingen voor eetstoornissen beperkt is. Amarum, een specialistisch centrum voor de behandeling van eetstoornissen is één van de eerste klinieken in Nederland die een therapeutische internetbehandeling biedt voor patiënten met *Boulimia Nervosa*. In bijlage 1 is een beschrijving gegeven van de doelen, doelgroep en gebruikte methodieken van deze internetbehandeling.

Internetbehandelingen blijken veelbelovend te zijn. Echter, bij bestaande onderzoeken is nog beperkt gekeken naar de preferenties van patiënten: welke behandeling prefereren zij, een face-to-face behandeling of een internetbehandeling? Daarnaast is nog onbekend hoe groot de animo voor een internetbehandeling in Nederland zal zijn. Het succes zal daarom afhangen van de bereidheid van mensen om deel te nemen aan de internetbehandeling. Dit onderzoek is daarom gericht op het achterhalen van de gedragsintenties van patiënten met *Boulimia Nervosa* ten aanzien van een internetbehandeling. Omdat ook voor andere eetstoornissen een internetbehandeling opgesteld kan worden, is het interessant om voor alle eetstoornissen te kijken naar de verwachtingen en preferenties van patiënten ten aanzien van een internetbehandeling. Dit onderzoek richt zich daarom op het achterhalen van de verwachtingen en preferenties van alle patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een internetbehandeling.

Om gedragsintenties te achterhalen, moeten eerst de determinanten van het gedrag achterhaald worden. In de volgende paragraaf zullen daarom enkele theoretische gedragsmodellen de revue passeren.

3.5 Gedragsintenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling voor hun eetstoornis

3.5.1 De decomposed TPB

Om te onderzoeken wat de gedragsintenties van patiënten met een eetstoornis zijn ten aanzien van een internetbehandeling wordt gebruik gemaakt van de Decomposed Theory of Planned Behaviour (decomposed TPB) van Taylor en Todd (1995). De constructen uit dit model komen voort uit twee populaire en veelgebruikte modellen: het Technology Acceptance Model (TAM), opgesteld door Davis (1989) en de Theory of Planned Behaviour (TPB) opgesteld door Ajzen (1991). De decomposed TPB geeft inzicht in de determinanten die intentie en gedrag omtrent technologieacceptatie

voorspellen. In dit onderzoek zijn dit de determinanten die intentie en gedrag betreffende deelname aan een internetbehandeling voorspellen.

3.5.2 Constructen uit de decomposed TPB

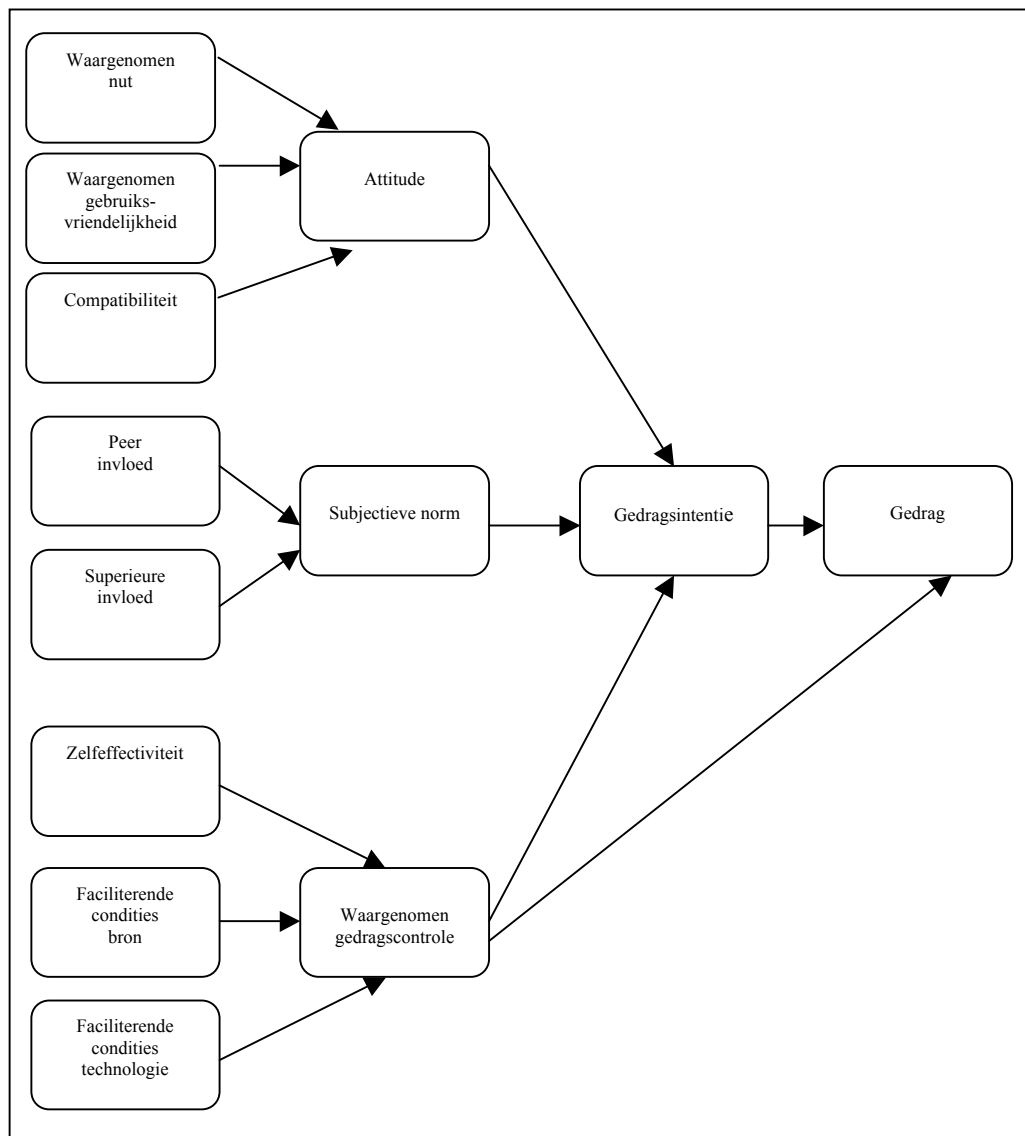
In figuur 3.1 is te zien dat intentie en gedrag voor deelname aan een internetbehandeling voorspeld worden door de attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole van de patiënten met een eetstoornis.

Attitude. Het eerste construct van het model, refereert aan positieve of negatieve gevoelens ten aanzien van het uitvoeren van gedrag (Taylor & Todd, 1995). In dit onderzoek refereert attitude aan de mate waarin patiënten met een eetstoornis positieve of negatieve beoordelingen hebben ten aanzien van een internetbehandeling. De attitude wordt bepaald door drie factoren: (1) waargenomen nut, (2) waargenomen gebruiksvriendelijkheid, en (3) compatibiliteit. *Waargenomen nut* is de mate waarin patiënten met een eetstoornis geloven dat de behandeling kan bijdragen aan de genezing/behandeling van de eetstoornis. Onder *waargenomen gebruiksvriendelijkheid* wordt de mate waarin de persoon gelooft dat het gebruik van het systeem vrij van inspanningen is, verstaan. De laatste factor bij het construct is *compatibiliteit*: de mate waarin de behandeling past bij eerdere ervaringen en behoeften van de respondenten.

Subjectieve norm. Subjectieve norm refereert aan de perceptie dat significante anderen wensen dat de persoon bepaald gedrag wel of niet uitvoert (Taylor & Todd, 1995). In dit onderzoek refereert de subjectieve norm aan de invloed of druk van de directe omgeving van de patiënt met een eetstoornis om een behandeling te volgen voor de eetstoornis. In de decomposed TPB wordt de subjectieve norm bepaald door de omgevingsinvloeden van de cliënt. Ajzen (2002) benoemt in het TPB de normatieve overtuigingen: overtuigingen over normatieve verwachtingen van anderen en de motivatie om hieraan te voldoen. In dit onderzoek zal de subjectieve norm betrekking hebben op de verwachtingen van de patiënten over de mening van anderen voor wat betreft een behandeling van de eetstoornis.

Waargenomen gedragscontrole: Het laatste component uit het model is de waargenomen gedragscontrole. Dit zijn de overtuigingen ten aanzien van bronnen en kansen die nodig zijn om gedrag uit te voeren, en de interne en externe factoren die gedrag kunnen beïnvloeden (Taylor & Todd, 1995). In dit onderzoek verwijst waargenomen gedragscontrole naar de perceptie van patiënten met een eetstoornis van de controle over de vaardigheden om een internetbehandeling te doen. De waargenomen gedragscontrole wordt bepaald door: (1) *zelfeffectiviteit* (de mate waarin de patiënt met een eetstoornis zichzelf in staat acht een internetbehandeling te volgen), (2) *bron faciliterende condities* (overtuigingen over de aanwezigheid van bronnen die gedrag faciliteren) en (3) *technologie faciliterende condities* (overtuigingen over de aanwezigheid van vormen van technologie die het gedrag faciliteren).

De optelsom van deze constructen geeft inzicht in de intentie en het gedrag voor het doen van een internetbehandeling.



Figuur 3.1 *Decomposed theory of planned behaviour model (Taylor & Todd, 1995)*

3.5.3 Toepassingen van het model

Verschillende onderzoekers maakten gebruik van dit model om gedrag en intenties ten aanzien van verschillende technologische ontwikkelingen te voorspellen. Toepassingen van het model hadden betrekking op het voorspellen van intenties van consumenten bij online winkelen (Lin, 2007), het gebruik van applicaties (Lin, Schroeder, & Chen, 2002) en het gebruik van WAP services (Hung & Chang, 2005). Interessant is om te kijken of de determinanten van de decomposed TPB ook in staat zijn om de gedragsintentie en voorkeur tot deelname aan een internetbehandeling te voorspellen. Een andere interessante vraag is wanneer patiënten met een eetstoornis kunnen kiezen tussen een face-to-face behandeling of een internetbehandeling, welke behandeling prefereren ze dan? Beide behandelingen kunnen namelijk even effectief zijn, toch kunnen patiënten een voorkeur hebben voor een bepaalde behandeling. Interessant is op welke punten de voorkeuren voor de behandelingen van elkaar verschillen.

Onderzoeksvragen die gesteld worden zijn als volgt:

Onderzoeksvraag 1:

“Welke behandeling prefereren patiënten met een eetstoornis: een face-to-face behandeling of een internetbehandeling?”

Deelvragen hierbij zijn:

- Welke verschillen zijn er tussen de attitudes (waargenomen nut, waargenomen gebruiksvriendelijkheid en compatibiliteit) van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling?
- Welke verschillen zijn er tussen de subjectieve norm (normatieve opvattingen) van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling?
- Welke verschillen zijn er tussen de waargenomen gedragscontrole (zelfeffectiviteit en faciliterende condities) van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling?
- Zijn er verschillen te vinden bij beoordelingen van respondenten die momenteel in behandeling zijn en respondenten die niet in behandeling ten aanzien van de componenten van de decomposed TPB?
- Zijn er verschillen te vinden bij beoordelingen van respondenten met verschillende eetstoornissen ten aanzien van de componenten van de decomposed TPB?
- Welke (indirecte) voorkeur hebben respondenten ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling?

Onderzoeksvraag 2:

“In hoeverre dragen de determinanten van de decomposed TPB bij aan de voorkeur voor deelname aan een internetbehandeling?”

Hoofdstuk 4 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk wordt de methode van onderzoek, procedures en respondenten, het meetinstrument en de statistische analyse besproken.

4.1 Methode van onderzoek

Om antwoord te vinden op de onderzoeksvragen werd een anonieme (online) survey met deels kwantitatieve en deels kwalitatieve vragen opgesteld.

4.2 Procedures en respondenten

Voor de werving van de respondenten zijn willekeurig 14 verschillende instellingen en klinieken voor eetstoornissen aangeschreven. Via een e-mail werd de aanleiding voor het onderzoek en de procedure uitgelegd aan de contactpersonen bij deze instellingen. Van deze instellingen gaven de volgende 11 instellingen aan mee te willen werken aan het onderzoek: Stichting ervaringskennis, Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN), Zelfhulporganisatie ZieZo, Stichting Geestgronden, Stichting Human Concern, Stichting eetstoornissen Eindhoven, Buro Puur, Stichting Artiva, Helpdesk Eetstoornissen, Stichting voor Eetproblematiek Drenthe en Zelfhulp Dordrecht. Deze instellingen plaatsten een oproep op hun website, stuurden hun leden een email met daarin de oproep en/of deelden de enquêtes uit aan hun cliënten. In deze oproep stond een link naar de online vragenlijst. Naast oproepen op de sites van bovengenoemde instellingen is ook een oproep geplaatst op de sociale netwerksite 'Hyves' (www.hyves.nl). Deze oproep werd geplaatst op de verschillende Hyves die gericht waren op eetstoornissen. Als laatste werd de enquête in een geprinte versie verspreid bij Amarum (150 vragenlijsten) en Zelfhulporganisatie ZieZo (150 vragenlijsten). Deze vragenlijsten werden verspreid onder behandelaars. De behandelaars deelden de vragenlijsten uit aan de cliënten. Dit gebeurde groepsgewijs na afloop van de behandelsessie. De ingevulde enquêtes konden vervolgens in gesloten enveloppe weer ingeleverd worden bij de behandelaars of secretariaat van Amarum en ZieZo. Onbekend is hoeveel van deze vragenlijsten daadwerkelijk uitgedeeld zijn.

4.3 Meetinstrument

In de vragenlijst werd een vergelijking gemaakt tussen de twee behandelingen: de face-to-face behandeling en de internetbehandeling. Voor beide behandelingen werden dezelfde vragen gesteld over de constructen van de decomposed TPB. Er werden zowel kwalitatieve (open) als kwantitatieve (gesloten) vragen gesteld (zie bijlage 2 voor de vragenlijst). De verschillende onderdelen van de vragenlijst worden in deze paragraaf behandeld.

4.3.1 Achtergrondvariabelen

Als eerste werd gevraagd naar de achtergrondvariabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Tevens werden vragen gesteld over de eetstoornis van de respondent: het type eetstoornis en de duur hiervan. Daarnaast werd gevraagd naar de behandelgeschiedenis van de respondent. Hierbij werd gevraagd of de respondent al eens professionele hulp gezocht had voor de eetstoornis, en of de respondent momenteel in behandeling was voor de eetstoornis. Verder werden vragen gesteld die betrekking hadden op het zoeken van hulp via internet (deelname aan een discussiegroep of forum, het doen van een zelftest, deelname aan een zelfhulpprogramma of internetbehandeling).

4.3.2 *Preferenties voor face-to-face behandeling of internetbehandeling*

Het tweede onderdeel van de vragenlijst had betrekking op het achterhalen van de preferenties van respondenten ten aanzien van een behandeling. Om deze preferenties te achterhalen werd zowel een directe als een indirecte vergelijking gemaakt tussen de face-to-face behandeling en de internetbehandeling. Bij de **directe vergelijking** werden de volgende vragen gesteld: “Welke behandeling lijkt je het meest effectief?”, “Welke behandeling lijkt je het meest plezierig?” en “Welke behandeling lijkt je het meest makkelijk om uit te voeren?”. Op een vijf-punts Likert schaal (1=zeker face-to-face, 2=waarschijnlijk face-to-face behandeling, 3= geen voorkeur, 4= waarschijnlijk via internet, 5=zeker via internet) konden de respondenten antwoorden. Daarnaast werd gevraagd op welke manier de respondenten het liefst behandeld wilden worden voor hun eetstoornis: face-to-face of via internet. Ook bij deze vraag werd gebruik gemaakt van een vijf-punts Likert schaal (1=zeker face-to-face...5=zeker via internet). De **indirecte vergelijking** werd gedaan aan de hand van de constructen van de decomposed TPB (attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole). Voor beide vormen van therapie werden dezelfde vragen gesteld, om achteraf de vergelijking tussen de behandelingen te vergemakkelijken. Hierbij werd zowel van gesloten (kwantitatieve) als open (kwalitatieve) vragen gebruik gemaakt.

4.3.2.1 Beschrijving van de kwantitatieve vragen in de vragenlijst

Attitude. De attitude ten aanzien van een behandeling werd gemeten aan de hand van de volgende drie factoren: waargenomen nut, gebruiksvriendelijkheid en compatibiliteit (zie tabel 4.1). De **waargenomen gebruiksvriendelijkheid** werd gemeten met vijf items. De respondenten werd de volgende vraag gesteld: “Het volgen van een face-to-face behandeling voor mijn eetstoornis lijkt me...”. Vervolgens beoordeelden de respondenten de face-to-face behandeling op een vijf-punts Likert schaal. Dit werd gedaan voor de volgende aspecten: heel slecht (1)... heel goed... (5), heel ineffectief (1)... heel effectief (5), heel onbetrouwbaar (1) ... heel betrouwbaar (5), heel zinloos (1)... heel zinvol (5). Ook werd de vraag gesteld in hoeverre de respondenten verwachtten dat de behandeling kon bijdragen aan het verminderen van de eetklachten: zeer geringe bijdrage (1)... zeer grote bijdrage (5). Dezelfde vragen werden herhaald voor de internetbehandeling. De **waargenomen gebruiksvriendelijkheid** werd met twee items gemeten. Voor beide behandelingen werden de respondenten gevraagd op een vijf-punts Likert schaal aan te geven in hoeverre de behandeling hen makkelijk: heel moeilijk (1) ... heel makkelijk (5) en plezierig: heel onplezierig (1) ... heel plezierig (5) leek. De **compatibility** werd gemeten aan de hand van vier stellingen. Op een vijf-punts Likert schaal (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens) beoordeelden de respondenten de volgende stellingen: “Een face-to-face behandeling/internetbehandeling: (1) past goed in mijn leven, (2) is goed te combineren met mijn werk/studie en (3) past goed binnen mijn levensstijl”. Ook beoordeelden de respondenten de omslachtigheid van de behandelingen: heel omslachtig (1) ... helemaal niet omslachtig (5).

Alle schalen van het construct attitude bleken voldoende betrouwbaar te zijn met $\alpha > .60$ (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 *Gemeten items bij het construct attitude*

	Face-to-face behandeling (n=141)			Internetbehandeling (n=139)		
	# items	Min- Max	Alpha	# items	Min- Max	Alpha
Waargenomen nut	5	1-5	.76	5	1-5	.87
Waargenomen gebruiksvriendelijkheid	2	1-5	.66	2	1-5	.61
Compatibiliteit	4	1-5	.73	4	1-5	.77

Subjectieve norm. Het tweede construct uit de decomposed TPB is de subjectieve norm. Hierbij werden de normatieve overtuigingen van de respondenten gemeten aan de hand van drie stellingen. Het betrof twee algemene stellingen over behandeling welke betrekking hadden op normatieve opvattingen ten aanzien van het zoeken van een oplossing voor het eetprobleem en het in therapie gaan voor het eetprobleem, en een specifieke stelling voor de internetbehandeling welke betrekking had op normatieve overtuigingen ten aanzien van het doen van een internetbehandeling. De respondenten konden aangeven of de ouders, vrienden, relatie/verkering en/of belangrijke anderen van invloed waren op de keuze iets te doen aan hun eetstoornis: niet van invloed (0)... wel van invloed (1).

Waargenomen gedragscontrole. Het derde construct uit de decomposed TPB is waargenomen gedragscontrole, bestaande uit zelfeffectiviteit en compatibiliteit, zie tabel 4.2. **Zelfeffectiviteit** werd gemeten aan de hand van twee stellingen waarbij de respondent aan kon geven in welke mate hij/zij het eens was met de stelling: helemaal mee oneens (1)... helemaal mee eens (5). De stellingen voor de face-to-face behandeling waren: (1) “Ik kan het aan om een face to face behandeling te volgen en (2) “Als ik zou willen, zou het me zeker lukken om een face to face behandeling te volgen”. Bij de internetbehandeling werden bovenstaande stellingen ook gebruikt, aangevuld met de stellingen: (1) “Ik ben in staat om een internetbehandeling te volgen”, en (2) “Ik heb genoeg kennis van computers om een internetbehandeling te volgen”. Dit, omdat bij een internetbehandeling een extra vaardigheid vereist is, namelijk het werken met een computer. De **faciliterende condities** werden ook gemeten aan de hand van vier stellingen: “Ik verwacht dat de behandelaars bij de behandeling: (1) vertrouwelijk omgaan met mijn gegevens, (2) me voldoende begeleiden, (3) me goede instructies geven en (4) altijd beschikbaar zijn om me te helpen bij moeilijkheden met het programma”.

Alle schalen van het construct waargenomen gedragscontrole bleken voldoende betrouwbaar te zijn met $\alpha > .60$ (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2 *Gemeten items bij het construct waargenomen gedragscontrole*

	Internetbehandeling (n=141)			Internetbehandeling (n=139)		
	# items	Min- Max	Alpha	# items	Min- Max	Alpha
Zelfeffectiviteit	2	1-5	.74	2	1-5	.78
Faciliterende condities	4	1-5	.81	4	1-5	.88

4.3.2.2 Beschrijving van de kwalitatieve vragen in de vragenlijst

Naast kwantitatieve vragen werd de respondenten tevens een aantal open vragen gesteld.

Er werd gevraagd wat voor de respondent het belangrijkste voordeel en nadeel zou zijn van een face-to-face behandeling en internetbehandeling, en wat eventuele barrières zouden zijn bij het doen van een behandeling.

4.3.3 Gedragsintentie en behandeling van de eetstoornis

Het laatste onderdeel van de vragenlijst had betrekking op de gedragsintentie van de respondenten voor de behandeling van de eetstoornis. Op een Likert schaal van vijf punten werd de respondenten gevraagd een oordeel te geven over de plannen om iets te doen aan de eetstoornis: zeker niet (1) ... zeker wel (5). Ook werd gevraagd op welke termijn de respondenten van plan waren om in behandeling te gaan: direct/ik ben al in behandeling (1), binnen 3 maanden (2), binnen een half jaar (3), binnen een jaar (4) en nooit (5).

4.4 Data analyse

4.4.1 Analyse kwantitatieve gegevens

Voor de statistische analyse van de vragenlijst is gebruik gemaakt van het softwareprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versie 16.0 voor Windows. In het onderzoek is gebruik gemaakt van een significantieniveau van $p < 0.05$. Ten eerste werden percentages en gemiddelden berekend om inzicht te krijgen in de achtergrondvariabelen, attitude, sociale norm en waargenomen gedragscontrole van de respondenten. De beoordelingen van de face-to-face behandeling en internet-behandeling werden met elkaar vergeleken met behulp van de non-parametrische Wilcoxon Signed Ranks toets.

Omdat in het onderzoek patiënten met verschillende eetstoornissen betrokken zijn, is door middel van een Kruskal Wallis toets gekeken naar verschillen in beoordelingen bij de verschillende eetstoornissen. Tevens werd met de Kruskal Wallis toets gekeken naar verschillen in beoordelingen van respondenten die wel of geen behandeling gedaan hadden.

Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de variabelen uit de decomposed TPB zijn correlatieanalyses uitgevoerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van de Pearson's correlatiecoëfficiënt. Als laatste is regressieanalyse uitgevoerd om de voorkeur voor deelname aan een internetbehandeling

te verklaren. De regressieanalyse werd uitgevoerd met de voorkeur voor een internetbehandeling als afhankelijke variabele en de factoren attitude (waargenomen nut, waargenomen gebruiksvriendelijkheid en compatibiliteit), sociale norm (normatieve overtuigingen ten aanzien van zoeken naar een oplossing voor de eetstoornis, therapie en internetbehandeling) en waargenomen gedragscontrole (zelfeffectiviteit en faciliterende condities) ten aanzien van een internetbehandeling als onafhankelijke variabelen.

4.4.2 Analyse kwalitatieve gegevens

De antwoorden van de open vragen werden gecodeerd en onderverdeeld onder de verschillende constructen van het decomposed TPB. Er werd hierbij onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve punten van een face-to-face behandeling en positieve en negatieve punten van een internetbehandeling.

Hoofdstuk 5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Allereerst worden de achtergrondvariabelen, het eetprobleem en de behandelgeschiedenis van de respondenten behandeld. Vervolgens wordt ingegaan op de resultaten van zowel de indirecte als de directe vergelijking van de face-to-face behandeling en internetbehandeling. Tot slot komen de resultaten van de analyses naar de voorkeur tot deelname aan een internetbehandeling naar voren.

5.1 Beschrijving van de onderzoeksgroep

5.1.1 Onderzoeksgroep

In totaal hebben 149 respondenten de vragenlijst ingevuld. De resultaten van 141 respondenten waren bruikbaar. De overige 8 respondenten braken de vragenlijst in vroeg stadium af, waardoor de resultaten van deze respondenten niet bruikbaar waren voor de analyse. Van deze 141 respondenten vulde 33 procent ($n = 47$) de enquête schriftelijk in, zie tabel 5.1. De overige vragenlijsten werden online ingevuld ($n = 94$). Via het programma Webanalyzer Version 2.01 is achterhaald via welke wegen deze respondenten op de online vragenlijst terecht gekomen waren (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 *Herkomst respondenten van het onderzoek*

Soort enquête	Bron	n	%
<i>Online enquête</i>	Via sabn	36	26
	Via human concern	7	5
	Via HE zelfhulp	4	3
	Via Buro Puur	6	4
	Via Hyves	11	8
	Via Google	10	7
	Via email	20	14
	<i>Subtotaal</i>	<i>94</i>	<i>67</i>
<i>Schriftelijke enquête</i>	Via Amarum	20	14
	Via ZieZo	27	19
	<i>Subtotaal</i>	<i>47</i>	<i>33</i>
	Totaal	141	100

5.1.2 Achtergrondvariabelen

Uit de onderzoeksresultaten, weergegeven in tabel 5.2, blijkt dat er gemiddeld veel meer vrouwen dan mannen deelnamen aan het onderzoek. In totaal vulden 138 vrouwen de enquête in, tegenover slechts drie mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 24 jaar. Van de respondenten was het grootste deel middelbaar opgeleid.

Tabel 5.2 Overzicht van de persoonlijke achtergrondvariabelen naar onderzoeksgroep

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Geslacht</i> (n = 141)	Man	3	2
	Vrouw	138	98
<i>Opleidings- Niveau*</i> (n = 137)	Laag opgeleid	17	12
	Midden opgeleid	66	47
	Hoog opgeleid	58	41
		M	SD
<i>Leeftijd (jaren)</i>		24	8

* Laag opgeleid: basisschool, VMBO, Middelbaar opgeleid: HAVO, VWO, MBO, Hoog opgeleid: HBO, WO

5.1.3 Eetprobleem en behandelgeschiedenis

In tabel 5.3 is te zien dat het merendeel van de respondenten aangaf een eetstoornis te hebben die door een door een dokter of therapeut vastgesteld was. Slechts een klein aantal respondenten had uitsluitend het vermoeden een eetstoornis te hebben. Bij de respondenten met een eetstoornis bleek Anorexia Nervosa de meest voorkomende eetstoornis te zijn, gevolgd door eetstoornis niet nader omschreven. De eetstoornis duurt bij driekwart van de respondenten al langer dan drie jaar.

Tabel 5.3 Beschrijving van het type eetstoornis en duur van de eetstoornis

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Heb je een eetstoornis?</i> (n = 141)	Ja, dat is door een dokter/therapeut vastgesteld.	126	89
	Ik heb het vermoeden	11	8
	Nee	4	3
<i>Welke eetstoornis heb je?</i> (n = 137)	Anorexia Nervosa	50	36
	Boulimia Nervosa	23	17
	Binge eating disorder	26	19
	ES-NAO	34	25
	Combinatie van eetstoornissen	4	3
<i>Hoe lang heb je al een eetstoornis?</i> (n = 137)	1-6 maanden	2	1
	6-12 maanden	4	3
	1-2 jaar	15	11
	2-3 jaar	13	9
	Langer dan 3 jaar	103	75

5.1.4 Behandelgeschiedenis

In tabel 5.4 is een beschrijving gegeven van de behandelgeschiedenis van de respondenten. Uit deze tabel valt af te leiden dat slechts 2 procent van de respondenten nog nooit professionele hulp gezocht heeft voor de eetstoornis. De groep die aangaf professionele hulp gezocht te hebben, zocht hulp bij de huisarts, psycholoog, psychiater of ergens anders. Momenteel is tweederde van de respondenten in behandeling voor de eetstoornis.

Tabel 5.4 Beschrijving behandelgeschiedenis naar onderzoeksgroep

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Heb je al eens professionele hulp gezocht voor je eetstoornis?</i> (n = 137)	Ja, bij mijn huisarts	77	56
	Ja, bij een psycholoog/psychiater	100	73
	Ja, ergens anders*	73	53
	Nee	3	2
<i>Ben je momenteel in behandeling voor je eetstoornis?</i> (n = 137)	Ja, bij een zelfhulpgroep	28	20
	Ja, bij een psycholoog/psychiater	42	31
	Ja, ergens anders	51	37
	Nee	27	20

* Genoemde voorbeelden: gespecialiseerde instellingen zoals een (eetstoornis) kliniek, ziekenhuis, verslavingskliniek, zelfhulpgroep, diëtist, homeopathie en hulp via internet

5.1.5 Hulp via internet

Nagenoeg alle respondenten hebben voor psychische of gezondheidsgerelateerde onderwerpen wel eens informatie gezocht op internet (zie tabel 5.5). Ook heeft het merendeel van de respondenten wel eens een zelftest op internet gedaan. Verder gebruiken respondenten internet voor deelname aan een discussiegroep of forum, deelname aan een zelfhulpprogramma of een internetbehandeling.

Tabel 5.5 Beschrijving geraadpleegde bronnen voor hulp via internet

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Heb je voor psychische of gezondheidsgerelateerde onderwerpen wel eens:</i> (n = 141)	Informatie gezocht op internet?	134	95
	Deelgenomen aan een discussiegroep/forum?	90	64
	Een zelftest gedaan?	116	82
	Deelgenomen aan een zelfhulpprogramma?	46	33
	Deelgenomen aan een internetbehandeling?	7	5

5.2 Preferenties ten aanzien van behandeling van eetstoornissen

In deze paragraaf wordt ingegaan op de resultaten van het onderzoek naar de preferenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van de behandeling van hun eetstoornis. Per construct wordt een vergelijking gegeven van de beoordelingen van de face-to-face behandeling en de internetbehandeling.

5.2.1 Attitude

De attitude ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling wordt in de decomposed TPB bepaald door de volgende drie factoren: waargenomen nut, waargenomen gebruiksvriendelijkheid en compatibiliteit. De resultaten van deze factoren worden in onderstaande alinea's uitgewerkt.

Resultaten van de kwantitatieve vragen bij het construct attitude

Waargenomen nut. Voor wat betreft het waargenomen nut beoordelen de respondenten de face-to-face behandeling aanzienlijk positiever dan de internetbehandeling. De face-to-face behandeling acht men beter, zinvoller, effectiever en betrouwbaarder dan de internetbehandeling (zie tabel 5.6).

Tabel 5.6 Gemiddelde scores van beoordelingen van het waargenomen nut van een face-to-face behandeling en internetbehandeling

	Face-to-face behandeling (n = 139)		Internet behandeling (n = 139)	
	M	SD	M	SD
Een face-to-face/internetbehandeling is...				
Heel slecht (1) ... Heel goed (5)	4.6*	0.7	3.0	1.2
Heel zinloos (1) ... Heel zinvol (5)	4.5*	0.7	3.1	1.2
Heel ineffectief (1) ... Heel effectief (5)	4.2*	0.9	2.5	1.0
Heel onbetrouwbaar (1)... Heel betrouwbaar (5)	4.2*	1.0	2.5	1.1
Heel geringe bijdrage (1) ... Heel grote bijdrage (5)	3.7*	1.0	2.3	0.9
<i>Construct waargenomen nut</i>	<i>4.2*</i>	<i>0.6</i>	<i>2.7</i>	<i>0.9</i>

* p <.001, verschillen tussen behandelingen werden getoetst met de Wilcoxon Signed Rank

Waargenomen gebruiksvriendelijkheid. In tabel 5.7 is te zien dat bij het construct ‘waargenomen gebruiksvriendelijkheid’ twee significante verschillen te zien zijn in de beoordelingen van de respondenten. Zo werd de gebruiksvriendelijkheid van de internetbehandeling hoger beoordeeld dan de face-to-face behandeling. Ook werd de internetbehandeling als makkelijker gezien dan de face-to-face behandeling. Er werd geen verschil gevonden in de mate van plezier bij de behandelingen.

Tabel 5.7 Gemiddelde scores van beoordelingen van de waargenomen gebruiksvriendelijkheid van een face-to-face behandeling en internetbehandeling

	Face-to-face behandeling (n = 139)		Internet behandeling (n = 139)	
	M	SD	M	SD
Een face-to-face/internetbehandeling is...				
Heel moeilijk (1) ... Heel makkelijk (5)	1.9	0.9	2.8*	1.2
Heel onplezierig (1) ... Heel plezierig (5)	2.7	1.2	2.8	1.1
<i>Construct waargenomen gebruiksvriendelijkheid</i>	<i>2.3</i>	<i>0.9</i>	<i>2.8*</i>	<i>1.0</i>

* p <.001, verschillen tussen behandelingen werden getoetst met de Wilcoxon Signed Rank

Compatibiliteit. In tabel 5.8 is te zien dat de respondenten de internetbehandeling beter te combineren vinden met werk en/of studie dan de internetbehandeling. Opvallend is, dat de face-to-face behandeling juist minder omslachtig gevonden werd dan de internetbehandeling.

Tabel 5.8 Gemiddelde scores van beoordelingen van de compatibiliteit van een face-to-face behandeling en internetbehandeling

	Face-to-face behandeling (n = 139)		Internet behandeling (n = 139)	
	M	SD	M	SD
Een face-to-face/internetbehandeling...				
Past in mijn leven	3.6	0.9	3.4	1.2
Is goed te combineren met mijn werk/studie	3.4	1.1	4.1*	0.8
Past binnen mijn leefstijl	3.5	1.0	3.4	1.2
Is heel omslachtig (1) ... Helemaal niet omslachtig (5)	3.6	0.9	2.9*	1.1
<i>Construct compatibiliteit</i>	<i>3.5</i>	<i>0.8</i>	<i>3.5</i>	<i>0.8</i>

* $p < .001$, verschillen tussen behandelingen werden getoetst met de Wilcoxon Signed Rank

Resultaten van de kwalitatieve bij het construct attitude

Uit de open vragen kwamen verschillende voor- en nadelen van de face-to-face behandeling en internetbehandeling naar voren. Deze punten worden in onderstaande alinea's uitgewerkt. In tabel 5.9 is een samenvatting gegeven van de relevante punten.

Voordelen face-to-face behandeling. Een eerste voordeel van een face-to-face behandeling is het persoonlijke contact. De respondenten benoemen verschillende voordelen van dit contact. Zo verhoogt het de betrouwbaarheid van de internetbehandeling doordat er: (1) eerder een vertrouwensband ontstaat: *“Je weet wie je voor je hebt, waardoor er echt een vertrouwensband kan ontstaan met de behandelaar”*, en (2) de kans op liegen wordt verminderd: *“Doordat je te maken hebt met een ‘echt’ persoon, zal je diegene minder snel willen teleurstellen en zal je minder snel liegen”*. Een ander voordeel dat genoemd werd, was de mogelijkheid van directe hulp: *“Als je ergens mee zit, krijg je direct een reactie en hulp, ze zien direct als het niet goed gaat”*. Ook is er minder kans op miscommunicatie: *“Ik zie direct de reactie van de behandelaar en als ik iets niet begrijp, kan ik navragen hoe diegene het bedoeld”* en wordt de respondent eerder geconfronteerd met problemen: *“De gesprekken zijn vaak confronterend, wat heel helpend is in mijn strijd tegen mijn eetstoornis”*, *“Je móet inbreng hebben, en zo word je dus gedwongen om naar jezelf te kijken”*. Daarnaast blijkt de letterlijke controle over lichaam, welzijn en gesteldheid voordelig te zijn: *“Ze zien direct als het niet goed met je gaat”*, *“Iemand kan zien of ik niet te veel af val”*.

Nadelen face-to-face behandeling. Hoewel het persoonlijke contact bij de face-to-face behandeling veel voordelen heeft, blijkt het ook nadelen te hebben. Zo vinden sommige respondenten het moeilijk om (1) hun gevoelens te delen met een behandelaar: *“Ik vind het moeilijk om te praten over de dingen waarmee ik zit”*, en (2) om dingen te verwoorden: *“Je niet altijd goed kan nadenken over de antwoorden op de vragen die gesteld worden”*, *“Je hebt weinig bedenktijd om je woordkeuze goed te bepalen”*. Ook de directe verschijning van een ‘vreemde’, de behandelaar in dit geval, vinden sommige respondenten moeilijk: *“Ik vind het soms moeilijk om me te uiten bij vreemden”*, *“Het praat niet makkelijk als iemand naar je zit te kijken, dat geeft een ongemakkelijk gevoel”*.

Doordat er directe interactie is, voelen sommige respondenten zich afhankelijk van de eigen verbale uitdrukkingen: *“Dat wat jij op dat moment zegt wordt onthouden en meegenomen in de rapportage”*. Verder kan persoonlijk contact erg direct zijn: *“Het is erg confronterend en je moet de controle opgeven”*. Een ander nadeel van een face-to-face behandeling is het belang van een klik met een behandelaar. Voor sommige respondenten blijkt het krijgen van een ‘klik’ met de behandelaar lastig te zijn: *“Ik irriteer me snel aan ‘maniertjes’ van mensen”*, en: *“Ik kan me ergeren aan hun verschijning”*. Waarmee de respondent doelt op de verschijning van de behandelaars. Een ander nadeel van de face-to-face behandeling zijn de vaste afspraken die gemaakt moeten worden: *“Je moet er elke keer weer naartoe, dit kost veel tijd”*, *“Ik heb gewoon niet altijd zin om het huis uit te gaan”*. Soms komt het vaste tijdstip waarop de afspraken gepland staan voor de respondenten niet uit: *“Soms komt het gewoon niet goed uit, bijvoorbeeld wanneer je je extra rot voelt”*. De afspraken bij de face-to-face behandeling zijn gebonden aan vaste tijden en kosten veel tijd.

Voordelen internetbehandeling. Sommige respondenten geven aan dat het praten bij een internetbehandeling gemakkelijker gaat dan bij een face-to-face behandeling. Een reden die hiervoor gegeven wordt is de afwezigheid van direct contact: *“Je kunt beter en langer nadenken over je antwoord en je hoeft niet direct te reageren”*. Daarnaast voelt de respondent minder schaamte: *“Het is makkelijker, want je hoeft niemand te zien, er is meer afstand”*. Sommige respondenten lijkt het hierdoor makkelijker om eerlijk te zijn: *“Doordat je de ander niet aan hoeft te kijken, kan je eerlijker zijn”*. Sommige respondenten vinden het prettig dat ze op ieder moment de gevoelens op papier kunnen zetten: *“Je kunt direct je hart luchten en je gevoelens van je afschrijven”*. Respondenten kunnen bij een internetbehandeling hun eigen tijd indelen en zelf bepalen wanneer ze aan de slag gaan. Dit wordt door veel respondenten als voordeel gezien. Daarnaast vinden respondenten het prettig dat ze niet gebonden zijn aan tijd en plaats: *“Ik kan in mijn eigen omgeving aan de slag met mijn problemen en hoef niet meer te reizen”*. Ook gemak speelt een rol: *“Ik zit toch vaak achter de computer, het is daardoor makkelijker dan naar de therapie te fietsen”*. Een laatste voordeel is volgens sommige respondenten de anonimiteit van de behandeling. Doordat de respondenten anoniem blijven, voelen ze zich minder ‘patiënt’: *“Je hoeft niet meer naar therapie te gaan, je hoeft niemand iets te vertellen”*, *“Je hoeft de omgeving niet steeds kenbaar te maken dat je ergens naartoe moet, het kan dus ongemerkter”*.

Nadelen internetbehandeling. Een eerste nadeel van een internetbehandeling is de afwezigheid van persoonlijke contact. Doordat de behandelaar en de cliënt elkaar niet face-to-face spreken, voorzien de respondenten een aantal problemen: (1) kans op miscommunicatie: *“Je kan heel snel langs elkaar heen praten omdat het gevoel ontbreekt in de email”*, *“De behandelaars zien geen reacties en emoties waardoor dingen verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden”* en (2) gebrek aan controle: *“De behandelaar ziet zijn gezichtsuitdrukking niet en hoort niet hoe ik dingen zeg, dit kan een vertekend beeld geven in positieve maar ook in negatieve zin”*. Ook geven sommige respondenten aan de directe reacties te missen: *“Het duurt toch even voordat je antwoord krijgt, of voordat je het weet, hierdoor kunnen problemen ontstaan”*. Respondenten geven aan te twijfelen aan de betrouwbaarheid van een internetbehandeling.

Zo zijn sommige respondenten achterdochtig over de behandelaars: “Ik zou zekerheid willen over de internetbehandeling, of de behandelaars wel gediplomeerd zijn”, “Ik zou achterdochtig worden wat er allemaal met mijn gegevens gebeurt en wie dat allemaal kan lezen”.

Hierdoor kunnen de respondenten moeilijker een vertrouwensband opbouwen: “Je kunt de persoon achter de e-mails niet leren kennen, je weet niet wie degene is met wie ik alles deel en aan wie ik alles toevertrouw”. Hierdoor wordt de kans op liegen vergroot: “De behandelaar ziet me toch niet, op momenten dat het slecht gaat, kan ik zeggen dat het goed gaat, hij heeft daar helemaal geen zicht op”. Als laatste gaven sommige respondenten aan een gevoel van veiligheid te missen: “Ik zou de warmte en aandacht missen door de afwezigheid van de therapeut”.

Tabel 5.9 Schema met de voor en nadelen van een face-to-face behandeling en internetbehandeling met betrekking tot de attitude van de respondenten

	Face-to-face behandeling	Internetbehandeling
<i>Voordelen</i>	- Aanwezigheid van persoonlijk contact. - Verhoogde betrouwbaarheid waardoor: 1) sneller een vertrouwensband kan ontstaan; 2) de kans op liegen wordt verminderd. - Mogelijkheid voor directe hulp, behandelaars kunnen direct inspelen op problemen. - Minder kans op miscommunicatie. - Controle over lichaam, welzijn en gesteldheid.	- Afwezigheid van persoonlijk contact. - Praten gaat makkelijker. - Respondenten hebben langer de tijd om over de antwoorden na te denken. - Respondenten voelen minder schaamte. - Respondenten vinden het makkelijker om eerlijk te zijn. - Respondenten kunnen ieder moment van de dag de gevoelens op papier zetten. - Vrijheid in inplannen van afspraken. - In eigen omgeving werken aan behandeling. - Geen reistijd. - Het is anoniem.
<i>Nadelen</i>	- Aanwezigheid van persoonlijk contact. - Moeilijk om gevoelens te delen met een vreemde. - Geeft een ongemakkelijk gevoel. - Respondenten voelen zich afhankelijk van hun verbale uitdrukkingen. - Kan confronterend zijn. - Respondenten zijn afhankelijk van een klik met de behandelaar. - Moeite om te praten over gevoelens. - Afspraken kosten veel tijd. - Respondenten moeten reizen voor een afspraak.	- Afwezigheid van persoonlijk contact. - Meer kans op miscommunicatie. - Geen letterlijke controle. - Duur van reactie: het duurt even voordat respondenten antwoord krijgen. - Twijfels over de betrouwbaarheid van de behandeling en over de behandelaars. - Moeilijker om vertrouwensband op te bouwen - Gemis van een gevoel van veiligheid. - Gemis aan lijfelijke aanwezigheid van de behandelaar.

5.2.2 Subjectieve norm

Het tweede construct van het onderzoeksmodel is subjectieve norm. Uit tabel 5.10 valt af te lezen dat de normatieve opvattingen bij het zoeken van een oplossing voor het eetprobleem groot zijn. Bij het merendeel van de respondenten zijn de ouders en vrienden van mening dat de respondent een oplossing moet zoeken voor het eetprobleem. Tevens vinden de ouders en vrienden in meer dan de helft van de gevallen dat de respondent in therapie moet gaan voor het eetprobleem. Opvallend is, dat vrijwel niemand in de omgeving van de respondenten een internetbehandeling voorstelde.

Tabel 5.10 Gemiddelde scores van beoordelingen bij subjectieve norm bij een face-to-face behandeling en internetbehandeling (n=139)

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Mensen die belangrijk zijn vinden het belangrijk dat de respondent een oplossing voor het eetprobleem zoekt</i>	Ja, de ouders vinden dit	107	76
	Ja, de vrienden vinden dit	101	72
	Ja, de relatie/verkering vindt dit	57	41
	Ja, belangrijke anderen vinden dit	69	49
<i>Mensen die belangrijk zijn vinden het belangrijk dat de respondent in therapie gaat voor het eetprobleem</i>	Ja, de ouders vinden dit	85	61
	Ja, de vrienden vinden dit	73	52
	Ja, de relatie/verkering vindt dit	36	26
	Ja, belangrijke anderen vinden dit	47	34
<i>Mensen die belangrijk zijn vinden dat de respondent een internetbehandeling moet doen voor het eetprobleem</i>	Ja, de ouders vinden dit	5	4
	Ja, de vrienden vinden dit	5	4
	Ja, de relatie/verkering vindt dit	4	3
	Ja, belangrijke anderen vinden dit	3	2

5.2.3 Waargenomen gedragscontrole

De waargenomen gedragscontrole van de respondent om een face-to-face behandeling of internetbehandeling te gaan volgen wordt in de decomposed TPB bepaald door de factoren zelfeffectiviteit en faciliterende condities. Deze factoren worden in onderstaande paragraaf besproken.

Resultaten van de kwantitatieve vragen bij het construct waargenomen gedragscontrole

Zelfeffectiviteit. In tabel 5.11a is te zien dat respondenten meer vertrouwen in zichzelf hebben bij het volgen van een face-to-face behandeling dan bij het volgen van een internetbehandeling. Respondenten denken dat ze een face-to-face behandeling beter aankunnen en ook ze zijn er zekerder van dat het ze zal lukken om een face-to-face behandeling te volgen. Voor de internetbehandeling werden nog twee aanvullende stellingen aan het construct toegevoegd (zie tabel 5.11b). Zo werd gevraagd naar de kennis van computers en de mate waarin de respondenten verwachtten de internetbehandeling zonder hulp uit te kunnen voeren. De meeste respondenten gaven aan genoeg

kennis van computers te hebben. Ook verwachtten de meeste respondenten een internetbehandeling zonder hulp uit te kunnen voeren.

Tabel 5.11 a *Gemiddelde scores van beoordelingen van de zelfeffectiviteit bij een face-to-face behandeling en internetbehandeling*

	Face-to-face behandeling (n = 139)		Internet behandeling (n = 139)	
Stellingen bij face-to-face/ internetbehandeling ¹	M	SD	M	SD
Ik kan het aan om een face-to-face/internetbehandeling te volgen	4.0*	0.9	3.3	1.2
Het zou me zeker lukken om een face-to-face/internetbehandeling te volgen	4.2*	0.8	3.6	1.1
<i>Construct zelfeffectiviteit</i>	<i>4.1*</i>	<i>0.7</i>	<i>3.5</i>	<i>1.1</i>

* p < .001, verschillen tussen behandelingen werden getoetst met de Wilcoxon Signed Rank

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

Tabel 5.11 b *Aanvullende gemiddelde scores van beoordelingen van de zelfeffectiviteit bij een internetbehandeling*

Stellingen bij de internetbehandeling ¹	M	SD
Ik ben in staat om de internetbehandeling zonder hulp uit te voeren	3.5	1.3
Ik heb genoeg kennis van computers om een internetbehandeling te volgen	4.2	0.9

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

Faciliterende condities. In tabel 5.12 is te zien dat het de beoordelingen van de faciliterende condities bij de face-to-face behandeling door de respondenten veel hoger beoordeeld werden dan die van de internetbehandeling. De respondenten vertrouwen bij de face-to-face behandeling meer op de behandelaars; ze gaan ervan uit dat de behandelaars betrouwbaar omgaan met de gegevens en hen voldoende begeleiding en instructies geven.

Tabel 5.12 *Gemiddelde scores van beoordelingen van de faciliterende condities bij een face-to-face behandeling en internetbehandeling*

	Face-to-face behandeling (n = 139)		Internet behandeling (n = 139)	
Items ¹	M	SD	M	SD
Verwachting dat behandelaars betrouwbaar omgaan met de gegevens.	4.6*	0.7	3.9	1.1
Verwachting dat behandelaars voldoende begeleiding geven.	4.2*	0.8	3.4	1.3
Verwachting dat begeleiders voldoende instructies geven	4.2*	0.9	3.8	1.1
Verwachting dat behandelaars altijd beschikbaar zijn om te helpen	3.6	1.1	3.4	1.2
<i>Construct faciliterende condities</i>	<i>4.1*</i>	<i>0.7</i>	<i>3.6</i>	<i>1.0</i>

* p < .001, verschillen tussen behandelingen werden getoetst met de Wilcoxon Signed Rank

¹ Schalen: (1=helemaal mee oneens... 5=helemaal mee eens).

Resultaten van de kwalitatieve vragen bij het construct waargenomen gedragscontrole

Uit de open vragen bleek dat de meeste respondenten een redelijk vertrouwen hadden in hun eigen kunnen bij de behandelingen. Ondanks dit vertrouwen kwamen uit de open vragen verschillende barrières van de behandelingen naar voren. Ook kwamen enkele punten naar voren die de behandeling en het herstelproces kunnen faciliteren. De argumenten van de respondenten worden in de volgende alinea's uitgebreid toegelicht. Een overzicht van de relevante punten is weergegeven in tabel 5.13.

Faciliterende condities bij een face-to-face behandeling. Een eerste faciliterende conditie bij de face-to-face behandeling is de persoonlijke feedback van de behandelaars. De respondenten geven aan dat ze de persoonlijke feedback van de begeleiders prettig vinden: *“Als ik weet dat ik naar de therapeut moet, geeft me dat altijd weer een stok achter de deur”*. De behandelaar kan dus de rol spelen van motivator bij het genezingsproces van de respondenten. Doordat de respondenten bij de behandeling samen gaan wegen, speelt ook een stukje controle een rol bij het genezingsproces. Ook zien de respondenten het contact met anderen als voordeel: het zorgt ervoor dat de patiënt niet de hele dag binnen zit. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan de sociale en communicatieve vaardigheden. Een laatst genoemd punt ter bevordering van de behandeling is het feit dat moeilijk onder afspraken uitgekomen kan worden: *“Je moet naar je afspraak gaan, anders wordt je gebeld of iets dergelijks”*. Doordat de afspraken regelmatig ingepland worden, kunnen de patiënten op vastgestelde tijden hun klacht doen: *“Zelf zou ik nooit bellen of erop afstappen als er iets is, nu moet ik wel”*.

Barrières bij een face-to-face behandeling. Een eerste belangrijke barrière bij een face-to-face is het persoonlijke contact met de behandelaar. Doordat er persoonlijk contact is, voelen de respondenten zich afhankelijk van een ‘klik’ met de behandelaar. Hierbij zijn verschillende aspecten van invloed: ten eerste vertrouwen: *“Ik moet eerst iemand vertrouwen, voordat ik alles aan diegene vertel”*, *“Ik sluit me af als ik me onveilig voel, wat vaak gebeurt als ik face-to-face praat”*. Het krijgen van vertrouwen blijkt echter een lang proces te zijn: *“Het krijgen van vertrouwen is moeilijk en vergt een langdurige periode van het aangaan van gesprekken met iemand die niet heel erg dicht bij je staat en straks ook weer wegvalt”*. Ten tweede moeten respondenten zich eerst op hun gemak voelen bij de behandelaar voordat ze zich open durven te stellen. Ten derde speelt schaamte een rol: *“De schaamte om tegen een persoon te vertellen dat je moeite hebt en één van de meest basic dingen in het leven, hoe kan ik het tegen iemand anders verwoorden dat ik niet wil eten, terwijl anderen het niet eens kunnen”*. Een andere belangrijke barrière is angst, angst om zich voor volle honderd procent te geven bij een therapie: *“Ik ben bang om aan te komen en om te accepteren dat ik aan móet komen, want dat moet bij de behandeling”*, en angst voor het loslaten van gewoontes. Daarnaast hebben respondenten moeite met praten over problemen en het tonen van gevoelens: *“Ik vind het moeilijk om mijn gevoelens te laten zien en te vertellen, ik raak namelijk vaak en snel emotioneel”*. Ook vinden sommige respondenten het moeilijk om feedback te krijgen en te ontvangen: *“Ik vind het moeilijk om feedback te krijgen en hier direct op te reageren, vaak moet het bij mij even blijven hangen, en moet ik er eerst over nadenken”*. Enkele respondenten vinden therapie erg confronterend: *“Je ervaart dat je een cliënt/patiënt bent”*, *“Je wordt met je neus op de feiten gedrukt”*.

Faciliterende condities bij een internetbehandeling. Een internetbehandeling maakt de drempel om in therapie te gaan voor sommige respondenten lager. Ook kan een internetbehandeling een nieuw licht werpen op de behandelmogelijkheden van cliënten: *“Ik ben al grotendeels uitbehandeld bij face-to-face behandelingen, internetbehandeling zou een nieuwe mogelijkheid voor mij zijn”*. Verder geven enkele respondenten aan dat een internetbehandeling een opstap zou kunnen zijn naar echte hulp. Doordat er bij een internetbehandeling geen persoonlijk contact is, durven respondenten zich eerder open te stellen en voelen ze minder schaamte. Hierdoor kunnen de respondenten eerder werken aan de problemen. De feedback die gegeven wordt, komt minder hard aan. Ook kunnen respondenten langer nadenken over hun antwoorden. De communicatie via internet wordt door sommige respondenten als makkelijker ervaren dan de communicatie bij een face-to-face behandeling.

Barrières bij een internetbehandeling. Een barrière bij een internetbehandeling is de verwachting dat de druk om presteren laag is: *“Er is minder sprake van een stok achter de deur”, “Je kunt makkelijker onder dingen uit komen”*. De afwezigheid van direct contact heeft tot gevolg dat er eerder gelogen kan worden: *“Als je terugvalt kan je het geheim houden, je kan stiekeme dingen doen en deze niet vertellen”*, ook denken respondenten minder eerlijk te zijn: *“Ik denk niet dat ik heel eerlijk zou zijn met dingen, en je motivatie verbeterd er ook niet door”*. Contact via internet maakt de behandeling en de dingen die gezegd worden minder confronterend. De valkuil hierbij is dat de behandeling minder serieus genomen wordt: *“Het is makkelijker om de werkelijkheid te verdraaien, het is minder bindend. Hierdoor voelt het een beetje als een vlucht: ik heb geen echte hulp nodig, internethulp is genoeg, dus ik heb niet echt een probleem”, “Zodra ik de computer weer uitzet kan ik het van me afzetten en weer toegeven aan mijn eetgestoorde gedachten”*. Hierdoor twijfelen de respondenten aan hun persoonlijke effectiviteit: *“Mijn internet werkt niet altijd goed en mijn kennis van computers is laag, hierdoor weet ik niet hoe groot mijn discipline zal zijn”*. De respondenten voelen zich bij een internetbehandeling erg op zichzelf aangewezen: *“De motivatie zal volledig uit jezelf moeten komen”*. Volgens veel respondenten is het probleem dat er geen controle is: *“Je kunt je anders voordoen dan je bent”, “Je kunt liegen over hoe het met je gaat, er is geen controle over het gewicht”, “Alles hangt zo af van je eigen zelfstandigheid, terwijl als je in een eetstoornis zit, die kant soms zo erg kan trekken dat het je niet alleen lukt”*. Sommige cliënten zijn bang om vanuit een slachtofferrol te gaan denken: *“Doordat ik veel typ, meer dan face-to-face, kan het zijn dat ik vanuit een slachtoffer rol ga denken”*. Doordat bij respondenten de motivatie lager ligt, hebben ze het gevoel dat ze er gemakkelijk mee kunnen stoppen: *“Ik zou er misschien gauw mee ophouden als ik het moeilijk vind (...) ik denk dat het makkelijker is om er weer uit te stappen, je hoeft ten slotte aan niemand verantwoording af te leggen”*. Sommige respondenten zijn bang dat hun internet het niet altijd zal doen en voor de mogelijkheid dat de gegevens gekraakt kunnen worden. Sommigen lijkt het omslachtig: *“Dat je steeds de moeite moet nemen om het via de computer te doen, elke keer aan te melden”*.

Tabel 5.13 *Schema met de barrières en faciliterende condities van een face-to-face behandeling en internetbehandeling met betrekking tot de waargenomen gedragscontrole van de respondenten*

	Face-to-face behandeling	Internetbehandeling
<i>Faciliterende condities</i>	- Mogelijkheid tot feedback. - Persoonlijke begeleiding geeft stok achter de deur, werkt als motivator. - Controle over gewicht. - Mogelijkheid tot contact met anderen. - Er kan moeilijk onder afspraken uitgekomen worden wat motiverend werkt. - Door het plannen van afspraken kunnen respondenten op vaste tijden hun klacht doen.	- Doordat er geen sprake is van persoonlijk contact voelen respondenten minder schaamte en durven ze zich eerder bloot te stellen. - De drempel om in therapie te gaan is later dan bij een face-to-face behandeling. - Kan nieuw licht werpen op behandel mogelijkheden van respondenten. - Kan een opstap vormen voor echte hulp. - Feedback gegeven via de email is minder confronterend, komt minder hard aan. - Communicatie via internet wordt door sommige respondenten als makkelijker ervaren.
<i>Barrières</i>	- Respondenten zijn afhankelijk van een klik met de behandelaar. - Door het persoonlijke contact moet eerst een vertrouwensband ontstaan voordat de respondent zich open stelt. - Door het persoonlijke contact moeten respondenten moeten zich op hun gemak voelen voordat ze zich open durven stellen, schaamte moet overwonnen worden. - Respondenten voelen de angst om aan te komen en het voor het loslaten van gewoontes. - Respondenten hebben moeite om feedback te ontvangen en hier direct op te reageren.	- Verwachting van druk om te presteren is laag: er is minder sprake van een stok achter de deur. - Door afwezigheid van persoonlijk contact kan eerder gelogen worden. - Feedback is minder confronterend waardoor de behandeling minder serieus genomen kan worden, hierdoor twijfelen respondenten aan de zelfeffectiviteit. - Respondenten voelen zich op zichzelf aangewezen.

5.3 Verschillen tussen beoordelingen van respondenten die momenteel wel of niet in behandeling zijn voor de eetstoornis.

Uit paragraaf 5.1.4 bleek dat 20% van de respondenten momenteel niet in behandeling is voor de eetstoornis. Mogelijk zijn de beoordelingen van deze respondenten anders dan die van de respondenten die momenteel wel in behandeling zijn. Om dit te achterhalen werd een Kruskal Wallis toets uitgevoerd. De resultaten van deze toets zijn weergegeven in tabel 5.14. Uit deze tabel valt op te maken dat de groepen significant verschillen op de componenten compatibiliteit bij de face-to-face behandeling en zelfeffectiviteit bij de internetbehandeling. Respondenten die momenteel wel in behandeling zijn, gaven een hoger oordeel voor de compatibiliteit van de face-to-face behandeling dan de respondenten die momenteel niet in behandeling zijn en respondenten die momenteel niet in

behandeling waren, achtten zichzelf meer in staat om een internetbehandeling uit te voeren dan de respondenten die momenteel wel in behandeling zijn voor de eetstoornis.

Tabel 5.14 *Verschillen tussen beoordelingen van de behandelingen bij respondenten, opgedeeld die momenteel wel en niet in behandeling zijn voor de eetstoornis*

	Momenteel <u>niet</u> in behandeling voor de eetstoornis (n=27)			Momenteel <u>wel</u> in behandeling voor de eetstoornis (n=110)		
	X ²	M	SD	M	SD	
<u>Face-to-face behandeling</u>						
Waargenomen nut	1.7	4.1	0.7	4.3	0.6	
Gebruiksvriendelijkheid	1.9	2.1	0.7	2.4	0.9	
Comptabiliteit	5.9*	3.1	0.9	3.6	0.6	
Subjectieve norm	0.8	2.0	1.1	2.1	1.1	
Zelf-effectiviteit	0.1	3.7	0.9	3.7	0.6	
Faciliterende condities	0.2	3.6	1.0	3.7	1.0	
<u>Internetbehandeling</u>						
Waargenomen nut	2.2	2.9	0.7	2.7	0.9	
Gebruiksvriendelijkheid	1.1	2.9	0.8	2.8	1.0	
Comptabiliteit	0.9	3.6	0.8	3.4	0.8	
Subjectieve norm	0.1	0.1	0.4	0.1	0.5	
Zelf-effectiviteit	10.1**	4.2	0.6	3.6	0.9	
Faciliterende condities	0.8	3.9	0.9	4.2	0.6	

*p < .05, **p < .01, verschillen getoetst met Kruskal Wallis Toets

5.4 Verschillen tussen beoordelingen van respondenten met verschillende eetstoornissen

De in paragraaf 5.3 beschreven resultaten waren van toepassing respondenten met verschillende eetstoornissen. Omdat de karakteristieken van de verschillende eetstoornissen verschillen, kan het zijn dat er verschillen zijn tussen de beoordelingen van de respondenten. Om dit te achterhalen is een Kruskal Wallis toets uitgevoerd. In tabel 5.15 zijn de resultaten van deze toets weergegeven. Uit de resultaten blijkt dat er een significant verschil gevonden is bij het waargenomen nut van de face-to-face behandeling. De respondenten met Binge Eating Disorder bleken het nut van een face-to-face behandeling hoger te waarderen dan de overige respondenten. Ook voor de gebruiksvriendelijkheid, subjectieve norm, zelfeffectiviteit en faciliterende condities van de internetbehandeling werden significante verschillen in de beoordelingen gevonden.

Tabel 5.15 Verschillen tussen beoordelingen van de face-to-face behandeling en internetbehandeling opgedeeld per eetstoornis

		AN		BN		BED		ES-NAO		Combi	
		(n=50)		(n=23)		(n=26)		(n=34)		(n=4)	
	X ²	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<u>Face-to-face behandeling</u>											
Waargenomen nut	14.9**	4.1	0.6	4.3	0.5	4.6	0.4	4.1	0.8	4.0	0.3
Waargenomen gebruiksvriendelijkheid	4.3	2.3	0.9	2.3	0.9	2.6	0.8	2.3	0.8	1.8	0.6
Comptabiliteit	6.5	3.4	0.7	3.7	0.7	3.6	0.8	3.5	0.7	3.1	0.5
Subjectieve norm	3.9	2.2	1.0	2.2	1.0	2.0	1.3	1.8	1.1	1.8	0.6
Zelf-effectiviteit	4.0	3.7	0.7	3.9	0.6	3.8	0.7	3.6	0.7	3.8	0.3
Faciliterende condities	1.4	3.5	1.0	3.7	0.9	3.7	1.1	3.7	1.0	3.7	1.0
<u>Internetbehandeling</u>											
Waargenomen nut	4.7	2.7	0.8	3.0	0.9	2.4	1.1	2.7	0.8	3.0	0.8
WN gebruiksvriendelijkheid	13.3**	2.7	0.8	3.1	0.9	2.4	1.1	3.2	1.0	2.8	0.6
Comptabiliteit	7.6	3.3	0.8	3.6	0.7	3.2	0.8	3.7	0.8	3.6	0.4
Subjectieve norm	13.1*	0.1	0.3	0.4	0.9	0.0	0.0	0.1	0.5	0.0	0.0
Zelf-effectiviteit	18**	3.9	0.8	3.9	0.6	3.0	0.8	3.8	0.9	3.8	1.0
Faciliterende condities	10.3*	4.1	0.7	4.0	0.7	4.4	0.5	3.9	0.4	3.9	0.4

*p < .05, **p < .01, verschillen getoetst met Kruskal Wallis Toets

5.5 Voorkeur voor het doen van een face-to-face en internetbehandeling

In voorgaande paragrafen zijn de resultaten van de beoordelingen van de respondenten voor wat betreft de face-to-face behandeling en internetbehandeling beschreven. Naast verschillen tussen beoordelingen, is het interessant te kijken in hoeverre respondenten van plan zijn om een internetbehandeling te gaan doen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de voorkeur voor het doen van een internetbehandeling.

5.5.1 Gedragsintentie voor het doen van een behandeling

In tabel 5.16 is te zien dat de gemiddelde respondent 'zeker wel' van plan is om wat te doen aan het eetprobleem. De manier waarop dit gedaan wordt is in de meeste gevallen via face-to-face behandeling. In totaal geeft 86 procent van de respondenten namelijk aan waarschijnlijk of zeker via face-to-face behandelingen behandeld te willen worden. Op de vraag: "Op welke termijn ben je van plan om in behandeling te gaan?" gaven het grootste percentage respondenten aan dat ze al in behandeling waren of direct in behandeling zouden gaan.

Tabel 5.16 Gedragsintenties voor de behandeling van de eetstoornis

Item	Mogelijkheden	Frequentie	Percentage
<i>Ben je van plan om iets aan je eetprobleem te doen?</i> (n = 139)	Zeker niet	1	1
	Waarschijnlijk niet	4	3
	Misschien	11	8
	Waarschijnlijk wel	24	17
	Zeker wel	99	71
<i>Op welke manier zou je het liefst behandeld willen worden?</i> (n = 139)	Zeker face-to-face	78	56
	Waarschijnlijk face-to-face	42	30
	Maakt niet uit	14	10
	Waarschijnlijk via internet	5	4
	Zeker via internet	0	0
<i>Op welke termijn ben je van plan om in behandeling te gaan?</i> (n = 138)	Ik ben al in behandeling/direct	102	72
	Binnen 3 maanden	9	6
	Binnen een half jaar	7	5
	Binnen een jaar	10	7
	Nooit	10	7

5.5.2 Variabelen die samenhangen met de voorkeur voor een internetbehandeling

Om na te gaan in hoeverre voorkeur voor een internetbehandeling samenhangt met de variabelen uit de decomposed TPB, is een correlatieanalyse uitgevoerd (zie tabel 5.17). In de analyse werden significante verbanden gevonden tussen de voorkeur voor een behandeling (scores, (1) zeker face-to-face ... (5) zeker via internet) en het waargenomen nut, compatibiliteit en zelfeffectiviteit.

Tabel 5.17 Pearsons correlaties tussen factoren uit de decomposed TPB en de voorkeur voor een internetbehandeling

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Voorkeur voor internetbehandeling	-	.35**	.09	.24**	.01	-.01	.13	.24**	.13
2 Waargenomen nut		-	.30**	.48**	.04	.02	.20*	.46**	.37**
3 Waargenomen gebruiksvriendelijkheid			-	.51*	-.07	-.08	.15	.30**	.16
4 Compatibiliteit				-	-.09	.09	.12	.41**	.33**
5 Normatieve overtuigingen oplossing					-	.55**	.04	.16	.04
6 Normatieve overtuigingen therapie						-	.03	.02	.11
7 Norm. overtuigingen internetbehandeling							-	.18*	-.02
8 Zelfeffectiviteit								-	.19*
9 Faciliterende condities									-

*p < .05, **p < .01

5.5.3 Bijdrage van determinanten aan de voorkeur voor een internetbehandeling

Om te bepalen wat de relatieve bijdrage van de verschillende variabelen van de decomposed TPB bij de voorkeur voor een internetbehandeling is, is een regressieanalyse uitgevoerd. Hierbij werd de voorkeur voor een behandeling als afhankelijke variabele genomen (score: (1) zeker face-to-face ... (5) zeker via internet). Als onafhankelijke variabelen werden de componenten uit de decomposed TPB genomen. In tabel 5.18 is te zien dat het model significant is. Het totaal van de verklaarde variantie is laag (.18), dit houdt in dat de variabelen van de decomposed TPB 18% van de voorkeur voor een internetbehandeling voorspellen. Het waargenomen nut van de internetbehandeling blijkt hierbij een significante voorspeller te zijn. De overige factoren bleken geen significante voorspellers te zijn.

Tabel 5.18 Regressieanalyse met variabelen uit de decomposed TPB en voorkeur voor een internetbehandeling

Items	b	SE	Bèta	p
Waargenomen nut	.27	.09	.29	.003*
Waargenomen gebruiksvriendelijkheid	-.09	.08	-.11	.251
Compatibiliteit	.11	.11	.11	.321
Normatieve overtuigingen oplossing	.01	.07	.01	.934
Normatieve overtuigingen therapie	.00	.06	-.01	.903
Normatieve overtuigingen internetbehandeling	.11	.13	.07	.397
Zelfeffectiviteit	.03	.09	.04	.692
Faciliterende condities	-.23	.10	-.20	.019
R ²			.18	
F (df = 8)			3.5	
Sig.			.001*	

*p < .01

Hoofdstuk 6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek gepresenteerd. De conclusies geven antwoord op de onderzoeksvragen van het onderzoek en de daarbij behorende deelvragen. Vanuit deze conclusies worden wetenschappelijke en praktische implicaties gegeven. Als laatste wordt aandacht besteed aan de sterkten en zwakten van dit onderzoek.

6.1 Preferenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling

De eerste onderzoeksvraag was als volgt:

“Welke behandeling prefereren mensen met een eetstoornis: een face-to-face behandeling of een internetbehandeling?”

Uit de resultaten van de directe vergelijking tussen de face-to-face behandeling en de internetbehandeling kwam naar voren dat patiënten met een eetstoornis, wanneer ze moeten kiezen, liever een face-to-face behandeling doen. Ook uit de indirecte vergelijking aan de hand van de decomposed TPB kwam naar voren dat de respondenten een voorkeur hadden voor een face-to-face behandeling. Deze voorkeur verschilde echter per construct. Zo bleken de respondenten het waargenomen nut en de gebruiksvriendelijkheid van de face-to-face behandeling hoger te beoordelen, maar bleek de internetbehandeling makkelijker te zijn en ook beter te combineren te zijn met werk en studie. Voor wat betreft de normatieve invloed bleek dat de omgeving van de respondenten invloed had op de keuze om een oplossing te zoeken voor het eetprobleem en de keuze voor een behandeling. Een internetbehandeling werd echter door weinig mensen aanbevolen aan de respondenten. Uit de resultaten bij het construct waargenomen gedragscontrole kwam naar voren dat de respondenten bij de face-to-face behandeling meer vertrouwen hadden in hun eigen kunnen dan bij een internetbehandeling. Daarnaast vertrouwden de respondenten bij de face-to-face behandeling meer op de behandelaars.

Deelvragen uit het onderzoek waren als volgt:

Deelvraag 1

Welke verschillen zijn er tussen de attitudes (waargenomen nut, waargenomen gebruiksvriendelijkheid en compatibiliteit) van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling?

Uit de onderzoeksresultaten kwam naar voren dat de attitude ten aanzien van een face-to-face behandeling beter was dan de attitude ten aanzien van een internetbehandeling. Vooral bij ‘waargenomen nut’ werd een groot aantal significante verschillen gevonden. Respondenten beoordeelden de face-to-face behandeling als beter, zinvoller, effectiever en betrouwbaarder dan een internetbehandeling en verwachtten dat de face-to-face behandeling een grotere bijdrage kan leveren

bij het verminderen van de eetklachten. Redenen voor deze positievere beoordeling van de face-to-face behandeling kwamen uit de open vragen van het onderzoek naar voren: de respondenten benoemden de mogelijkheid tot directe interactie, het persoonlijke contact en de lijfelijke aanwezigheid van de behandelaar. Aangegeven werd dat deze genoemde voordelen niet of in geringe mate mogelijk zijn bij een internetbehandeling, wat deze minder bruikbaar maakt dan de face-to-face behandeling.

Niet overal blijkt een face-to-face behandeling een hoger oordeel te krijgen: de internetbehandeling wordt namelijk als makkelijker aangemerkt en ook blijkt een internetbehandeling beter te combineren te zijn met werk en studie. Respondenten gaven aan dat ze het moeilijk vinden een behandelaar hun verhaal te vertellen en zich kunnen uiten bij een vreemde. Bij een face-to-face behandeling voelen de respondenten zich meer afhankelijk van een klik met de behandelaar. Ook kosten de afspraken bij een face-to-face behandeling veel tijd, waardoor deze behandeling moeilijker te combineren is met werk en/of studie dan een internetbehandeling.

Deelvraag 2

Welke verschillen zijn er tussen de subjectieve norm (normatieve opvattingen) van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een face-to-face behandeling en internetbehandeling?

Uit de resultaten naar de normatieve overtuigingen van de respondenten bleek dat bij het merendeel van de respondenten, de ouders en vrienden van mening waren dat de respondent een oplossing voor het eetprobleem moet zoeken. Ook bleken ouders en vrienden van invloed op de keuze voor een therapie. Voor wat betreft een internetbehandeling bleek dat bijna niemand in de omgeving van de respondenten de mogelijkheid voor een internetbehandeling aangaf. Mogelijk komt dit doordat nog weinig internetbehandelingen voor eetstoornissen in omloop zijn, waardoor gebrek aan kennis een reden kan zijn.

Deelvraag 3

Welke verschillen zijn er tussen de waargenomen gedragscontrole (zelfeffectiviteit en faciliterende condities) van patiënten met een eetstoornis ten aanzien een face-to-face behandeling en internetbehandeling?

Uit de resultaten bij het construct waargenomen gedragscontrole kwam naar voren dat de respondenten bij de face-to-face behandeling meer vertrouwen hadden in hun eigen kunnen dan bij een internetbehandeling. De respondenten denken dat ze een face-to-face behandeling beter aankunnen en zijn er zekerder van dat het ze zal lukken om een face-to-face behandeling te volgen. Cliënten gaven aan dat ze zich bij een face-to-face behandeling eerder op hun gemak voelen bij een behandelaar, en dat ze sneller eerlijk durven te zijn. Ook hadden de cliënten meer vertrouwen in de behandelaar omdat ze deze direct kunnen zien. Een ander argument hiervoor bleek het persoonlijke contact te zijn. Dit persoonlijke contact had als voordeel dat de respondenten persoonlijk begeleid werden en er meer controle was tijdens de behandeling. Ook hadden de respondenten het gevoel dat ze meer serieus genomen werden door de behandelaar, waardoor ze zich meer gesteund voelen.

Deelvraag 4

Zijn er verschillen te vinden bij beoordelingen van respondenten die momenteel in behandeling zijn en respondenten die niet in behandeling ten aanzien van de componenten van de decomposed TPB?

Uit de vergelijking tussen de respondenten die momenteel wel en niet in behandeling zijn voor de eetstoornis kwamen significante verschillen naar voren bij de face-to-face behandeling voor compatibiliteit (respondenten die in behandeling waren, bleken een face-to-face behandeling meer compatibel te vinden dan degenen die niet in behandeling waren) en zelfeffectiviteit (respondenten die niet in behandeling waren achtten zichzelf meer in staat om een internetbehandeling uit te voeren). Verder kwamen geen significante verschillen naar voren.

Deelvraag 5

Zijn er verschillen te vinden bij beoordelingen van respondenten met verschillende eetstoornissen ten aanzien van de componenten van de decomposed TPB?

Uit de vergelijking tussen de verschillende eetstoornissen van de respondenten en de beoordelingen van de face-to-face behandeling en internetbehandeling bleken significante verschillen gevonden te worden bij het waargenomen nut van de face-to-face behandeling (respondenten met BED bleken een face-to-face behandeling nuttiger te vinden dan de overige respondenten) en bij de gebruiksvriendelijkheid, subjectieve norm, zelfeffectiviteit en faciliterende condities van de internetbehandeling.

6.2 De determinanten van de decomposed TPB toegepast op patiënten met een eetstoornis

De tweede onderzoeksvraag was als volgt:

“In hoeverre dragen de determinanten van de decomposed TPB bij aan de voorkeur voor deelname aan een internetbehandeling?”

De tweede onderzoeksvraag had betrekking op de vraag in hoeverre de determinanten van de decomposed TPB bijdragen aan de voorkeur tot deelname aan een internetbehandeling. Verwacht werd dat decomposed TPB goed toegepast kon worden bij het voorspellen van deze voorkeur. Uit de resultaten kwam echter naar voren dat alleen de waargenomen nut een significante voorspeller is van de voorkeur voor een internetbehandeling. De overige factoren uit de decomposed TPB bleken geen significante voorspellers te zijn van de voorkeur tot een internetbehandeling. Dit kan komen doordat de verdelingen scheef zijn, of door de operationalisatie van de metingen. Daarnaast is in de survey niet direct gevraagd naar de intentie om een behandeling te gaan doen, slechts naar de voorkeur. Dit kan invloed hebben gehad op de verklaarde variantie van het model. Deze was 18 procent, wat aangeeft dat slechts een klein gedeelte van de factoren uit het model de voorkeur voor een internetbehandeling verklaren.

De vraag blijft nu welke andere factoren van invloed zijn op deze voorkeur. Mogelijk zijn de barrières genoemd in paragraaf 3.2.5 ook van invloed op de keuze om een internetbehandeling te gaan.

Gevoelens van schaamte, angst of stigma (Caspar, 2004; Skarderud, 2003), het in twijfel trekken van de behandeling (Agras et al., 2004) en het ontkennen van de ernst van het probleem kan daarbij een rol spelen (Cachelin, Rebeck, Veisel, & Streigel-Moore, 2001). Een mogelijke andere determinant bij de voorkeur voor een internetbehandeling is kennis. Mogelijk waren de respondenten helemaal niet op de hoogte van een internetbehandeling, waardoor ze geen weloverwogen vergelijking konden maken tussen een internetbehandeling en een face-to-face behandeling.

6.3 Implicaties

Bovenstaande onderzoeksresultaten kunnen voor zowel de wetenschap als voor de praktijk implicaties hebben. Deze worden in de volgende paragrafen besproken.

6.3.1 *Wetenschappelijke implicaties*

Zoals in hoofdstuk 3 al besproken is, zijn internetbehandelingen steeds meer in opkomst. Onderzoek naar internetbehandelingen werd onder andere gedaan door Lange et al (2005), maar deze onderzoeken richten zich op internetbehandelingen voor posttraumatische stress, burn-out en depressie. Nederlands onderzoek naar internetbehandelingen voor eetstoornissen kon niet gevonden worden. Buitenlands onderzoek naar internetbehandelingen voor eetstoornissen bleek wel voor handen te zijn. Echter, deze onderzoeken bleken voornamelijk gericht op de effectiviteit van deze behandelingen (Bakke et al., 2001; Carrard et al., 2006; Celio et al, 2000; Zabinski et al., 2003). De animo voor internetbehandelingen en de preferenties van patiënten krijgt weinig aandacht. Dit onderzoek verschaft hier daarom meer inzicht in.

Er is gebleken dat animo voor een internetbehandeling bij alle diagnosegroepen van de eetstoornissen niet groot is: wanneer patiënten met een eetstoornis moeten kiezen tussen een face-to-face behandeling of internetbehandeling kiezen ze liever voor een face-to-face behandeling. Dit inzicht is geheel tegen de verwachtingen in. Uit onderzoeken van onder andere Bakke et al. (2001) bleek een grote effectiviteit van internetbehandelingen, en ook werd gesteld dat internetbehandelingen de drempel naar hulp kon verlagen door de vele voordelen. Hierdoor werd verwacht dat patiënten met een eetstoornis een internetbehandeling een goede mogelijkheid van behandelen zouden vinden. Uit de onderzoeksresultaten bleek echter het tegenovergestelde: respondenten bleken weinig enthousiast te zijn over een internetbehandeling. Zo blijken de respondenten te twijfelen aan de effectiviteit van een internetbehandeling. En ook bleken de genoemde voordelen voor de respondenten niet altijd als voordelig gezien te worden. Yvarra & Eaton (2005) benoemden bijvoorbeeld het een voordeel van de afwezigheid van face-to-face contact. Een punt dat door de respondenten juist als nadeel gezien wordt, omdat hierdoor de kans op miscommunicatie vergroot wordt, en de respondent het gevoel heeft niet serieus genomen te worden. Ook twijfelen respondenten hierdoor aan de betrouwbaarheid van de internetbehandeling. Een ander voordeel dat in de literatuur genoemd werd is de anonimiteit bij een internetbehandeling, waardoor angst en schaamte van cliënten verminderd wordt, en de cliënten meer open durven te praten over de problemen (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani, & Riva, 2003). Ook dit voordeel werd door de respondenten niet als voordelig gezien worden: zij wantrouwen de behandelaars bij een internetbehandeling, waardoor ze zich juist minder open durven te stellen.

Kortom: de resultaten van dit onderzoek werpen een ander licht op de onderzoeksresultaten van onderzoeken naar internetbehandelingen. Er is inzicht verkregen in de persoonlijke wensen van cliënten bij een internetbehandeling, een onderwerp dat in de wetenschappelijke literatuur nog weinig aandacht gekregen heeft. Deze inzichten kunnen daarom een waardevolle toevoeging zijn aan de (wetenschappelijke) kennis van op het gebied van internetbehandelingen.

6.3.2 Praktische implicaties

Naast wetenschappelijke implicaties heeft dit onderzoek ook praktische implicaties. Aan de hand van de onderzoeksresultaten kunnen namelijk aandachtspunten en aanbevelingen opgesteld worden voor de ontwikkelingen van een internetbehandeling, bijvoorbeeld voor gezondheidsinstellingen. Deze worden puntsgewijs besproken.

Aanbeveling 1 Informeer cliënten over de internetbehandeling

Uit de onderzoeksresultaten kwam naar voren dat respondenten een verkeerd beeld hebben van het contact bij een internetbehandeling: respondenten verwachten geen persoonlijke aandacht en hebben het idee dat ze hun verhaal niet kwijt kunnen. Ook gaven veel respondenten aan het gevoel te hebben dat ze er bij een internetbehandeling alleen voor staan; ze verwachten weinig steun van de behandelaars. Waarschijnlijk zijn respondenten niet goed op de hoogte van wat een internetbehandeling precies is. Instellingen kunnen hierop inspelen door te benadrukken dat er bij een internetbehandeling wel degelijk sprake is van persoonlijk contact en individuele begeleiding. Cliënten moeten dus beter geïnformeerd worden over een internetbehandeling.

Aanbeveling 2 Verhoog de waargenomen effectiviteit van de internetbehandeling

Uit de resultaten kwam tevens naar voren dat respondenten twijfelen aan de effectiviteit van een internetbehandeling. Een gemiste kans, want uit onderzoek is gebleken dat een internetbehandeling wel degelijk effectief kan zijn in het verminderen van de eetproblemen, vooral bij *Boulimia Nervosa* (Bakke et al., 2001; Carrard et al., 2006; Celio et al., 2000; Zabinski et al., 2003). Het kan zijn dat de respondenten niet precies weten welke vorm van therapie toegepast wordt bij een internetbehandeling, en dat ze daardoor het idee hebben dat het minder effectief is. Mogelijk is onbekend dat bij een internetbehandeling net als bij een face-to-face behandeling cognitieve gedragstherapie toegepast wordt. Instellingen kunnen de verwachte effectiviteit van een internetbehandeling vergroten, door cliënten beter op de hoogte te brengen van de vormen van therapie die toegepast worden bij een internetbehandeling. Ook succesverhalen van cliënten die de behandeling afgerond hebben, kunnen vermeld worden.

Aanbeveling 3 Werk aan een betrouwbare uitstraling van de internetbehandeling

Uit de resultaten kwam naar voren dat de respondenten een internetbehandeling onbetrouwbaar vinden. Respondenten gaven aan bang te zijn voor een onkundig en onopgeleid persoon als behandelaar. Voor instellingen een reden om te werken aan een betrouwbaardere uitstraling van de behandeling. Er kunnen bijvoorbeeld foto's en een korte introductietekst met daarin de achtergrond en ervaringen van de behandelaars geplaatst worden. Ook een keurmerk of certificaat kan een betrouwbaardere uitstraling aan de website geven.

Tot slot kan het helpen om een cliënt een keer naar de kliniek te laten komen, om persoonlijk kennis te maken met de behandelaar en te informeren over regel- en wetgeving rondom het beroepsgeheim.

Aanbeveling 4 Benadruk sterke punten van de internetbehandeling

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de respondenten de internetbehandeling makkelijker te combineren vinden met werk en studie dan een face-to-face behandeling. Deze positieve punten kunnen door instellingen gebruikt worden om de internetbehandeling te profileren bij doelgroepen. Benadrukt kan worden dat cliënten op hun eigen tempo aan de slag kunnen met de problemen, wanneer hen dat uitkomt. Ook bespaart de cliënt veel tijd en moeite doordat er geen sprake is van reistijd of vaste contacturen met een behandelaar.

Aanbeveling 5 Investeer in kennisverhoging over de internetbehandeling

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de omgeving van de respondenten waarschijnlijk weinig op de hoogte was van het bestaan van een internetbehandeling. Een aanbeveling is daarom om te investeren in informatieverstrekking. Mensen moeten geattendeerd worden op het feit dat een internetbehandeling ook een mogelijkheid is om een eetstoornis te behandelen. Dit kan door een (landelijke) communicatiecampagne. Er kunnen artikelen geplaatst worden in tijdschriften, folders geplaatst worden bij dokters en instellingen en informatie op internet geplaatst worden. Positieve punten van een internetbehandeling moeten hierbij benadrukt worden, evenals de bewezen effectiviteit van internetbehandelingen voor eetstoornissen.

Aanbeveling 6 Stimuleer de omgeving van patiënten met een eetstoornis om advies en hulp te bieden

Uit de onderzoeksresultaten bleek dat de omgeving van de respondenten weinig invloed had op de respondenten voor wat betreft het zoeken van een oplossing, en het in (internet) therapie gaan voor de eetstoornis. De omgeving van patiënten met een eetstoornis kan gestimuleerd worden om advies en hulp te bieden aan de patiënt. Zo kunnen in tijdschriften artikelen geplaatst worden waarin uitgelegd wordt hoe naast een patiënt met een eetstoornis kunnen helpen. Ook kan een soort sociaal netwerk opgezet worden, waarbij de omgeving van patiënten met een eetstoornis met elkaar kan discussiëren.

Aanbeveling 7 Benadruk de mogelijkheid tot controle bij de internetbehandeling

Uit de conclusies van dit onderzoek bleek dat de respondenten vonden dat er bij een face-to-face behandeling meer sprake is van controle. Sommige respondenten hadden het idee dat bij een face-to-face behandeling ingegrepen kan worden wanneer het fout gaat, en dat bij een internetbehandeling dit niet het geval is. Natuurlijk zit hier een kern van waarheid in: bij een face-to-face behandeling is meer sprake van letterlijke controle over gewicht en welzijn dan bij een internetbehandeling. Bij een internetbehandeling moet een behandelaar uitgaan van de eerlijkheid van de cliënt. Wat door sommige cliënten gebruikt kan worden om onder dingen uit te komen. Instellingen moeten daarom benadrukken dat bij een internetbehandeling ook sprake is van controle. Ten eerste moeten instellingen ervoor zorgen dat risicovolle cliënten niet toegelaten worden tot een internetbehandeling. Dit kan gedaan worden door voor de behandeling een uitgebreide screening te doen, om te bepalen of cliënten geschikt zijn voor internettherapie. Daarnaast kan een face-to-face gesprek vóór de behandeling en eventueel een face-to-face gesprek na de behandeling als controlemiddel gehanteerd worden.

Verder kan benadrukt worden dat er bij problemen tijdens de internetbehandeling de mogelijkheid bestaat om verder te gaan met een face-to-face behandeling.

Aanbeveling 8 Creëer een mogelijkheid voor cliënten om met elkaar te discussiëren

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat de respondenten bij een internetbehandeling het gevoel hebben dat ze er alleen voor staan, en geen stok achter de deur hebben. Ook bleek dat de respondenten bij een internetbehandeling het contact met andere patiënten missen. Als oplossing hiervoor kan een discussieforum opgezet worden. Op dit forum kunnen cliënten met elkaar discussiëren over hun eetstoornis en de internetbehandeling, waardoor ze minder het gevoel hebben er alleen voor te staan.

Aanbeveling 9 Zorg voor goede begeleiding en duidelijke instructies bij de internetbehandeling

Als laatste bleek uit de resultaten van het onderzoek dat respondenten bang zijn voor miscommunicatie tijdens de internetbehandeling. Cliënten zijn bang dat wanneer ze moeilijkheden hebben met de behandeling, niemand hen kan helpen. Instellingen moeten daarom de kans op misvattingen daarom zoveel mogelijk voorkomen. De uitleg en instructies bij de opdrachten moeten daarom zo duidelijk mogelijk opgesteld worden. Het gebruik van voorbeelden kan hierbij helpend zijn. Ook dient een duidelijke handleiding bij de internetbehandeling inzicht te geven in de mogelijkheden van de behandeling en het gebruik van de verschillende middelen.

In tabel 6.1 is een totaaloverzicht te zien van de aanbevelingen bij dit onderzoek.

Tabel 6.1 *Totaaloverzicht aanbevelingen onderzoek*

#	Aanbeveling
1	Informeer cliënten over de internetbehandeling.
2	Verhoog de waargenomen effectiviteit van de internetbehandeling.
3	Werk aan een betrouwbare uitstraling van de internetbehandeling.
4	Benadruk sterke punten van de internetbehandeling.
5	Investeer in kennisverhoging over de internetbehandeling.
6	Stimuleer de omgeving van patiënten met een eetstoornis om advies en hulp te bieden.
7	Benadruk de mogelijkheid tot controle bij de internetbehandeling.
8	Creëer een mogelijkheid voor cliënten om met elkaar te discussiëren.
9	Zorg voor goede begeleiding en duidelijke instructies bij de internetbehandeling.

6.4 Sterkten en zwakten van het onderzoek

Bij dit onderzoek moet rekening gehouden worden met een aantal sterkten en beperkingen, waarmee ook in vervolgonderzoek rekening gehouden moet worden.

Gebruik model. De verwachting was dat de decomposed TPB goed toegepast kon worden bij het verklaren van de voorkeur van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een internetbehandeling. De verschillende determinanten van gedrag waaruit het model is opgebouwd, de attitude, subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole, bleken echter weinig voorspellende waarde (slechts 18

procent) te hebben bij de voorkeur voor een internetbehandeling. Alleen het waargenomen nut bleek hierbij een significante voorspeller te zijn. Een beperking van het onderzoek bleek de operationalisatie van de metingen te zijn. Zo werd zoals eerder al beschreven niet direct gevraagd naar de intentie om in behandeling te gaan, maar naar de voorkeur voor een behandeling. Daarnaast bleek het construct subjectieve norm weinig van toepassing op een internetbehandeling. Reden hiervoor is mogelijk dat het aanbod aan internetbehandelingen in Nederland nog schaars is, waardoor veel mensen nog weinig op de hoogte zijn van een internetbehandeling. Hierdoor kon de omgeving van de respondenten geen invloed uitoefenen op de deelname aan een internetbehandeling van respondenten, waardoor dit construct geen significante voorspeller bleek te zijn bij de voorkeur voor een internetbehandeling.

Onderzoeksgroep. Een beperking van dit onderzoek is het feit dat er geen inzicht is in de non-respons. Hierdoor kan de representativiteit van de onderzoeksgroep niet vastgesteld worden. Daarnaast werd in het onderzoek een groep patiënten met een eetstoornis betrokken welke geworven werd via instellingen (face-to-face) en via internet (schriftelijk). Bij de werving via instellingen werden deels patiënten aangetrokken die al in behandeling waren voor hun eetstoornis. Deze personen kunnen gebiased zijn in hun beoordelingen over de face-to-face behandeling. De cliënten kunnen bijvoorbeeld een erg positief beeld geschetst hebben van een face-to-face behandeling, omdat ze het idee hadden dat de resultaten teruggekoppeld zouden worden aan behandelaars. De kans hierop werd zoveel mogelijk ingeperkt door de mogelijkheid om de enquête in een gesloten enveloppe in te leveren. Ook werd in de analyses rekening gehouden met deze bias. Uit een vergelijking tussen de groep respondenten die al in behandeling geweest was en de groep die nog geen behandeling gevolgd had, bleek dat de behandeling slechts op een aantal componenten, te weten de compatibiliteit van de face-to-face behandeling en de zelfeffectiviteit van een internetbehandeling, van invloed was. Bij de rest van de componenten bleek een behandeling geen invloed te hebben. Wel moet opgemerkt worden dat slechts 2 procent van de respondenten nog professionele hulp had gezocht voor de eetstoornis. Bij de interpretatie onderzoeksgegevens moet daarom rekening gehouden worden met een eventuele bias hierdoor.

Onderzoeksmethode. Een sterk punt van de onderzoeksmethode is de verzameling van zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Hierdoor kon goed inzicht verkregen worden in de preferenties van patiënten met een eetstoornis ten aanzien van een behandeling. Een andere onderzoeksmethode, bijvoorbeeld een interview, was een mogelijkheid geweest. Echter, omdat het onderwerp 'behandeling van de eetstoornis' een gevoelig onderwerp betrof, werd hier niet voor gekozen. Omdat patiënten met een eetstoornis vaak niet openlijk uitkomen voor hun eetprobleem en moeite hebben met het vertrouwen van mensen leek het niet verstandig een persoonlijk interview met ze aan te gaan. Een vragenlijst waarbij de respondenten anoniem bleven, bleek een betere oplossing te zijn. Om deze vragenlijst te testen is geen gebruik gemaakt van een pretest. Een reden hiervoor was de verwachting dat cliënten met een eetstoornis moeilijk bereikbaar zouden zijn. Ook was de verwachting dat patiënten met een eetstoornis door het gevoelige onderwerp weinig bereid zouden zijn om de vragenlijst in te vullen. Er is daarom gekozen om de vragenlijst te laten controleren door enkele behandelaars bij Amarum en ZieZo. Er werd hierbij vooral gelet op de volgorde van vragen en de manier van vragen stellen. Alle gemeten constructen bleken een Cronbach's Alpha te hebben van .60 of meer, wat aangeeft dat de gemeten constructen in het onderzoek betrouwbaar waren.

6.5 Welke vervolgonderzoeken lijken interessant?

Uit de onderzoeksresultaten kwam naar voren dat de respondenten twijfelen aan de betrouwbaarheid van de internetbehandeling. Aangegeven werd dat cliënten bang waren dat de behandelaar onopgeleid zou zijn, waardoor moeilijker een vertrouwensband kon ontstaan tussen de behandelaar en de cliënt. Uit het theoretisch kader bleek dat patiënten met een eetstoornis hun eetstoornis geheim kunnen houden en vaak achterdochtig en stiekem kunnen zijn over hun eetprobleem, gewicht. Ook kunnen ze zich soms moeilijk openstellen voor anderen. Personen met een eetstoornis kunnen een verleden hebben van seksueel misbruik (Connors & Morse, 1993). In vervolgonderzoek kan gekeken worden naar de ervaring met internetbehandelingen bij andere stoornissen. Naar voren kan komen in hoeverre de uitslag te generaliseren is over andere diagnosegroepen. Hierdoor kan achterhaald worden of de onderzoeksresultaten iets zeggen over de psychopathologie van cliënten met een eetstoornis of ook over andere problemen. Cliënten met eetstoornissen hebben namelijk naast hun eetprobleem vaak last van andere psychopathologie en/of persoonlijkheidsproblemen.

In dit onderzoek is het niet haalbaar geweest een vergelijking te maken tussen patiënten met een eetstoornis zonder ervaring met een internetbehandeling en patiënten met een eetstoornis die wel ervaring hebben met een internetbehandeling. Vergeleken kan worden of de verwachtingen van patiënten ook echt ervaren worden. Ook kan het interessant zijn een voor- en nameting te doen bij patiënten die een internetbehandeling volgen. Vooraf kan dan gevraagd worden naar de verwachtingen ten aanzien van de internetbehandeling, en achteraf kan gevraagd worden naar de ervaringen. Hieruit kan naar voren komen dat verwachtingen die patiënten hadden, gegrond waren en of voorziene problemen ook daadwerkelijk ervaren werden.

Literatuurlijst

- Agras, W.S., Brandt, H.A., Bulik, C.M., Dolan-Sewell, R., & Fairburn, C.G., et al. (2004). Report of the national institutes of health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 35, 509-521.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). *Constructing a TPB questionnaire: conceptual and methodological considerations*. Verkregen op: 24 september 2008, via <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition). Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Anderson, D.A., & Maloney, K.C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioural therapy on the core symptoms of Bulimia Nervosa. *Clinical psychology review*, 21, 971-988.
- Andersson, G., Bergström, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British journal of psychiatry*, 187, 456-461.
- Bakke, B., Mitchell, J., Wonderlich, S., & Erickson, R. (2001). Administering cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa via telemedicine in rural setting. *International journal of eating disorder*, 30, 454-457.
- Bandura, A. (1982). Zelfeffectiviteit mechanism in human agency. *American psychologist*, 37, 122-147.
- Cachelin, F.M., Rebeck, R., Veisel, C., & Striegel-Moore, R.H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *Journal of eating disorders*, 30, 269-278.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in human behaviour*, 22, 545-553.
- Carrard, I., Rouget, P., Fernandez-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.
- Caspar, F. (2004). Technological developments and applications in clinical psychology and psychotherapy: introduction. *Journal of clinical psychology*, 60, 221-238.

Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F., & Riva, G. (2003). New and old tools in psychotherapy: the use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: theory, research, practice and training*, 40, 33-44.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2006). *Webmagazine, e-mailen en chatten populairste internetactiviteiten*, Verkregen op 21 februari 2008 van <http://www.cbs.nl/nr/exeres/5D629109-4E7F-48E1-A2A5-CD3CD88EFFF1.htm>.

Celio, A.A, Winzelberg, A.J., Wilfley, D.E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., Dev, P., & Taylor, C.B. (2000). Reducing risk factor for eating disorders: comparison of an internet and classroom-delivered psycho educational program. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 650-657.

Connors, M.E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: a review. *International journal of eating disorders*, 13, 1-11.

Davis, F.D. (1989). Waargenomen nut, waargenomen gebruiksvriendelijkheid and user acceptance of information technology. *MIS quarterly*, 13, 319-340 .

Davis, R., Olmsted, M.P., & Rockert, W. (1990). Brief group psycho education for bulimia nervosa. Assessing the clinical significance of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 58, 882-885.

Exterkate, C. (2007). Eating disorders in day treatment aspects of assessment and outcome. Proefschrift: Wageningen.

Fairburn, C.G., & Harrison, P.J., (2003). Eating disorders. *The lancet*, 361, 407-416.

Fairburn, C.G., & Wilson, G. (1993). *Binge eating*. New York: Guilford Press.

Freeman, A., Arkowitz, h., Beutler, L.E., & Simon, K.M. (1989). Comprehensive handbook of cognitive therapy. Berlin: Springer.

Fu, J.R., Farn, C.K., & Chao, W.P. (2006). Acceptance of electronic tax filing: a study of taxpayer intentions. *Information and management*, 43, 109-126.

Gollings, E.K., & Paxton, S.J. (2006). Comparison of internet and face-to-face delivery of a group body image and disordered eating intervention for women: a pilot study. *Eating disorders*, 14, 1-15.

Griffiths, M. (2005). Online therapy for addictive behaviours. *Cyber psychological behaviour*, 8, 555-561.

Hung, S.Y., & Chang, C.M. (2005). User acceptance of WAP services: test of competing theories. *Computer standards and interfaces*, 27, 359-370.

- Jansen, A. (1996). *Boulimia nervosa effectief behandelen: een handleiding voor therapeuten*. Lisse: Swets and Zeitlinger Publishers.
- Klein, B., Richards, J.C., & Austin, D.W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 37, 213–238.
- Lange, A., Schrieken, B., Scheijde, R., Broeksteeg, J., Ruwaard, J. et al. (2005). Serie onderzoek en psychotherapie: intherapy. Diagnostiek en geprotocolleerde behandeling van welomschreven stoornissen via internet. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 31, 355-376.
- Lewandowski, L.M., Gebing, T.A., Anthony, J.L., & O'Brien, W.H. (1997). Meta-analysis of cognitive behavioural treatment studies for bulimia. *Clinical psychology review*, 17, 703-718.
- Lin, C., Hu, P.J., Schroeder, J., & Chen, H., (2002). Examining user acceptance of COPLINK technologies by law enforcement officers: a survey study. *Proceeding series*, 129, 1-7.
- Lin, H.F. (2007). Predicting consumer intentions to shop online: an empirical test of competing theories. *Electronic commerce research and applications*, 6, 433–442.
- 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.
- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (2007). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press US.
- Noordenbos, G., & Vandereycken, W. (2005). *Preventie van eetstoornissen, een gewichtig probleem*. Mechelen: Kluwer.
- Phillips, E.L., Greydanus, D.E., Pratt, H.D., & Patel, D.R. (2003). Treatment of bulimia nervosa: psychological and psychopharmacologic considerations. *Journal of adolescent research*, 18, 261-279.
- Rathner, G., Bonsch, C., Maurer, G, Walter, M.H., & Sollner, W. (1993). The impact of a 'guided self-help group on bulimic women: a prospective 15 month study of attenders and non-attenders. *Journal of psychosomatic research*, 37, 389-396.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2007). *Eetstoornissen, kort en bondig*. Verkregen op 23 september 2008, via http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3202n17540.html.
- Rijn, C.A., van., (1998a). Anorexia nervosa en boulimia nervosa II. Somatische gevolgen van ondervoeding. *Nederlands tijdschrift van de geneeskunde*, 142, 1863-1866.

- Rijn, C.A., van., (1998b). Anorexia nervosa en boulimia nervosa III. Somatische gevolgen van purgeren. *Nederlands tijdschrift van de geneeskunde*, 142, 1867-1869.
- Robinson, P.H., & Serfaty, M.A. (2001). The use of e-mail in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European eating disorders review*, 9, 182-193.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60, 269-283.
- Roosen, D.J.A. (2001). *Over een grens: psychotherapie met adolescenten*. Assen: Van Gorcum.
- Schachtschabel, H. (2005). *Buitenbeentjes, psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Skarderud, F. (2003). Sh@me in cyberspace. Relations without faces: the e-media and eating disorders. *European eating disorders review*, 11, 155-169.
- Spaans, J. (2005). *Ik eet als niemand het weet, Over Boulimia nervosa en wat je eraan kunt doen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Taylor, A., & Todd, P.A. (1995). Understanding information technology usage: a test of competing models. *Information systems research*, 6, 144-176.
- Taylor, C.B., Altman, T., Shisslak, C., Bryson, L., Estes, L.S., Gray, N. et al. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescents. *International Journal of eating disorders*, 24, 339-349.
- Trimbos Instituut (2006a). *Landelijke basisprogramma eetstoornissen*. Utrecht: Wamel. A., Wassink, M.
- Trimbos Instituut (2006b). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen: diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Utrecht: Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ.
- Trimbos Instituut (2007a). *Hoe vaak komt boulimia nervosa voor?* Verkregen op 23 september, 2008, via: <http://www.trimbosinstituut.nl/default1103.html?back=1>.
- Trimbos Instituut. (2007b). *Programmeringsstudie E-Mental Health*. Utrecht: Riper, H., Smit, F., Zanden, R., van der., Conijn B., Kramer J., & Mutsaers.
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2002). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De tijdstroom.

Whittal, M.L., Agras, W.S., & Gould, R.A. (1999). Bulimia Nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behaviour therapy*, 30, 117-135.

Winzelberg, A.J., Taylor, C.B., Sharpe, T., Eldredge, K.L., Dev, P., & Constantinou, P.S. (1997). Evaluation of a computer mediated eating disorder intervention program. *CCC*, 11, 339-349.

Ybarra, M.L., & Eaton, W.W., (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental health services research*, 7, 75-87.

Zabinski, M.F., Celio, A.A., Jacobs, M.J., Manwarring, J., & Wilfley, D.E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European eating disorders review*, 11, 183-197.

Zabinski, M.F., Pung, M.A., Wilfley, D.E., Eppstein, D.L., Winzelberg, A.J, Celio, A. et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: targeting at-risk women with a computerized psycho educational program. *The international journal of eating disorders*, 29, 401-408.

Bijlage 1 Voorbeeld van de internetbehandeling: Beat-it

In deze bijlage wordt de internetbehandeling van Amarum beschreven. Zowel de doelgroep en doelstellingen van de behandeling, als de opbouw en inhoud en gebruikte methodieken van de behandeling zullen in deze paragraaf aan bod komen.

1.1 *Beschrijving Beat-it*

Sinds februari 2008 biedt Amarum een internetbehandeling aan voor patiënten met Boulimia Nervosa, Beat-it genaamd (zie logo figuur 1.1). Een internetbehandeling is een nieuwe behandelmogelijkheid van Amarum en is bedoeld om naast de bestaande behandelmogelijkheden om te werken aan een eetprobleem, een nieuwe mogelijkheid te bieden. Beat-it staat voor “better eating via internet therapie”. Beat-it is ontstaan uit een samenwerking tussen verschillende GGZ praktijken: zelfhulporganisatie ZieZo , GGNet en Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen.



Figuur 1.1 Logo internetbehandeling Beat-it

1.2 *Doelgroep*

De doelgroep van de internetbehandeling Beat-it bestaat uit patiënten met Boulimia Nervosa. Voordat gestart kan worden met de behandeling wordt aan de hand van een aantal vragenlijsten bekeken of de patiënten voldoen aan de voorwaarden van Boulimia Nervosa. Aan de hand van de resultaten van deze vragenlijst bepaalt een psycholoog of de patiënt Boulimia Nervosa heeft. Omdat niet iedereen geschikt is voor het volgen van therapie via internet, is naast de vereiste om te voldoen aan de criteria van Boulimia Nervosa nog een aantal andere criteria opgesteld. Aan de hand deze criteria wordt vastgesteld welke mensen deel mogen nemen aan de behandeling (zie tabel 1.2). Zo mag een patiënt die recentelijk een suïcide poging gedaan heeft, niet deelnemen aan de internetbehandeling omdat het geringe persoonlijke contact bij de internetbehandeling een te groot risico kan vormen voor de patiënt. Mensen die voldoen aan de opgestelde criteria kunnen tot de doelgroep van de internetbehandeling Beat-it gerekend worden.

Tabel 1.2 *Inclusie en exclusiecriteria voor deelname aan de internetbehandeling Beat-it*

Inclusie criteria	Exclusie criteria
• Ouder dan 18 jaar • Diagnose: BN & EDNOS met compensatiegedrag • Toegang tot een (privé)computer • Geen obstakel voor participatie (reizen tijdens behandeling, operaties) • Bereid om met het programma te werken voor enkele uren per week	• Medische ingrepen in de laatste 3 maanden • Recentelijke suïcide pogingen • Een lopende behandeling voor de eetstoornis of voor andere psychologische problemen op basis van cognitieve gedragstherapie • Middelenmisbruik en –afhankelijkheid • Extreem compensatiegedrag en serieuze fysieke problemen • Lijden aan andere eetstoornis zoals BED en AN • Ernstig misbruik van laxantia • BMI onder 18 • Psychotische klachten

1.3 Doelstellingen

Bij het opstellen van de doelen van de internetbehandeling Beat-It is onderscheid gemaakt tussen project- en behandeldoelen. Het hoofddoel van de behandeling is een verandering te bewerkstelligen in de Boulimia Nervosa symptomen.

Opgestelde projectdoelen van de internetbehandeling zijn als volgt:

- Uitbreiden van het behandelaanbod van Amarum en ZieZo.
- Via internet bereiken van cliënten vanaf 18 jaar en ouder met de eetstoornis Boulimia Nervosa.
- Verlagen van de drempel en het vergroten van het bereik door een behandeling via internet aan te bieden en hiermee een grotere groep cliënten aan te trekken.
- Het project zal op jaarbasis naar verwachting met 100 cliënten uitgebreid worden. Het doel is om minimaal 100 cliënten deel te laten nemen aan het project, over een tijdsperiode van twee jaar.
- Het behandelaanbod moet dezelfde kwaliteit hebben als het huidige aanbod van Amarum.
- Ook hoopt Amarum dat door participatie aan de internetbehandeling, de barrières verminderd om verdere behandeling te zoeken wanneer dit nodig is.

Programmadoelstellingen (gebaseerd op criteria voor Boulimia Nervosa uit DSM-IV) zijn als volgt:

- Verbetering van het verstoorde eetpatroon en eetgedrag.
- Vermindering van eetbuien.
- Verminderen van compensatiegedrag.
- Identificeren van verstoorde cognitieve gedragspatronen en het veranderen hiervan (speciaal deze die in verbinding staan met het verstoorde eetgedrag en over-evaluatie van gewicht en lichaamsvorm).

1.4 *Therapievorm*

De therapievorm die gebruikt wordt bij Beat-it is cognitieve gedragstherapie en is gericht op de verandering van gedrag en cognitie. Dit is een voorbeeld van een psychotherapeutische interventie, beschreven in hoofdstuk 3. De deelnemers van het programma worden namelijk begeleid door een persoonlijke behandelaar. Alle behandelaars zijn opgeleide professionele hulpverleners (sociaal verpleegkundige of Gezondheidszorg Psycholoog), welke een aantal jaren werkzaam zijn bij Amarum. De contacten tussen de cliënt en de therapeut verlopen per email, en hebben een frequentie van twee keer per week.

De opbouw van de internetbehandeling is gebaseerd op de verschillende fases uit de cognitieve gedragstherapie, besproken in hoofdstuk 3. De fases die bij Beat-it gebruikt worden, zijn als volgt:

Fase 1. De eerste fase richt zich op motivatie voor verandering en het krijgen van informatie over de eetstoornis. Hier wordt gekeken hoe het eetprobleem eruit ziet, naar de patronen rondom de eetstoornis en wat het in stand houdt.

Fase 2. De tweede fase richt zich op het veranderen van het eetgedrag, het braken en/of laxeren en overmatig bewegen. Het doel is om het eten/eetpatroon te normaliseren, te stoppen met eetbuien, braken en/of laxeren en overmatig bewegen.

Fase 3. De derde fase richt zich op beter leren omgaan met gedachten en gevoelens met betrekking tot eten, lichaamsvorm en gewicht. Het is gericht op het herkennen en uitdagen van de gedachten die de eetstoornis in stand houden.

Fase 4. De laatste fase is gericht op de voorkoming van terugval in de eetstoornis. Er wordt een plan opgesteld waarin de valkuilen benoemd worden en aangegeven wordt hoe daarmee omgegaan kan worden. In tabel 1.1 zijn deze fasen met bijbehorende doelen, methodes en technieken weergegeven.

Zoals in tabel 1.1 te zien is, zijn de technieken van CGT (dieetmanagement, cue exposure en cognitieve therapie, beschreven in hoofdstuk 3 geïntegreerd in de internetbehandeling. De zojuist besproken fasen komen aan bod in de verschillende sessies van de behandeling. In de paragraaf 1.6 zal dieper ingegaan worden op de inhoud van de verschillende sessies. Eerst worden de vaste onderdelen van de internetbehandeling besproken.

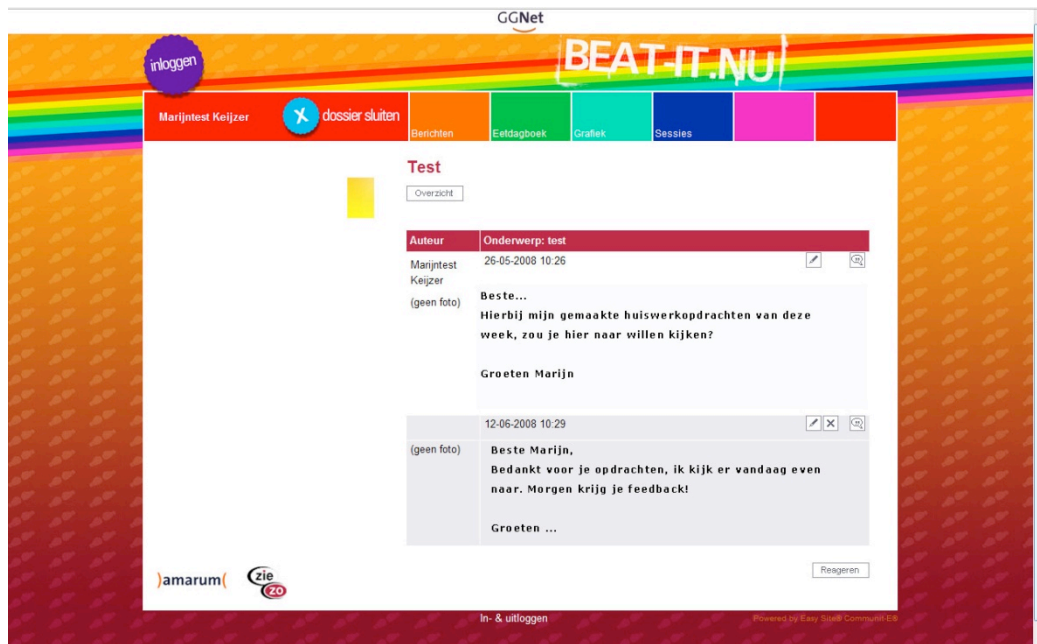
Tabel 1.1 *Verskillende fases bij de internetbehandeling Beat-it met bijbehorende doelen, methoden en technieken*

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Doelen	Voorbereiden	Gedrag veranderen	Gedachten veranderen	Behoud
Subdoelen	Motivatie voor verandering Informereren over de eetstoornis	Normaliseren van het eetpatroon Stoppen met eetbuien, braken en/of laxeren en overmatig bewegen	Beter leren omgaan met gedachten en gevoelens met betrekking tot eten, lichaamsvorm en gewicht Herkennen en uitdagen van de gedachten die de eetstoornis in stand houden	Voorkoming van terugval in de eetstoornis
Methode	Psycho-educatie Self monitoring	Gedragstherapie	Cognitieve therapie	Cognitieve gedragstherapie
Technieken	Motivatie technieken Dieetmanagement	Dieetmanagement Cue exposure Zelfcontrole en respons preventie technieken	Socratische dialoog Experiment	Emotie regulatie technieken

1.5 Vaste onderdelen in sessies en thema's

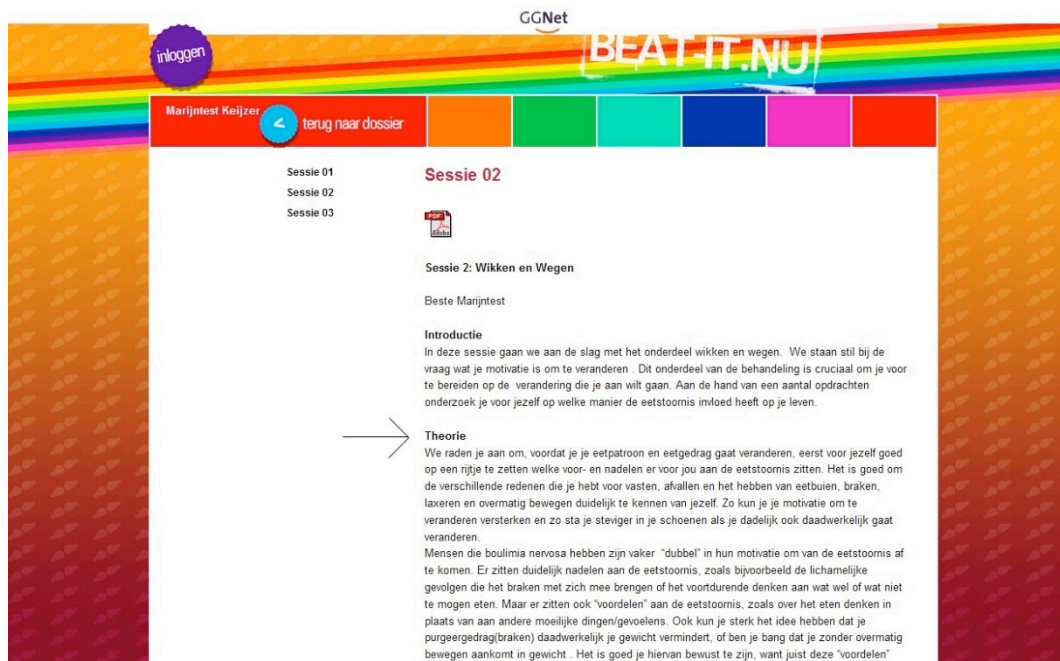
Bij de behandeling wordt gebruikt gemaakt van een aantal vaste onderdelen, te weten: feedback, theorie, huiswerkopdrachten, eetdagboek en ervaringsverhaal. In de volgende alinea's worden deze onderdelen toegelicht.

Feedback. Elke sessie (met uitzondering van de eerste sessie) wordt gestart met een deel feedback. De behandelaar geeft de cliënt feedback over de gemaakte oefeningen van de voorgaande sessie en op het eetdagboek (zie afbeelding 1)



Afbeelding 1 Screenshot pagina e-mailcontact tussen cliënt en behandelaar Beat-it

Theorie. Een ander vast onderdeel van de sessies is de theorie. Hierbij krijgt de cliënt informatie over een specifiek onderdeel van de behandeling. Deze informatie geeft de cliënt meer inzicht in het eetprobleem. Zie afbeelding 2 voor een voorbeeld.



Afbeelding 2 Screenshot theoriepagina Beat-it

Huiswerkopdrachten. Aan het einde van de theorie staat een aantal vragen en huiswerkopdrachten. De cliënt wordt geacht deze vragen te beantwoorden en de opdrachten te maken. Het resultaat wordt opgestuurd naar de behandelaar. De behandelaar geeft iedere week feedback en na afronding van een sessie toegang tot een volgende sessie. Doordat het programma ontwikkeld is door ervaren organisaties op het gebied van eetstoornissen zijn de oefeningen ‘evidence based’. Wat inhoudt dat de

oefeningen uitvoerig getest zijn bij de face-to-face behandeling. Ook zijn de oefeningen gebaseerd op ervaringen met face-to-face behandelingen, waardoor sprake is van ‘experience based practices’.

Eetdagboek. Een doorlopende huiswerkopdracht is het registreren van eetmomenten in het eetdagboek. In het eetdagboek kan de cliënt dagelijks de eetmomenten registreren. Bijgehouden wordt hoe laat het eetmoment was, waar het plaatsvond, wat er gegeten is en hoe de cliënt zich op dat moment voelde (zie afbeelding 3 voor een illustratie). Ook kan de cliënt aangeven of het eetmoment een eetbui betrof, en of er sprake is geweest van compensatiegedrag (braken, laxeren, overmatig bewegen).

Eetdagboek

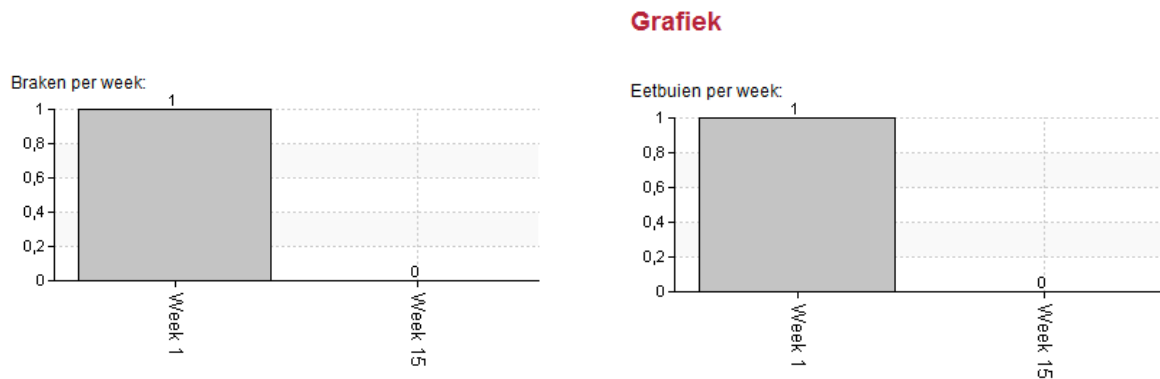
Tijd	Waar	Voedsel en drank (wat en hoeveelheid)	Eetbuien	Braken	Laxeren	Overmatig bewegen / sporten	Gedachten en gevoelens
6.30	Tuis	1 boterham met kaas 1 glas karnemelk 1 schaaltje yoghurt	☒	☐	☐	1	Ik heb honger, dus ik neem een gezond ontbijt
8.30	Werk	Kop koffie	☒	☒	☒	2	Ik heb zin in koffie en in een koekje.. Neem toch maar geen koekje, want ik ben bang om aan te komen

+

Verzenden Wissen

Afbeelding 3 Screenshot eetdagboek Beat-it

Aan de hand van de gegevens die ingevuld zijn bij het eetdagboek wordt automatisch een grafiek gegenereerd waarin eetbuien en compensatiegedrag bijgehouden worden. Per week wordt het aantal eetbuien en andere gedragingen opgeteld en in een grafiek weergegeven. Wanneer dit een aantal weken volgehouden wordt, kan de cliënt zien in hoeverre de eetstoornis veranderd. In afbeelding 4 is een voorbeeld te zien van een dergelijke grafiek.



Afbeelding 4 Voorbeeldgrafieken aantal eetbuien en purgeergedrag van de cliënt

Ervaringsverhaal. Het laatste vaste onderdeel van elke sessie is het *ervaringsverhaal*. Deze ervaringsverhalen zijn geschreven door ervaringsdeskundigen van zelfhulporganisatie ZieZo. De thema's van deze vaste onderdelen verschillen per sessie.

1.6 Inhoud van de sessies

De behandeling bestaat uit 15 sessies die verdeeld zijn over de vier eerder genoemde fases. Zoals in tabel 4.4 te zien is, wordt in elke sessie aandacht besteed aan een ander thema. Hieronder volgt een uitgebreide beschrijving van de verschillende fases van de behandeling en de bijbehorende sessies.

Fase 1. De eerste fase heeft betrekking op de voorbereiding tot verandering. In sessie 1 wordt ingegaan op het onderwerp eetstoornissen. Er wordt onderzocht op welke manier de eetstoornis invloed heeft op het leven van de cliënt. Vragen als: 'Wat zijn de voordelen van een eetstoornis?' en 'Wat zijn de nadelen van een eetstoornis?' komen aan bod. De cliënt wordt geacht hier actief mee bezig te gaan. Zo is de huiswerkopdracht van sessie 1: schrijf een brief aan *Boulimia Nervosa* als vriend en als vijand. Ook de ervaringsverhalen zijn gericht op het hebben van een eetstoornis. Sessie 2 heeft betrekking op de motivatie om te veranderen. Er worden motivatieopdrachten gedaan. Cliënten moeten het patroon van de eetstoornis beschrijven en deze visualiseren in een cirkel. Er wordt tevens een start gemaakt met het invullen van het eetdagboek. Het invullen van het eetdagboek zal gedurende de hele behandeling gedaan worden. Sessie 3 heeft betrekking op het meten van gewicht. Er wordt een start gemaakt met de gewichtsregistratiegrafiek. Problemen en moeilijkheden met eten en wegen komen aan bod. Bij deze sessie worden doelstellingen gemaakt op cognitief en gedragsniveau.

Fase 2. In de tweede fase wordt gestart met het veranderen van het gedrag. Er wordt uitleg gegeven over diëtmanagement en de gevolgen van compensatiegedrag. Sessie 4 heeft betrekking op normaal eten. Er wordt gestart met voedingsvoorlichting en diëtmanagement. Cliënten moeten een eigen menu samenstellen waarbij gestructureerd eten de doelstelling is. De nadruk ligt op regelmatig eten. In sessie 5 wordt hier verder op doorgegaan. In deze sessie probeert de cliënt namelijk te stoppen met de eetbuien. Dit wordt gedaan door te leren ingrijpen bij prikkel of drang, en het blootstellen aan eetbui prikkels (cue exposure). Er worden voorbeelden geven van afleidende activiteiten en copingstijlen. Sessie 6 en 7 hebben betrekking op het compensatiegedrag van de patiënt. In sessie 6 wordt aandacht besteed aan braken en laxeren. Het waarom en de gevolgen van braken en laxeren worden besproken. Ook worden er ideeën gegeven voor het stoppen met braken en laxeren. Sessie 7 is

gericht op het overmatig bewegen. Bij deze sessie is eenzelfde opzet gebruikt als sessie 6. Bij sessie 8 wordt aandacht besteed aan verboden voedsel. Cliënten maken een lijst met voor hen verboden voedsel en gaan oefenen met het eten van dit voedsel. Tevens wordt een tussentijdse evaluatie uitgevoerd om te kijken waar de cliënten staan in de behandeling.

Fase 3. In de derde fase wordt gestart met cognitieve therapie met als onderdeel waardegebieden en zelfevaluatie. Sessie 9 is een introductie in de cognitieve therapie. Sessie 10 heeft betrekking op irrationele gedachten met betrekking tot eten. De cliënt leert deze moeilijke situaties uit te dagen. In sessie 11 wordt gewerkt aan de denkpatronen. Verschillende specifieke denkpatronen worden beschreven. Bijvoorbeeld zwart-wit denken. Sessie 12 gaat in op lichaamsbeeld en lichaamsbeweging. Patiënten maken een lijst met lichaamsvermijding gedag. Door middel van progressieve exposure wordt gewerkt aan extreme aandacht voor lichaamschecks. Het doel is het afbouwen hiervan. In sessie 13 wordt gewerkt aan een positief lichaamsbeeld en positieve gedachten over het lichaam en uiterlijk.

Fase 4. In de laatste, vierde fase gaat het vooral om het handhaven van gedrag en het voorkomen van terugval. In sessie 14 wordt gewerkt aan terugvalpreventie. De in het begin opgestelde doelen worden geëvalueerd. Er wordt gekeken welke doelen bereikt zijn en wat nog moeilijke punten zijn. In de laatste sessie (15) wordt een terugvalpreventieplan opgesteld. Na deze laatste fase zijn de patiënten aan het einde gekomen van de behandeling. Om te kijken in hoeverre de behandeling effect heeft gehad, wordt een effectmeting gedaan. Dit wordt gedaan aan de hand van vragenlijsten. De cliënten moeten dezelfde vragenlijsten invullen als die ze bij de start van de behandeling in gevuld hebben. Vervolgens wordt het effect van de behandeling bepaald. Na 2 of 6 maanden vindt een follow-up plaats. Ook hier moeten cliënten dezelfde vragenlijsten invullen. Eventueel kan toegang tot een andere behandeling aangeboden worden.

Tabel 4.4 *Thema's van de sessies*

Sessie	Thema
<u>Fase 1 Voorbereiden</u>	
Sessie 1	Hoe zit de eetstoornis in elkaar?
Sessie 2	Wikken en wegen
Sessie 3	Metten is weten
<u>Fase 2 Gedrag veranderen</u>	
Sessie 4	Normaal eten
Sessie 5	Eetbuien stoppen
Sessie 6	Compensatie (braken/laxeren)
Sessie 7	Compensatie (overmatig bewegen)
Sessie 8	Verboden voedsel
<u>Fase 3 Gedachten veranderen</u>	
Sessie 9	Cognitieve therapie
Sessie 10	Cognitieve therapie (irrationele gedachten)
Sessie 11	Cognitieve therapie (denkpatronen)
Sessie 12	Lichaamsbeeld en lichaamsbeleving
Sessie 13	Cognitieve therapie (lichaamsbeeld)
<u>Fase 4 Behoud</u>	
Sessie 14	Afronding
Sessie 15	Voorkom terugval

Bijlage 2 Vragenlijst behandeling van eetstoornissen

Inleiding

Fijn dat je mee wilt werken aan mijn onderzoek! Deze vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen. De enquête start met een aantal algemene vragen, gevolgd door een aantal vragen over je behandelgeschiedenis. Vervolgens wordt gevraagd naar je verwachtingen over een face to face behandeling en een internetbehandeling. Deze vormen van behandeling worden vervolgens met elkaar vergeleken. Als laatste wordt nog een aantal vragen gesteld over de behandeling van je eetstoornis.

Algemene gegevens

1. Wat is je geslacht?

- ☐ Man
☐ Vrouw

2. Wat is je leeftijd?

..... jaar

3. Wat is je hoogst behaalde diploma? (Vul als je nog op school zit de studie in die je nu doet)

- ☐ Basisschool
☐ VMBO (MAVO)
☐ HAVO
☐ VWO
☐ MBO
☐ HBO
☐ WO
☐ Anders

Hieronder volgen enkele vragen over je behandelgeschiedenis en eetprobleem

4. Heb je voor psychische of gezondheidsgerelateerde onderwerpen wel eens:

		Ja	Nee
a	Informatie gezocht op internet?	☐	☐
b	Deelgenomen in een discussiegroep/forum?	☐	☐
c	Een zelftest gedaan?	☐	☐
d	Deelgenomen aan een zelfhulpprogramma?	☐	☐
e	Deelgenomen aan een internetbehandeling?	☐	☐

5. Heb je een eetstoornis?

- ☐ Ja, dat is door een dokter/therapeut vastgesteld
- ☐ Ik heb het vermoeden
- ☐ Nee (ga door naar vraag 10)

6. Welke eetstoornis heb je?

- ☐ Anorexia Nervosa
- ☐ Boulimia Nervosa
- ☐ Eetbuistoornis (Binge eating disorder)
- ☐ Eetstoornis niet anders omschreven (ES-NAO)

7. Hoe lang heb je al een eetstoornis?

- ☐ Korter dan een maand
- ☐ 1-6 maanden
- ☐ 6-12 maanden
- ☐ 1-2 jaar
- ☐ 2-3 jaar
- ☐ Langer dan 3 jaar

8. Heb je al eens professionele hulp gezocht voor je eetstoornis? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ja, bij mijn huisarts
- ☐ Ja, bij een psycholoog/psychiater
- ☐ Ja, ergens anders, namelijk:
- ☐ Nee

9. Ben je momenteel in behandeling voor je eetstoornis?

- ☐ Ja, bij een zelfhulpgroep
- ☐ Ja, bij een psycholoog/psychiater
- ☐ Ja, ergens anders
- ☐ Nee

Behandeling van eetstoornissen

Face to face behandeling

De meest voorkomende vorm van de behandeling van eetstoornissen is een face-to face behandeling. Dit is een behandeling bij een psycholoog bij een instelling of ziekenhuis, waarbij je persoonlijke gesprekken hebt met een therapeut en samen werkt aan je eetstoornis. De behandeling bestaat uit een aantal vaste onderdelen. De volgende vragen gaan over deze face-to-face behandelingen. In ben erg benieuwd naar je mening en verwachtingen over deze vorm van behandeling. Kruis aan welk antwoord het meeste op jou van toepassing is. Let op: er is maar één antwoord mogelijk!

10. Het volgen van een face to face behandeling voor mijn eetstoornis lijkt me...

a	Heel slecht ☐	Beetje slecht ☐	Neutraal ☐	Beetje goed ☐	Heel goed ☐
---	---	---	--------------------------------------	---	---------------------------------------

b	Heel zinloos ☐	Beetje zinloos ☐	Neutraal ☐	Beetje zinvol ☐	Heel zinvol ☐
---	--	--	--------------------------------------	---	---

c	Heel moeilijk ☐	Beetje moeilijk ☐	Neutraal ☐	Beetje makkelijk ☐	Heel makkelijk ☐
---	---	---	--------------------------------------	--	--

d	Heel onplezierig ☐	Beetje onplezierig ☐	Neutraal ☐	Beetje plezierig ☐	Heel plezierig ☐
---	--	--	--------------------------------------	--	--

e	Heel omslachtig ☐	Beetje omslachtig ☐	Neutraal ☐	Niet omslachtig ☐	Helemaal niet omslachtig ☐
---	---	---	--------------------------------------	---	--

f	Heel onbetrouwbaar ☐	Beetje onbetrouwbaar ☐	Neutraal ☐	Beetje betrouwbaar ☐	Heel betrouwbaar ☐
---	--	--	--------------------------------------	--	--

g	Heel ineffectief ☐	Beetje ineffectief ☐	Neutraal ☐	Beetje effectief ☐	Heel effectief ☐
---	--	--	--------------------------------------	--	--

11. In hoeverre verwacht je dat de face to face behandeling kan bijdragen aan het verminderen van je eetklachten?

	Heel geringe bijdrage ☐	Geringe bijdrage ☐	Neutraal ☐	Grote bijdrage ☐	Heel grote bijdrage ☐
--	---	--	--------------------------------------	--	---

12. Een face to face behandeling...

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
a	Past goed in mijn leven	☐	☐	☐	☐	☐
b	Is goed te combineren met mijn werk/studie	☐	☐	☐	☐	☐
c	Past goed binnen mijn levensstijl	☐	☐	☐	☐	☐

13. Ik verwacht dat behandelaars bij de face to face behandeling...

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
a	Vertrouwelijk omgaan met mijn gegevens	☐	☐	☐	☐	☐
b	Mij voldoende begeleiden	☐	☐	☐	☐	☐
c	Mij goede instructies geven	☐	☐	☐	☐	☐
c	Altijd beschikbaar zijn om me te helpen bij moeilijkheden	☐	☐	☐	☐	☐

14. Wat zou voor jou het belangrijkste voor- en nadeel zijn van een face to face behandeling?

Belangrijkste voordeel :
Belangrijkste nadeel :

15. Geef aan in welke mate je het eens bent met de volgende stellingen.

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
a	Ik kan het aan om een face to face behandeling te volgen	☐	☐	☐	☐	☐
b	Ik ben in staat om de behandeling alleen uit te voeren	☐	☐	☐	☐	☐
c	Als ik zou willen, zou het me zeker lukken om een face to face	☐	☐	☐	☐	☐

	behandeling te volgen					
--	-----------------------	--	--	--	--	--

16. Wat lijkt jou het moeilijkst aan het doen van een face to face behandeling? Of waar zie je barrières?

Antwoord:

Internetbehandeling

De laatste jaren worden steeds meer internetbehandelingen ontwikkeld, ook voor patiënten met een eetstoornis. De werkwijze bij internetbehandelingen verschilt niet veel van een normale face-to-face behandeling. Net als in een gewone behandeling heb je wekelijks contact met een therapeut, alleen nu niet persoonlijk, maar via de email. Samen met je persoonlijke therapeut pak je je problemen aan. De behandeling bestaat uit een aantal vaste onderdelen.

De volgende vragen hebben betrekking op de internetbehandeling die zojuist beschreven is. Ik ben erg benieuwd naar je mening en verwachtingen hierover. Kruis aan welk antwoord het meeste op jou van toepassing is. Let op: er is maar één antwoord mogelijk!

17. Het volgen van een internetbehandeling voor mijn eetstoornis lijkt me...

a	Heel slecht ☐	Beetje slecht ☐	Neutraal ☐	Beetje goed ☐	Heel goed ☐
---	---	---	--------------------------------------	---	---------------------------------------

b	Heel zinloos ☐	Beetje zinloos ☐	Neutraal ☐	Beetje zinvol ☐	Heel zinvol ☐
---	--	--	--------------------------------------	---	---

c	Heel moeilijk ☐	Beetje moeilijk ☐	Neutraal ☐	Beetje makkelijk ☐	Heel makkelijk ☐
---	---	---	--------------------------------------	--	--

d	Heel onplezierig ☐	Beetje onplezierig ☐	Neutraal ☐	Beetje plezierig ☐	Heel onplezierig ☐
---	--	--	--------------------------------------	--	--

e	Heel omslachtig ☐	Beetje omslachtig ☐	Neutraal ☐	Niet omslachtig ☐	Helemaal niet omslachtig ☐
---	---	---	--------------------------------------	---	--

f	Heel onbetrouwbaar ☐	Beetje onbetrouwbaar ☐	Neutraal ☐	Beetje betrouwbaar ☐	Heel betrouwbaar ☐
---	---	---	--------------------------------------	---	---

g	Heel ineffectief ☐	Beetje ineffectief ☐	Neutraal ☐	Beetje effectief ☐	Heel effectief ☐
---	--	--	--------------------------------------	--	--

18. In hoeverre verwacht je dat een internetbehandeling kan bijdragen aan het verminderen van je eetklachten?

g	Heel geringe bijdrage ☐	Geringe bijdrage ☐	Neutraal ☐	Grote bijdrage ☐	Heel grote bijdrage ☐
---	--	--	--------------------------------------	--	--

19. Ik verwacht dat een internetbehandeling...

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
a	Goed past in mijn leven	☐	☐	☐	☐	☐
b	Goed te combineren is met mijn werk/studie	☐	☐	☐	☐	☐
c	Goed past binnen mijn levensstijl	☐	☐	☐	☐	☐

20. Ik verwacht dat behandelaars bij de internetbehandeling...

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
a	Vertrouwelijk omgaan met mijn gegevens	☐	☐	☐	☐	☐
b	Mij voldoende begeleiden	☐	☐	☐	☐	☐
c	Mij goede instructies geven	☐	☐	☐	☐	☐
d	Altijd beschikbaar zijn om me te helpen bij moeilijkheden met het programma	☐	☐	☐	☐	☐

21. Wat zou voor jou het belangrijkste voordeel zijn van een face to face behandeling?

Belangrijkste voordeel :
Belangrijkste nadeel :

22. Geef aan in welke mate je het eens bent met de volgende stellingen:

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
d	Ik verwacht tijdens de internetbehandeling steun te krijgen van anderen	☐	☐	☐	☐	☐
e	Ik kan het aan om een behandeling via internet te volgen	☐	☐	☐	☐	☐
f	Ik heb genoeg kennis van computers om een internetbehandeling te volgen	☐	☐	☐	☐	☐
g	Ik ben in staat om de internetbehandeling alleen uit te voeren	☐	☐	☐	☐	☐
h	Als ik zou willen, zou het me zeker lukken om een internetbehandeling te volgen	☐	☐	☐	☐	☐

23. Wat lijkt je moeilijk aan het doen van een internetbehandeling behandeling? Of waar zie je barrières?

Antwoord:

Vergelijking face to facebehandeling en internetbehandeling**24. Welke behandeling is volgens jou het meest effectief?**

Zeker face-to face ☐	Waarschijnlijk face-to-face ☐	Maakt niet uit ☐	Waarschijnlijk via internet ☐	Zeker via internet ☐
--	---	--	---	--

25. Welke behandeling lijkt jou het minst plezierig?

Zeker face-to face ☐	Waarschijnlijk face-to-face ☐	Maakt niet uit ☐	Waarschijnlijk via internet ☐	Zeker via internet ☐
--	---	--	---	--

26. Welke behandeling lijkt jou het meest makkelijk om uit te voeren?

Zeker face-to face ☐	Waarschijnlijk face-to-face ☐	Maakt niet uit ☐	Waarschijnlijk via internet ☐	Zeker via internet ☐
--	---	--	---	--

27. Mensen die belangrijk voor me zijn... (Let op: meerdere antwoorden mogelijk!)

		Ja, mijn ouders vinden dit	Ja, mijn vrienden vinden dit	Ja, mijn relatie/verkering vindt dit	Ja, belangrijk ke anderen vinden dit	Nee, niemand vindt dit.
a	vinden het belangrijk dat ik een oplossing zoek voor mijn eetprobleem.	☐	☐	☐	☐	☐
b	vinden dat ik in therapie zou moeten gaan voor mijn eetprobleem.	☐	☐	☐	☐	☐
c	hebben me aangeraden om een internetbehandeling te gaan volgen voor mijn eetprobleem.	☐	☐	☐	☐	☐

28. Geef aan in welke mate je het eens bent met de volgende stellingen:

		Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
a	Als ik een behandeling zou volgen, dan zou ik het tegen niemand vertellen	☐	☐	☐	☐	☐
b	Ik ken mensen die een face to face behandeling volgen voor hun eetstoornis	☐	☐	☐	☐	☐
c	Ik ken mensen die een internetbehandeling volgen	☐	☐	☐	☐	☐
d	Ik schaam me ervoor om in behandeling te gaan	☐	☐	☐	☐	☐

Behandeling van je eetstoornis

29. Ben je van plan om iets aan je eetprobleem te doen?

Zeker niet ☐	Niet ☐	Misschien ☐	Wel ☐	Zeker wel ☐
--	----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

30. Op welke manier zou je het liefst behandeld willen worden voor je eetstoornis?

Zeker face-to face ☐	Waarschijnlijk face-to-face ☐	Maakt niet uit ☐	Waarschijnlijk via internet ☐	Zeker via internet ☐
--	--	--	--	--

31. Op welke termijn ben je van plan om in behandeling te gaan?

Direct ☐	Binnen 3 maanden ☐	Binnen een half jaar ☐	Binnen een jaar ☐	Nooit ☐
------------------------------------	---	---	---	-----------------------------------

**- Einde enquête -
Hartelijk dank voor je medewerking!**