

IN OPDRACHT VAN TACTUS VERSLAVINGSZORG

De therapeutische alliantie tussen hulpverleners en cliënten, van judo naar tango.

Online behandeling www.etendebaas.nl

Universiteit Twente, Florentine Paus S1025945
25-8-2014

Externe begeleider: Drs. E.D. ter Huurne (Tactus)

1^e begeleider: Dr. M.G. Postel

2e begeleider: Dr. L.C.A. Christenhusz



Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Summary	5
Inleiding	6
Effectiviteit online behandeling	8
Therapeutische relatie algemeen	8
Therapeutische alliantie in de behandeling van eetstoornissen	9
Therapeutische alliantie online behandeling.	10
Therapeutische alliantie online behandeling eetstoornissen en drop-out.	10
Onderzoeksvragen	11
Methoden	13
<i>Deelnemers</i>	13
Inclusie criteria	13
Exclusiecriteria	13
<i>Materialen</i>	14
<i>Design</i>	15
Behandelgroep	15
Meetmomenten	16
<i>Procedures</i>	17
Setting	18
Werving	18
<i>Data analyse</i>	
Resultaten	20
Beschrijving onderzoeksgroep	20
Demografische gegevens en redenen voor behandeling	21
Ziektegerelateerde gegevens	22
De therapeutische alliantie tussen hulpverleners en cliënten	23
Tussenmeting	24
Eindmeting	25
Drop-out	26
Ontwikkeling therapeutische alliantie	27
Therapeutische alliantie als voorspeller voor behandelresultaat.	29
Conclusie	31
Referenties	35
Bijlage	43

Samenvatting

Achtergrond: Web-based behandelingen bij psychische stoornissen zijn bewezen effectief. Toch blijven er vragen bestaan over de mogelijkheid tot het ontwikkelen van een goede therapeutische alliantie.

Doelstelling: Inzicht verwerven in de beoordeling van de therapeutische alliantie door hulpverleners en cliënten binnen de online behandeling Etendebaas.nl. Het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen therapeutische alliantie en de behandelresultaten en drop-out.

Methoden: De 'Helping Alliance Questionnaire' (HAQ) is afgenomen bij zowel cliënten als hulpverleners ten tijde van de online interventie Etendebaas.nl (N=200). Er hebben binnengroeps- en tussengroepsmetingen plaatsgevonden, gebruikmakend van verschillende meetmomenten binnen een Randomized Controlled Trial (RCT). Met behulp van gepaarde t-toesten, Pearson correlatie analyses en Bland & Altman analyses is de mate van overeenkomst in beoordeling van de therapeutische alliantie gemeten tussen hulpverleners en cliënten. Tevens zijn Pearson correlatie analyses en lineaire regressie analyses gebruikt om de therapeutische alliantie als voorspeller van het behandelresultaat te onderzoeken.

Resultaten: Dit onderzoek laat zien dat zowel hulpverleners als cliënten de therapeutische alliantie binnen online behandeling als positief beschouwen. Met zowel begin- als eindscores van de therapeutische alliantie als beoordeeld door cliënt (M=42.7, M=45.5) en hulpverlener (M=41.8, M=43.8). Bij drop-out beoordeelden cliënten (M=33.4) de therapeutische alliantie als significant slechter dan hulpverleners (M=36.4). De cliënt- en hulpverlener waardering op de nameting correleerden significant zwak met de behandeluitkomst. Daarbij blijkt dat het oordeel over de therapeutische alliantie van cliënten op de nameting een significante voorspeller (15%) is voor het behandelresultaat, evenals het oordeel van cliënten bij drop-out (17%). Het oordeel van de hulpverlener blijkt geen voorspeller te zijn voor behandelresultaat.

Conclusie: Online behandeling heeft de potentie een goede therapeutische alliantie te kunnen bewerkstelligen. De alliantie bleek zich positief te ontwikkelen gedurende de behandeling en het cliëntoordeel bleek voorspellende waarde toe te voegen aan het behandelresultaat.

Onduidelijk is echter of de therapeutische alliantie rechtstreeks effect heeft op het behandelresultaat of dat deze relatie gemedieerd wordt door drop-out. Meer onderzoek is nodig om vast te stellen wat de werkzame componenten zijn van online behandelinterventies en welke elementen verantwoordelijk zijn voor het behandelresultaat en de therapeutische alliantie.

Summary

Background: Despite the proven effectiveness of web-based treatment for mental disorders, there are still many questions about how to development of a solid therapeutic alliance between counselor and client.

Objective: To gain insight in the assessment of the therapeutic alliance by healthcare workers and clients within the online treatment Etendebaas.nl. As well as obtaining an understanding of the relationship between therapeutic alliance and the treatment effects and drop out.

Methods: The ' Helping Alliance Questionnaire ' (HAQ) is assessed from clients as well as healthcare workers at the time of the online Etendebaas.nl intervention (N = 200). The score on the client and counselor version is among themselves, as well as, on different time points compared with each other within a Randomized Controlled Trail (RCT). Using paired t-test, Pearson correlation analyses and Bland & Altman analysis is the degree of similarity in assessment of the therapeutic alliance measured between healthcare workers and clients. In addition, Pearson correlation analysis and linear regression analyses used to investigate the therapeutic alliance as a predictor of treatment effect.

Results: This study shows that both healthcare workers and clients consider the therapeutic alliance in online treatment as positive. With both start- and end scores of the therapeutic alliance as reviewed by client (M=42.7, M=45.5) and counselor (M=41.8, M=43.8). Clients rated the therapeutic alliance at drop-out (M=33.4) as significant worse than healthcare workers (M=36.4). The client and counselor rating on the intervention period correlated significantly weak with the treatment outcome. It turns out that the assessment of the therapeutic alliance of clients on the intervention period, a significant predictor (15%) is for the treatment effect, as well as the opinion of clients drop out (17%). The judgment of the healthcare worker doesn't show any predictive value for treatment effect.

Conclusion: Good therapeutic alliance can be developed during the investigated online treatment. The alliance developing turned out positive during the treatment, by both client and therapist, however only a positive experience of the client showed to add predictive value to the treatment effect. It is unclear, however, whether the therapeutic alliance has a direct effect on the treatment effect or that this relationship is mediated by drop-out. More research is needed to identify the active components of online treatment interventions and which elements are responsible for the treatment effect and the therapeutic alliance.

Inleiding

Web-based behandelingen bij psychische stoornissen zijn bewezen effectief, echter blijven er bij hulpverleners veel vragen bestaan rondom de ontwikkeling van een solide therapeutische alliantie tussen hulpverlener en cliënt. Dit onderzoek is er op gericht inzicht te werven in de beoordeling van de therapeutische alliantie door hulpverleners en cliënten binnen de online behandeling van eetstoornissen. De zorg voor eetstoornis patiënten vergt een specifiek op een eetstoornis gerichte persoonlijke benadering. Volgens de DSM-V (American Psychiatric Association, 1994) is er bij een eetstoornis dan ook sprake van een obsessieve preoccupatie met gewicht, uiterlijk en eten. De DSM-IV typeert vier verschillende eetstoornissen; Bulimia Nervosa (BN), Anorexia Nervosa (AN), Binge Eating Disorder (BED) en eetstoornissen niet anderszins omschreven (ES-NAO). Volgens de DSM-IV criteria is de meest voorkomende eetstoornis in de bevolking de eetstoornis NAO (77%) (Hoek & Kamp, 2009). Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa komen het meest voor bij vrouwen, slechts 10% is man. Volgens de Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen (2006) behoren Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa tot de psychiatrische ziekten met de hoogste mortaliteit (circa 15%; waarvan ongeveer 2/3 als gevolg van ondervoeding en 1/3 door suïcide) en chroniciteit.

Volgens een recente review over de epidemiologie van eetstoornissen is de incidentie van anorexia nervosa (AN) in Nederland de afgelopen tien jaar stabiel gebleven op ongeveer 7 per 100.000 personen per jaar (Smink et al., 2012). De incidentie voor boulimia nervosa (BN) is geraamd op 6,1 per 100.000 personen per jaar (Smink et al. 2012). Onder de algemene bevolking ligt de lifetime prevalentie van anorexia nervosa (DSM-IV) op 2,2%, de helft van de gevallen was niet ontdekt in de gezondheidszorg (Keski-Rahkonen et al., 2009).

Vroegtijdige onderkenning en behandeling van eetstoornissen is van fundamenteel belang om de gevolgen in te perken. Er zijn verschillende behandelvormen; welke vorm van therapie gekozen wordt is afhankelijk van de aard van de achterliggende problematiek, de leeftijd en de sociale situatie van de patiënten. Ook speelt de voorkeur van de behandelaar en cliënt voor een bepaald behandelmodel een rol (Stichting Anorexia en boulimia SABN).

De Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen (CBO & Trimbos-instituut, 2006) adviseert om patiënten met eetstoornissen te behandelen volgens het ‘Stepped care’ principe. ‘Stepped

care' houdt in dat zorg bestaat uit een aantal stappen, waarbij de minst intensieve behandeling als eerste wordt gekozen. Cognitieve gedragstherapie (CGT), Inter-persoonlijke therapie (IPT) en motiverende gespreksvoering zijn aangetoond als effectieve behandelmethoden bij eetstoornissen. CGT wordt gezien als een geschikte therapie voor de behandeling van verschillende eetstoornissen (Hay & Bacaltchuk, 2001; Pike e.a., 2003; Wilfley e.a., 2002), waarbij de effectiviteit vooral is aangetoond voor patiënten met boulimia nervosa (Hay & Bacaltchuk, 2001) en patiënten met een eetbuistoornis (Peterson e.a., 1998; Wilfley e.a., 2002). Motiverende gespreksvoering blijkt ook een belangrijke effectieve component te zijn in de behandeling van eetstoornissen. De richtlijn eetstoornissen (CBO & Trimbos-instituut, 2006) stelt dat motivatie een belangrijke rol speelt in de behandeling van anorexia nervosa (Treasure & Ward, 1997; Vitousek e.a., 1998).

Ondanks de ernstige psychische, fysieke en sociale gevolgen van het verstoord eetgedrag is slechts 6% van de patiënten met BN en 33% van de patiënten met AN behandeld door professionals in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (Evans et al., 2011). Patiënten komen vaak niet zelf om hulp vragen vanwege, bijvoorbeeld, gevoelens van schaamte, een gebrek aan bewustzijn, ambivalentie over de noodzaak voor behandeling, of een positieve houding ten opzichte van hun eetgedrag (Evans et al., 2011).

Vanwege het intensieve gebruik van internet en het omvangrijke bereik onder de algemene bevolking, heeft het internet veel mogelijkheden om deze patiëntengroep te bereiken dan wel te behandelen middels aantrekkelijke en toegankelijke interventies. 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.etendebaas.nl. Etendebaas.nl is een informatieve website met een online forum en een web-based behandelingsprogramma gericht op mensen met een eetstoornis. De resultaten van een eerdere pilot-studie suggereren dat het web-based behandelingsprogramma het potentieel heeft om de psychopathologie bij patiënten met verschillende soorten eetstoornissen te verbeteren (ter Huurne e.a., 2013). Om de effectiviteit van Etendebaas.nl ook wetenschappelijk aan te tonen, is op 28 maart 2011 een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) gestart. Hierbij worden mensen die het behandelingsprogramma www.etendebaas.nl volgen vergeleken met een wachtlijst controle groep.

Effectiviteit online behandeling

In 2013 heeft het Trimbos instituut de resultaten kenbaar gemaakt van een grootschalig onderzoek naar internettherapie waarin vermeld staat dat 100.000 Nederlanders gebruik hebben gemaakt van internettherapie. Opvallend is wel dat de bekendheid van het online hulpaanbod groter is bij hoger opgeleiden en vrouwen (Gubbels, 2013).

Uit een RCT van Mitchell (2008) blijkt dat online behandeling van eetstoornissen even effectief kan zijn als reguliere face-to-face therapievormen. Online interventies kennen voordelen als lage kosten, anonimiteit en indirectheid van communicatie, onafhankelijk van plaats en tijd en de mogelijkheid tot evaluatie. Door de hoge mate van anonimiteit zijn internetinterventies bijzonder geschikt voor patiënten die zich schamen voor hun eetprobleem en daarom geen hulp zoeken (Leibert e.a., 2006; Winzelberg e.a., 2004; Skarderud e.a., 2003). Fysieke afstand geeft de cliënt een gevoel van veiligheid. De cliënt heeft de regie in eigen handen en durft zich eerder bloot te geven, ook wel genoemd als '*online disinhibition effect*' (Suler, 2004).

Enkele nadelen die verband houden met online behandeling zijn onder andere privacygevoeligheid, drop-out, gebrek aan non-verbale communicatie en indirecte communicatie die mogelijk negatieve gevolgen kan hebben op het therapeutisch proces. RCT onderzoek van Ruwaard et al., (2013) toont aan dat de effecten van CGT internetbehandeling voor boulimia nervosa groot zijn in vergelijking met een zelfhulpgroep en een wachtlijstgroep (group effect size: $d = 0.9$). Robinson en Serfaty (2008) voerden een RCT uit en vergeleken een e-mail based cognitieve gedragstherapie met een zelfhulpgroep en een wachtlijst controlegroep. Aan het einde van de behandeling voldeden significant minder personen aan de criteria voor een eetstoornis (ED) (-20%) in vergelijking met de wachtlijst controlegroep, waarvan alle leden nog werden gediagnosticeerd met een ED bij follow-up. Onderzoek van Paxton, McLean, Gollings, Faulkner, en Wertheim (2007) en Gollings and Paxton (2006) toonde ook de effectiviteit van online behandeling bij eetstoornissen aan.

Therapeutische relatie algemeen

Een goede bejegening wordt essentieel gevonden bij therapeutische behandeling. Dit blijkt ook uit de resultaten van het kwaliteitsonderzoek onder patiënten met een eetstoornis (de la Rie, 2005). Het gaat om algemene aspecten zoals; acceptatie, een luisterend oor, respectvolle benadering, vertrouwen, begrip, vriendelijkheid, betrokkenheid, empathie, interesse,

eerlijkheid, en het serieus nemen van de patiënten en hun klachten (CBO & Trimbos-instituut, 2006).

De kwaliteit van de therapeutische relatie wordt traditioneel gezien als een belangrijke variabele die het succes van de therapie bepaalt. Deze valt ook wel onder de begripsbepaling werkrelatie of therapeutische alliantie. Bordin (1979) beschrijft ‘working alliance’ als een concept dat opgebouwd is uit drie onderdelen: overeenstemming over de te behalen doelen, het toekennen van taken of opdrachten, en de ontwikkeling van een band. In wat volgt, hanteer ik het begrip therapeutische alliantie.

Door onderzoek is aangetoond dat de kwaliteit van de alliantie een robuuste voorspeller is van het therapieresultaat (Willemse & Hafkenscheid, 2009). In een systematische review van Hall, Ferreira, Mahler, Latimer en Ferreira (2010) naar de invloed van de therapeutische alliantie op de behandeluitkomst bij hersenletsel, cardiale ziekten en pathologie bepaalt de alliantie tot 50% het effect van de psychologische uitkomsten. Het verband tussen alliantie en therapieresultaat is al vroeg in de behandeling (eerste vijf sessie) duidelijk (Horvath & Bedi, 2002; Willemse & Hafkenscheid, 2009). Bovendien voorspelt een relatief negatieve beoordeling van de alliantie de eenzijdige beëindiging van de behandeling door de cliënt (Willemse & Hafkenscheid, 2009). Een goede therapeutische alliantie is dus van belang voor het behandelresultaat.

Therapeutische alliantie in de behandeling van eetstoornissen.

Alliantie onderzoek in de behandeling van eetstoornissen is schaars. Uit onderzoek van Rorty (1993) blijkt dat vrouwen met BN de volgende therapie-ervaringen als het meest hulpvol omschreven: empathie en zich begrepen voelen, contact met lotgenoten, en het werken aan de ‘onderliggende problemen’. De meest storende therapie-ervaringen waren in de eerste plaats verbonden met de kwaliteiten en/of gedragingen van de therapeut: een te overdreven persoonlijke inbreng van de therapeut en het niet ernstig nemen van de eetstoornis. Daarnaast bestonden conflicten over de behandeldoelen bij AN en BN. Psychotherapie wordt verondersteld te berusten op een werkrelatie met een of meer vooraf bepaalde doelstellingen. Bij de behandeling van eetstoornissen kan niet altijd worden aangenomen dat deze veronderstelling klopt. Bij de meeste AN-patienten is hun te laag gewicht geen probleem, en kan dit dus ook geen therapiedoelstelling voor hen zijn. Bij BN vond de therapeut een normalisering van het eetpatroon noodzakelijker, de cliënt wilde zo snel mogelijk stoppen met

eten en braken (Norré & Van der Eycken, 1994). Boone (2014) stelt dat zelfkritisch perfectionisme bij eetstoornis patiënten het aangaan van een kwalitatieve en warme therapeutische relatie belemmert. Patiënten die zelfkritisch zijn ervaren de therapeutische relatie als minder kwaliteitsvol, wat ervoor zorgt dat ze mindere daling in lichaamsontevredenheid hebben 1 jaar na de start van de behandeling.

Therapeutische alliantie online behandeling

Er zijn veel bedenkingen rondom het ontwikkelen van een goede therapeutische alliantie online tussen cliënt en hulpverlener. Volgens sommige zorgprofessionals wordt de ontwikkeling van een goede therapeutische relatie bemoeilijkt of zelfs onmogelijk gemaakt door het ontbreken van non-verbale aspecten zoals gezichtsuitdrukkingen en oogcontact (Mora, Nevid & Chaplin, 2008; Tanrikulu, 2009) en het minder kunnen tonen van empathie (Tanrikulu, 2009). Er zijn echter diverse studies bekend waaruit blijkt dat het mogelijk is om via online behandeling een goede therapeutische alliantie op te bouwen met de cliënt, vergelijkbaar met of zelfs beter dan de therapeutische relatie in ‘face-to-face’ behandeling (Cook & Doyle, 2002; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2003). Onderzoek van Knaevelsrud en Maercker (2007) toont aan dat het mogelijk is om online een stabiele positieve therapeutische relatie te ontwikkelen tijdens de behandeling van PTSS. De therapeutische alliantie verbeterde significant tijdens het verloop van de behandeling en de correlatie tussen de therapeutische alliantie aan het eind van de behandeling en het effect van de behandeling was hoog. Postel e.a. (2011) tonen aan dat het ook mogelijk is om een goede therapeutische alliantie te vormen tussen cliënt en therapeut in online behandeling van alcoholverslaving.

Therapeutische alliantie online behandeling eetstoornissen en drop out

Er is weinig onderzoek bekend over de therapeutische alliantie en online behandeling van eetstoornissen. In een review van Shingleton, Richards en Thompson-Brenner (2013) komen twee studies naar voren die de therapeutische alliantie bij behandeling van eetstoornissen hebben onderzocht. Simpson, Bell, Knox & Mitchell (2005) voerden een onderzoek uit naar gedragstherapeutische behandeling van BN met behulp van de vragenlijst ‘Helping Alliance Questionnaire’ (HAQ). De resultaten lieten hoge beoordelingen van de therapeutische alliantie en tevredenheid met de gebruikte methode zien. In een studie van Mitchell et al. (2008) werden deelnemers gediagnosticeerd met BN of ES-NAO en behandeld via telemedicine op

basis van CGT methodes. Resultaten gaven vermindering van ED symptomen zowel bij face-to-face als online behandeling. De therapeutische alliantie werd onderzocht met de Working Alliance Inventory (WAI) (Horvath & Greenberg, 1989) en als gelijkwaardig beschouwd ten opzichte van de HAQ. Daarnaast lijkt de therapeutische alliantie ook gerelateerd te zijn aan drop-out ($d=.55$), cliënten met een zwakke therapeutische relatie zijn eerder geneigd uit te vallen bij psychotherapie (Sharf, Primavera, & Diener, 2010).

Drop-out of uitval is een groot probleem binnen online interventies (Kelders, Kok, Ossebaard & van Gemert-Pijnen, 2012). Een algemene meta-analyse van Sharf et al. (2010) naar de therapeutische alliantie en drop-out bij individuele psychotherapie liet zien dat deze sterk aan elkaar gerelateerd zijn, een slechtere therapeutische relatie lijkt verband te houden met hogere drop-out cijfers. De opleidingsgeschiedenis, behandelingsduur en behandelingsinstelling bleken de relatie tussen alliantie en drop-out te modereren. Studies met een groter percentage cliënten die de middelbare school of hoger voltooid hadden bleken zwakke relaties tussen alliantie en drop-out te hebben. Studies met langere behandelingen vertoonden sterke relaties tussen alliantie en drop-out. Intramurale instellingen hadden aanzienlijk grotere effecten dan extramurale instellingen. Samstag et al. (1998) suggereren dat cliëntbeoordelingen gevoeliger zijn in het voorspellen van drop-out dan hulpverleners beoordelingen als het gaat om de therapeutische alliantie. Daarnaast blijken cliënten algemeen een positievere beoordeling te geven ten aanzien van de therapeutische alliantie dan hulpverleners (Barrowclough, Meier, Beardmore & Emsley, 2010; Hatcher et al., 1995; Mallinckrodt & Nelson, 1991). Castonguay et al. (1996) toonden in hun studie een significante relatie tussen alliantie en behandeluitkomst in een groep met depressieve cliënten welke een CGT behandeling ontvingen. Alliantie is een voorspeller van behandeluitkomst tellende voor 8-10% van de variabiliteit in uitkomst bij individuele psychotherapie (Horvath 2011). Orlinsky et al. (2004) concluderen dat de perceptie van de cliënt over de alliantie de beste voorspeller is van de behandeluitkomst bij psychotherapie.

Dit onderzoek beoogt, in navolging op de bestaande studies, zowel de beoordeling van cliënt als hulpverlener te meten. Daar eventueel in de behandeling van eetstoornissen meer op geïntervenieerd kan worden.

Onderzoeksvragen

Dit onderzoek verdiept zich in de therapeutische alliantie tussen hulpverleners en cliënten binnen online behandeling van Etendebaas.nl. Hiervoor zijn onderstaande onderzoeksvragen en hypothesen geformuleerd:

1. Hoe wordt de therapeutische alliantie in een online behandeling bij eetproblemen over de tijd beoordeeld door de cliënt en de hulpverlener, en is hier een verschil te vinden?

Verwacht wordt dat de therapeutische alliantie door beide als goed beoordeeld wordt.

2. Hoe ontwikkelt de therapeutische alliantie zich gedurende de behandeling?

Verwacht wordt dat de alliantie zich gedurende de behandeling verbetert. Bij drop-out wordt een als negatief ervaren alliantie verwacht.

3. In hoeverre is de therapeutische alliantie als gezien door de cliënt en hulpverlener voorspellend voor de drop-out en voor het behandeffect?

Verwacht wordt dat de therapeutische alliantie als gezien door de cliënt het beste de drop-out en behandeffect zal voorspellen.

2 Methoden

Dit onderzoek naar de therapeutische alliantie tussen hulpverleners en cliënten bij de online behandeling van eetstoornissen is uitgevoerd in de periode februari 2014 t/m juli 2014. De gegevens zijn afkomstig uit een RCT onderzoek van Tactus waarbij men de effectiviteit van de interventie Etendebaas.nl beoogd te meten. Dit onderzoek naar de therapeutische alliantie is een klein deel van het grootschalige onderzoek en zoomt in op de therapeutische alliantie.

Deelnemers

De onderzoekspopulatie bestond uit N=200 vrouwelijke cliënten gediagnosticeerd met BN, BED en ES-NAO die zich vanwege hun eetproblematiek aangemeld hadden bij de website www.etendebaas.nl en daadwerkelijk gestart waren met behandeling. Iedere deelnemer werd schriftelijk op de hoogte gebracht en diende een toestemmingsformulier te retourneren voordat deelname aan de RCT kon plaatsvinden. 17 hulpverleners waren betrokken bij de behandeling van deze cliënten, waarvan 2 mannen en 15 vrouwen.

Inclusie criteria

Alle RCT cliënten die gestart zijn met de behandeling zijn geïncludeerd binnen dit alliantie onderzoek. De inclusie criteria van het RCT onderzoek betroffen:

Inclusie criteria; 1) cliënten van het vrouwelijk geslacht; 2) leeftijdsgroep 18 jaar of ouder; 3) diagnosestelling Boulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED) of Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven (ES-NAO) volgens de DSM- IV; 4) toegang tot en de mogelijkheid om het internet te gebruiken; 5) het vermogen om te lezen en te schrijven in de Nederlandse taal; en 6) informed consent.

Exclusiecriteria

De exclusie criteria van het RCT onderzoek betroffen:

Exclusie criteria; 1) lichaamsgewicht minder dan 85% van het ideale gewicht; 2) andere psychologische en/of farmaceutische behandeling voor eetstoornissen in de zes maanden voorafgaand aan de behandeling; 3) actieve suïcidale ideatie (zelfmoord plannen of poging tot zelfmoord in de afgelopen maand, of poging tot zelfmoord eenmaal en suïcidale gedachten in de afgelopen maand); 4) zwangerschap; 5) geplande afwezigheid voor tenminste vier weken

tijdens de behandelperiode. Gebaseerd op de resultaten uit een pilot studie zijn mannen en cliënten met anorexia nervosa (AN) geëxcludeerd, aangezien deze populatie summier is binnen Etendebaas.nl.

Materialen

Voor dit onderzoek 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.

De Helping Alliance Questionnaire (HAQ) is een zelf rapportagelijst en bestaat uit 11-items. Deze geeft een snelle en globale impressie van de perceptie van de kwaliteit van de werk relatie tussen participant en hulpverlener. De vragenlijst bestaat uit twee schalen: 1) 'cooperation' welke de perceptie van de te ontvangen hulp van de hulpverlener reflecteert. En 2) 'helpfulness' die refereert naar het vertrouwen van de deelnemer in zijn/haar eigen capaciteiten om de situatie te verbeteren. Deze schaal refereert ook aan de effectiviteit van de therapeut en van de behandeling. In dit onderzoek werden de benaming en definitie voor de twee subschalen 'Cooperation' en 'Helpfulness' (De Weert-Van Oene, et al., 1999) aangehouden. De HAQ items worden gemeten op een ordinaal niveau waarbij de antwoordmogelijkheden bestaan uit een range van 1 t/m 5 op Likertschaal. Een hogere score op de HAQ impliceert een sterkere therapeutische alliantie.

In dit onderzoek werden voor de cliëntversie acceptabele alpha's gevonden op de tussenmeting: subschaal Cooperation: $\alpha=.81$, subschaal Helpfulness: $\alpha=.82$ en HAQ totaal: $\alpha=.87$. Voor de therapeutversie werden de volgende alpha's gevonden: subschaal Cooperation: $\alpha=.77$, subschaal Helpfulness: $\alpha=.80$ en HAQ totaal: $\alpha=.87$, zie tabel 2.

Voor het bepalen van de ontwikkeling van de therapeutische alliantie gedurende de behandeling is gebruik gemaakt van de scores op de HAQ gemeten bij cliënten bij 1) tussenmeting en 2) eindmeting of drop-out, waarbij een totaalscore op de HAQ boven de 40 als sterk wordt gezien.

Om het behandel-effect te onderzoeken, is gebruik gemaakt van de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (van Furth, 2000), deze lijst meet (reductie in) verstoord eetgedrag. Deze vragenlijst heeft een goede test- en re-test betrouwbaarheid aangetoond (Luce

& Crowther, 1999; Reas, Grilo & Masheb, 2006) en is internationaal het meest gebruikt (Vandereycken, Claes & Bloks, 2004). Black & Wilson (1996) bevestigen dat de EDE-Q een effectief screeningsinstrument blijkt te zijn voor het vaststellen van eetstoornis symptomen (onderzochte populatie: vrouwelijke middelen misbruikers). De EDE-Q is een gevalideerde zelfrapportage schaal bestaande uit 36 items die focust op de voorgaande 28 dagen om belangrijke gedrags-en houdingaspecten van eetstoornissen en de ernst van de psychopathologie van eetstoornissen te beoordelen.

Design

De belangrijkste mogelijke voorspeller voor een behandelings-effect in dit onderzoek is de therapeutische alliantie tussen hulpverlener en cliënt, gemeten bij zowel de hulpverlener als bij de cliënt op 1) tussenmeting en 2) eindmeting of drop-out. Daarnaast is het behandelings-effect gemeten bij cliënten na afloop of het beëindigen van de behandeling. Daar dit een onderzoek betreft binnen een grotere RCT zijn de data van cliënten uit de controle conditie samengevoegd met de data van de cliënten uit de onderzoeksconditie. Als baseline voor de cliënten uit de experimentele conditie is de TO als baseline meting gebruikt voor dit onderzoek en de TV voor de cliënten komende uit de controleconditie van de RCT als baseline voor dit onderzoek. De TV is afgenomen na een wachtperiode, zoals te zien is in figuur 1.

Behandelgroep

Etendebaas.nl bestond uit een website en een web-based behandelingsprogramma voor mensen die zich zorgen maakten over hun eetgewoonte. Het behandelingsprogramma was toegankelijk voor deelnemers die zich hadden aangemeld via de site Etendebaas.nl voor behandeling en het onderzoek. Eenmaal gefiatteerd konden deelnemers inloggen via hun persoonlijk online dossier en behandeling starten dan wel voortzetten via de website op ieder willekeurig moment.

De inhoud en de elementen van de behandeling waren gebaseerd op twee evidence-based technieken: CGT en Motiverende gespreksvoering. Gedurende de behandeling beschikten alle deelnemers over hun eigen therapeut met welke zij persoonlijk volledig asynchroon communiceerden. De gemiddelde duur van het behandelingstraject was bij

benadering 15 weken met 2 contactmomenten per week. Hoofddoel van de behandeling was het ontwikkelen van een gestructureerd, evenwichtig voedingspatroon en realistische denkbeelden over voeding en lichaam. Bijlage 1 toont een stapsgewijze weergave van de behandelsessies.

Het eerste deel van het behandelingsprogramma, de diagnostische fase, begon met een online intake en verzameling van benodigde gegevens. Hierbij werden deelnemers verzocht vragenlijsten voor diagnosestelling in te vullen.

Na afloop van de intake startten cliënten met vier opdrachten en vonden er tenminste zeven contactmomenten plaats tussen de cliënt en therapeut, gericht op analyse en registratie van eetattitudes en -gedragingen van de cliënt. Aan het einde van deel 1 kregen cliënten persoonlijk advies van hun therapeut over het eetpatroon en mogelijke vervolgbehandeling (de volledige keuzevrijheid lag hierbij bij de cliënt de behandeling voort te zetten, dan wel vroegtijdig af te breken).

De tweede fase, behandelingsfase, begon met het stellen van doelen met betrekking tot eetgewoonten, bestaande patronen, weegmomenten en compensatiegedrag. Deze fase bestond uit zes opdrachten en ten minste veertien feedbackmomenten. Na afronding van deze fase bepaalde de hulpverlener in samenspraak met de cliënt, of het essentieel was nog wekelijks nazorgcontact te onderhouden voor de periode van maximaal zes weken.

Alle therapeuten betrokken bij de behandeling hadden een Bachelors graad in verpleging of maatschappelijk werk of een Master graad in de psychologie.

Meetmomenten

Voor de experimentele groep uit de RCT gold de voormeting (TO) als baseline voor dit onderzoek en voor de RCT controlegroep de voormeting (TV) als baseline voor dit onderzoek. De TV werd afgenomen in de RCT na een wachtperiode van 15 weken. Beide metingen zijn in dit onderzoek samengevoegd. Na afronding van fase 1 van de behandeling ontvingen deelnemers binnen dit onderzoek de tussenmeting vragenlijst (TT). Iedere deelnemer ontving de nameting vragenlijst (T1) na afloop van het web-based behandelingsprogramma welke primaire en secundaire uitkomsten trachtte te meten. Deelnemers die behandeling eerder beëindigden ontvingen de evaluatie vragenlijst (TE) in plaats van de (T1). Deze heeft de reden voor drop-out, therapeutische alliantie, de uitkomstmaat (EDE-Q) en de acceptatie van het web-based behandelingsprogramma gemeten. Zie tabel 2.

Tabel 2

Schematische weergave onderzoeksdesign therapeutische alliantie tussen cliënt en hulpverlener.

Variabelen	Meetmomenten					
	Aantal Items	α^1	Intake (T0)	Tussenmeting (TT)	Nameting (T1)	Dropout (TE)
Demografische gegevens:						
Leeftijd			X			
Geslacht			X			
Woonsituatie			X			
Opleidingsniveau			X			
Therapeutische alliantie :						
<i>HAQ</i>	11	.87		X	X	X
<i>HAQ Cooperation</i>	5	.81		X	X	X
<i>HAQ Helpfulness</i>	5	.82		X	X	X
Ziektegerelateerde variabelen:						
Body Mass Index: BMI			X		X	X
DSM-IV diagnose:			X			
Verstoord eetgedrag:						
EDE-Q Totaal	36	.87	X		X	X
EDE-Q Lijngedrag	5	.67	X		X	X
EDE-Q Piekeren eten	5	.74	X		X	X
EDE-Q Piekeren lichaamsvorm	8	.79	X		X	X
EDE-Q Piekeren gewicht	5	.64	X		X	X

X = gemeten bij cliënten

¹ α gemeten bij intake

Procedures

Deelnemers ontvingen een e-mail met een bijlage waarin het RCT onderzoek en de web-based interventie uiteengezet werd. Iedere deelnemer werd schriftelijk op de hoogte gebracht en diende een toestemmingsformulier te retourneren voordat randomisatie plaatsvond. Voor dit onderzoek zijn zowel de controle- als de experimentele behandelingsgroep uit de RCT samengevoegd en gebruikt. Zie figuur 1.

Setting

De persoonlijke setting waarin deelnemers konden participeren, betrof iedere willekeurige omgeving die toegang bood tot internet. Hierdoor was het mogelijk dat deelnemers land breed konden participeren. De therapeutische setting gebruikt voor dit onderzoek was de afdeling Tactive, onderdeel van Tactus verslavingszorg welke gelokaliseerd is in Enschede.

Werving

Voor werving van deelnemers werd gebruik gemaakt van zelfselectie via geplaatste advertenties en plaatsing van gerichte advertenties in Nederlandse kranten en publicaties in tijdschriften. Informatie over het behandelingsprogramma kon gevonden worden via www.etendebaas.nl en via andere Nederlandse eetstoornis-gerelateerde websites en fora. Ter compensatie voor het invullen van de uitgebreide onderzoeksvragenlijsten kreeg iedere deelnemer die voldeed aan het onderzoeksprotocol een digitale waardecoupon van €10,-, te besteden bij Bol.com. Dit kon oplopen tot een maximum van €50,- voor het invullen van alle extensieve onderzoeksvragenlijsten.

Data analyse

De analyses in dit onderzoek zijn uitgevoerd met behulp van de statistieksoftware SPSS 22. Gezien de omvang van de onderzoeksgroep zijn betrouwbaarheidsniveaus van $p \leq 0.05$ aangehouden. Om de mate van overeenstemming in beoordeling van de therapeutische alliantie (gemeten middels de HAQ) door zowel cliënten als 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 alliantie beoordeeld door de hulpverleners en beoordeeld door de cliënten zijn, in navolging van eerdere studies, Pearson correlatieanalyses uitgevoerd. Naast de Pearson correlatieanalyse is de Bland-Altman analyse (Bland & Altman, 1986) uitgevoerd. Bland & Altman stellen dat onderzoeken vaak ten onrechte, met name met behulp van correlatiecoëfficiënten worden geanalyseerd. Het gebruik van correlatie is namelijk misleidend (Lancet, 1986). De correlatiecoëfficiënt geeft louter informatie over de sterkte van het (lineair veronderstelde) verband tussen de variabelen, maar niet over de overeenstemming van de waarden van deze

grootheden. Bij het vergelijken van de uitkomsten van twee bepalingmethoden (cliënt & hulpverlener) voor eenzelfde grootte, de therapeutische alliantie, wordt dit nogal eens uit het oog verloren. Een hogere correlatie is een teken dat er een groot steekproefonderzoek is gedaan, maar de overeenstemming tussen de twee meetmethoden kan alsnog gering zijn.

Onder de aanname van een normale verdeling wordt het gemiddelde van de 2 metingen uitgezet tegen het verschil van de metingen. Rondom het gemiddelde verschil is een gebied aan te geven tussen $-2 \times SD$ en $+2 \times SD$, de zogenaamde overeenstemminggrenzen, waarin 95 % van de verschillen liggen.

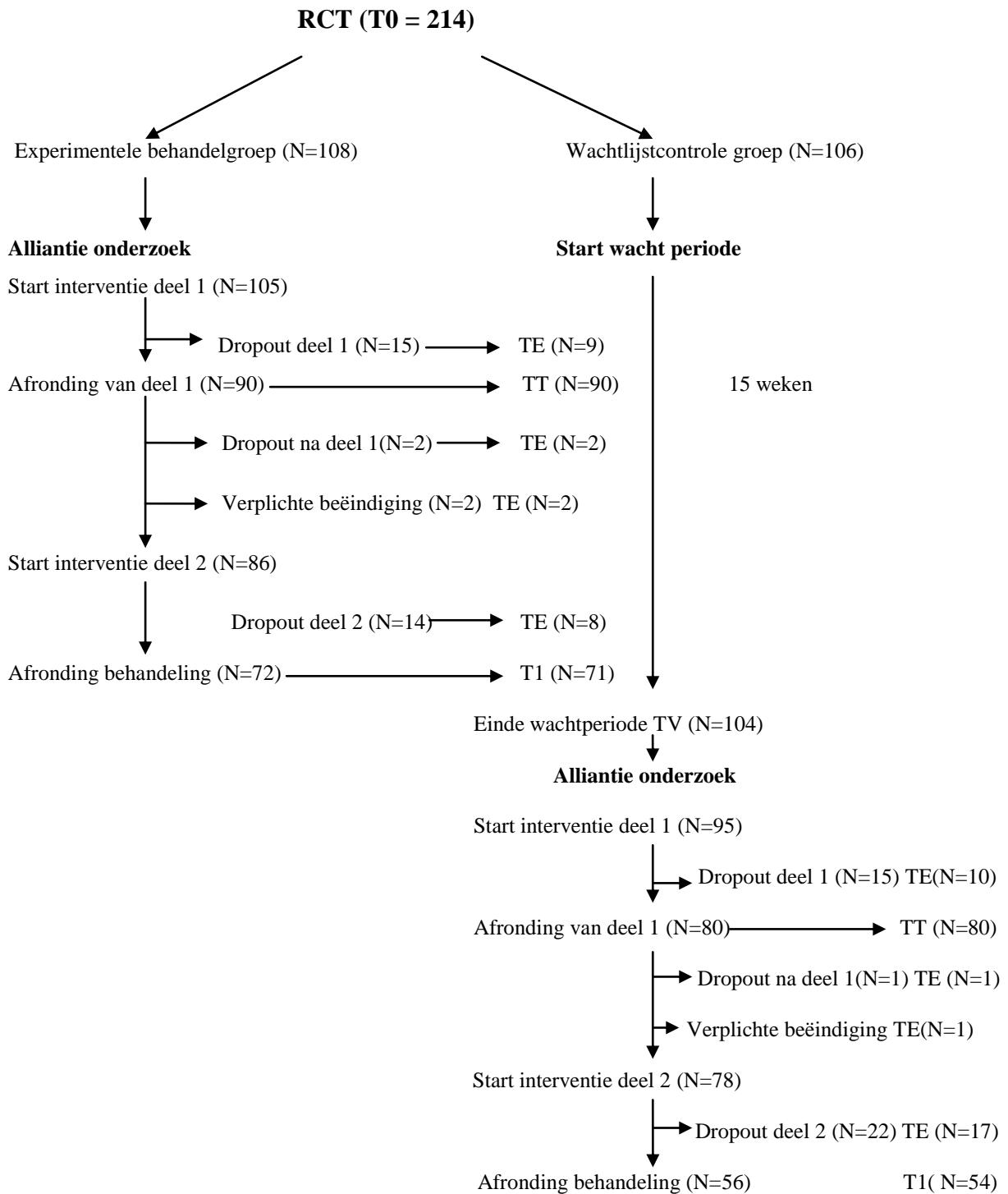
Om de ontwikkeling van de therapeutische alliantie gedurende de behandeling te meten is gebruik gemaakt van een gepaarde t-toets, welke het verschil toetst tussen twee onafhankelijke metingen, (Tussenmeting, TT - Nameting, T1) en (Tussenmeting, TT - Drop-out, TE).

De Pearson correlatieanalyse alsmede de Bland-Altman analyse is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de therapeutische alliantie en het behandelresultaat evenals een lineaire regressieanalyse. De effectmaat ‘‘verstoord eetgedrag (EDE-Q)’’ is als behandelresultaat meegenomen, hiervan is de verschilscore berekend tussen de Intake (T0) / (TV) en nameting (T1) dan wel evaluatievragenlijst (TE) bij drop-out.

3 Resultaten

Beschrijving onderzoeksgroep

Figuur1 Schematische weergave cliënten in RCT t/m februari 2014.



In totaal zijn 200 cliënten (93,5%) gestart met de behandeling, waarvan 105 cliënten (49,1%) de TO (EDE-Q) als baseline vragenlijst invulden (E-groep v/d RCT) en 95 cliënten (44,4%) de TV(EDE-Q) als baseline vragenlijst invulden (C-groep v/d RCT). Voor de tussenmeting in beide groepen vielen 30 cliënten uit, waarvan 19 (8,9%) de TE (HAQ & EDE-Q) invulden. De tussenmeting (HAQ) werd ingevuld door 170 personen (79,4%). Tussen de tussenmeting en nameting vielen 42 cliënten uit, waarvan 31 personen (14,5%) de TE invulden. In totaal rondden 128 cliënten (59,8%) de behandeling af waarvan 125 de T1 (HAQ & EDE-Q) invulden. De hulpverleners vulden van 169 cliënten op de tussenmeting de HAQ in, van 73 cliënten de HAQ bij TE en van 128 de HAQ bij de T1.

Demografische gegevens en redenen voor behandeling

Tabel 3 Geeft een schematisch overzicht van de demografische gegevens, ziektegerelateerde gegevens en redenen keuze voor behandeling van de 200 vrouwelijke cliënten bij aanvang van de behandeling, (T0).

Tabel 3

Schematisch overzicht demografische variabelen en redenen keuze internetbehandeling cliënten (N=200) bij de toepassing internetbehandeling (T0)

	Gem.	(SD)
Leeftijd in jaren	39.4	(11,6)
	N	%
Type eetstoornis		
Boulimia Nervosa	41	(20,5)
Binge Eating Disorder	40	(40)
Eetstoornis Niet Anders Omschreven	79	(39,5)
Opleidingsniveau ¹		
Laag opgeleid	75	(37,5)
Hoog opgeleid	125	(62,5)
Dagbesteding		
Betaald werk	162	(81)
Geen betaald werk	38	(19)
Vast dagritme		
Ja	148	(74)
Nee	52	(26)
Aanleiding behandeling		
Ik wil advies over mijn eetgedrag	11	(5,5)
Ik vind dat ik een ongezond eetpatroon heb	41	(20,5)
Anderen vinden dat ik een ongezond eetpatroon heb	1	(0,5)
Ik ben ontevreden over mijn lichaam	23	(11,5)
Ik ben ontevreden over mijn gewicht	60	(30)
Ik maak me zorgen over mijn gezondheid	33	(16,5)
Er is iets vervelends gebeurd	10	(5)
Anders	21	(10,5)
Redenen keuze voor internetbehandeling		
Ik kan dit in mijn eigen tijd doen	138	(69)
Ik kan dit vanuit huis doen	105	(52,5)

Ik blijf zo anoniemer	36	(18)
Ik geef de voorkeur aan contact via het internet	14	(7)
Op advies van een arts / hulpverlener	8	(4)
Anders ²	21	

1 Laag opgeleid; Basisschool, LBO/MAVO/VMBO, MBO. Hoog opgeleid; HAVO/VWO, HBO, WO.

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

De groep deelnemers was overwegend middelbaar of hoger opgeleid, had een betaalde parttime baan en een vast dagritme. De spreiding in leeftijd was groot: de jongste deelnemer was 18 jaar, de oudste deelnemer 72. De sample size was vooraf vastgesteld en doel was om voor alle onderzoeksgroepen 84 mensen te includeren. Ruim 25% van deelnemers gaf aan al langer dan 25 jaar te kampen met problematisch eetgedrag. Bijna 56% had nog niet eerder professionele hulp gehad voor het eetprobleem. 45% van de deelnemers welke eerdere hulpverlening hadden genoten voor eetproblemen hadden individuele hulp gehad van een diëtist of voedingsdeskundige. 67% van de deelnemers gaf aan ooit professionele hulp voor psychische problemen te hebben gehad. 2 deelnemers gaven aan zich ooit geautomutiseerd te hebben, 21 deelnemers hadden ooit een suïcidepoging gedaan.

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. Als andere redenen voerden zij onder andere geen reistijd en schaamte, laagdrempeligheid en positieve ervaringen met internet aan.

Ziektegerelateerde gegevens

Tabel 4 geeft een schematisch overzicht van de relevante ziektegerelateerde gegevens van de deelnemers bij de intake (T0).

De spreiding in Body Mass Index (BMI) was groot, het laagste BMI was 16.61, het hoogste BMI was 59.15. 71,5% van de deelnemers bleek te kampen met overgewicht, ruim 13% met morbide overgewicht. Deelnemers bleken voornamelijk te piekeren over hun lichaamsvorm en gewicht, dit sluit aan bij de meest genoemde reden voor behandeling.

Tabel 4

Schematisch overzicht ziektegerelateerde gegevens deelnemers (N=200) bij de intake (T0, TV)

	Gem. (SD)	Afkapwaarden	%
Ziektegerelateerde variabelen:			
Body Mass Index: BMI	31.86 (6.88)	< 18,5= ondergewicht	3.0
		18,5-24,9= normaal gewicht	12.5
		25,0-39,9= overgewicht	71.5
		≥ 40,0= morbide obesitas	13.0
Verstoord eetgedrag: EDE-Q (range 0 – 6)	3.27 (1.02)	geen	
EDE Lijngedrag (range 0 – 6)	2.41 (1.38)	geen	
EDE-Q Piekeren eten (range 0 – 6)	2.62 (1.39)	geen	
EDE-Q Piekeren lichaamsvorm (range 0 – 6)	4.16 (1.22)	geen	
EDE-Q Piekeren gewicht (range 0 - 6)	3.91 (1.13)	geen	

De therapeutische alliantie beoordeeld door hulpverleners en cliënten

Tabel 5 laat de therapeutische alliantie zien van hulpverleners en cliënten op 3 meetmomenten; Tussenmeting (N=170), Nameting (N=126) en Drop-out (N=51). Daar SPSS vergelijking maakt op basis van paren en niet alle hulpverleners de HAQ hebben ingevuld zijn andere aantallen meegenomen in de gepaarde t-test.

Tabel 5

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

	Cliënten		Hulpverleners		P¹	t	r	P
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)				
Tussenmeting (N=160)								
HAQ Cooperation (0-25)	20.2	(2.7)	19.7	(2.2)	ns	1.88	.02	ns
HAQ Helpfulness (0-25)	18.6	(3.3)	18.1	(2.8)	ns	1.57	.24	.00**
HAQ totaal (0-50)	42.8	(5.8)	41.8	(4.9)	ns	1.67	.14	ns
Nameting (N=124)								
HAQ Cooperation (0-25)	20.8	(2.7)	20.0	(2.4)	.00**	3.08	.29	.00**
HAQ Helpfulness (0-25)	20.5	(2.8)	20.0	(2.8)	ns	1.83	.40	.00**
HAQ totaal (0-50)	45.6	(5.1)	44.1	(5.2)	.00**	2.93	.39	.00**
Drop-out (N=50)								
HAQ Cooperation (0-25)	15.7	(4.5)	17.4	(3.1)	.00**	-2.70	.40	.00**
HAQ Helpfulness (0-25)	14.1	(4.7)	15.1	(3.5)	ns	-1.43	.30	.03*
HAQ totaal (0-50)	33.4	(8.0)	36.4	(6.4)	.01**	-2.64	.39	.01**

¹ Gepaarde t-toets (2 zijdig)

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

**Correlatie significant bij $\alpha \leq .01$

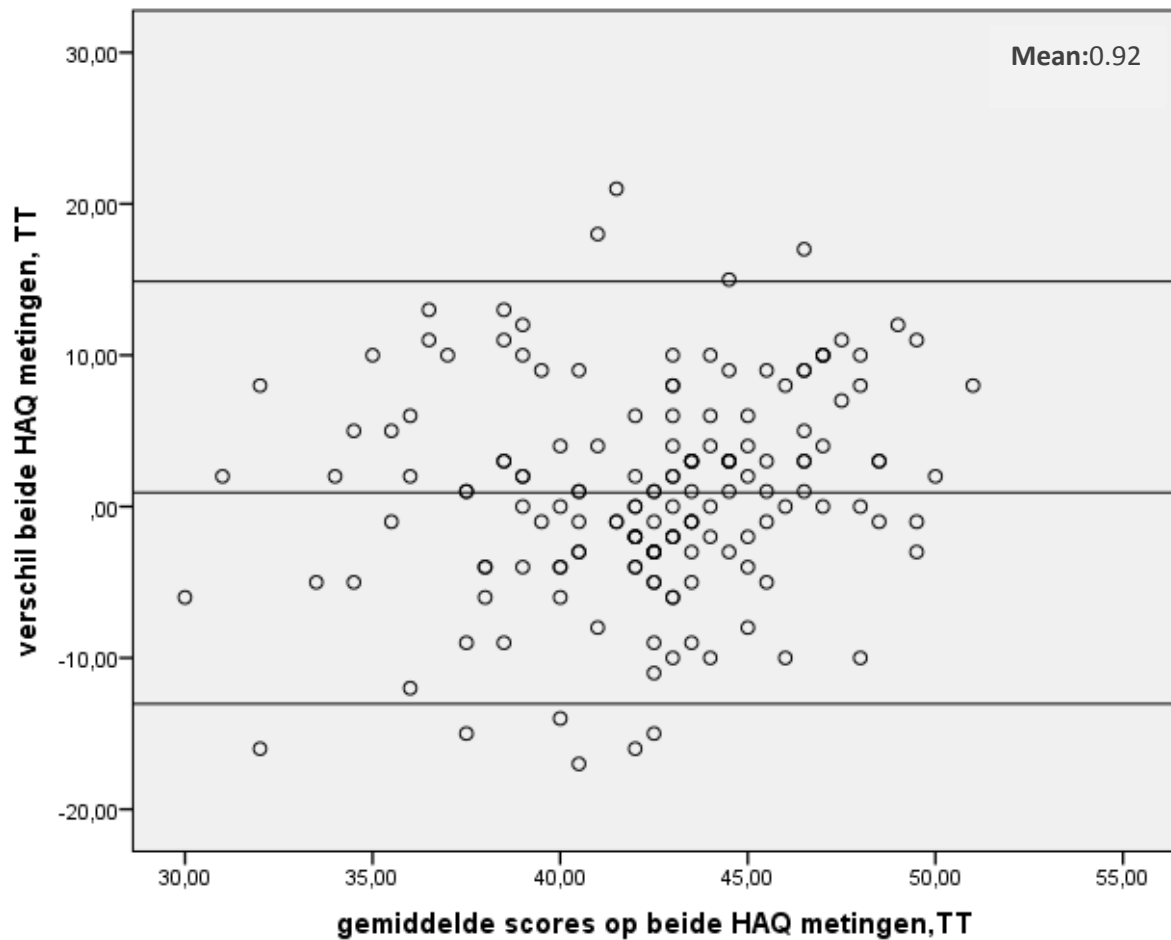
Tussenmeting

De tussenmeting betreft het eerste meetmoment van de HAQ, na deel 1 van de interventie. Cliënten beoordeelden de therapeutische alliantie binnen online behandeling als positief. Afkapwaarden van de HAQ ontbreken, daar is gekozen voor een beoordelingscore rond de 20 als positief te indiceren. Hulpverleners beoordeelden de therapeutische alliantie evenzeer als positief.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de beoordeling door de cliënten en de beoordeling door de hulpverleners.

Figuur 2 toont de resultaten van de Bland & Altman analyse bij totaalscore op de tussenmeting. Zoals de Bland and Altman analyse aangeeft liggen nagenoeg 95% van alle verschillen tussen de twee meetmethoden (HAQ cliënt & HAQ hulpverlener) binnen de boven- en ondergrens van twee standaarddeviaties en worden daarmee als acceptabel bevonden. Daarnaast zijn de verschillen gemiddeld nul: er liggen evenveel punten boven als onder de nullijn. Dit suggereert dat er geen consistente bias is tussen één meet/beoordelingsmethode ten opzichte van de andere. Er zijn 3 uitschieters aanwezig gelegen boven de + 13,96 SD grens en 6 onder de -13,96 SD grens. De grenzen van overeenstemming (limits of agreement) zijn gedefinieerd als $d - 2SD$ en $d + 2SD$ met d het gemiddelde verschil en SD de standaarddeviatie (SD) van de verschillen.

Figuur 2 *Bland Altman plot tussenmeting.*



Eindmeting

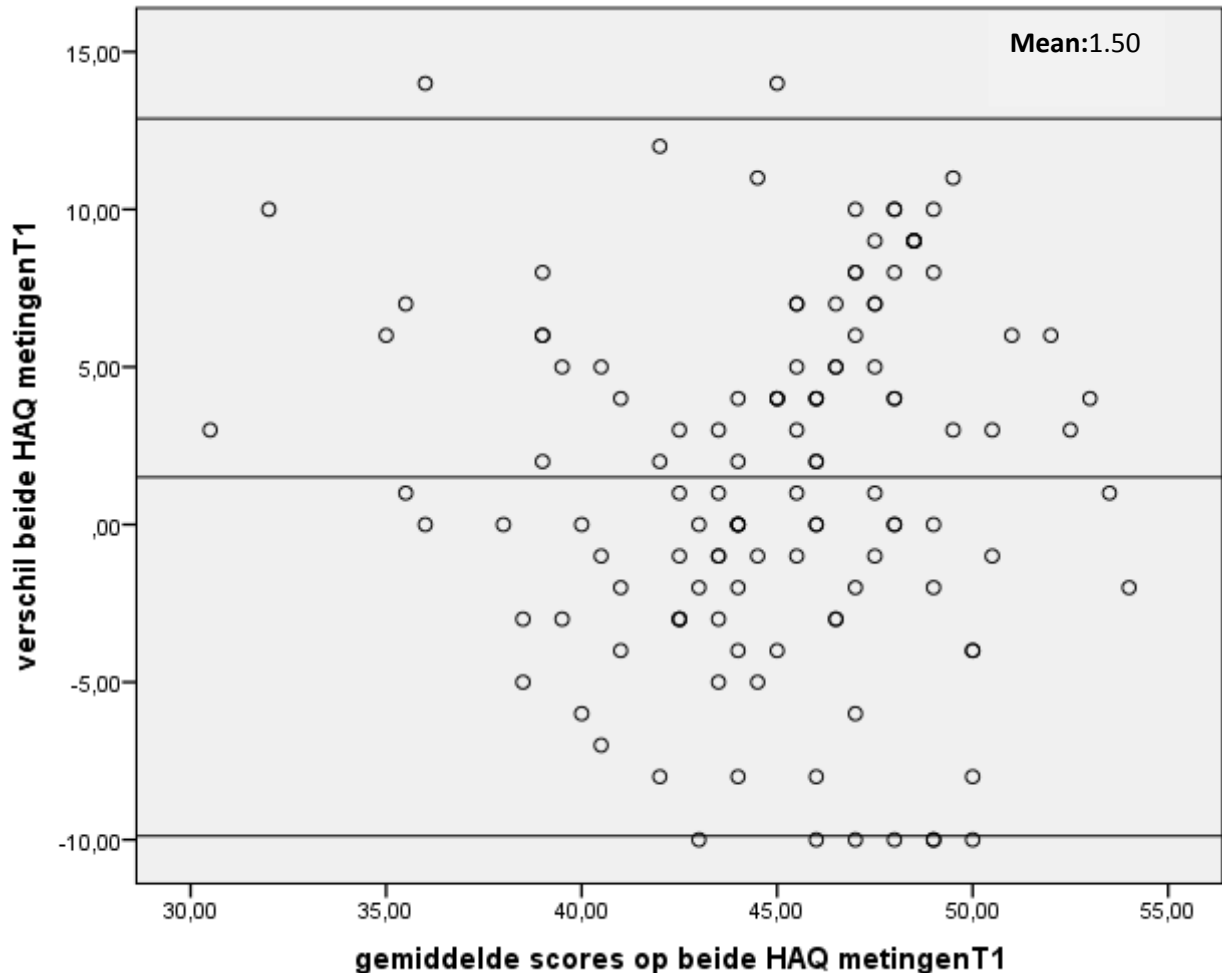
Cliënten beoordeelden de therapeutische relatie binnen online behandeling als positief. Hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie evenzeer als positief.

De gevonden correlaties tussen de beoordeling van zowel cliënt als hulpverlener op de HAQ totaalscore werden allen als significant bevonden, welke aantonen dat er een samenhang bestaat tussen de beoordelingen van de cliënt en de hulpverlener. De gevonden gemiddelden tussen de beoordeling van zowel cliënt als hulpverlener blijken op de HAQ totaalscore echter significant te verschillen.

De resultaten van de Bland Altman analyse worden weergegeven in figuur 3. De grenzen van overeenstemming tonen aan dat de meetuitkomsten klinisch relevant en acceptabel zijn. Dat wil zeggen dat volgens Bland & Altman zowel de hulpverlener als cliënt

hetzelfde concept (therapeutische alliantie) meten. Er zijn 2 uitschieters aanwezig gelegen boven de + 11,38 SD grens.

Figuur 3 *Bland Altman plot eindmeting.*



Drop-out

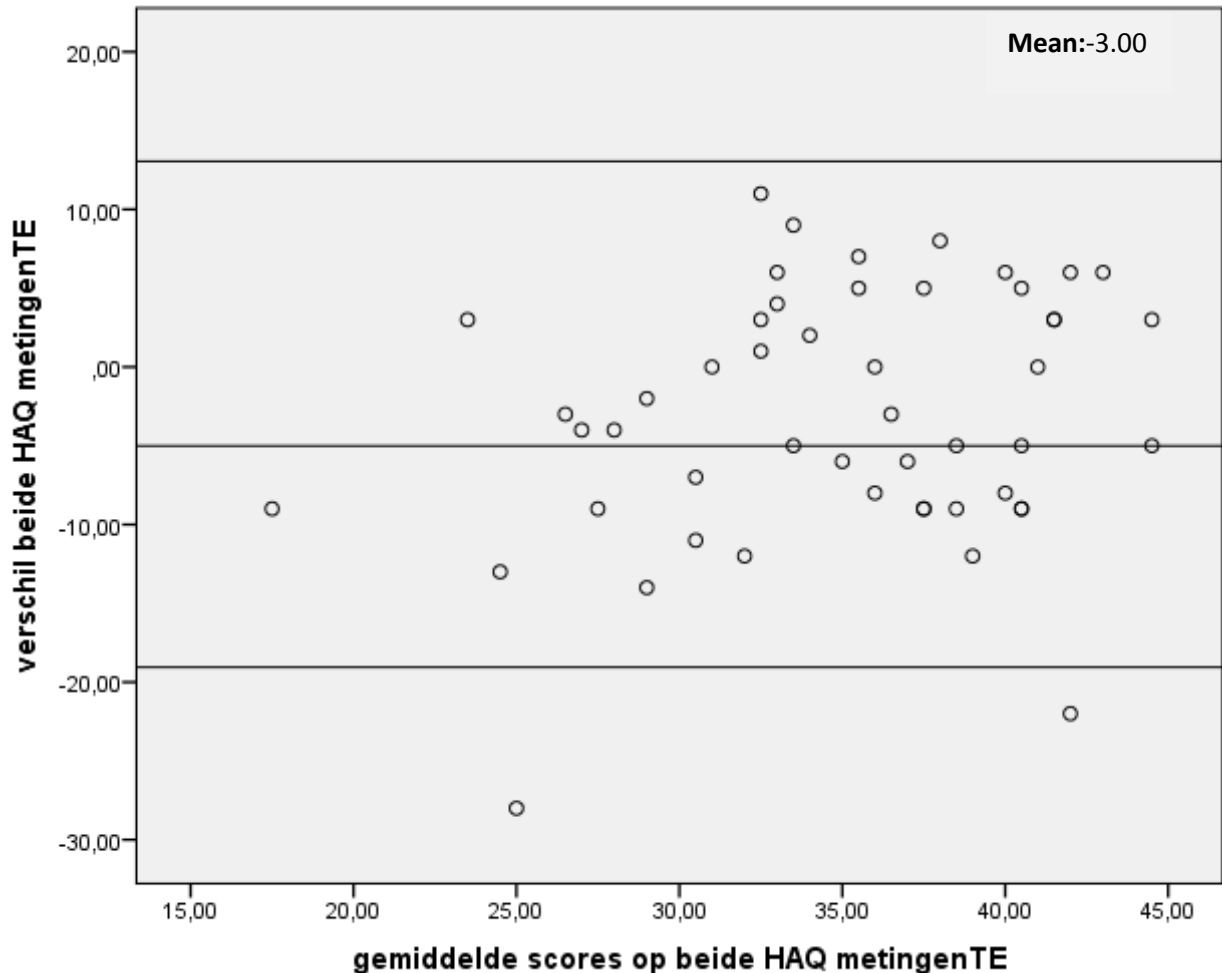
Cliënten beoordeelden de therapeutische relatie binnen online behandeling als gemiddeld tot negatief. Hulpverleners beoordeelden de therapeutische relatie evenzeer als gemiddeld.

Er zijn significante verschillen gevonden tussen de beoordeling door de cliënten en de beoordeling door de hulpverleners op de totaalscore HAQ.

Figuur 4 toont de resultaten van de Bland Altman analyse. De grenzen van overeenstemming tonen aan dat de meetuitkomsten klinisch relevant en acceptabel zijn. Dat wil zeggen dat volgens Bland & Altman zowel de hulpverlener als cliënt hetzelfde concept

(therapeutische alliantie) meten. Er zijn 2 uitschieters aanwezig gelegen onder de - 16.06 SD grens.

Figuur 4 *Bland Altman plot drop-out.*



Ontwikkeling therapeutische alliantie

Om vast te stellen of de groepen completers en drop-outs al verschillen op de 1^e meting van de HAQ is gebruik gemaakt een t-test. Tabel 6 toont de therapeutische alliantie op het eerste meetmoment van de HAQ in de behandeling. De resultaten wijzen erop dat het oordeel van de drop-outs en completers al significant verschillen op de 1^e meting van de HAQ.

Tabel 6

Therapeutische alliantie drop-out en completers op het eerste HAQ meetmoment

	Drop-outs		Completers		P ¹	t
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)		
Beoordeling therapeutische alliantie cliënten (N=32)						
HAQ totaal (0-50)	39.4	(6.0)	46.06	(4.8)	.00**	-4.9

¹ Gepaarde t-toets (2 zijdig)

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

**Correlatie significant bij $\alpha \leq .01$

Tabel 7 laat de ontwikkeling van de therapeutische alliantie zien middels cliëntbeoordeling op de HAQ totaalscore. De gegevens zijn verkregen op de volgende meetmomenten; Tussenmeting (TT) en Nameting (T1), N= 126 en Tussenmeting (TT) en Drop-out (TE), N=32. De tabel toont de gemiddelde somscores, standaarddeviaties en correlaties tussen de meetmomenten van cliënten. Het eerste meetmoment van de HAQ is op de tussenmeting daarom zijn alleen late drop-outs meegenomen die ook de tussenmeting hadden ingevuld als vergelijkingsbasis. Early drop-outs zijn buiten beschouwing gebleven.

Tabel 7

Ontwikkeling therapeutische alliantie beoordeeld middels de HAQ.

	Tussenmeting (TT)		Nameting (T1)		P ¹	t	r	P
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)				
Beoordeling therapeutische alliantie cliënten								
N=126	43.9	5.1	45.5	5.1	.00**	-3.95	.59	.00**
	Tussenmeting (TT)		Drop-out (TE)		P ¹	r	P	
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)				
Beoordeling therapeutische alliantie cliënten								
N=32	39.4	6.0	34.1	8.1	.00**	5.04	.68	.00**

¹ Gepaarde t-toets (2 zijdig)

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

**Correlatie significant bij $\alpha \leq .01$

Completers beoordeelden de therapeutische alliantie na afloop (M= 45.5) significant positiever dan aan het begin van de behandeling (M= 43.9). De therapeutische alliantie neemt dus toe gedurende de behandeling. Toch is er amper verschil te zien tussen de gemiddelde

scores op de meetmomenten, dit is opvallend daar er toch een significant effect wordt gevonden. Daarentegen beoordelen cliënten de therapeutische alliantie bij drop-out (M= 34.1) significant negatiever dan bij de tussenmeting (M= 39.4). Samenvattend kan gesteld worden dat de therapeutische alliantie bij completers gedurende de behandeling groeit, de therapeutische alliantie bij drop-outs afneemt.

Therapeutische alliantie als voorspeller voor behandel-effect

Behandeleffect

Tabel 8 laat de gevonden correlaties zien tussen het behandel-effect van de completers (EDE-Q totaal score T1- T0) en de beoordeling op de HAQ van zowel cliënten als hulpverleners op de nameting (T1). Als significant bevonden werden de cliëntscores op de nameting (T1) middels de HAQ (P<.01) waardoor er samenhang bestaat tussen het cliëntoordeel op de HAQ en het behandel-effect. Een negatieve correlatie impliceert een verbetering van de eetstoornis. Binnen de hiërarchische regressie analyse is getoetst of het oordeel van de cliënt t.a.v. de verschillende onderdelen van de therapeutische alliantie invloed hebben op het behandel-effect. Hieruit blijkt dat het cliëntoordeel T1 betreffende ‘*Cooperation*’, ‘*Helpfulness*’ en de totale HAQ score een significante voorspeller (15%) is voor het behandel-effect. Het oordeel van de hulpverlener op de nameting is niet voorspellend voor het behandel-effect.

Tabel 8

behandeleffect en therapeutische alliantie, completers (N=126)

	behandeleffect		
		r	p
HAQ cliënt cooperation T1		-0,29	.00**
HAQ cliënt helpfulness T1		-0,36	.00**
HAQ cliënt totaal T1		-0,37	.00**
HAQ hulpverlener cooperation T1		-0,05	ns
HAQ hulpverlener helpfulness T1		-0,16	ns
HAQ hulpverlener T1		-0,12	ns
	β	β	β
HAQ cliënt cooperation T1	-0.29	-0.12	.25
HAQ cliënt helpfulness T1		-0.29	.07
HAQ cliënt totaal T1			-.65

R ²	0.08	0.14	0.15
F	11.03**	10.07**	6.99**

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

**Correlatie significant bij $\alpha \leq .01$

Behandeleffect drop-out.

Tabel 9 laat de gevonden correlaties zien tussen het behandeleffect drop-out (EDE-Q totaal score TE – T0) en de beoordeling op de HAQ van zowel cliënten als hulpverleners bij drop-out (TE). Op basis van de gevonden resultaten bestaat er samenhang tussen het oordeel van de cliënt op de HAQ (Helpfulness en HAQ totaal score) en het behandeleffect ($P < .01$).

Tabel 9

behandeleffect en therapeutische alliantie, dropout (N=51)

behandeleffect			
		r	p
HAQ cliënt cooperation TE		-.24	ns
HAQ cliënt helpfulness TE		-.37	.00**
HAQ cliënt totaal TE		-.38	.00**
HAQ hulpverlener cooperation TE		.04	ns
HAQ hulpverlener helpfulness TE		-.07	ns
HAQ hulpverlener TE		-.02	ns

	β	β	β
HAQ cliënt cooperation TE	-.24	-.13	.68
HAQ cliënt helpfulness TE		-.32	.42
HAQ cliënt totaal TE			-1.28
R ²	0.06	.15	.17
F	3.08	4.24*	3.11*

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

**Correlatie significant bij $\alpha \leq .01$

Uit de kolom R square (verklaarde variantie) kan opgemaakt worden dat de totale variantie in behandeleffect bij drop-out voor 17% verklaard kan worden door lage score op de HAQ drop-out. Bij toevoeging van de helpfulness schaal blijkt de totale proportie verklaarde variantie op het behandeleffect van 6% naar 15% te stijgen. Het oordeel van de hulpverlener bij drop-out blijkt geen significante voorspeller te zijn voor het behandeleffect. Het is dus wel degelijk belangrijk waarde te hechten aan de therapeutische alliantie als ervaren door cliënt, daar deze voorspellend is voor de behandeluitkomst.

4 Conclusie

Hoe wordt de therapeutische alliantie in een online behandeling bij eetproblemen over de tijd beoordeeld door de cliënt en de hulpverlener, en is hier een verschil te vinden?

De therapeutische alliantie in een online behandeling bij eetproblemen wordt positief beoordeeld door zowel de cliënt als de hulpverlener op het eerste meetmoment van de HAQ totaalscore. Hierbij zijn geen significante verschillen gevonden tussen de cliënt- en hulpverlener beoordeling.

Op de eindmeting wordt eveneens een positieve beoordeling van de therapeutische alliantie gevonden door zowel de cliënt als de hulpverlener. Er zijn echter significante verschillen gevonden tussen de beoordeling van de cliënt en de hulpverlener op de HAQ totaalscore. Met een gemiddeld positievere cliënt beoordelingen ten aanzien van de therapeutische alliantie. Bij drop-out beoordelen zowel cliënten als hulpverleners de therapeutische alliantie binnen de online behandeling gemiddeld tot negatief. Eveneens zijn significante verschillen gevonden tussen de beoordeling van de cliënt en de hulpverlener op de HAQ totaalscore. Bij drop-out geven hulpverleners de therapeutische alliantie gemiddeld een hogere waardering dan cliënten. De gevonden correlaties tussen de cliëntwaarderingen en de hulpverlenerwaarderingen van de therapeutische alliantie zijn klein.

Op basis van deze resultaten kunnen we stellen dat online behandeling een goede therapeutische alliantie lijkt te kunnen bewerkstelligen. Dit bevestigt ook resultaten uit eerdere studies naar de therapeutische alliantie binnen online behandeling (McKenna, 1998; Cook & Doyle, 2002; Lange et al., 2003; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Paxton et al., 2007; Cuijpers et al., 2008; Klein et al., 2010; Ruwaard et al., 2012). De resultaten zijn consistent met voorgaande studies waarbij de cliënt- en hulpverlener waarderingen ook significant verschillen bij drop-outs en completers (Barrowclough, Meier, Beardmore & Emsley, 2010; Hatcher et al., 1995; Mallinckrodt & Nelson, 1991). Samstag et al. (1998) suggereren dat cliëntbeoordelingen gevoeliger zijn in het voorspellen van drop-out dan hulpverleners beoordelingen. In een aantal eerdere studies (Bale, et al., 2006; Couture et al., 2006; Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Trijsbrug, et al., 1999; Mallinckrodt & Nelson, 1991) werden ook zwakke correlaties gevonden tussen de cliëntwaarderingen en de hulpverlenerwaarderingen van de therapeutische alliantie. Correlaties tussen hulpverlener- en cliëntwaarderingen van de alliantie gemeten vroeg in de behandeling zijn klein en niet

significant concludeert Mallinckrodt, 1993. Enkele onderzoeken vonden bewijs voor verhoging van de convergentie later in de behandeling (Kivlighan & Shaughnessy, 1995). Dit zou erop kunnen wijzen dat de beoordeling van zowel therapeut als cliënt sterker samenhangt naarmate de behandeling vordert. Het ontbreken van een sterk verband tussen hulpverlener- en cliëntwaarderingen van de therapeutische alliantie suggereert dat de perceptie van een hulpverlener over hoe cliënten de relatie waarderen niet altijd een accurate weerspiegeling is. Deze bevinding is van grote waarde voor hulpverleners. Mogelijk kunnen zij op basis van deze gegevens de therapeutische alliantie als ervaren door cliënten in het vervolg beter monitoren en blijven aansturen. De hulpverlener zal de cliënt moeten stimuleren problemen m.b.t. de alliantie aan het licht te stellen.

Kanttekeningen:

De verschillen tussen hulpverlener- en cliënt beoordelingen werden snel als significant bevonden. Gezien de spreiding in de resultaten en de grote van de onderzoeksgroep kan dit de resultaten beïnvloed hebben. Onderzocht zou moeten worden of de beoordelingsperspectieven van de cliënten en hulpverleners daadwerkelijk van elkaar verschillen. Mogelijk kan de therapeutische alliantie door hulpverleners als een functionele en asymmetrische relatie worden gezien. Ook kan er sprake zijn van een verschil in oriëntatie is tussen cliëntgerichte en gedragstherapeutische hulpverleners. Onderzoek is nodig naar de invloed van de achtergrond v/d therapeut en cliënt op de alliantie. Zoals de invloeden van persoonlijkheid, sekse, therapeutische oriëntatie en ervaring op de alliantie.

Hoe ontwikkelt de therapeutische alliantie zich gedurende de behandeling?

Het oordeel van de drop-outs en completers verschilt al significant op de 1^o meting van de HAQ. Completters beoordelen de therapeutische alliantie na afloop van de behandeling significant positiever dan aan het begin van de behandeling. Drop-outs beoordelen de therapeutische alliantie significant negatiever dan aan het begin van de behandeling. De resultaten maken duidelijk dat tijdens het 1^o meetmoment van de HAQ al inzichtelijk is of de cliënt gaat uitvallen tijdens de behandeling. De resultaten dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Kivlighan & Shaughnessy (1995) wijzen erop dat de HAQ een goed beeld geeft bij het 4^o contact. Martin et al. (2000) concluderen dat gedurende de behandeling cliënten de alliantie meer consistent beoordelen dan hun hulpverleners terwijl therapeuten meer verandering zien gedurende de behandeling.

Kanttekeningen:

De resultaten geven een helder beeld van de ontwikkeling van de therapeutische alliantie in het 2^e deel van de behandeling. Vervolg onderzoek zou zich kunnen richten op de ontwikkeling van de therapeutische alliantie in het 1^e deel van de behandeling om het fenomeen m.b.t. early drop-outs te onderzoeken. Interventies zouden zich kunnen richten op het voorkomen van drop-out vroeg in de behandeling waarbij de hulpverlener een proactieve rol aanneemt m.b.t. het signaleren van stagnatie en het bijsturen van de behandeling. Ook zou de ontwikkeling van de therapeutische alliantie mogelijk gerelateerd kunnen worden aan de verschillende fasen in de behandeling.

In hoeverre is de therapeutische alliantie als gezien door de cliënt en hulpverlener voorspellend voor de drop-out en voor het behandelresultaat?

De waardering van de completers ten aanzien van de therapeutische alliantie correleert significant zwak met de behandeluitkomst. Daarbij blijkt dat het oordeel over de therapeutische alliantie van completers op de nameting een significante voorspeller is voor het behandelresultaat. Het oordeel van de hulpverlener op de nameting is niet voorspellend voor het behandelresultaat. De waardering van de drop-outs ten aanzien van de therapeutische alliantie correleert significant zwak met de behandeluitkomst. Uitzonderlijk de 'Helpfulness' component van de HAQ, deze bleek de grootste voorspellende waarde toe te voegen aan het behandelresultaat. Welke refereert naar het gegeven dat het vertrouwen van de deelnemer in zijn/haar eigen capaciteiten om de situatie te verbeteren, maar ook de effectiviteit van de therapeut en van de behandeling van grote waarde zijn. Het oordeel van de cliënt ten aanzien van de alliantie bij drop-out lijkt een significante voorspeller voor het behandelresultaat. Het oordeel van de hulpverlener bij drop-out blijkt geen significante voorspeller te zijn voor het behandelresultaat. Cook & Doyle (2002) vonden ook een zwakke correlatie tussen de alliantie en het behandelresultaat. Volgens de meta-analyse van Horvath & Symonds (Horvath & Symonds, 1991) is ook het oordeel van de cliënt ten aanzien van de therapeutische relatie de beste voorspeller voor het behandelresultaat. Hulpverleners en onafhankelijke observatoren correleerden zwak tot niet, aldus Cook & Doyle (2002).

De resultaten op deze vraag zijn interessant omdat zij impliceren dat het oordeel van de hulpverlener niet voorspellend is voor de behandeluitkomst. De resultaten zijn dan ook

belangrijk voor vervolgonderzoek. Wat maakt dat de hulpverlener deze alliantie anders beoordeeld?

Kanttekeningen:

Ondanks de inzichtelijke en interessante resultaten moet als kanttekening een opmerking geplaatst worden over het gebruik van de HAQ als middel om de therapeutische alliantie te meten. De score op de HAQ kent geen afkapwaarden, waardoor niet valide gemeten kon worden of de alliantiescores daadwerkelijk als hoog betiteld konden worden. Duncan (2005) geeft aan dat behandelingen effectief zijn als de hulpverlener in elk gesprek deze feedback aan de cliënt vraagt. Het meetinstrument wat hiervoor is ontwikkeld is de Session Ration Scale (SRS). De SRS meet de samenwerking, geschiktheid van de behandeling bij de cliënt en of het voldoet aan de verwachtingen. Door het gebruik van de SRS wordt de cliënt gestimuleerd om eventuele collaboratieproblemen aan het licht te stellen en om de samenwerking zodoende op maat te maken. Er is veel onderzoek gedaan naar het effect van de SRS als meetinstrument. Uit onderzoek van Duncan, Miller & Hubble (2007) blijkt dat er door het gebruik van de SRS twee keer minder drop-out is in telefonisch gebaseerde counseling en drie keer minder sprake is van een negatieve uitkomst. De populatie in het onderzoek betrof cliënten met depressieve klachten, drugs & alcohol problemen, angst en problemen gerelateerd aan scheiding, verlies en verdriet.

Met de resultaten is een helder beeld geschapen over de waarde van het oordeel v/d cliënt en hulpverlener m.b.t. de therapeutische alliantie. Uit dit onderzoek blijkt de belangrijke rol die de hulpverlener bekleedt binnen de alliantie, zowel de effectiviteit van het eigen handelen als het vertrouwen geven in de eigen capaciteiten van de cliënt om te situatie te verbeteren. Het blijkt dat het oordeel van de cliënt ten aanzien van de alliantie doorslaggevend is voor de behandeluitkomst. Meer onderzoek is nodig om vast te stellen wat de werkzame componenten zijn van online behandelinterventies en welke elementen verantwoordelijk zijn voor het behandel-effect en de therapeutische alliantie.

Om een goed behandelresultaat te kunnen bewerkstelligen dient de hulpverlener in samenspraak met de cliënt tot een goede alliantie te komen. Dit samenwerken, kan vergeleken worden met een samenspel tijdens de tango, waarbij de cliënt leidend is in de dans. De HAQ is daarbij het instrumentarium om de dans ritmisch en gecontroleerd te laten verlopen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan de aanzet tot een ‘Tango Nuevo’ gegeven zijn.

5 Referenties

Altman, D.G., Bland, J.M. (1983). Measurement in medicine: the analysis of method comparison studies. *The Statistician*; 32, 307-317.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bacaltchuk, J. & Hay, P. (2003). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev.*;(4).

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services* 26(2/4), 109-154.

Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R. & Emsley, R (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(5), 373.

Black, C., Wilson, G. (1998). Assessment of eating disorders: Interview versus questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, Vol 20 (1), 43–50.

Bland, J.M., Douglas, G., Altman, D.G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *The Lancet*, 307-310.

Boone, L. (2014). De rol van multidimensionaal perfectionisme in eetstoornissymptomen. Verkregen op 12 juli 2014 via: <http://www.alexianentienen.be/studiedagen/images/Presentaties%20voor%20website/1.%20Liesbet%20Boone%20%20De%20rol%20van%20multidimensionaal%20perfectionisme%20in%20eetstoornissymptomen.pdf>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.

Bul, K. C. M., A. M. de Ruijter, M. van Wingerden, & A. Maras (2013). Is e-health behandeling binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie effectief? Een systematische review van Randomized Controlled Trials. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91 (7), 437-447.

Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors.

Castonguay, L. G., Goldfried, M., Wiser, S., Raue, P., Hayes, A. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(3), 497-504.

Cook, J.E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 95-105.

Couture, S.M., Penn, D.L., Roberts, D.L., 2006. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bull.* 32, S44–S63.

Cuijpers, P., Straten, A., Andersson, G., Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76 (6), 909–922.

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.

Evans, E. J., Hay, P. J., Mond, J., Paxton, S. J., Quirk, F., Rodgers, B., Jhaji, A. K., Sawoniewska (2011). Barriers to help-seeking in young women with eating disorders: a qualitative exploration in a longitudinal community survey. *International Journal of Eating Disorders*, 13(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, 363 – 370. Vertaling E.F. van Furth 2000.

Fernandez-Aranda F, Nunez A, Martinez C, Krug I, et al. (2009). Internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: a controlled study. *Cyberpsychology and Behavior* 12(1):37-41.

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

Grolleman, J., Mutsaers, K. & Land, H. van 't (2008). E-Mental Health: gebruik, toegang en effectiviteit van het aanbod. In: H. van 't Land, J. Grolleman, K. Mutsaers & C. Smits. *Trendrapportage GGZ 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Gubbels, Y. (2013). Het gebruik van online hulp naast reguleren hulpverlening, wat houdt hulpverleners tegen?. *Maatwerk*, Volume 14, pp 12-14.

Hall, A. M., Ferreira, P.H., Maher, C.G., Latimer, J., Ferreira, M.L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099-1110.

Hatcher, P.E., Paul, N.D., Ayres, P.G. & Whittaker, J.B. (1995) Interactions between *Rumex* spp., herbivores and a rust fungus: the effect of *Uromyces rumicis* infection on leaf nutritional quality. *Functional Ecology* 9, 97–105.

Heinicke, Goorsky, Moscov, Dudley, Gordon, Schneider, et al. (2000). Relationship-based intervention with at-risk mothers: Factors affecting variations in outcome. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 133-155.

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., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.

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., Del Re, A. C., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, Vol 48(1), 9-16.

Huurne ter, E.D., Postel, M.G., Haan de, H.A., Drossaert, C.H.C., & Jong, C.A.J. (2013). Web-Based Treatment Program Using Intensive Therapeutic Contact for Patients With Eating Disorders: Before-After Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e12.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., e.a. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.

Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, J. E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *J Med Internet Res*, 14(6), e152.

Keski-Rahkonen A., Hoek, H.W., Linna, M.S., Raevuori ,A., et al. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: A nationwide population-based study. *Psychological Medicine* 39(5):823-831.

Keski-Rahkonen A., Hoek, H.W., Susser ,E.S., Linna, M.S., et al. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry* 164:1259-65 (40 ref).

Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). An analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338–349.

Klein, B., Mitchell, J., Abbot, J. (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., Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *Psychiatry*. 7, 13.

Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, van de Ven J, Schrieken B, Emmelkamp P. (2003). Interapy: A Controlled Randomized Trial of the Standardized Treatment of Posttraumatic Stress Through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ;71(5):901-909.

Leibert, T., Archer, J., Munson, J., York, G. (2006). An exploratory study of client perceptions of internet counseling and the therapeutic alliance. *Journal Mental Health Couns* 2006, 28:69–83.

Luce, K., Crowther, J. (1999). The reliability of the eating disorder examination—self-report questionnaire version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25(3):349–351.

- Luborsky, L., McLellan, A. T., & Woody, G. E. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602-611.
- Mallinkrodt, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome of brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 25–32.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 133-138.
- Martin, D., Garske, J. & Davis, M. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438 -450.
- McKenna, K.Y.A. (1998). The computers that bind: relationship formation on the Internet [Doctoral dissertation]. Ohio University.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., & Duncan, B. L. (2007). Supershrinks. *Psychotherapy Networker*, 31, 26–35, 56.
- 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, 3052-3062.
- Norré, J. & Van der Eycken, W. (1994). Behandeling van eetstoornissen: wie bepaalt de doelstellingen? *Directieve therapie*, Vol. 14 (4),194-198.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.

- Paxton, S. J., McLean, S., Gollings, E. K., Faulkner, C., & Wertheim, E. H. (2007). Comparison of face-to-face and internet interventions for body image and eating problems in adult women: An RCT. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 692-704 .
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engblom, S., e.a. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 125-136.
- Pike, K., Walsh, B., Vitousek, K., e.a. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049.
- Portnoy, D.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2008) Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: A meta-analysis of 75 randomized controlled trials 1988–2007. *Preventative Medicine*, 47,3–16.
- Postel, M.G., de Haan, H.A., ter Huurne, E.D., Becker, E.S., & de Jong, C.A.J. (2011). Characteristics of problem drinkers in e-therapy versus face-to-face treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(6), 537-542.
- Reas, D.L., Grilo, C.M., Masheb, R.M. (2006). Reliability of the Eating Disorder Examination Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy* ;44:43–51.
- Rie, S. de la, Furth, E. van en Noordenbos, G. (2005). *Kwaliteit van de behandeling vanuit het patiëntenperspectief*.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Gonder-Frederick, L., Magee, J. C., Bailey, E., Saylor, D. K., & Morin, C. M. (2009). Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 66, 692-698.
- Robinson, .P, Serfaty, M (2008). Getting better byte by byte: A pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*. ;16:84–93.
- Ruwaard, J. & Lange, A. (2010). Boulimie online overwinnen: Resultaten van een gecontroleerd onderzoek. *Directieve Therapie*, 30, 17-34.

- Ruwaard, J., Lange, A., Broeksteeg, J., Renteria-Agirre, A., Schrieken, B., Dolan, C. et al. (2012). Online Cognitive-Behavioural Treatment of Bulimic Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology Psychotherapy*.
- Samstag, L. W., Batchelder, S., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Predicting treatment failure from in-session interpersonal variables. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 126–143.
- Saperstein, S., Atkinson, N., & Gold, R. (2007). The impact of internet use for weight loss. *Obesity Reviews*, 8: 459-465.
- Schalken, F., Wolters, W., Tilanus, W., Gemert, M. van, Hoogenhuyze, C. van, Meijer, E., Kraefft, E., Brenninkmeijer, M. & Postel, M. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Shingleton, R.M., Richards, L.K., Thompson-Brenner, H. (2013). Using technology within the treatment of eating disorders: A clinical practice review. *Psychotherapy*, Vol 50(4),576-582.
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J. & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 156-165.
- Skarderud, F. (2003). Shame in cyberspace. Relationships without faces: The E-media and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 155-169.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). "Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence, and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4):406–14.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., e.a. (1992). Binge-eating disorders: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for mood and anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319–328.

- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 321–326.
- Tanrikulu, I. (2009). Counselors-intraining students' attitudes towards online counseling. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1, 785-788.
- Treasure, J. L., & Ward, A. (1997). A Practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 5, 102-114.
- Trijsbrug, 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.
- Van der Eycken, W., Claes, I., Bloks, H. (2004). Meetinstrumenten bij eetstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46;10, 701-704.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatmentresistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.
- Willemse, Y. & Hafkenscheid, A. (2009). Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 342-357.
- Wilfley, D.E., Welch, R., Stein, R.I., e.a. (2002). A randomized comparison of group cognitivebehavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.
- Winzelberg, A.J., Luce, K.H., Abascal, L.B. (2004). Internet-based treatment strategies. *Handbook of eating disorders and obesity*. New Jersey: John Wiley; 279–296.

6 Bijlage

Grafische weergave internetbehandeling eetprobleemdebaas.nl

Behandeling sessies
Aanmelding (baseline Questionaire)
Deel 1 <ol style="list-style-type: none">1. Welkom2. Registratie dagelijks eetgedrag (<i>opdracht 1</i>)3. Beschrijving van eetmomenten (<i>opdracht 2</i>)4. Analyseren eetgedrag (<i>opdracht 3</i>)5. Voor- en nadelen (<i>opdracht 4</i>)6. Top drie7. Persoonlijk advies
Deel 2 <ol style="list-style-type: none">1. Doelen stellen (<i>opdracht 5</i>)2. Naar deel 23. Gewoonten doorbreken4. Wijzigen gedachten (<i>opdracht 6</i>)5. Psycho-educatie of oefening6. Gedrag veranderen (<i>oefening 7</i>)7. Psycho-educatie of oefening8. Wie ben ik? (<i>opdracht 8</i>)9. Psycho-educatie of oefening10. Besluiten (<i>opdracht 9</i>)11. Psycho-educatie of oefening12. Actieplan schrijven (<i>opdracht 10</i>)13. Psycho-educatie of oefening14. Voltooing van behandeling (post-test Questionaire)
Nazorg (optioneel) <p>1-6. Reactie op berichten van deelnemers en de informatie geregistreerd in het eten dagboek.</p>