

de online behandeling

www.eetprobleemdebaas.nl

een onderzoek naar de therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten



m a s t e r t h e s i s

UNIVERSITEIT TWENTE.

Mareike Mulder
S1000780
Universiteit Twente
November 2011

m a s t e r t h e s i s



UNIVERSITEIT TWENTE.

Opdrachtgever: Tactus Verslavingszorg
Adresgegevens: Locatie Institutenweg
Informatie en advies
Twente
Institutenweg 1
7521 PH Enschede

Auteur: Mareike Mulder
Studentnummer: 1000780
Opleiding: Master Psychologie
Veiligheid & Gezondheid
Faculteit: Gedragwetenschappen
Instituut: Universiteit Twente
Adresgegevens: Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede

1^e begeleider: Drs. E.D. ter Huurne
2^e begeleider: Dr. M.G. Postel

1^e begeleider: Dr. C.H.C. Drossaert
2^e begeleider: Dr. L.M.A. Braakman-
Jansen

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Summary.....	4
Voorwoord.....	6
1. Inleiding.....	8
1.1 Achtergronden.....	8
1.1.1 Eetstoornissen en behandeling.....	8
1.1.2 Opkomst van online behandeling en effectiviteit.....	9
1.2 De therapeutische relatie 1.2.1 Bedenkingen van hulpverleners.....	10
1.2.2 Therapeutische relatie – concept en ontstaansgeschiedenis.....	11
1.2.3 Meetinstrumenten.....	12
1.2.4 De therapeutische relatie, succesvolle behandeling en dropout.....	12
1.2.5 Factoren van invloed op de therapeutische relatie.....	14
1.2.6 De therapeutische relatie in online behandeling.....	15
1.2.7 Onderzoeksvragen.....	17
2 Methoden.....	20
2.1 Deelnemers.....	20
2.2 Interventie.....	21
2.3 Procedures.....	22
2.3.1 Onderzoekdesign.....	22
2.3.2 Meetmomenten.....	23
2.3.3 Variabelen en meetinstrumenten.....	23
2.3.4 Inschatting hulpverleners van attitudes cliënten.....	28
2.3.5 Data analyse.....	29
3. Resultaten.....	32
3.1 Respons.....	32
3.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep.....	33
3.2.1 Demografische gegevens en redenen voor behandeling.....	33
3.2.2 Ziektegerelateerde gegevens.....	35
3.3 De therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten.....	37
3.4 Voorspellers van de therapeutische relatie.....	39
3.5 Hoe schatten de hulpverleners de attitudes van hun cliënten in.....	41
4. Discussie.....	44
Referenties.....	50



Samenvatting

Achtergrond: Hoewel online behandeling bij psychische problemen en stoornissen veelbelovend is en goede effecten laat zien, is deze behandelvorm controversieel en bestaat er bij hulpverleners weerstand op ethisch, klinisch en praktisch gebied. De belangrijkste bedenkingen van hulpverleners hebben betrekking op het ontwikkelen van een sterke therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener.

Doelstelling: Inzicht verwerven in de therapeutische relatie in online behandeling, de beoordeling van de therapeutische relatie door ervaren online hulpverleners en door hun cliënten, de (hulpverlenegerelateerde en cliëntgerelateerde demografische en ziektegerelateerde) factoren die van invloed zijn op de therapeutische relatie en het verband tussen de therapeutische relatie, de behandelresultaten en therapietrouw.

Methoden: De therapeutversie van de 'Helping Alliance Questionnaire' (HAQ) werd afgenomen bij 12 hulpverleners van de online interventie Eetprobleemdebaas.nl en vergeleken met de ingevulde HAQ door 39 cliënten die deelnamen aan de RCT naar de interventie. Met gepaarde t-toetsen, correlatieanalyse en Bland-Altman analyse is de mate van overeenkomst in beoordeling van de therapeutische relatie door de hulpverleners en cliënten onderzocht. Daarnaast zijn met correlatie- en regressieanalyse verbanden tussen de therapeutische relatie en voorspellende factoren bestudeerd.

Resultaten: Cliënten en hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie beiden positief. Er werden weinig significante verbanden gevonden tussen HAQ scores en verschillende voorspellende variabelen; het voorspellen van de kwaliteit van de therapeutische relatie blijkt moeilijk. Het oordeel van de cliënt correleerde positief met de leeftijd van de hulpverlener ($p=.03$) en negatief met piekeren over lichaamsvorm ($p=.03$). Hulpverleners met meer ervaring in online behandeling beoordeelden de therapeutische relatie als positiever ($p=.05$). Door gebrek aan data bij afronding van het onderzoek konden geen conclusies worden getrokken over het verband tussen de therapeutische relatie, behandelresultaten en therapietrouw. Cliënten hadden een positieve attitude ten aanzien van de behandeling; hulpverleners schatten dit bij afronding van de behandeling vrij juist in.

Conclusie: In lijn met eerdere studies ervoeren cliënten de therapeutische relatie in de online behandeling als positief. In tegenstelling tot veel reguliere therapeuten, hadden ook de online therapeuten een positieve indruk, hulpverlenerattitude was daarbij positief gerelateerd aan de mate van ervaring met online behandeling. De kwaliteit van de therapeutische relatie blijkt een moeilijk te voorspellen concept; voor hulpverleners is het wel van belang te weten, dat cliëntbeoordelingen positief gerelateerd kunnen zijn aan de leeftijd van de hulpverlener en negatief aan de ernst van de klachten bij aanvang van de behandeling (met name bezorgdheid over lichaamsvorm, algehele negatievere lichaamsattitude en depressieve gevoelens). Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de wijze waarop de therapeutische relatie zich binnen de behandeling ontwikkelt en op de verbanden tussen de therapeutische relatie, behandelresultaten en therapietrouw.

Summary

Background: Despite promising results, online psychological treatment is still controversial. Psychologists and other therapists remain sceptical and make ethical, clinical and practical objections. A primary concern is whether the therapeutic alliance, which is considered a central component of successful therapy, can be developed in an online setting.

Objective: The purpose of this study was to gain more insight in the therapeutic alliance in online treatment, the assessment of the therapeutic relationship by experienced online therapists and their clients, the (client- and therapist-related) factors influencing the therapeutic alliance and the correlation between the therapeutic alliance, successful therapy and dropout.

Methods: The therapist version of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ) was assessed in 12 therapists in the online treatment of eating disorders Eetprobleemdebaas.nl. These results were compared with the results of the client version of the HAQ filled out by 39 patients who participated in the RCT. Paired t-tests, Pearson correlation analysis and Bland-Altman analysis were used to examine the level of agreement. Factors influencing the therapeutic alliance were also studied.

Results: Therapists and patients gave high ratings of the therapeutic alliance as measured with the HAQ. Paired t-tests showed consensus between the therapists and the patients. Only a few factors were found to influence the therapeutic alliance; determining the factors that influence the therapeutic alliance seems difficult. Significant positive correlation was found between client HAQ ratings and therapist age ($p=.03$) and between therapist HAQ ratings and years of experience as an online therapist ($p=.05$). A significant negative correlation was found between client HAQ rating and shape concern ($p=.03$). The number of patients who completed treatment was much smaller than expected and therefore no conclusions can be drawn concerning the therapeutic alliance, therapy effects and dropout. After completing treatment the therapists gave a good estimation of their patients attitudes towards the treatment.

Conclusion: In line with earlier studies, clients in an online treatment gave high ratings of the therapeutic alliance. Contrary to expectations, this study shows that the therapists also gave positive ratings, which was influenced by the therapists' online therapy experience. Therapists in online treatment of eating disorders should be aware that the therapeutic alliance as rated by the clients can be influenced in a positive way by the therapist age and in a negative way by the seriousness of the clients' medical condition (especially shape concern, negative body attitude and depression). Future studies should focus on the development of the therapeutic alliance during treatment and the relationship between the therapeutic alliance, successful therapy and dropout.

Voorwoord

Van februari tot en met half november 2011 heb ik afstudeeronderzoek mogen doen bij Tactus Verslavingszorg, afdeling Internetbehandeling. Iets meer dan negen maanden: het voelt alsof ik mijn eerste ‘bevalling’ achter de rug heb! Het waren maanden die ik, ondanks dat het een bewogen tijd was, als erg prettig heb ervaren. Ik heb mogen proeven van de fijne sfeer op de afdeling en ik heb deskundige en gedreven medewerkers ontmoet.

Het was interessant de start en het verloop van een RCT naar een relatief nieuw fenomeen, de online behandeling, van dichtbij mee te maken en hierin een kleine rol te kunnen spelen. Ik was onder de indruk van de enorme hoeveelheid werk die er door de onderzoekers wordt verzet. Voor mij persoonlijk waren voornamelijk de data-analyse en het werken met SPSS een grote uitdaging en ik ben blij dat ik deze ben aangegaan en op dit gebied veel geleerd heb.

Er brak een spannende periode aan toen ik ontdekte dat ik begin 2012 een echte bevalling ga meemaken. Naast blijdschap kwamen ook de twijfels: hoe zal mijn zwangerschap verlopen en zal ik deze kunnen combineren met het afstuderen en werken? Ik ben erg dankbaar voor de positieve reacties en het begrip dat ik van mijn begeleiders en medewerkers bij Tactus heb ontvangen in deze periode, wat mij gemotiveerd heeft door te zetten en mijn afstudeeronderzoek zonder al te veel uitlooptijd af te ronden.

In het bijzonder wil ik mijn eerste begeleider van Tactus, Elke ter Huurne, mijn eerste begeleider van de UT, Stans Drossaert, mijn tweede begeleider van Tactus, Marloes Postel, en mijn tweede begeleider van de UT, Annemarie Braakman-Jansen, bedanken. Elke: ik heb bewondering voor je scherpe verstand, je perfectionisme en je werkmentaliteit. Bedankt dat je altijd tijd hebt kunnen vrijmaken voor advies, ook al was je zelf erg druk met de RCT. En natuurlijk bedankt voor de leuke momenten op kantoor. Marloes: dank voor je tips en gezellige gesprekjes, ik kreeg veel positieve energie van je. Stans: ik bewonder je enorme kennis en ervaring en ik heb hier veel van geleerd. Je was me altijd weer een paar stappen voor om me te laten nadenken over de richting en inhoud van de these, waardoor ik verder kon werken. Bedankt voor je kritische blik, maar ook voor je gedrevenheid in het begeleiden. Annemarie: bedankt dat je in het eindproces naar de these hebt willen kijken en tips hebt gegeven voor de logische lijn en de leesbaarheid. En bedankt voor je aanstekelijke enthousiasme en de leuke gesprekjes die ik met je had over zwangerschapsperikelen.

Tot slot dank en liefde voor mijn vriend, mijn familie en mijn vrienden: voor alle steun, adviezen en ontspanning! En klein mensje in mijn buik: wat fijn dat je er bent en dat je me er elke dag weer aan herinnert dat het leven vol mooie verrassingen zit.

Mareike Mulder, november 2011

1. Inleiding

1.1 Achtergronden

1.1.1 Eetstoornissen en behandeling

Eetstoornissen en eetproblemen komen veel voor onder de Nederlandse bevolking, voornamelijk onder jonge vrouwen tussen de 15 en 29 jaar. Het RIVM omschrijft eetstoornissen als psychische stoornissen die worden gekenmerkt door verstoord eetgedrag, zoals extreme reductie van voedselinname, extreme mate van overeten of inadequaat compensatiegedrag, zoals braken en laxeren. Volgens de DSM-IV, de meest gebruikte classificatiemethode voor eetstoornissen in Nederland (American Psychiatric Association, 1994), is er bij een eetstoornis sprake van een obsessieve preoccupatie met gewicht, uiterlijk en eten. De DSM-IV onderscheidt de eetstoornissen Anorexia Nervosa (AN), Boulimia Nervosa (BN), Eetstoornis Niet Anders Omschreven (ES-NAO) en Binge Eating Disorder (BED). De laatstgenoemde eetstoornis is nog geen definitieve diagnose, maar wordt in de DSM-IV omschreven als ‘category in need of further research’. Eetstoornissen zijn vaak chronisch van aard en kunnen diverse ernstige fysieke, psychische en sociale gevolgen hebben (CBO & Trimbos-instituut, 2006). Daarbij zijn eetstoornissen een complexe problematiek. Meestal is er niet één achterliggende oorzaak voor het ontstaan aan te wijzen, maar ontstaan de stoornissen door een combinatie van verschillende risicofactoren, zoals geslacht en leeftijd, individuele kwetsbaarheid, omgevingsfactoren en levensgebeurtenissen.

Er zijn verschillende vormen van ambulante behandeling, deeltijdbehandeling en opname mogelijk bij eetstoornissen en -problemen, afhankelijk van de aard van de (achterliggende) problematiek, de leeftijd en de sociale situatie van de patiënt. In de in 2006 verschenen Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (CBO & Trimbos-instituut, 2006) wordt aangeraden patiënten te behandelen volgens het ‘stepped care’ principe. Dit wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minst ingrijpende behandeling. Daarnaast is het aanbevolen om patiënten integraal te behandelen, zich richtende op eetgedrag, lichaamsgewicht en lichaamsbeleving, maar ook op algemene psychologische problemen, zoals onzekerheid, perfectionisme en trauma’s, en op problemen in het gezinsleven en het sociaal-maatschappelijk functioneren. Ten slotte wordt aanbevolen om voedingsmanagement in de behandeling op te nemen. Veelgebruikte psychologische behandelmethoden zijn cognitieve gedragstherapie, inter-persoonlijke psychotherapie en motiverende gespreksvoering (Geller & Dunn, 2011; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Van deze behandelmethoden is cognitieve gedragstherapie de meest toegepaste methode. Deze therapievorm gaat ervan uit dat de symptomen van eetstoornissen blijven bestaan door een ideaalbeeld over lichaam en gewicht, dat gepaard gaat met inaccurate overtuigingen. Het doel van cognitieve gedragstherapie is het bevorderen van gezond eet- en/of beweeggedrag door de neiging naar het ongezonde gedrag te beïnvloeden. Er wordt ook gewerkt aan het beïnvloeden van verkeerde attitudes

ten aanzien van lichaam en gewicht en aan het veranderen van compensatiegedrag (Geller & Dunn, 2011). Vaak is psycho-educatie een onderdeel van cognitieve gedragstherapie (Andersson, Bergstrom, Carlbring, & Lindefors, 2005). Inter-persoonlijke psychotherapie is een kortdurende vorm van psychotherapie die oorspronkelijk is ontwikkeld voor het behandelen van depressie. Vanaf de jaren '90 is inter-persoonlijke therapie ingezet in de behandeling van BN en later ook bij BED (Van den Eynde & Schmidt, 2008). Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie sneller tot positieve resultaten leidt dan inter-persoonlijke psychotherapie (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000) en deze vorm wordt daarom vaker ingezet. Motiverende gespreksvoering wordt gebruikt om mensen met een eetstoornis te helpen om hun 'readiness to change' te vergroten (Geller & Dunn, 2011). Dit wordt door de hulpverlener toegepast door empathisch te reageren op het verhaal van de cliënt, door sleutelvragen te stellen en door reflectief te luisteren.

Ondanks de vaak ernstige lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van eetstoornissen en de diverse behandel mogelijkheden, worden patiënten veelal niet herkend en behandeld (Hoek & Van Hoeken, 2003). Mensen die wel hulp zoeken, ervaren vaak al lange tijd klachten, waardoor problemen kunnen zijn toegenomen. Mogelijke persoonlijke verklaringen voor het niet of laat zoeken van hulp zijn hoge kosten, lage motivatie, schaamte, angst voor controleverlies en angst voor stigmatisering (Evans et al., 2011). Om in de behoefte aan laagdrempelige en toegankelijke interventies bij eetstoornissen te voorzien, is Tactus Verslavingszorg in juni 2009 gestart met de online interventie www.eetprobleemdebaas.nl. Eetprobleemdebaas.nl bestaat uit een informatieve website, online lotgenotencontact, internetbehandeling met nazorgmodule en wetenschappelijk onderzoek. Bij de behandeling wordt uitgegaan van cognitieve gedragstherapie en motiverende gesprekstechnieken. Sinds de start van de internetbehandeling [eetprobleemdebaas.nl](http://www.eetprobleemdebaas.nl), is pilotonderzoek gedaan naar de uitvoerbaarheid en effectiviteit van deze online interventie (Ter Huurne, et al., in preparation). De resultaten hiervan zijn veelbelovend. Daarnaast is de vergelijkbare online behandeling bij alcoholproblemen met positief resultaat onderzocht (Postel, De Haan, Ter Huurne, Becker, & De Jong, 2010). Om de effectiviteit van Eetprobleemdebaas.nl ook wetenschappelijk aan te tonen, is Tactus Verslavingszorg in maart 2011 met een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) gestart.

1.1.2 Opkomst van online behandeling en effectiviteit

Al aan het begin van de eenentwintigste eeuw voorspelden verscheidene experts op het gebied van psychotherapie een grote groei in interactie tussen hulpverlener en cliënt door middel van elektronische media. Internetbehandelingen zijn inmiddels ontwikkeld voor een breed scala aan psychische problemen en stoornissen, zoals relatieproblemen, werkgerelateerde burnout, depressie, angststoornissen, middelenmisbruik en ook eetstoornissen (Norcross, Hedges, & Prochaska, 2002). Volgens onderzoek uit 2000 maakte destijds ongeveer 10% van de Amerikaanse psychologen gebruik van elektronische media bij de communicatie met hun cliënten (Vandenbos & Williams, 2000). De

afgelopen jaren is het internet een steeds belangrijker medium geworden om psychologische diensten aan te bieden (Barak, et al., 2008).

Onderzoek naar de effectiviteit van online behandelingen groeit en resultaten wijzen uit dat een aantal van deze alternatieve behandelingsmethoden daadwerkelijk effect heeft (Knaevelsrud, Jager, & Maercker, 2004; Postel, et al., 2010). Ook verschillende online behandelingen bij eetproblemen en eetstoornissen lijken positieve effecten te hebben op psychosociaal welbevinden (Ljotsson et al., 2007; Zabriski, Celio, Jacobs, Manwaring, & Wilfley, 2003), lichaamsbeleving (Winzelberg et al., 1998), verstoord eetgedrag (Ljotsson, et al., 2007) en gewicht of Body Mass Index (BMI) (Rothert et al., 2006). Daarnaast is in een Amerikaanse RCT aangetoond dat online behandeling bij eetstoornissen even effectief is als face-to-face behandeling (Mitchell et al., 2008).

1.2 De therapeutische relatie

1.2.1 Bedenkingen van hulpverleners

Toch is online behandeling controversieel en bestaat er bij psychologen en andere hulpverleners veel weerstand. Behandelaren noemen diverse ethische, klinische en praktische bedenkingen ten aanzien van deze nieuwe therapievorm, zoals het waarborgen van de vertrouwelijkheid van cliëntinformatie, problemen rondom aansprakelijkheid, het ontbreken van professionele richtlijnen (Mora, Nevid, & Chaplin, 2008; Tanrikulu, 2009; Wells, Mitchell, Finkelhor, & Becker-Blease, 2007), incomplete en onjuiste informatieverschaffing door cliënten (Wells, et al., 2007) en technische mankementen (Tanrikulu, 2009).

Maar de belangrijkste bedenkingen van psychologen en andere hulpverleners hebben betrekking op mogelijke problemen rondom het ontwikkelen van een sterke therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener binnen online behandeling. Zo zouden volgens veel hulpverleners het ontbreken van non-verbale aspecten (zoals gezichtsuitdrukkingen en oogcontact), het gebrek aan vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener (Mora, et al., 2008; Tanrikulu, 2009) en het minder kunnen tonen van empathie (Tanrikulu, 2009) de ontwikkeling van een sterke therapeutische relatie kunnen bemoeilijken of zelfs onmogelijk kunnen maken.

Dit onderzoek heeft tot doel meer inzicht te geven in de therapeutische relatie tussen hulpverlener en cliënt in online behandeling, in de factoren die van invloed zijn op de therapeutische relatie en in het verband tussen de therapeutische relatie, het behandelingseffect en therapietrouw. Voordat dieper op bovenstaande wordt ingegaan, zal onderstaand het concept ‘therapeutische relatie’ en zijn ontstaansgeschiedenis worden uiteengezet.

1.2.2 Therapeutische relatie – concept en ontstaansgeschiedenis

Er bestaan binnen de psychologie verschillende invalshoeken om de relatie tussen cliënt en hulpverlener aan te duiden. Dientengevolge worden hiervoor verschillende begrippen gebruikt, al naar gelang de invalshoek en de theoretische achtergrond. In het Engels wordt vaak gesproken van ‘working alliance’, ‘therapeutic alliance’ en ‘helping alliance’. Het in alle termen terugkomende woord ‘alliance’ kan vertaald worden met ‘verbond’ en ‘relatie’ en in het Nederlands zijn ‘therapeutische relatie’, ‘therapeutisch verbond’, ‘behandelingsverbond’ en ‘werkrelatie’ dan ook veelgehoorde begrippen (Trijsbrugg, van 't Spijker, van Dam, & Duivenvoorden, 1999). Hoewel er verschillende termen en definities bestaan, kan de therapeutische relatie ruwweg gedefinieerd worden als wederzijdse samenwerking tussen behandelaar en cliënt, waarbinnen sprake is van een emotionele verbinding, gevoelens van warmte en openheid en gedeelde verwachtingen van taken en doelen binnen de behandeling (Jonker, J De Jong, De Weert-van Oene, & Gijls, 2000). Voor de eenduidigheid en omdat binnen Tactus gesproken wordt over ‘therapeutische relatie’, wordt in dit artikel de term ‘therapeutische relatie’ gehanteerd als algemene term.

Het concept van de therapeutische relatie en de invloed hiervan op het behandelresultaat, staan centraal in de psychoanalyse en de psychoanalytische psychotherapie. Al in het begin van de twintigste eeuw stelde Freud (Freud, 1958) dat de positieve, op realiteit gebaseerde aspecten van de relatie tussen cliënt en behandelaar van belang zijn voor een therapeutische relatie, al gebruikte Freud die term niet als zodanig. Zetzel introduceerde de term ‘therapeutic alliance’ aansluitend bij Freud’s bevindingen (Zetzel, 1956). De term ‘working alliance’ werd het eerst gebruikt door Greenson, die de rationelere, doelgerichte, positieve samenwerking tussen cliënt en behandelaar zag als een van de essentiële onderdelen voor succesvolle behandeling (Greenson, 1967). Naast de psychoanalytische invalshoek, conceptualiseerde Carl Rogers de effectieve relatie tussen cliënt en behandelaar vanuit humanistisch perspectief (Rogers, 1957). Volgens Rogers is het van belang dat de behandelaar empathisch is en onvoorwaardelijke waardering toont naar de cliënt.

Een universele visie op de therapeutische relatie, met zowel psychodynamische als cognitief gedragstherapeutische aspecten, had Bordin (Bordin, 1979). Hij sprak net als Greenson, van ‘working alliance’ of in het Nederlands ‘werkrelatie’ en stelde dat een werkrelatie ontstaat wanneer een individu wil veranderen en een ander individu helpt deze verandering te faciliteren. Dit verbond is gebaseerd op wederzijds begrip en overeenkomst ten aanzien van drie essentiële componenten: de veranderingsdoelen, de taken voor het bereiken van deze doelen en de ontwikkeling van emotionele banden die samenwerking mogelijk maken. In aansluiting hierop introduceerde Luborsky (Luborsky, 1984) het nieuwe concept, ‘helping alliance’, waarbij twee factoren binnen de relatie tussen cliënt en hulpverlener worden onderscheiden. Type 1 helping alliance heeft betrekking op de beleving dat de therapeut de cliënt steunt en helpt waarbij de cliënt de ontvanger is van de hulp. Type 2 helping

alliance is gebaseerd op de beleving van gemeenschappelijke samenwerking: samen werken aan wat de cliënt belemmert, gezamenlijke verantwoordelijkheid en een ‘wij gevoel’.

1.2.3 Meetinstrumenten

In de afgelopen veertig jaar zijn diverse onderzoeksinstituten opgericht die de therapeutische relatie in de traditionele face-to-face behandeling bestuderen. Meetinstrumenten werden ontwikkeld vanuit de verschillende definities van de therapeutische relatie, afhankelijk van de rol die deze vervult in de therapie en voor het meten van attitudes van cliënten, therapeuten en van onafhankelijke observatoren (Horvath & Symonds, 1991).

Twee van de meest gebruikte Engelstalige vragenlijsten voor het meten van de therapeutische relatie komen voort uit bovenstaande theorie van Bordin (Bordin, 1979). Dit zijn de Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989) en de Helping Alliance Questionnaire (HAQ) (Luborsky, McLellan, & Woody, 1985). De WAI en de HAQ zijn universeel, zij kunnen binnen verscheidene theoretische kaders toegepast worden en hebben zowel een cliënt- als een therapeutversie (Trijsbrugg, et al., 1999). Steeds meer onderzoek laat zien dat de intercorrelatie tussen de verschillende bestaande vragenlijsten voor het meten van de therapeutische relatie, waaronder de WAI en de HAQ, hoog is en de meetinstrumenten daarmee een hoge validiteit hebben (Horvath & Symonds, 1991). Zo blijkt ook uit Engels onderzoek naar correlaties tussen de WAI en de HAQ (Bale, Catty, Watt, Greenwood, & Burns, 2006), dat beide vragenlijsten de therapeutische relatie vanuit het perspectief van de cliënten gelijk meten.

1.2.4 De therapeutische relatie, succesvolle behandeling en dropout

De angst van veel hulpverleners geen sterke therapeutische relatie op te kunnen bouwen in de online context is niet verwonderlijk. In de reguliere face-to-face behandeling wordt de kwaliteit van de therapeutische relatie namelijk gezien als een belangrijke voorspeller van het therapiesucces, therapietrouw en voortijdige uitval, of in het Engels ‘dropout’. Door de hoge intercorrelatie tussen de verschillende meetinstrumenten kunnen ook conclusies getrokken worden over de therapeutische relatie als robuuste variabele voor het voorspellen van het behandel-effect (Horvath & Symonds, 1991). Ook lijkt de therapeutische relatie gerelateerd te zijn aan ‘dropout’ (Sharf, Primavera, & Diener, 2010).

Horvath en Symonds onderzochten het verband tussen de therapeutische relatie en het behandel-effect in de psychotherapie middels een meta-analyse (Horvath & Symonds, 1991). Hieruit blijkt dat de therapeutische relatie met een correlatie van $r=.26$, een robuuste variabele is die het behandel-effect kan voorspellen. Deze correlatie lijkt niet hoog, maar is een conservatieve schatting. Het verband dat is gevonden, geldt voor diverse vormen van psychotherapie en de beste voorspeller voor het behandel-effect is volgens de onderzoekers het oordeel van de cliënt. Ook in een review van empirische studies naar de therapeutische relatie concludeerden Marziali en Alexander (Marziali &

Alexander, 1991), dat de therapeutische relatie een sterke curatieve factor is binnen alle behandelingsvormen, onafhankelijk van de theoretische achtergrond van de behandeling. Het verband tussen therapeutische relatie en behandelingseffect werd bovendien aangetoond specifiek bij cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie voor Boulimia Nervosa (Constantino, Arnow, Blasey, & Agras, 2005).

Een meta-analyse naar de therapeutische relatie en dropout bij individuele psychotherapie liet daarnaast zien dat ook deze variabelen sterk aan elkaar gerelateerd zijn. Een slechtere therapeutische relatie lijkt verband te houden met hogere dropout cijfers (Sharf, et al., 2010). Wiens oordeel, dat van de cliënt of dat van de hulpverlener, heeft de hoogste voorspellende waarde voor dropout? Onderzoekers zijn het hierover niet eens. Genoemde meta-analyse (Sharf, et al., 2010) vond geen verschillen tussen de beoordelingen van cliënt en therapeut als voorspeller van dropout. Uit onderzoek naar behandeling bij drugsverslaving bleek echter een hogere voorspellende waarde van het oordeel van de therapeut (Meier, Barrowclough, & Donmall, 2005). Een studie naar de therapeutische relatie bij een interventie voor eetstoornissen (Gallop, Kennedy, & Stern, 1994) liet daarentegen zien, dat de beoordeling van de cliënt de beslissende factor is voor het al dan niet voortzetten van de therapie.

Daarnaast zijn onderzoekers het niet eens over de mate van overeenstemming tussen cliënten en therapeuten ten aanzien van de therapeutische relatie. Gehrs en Goering (Gehrs & Goering, 1994) deden onderzoek onder schizofrenie patiënten en vonden een hoge correlatie tussen de cliënt- en therapeutversie van de WAI. Ook uit de meta-analyse naar de therapeutische relatie en dropout kwam een hoge correlatie tussen cliënt- en therapeutbeoordelingen naar voren (Sharf, et al., 2010). De hoogte van de correlatie werd in de onderzoeken niet genoemd. Volgens Meier, Barrowclough en Donmall (Meier, et al., 2005) daarentegen, worden de oordelen van cliënten en die van hun therapeuten vaak als twee aparte variabelen behandeld, omdat de correlatie hiertussen laag is. Dit komt ook in andere studies naar voren. Onderzoek bij psychotische patiënten suggereerde bijvoorbeeld dat de twee versies van de WAI niet dezelfde concepten meten en verschillende betekenissen hebben voor patiënten en therapeuten (Bale, et al., 2006). Ook onderzoek onder psychotherapiepatiënten en hun behandelaren met de Nederlandse versie van de HAQ II (Trijsbrugg, et al., 1999), liet zien dat de correlatie tussen de patiënt- en de therapeutversie van de HAQ II laag is ($r=.19$). Dit wijst volgens de onderzoekers op een mogelijke vertekening van de beoordelingen door patiënten en hun therapeuten. De onderzoekers vonden dat het gebrek aan overeenstemming nader onderzocht moet worden. Slechts één onderzoek werd gevonden naar de therapeutische relatie bij patiënten met eetstoornissen en ook uit dit onderzoek kwamen lage correlaties tussen cliënt- en therapeutversies van de WAI naar voren (allen lager dan $r=.30$) (Gallop, et al., 1994).

1.2.5 Factoren van invloed op de therapeutische relatie

Diverse onderzoeken tonen het verband aan tussen de therapeutische relatie en het behandelresultaat. Veel minder is bekend over factoren die van invloed zijn op de therapeutische relatie (Norcross, 2001). Voor zover bekend vond geen enkel onderzoek verbanden tussen cliëntgerelateerde demografische factoren en de therapeutische relatie. Slechts een onderzoek werd gedaan naar therapeutvariabelen en de therapeutische relatie, maar ook dit onderzoek vond geen voorspellende variabelen (Meier, et al., 2005). Van de gevonden onderzoeken, richtten zich slechts twee onderzoeken op factoren van invloed op de therapeutische relatie bij de behandeling van eetproblemen en -stoornissen (Constantino, et al., 2005; Toman, 2002). Uit deze onderzoeken bleek dat de variabelen BMI en verwachtingen van de cliënten ten aanzien van verandering bij aanvang van de behandeling gerelateerd zijn aan de sterkte van de therapeutische relatie. Onderstaand worden genoemde onderzoeken toegelicht.

Toman (Toman, 2002) vond in een pilotstudie een grote invloed van de Body Mass Index (BMI) van cliënten met Boulimia Nervosa (BN) op de therapeutische relatie. Hoe dunner de cliënt, hoe groter de kans dat de therapeut een ‘close-protective’ (vrij vertaald vertrouwelijk-beschermend) patroon liet zien binnen de therapeutische relatie. Hoe zwaarder de cliënt, hoe groter de kans dat de attitude van de therapeut ‘distant-demanding’ (vrij vertaald afstandelijk-veeleisend) was. Dit patroon was zowel te zien bij individuele als bij groepstherapeuten, bij de laatsten in mindere mate. De onderzoekers speculeerden dat relatiepatronen van de cliënt terugkomen in de relatie met de therapeut. Bij patiënten met overgewicht zou de boodschap kunnen zijn: De ander zou bang **voor mij** moeten zijn en niet **om mij**. De ander moet niet te beschermend zijn, maar veeleisend, geen verantwoordelijkheid nemen, want ik neem zelf de verantwoordelijkheid. Dit patroon kwam volgens de onderzoekers overeen met de indruk die zij vaak krijgen bij het werken met patiënten met zwaar overgewicht. De corpulentie werkt als een schild dat de patiënt zelf gebouwd heeft. De relatie met patiënten met ondergewicht daarentegen werd gekenmerkt door meer bezorgdheid om de patiënt, minder agressie, meer emotionele vertrouwelijkheid en een zorgende en weinig eisende houding van de therapeut. Interessant genoeg komt dit patroon overeen met de familiepatronen bij patiënten met Anorexia Nervosa (AN). Deze patronen worden gekenmerkt door overmatige bescherming, controle en een vrijwel geheel gebrek aan authentieke autonomie. In hoeverre en op welke wijze de beschreven patronen binnen de therapeutische relatie van invloed zijn op het behandelresultaat, moet nog worden onderzocht.

Het tweede onderzoek (Constantino, et al., 2005) baseerde zich, bij gebrek aan gelijksoortige studies, op hypothesen geformuleerd aan de hand van andere klinische populaties. Uit het onderzoek bleek, dat wanneer Boulimia Nervosa patiënten in een vroeg stadium van de behandeling verbetering verwachten, de therapeutische relatie daadwerkelijk sterker is. De onderzoekers benadrukten, dat therapeuten in een vroeg stadium van de behandeling de verwachtingen van patiënten ten aanzien van verbetering zouden moeten bespreken. Daarnaast zouden de therapeuten positieve verwachtingen

moeten stimuleren, bijvoorbeeld door middel van hoopgevende statements en het geven van informatie over de effectiviteit van de behandeling. Het is volgens de onderzoekers mogelijk, dat wanneer hieraan meer centrale en specifieke aandacht wordt besteed, zowel de therapeutische relatie als het behandel-effect positief beïnvloed worden.

Opvallend is ten slotte dat geen onderzoek is gedaan naar voorspellers van overeenstemming tussen cliënten en therapeuten ten aanzien van de therapeutische relatie. Zijn er variabelen gerelateerd aan de mate waarin cliënten en therapeuten het eens zijn over de sterkte van de therapeutische relatie of hierin juist verschillen? Daarom is hieraan in dit onderzoek aandacht besteed.

1.2.6 De therapeutische relatie in online behandeling

Zoals uit het voorgaande opgemaakt kan worden, richten diverse onderzoeken zich op de positieve effecten en klinische relevantie van een sterke, positieve therapeutische relatie binnen face-to-face behandeling. Ook hulpverleners zijn zich bewust van het belang van een sterke therapeutische relatie en zetten vraagtekens bij de ontwikkeling hiervan binnen de online context. Het contact tussen hulpverlener en cliënt is binnen deze behandelingsvorm immers fundamenteel anders. Zo delen hulpverlener en cliënt binnen face-to-face therapie dezelfde fysieke ruimte en is er sprake van synchrone verbale en nonverbale communicatie. Online behandeling daarentegen is meestal gebaseerd op geschreven (asynchrone) communicatie, geografische afstand en anonimiteit. Terecht kan dus de vraag gesteld worden of een effectieve therapeutische relatie opgebouwd kan worden binnen online behandeling.

Onderzoek naar verbanden tussen de therapeutische relatie, het therapiesucces en therapietrouw binnen online behandeling is met drie gevonden onderzoeken (Hanley, 2009; Klein et al., 2010; Knaevelsrud & Maercker, 2007) echter schaars. Onderzoek dat zich hierin specifiek richt op de **behandeling van eetstoornissen**, is met twee gevonden onderzoeken (Ertelt et al., 2010; Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005) nog schaarser en meer onderzoek lijkt daarom noodzakelijk. De onderzoeken suggereren allen, dat het ook binnen online behandeling en bij de behandeling van eetstoornissen in het bijzonder, wel degelijk mogelijk is een sterke therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener op te bouwen, maar roepen tegelijkertijd vragen op. Zij worden onderstaand nader toegelicht, waarna overige argumenten voor aanvullend onderzoek wordt genoemd.

Een RCT naar internettherapie bij Posttraumatische Stress Stoornis (PTSS) in een Duitstalige populatie (Knaevelsrud & Maercker, 2007) liet hoge beoordelingen van de therapeutische relatie door zowel cliënt als hulpverlener en lage dropout percentages zien. Daarnaast verbeterde de therapeutische relatie significant tijdens het verloop van de behandeling en was de correlatie tussen de therapeutische relatie aan het eind van de behandeling en het effect van de behandeling hoog. Deze resultaten suggereren, dat ook binnen online therapie een sterke therapeutische relatie gevormd kan worden. Daarbij liet Engelstalig open trial evaluatie onderzoek bij PTSS (Klein et al., 2010) hoge beoordelingen van de therapeutische relatie door de cliënten zien. Uit exploratief onderzoek onder

jonge gebruikers van online counseling bij diverse psychische problemen bleek tot slot, dat de therapeutische relatie door de cliënten als van gemiddelde tot hoge kwaliteit beoordeeld werd (Hanley, 2009).

In de wetenschappelijke databases zijn slechts twee onderzoeken gevonden die zich specifiek richtten op de therapeutische relatie in de online behandeling van eetproblemen. Een Schotse studie, gericht op cognitieve gedragstherapie middels video conferentie bij Boulimia Nervosa patiënten (Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005) liet hoge beoordelingen van de therapeutische relatie en tevredenheid met de video therapie zien. Deze studie was echter uitgevoerd in de vorm van een single-case-series design onder slechts zes Boulimia Nervosa patiënten met enkel één meetmoment. Daarnaast benadert deze therapievorm sterk de face-to-face therapie. De behandeling verloopt synchroon en behandelaar en cliënt kunnen elkaar zien, ook al zijn zij niet in dezelfde fysieke ruimte aanwezig. De vraag is dan ook in hoeverre er werkelijk gesproken kan worden van online behandeling.

In 2008 is in de Verenigde Staten een RCT uitgevoerd naar de effectiviteit van een online interventie bij Boulimia Nervosa (BN) en Eetstoornis Niet Anders Omschreven (ES-NAO) in vergelijking met face-to-face behandeling, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (Mitchell, et al., 2008). Hieruit bleek dat face-to-face therapie en online therapie bij de behandeling van BN en ES-NAO vergelijkbaar effectief zijn. Als aanvulling op deze RCT zijn recentelijk de opvattingen van de patiënten en van hun psychologen over het effect van de behandelingsmethoden en de therapeutische relatie bestudeerd (Ertelt et al., 2010). De Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989) werd hierbij als meetinstrument gebruikt. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat cliënten en hun psychologen verschillende opvattingen hadden over effect en de therapeutische relatie in de twee verschillende behandelingsmethoden. Vanuit het perspectief van de cliënten waren er geen significante verschillen tussen de behandelingsmethoden. Hun psychologen daarentegen oordeelden in de face-to-face behandeling significant positiever dan in de online conditie, zowel op het gebied van therapeutische taken als op het gebied van therapeutische doelen en de therapeutische band. De onderzoekers suggereerden, dat dit te maken kan hebben met ongemak en mogelijk gebrek aan vertrouwen in de online behandelingsmethode onder hulpverleners. De ondervraagde psychologen hadden ervaring met cognitieve gedragstherapie bij BN, maar hadden geen ervaring met het geven van online behandeling. Het zou volgens de onderzoekers belangrijk zijn hulpverleners te trainen in het geven van online therapie om het ongemak te verkleinen. Daarnaast achtten de onderzoekers het van belang dat hulpverleners empirische informatie ontvangen over de effecten en over de percepties van cliënten, om hun vertrouwen in online interventies te vergroten. Ook andere onderzoekers concludeerden dat de attitude van hulpverleners ten aanzien van online therapie gerelateerd is aan het al dan niet hebben van ervaring op het gebied van online behandelen (Tanrikulu, 2009; Wangberg, Gammon, & Spitznogle, 2007; Zamani, Nasir, & Yusooff, 2010); Hulpverleners met online ervaring beoordelen online behandeling positiever dan hulpverleners zonder ervaring op dit gebied.

Onderzoek naar online behandeling, de therapeutische relatie, therapiesucces en therapietrouw is dus veelbelovend maar schaars en reguliere behandelaren blijven sceptisch. Daarnaast is weinig onderzoek gedaan naar factoren van invloed op de therapeutische relatie binnen online behandeling en naar factoren van invloed op de therapeutische relatie binnen online behandeling van eetproblemen in het bijzonder. Maar ook de volgende argumenten voor aanvullend onderzoek kunnen genoemd worden. Onderzoeken naar effecten van online behandeling en de therapeutische relatie richten zich veelal op attitudes van cliënten ten aanzien hiervan. Een onderbelicht aspect in deze is de interactie tussen de cliënt en de hulpverlener (Mair & Whitten, 2000), de visie van de hulpverlener en de mate van overeenstemming tussen cliënt en hulpverlener. In slechts twee gevonden RCT's (Ertelt, et al., 2010; Knaevelsrud & Maercker, 2007) werden naast de ervaringen van de cliënten, ook de ervaringen van de hulpverlener meegenomen. Op de tweede plaats is er voor zover bekend geen onderzoek gedaan naar de therapeutische relatie tussen cliënten en meer **ervaren** online hulpverleners binnen online behandeling van eetstoornissen. Online therapie staat in de kinderschoenen. Voor het overgrote deel van de hulpverleners (zowel regulier als online) is online therapie geen onderdeel geweest van hun opleiding, de meesten hebben daarbij geen professionele training of cursussen gevolgd. Bovendien ontbreekt supervisie meestal. Bestaande onderzoeken, zoals het onderzoek van Ertelt (Ertelt, et al., 2010) richtten zich daarom ook op reguliere behandelaren met weinig tot geen ervaring met het geven van online behandeling. Interessant is het te onderzoeken hoe meer ervaren, opgeleide online behandelaren de therapeutische relatie met hun cliënten beoordelen. Tot slot zijn de gevonden onderzoeken naar de therapeutische relatie bij online behandeling van eetstoornissen gedaan in een Engelstalige populatie. De therapeutische relatie in een online behandeling voor eetstoornissen is niet eerder in de Nederlandstalige context onderzocht.

1.2.7 Onderzoeksvragen

Op grond van bovengenoemde argumenten verdiept dit onderzoek zich in de therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten binnen online behandeling van eetstoornissen. Hiervoor zijn onderstaande onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe wordt de therapeutische relatie in een online behandeling bij eetstoornissen en eetproblemen beoordeeld door de cliënt en door de hulpverlener en in hoeverre komen deze oordelen overeen?

2. Is er een verband tussen de therapeutische relatie enerzijds en anderzijds:

- **therapeutgerelateerde factoren (leeftijd hulpverlener, geslacht hulpverlener, aantal jaren ervaring met hulpverlening en aantal jaren ervaring met online hulpverlening)**
- **en cliëntgerelateerde factoren (demografische factoren, ziektegerelateerde factoren zoals BMI, soort eetstoornis, mate van verstoord eetgedrag)**

gemeten bij aanvang van de behandeling?

3. In hoeverre is de therapeutische relatie (als gezien door de cliënt, als gezien door de hulpverlener en/of de mate van overeenstemming tussen beiden) voorspellend voor de dropout en voor het behandel-effect?

Vanuit Tactus Verslavingszorg werd daarnaast de vraag gesteld of hulpverleners een juist beeld hebben van de opvattingen van hun cliënten ten aanzien van de online behandeling www.eetprobleemdebaas.nl. Kunnen zij een inschatting maken van hoe hun cliënten de behandeling en hen als hulpverlener ervaren? Hiervoor is ten slotte de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

4. Kunnen de hulpverleners van www.eetprobleemdebaas.nl een juiste inschatting maken van de attitudes van hun cliënten ten aanzien van de online behandeling en van hen als hulpverlener?

2 Methoden

Dit onderzoek naar de therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten is gedaan in het kader van de Randomised Controlled Trial (RCT) naar de online interventie eetprobleemdebaas.nl die wordt uitgevoerd door onderzoekers bij Tactus. Het onderzoek besloeg negen maanden, vanaf de start van de RCT tot en met de afronding in november 2011. De RCT loopt op dit moment nog en zal naar verwachting eind 2012 worden afgerond. Voordat verder op de methoden van het onderzoek wordt ingegaan, volgt een korte toelichting van de RCT: Cliënten worden binnen de RCT middels een randomisatielijst gerandomiseerd toegewezen aan de interventiegroep of aan de controlegroep in de vorm van een 15 weken-wachtlIJst. De controlegroep ontvangt eens in de twee weken een informatieve en motiverende e-mail om de deelnemers bij het onderzoek betrokken te houden. De interventiegroep start direct met de online behandeling. De primaire uitkomstmaat van de RCT is (reductie in) verstoord eetgedrag, gemeten middels de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Daarnaast heeft de RCT diverse secundaire uitkomstmaten, waaronder de therapeutische relatie, gemeten middels de cliëntversie van de Helping Alliance Questionnaire (HAQ) op drie momenten tijdens de RCT: na afronding van de eerste fase van de behandeling, na afronding van de gehele behandeling en bij dropout.

2.1 Deelnemers

Deelnemers aan het onderzoek waren 39 volwassen vrouwen, die zich via de website www.eetprobleemdebaas.nl voor de RCT hadden aangemeld. Daarnaast namen de 12 hulpverleners die deze vrouwen binnen de RCT behandelden deel aan dit onderzoek. Dezelfde in- en exclusiecriteria als geldend voor de RCT werden voor de deelnemende cliënten gehanteerd. De inclusiecriteria betroffen: (1) vrouwelijke patiënten, (2) minimum leeftijd 18 jaar, (3) diagnose Boulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED) of Eetstoornis Niet Anders Omschreven (ES-NAO), (4) toegang en mogelijkheid tot het gebruik van Internet, (5) voldoende lees- en schrijfvaardigheid in de Nederlandse taal, (6) Informed Consent. De exclusiecriteria betroffen: (1) lichaamsgewicht lager dan 85 % van het ideale gewicht, (2) contact met iedere andere vorm van psychologische en/of farmaceutische behandeling van eetstoornissen gedurende de laatste zes maanden voorafgaand aan de behandeling, (3) zelfmoorddreiging, (4) zwangerschap, (5) geplande afwezigheid van vier weken of langer gedurende de behandeling.

Doel van de RCT is totaal 252 personen te includeren. Echter in verband met de lage instroom zijn alle cliënten die tot nu toe in de RCT zijn ingestroomd en de tussenmeting hebben ingevuld, meegenomen in dit onderzoek.

2.2 Interventie

Eetprobleemdebaas.nl is een volledig online te volgen behandeling, zonder face-to-face contactmomenten. Contact tussen cliënt en hulpverlener verloopt asynchroon en vindt alleen plaats via het online cliëntendossier (vergelijkbaar met e-mailverkeer). De behandelmethoden die worden gebruikt zijn cognitieve gedragstherapie en motiverende gesprekstechnieken, zoals meegaan met de cliënt, empathie tonen en feedback. Opdrachten met cognitieve herstructurering en zelfcontroletechnieken worden aangeboden. Daarnaast ontvangen cliënten berichten van de hulpverlener met psycho-educatie over gezond eten en lastige situaties. Het doel van de internetbehandeling is cliënten te motiveren hun eetpatroon te verbeteren en zich te laten behandelen. Het uiteindelijke doel is het ontwikkelen van een gestructureerd en evenwichtig voedingspatroon en realistische denkbeelden over voeding en lichaam. De kosten van de behandeling worden door zorgverzekeraar vergoed, maar de cliënt kan de behandeling ook zelf betalen bij de wens volledig anoniem te blijven.

Het traject Eetprobleemdebaas.nl duurt twaalf tot twintig weken en bestaat uit twee fasen. In de eerste fase, de diagnostische fase, begint de cliënt met het invullen van een uitgebreide intake vragenlijst. Naast het uitvragen van demografische gegevens en wensen van de cliënt omtrent de behandeling, heeft deze vragenlijst voornamelijk diagnostiek met betrekking tot het probleem en/of de stoornis tot doel. Na de intake start de cliënt met behulp van de toegewezen behandelaar met het nader onderzoeken van haar eetprobleem. Er zijn in deze fase minimaal zeven contactmomenten tussen cliënt en behandelaar. De behandelaar heeft de titel ‘maatschappelijk werker’, maar kan naast de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening ook een andere relevante (HBO of WO) opleiding genoten hebben. De cliënt ontvangt verschillende opdrachten waarop door de behandelaar feedback gegeven wordt, waaronder het bijhouden van een eetdagboek, het beschrijven van eetmomenten, het analyseren van eetsituaties en het analyseren van voor- en nadelen van het huidige eetgedrag. De diagnostische fase wordt afgesloten met een persoonlijk advies over het eetpatroon en over eventuele vervolgbehandeling. De deelnemer bepaalt vervolgens zelf of zij door wil gaan. Bij ernstig medisch risico of acuut gevaar is doorstromen niet mogelijk. Als blijkt dat de behandeling niet geschikt is, dan wordt naar andere vorm van behandeling verwezen.

Aan de hand van de uitkomsten uit de eerste fase doorloopt de cliënt vervolgens fase twee, de behandelfase. Deze fase bestaat uit minimaal veertien contacten. De cliënt begint in deze fase met het stellen van eigen doelen met betrekking tot eetgewoonten, bestaande patronen, weegmomenten en compensatiegedrag. In een aantal stappen, waaronder het ontwikkelen van functionele gedachten, functioneel gedrag, het veranderen van lichaamsbeeld, beslissingsmomenten en de laatste stap, het maken van een actieplan, wordt samen met de hulpverlener aan deze persoonlijke doelen gewerkt. Na afronding van de behandelfase bepaalt de hulpverlener in samenspraak met de cliënt, of het nodig is nog wekelijks contact te onderhouden voor de periode van maximaal zes weken.

Daarnaast kan de cliënt nog gedurende een half jaar inloggen op de persoonlijke account en zijn er nog maximaal zes contactmomenten tussen hulpverlener en cliënt. Ook vult de cliënt nog drie maal een follow-up vragenlijst in. Dit nazorgtraject is van belang, zodat veranderingen blijvend worden verankerd en terugval wordt voorkomen. In tabel 1 wordt de internetbehandeling grafisch weergegeven.

Tabel 1
Grafische weergave internetbehandeling eetprobleemdebaas.nl

Fase	Inhoud	Duur
Fase 1 Diagnostische fase	Aanmelden via www.eetprobleemdebaas.nl Invullen intakeformulier en toewijzing hulpverlener Start behandeling: Welkom Eetdagboek maken Momentbeschrijvingen maken Situaties analyseren/eetwijzer Voordelen/nadelen Top drie Meten en weten	Minimaal 7 contacten
Fase 2 Behandelfase	Doelen stellen Verder met deel twee Gewoontes doorbreken Anders denken Anders doen Wie ben ik Beslissingen Actieplan Afsluiting	Minimaal 14 contacten
Nazorgtraject	Extra contact hulpverlener Inloggen account + forum Vragenlijst na drie maanden Vragenlijst na zes maanden Vragenlijst na twaalf maanden	Maximaal 6 contacten Inloggen op account gedurende maximaal half jaar na behandeling

2.3 Procedures

2.3.1 Onderzoekdesign

In de vorm van longitudinaal onderzoek is de therapeutische relatie tussen cliënten en hulpverleners binnen de RCT onderzocht. Omdat de kwaliteit van de therapeutische relatie tot op heden veelal alleen bij de cliënten werd gemeten, zijn vragenlijsten voor de hulpverleners ontwikkeld, die de HAQ versie voor de hulpverlener bevatten. Voor de beoordeling van de therapeutische relatie door de cliënten

werd gebruik gemaakt van de cliëntversie van de HAQ, die een onderdeel vormt van de vragenlijsten die de cliënten binnen de RCT invullen. Ook voor de demografische gegevens, ziektegerelateerde gegevens en het meten van effecten werd gebruik gemaakt van de door de cliënten ingevulde vragenlijsten in de RCT, te weten de intake en de nameting.

2.3.2 Meetmomenten

Bij volledige afronding van de behandeling, werd de therapeutische relatie bij de cliënten en bij hun hulpverleners op twee verschillende momenten binnen de behandeling middels de HAQ gemeten: na afronding van fase 1 van de behandeling (T1) en na afronding van de gehele behandeling (T2). Daarnaast werd de vragenlijst ingevuld wanneer er sprake was van voortijdige uitval (dropout) door de cliënt (TE). Voor deze drie verschillende meetmomenten werden drie verschillende vragenlijsten voor de hulpverleners ontwikkeld. Zo werd bij afronding van fase 1 van de behandeling nog niet naar effecten gevraagd. Bij afronding van de gehele behandeling kwamen de effecten wel aan bod. Daarnaast werd in de vragenlijst bij voortijdige uitval dieper ingegaan op mogelijke oorzaken van de voortijdige beëindiging van de behandeling.

2.3.3 Variabelen en meetinstrumenten

Tabel 2 geeft een schematisch overzicht van alle meetmomenten en variabelen in dit onderzoek. Betrouwbaarheidsanalyses voor de meetinstrumenten zijn uitgevoerd, hierbij is Cronbach's $\alpha \geq .60$ als drempel gehanteerd. Vrijwel alle meetinstrumenten hadden een α hoger dan .60 en zijn daarmee als betrouwbaar aangenomen. Enkel de subschalen van de EDE-Q hadden relatief lage α 's (tussen de .55 en .59), maar zijn in verband met het belang van de EDE-Q voor dit onderzoek toch meegenomen. Onderstaand worden de variabelen en meetinstrumenten nader toegelicht.

1. De therapeutische relatie tussen hulpverlener en cliënt

De belangrijkste variabele in dit onderzoek was de therapeutische relatie tussen hulpverlener en cliënt, gemeten bij zowel de hulpverlener als bij de cliënt. Hiervoor werden de cliënt- en therapeutversie van de Nederlandse versie van de door Luborsky (1985) ontwikkelde HAQ (De Weert-Van Oene, De Jong, Jorg, & Schrijvers, 1999) gebruikt. Ondanks dat deze vragenlijst al meer dan 25 jaar oud is, wordt zij nog steeds veel gebruikt (Elvins & Green, 2008), zowel in de psychodynamische psychotherapie in Europa, als ook binnen de cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie in de Verenigde Staten. (Constantino & Smith-Hansen, 2008). Er zijn vier factoranalyses uitgevoerd naar de HAQ, waarvan twee in een Nederlandstalige populatie (De Weert-Van Oene, 1999 #62; Hendriksen et al., 2010).

Tabel 2

Schematisch overzicht onderzoeksdesign onderzoek therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener

Variabelen	Meetmomenten					
	Aantal items	α^1	Intake (T0)	Tussenmeting (T1)	Nameting (T2)	Dropout (TE)
Demografische gegevens:						
Leeftijd			xX			
Geslacht			xX			
Woonsituatie			x			
Opleidingsniveau			x			
Dagbesteding			x			
Dagritme			x			
Jaren ervaring als hulpverlener			X			
Jaren ervaring met online behandeling			X			
Therapeutische relatie:						
HAQ (range 1 – 55)	11	.76		xX	xX	xX
HAQ Cooperation (range 1 – 25)	5	.79		xX	xX	xX
HAQ Helpfulness (range 1 – 25)	5	.69		xX	xX	xX
HAQ Restfactor (range 1 – 5)	1					
Ziektegerelateerde variabelen:						
Body Mass Index: BMI			x			
Type eetstoornis: MINI-Plus			x			
Verstoord eetgedrag: EDE-Q (range 0 – 6)	36	.78	x		x	x
EDE-Q Lijngedrag (range 0 – 6)	5	.55	x		x	x
EDE-Q Piekeren eten (range 0 – 6)	5	.59	x		x	x
EDE-Q Piekeren lichaamsvorm (range 0 – 6)	8	.59	x		x	x
EDE-Q Piekeren gewicht (range 0 – 6)	5	.56	x		x	x
Lichaamsattitude: LAV (range 0 – 100)	20	.82	x		x	x
Fysieke gezondheid: MAP-HSS (range 1 – 5)	10	.87	x		x	x
Gemoedstoestand: POMS-SF (range 0 – 4)	32	.87	x		x	x
Psychische gezondheid: DASS (range 0 – 126)	21	.88	x		x	x
DASS Depressie (range 0 – 42)	7	.94	x		x	x
DASS Angst (range 0 – 42)	7	.87	x		x	x
DASS Stress (range 0 – 42)	7	.91	x		x	x
Alexithymie: TAS-20 (range 0 – 100)	20	.84	x		x	x
Zelfvertrouwen: RSES (range 0 – 40)	10	.92	x		x	x
Kwaliteit van leven: EuroQol-5D (range 1 – 36)	6	.60	x		x	x

x = gemeten bij cliënten

X = gemeten bij hulpverleners

xX = gemeten zowel bij cliënten als bij hulpverleners

¹ α gemeten bij intake

Deze studies bevestigen de twee factorenstructuur van de HAQ en benadrukken het belang deze twee factoren of subschalen te onderscheiden. In dit onderzoek werden de benaming en definitie voor de twee subschalen ‘Cooperation’ en ‘Helpfulness’ (De Weert-Van Oene, et al., 1999) aangehouden. De Cooperation schaal bevat items die de perceptie van de cliënt ten aanzien van de samenwerking met de therapeut meten. Voorbeelditems van de Cooperationschaal zijn: ‘Ik werk met de therapeut/cliënt samen aan een gezamenlijk karwei’ en ‘Ik geloof dat de therapeut/cliënt en ik dezelfde ideeën hebben

over de aard van mijn/diens problemen'. De Helpfulness schaal meet in hoeverre de cliënt het vertrouwen heeft, zelf de situatie te kunnen verbeteren. Deze schaal refereert echter ook aan de effectiviteit van de therapeut en van de behandeling. Voorbeelditems van de Helpfulnessschaal zijn: 'Ik denk dat ik/de cliënt de problemen op kan lossen waarvoor ik/de cliënt in behandeling ben/is gekomen' en 'Ik voel nu dat ik mezelf begin te begrijpen en dat ik mezelf kan helpen'/'De cliënt begint zichzelf te begrijpen en kan zichzelf beter helpen'.

De HAQ bevat 11 items en heeft een ordinaal meetniveau met een range van 5 antwoordmogelijkheden op Likertschaal (helemaal niet mee eens - niet mee eens - neutraal - mee eens - helemaal mee eens). De maximale score op de HAQ is gesommeerd 55 punten. Op de subschalen kunnen maximaal 25 punten per schaal gescoord worden, 5 punten kunnen op de schaal 'Restfactor' gescoord worden. Hoe hoger de score, hoe sterker de therapeutische relatie, de vragenlijst kent geen afkapwaarden. In dit onderzoek werden voor de cliëntversie acceptabele alpha's gevonden (zie tabel 2). Voor de therapeutversie werden de volgende hoge alpha's gevonden: subschaal Cooperation: $\alpha=.82$, subschaal Helpfulness: $\alpha=.74$ en HAQ totaal: $\alpha=.87$.

2. Voorspellers van de therapeutische relatie

Om te onderzoeken welke factoren van invloed zouden kunnen zijn op de sterkte van de therapeutische relatie, zijn onderstaande variabelen als voorspellers van de sterkte van de therapeutische relatie meegenomen.

Hulpverlenegerelateerde demografische variabelen

De leeftijd, het geslacht, het aantal jaren ervaring als hulpverlener en het aantal jaren ervaring als online hulpverlener werden meegenomen.

Cliëntgerelateerde demografische variabelen

De leeftijd, de woonsituatie (alleen, samen met partner, samen met partner en kinderen, met kinderen, bij ouders, anders), het opleidingsniveau (Basisschool, LBO/MAVO/VMBO, HAVO/VWO, MBO, HBO, WO), de dagbesteding (betaalde fulltimebaan, betaalde parttime baan, schoolgaand/studerend, huisvrouw of huisman, arbeidsongeschikt, werkloos) en het dagritme (wel of geen vast dagritme) van de cliënt werden meegenomen.

Psychische en lichamelijke gezondheid

Body Mass Index (BMI)

De Body Mass Index (BMI), ook wel Quetelet Index genoemd, is een methode om het lichaamsgewicht in relatie tot de lengte te beoordelen. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilogram) te delen door de lengte maal de lengte (in meters) en werd gemeten voor aanvang van de behandeling. Het Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland hanteert de volgende BMI afkapwaarden

voor volwassenen: BMI gelijk aan of lager dan 17.59=ernstig ondergewicht, BMI 17.6 - 18.4= ondergewicht, BMI 18.5 - 24.9=normaal gewicht, BMI 25 - 29.9=overgewicht klasse 1, BMI 30 - 39.9=overgewicht klasse 2, BMI gelijk aan of hoger dan 40=morbide obesitas klasse 3. De afkapwaarden normaal gewicht tot en met morbide obesitas zijn overgenomen van de WHO richtlijnen (World Health Organization, 1995). De afkapwaarde ernstig ondergewicht is afgeleid van de International Classification for Disorders (ICD-10), waarin een BMI waarde van 17.5 of minder als voorwaarde wordt gezien voor het stellen van de diagnose Anorexia Nervosa (Hengeveld, 2002). Omdat er in de literatuur aanwijzingen zijn gevonden dat een erg laag en een erg hoog BMI invloed zouden kunnen hebben op de therapeutische relatie (Toman, 2002), is onderzocht of er een verband bestaat tussen BMI en de therapeutische relatie.

Type eetstoornis

Het type eetstoornis werd bepaald door de DSM-IV criteria voor Bulimia Nervosa en de criteria beschreven in Appendix B van de DSM-IV-TR voor BED. Anorexia Nervosa patiënten zijn in de RCT uitgesloten. De DSM-IV criteria voor BN worden gemeten middels deel O 'Bulimia Nervosa' van de Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus (Sheehan et al., 1998). Alle cliënten die niet tot de groepen BN of BED behoren, werden in de groep ES-NAO ingedeeld.

Verstoord eetgedrag

De uitkomstmaat (reductie in) verstoord eetgedrag werd gemeten middels de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 1994). De EDE-Q is een gevalideerde zelfrapportage vragenlijst, gebaseerd op het Eating Disorder Examination interview. De EDE-Q meet de ernst van de met eetstoornissen gepaard gaande psychopathologie middels 36 items, die gescoord worden op een 6 punts Likert schaal. Gemiddeld kunnen 216/36=6 punten op de totale vragenlijst gescoord worden. De lijst bevat vier subschalen, te weten: Lijngedrag, Piekeren over eten, Piekeren over lichaamsvorm en Piekeren over gewicht, hierop kunnen gemiddeld per subschaal 30/5=6, 30/5=6, 48/8=6 en 30/5=6 punten gescoord worden. Er werd een acceptabele totale interne consistentie in dit onderzoek gevonden, de alpha's van de subschalen waren lager. De vragenlijst kent geen afkapwaarden.

Lichaams(on)tevredenheid

De Lichaamsattitude Vragenlijst (Probst, Vandereycken, Coppenolle, & Vanderlinden, 1995), ook Body Attitude Test (BAT) genoemd, bestaat uit 20 items en meet de subjectieve beleving en houding van de respondent ten opzichte van het eigen lichaam. De vragenlijst is valide en betrouwbaar (CBO & Trimbos-instituut, 2006). De items worden gescoord op een zes punts Likert schaal (nooit - zelden - soms - dikwijls - meestal - altijd). De maximale score is gesommeerd 20x5=100, een hogere score geeft een hogere mate van ontevredenheid met het eigen lichaam weer. De afkapwaarde tussen cliënten zonder lichaamsontevredenheid en met lichaamsontevredenheid is 36.

Fysieke gezondheid

De MAP-HSS is een gestructureerd interview bestaande uit 10 items. De lichamelijke klachten genoemd in de MATE zijn te summier voor cliënten met eetproblematiek. Om die reden is ervoor gekozen de lijst aan te vullen met lichamelijke klachten gesteld door de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (CBO & Trimbos-instituut, 2006) en Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN). Dit resulteerde in een vragenlijst bestaande uit 25 items, die worden gescoord op een 5 punts Likert schaal (item 1 t/m 17 en item 22 en 25: helemaal niet - zelden - soms - vaak - voortdurend en item 18 t/m 21 en item 23 en 24: helemaal niet - een beetje - nogal - tamelijk veel - erg veel) met een gemiddelde maximale score van $125 \text{ punten} / 25 = 5 \text{ punten}$. Een hogere score geeft een slechtere fysieke gezondheid weer. Het instrument kent geen afkapwaarden.

Stemmingsverstoring

De POMS-SF is de verkorte versie van de Profile of Mood States (Curran, Andrykowski, & Studts, 1995). De 32 items worden gescoord op een vijf punts Likert schaal (helemaal niet - een beetje - enigszins - nogal - uitermate). De maximale score is gemiddeld $128 / 32 = 4 \text{ punten per item}$, een hogere score geeft een hogere mate van stemmingsverstoring weer. De vragenlijst kent geen afkapwaarden.

Psychische gezondheid

De Depression Anxiety and Stress Scale-21 (Lovibond & Lovibond, 1995) meet middels 21 items de mate van depressie, angst en stress. Elk item wordt gescoord op een vier punts Likert schaal, de maximale scores zijn gesommeerd $21 \times 3 \times 2 = 126 \text{ punten}$ voor de totale schaal en $7 \times 3 \times 2 = 42$ voor de subschalen. De DASS heeft een hoge betrouwbaarheid. De afkapwaarden voor de subschaal depressie zijn als volgt: score 0 t/m 9: normaal, score 10 t/m 12: mild depressief, score 13 t/m 19: gemiddeld depressief, score 20 t/m 26: ernstig depressief, score 27 t/m 42: zeer ernstig depressief. De afkapwaarden voor de subschaal angst zijn: score 0 t/m 6: normaal, score 7 t/m 9: mild angstig, score 10 t/m 14: gemiddeld angstig, score 15 t/m 19: ernstig angstig, score 20 t/m 42: zeer ernstig angstig. De afkapwaarden voor de subschaal stress zijn tot slot: score 0 t/m 13: normaal, score 14 t/m 17: milde stress, score 18 t/m 25: gemiddelde stress, score 26 t/m 33: ernstige stress, score 34 t/m 42: zeer ernstige stress.

Alexithymie

De Nederlandse versie van de Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994) meet de mate waarin iemand in staat is gevoelens te herkennen en te beschrijven. De vragenlijst omvat 20 vragen. De lijst wordt gescoord middels een vijf punts Likert schaal (erg mee oneens - nogal mee oneens - niet oneens / niet eens - nogal mee eens - erg mee eens), de maximaal te behalen score is gesommeerd $20 \times 5 = 100 \text{ punten}$. Scoort iemand lager dan of 50 punten, is er geen sprake van alexithymie, scores tussen 51 en 60 geven een gemiddelde mate van alexithymie weer, bij een score hoger dan zestig is er sprake van extreme mate van alexithymie. De vragenlijst heeft goede psychometrische kwaliteiten gemeten in dit onderzoek.

Zelfvertrouwen

De Rosenberg Self-Esteem Scale is een veelgebruikte 10 item vragenlijst die het algehele zelfvertrouwen meet. De items worden gescoord middels een 4 punts Likert schaal (past helemaal niet bij mij - past eigenlijk niet bij mij - past een beetje bij mij - past goed bij mij). De maximale score is gesommeerd $10 \times 3 = 30$. Hogere scores geven een hogere mate van zelfvertrouwen weer, de vragenlijst kent geen afkapwaarden. In dit onderzoek werd een hoge betrouwbaarheid gevonden.

Kwaliteit van leven

De EuroQol-5D (EQ-5D) (Lamers, Stalmeier, McDonnell, Krabbe, & Van Busschbach, 2005) is een gestandaardiseerd instrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie) de kwaliteit van leven gemeten wordt. Daarbij moet de patiënt aangeven hoe hij zijn gezondheidstoestand op dit moment ervaart, vergeleken met het afgelopen jaar. Het instrument bevat 6 vragen die gescoord worden middels een 3 punts Likert schaal, de maximale score is gesommeerd $6 \times 3 \times 2 = 36$ punten. Het instrument kent geen afkapwaarden.

3. Behandeleffecten

De volgende variabelen zijn in dit onderzoek meegenomen om het verband tussen de therapeutische relatie en het behandeleffect te onderzoeken. Deze zijn bovenstaand als voorspellers al nader toegelicht en worden op deze plaats daarom enkel genoemd: verstoord eetgedrag (EDE-Q), lichaams(on)tevredenheid (LAV), fysieke gezondheid (MAP-HSS + aanvullende items), stemmingsverstoring (POMS-SF), psychische gezondheid (DASS), alexithymie (TAS-20), zelfvertrouwen (RSES) en kwaliteit van leven (EuroQol-5D).

Voor het bepalen van de correlatie tussen de sterkte van de therapeutische relatie en de behandeleffecten werden de verschillen van de cliënten op de variabelen tussen de intake (T0) en de nameting (T2) gebruikt. De score op de nameting (T2) werd hiervoor afgetrokken van de score op de intake (T0), waarmee de verschillen en daarmee een verbetering of verslechtering op de ziektegerelateerde variabelen zichtbaar werd.

2.3.4 Inschatting hulpverleners van attitudes cliënten

Naast de therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener was Tactus Verslavingszorg erin geïnteresseerd of de hulpverleners een juiste inschatting kunnen maken van hoe hun cliënten de internetbehandeling hebben ervaren. Daarom omvatten de ontwikkelde vragenlijsten voor de hulpverleners naast de HAQ een aantal andere vragen. Zo werd de hulpverleners gevraagd in hoeverre hun cliënt volgens hen de behandeling als zinvol had ervaren (helemaal niet - een beetje - nogal - heel erg). Ook werden zij gevraagd in te schatten welk cijfer hun cliënt de behandeling en hen als hulpverlener zou geven (op een schaal van 1 - 10). Daarbij moesten de hulpverleners een inschatting maken van de mate waarin hun cliënten de behandeling als prettig, persoonlijk en veilig beoordeelden.

(helemaal niet - niet echt - neutraal - nogal - heel erg). De antwoorden van de hulpverleners werden vergeleken met de antwoorden die hun cliënten gaven in de tussenmeting (T1) en in de nameting (T2).

2.3.5 Data analyse

De analyses in dit onderzoek zijn uitgevoerd met behulp van de statistieksoftware SPSS 17.0. In verband met de geringe onderzoeksgroep zijn zowel betrouwbaarheidsniveaus van $p \leq .10$, $p \leq .05$ als van $p \leq .01$ aangehouden.

Om de mate van overeenkomst in beoordeling van de therapeutische relatie (gemeten middels de HAQ) door de cliënten en door de hulpverleners te bepalen, is de t-toets voor gepaarde waarnemingen toegepast, er is tweezijdig getoetst. Om te onderzoeken of er samenhang is tussen de therapeutische relatie beoordeeld door de hulpverleners en beoordeeld door de cliënten zijn daarnaast in eerste instantie, in navolging van eerdere studies, Pearson correlatieanalyses uitgevoerd. Naast de Pearson correlatieanalyse is de Bland-Altman analyse (Bland & Altman, 1986) uitgevoerd. Volgens Bland en Altman is de Pearson correlatie coëfficiënt geen geschikte methode om twee meetmethoden met elkaar te vergelijken. De correlatie coëfficiënt meet de sterkte van het verband tussen twee variabelen, maar niet de mate van overeenstemming. Een wijziging in de schaal van een van de twee meetinstrumenten heeft bijvoorbeeld geen invloed op de correlatie, maar wel op de mate van overeenstemming. Daarbij hebben twee methoden die ontwikkeld zijn om hetzelfde concept te meten een hogere correlatie wanneer er een grote variatie in uitkomsten is tussen de proefpersonen. Een hogere correlatie is dus een teken dat er een breed steekproefonderzoek is gedaan, maar de overeenstemming tussen de twee meetmethoden kan alsnog gering zijn. Bij een minder breed steekproefonderzoek komt vaak een lagere correlatie naar voren. *Dit impliceert echter niet automatisch dat er in dit geval geen goede overeenstemming is tussen de twee meetmethoden.* Om deze reden is er naast de Pearson Correlatie analyse een Bland-Altman analyse uitgevoerd om de grenzen in overeenstemming in kaart te brengen. Voor elke onderzoekspersoon is het verschil tussen beide metingen (de meting bij de cliënt en de meting bij de hulpverlener) uitgezet tegen de gemiddelde waarde van beide metingen (meting cliënt+meting hulpverlener/2). Onder de aanname van een normale verdeling moet 95% van de gevonden verschillen liggen tussen de gemiddelde verschilscore plus of min twee keer de standaarddeviatie van de individuele verschilcores om overeenstemming tussen de verschillende methoden vast te stellen. Deze grenzen van overeenstemming vormen een goede graadmeter om vast te stellen of de individuele verschillen en meetuitkomsten klinisch relevant en acceptabel zijn.

Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de therapeutische relatie en diverse demografische, ziektegerelateerde en motivatiegerelateerde variabelen voor aanvang van de behandeling, gemeten bij de cliënten in de intake (T0) en gemeten bij de hulpverleners voor aanvang van de behandeling, zijn Pearson correlatieanalyses uitgevoerd. Daarnaast is meervoudige lineaire regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken of meerdere variabelen als model de sterkte van de

therapeutische relatie zouden kunnen verklaren. In de regressie analyse zijn alleen de significant correlerende variabelen meegenomen.

Ook zijn Pearson correlatieanalyses uitgevoerd om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de therapeutische relatie en de behandel effecten. De behandel effecten zijn gemeten door van elk van de effectmaten (verstoord eetgedrag, lichaams(on)tevredenheid, fysieke gezondheid, stemmingsverstoring, psychische gezondheid, alexithymie, zelfvertrouwen en kwaliteit van leven) de verschil scores te berekenen tussen de intake (T0) en de nameting (T1).

Om de inschatting van de hulpverleners van de cliëntattitude ten aanzien van de behandeling te meten, zijn t-toetsen voor gepaarde waarnemingen toegepast. Hulpverleners werd bijvoorbeeld gevraagd in inschatting te geven van de cijfers die hun cliënten de behandeling en hen als hulpverlener gaven en in hoeverre de cliënten de behandeling als zinvol hadden ervaren.

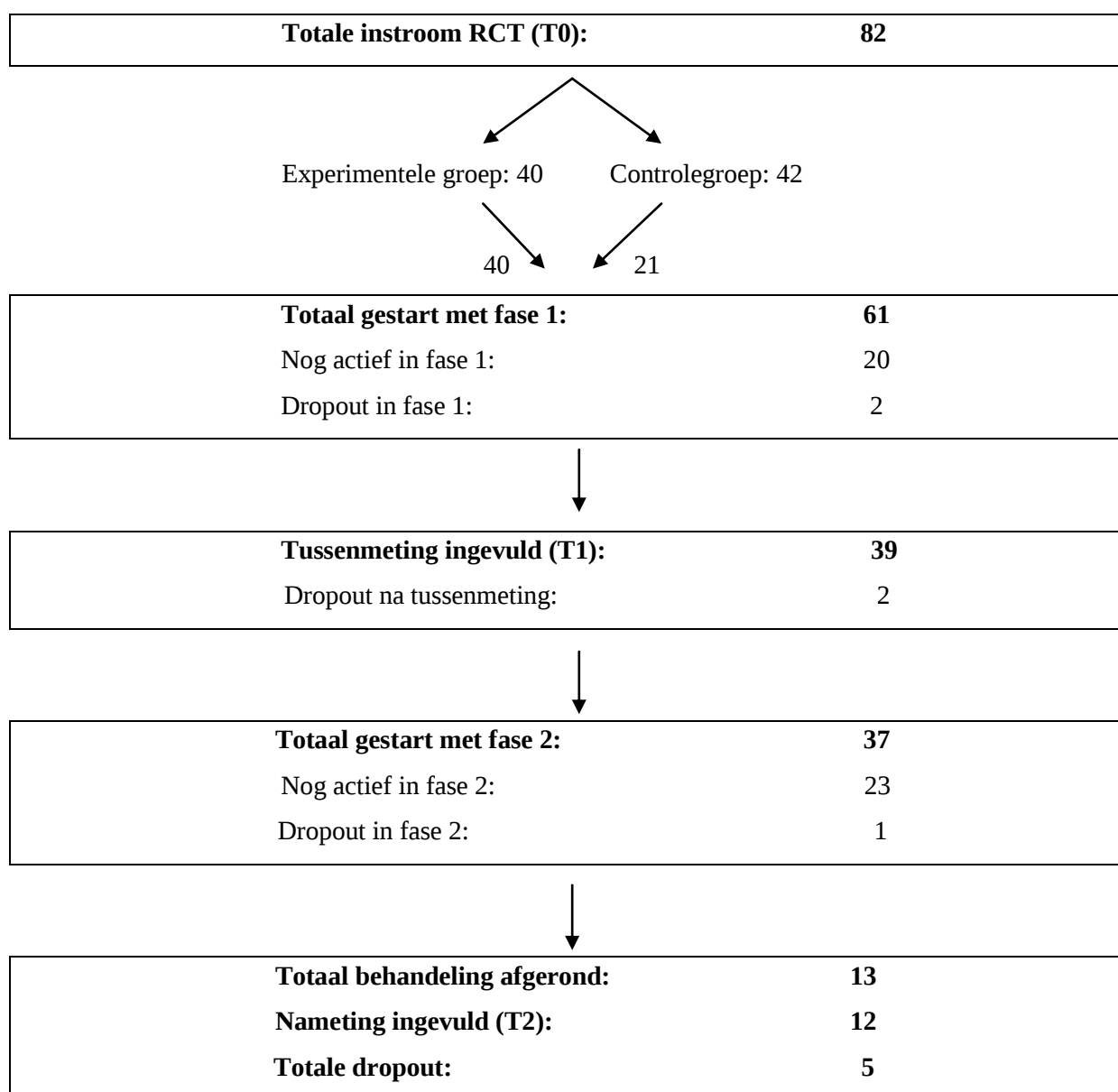
3. Resultaten

3.1 Respons

Afbeelding 1 geeft een schematische weergave van het aantal cliënten dat tot op 31 oktober 2011 in de RCT was ingestroomd en de verschillende stadia van de behandeling waarin deze cliënten zich tot op deze datum bevonden.

Afbeelding 1

Schematische weergave cliënten in RCT t/m 31 oktober 2011



Van de 82 cliënten die in de RCT zijn ingestroomd, hebben 39 cliënten de tussenmeting (T1) ingevuld. Deze cliënten zijn meegenomen in dit onderzoek. Slechts vijf van de cliënten hebben in de periode van dit onderzoek de behandeling voortijdig beëindigd en worden tot de dropouts gerekend (TE). Hiervan heeft maar één cliënt de vragenlijst behorende bij voortijdige beëindiging ingevuld. Het lage aantal dropouts is natuurlijk positief. Maar om deze reden en door het niet invullen van de vragenlijsten was het niet mogelijk de sterkte van de therapeutische relatie bij dropouts en bij afronders te vergelijken. Wanneer er meer cliënten voortijdig uitvallen kan in een later stadium van de RCT meer onderzoek naar de dropouts gedaan worden. Helaas was er door vertraging van de RCT, ziekte van hulpverleners en een vakantieperiode bij afronding van dit onderzoek ook te weinig data beschikbaar om conclusies te trekken over het verband tussen de therapeutische relatie en de behandel-effecten. Dit onderzoek en de bijbehorende syntax kunnen daarom gezien worden als format voor de uit te voeren analyses bij afronding van de RCT in de toekomst.

12 Hulpverleners hebben de 39 cliënten behandeld en de therapeuTVragenlijsten ingevuld behorende bij de cliënten.

3.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep

3.2.1 Demografische gegevens en redenen voor behandeling

In tabel 3 zijn geslacht en leeftijd van de 12 hulpverleners en het aantal jaren ervaring als hulpverlener en als online hulpverlener opgenomen. De hulpverleners waren gemiddeld 34 jaar oud, maar de standaarddeviatie was groot: de leeftijd varieerde tussen de 24 en 62 jaar. De hulpverleners hadden zowel als regulier hulpverlener als ook als online hulpverlener ruime ervaring: de ervaring als hulpverlener varieerde van 2 tot 40 jaar, de meeste hulpverleners hadden 5 jaar of langer ervaring. De ervaring als online hulpverlener varieerde van 2 tot 6.5 jaar, de meeste hulpverleners hadden 3 jaar of langer ervaring met online behandeling.

Tabel 3
Gegevens hulpverleners (N=12) bij aanvang van de behandeling

	N	%
Geslacht		
Vrouw	10	83
Man	2	17
	Gem.	(SD)
Leeftijd in jaren	34	(11.3)
Aantal jaren ervaring als hulpverlener	10	(10.2)
Aantal jaren ervaring als online hulpverlener	5	(2.1)

Tabel 4 geeft een schematisch overzicht van de demografische gegevens, ziektegerelateerde gegevens en redenen voor behandeling van de 39 cliënten bij de intake (T0).

Tabel 4

Schematisch overzicht demografische variabelen en aanleiding keuze internetbehandeling cliënten (N=39) bij de intake (T0)

	Gem.	(SD)
Leeftijd in jaren	43	(12,6)
	N	%
Type eetstoornis		
Boulimia Nervosa	1	3
Binge Eating Disorder	14	36
Eetstoornis Niet Anders Omschreven	24	62
Woonsituatie		
Alleen	5	13
Samen met partner	13	34
Samen met partner en kinderen	13	34
Met kinderen	5	13
Bij ouders	1	3
Anders ¹	2	5
Opleidingsniveau		
Basisschool	2	5
LBO/MAVO/VMBO	6	15
HAVO/VWO	1	3
MBO	11	28
HBO	14	36
WO	5	13
Dagbesteding		
Betaalde fulltimebaan	11	28
Betaalde parttime baan	19	49
Schoolgaand/studerend	3	8
Huisvrouw of huisman	4	10
Arbeidsongeschikt	1	3
Werkloos	1	3
Vast dagritme		
Ja	32	82
Nee	7	18
Aanleiding behandeling		
Ik wil advies over mijn eetgedrag	1	3
Ik vind dat ik een ongezond eetpatroon heb	6	15
Ik ben ontevreden over mijn lichaam	6	15
Ik ben ontevreden over mijn gewicht	13	33
Ik maak me zorgen over mijn gezondheid	7	18
Er is iets vervelends gebeurd en daarom wil ik iets aan mijn eetprobleem doen	3	8
Anders	3	8
Redenen keuze voor internetbehandeling		
Ik kan dit in mijn eigen tijd doen	22	56
Ik kan dit vanuit huis doen	23	59
Ik blijf zo anoniemer	7	18
Ik geef de voorkeur aan contact via het internet	1	3
Op advies van een arts / hulpverlener	1	3
Anders ²	4	10

¹ Studentenhuis, met huisgenoot

² Schaamte, geen reistijd, problemen met kinderopvang, positieve ervaringen met internetbehandeling

De groep deelnemers was overwegend middelbaar of hoger opgeleid, had een baan en een vast dagritme. De spreiding in leeftijd was opnieuw groot: de jongste deelnemer was 19, de oudste deelnemer 72. Opvallend is dat slechts één deelnemer de diagnose Boulimia Nervosa had, bij de meeste deelnemers was de diagnose Eetstoornis Niet Anders Omschreven gesteld. Ontevredenheid over het gewicht was voor veel deelnemers aanleiding om deel te nemen aan de behandeling. Het werken aan het eetprobleem in eigen tijd en vanuit huis waren veelgenoemde redenen voor de keuze voor internetbehandeling. Bij ruim 70% van de deelnemers was er al 10 jaar of langer sprake van problematisch eetgedrag, maar bijna 70% had nog niet eerder professionele of andersoortige hulp gehad voor het eetprobleem. De overige cliënten hadden hulp gehad van een psycholoog, andere therapeut of diëtist, zowel individueel als in groepsverband, ook werden Weightwatchers en afslankclubs genoemd.

3.2.2 Ziektegerelateerde gegevens

Tabel 5 beschrijft de scores van de cliënten op de verschillende vragenlijsten bij de intake (T0). Wanneer de afkapwaarden van een vragenlijst bekend waren, zijn deze in de tabel genoemd, met daarbij het aantal cliënten in procenten dat onder deze afkapwaarden viel.

In de vorige subparagraaf kwam al aan de orde dat de meeste cliënten aan ES-NAO en aan BED leden (slechts één cliënt had de diagnose BN). Daarbij geeft ook de gemiddeld hoge Body Mass Index aan dat het om een groep cliënten gaat waarbij overwegend sprake was overgewicht, waarschijnlijk door (extreme mate van) overeten zonder compensatiegedrag. Tien procent van de cliënten had zelfs morbide obesitas. Een negatieve lichaamsattitude, veel piekeren over gewicht en lichaamsvorm en de aanwezigheid van fysieke klachten ('soms' tot 'vaak' en 'nogal' tot 'veel') zijn kenmerkend voor deze groep. Ook de meest genoemde aanleiding voor behandeling 'ontevredenheid over het gewicht' sluit hierbij aan. Bij de meeste cliënten was de psychische gesteldheid daarentegen niet pathologisch, wat aansluitend bij de DASS scores, terug te zien is in de gemiddelde scores 'helemaal niet' tot 'een beetje' op Stemningsverstoring. Wel leed ruim twee derde van de cliënten aan gemiddelde tot zeer ernstige stress, maar het is aannemelijk dat deze relatief hogere score ook in de normale populatie gevonden wordt.

Opvallend is, dat hoewel er bij veel cliënten sprake was van een negatieve lichaamsattitude, piekeren over gewicht en lichaamsvorm, fysieke klachten en stress, de kwaliteit van leven van de cliënten gemiddeld genomen toch nog redelijk goed was: de cliënten gaven aan weinig tot geen beperkingen te ondervinden in het dagelijks leven.

Tabel 5

Schematisch overzicht ziektegerelateerde gegevens cliënten (N=39) bij de intake (T0)

	Gem.	(SD)	Afkapwaarden	%
Ziektegerelateerde variabelen:				
Body Mass Index: BMI	32.9	(7,6)	< 18,5= ondergewicht 18,5-24,9= normaal gewicht 25,0-39,9= overgewicht ≥ 40,0= morbide obesitas	5 8 77 10
Verstoord eetgedrag: EDE-Q (range 0 – 6)	3.2	(0,8)	Geen	
EDE Lijngedrag (range 0 – 6)	2.4	(1,2)	Geen	
EDE-Q Piekeren eten (range 0 – 6)	2.5	(1,2)	Geen	
EDE-Q Piekeren lichaamsvorm (range 0 – 6)	4.1	(1,0)	Geen	
EDE-Q Piekeren gewicht (range 0 – 6)	3.8	(1,1)	Geen	
Lichaamsattitude: LAV (range 0 – 100)	55.2	(13,5)	≤ 35= positief > 36= negatief	13 87
Fysieke gezondheid: MAP-HSS (range 1 – 5)	3.5	(0,8)	Geen	
Stemmingsverstoring: POMS-SF (range 0 – 4)	1.3	(21,3)	Geen	
Psychische gezondheid: DASS (range 0 – 126)	26.0	(16,6)	0-60= normaal > 60= pathologisch	94 6
DASS Depressie (range 0 – 42)	8.7	(8,0)	0- 9= normaal 10-12= mild 13-19= gemiddeld 20-26= ernstig 27-42= zeer ernstig	66 8 18 3 5
DASS Angst (range 0 – 42)	4.8	(4,8)	0- 6= normaal 7- 9= mild 10-14= gemiddeld 15-19= ernstig 20-42= zeer ernstig	74 8 12 3 3
DASS Stress (range 0 – 42)	12.4	(7,0)	0-13= normaal 14-17= mild 18-25= gemiddeld 26-33= ernstig 34-42= zeer ernstig	13 23 36 13 15
Alexithymie: TAS-20 (range 1 –100)	44.7	(11,6)	≤ 50= geen alexithymie 51-60= gemiddeld > 60= extreem	62 28 10
Zelfvertrouwen: RSES (range 0 – 30)	19	(7,3)	Geen	
Kwaliteit van leven: EuroQol-5D (range 1 – 36)	14	(1,5)	Geen	

3.3 De therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten

Tabel 6 laat de gemiddelde somscores van de cliënten en de hulpverleners op de Helping Alliance Questionnaire (HAQ) bij de tussenmeting (T1) en bij de nameting (T2) zien en daarnaast de correlatie tussen beiden. 39 cliënten en hun hulpverleners vulden de HAQ in bij de intake, 12 cliënten en hun hulpverleners deden dit bij de nameting.

Tabel 6

Therapeutische relatie beoordeeld middels de HAQ door cliënten en hun hulpverleners en de correlatie tussen beiden

	Cliënten		Hulpverleners				
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)	P ¹	r	P
Tussenmeting (T1)							
N=39							
HAQ Cooperation (range 1 – 25)	20.2	(2.6)	19.9	(2.4)	ns	.14	ns
HAQ Helpfulness (range 1 – 25)	18.6	(3.0)	18.1	(3.1)	ns	.20	ns
HAQ totaal (range 1 – 55)	42.8	(5.0)	42.0	(5.5)	ns	.17	ns
Nameting (T2)							
N=12							
HAQ Cooperation (range 1 – 25)	20.4	(3.1)	21.3	(2.5)	ns	.15	ns
HAQ Helpfulness (range 1 – 25)	20.7	(2.3)	20.6	(2.6)	ns	.02	ns
HAQ totaal (range 1 – 55)	45.5	(5.2)	46.3	(5.0)	ns	.21	ns

¹ Gepaarde t-toets

Max. score Restfactor = 5

Tussenmeting

Cliënten beoordeelden de therapeutische relatie als positief. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat ook de hulpverleners de therapeutische relatie binnen online behandeling als positief waardeerden. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de beoordeling door de cliënten en de beoordeling door de hulpverleners, zowel op de totale HAQ als op de twee subschalen. Verwacht werd dat de scores van de cliënten en hulpverleners bij gelijke gemiddelde beoordeling van de therapeutische relatie ook een hoge correlatie zouden laten zien, maar er werden geen hoge correlaties gevonden. De mogelijk passender analyse, de Bland and Altman analyse, toonde echter aan dat de twee meetmethoden (HAQ gemeten bij de cliënten en HAQ gemeten bij de hulpverleners) in hoge mate overeenstemmen, anders dan de correlatie analyse deed vermoeden. Op afbeelding 2 worden de resultaten van de Bland and Altman analyse weergegeven. Zoals op de afbeelding te zien is, lagen vrijwel alle verschillen tussen de twee meetmethoden binnen de boven- en ondergrens van twee standaarddeviaties en zijn daarmee acceptabel volgens Bland en Altman. Daarnaast zijn de verschillen gemiddeld nul: er liggen evenveel punten boven als onder de nullijn. Tot slot is de variantie van de scores voor iedere beoordelaar even groot: de verschillen en de gemiddelden zijn niet gecorreleerd. De theorie van Bland en Altman

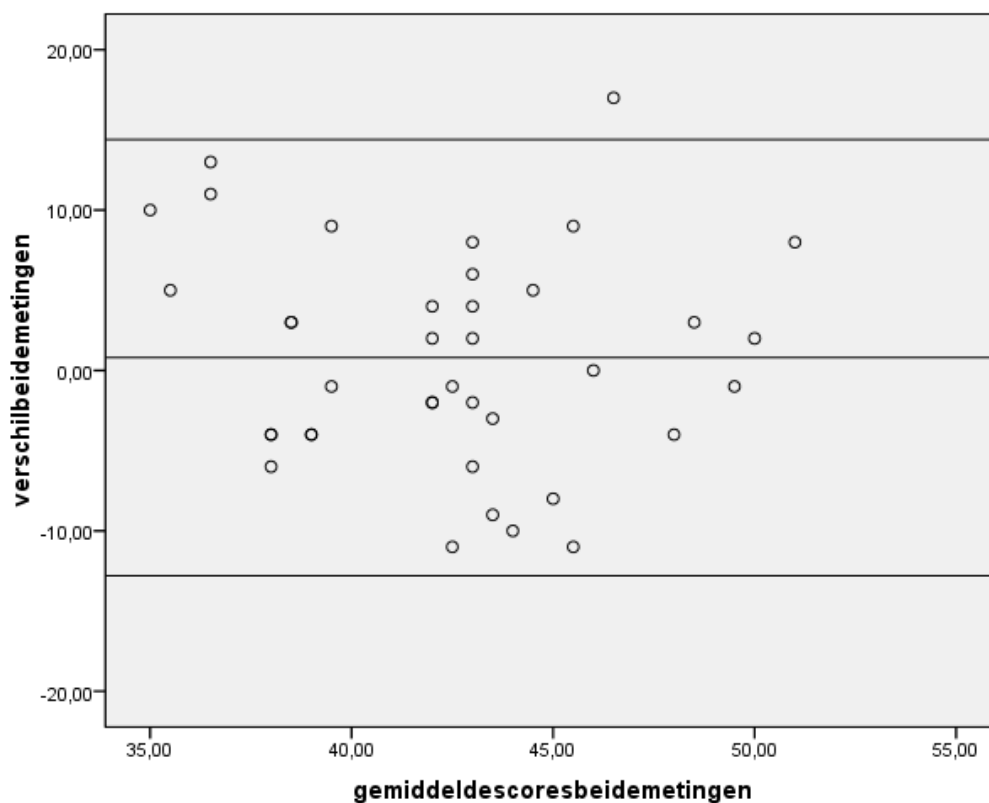
volgend zijn de gevonden verschillen tussen correlatie analyse en Bland and Altman analyse te verklaren: correlatie analyse zegt niets over de mate van overeenstemming tussen twee meetmethoden en een lagere correlatie bij een relatief kleine onderzoeksgroep is hoogstens een teken dat er een geringere variatie in uitkomsten is (er is dus waarschijnlijk minder breed steekproefonderzoek gedaan). Onafhankelijk daarvan kan de mate van overeenstemming tussen de twee meetmethoden wel degelijk hoog zijn.

Nameting

Door eerder genoemde oorzaken was er bij afronding van dit onderzoek te weinig data beschikbaar van de nameting (T2). De sterkte van de therapeutische relatie bij afronding van de behandeling en de ontwikkeling van de therapeutische relatie tijdens de behandeling konden hierdoor niet voldoende onderzocht worden. Tabel 6 toont de voorlopige uitkomsten gemeten bij 12 cliënten en hun hulpverleners. Cliënten en hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie zoals in de tussenmeting als positief. De hulpverleners gaven een iets hogere beoordeling dan hun cliënten, maar de verschillen waren ook nu niet significant. Cliënten en hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie in de nameting beiden positiever dan in de tussenmeting, maar in verband met de geringe groep afronders is niet getoetst of dit verschil significant is.

Afbeelding 2

Bland Altman plot met verschil metingen HAQ hulpverleners en HAQ cliënten uitgezet tegen de gemiddelde waarde van beide metingen (N=39)



3.4 Voorspellers van de therapeutische relatie

Tabel 7 geeft de relatie weer tussen enerzijds de kwaliteit van de therapeutische relatie en anderzijds diverse demografische en ziektegerelateerde variabelen, gemeten bij aanvang van de behandeling (T0).

Tabel 7

Pearson correlatiecoëfficiënten tussen enerzijds de HAQ scores van cliënten, hulpverleners en overeenstemming tussen beiden bij de tussenmeting (T1), en anderzijds variabelen gemeten bij de intake (T0)

	Oordeel cliënt HAQ bij T1		Oordeel hulpverlener HAQ bij T1		Overeenstemming (oordeel cliënt – oordeel hulpverlener)	
	N=39		N=39		N=39	
	r	P	r	P	r	P
Hulpverlenegerelateerde demografische variabelen:						
Leeftijd hulpverlener	.35**	.03**	.26	ns	.05	ns
Geslacht hulpverlener	-.12	ns	.09	ns	-.17	ns
Jaren ervaring hulpverlener	.24	ns	.22	ns	-.01	ns
Jaren online ervaring hulpverlener	.18	ns	.32**	.05**	-.13	ns
Cliëntgerelateerde demografische variabelen:						
Leeftijd cliënt	.09	ns	-.12	ns	.16	ns
Woonsituatie cliënt	-.11	ns	-.18	ns	.07	ns
Opleidingsniveau cliënt	-.21	ns	.14	ns	-.26	ns
Dagbesteding cliënt	.16	ns	-.25	ns	.32**	.05**
Dagritme cliënt	-.24	ns	.12	ns	-.27*	.09*
Ziektegerelateerde variabelen:						
Body Mass Index: BMI	-.02	ns	-.03	ns	.01	ns
Verstoord eetgedrag: EDE-Q	-.21	ns	-.13	ns	-.05	ns
EDE-Q Lijngedrag	-.07	ns	-.17	ns	.09	ns
EDE-Q Piekeren over eten	-.03	ns	-.21	ns	.15	ns
EDE-Q Piekeren over lichaamsvorm	-.36**	.03**	-.06	ns	-.21	ns
EDE-Q Piekeren over gewicht	-.20	ns	.08	ns	-.21	ns
Type eetstoornis	.09	ns	-.20	ns	.23	ns
Lichaamsattitude: LAV	-.27*	.10*	.12	ns	-.30*	.07*
Fysieke gezondheid: MAP-HSS	-.21	ns	-.14	ns	-.04	ns
Stemmingsverstoring: POMS-SF	-.20	ns	-.07	ns	-.09	ns
Psychische gezondheid: DASS	-.25	ns	-.07	ns	-.12	ns
DASS Depressie	-.28*	.09*	-.13	ns	-.10	ns
DASS Angst	-.11	ns	-.17	ns	.05	ns
DASS Stress	-.19	ns	.09	ns	-.21	ns
Alexithymie: TAS-20	.19	ns	-.02	ns	.16	ns
Zelfvertrouwen: RSES	.17	ns	-.03	ns	.15	ns
Kwaliteit van leven: EuroOol-5D	-.20	ns	-.03	ns	-.12	ns
	R ² = .23		R ² =.17		R ² =.19	

* Correlatie significant bij $\alpha \leq .10$

**Correlatie significant bij $\alpha \leq .05$

Als belangrijkste resultaat van deze analyse kan het gebrek aan gevonden significante voorspellers voor de sterkte van de therapeutische relatie genoemd worden, wat in lijn ligt met eerdere studies. Hieruit blijkt opnieuw dat de kwaliteit van de therapeutische relatie erg moeilijk te voorspellen is aan de hand van zowel diverse hulpverlenigerelateerde demografische variabelen als ook aan de hand van diverse cliëntgerelateerde demografische en ziektegerelateerde variabelen. Zelfs de naar aanleiding van eerder onderzoek verwachte relatie tussen over- en ondergewicht en lagere HAQ scores werd niet gevonden.

Desondanks is er een toch klein aantal significante verbanden gevonden. Voordat deze toegelicht worden is het van belang op te merken, dat er vanuit het oogpunt van de cliënt *altijd negatieve* correlaties werden gevonden tussen de diverse ziektegerelateerde variabelen en de therapeutische relatie. Het is aannemelijk dat cliënten die in het geheel genomen bij aanvang van de behandeling minder fysieke en psychische klachten hadden, de therapeutische relatie ook als positiever beoordeelden. De meeste van deze correlaties waren echter niet significant.

Met meer zekerheid kan wel gesteld worden, dat de cliënten positiever waren wanneer zij minder piekerden over hun lichaamsvorm ($p < .05$). Daarnaast kan met grote voorzichtigheid gesteld worden dat de cliënten de therapeutische relatie als sterker beoordeelden wanneer hun lichaamsattitude positiever was en er in mindere mate sprake was van depressie ($p = .09$), maar de variabelen 'Piekeren over lichaamsvorm', 'Lichaamsattitude' en 'Depressie' correleerden ook onderling. Na lineaire regressie analyse bleef enkel 'Piekeren over lichaamsvorm' als significante voorspeller over. Ook werd voor het eerst een hulpverlenigerelateerde variabele als significante voorspeller gevonden: de leeftijd van de hulpverlener ($p = .03$). Cliënten van oudere hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie als positiever.

Vanuit het perspectief van de hulpverlener werd een positieve correlatie gevonden tussen de HAQ score van de hulpverlener en diens leeftijd, maar deze correlatie was niet significant. Leeftijd en ervaring op het gebied van online behandeling correleerden daarbij niet onderling. Geconcludeerd kan worden dat hulpverleners met meer ervaring op het gebied van online hulpverlening de therapeutische relatie met hun cliënten als positiever beoordeelden ($p = .05$), maar dit waren niet per definitie oudere hulpverleners.

Hulpverlener- en cliëntbeoordelingen van de therapeutische relatie verschilden in grotere mate van elkaar wanneer de cliënt een fulltime baan had of juist werkloos was. Werkloze cliënten beoordeelden de therapeutische relatie als relatief sterker dan hun hulpverlener. Daarentegen beoordeelden hulpverleners de therapeutische relatie als relatief sterker dan hun cliënt, wanneer de cliënt een fulltime baan had. Daarnaast lagen de scores verder uit elkaar wanneer de cliënt wel of geen vast dagritme had. Cliënten zonder een vast dagritme waren relatief positiever dan hun hulpverlener, hulpverleners van cliënten met vast dagritme waren daarentegen relatief positiever dan hun cliënten. Ten derde beoordeelden cliënten met een positievere lichaamsattitude de therapeutische relatie als

relatief sterker dan hun hulpverlener, terwijl hulpverleners de therapeutische relatie met cliënten met een negatievere lichaamsattitude als sterker beoordeelden. De verschillende variabelen correleerden niet onderling. Na regressie analyse bleven slechts dagbesteding en dagritme gezamenlijk over als significante voorspellers.

Tot slot lijkt het oordeel van de cliënt ten aanzien van de therapeutische relatie met twee gevonden significante variabelen nog het best te voorspellen. Voor zowel de attitude van de hulpverlener als voor de mate van overeenstemming tussen hulpverlener en cliënt werd respectievelijk maar één enkele significante voorspeller gevonden.

3.5 Hoe schatten de hulpverleners de attitudes van hun cliënten in

Tabel 10 geeft een schematische weergave van de cliëntbeoordelingen van verschillende aspecten van de behandeling en de inschatting hiervan door hun hulpverlener bij de tussenmeting (T1).

Tabel 10

Ervaring cliënten en ervaring cliënten volgens hulpverleners na afronding van deel 1 van de behandeling (T1)

	Cliënten N=39		Hulpverleners N=39		P	r
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)		
Zin behandeling	3.1	(0.8)	2.6	(0.6)	.001**	.31
Cijfer behandeling	7.6	(0.9)	7.2	(0.6)	.010*	.32
Cijfer hulpverlener	8.1	(0.8)	7.1	(0.8)	.000**	.20
Online behandeling prettig	4.5	(0.9)	3.8	(0.7)	.000**	.13
Online behandeling persoonlijk	3.9	(1.1)	3.3	(0.7)	.001**	.31
Online behandeling veilig	4.6	(0.6)	3.9	(0.5)	.000**	-.06

* Significant bij $\alpha \leq .01$

** Significant bij $\alpha \leq .001$

Cliënten gaven aan de behandeling ‘nagal’ zinvol te vinden. De hulpverleners schatten de zin van de behandeling vanuit de perceptie van hun cliënten significant lager in (tussen ‘een beetje zinvol’ en ‘nagal zinvol’). De cliënten gaven de behandeling en hun hulpverleners gemiddeld een significant hoger cijfer dan de hulpverleners dachten. Cliënten beoordeelden de behandeling als ‘nagal’ tot ‘heel erg’ prettig. Over het persoonlijke karakter van de behandeling oordeelden zij ‘nagal’. Cliënten ervoeren de behandeling als ‘nagal’ tot ‘heel erg’ veilig. Samengevat beoordeelden de cliënten de behandeling ten tijde van de tussenmeting significant positiever dan hun hulpverleners inschatten.

De hulpverleners konden aangeven of zij dachten dat hun cliënten de behandeling (succesvol) zouden afronden. Ten tijde van de beschrijving van deze resultaten hebben vijf cliënten de behandeling voortijdig beëindigd. Van twee van deze cliënten voorzag hun hulpverlener dat zij de behandeling niet zouden afronden omdat er (1) ‘er waarschijnlijk aanvullende hulp nodig zal zijn’ en (2) de cliënte ‘wil afvallen en dit programma meer als afvalprogramma ziet’. Niet alle hulpverleners hadden de vraag beantwoord, maar wanneer er wel antwoord werd gegeven op de vraag (N=31), werd, afgezien van de bovengenoemde cliënten, vrijwel altijd verwacht dat de cliënt de behandeling zou afronden. Redenen die hulpverleners hiervoor vaak noemden waren trouw reageren, trouw maken van

berichten, een sterke veranderwens en grote betrokkenheid bij de behandeling. Slechts bij twee andere cliënten (die overigens op het moment van de beschrijving van de resultaten nog aan de behandeling deelnamen) werd aan afronding getwijfeld. Genoemde redenen waren (1) twijfel bij de cliënt over de geschiktheid van de behandeling (opdrachten sloten niet altijd aan bij wat de cliënte wilde of wenste) en (2) de mogelijkheid dat de behandeling zich richt op zwaardere gevallen dan de desbetreffende cliënte.

Tabel 11 laat de inschatting van de hulpverleners en de cliëntscores na afronding van de gehele behandeling (T2) zien.

Tabel 11
Ervaring cliënten en ervaring cliënten volgens hulpverleners na afronding van de gehele behandeling (T2)

	Cliënten		Hulpverleners		P	r
	N=12		N=12			
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)		
Behandeling als zinvol ervaren	3.3	(0.6)	3.1	(0.5)	ns	.50
Behandeling voldaan aan verwachtingen	2.7	(0.8)	2.8	(0.6)	ns	.38
Cijfer behandeling	7.8	(1.3)	7.2	(0.6)	ns	.55
Cijfer hulpverlener	8.3	(0.9)	7.5	(0.8)	.001*	.70
Online behandeling prettig	4.4	(0.8)	4.1	(0.9)	ns	-.05
Online behandeling persoonlijk	3.5	(1.3)	3.8	(0.9)	ns	.44
Online behandeling veilig	4.5	(0.7)	4.7	(0.7)	ns	.21
Andere vormen gemist	1.3	(0.5)	1.6	(0.5)	ns	.10

* Significant bij $\alpha \leq .001$

* Significant bij $\alpha \leq 0.001$

De hulpverleners konden ten tijde van de nameting een betere inschatting maken van de ervaringen van hun cliënten, maar de groep respondenten was kleiner. Net als in de tussenmeting gaven de cliënten aan de behandeling ‘nogal’ zinvol te vinden. De cliënten gaven aan dat de behandeling ‘een beetje’ aan hun verwachtingen had voldaan. De beoordeling van de behandeling was met een 7.8 iets hoger dan bij de tussenmeting, maar in verband met de geringere onderzoeksgroep was het verschil tussen de cliënten en de inschatting van hun hulpverleners nu niet significant. Opnieuw gaven de cliënten de hulpverlener een significant hoger cijfer dan de hulpverlener dacht. De cliënten beoordeelden de behandeling zoals bij tussenmeting als ‘nogal’ tot ‘heel erg’ prettig, ‘neutraal’ tot ‘nogal’ persoonlijk en ‘nogal’ tot ‘heel erg’ veilig. De cliënten vonden gemiddeld dat zij geen andere behandelvormen gemist hadden.

4. Discussie

De therapeutische relatie tussen hulpverleners en cliënten

Naar verwachting beoordeelden de cliënten de therapeutische relatie met hun hulpverlener als positief. Hiermee bevestigt dit onderzoek eerdere studies (Hanley, 2009; Klein, et al., 2010; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Simpson, et al., 2005) waarin tevens hoge cliëntwaarderingen van de therapeutische relatie binnen online behandeling werden gevonden. Daarnaast laat deze studie zien dat ook hulpverleners de therapeutische relatie binnen online behandeling als positief kunnen waarderen en dat een positievere waardering gerelateerd is aan het aantal jaren ervaring op het gebied van online hulpverlening. De samenhang tussen hulpverlenerattitude ten aanzien van de therapeutische relatie binnen online behandeling en ervaring met deze therapievorm werd al door andere onderzoekers gesuggereerd (Tanrikulu, 2009; Wangberg, et al., 2007; Zamani, et al., 2010), maar dit onderzoek toont voor het eerst een statistisch verband tussen deze variabelen aan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat kennis en ervaring van hulpverleners van essentieel belang zijn voor de ontwikkeling van een positievere attitude ten aanzien de therapeutische relatie binnen online behandeling.

Zoals in een aantal eerdere studies (Bale, et al., 2006; Gallop, Kennedy, & Stern, 1994; Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Trijsbrugg, et al., 1999) werd in dit onderzoek een lage correlatie tussen de cliëntwaarderingen en de hulpverlenerwaarderingen van de therapeutische relatie gevonden. Mogelijkerwijs (zoals ook in de genoemde onderzoeken werd gesuggereerd) verschillen de beoordelingsperspectieven van hulpverleners en cliënten sterk van elkaar en zouden de waarderingen als twee aparte variabelen beschouwd moeten worden. Een plausibeler verklaring is daarentegen de ongeschiktheid van correlatie analyse als methode om de mate van overeenstemming tussen twee meetmethoden te bepalen: Een hoge of lage correlatie tussen twee meetmethoden toont namelijk volgens de statistici Bland en Altman (Bland & Altman, 1986) een verband aan, maar zegt niets over de overeenstemming tussen de twee meetmethoden. Desondanks is correlatie analyse tot op heden de meest toegepaste statistische analyse om deze overeenstemming te onderzoeken. Een lagere correlatie wordt vaak gezien bij kleinere groepen proefpersonen, wanneer er minder variatie is in uitkomsten en er dus minder breed steekproefonderzoek is gedaan. Dit wil niet zeggen dat de overeenstemming tussen de twee meetmethoden gering is. Maar ook bij een hoge correlatie is er niet automatisch sprake van grote overeenstemming, hier kan er toch sprake zijn van geringe overeenstemming. De statistici ontwikkelden een passender analyse, de Bland-Altman analyse, die in dit onderzoek in tegenstelling tot de correlatie analyse een hoge mate van overeenstemming tussen de therapeutische relatie als gemeten bij de cliënten en de therapeutische relatie als gemeten bij de hulpverleners aantoonde. Meer onderzoek en herhaalde metingen zijn wel noodzakelijk om de gevonden mate van overeenstemming tussen de twee meetmethoden te bevestigen.

Voorspellers van de therapeutische relatie

Dit onderzoek bevestigt dat de kwaliteit van de therapeutische relatie een moeilijk te voorspellen concept is. Eerder onderzoek toonde geen verbanden tussen cliëntgerelateerde demografische factoren en de therapeutische relatie (Norcross, 2001) en vond geen therapeutvariabelen als voorspellers (Meier, et al., 2005). Ook dit onderzoek vond niet veel significante verbanden, maar toch werd een klein aantal significante voorspellers ontdekt. Zo werd een positief verband gevonden tussen de therapeutische relatie beoordeeld door de cliënten en de leeftijd van de hulpverlener. Cliënten van oudere hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie als positiever. Het zou kunnen dat cliënten oudere hulpverleners als ervarener en toegankelijker waarnemen en gemakkelijker een vertrouwensband met hen ontwikkelen. Daarbij beoordeelden hulpverleners met meer ervaring op het gebied van online behandeling de therapeutische relatie met hun cliënten als positiever. Leeftijd van de hulpverlener en ervaring op het gebied van online behandeling correleerden niet significant met elkaar, oudere hulpverleners hadden dus niet per definitie meer ervaring op het gebied van online hulpverlening. Vanuit het perspectief van de hulpverleners is het aannemelijk dat hulpverleners met meer ervaring op het gebied van online behandeling meer vertrouwen hebben in de therapeutische relatie die zij met hun cliënt binnen de online behandeling hebben opgebouwd.

Een ziektegerelateerde factor die in eerder onderzoek in verband werd gebracht met de sterkte van de therapeutische relatie is het BMI van de cliënt (Constantino, et al., 2005): over- en ondergewicht zou de therapeutische relatie negatief kunnen beïnvloeden. Een negatief verband tussen een hoog en een laag BMI enerzijds en de therapeutische relatie anderzijds, werd in dit onderzoek echter niet gevonden. Een verklaring hiervoor kan de geringe spreiding in BMI zijn; bij slechts 8% van de cliënten was sprake van een normaal gewicht, bij bijna 90% was sprake van overgewicht. Er zijn wel aanwijzingen in dit onderzoek gevonden dat geringere ernst van de ziekte gepaard gaat met een hogere beoordeling van de therapeutische relatie door de cliënt. Zo werd een negatieve correlatie gevonden tussen de mate van piekeren over lichaamsvorm en de hiermee correlerende variabelen lichaamsattitude en mate van depressie enerzijds en de kwaliteit van de therapeutische relatie anderzijds. Overigens werden *altijd negatieve* correlaties gevonden tussen de diverse ziektegerelateerde variabelen en de therapeutische relatie beoordeeld door de cliënt, al was het grootste deel niet significant. Het is aannemelijk dat cliënten die in het geheel genomen bij aanvang van de behandeling minder fysieke en psychische klachten hebben, de therapeutische relatie als positiever beoordelen, maar verder onderzoek is noodzakelijk om deze hypothese te toetsen.

Voor zover bekend is er niet eerder onderzoek gedaan naar voorspellers van de mate van overeenstemming tussen cliënt- en hulpverlenerbeoordelingen van de therapeutische relatie. In dit onderzoek bleken een aantal cliëntgerelateerde demografische factoren gerelateerd aan de mate van overeenstemming. Volgens de meta-analyse van Horvath & Symonds (Horvath & Symonds, 1991) is het oordeel van de cliënt ten aanzien van de therapeutische relatie de beste voorspeller voor het behandel-effect. Als het oordeel van de cliënt dan ook als graadmeter wordt genomen, kan gesteld

worden dat hulpverleners de therapeutische relatie met hun werkloze cliënten onderschatten, terwijl zij de relatie met hun werkende cliënten overschatten. Daarnaast onderschatten zij de relatie met cliënten zonder vast dagritme en overschatten zij de relatie met cliënten met vast dagritme. Om deze uitkomst verder te onderzoeken zouden de correlaties per subschaal van de HAQ bekeken kunnen worden. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat de hulpverleners bij werkloze cliënten en bij cliënten zonder vast dagritme het gevoel hadden dat deze cliënten in mindere mate in staat zijn zichzelf te helpen en hun situatie te verbeteren (Helpfulness schaal), terwijl zij bij werkende cliënten en bij cliënten met meer structuur in hun leven eerder het gevoel hadden dat deze cliënten het wel zouden redden. Maar ook op het gebied van samenwerking met de hulpverlener zouden er verschillen kunnen zijn (Cooperation schaal). Meer onderzoek is echter noodzakelijk om deze speculaties nader te bekijken.

Inschatting hulpverleners van ervaring cliënten

Het oordeel van de cliënten ten aanzien van de gehele behandeling was zowel in de tussenmeting als in de nameting positief. In de tussenmeting en in de nameting gaven de cliënten aan, de behandeling 'nogal' zinvol te vinden. Zij gaven de behandeling in de tussenmeting een 7,6 en in de nameting een 7,8. De hulpverlener scoorde zowel in de tussenmeting als in de nameting een ruime 8. De cliënten ervoeren de behandeling als prettig, veilig en persoonlijk, dit laatste ondanks het ontbreken van face-to-face contact. Daarbij gaven zij aan dat zij geen andere vormen van contact gemist hadden.

Ten tijde van de tussenmeting schatten de hulpverleners het oordeel van hun cliënten over de behandeling als significant lager in. Dit kan ermee te maken hebben dat de hulpverleners voorzichtig waren en niet te hoge verwachtingen wilden hebben van het oordeel van hun cliënten. Ook kan het zo zijn dat de hulpverleners de cliënten nog minder goed kenden ten tijde van de tussenmeting, bij de nameting konden zij het oordeel van hun cliënten beter inschatten. De groep bij de nameting was echter gering (N=12) en data analyse op een later tijdstip met een grotere groep cliënten zal uitwijzen of de hulpverleners bij de nameting daadwerkelijk beter in staat zijn de attitudes van hun cliënten in te schatten. De hulpverleners waren duidelijk bescheiden met betrekking tot het cijfer dat zij verwachtten te krijgen van hun cliënten. Het gegeven cijfer lag zowel in de tussenmeting als in de nameting bijna een punt hoger dan de hulpverleners verwacht hadden.

Kanttekeningen en toekomstig onderzoek

Door verschillende omstandigheden (lagere instroom cliënten, vakantieperiode, ziekte van hulpverleners) was er ten tijde van de afronding van dit onderzoek minder data beschikbaar dan werd verwacht bij aanvang van het onderzoek. Hierdoor was het helaas niet mogelijk (sterke) conclusies te trekken met betrekking tot de ontwikkeling van de therapeutische relatie gedurende de behandeling en verbanden tussen de therapeutische relatie, het therapiesucces en therapietrouw. Daarnaast zijn in verband met de geringe onderzoeksgroep ook minder significante ($p \leq .10$) uitkomsten meegenomen. Cliënten met de diagnose ES-NAO (en in mindere mate BED), cliënten met overgewicht en cliënten zonder psychische pathologie waren in dit onderzoek oververtegenwoordigd, wat de resultaten zou kunnen beïnvloeden.

Toekomstig onderzoek kan zich richten op de vraag of de therapeutische relatie een constant gegeven is, of dat zij zich ontwikkelt gedurende de behandeling. In de tweede plaats is het van belang de verbanden tussen de therapeutische relatie, de behandel effecten en therapietrouw te onderzoeken. Ook kan bestudeerd worden of de meta-analyse van Horvath & Symonds (Horvath & Symonds, 1991) bevestigd wordt en het oordeel van de cliënt daadwerkelijk een (grotere) voorspellende waarde heeft voor het behandel effect. Bovendien kan toekomstig onderzoek licht werpen op de vraag wiens oordeel een (grotere) voorspellende waarde heeft voor de therapietrouw. In de laatste plaats is het van belang te onderzoeken of bestaande vragenlijsten die de therapeutische relatie meten geschikt zijn voor toepassing in de online setting. Deze vragenlijsten zijn immers ontwikkeld voor toepassing in de face-to-face context.

Aanbevelingen voor de praktijk

Het is voor hulpverleners van Tactus Verslavingszorg van belang zich ervan bewust te zijn dat cliëntbeoordelingen van de therapeutische relatie afhankelijk kunnen zijn van de leeftijd van de hulpverlener. Ook bezorgdheid met betrekking tot de lichaamsvorm, een algehele negatievere lichaamsattitude en depressieve gevoelens kunnen negatieve invloed hebben op het oordeel over de therapeutische relatie. Wanneer in de intake blijkt dat cliënten op een van deze ziektegerelateerde variabelen hoger scoren of voornamelijk wanneer zij op alle van deze ziektegerelateerde variabelen hoger scoren, zouden hulpverleners hieraan meer aandacht kunnen besteden in de behandeling en extra alert kunnen zijn op het opbouwen van een sterke band.

Het internet is een steeds belangrijker medium geworden om psychologische diensten aan te bieden en studies tonen positieve effecten van diverse online behandelingsvormen aan. Daarom zou online behandeling een belangrijke plaats moeten innemen in reguliere opleidingen tot hulpverlener. Ervaring en kennis van empirische informatie over effectiviteit en percepties van cliënten zouden (toekomstige) hulpverleners meer vertrouwen kunnen geven in de mogelijkheid een sterke therapeutische relatie binnen online behandeling te ontwikkelen. Bovendien zouden meer ervaring en kennis ook een ander licht kunnen werpen op overige bedenkingen van reguliere hulpverleners en daarbij percepties van hulpverleners en cliënten nader tot elkaar kunnen brengen.

Conclusie

De doelstelling van dit onderzoek was het geven van inzicht in de therapeutische relatie binnen de online behandeling van eetstoornissen. Het is uitgevoerd om antwoord te krijgen op de vraag hoe ervaren online behandelaren en hun cliënten de therapeutische relatie beoordelen, op de vraag welke factoren van invloed zijn op de sterkte van de therapeutische relatie en om meer inzicht te geven in de verbanden tussen de therapeutische relatie, het behandel effect en therapietrouw. Op een aantal van deze vragen blijft dit onderzoek antwoorden schuldig. Desondanks kan het gezien worden als belangrijke aanzet voor toekomstige studies en is een aantal interessante aanbevelingen voor de praktijk genoemd.

Tot slot kunnen hulpverleners van Tactus Verslavingszorg tevreden zijn over de hulp die zij hun cliënten bieden: cliënten zijn positief over de relatie die zij met hun hulpverleners hebben opgebouwd, over de behandeling als geheel en over hun hulpverlener in het algemeen, wat zich uit in een dikke 8 als rapportcijfer. Daarbij hebben de hulpverleners een realistisch beeld van de ervaring van hun cliënten met de behandeling, maar zichzelf die dikke 8 geven, daarvoor zijn ze waarschijnlijk te bescheiden.

Referenties

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 459-466. doi: 10.1001/archpsyc.57.5.459
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Bergstrom, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(1), 73-77.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. T. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bale, R., Catty, J., Watt, H., Greenwood, N., & Burns, T. (2006). Measures of the therapeutic relationship in severe psychotic illness: A comparison of two scales. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 256-266.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1(8476), 307-310.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psycho-analytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- CBO & Trimbos-instituut. (2006). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen*. Utrecht.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211.
- Curran, S. L., Andrykowski, M. A., & Studts, J. L. (1995). Short form of the Profile of Mood States (POMS-SF): Psychometric information. *Psychological Assessment*, 7(1), 80-83.
- De Weert-Van Oene, G. H., De Jong, C. A. J., Jorg, F., & Schrijvers, G. J. P. (1999). The helping alliance questionnaire: Psychometric properties in patients with substance dependence. *Substance Use and Misuse*, 34(11), 1549-1569.
- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K., & Crow, S. J. (2010). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *Int J Eat Disord*.
- Evans, E. J., Hay, P. J., Mond, J., Paxton, S. J., Quirk, F., Rodgers, B., . . . Sawoniewska, M. A. (2011). Barriers to help-seeking in young women with eating disorders: A qualitative exploration in a longitudinal community survey. *Eating Disorders*, 19(3), 270-285.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.

- Freud, S. (1958). *On the beginning the treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Gallop, R., Kennedy, S. H., & Stern, D. (1994). Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 405-410.
- Gehrs, M., & Goering, P. (1994). The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 43-54.
- Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 5-15. doi: DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.05.005
- Greenson, R. R. (1967). The working alliance and the transference neuroses. *Psychanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Hanley, T. (2009). The working alliance in online therapy with young people: Preliminary findings. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37(3), 257-269.
- Hendriksen, M., Van, R., Peen, J., Oudejans, S., Schoevers, R., & Dekker, J. (2010). Psychometric properties of the Helping Alliance Questionnaire-I in psychodynamic psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, 20(5), 589-598.
- Hengeveld, M. W. (2002). De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Jonker, J., J De Jong, C. A., De Weert-van Oene, G. H., & Gijs, L. (2000). Gender-role stereotypes and interpersonal behavior: How addicted inpatients view their ideal male and female therapist. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 307-312.
- Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K., . . . Redman, T. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: Pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 635-644.
- Knaevelsrud, C., Jager, J., & Maercker, A. (2004). Online-therapy: Effectiveness and peculiarities of the therapeutic relationship. *Internet-psychotherapie: Wirksamkeit und besonderheiten der therapeutischen beziehung*, 14(3), 174-183.

- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7.
- Lamers, L. M., Stalmeier, P. F. M., McDonnell, J., Krabbe, P. F. M., & Van Busschbach, J. J. (2005). Measuring the quality of life in cost-utility analyses: The Dutch EQ-5D tariff. *Kwaliteit van leven meten in economische evaluaties: Het Nederlands EQ-5D-tarief*, 149(28), 1574-1578.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 649-661.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for supportive-expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., & Woody, G. E. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602-611.
- Mair, F., & Whitten, P. (2000). Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *British Medical Journal*, 320(7248), 1517-1520.
- Marziali, E., & Alexander, L. (1991). The power of the therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 383-391.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316.
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., . . . Cook Myers, T. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 581-592.
- Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052-3062.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Eating Disorders Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*. London: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes, and products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy*, 38(4), 345-356.
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Prochaska, J. O. (2002). The Face of 2010: A Delphi Poll on the Future of Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(3), 316-322.

- Postel, M. G., De Haan, H. A., Ter Huurne, E. D., Becker, E. S., & De Jong, C. A. J. (2010). Effectiveness of a web-based intervention for problem drinkers and reasons for dropout: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4), e68p.61-e68p.12.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders*, 3(2), 133-144. doi: 10.1080/10640269508249156
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 95-103.
- Rothert, K., Strecher, V. J., Doyle, L. A., Caplan, W. M., Joyce, J. S., Jimison, H. B., . . . Roth, M. A. (2006). Web-based weight management programs in an integrated health care setting: A randomized, controlled trial. *Obesity*, 14(2), 266-272.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 47(4), 637-645.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(SUPPL. 20), 22-33.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 156-165.
- Tanrikulu, I. (2009). Counselors-in-training students' attitudes towards online counseling. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 785-788.
- Toman, E. (2002). Body mass index and its impact on the therapeutic alliance in the work with eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 10(3), 168-178.
- Trijsbrugg, R., van 't Spijker, A., van Dam, Q., & Duivenvoorden, H. (1999). De Helping Alliance Questionnaire (HAQ II) Een vragenlijst om de werkrelatie in psychotherapie te bepalen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25(3), 56-65. doi: 10.1007/bf03061895
- Van den Eynde, F., & Schmidt, U. (2008). Treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychiatry*, 7(4), 161-166. doi: DOI: 10.1016/j.mppsy.2008.02.001
- Vandenbos, G. R., & Williams, S. (2000). The Internet versus the telephone: What is telehealth, anyway? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 490-492.
- Wangberg, S. C., Gammon, D., & Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: Exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(3), 418-423.
- Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: Concerns and considerations. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(3), 453-459.

- Winzelberg, A. J., Barr Taylor, C., Sharpe, T., Eldredge, K. L., Dev, P., & Constantinou, P. S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 339-349.
- World Health Organization. (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Consultation.
- Zabinski, M. F., Celio, A. A., Jacobs, M. J., Manwaring, J., & Wilfley, D. E. (2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11(3), 183-197.
- Zamani, Z. A., Nasir, R., & Yusoff, F. (2010). *Perceptions towards online counseling among counselors in Malaysia*.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

