

Interventie

99gram.nl Online behandeling

Samenvatting

Doelgroep

99gram; online behandeling is bedoeld voor jongeren van 14 tot en met 23 jaar met (kenmerken van) Boulimia Nervosa.

Doel

Het hoofddoel is dat jongeren een regelmatig en normaal eetpatroon hanteren en reële gedachten over eten, lichaamsvormen en gewicht hebben.

Aanpak

99gram; online behandeling is een onderdeel van het aanbod op www.99gram.nl. Het aanbod van 99gram.nl is opgebouwd als een soort trechter die informatie, advies en hulp biedt aan jongeren die bezig zijn met eten, uiterlijk en gewicht. Als jongeren aangeven meer hulp te willen bij hun eetproblemen, kunnen zij zich aanmelden voor de online behandeling.

De online behandeling kent drie hoofdcomponenten: dieetmanagement, cognitieve interventies en exposure. Middels deze interventies worden de belangrijkste kernfuncties van de eetstoornis aangepakt: negatieve zelfevaluatie, piekeren over lichaam en gewicht, rigide lijnen, eetbuien en purgeren. Dit alles wordt aangeboden middels oefeningen in een beveiligde online behandelomgeving. De jongere en behandelaar communiceren door middel van het uitwisselen van berichten. Afhankelijk van de intensiteit waarmee de jongere het programma volgt, varieert de totale duur van de online behandeling gemiddeld van 2 tot 8 maanden.

Materiaal

De online behandeling is digitaal toegankelijk via www.99gram.nl/online-behandeling

Onderbouwing

99gram; online behandeling is gebaseerd op een cognitief gedragstherapeutisch protocol van Fairburn en collega's. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is op dit moment de "gouden standaard" voor de behandeling van Boulimia Nervosa. CGT is bij 40 tot 60% van de gevallen effectief. CGT beïnvloedt de manier van denken (bijvoorbeeld ik ben dik, ik ben waardeloos) en de manier van doen (bijvoorbeeld compensatiegedrag, vermijden van sociale (eet)situaties) welke de eetstoornis van de jongere in stand houden. In onderzoek naar andere online behandelvormen gebaseerd op gedragstherapeutische technieken wordt een significante afname van eetstoornissymptomen, eetbuien en purgeren gerapporteerd.

Onderzoek

Aan jongeren die deelnamen aan 99gram; online behandeling werd gevraagd om de therapeutische relatie te beoordelen op een schaal van 0 tot 10. Uit 117 metingen blijkt dat jongeren de relatie met de online behandelaar gemiddeld een 8,6 geven, de doelen en onderwerpen die aan bod komen een 8; de aanpak en werkwijze een 8,3 en het hele behandelcontact een 7,9.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 06-11-2015

Oordeel: Goed onderbouwd

Toelichting:

De doelgroep, doelen en aanpak van 99gram.nl zijn goed uitgewerkt. De onderbouwing is bondig en helder.

De referentie naar dit document is:

Rozemarijn Vos

(December 2014). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving '99gram.nl Online behandeling'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Volgens de DSM IV (2000) kenmerken jongeren met Boulimia Nervosa zich door een onregelmatig eetpatroon met periodes van lijnen en eetbuien, met of zonder controleverlies. Deze jongeren kunnen herhaald ongepast compensatiegedrag vertonen om gewichtstoename te voorkomen, zoals purgeren (braken, misbruik van laxemiddelen) of zeer intensief bewegen. Ook hebben zij vaak overgewaardeerde, disfunctionele opvattingen over het eigen lichaam, gewicht en eten. Jongeren denken bijvoorbeeld dat ze te dik zijn terwijl hun gewicht hier geen aanleiding toe geeft. Of ze voelen zichzelf minder waard dan anderen omdat ze denken dat ze te zwaar zijn. Het zelfbeeld wordt in belangrijke mate bepaald door deze opvattingen en hierover piekeren de jongeren ook veel (Jansen, Elgersma & Mulkens, 2008).

1.2 Spreiding

De prevalentie onder vrouwen voor boulimia nervosa is 1%. De meest kwetsbare groep voor het ontwikkelen van boulimia nervosa is 15-24 jaar (Van Son, Van Hoeken, Bartelds, Van Furth, Hoek, 2006). Zie tabel 1 (bijlage).

1.3 Gevolgen

Slechts een klein deel van de jongeren die kenmerken vertonen van Boulimia Nervosa wordt herkend door de huisarts. Uiteindelijk ontvangt maar 15% hulp vanuit de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg (Hoek & van Hoeken, 2002). Als niet ingegrepen wordt, dan is het gevolg dat jongeren jarenlang onopgemerkt met eetproblemen kampen. Uit onderzoek blijkt dat jongeren die rond blijven lopen met kenmerken van Boulimia Nervosa een verhoogd risico lopen op problemen in het algemeen en op psychisch functioneren wanneer ze 20 jaar zijn (Allen, Byrne, Oddy, & Crosby, 2013). Deze jongeren maken bijvoorbeeld minder vaak hun school af en hebben meer last van depressieve en angstsymptomen. Daarnaast lopen onbehandelde jongeren met kenmerken van Boulimia Nervosa een aanzienlijk groter risico om als volwassene een eetstoornis te ontwikkelen dan jongeren zonder Boulimia Nervosa (Allen, Byrne, Oddy, & Crosby, 2013; Le Grange & Schmidt, 2005). Tijdig ingrijpen heeft dus aanzienlijke voordelen voor de jongere zelf, maar kent ook maatschappelijke voordelen: een recente studie naar de kosteneffectiviteit van preventie bij eetproblematiek laat zien dat primaire preventie kan leiden tot een aanzienlijke besparing in medische kosten en een toename van de levensduur in goede gezondheid (Wang, Nichols & Austin, 2011).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Jongeren van 14 tot en met 23 jaar met (kenmerken van) Boulimia Nervosa.

Intermediaire doelgroep

Niet van toepassing.

Selectie van doelgroepen

De jongere vult op de website www.99gram.nl een zelftest in. Deze bestaat uit de Eating Disorder Examination (EDE) (Screening version) en aanvullende vragen over BMI, stemming en interpersoonlijke problemen en / of problemen op andere gebieden. Als ze binnen de inclusiecriteria vallen (zie hieronder), dan krijgen ze een aanbod voor behandeling. Wanneer jongeren hun ouders niet op de hoogte willen stellen van hun problemen dan kunnen ze de behandeling anoniem volgen. Er wordt gewerkt met de EDE-S (Beglin en Fairburn, 1992) om twee redenen: de vragenlijst is niet te lang, wat online belangrijk is om jongeren binnen te houden. Tevens is het voldoende om een indicatie te krijgen van aanwezige eetproblematiek. Een diagnose stellen is immers niet mogelijk omdat er sprake is van 100% online contact. Als jongeren zich vervolgens aanmelden voor de behandeling dan wordt de informatie uit de zelftest uitgebreider beoordeeld door een GZ-psycholoog. Deze vraagt eventueel per mail nog aanvullende informatie uit over de exclusiecriteria. Wanneer er geen reden is om de jongere te excluderen dan krijgt zij een account voor de online behandeling.

Inclusiecriteria:

- de jongere is in de leeftijd van 14 tot en met 23 jaar;
- de jongere geeft aan dat zij in de afgelopen 4 weken de helft van de tijd of meer (vanaf 13 dagen van de laatste 28 dagen)

last heeft van:

- o moeite zich te concentreren op de tv, computer of een boek omdat ze aan eten moest denken
 - o een schuldgevoel wanneer ze aan het eten was, omdat ze misschien dikker zou worden (hiermee wordt geen eetbui bedoeld)
 - o een sterke wens om af te vallen
 - o ten minste 2 eetbuien per maand. Een eetbui wordt gekarakteriseerd door zowel het binnen een beperkte tijd eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten, en een gevoel van controleverlies over het eten tijdens de eetbui (DSM IV, 2000).
- Deze klachten worden geïnventariseerd met behulp van de Eating Disorder Examination (EDE) (Screening version).
- de BMI ligt voor jongeren van 14/15 jaar tussen de 17 en 30 en bij jongeren van 16 jaar en ouder ligt de ondergrens op BMI 18.

Contra-indicatiecriteria:

- Ernstig onder- of overgewicht. Voor jongeren van 14/15 jaar is dit bij een BMI onder de 17 of boven de 30. Voor jongeren van 16 jaar en ouder is dit bij een BMI onder de 18 of boven de 30. In dit geval wordt de jongere doorverwezen naar de huisarts. In overleg en met waarborging van de lichamelijke controles is soms wel online behandeling mogelijk.
- Veelvuldig gebruik van laxemiddelen. Ook dan wordt de jongere doorverwezen naar de huisarts voor een somatische controle. Als er een periodieke controle bij de arts plaatsvindt, kan in overleg wel begonnen worden met de online behandeling.
- Ernstige stemmingsproblemen, interpersoonlijke problemen of problemen op andere levensgebieden (bijvoorbeeld in de thuissituatie).
- Zwangerschap. Waarborging van controles van de lichamelijke toestand is een noodzakelijke voorwaarde. In goed overleg met betrokkenen moet gekeken worden of een behandeling van eetproblemen online wenselijk is.

In bovenstaande gevallen moet de jongere dus (deels) anonimiteit opheffen en toestemming geven voor overleg tussen hem- of haarzelf* en de behandelaar van 99gram; online behandeling en eventuele andere behandelaars en artsen. Mocht zij dit niet willen, dan is dat een contra-indicatie.

Jongeren die niet in aanmerking komen voor online behandeling kunnen via de chat ondersteund worden bij het zoeken van adequate hulp en kan geoefend worden met manieren om de problemen bespreekbaar te maken.

* In de meeste gevallen gaat het hier om meisjes, daarom richt de tekst in dit stuk en in het online behandelprogramma zich op meiden en wordt in het vervolg steeds verwezen naar 'zij' en 'haar'. Op die plekken kan ook 'hij' en 'zijn' worden ingevuld. Jongens zijn namelijk zeker wel welkom.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het verbeteren van het disfunctionele eetpatroon en veranderen van irrealistische, niet-helpende gedachten over eten, lichaamsvormen en gewicht naar meer realistische en helpende gedachten hierover.

Subdoelen

De subdoelen zijn:

- de jongere heeft een gedifferentieerde identiteit die gebaseerd is op meer aspecten dan alleen eten, gewicht en lichaamsvormen
- de jongere piekert minder over haar eigen lichaam en gewicht.
- de jongere heeft een regelmatig en gezond eetpatroon;
- de jongere purgeert niet (meer);

Afhankelijk van de hulpvraag van de jongere kan aan verschillende subdoelen worden gewerkt. Binnen deze subdoelen kunnen jongeren zelf aangeven waaraan ze willen werken en met welke situaties ze willen oefenen.

Het eetpatroon, aanwezigheid van eetbuien en purgeren wordt geregistreerd in een eetdagboek. De EDE Screening version meet in welke mate de jongere piekert over het eigen lichaam en gewicht en of zij minder belang hecht aan uiterlijke aspecten van de eigen identiteit. De doelen zijn behaald wanneer deze scores uitkomen op minder dan de helft van de tijd (dat wil zeggen 0-12 dagen van de afgelopen 28 dagen).

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De online behandeling is een onderdeel van het aanbod op www.99gram.nl. Het is het meest intensieve aanbod op de site en richt zich op een deel van de totale doelgroep van de website www.99gram.nl. Het hele aanbod van www.99gram.nl is opgebouwd als een soort trechter die informatie, advies en hulp biedt aan jongeren die bezig zijn met eten, uiterlijk en gewicht (zie figuur 1, bijlage).

Locatie en uitvoerders

De online behandeling is een onderdeel van het aanbod op www.99gram.nl. Het is het meest intensieve aanbod op de site en richt zich op een deel van de totale doelgroep van de website www.99gram.nl. Het hele aanbod van www.99gram.nl is opgebouwd als een soort trechter die informatie, advies en hulp biedt aan jongeren die bezig zijn met eten, uiterlijk en gewicht (zie figuur 1, bijlage).

Hoe verder je op de site komt, hoe 'probleemgericht' het wordt en jongeren beslissen zelf wat zij op dat moment nodig hebben. Zo kun je informatie lezen, tips en adviezen aan andere jongeren vragen, een vraag aan een deskundige mailen of via chat een vraag of probleem bespreken. Er zijn ook zelftests en een zelfhulpmodule. Als jongeren aangeven meer hulp te willen gericht op hun eetproblemen, dan kunnen zij zich aanmelden voor 99gram; online behandeling. De volgorde van de verschillende onderdelen staat vast, maar de frequentie en intensiteit waarmee de jongere deze onderdelen doorloopt wordt door haarzelf bepaald. Afhankelijk van de intensiteit waarmee de jongere het programma volgt, varieert de totale duur van de online behandeling gemiddeld van 2 tot 8 maanden. Deze duur wordt ondermeer bepaald door de doelen waarmee de jongere aan de slag gaat en het aantal oefeningen die hierbij passen. Ook wordt de duur in belangrijke mate bepaald door de snelheid waarmee de doelen behaald worden.

Opbouw van het programma in modules en opdrachten

99 gram; online behandeling is opgebouwd uit vijf modules, namelijk:

- . 'Eetprobleem onder de loep': psycho-educatie en motivatie. Bevat 4 opdrachten. Geschatte duur 2 weken.
- . 'Normaal eten': dieetmanagement. Bevat 13 opdrachten, waarvan onderdelen vaak te herhalen zijn tot het doel is bereikt. Geschatte duur 4 maanden.
- . 'Uitdagingen aangaan': exposure. Jongere kan eigen situaties invoeren om te oefenen. Geschatte duur 2 maanden.
- . 'Gedachten onderzoeken': cognitieve interventies. 6 opdrachten, kan herhaald worden totdat jongere alle negatieve gedachten die hij/zij wil uitdagen heeft uitgedaagd. Geschatte duur 6 weken.
- . 'Op eigen benen': terugvalpreventie. 1 opdracht. Geschatte duur 2 weken.

De opdrachten zijn opgebouwd op dezelfde manier: overzicht van de opdracht met doel, uitleg en duur. Daarna start de opdracht die bestaat uit uitleg, invullen en feedback.

Inhoud van de interventie

De jongere krijgt een e-mail met een link om haar account te activeren. Wanneer de jongere dit doet, kan zij inloggen op 'Jouw Omgeving' en ziet daar een berichtenservice voor veilig mailverkeer met haar behandelaar en het online behandelprogramma. Verder ziet zij welke personen (behandelaar en eventueel de supervisor van de behandelaar) aan haar account zijn gekoppeld en kan zij haar profiel zelf bewerken (foto, achtergrond).

Als de jongere het online behandelprogramma van 99gram aanklikt, komt ze op het dashboard waar ze alle modules ziet en daarnaast een huiswerkljst, een link naar eetdagboek, gewichtsgrafiek, beloningenlijst en steunfiguren. Deze onderdelen vullen zich naarmate zij vordert in het programma.

Alle modules bestaan uit opdrachten, waarbij steeds een onderwerp wordt uitgelegd, de jongere aan de hand van opdrachten zelf aan de slag gaat en dan in het programma aangeeft hoe het is gegaan. De behandelaar krijgt updates van de ingevulde opdrachten door de jongere, waarop hij/zij feedback geeft, gericht op het doel van de opdracht. De behandelaar begeleidt de jongere in de behandeling, past het behandelprogramma aan waar nodig aan de doelen van de jongere en geeft hulp bij de stappen die de jongere zet. De behandelaar zet de volgende opdracht open als het doel van de vorige opdracht voldoende behaald is.

Bij alle opdrachten is altijd een voorbeeld. 'Nina' is een voorbeeldcliënt die door het hele programma heen terugkomt. De jongere kan dit voorbeeld desgewenst inzien.

'Eetprobleem onder de loep': psycho-educatie en motivatie

De jongere krijgt tekst met uitleg over de inhoud van het programma en over de verschillende soorten eetproblemen die bestaan. Met behulp van de opdrachten uit deze module krijgt de jongere zicht op haar eigen eetprobleem, de factoren waardoor dit in stand wordt gehouden en de voor- en nadelen daarvan. Aan de hand daarvan geeft de jongere aan waar zij

mee aan de slag wil in de rest van het programma.

'Normaal eten': dieetmanagement

In deze module zet de jongere eerst randvoorwaarden op om aan de slag te kunnen gaan met het veranderen van haar eetpatroon. Het eetdagboek wordt opgestart, doordat de jongere wordt gevraagd het eerst een keer in te vullen. Ook wordt met het berekenen van de BMI en het vaststellen van een vaste weegdag per week en dan de eerste keer wegen de gewichtsgrafiek opgestart. Naast het bijhouden van het verloop van het gewicht, vult de jongere iedere keer haar gedachten voor en na het weegmoment in. Geïnterviewd wordt welke steunfiguren de jongere in haar omgeving heeft en op welke manier zij tijdens de behandeling tot steun kunnen zijn. Tenslotte stelt de jongere een lijst op met manieren waarop hij of zij zichzelf kan belonen wanneer ze met de opdrachten aan de slag gaat.

Vervolgens wordt uitgelegd in welke 3 stappen toegewerkt wordt naar een normaal, gezond eetpatroon:

- 1) regelmaat (eetmomenten uitbreiden totdat een regelmaat van 5/6 eetmomenten op een dag is bereikt).
- 2) hoeveelheid (de hoeveelheid voeding op de eetmomenten uitbreiden tot voldoende voeding voor de betreffende leeftijd van de jongere is bereikt, volgens de schijf van vijf).
- 3) soort voedsel (de jongere gaat uitdagingen aan om producten te eten die zij nu niet meer eet).

De jongere maakt zelf plannen hoe ze deze stappen gaat zetten. Zij stuurt dit plan naar de behandelaar, die zo nodig in feedback nog wat bijstuurt tot het een haalbaar en concreet plan is. Vervolgens gaat de jongere dit thuis oefenen en vult dan weer online in de eetdagboeken in hoe het is gegaan. Die eetdagboeken bekijkt de behandelaar en die geeft daarop weer feedback. Dit gaat zo lang door totdat een normaal eetpatroon is ontwikkeld.

'Uitdagingen aangaan': exposure

In deze module komen een aantal thema's aan bod, namelijk:

- het stoppen met verbergen van je lichaamsvormen
- het eten in bijzijn van anderen
- het stoppen met braken/laxeren/extreem bewegen
- controle krijgen over de eetbuien

Elk thema wordt ingeleid met een uitleg met voorbeeld. Vervolgens kan de jongere aangeven of zij dit herkent. Als dit niet het geval is, gaat de jongere verder naar het volgende onderwerp. Als dit wel het geval is, kan de jongere binnen dat thema zelf doelen formuleren en plannen maken om ermee aan de slag te gaan. Hiervoor vult zij stappen in in het behandelprogramma. De behandelaar kan helpen om tot concrete, haalbare plannen te komen. Het gaat in deze module steeds om exposure oefeningen waarbij de jongere haar angst aangaat en de spanning voor-, tijdens en na de exposure meet door middel van spanningsmeters in het programma. Bijvoorbeeld, bij het stoppen met braken/laxeren/extreem bewegen kan de jongere kiezen om een plan te maken om geleidelijk of in één keer te stoppen. De oefening die gaat over het controle krijgen over de eetbuien, is een cue-exposure oefening, waarbij de jongere zichzelf blootstelt aan eetbuiervoedsel en hierbij elke minuut de spanning meet op een metertje in het programma. Bij deze oefeningen is een uitgebreid voortraject met uitleg en voorbereidende taken. De behandelaar helpt bij het vormen van het plan zodat het haalbaar is en het doel behartigt. Er vindt ook weer een online evaluatie plaats, de jongere vult dan in hoe de opdracht is geweest en wat haar eigen conclusie is na afloop van de oefening.

'Gedachten uitdagen': cognitieve interventies

In deze module leest de jongere over de basis van de cognitieve (gedrags)therapie: hoe gedachten, gevoel en gedrag elkaar beïnvloeden. Ze leert wat automatische (negatieve) gedachten zijn en hoe ze die kritisch kan onderzoeken en wat helpende gedachten zijn en hoe je die kunt formuleren. De jongere krijgt daarna een overzicht van alle gedachten die zij tot dan toe heeft ingevuld in de eetdagboeken en gewichtsdagboeken.

De jongere kiest een aantal veelvoorkomende automatische gedachten waar zij mee aan de slag gaat. De jongere maakt een plan met begeleiding van de behandelaar op dezelfde manier als bij de andere modules. Na het uitdagen van de automatische gedachte en het formuleren van een helpende gedachte, bedenkt de jongere een experiment om dit uit te testen. De geloofwaardigheid van de automatische gedachte en de helpende gedachte voor en na het experiment worden vergeleken. Op basis daarvan wordt de jongere gevraagd een conclusie te trekken. De jongere herhaalt de experimenten zodat de geloofwaardigheid van de automatische gedachte daalt en die van de helpende gedachte stijgt.

Tenslotte voert de jongere 2 oefeningen uit waarin zij kennismaakt met 2 cognitieve technieken die ze kan inzetten om (automatische) gedachten te nuanceren. Het gaat om een taartpunttechniek en meerdimensioneel evalueren. In de oefening met de taartpunttechniek, verzamelt de jongere dingen die belangrijk zijn voor wie zij is, naast gewicht en uiterlijk. Ze scoort de aspecten op belangrijkheid en deze worden weergegeven als parten van een cirkel. Vervolgens scoort ze deze aspecten ook voor de wenselijke situatie. Beide 'taarten' kunnen naast elkaar worden bekeken en de jongere kan hieruit zelf een conclusie trekken. In de oefening meerdimensioneel evalueren leert de jongere genuanceerd te denken in dit geval over

'aantrekkelijkheid'. Ze schrijft eigenschappen op van iemand die ze erg aantrekkelijk vindt en scoort diegene, zichzelf en iemand die ze juist helemaal niet aantrekkelijk vindt op de afzonderlijke eigenschappen. Ook hier wordt de jongere weer gevraagd wat haar conclusie is en kan de behandelaar bij elke stap uitleg en feedback geven in de vorm van berichten. De feedback van de behandelaar is er altijd op gericht de jongere te helpen met het doel van de specifieke opdracht. In de feedback zit altijd een element van motivatie, feedback gericht op het doel van de opdracht en het helpen van de jongere in het zetten van een volgende (concrete, haalbare) stap richting hun doel voor behandeling.

'Op eigen benen': terugvalpreventie

De jongere vult een plan in met de volgende onderdelen: je sterke kanten, risicofactoren, uitlokkers, eerste voortekens, acties die je kunnen helpen, hulptroepen, motivatie. Afgesloten wordt met een nameting van dezelfde vragenlijst als de screening en een tevredenheidsvragenlijst.

Feedback van de jongere

Op een 6-tal momenten wordt de jongere gevraagd een vragenlijst (gebaseerd op de Session Rating Scale; Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds, et al., 2003) in te vullen die gaat over de beleving van de werkrelatie (figuur 9). Dit wordt gebruikt door de behandelaar om zo goed mogelijk aansluiting te vinden bij de jongere, binnen de mogelijkheden van online contact.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Bij de ontwikkeling van de verschillende onderdelen van www.99gram.nl zijn in een vroeg stadium twee testpanels gevormd die meedachten over de uitstraling en het taalgebruik. Het eerste testpanel bestond uit middelbare scholieren in de leeftijd van 14-16 jaar. Het tweede testpanel bestond uit meiden tussen de 14-18 jaar oud die voor hun eetstoornis opgenomen waren in de kliniek van Accare. De testpanels hebben meegekeken naar ontwerpen en schetsen voor de site, meegedacht over onderwerpen die aan bod zouden moeten komen, geadviseerd over taalgebruik dat aansluit bij de doelgroep en meegedacht over een geschikte naam. Het tweede testpanel heeft voor de oplevering ook getest hoe het behandelprogramma voor gebruikers werkt.

Buitenlandse interventie

Uitgangspunt voor de online behandeling is het cognitief gedragstherapeutisch protocol van Fairburn en collega's dat is ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Dit protocol is door Jansen, Elgersma en Mulkens (2008) vertaald en aangepast voor adolescenten. Dit protocol staat beschreven in het handboek voor protocollaire behandelingen (Braet en Bogels, 2008). Jansen en collega's volgen de opbouw van het protocol van Fairburn, maar een belangrijk verschil met het originele protocol is dat zij meer gebruik maken van cognitief-gedragstherapeutische elementen. Daarnaast sluit het protocol van Jansen en collega's beter aan bij de ontwikkelingsfase van de adolescent, bijvoorbeeld doordat gedragsexperimenten zich afspelen op school. Verder wordt per jongere bekeken in hoeverre het gezin betrokken moet worden bij de behandeling en verschillende gedragsexperimenten. Voor de online behandeling is het protocol van Jansen en collega's gedigitaliseerd en verder uitgewerkt naar concrete opdrachten en oefeningen voor jongeren (Vos, 2011).

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

In Nederland bestaan een aantal websites die zich richten op de online behandeling van (jonge) vrouwen met een eetstoornis. Dit zijn www.binge-eating.nl, www.boulimiadebaas.nl en www.interapy.nl. Geen van de websites of online behandelingen gericht op mensen met (kenmerken van) *Boulimia Nervosa* is opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut.

Overeenkomsten en verschillen

Overeenkomsten met de websites met een online behandeling

- Screening.
- Chat/mailcontact met deskundige.
- De behandeling is gebaseerd op gedragstherapeutische technieken.

Verschillen met de websites met een online behandeling

- 99gram; online behandeling richt zich op jongeren vanaf 14 jaar, de andere websites op jongeren vanaf 16 jaar.

- 99gram; online behandeling biedt jongeren de mogelijkheid om anoniem te blijven, dit kan bij online behandeling via de andere websites niet.

Toegevoegde waarde

Niet van toepassing.

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Over het algemeen wordt de etiologie van eetstoornissen als multifactorieel beschouwd, net als die van de meeste andere psychiatrische stoornissen (Stice, 2002; Jacobi e.a., 2004). Tot nu toe is geen enkele opzichzelfstaande etiologische factor geïdentificeerd als veroorzaker van een eetstoornis (Trimbos instituut, 2006). Bij het ontstaan van een eetstoornis in het algemeen, en Boulimia Nervosa in het bijzonder, spelen allerlei risicofactoren mee. Zo wordt het ontstaan van Boulimia Nervosa beïnvloed door: (1) overgewicht bij ouders, (2) overgewicht in de jeugd, (3) kritische opmerkingen door familieleden over lichaamsvormen, gewicht of eetgedrag, (4) vroegtijdige puberteit, (5) psychiatrische stoornis bij (een van de) ouders, en (6) andere problemen bij ouders (zoals weinig contact en hoge verwachtingen, en alcoholmisbruik) (Fairburn 1997; Fairburn 1999).

Perfectionisme en een negatieve zelf-evaluatie zijn gemeenschappelijke antecedenten van zowel anorexia nervosa als Boulimia Nervosa (Fairburn 1997; Fairburn 1999). Hoewel niet één oorzaak voor Boulimia Nervosa aangewezen kan worden, is wel bekend welke kernfactoren bijdragen aan het in stand houden van eetstoornis. Fairburn en collega's (2003) hebben deze kernfactoren beschreven in een transdiagnostisch verklaringsmodel voor eetstoornissen. Dit model is leidend in de zorg voor jongeren en volwassenen met een eetstoornis, en wordt weergegeven in Figuur 2 (zie bijlage).

Centraal staat een negatief zelfbeeld, waarbij teveel belang wordt gehecht aan het hebben van controle op lichaam, eten en gewicht en daarbinnen worden vaak hoge eisen aan zichzelf gesteld (perfectionisme). Vandaar uit gaan jongeren rigide lijnen, wat een gevoel van controle geeft en de hoop op zich beter te voelen als ze er beter uitzien, minder wegen, gezonder/minder eten. De grens wordt steeds verlegd, hogere eisen worden gesteld in de wens op meer controle.

Dit vergroot de kans dat niet meer aan de eigen eisen kan worden voldaan en de jongere controle op eetgedrag verliest. Hij of zij krijgt eetbuien (wel/niet gevolgd door compensatie zoals purgeren, extreem bewegen) wat voelt als falen. Dit beïnvloedt direct het zelfbeeld en daarmee weer de wens om controle te krijgen over eetgedrag en gewicht.

3.2 Aan te pakken factoren

Beïnvloedbare kernfactoren die de interventie aanpakt zijn: negatieve zelfevaluatie, piekeren over lichaam en gewicht, rigide lijnen, eetbuien en purgeren.

Kernfactor: negatieve zelfevaluatie

Subdoel 1: de jongere heeft een gedifferentieerde identiteit die gebaseerd is op meer aspecten dan alleen eten, gewicht en lichaamsvormen positieve identiteit.

Kernfactor: piekeren over lichaam en gewicht

Subdoel 2: de jongere piekert minder over eigen lichaam en gewicht.

Kernfactor: rigide lijnen en eetbuien

Subdoel 3. de jongere heeft een regelmatig en gezond eetpatroon.

Kernfactor: purgeren

Subdoel 4. de jongere purgeert niet (meer).

Het aanpakken van al deze beïnvloedbare factoren draagt uiteindelijk bij aan het behalen van het einddoel: een regelmatig en normaal eetpatroon, en reële gedachten over eten, lichaamsvormen en gewicht.

3.3 Verantwoording

99 gram; online behandeling is gebaseerd op de Cognitieve Gedragstherapie (CGT) zoals ontwikkeld en beschreven door Fairburn (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). De behandeling richt zich op de beïnvloeding van de kernfactoren uit het cognitief- gedragstherapeutisch model (zie Figuur 1) middels de volgende technieken: dieetmanagement, exposure en cognitieve interventies. Hoewel deze onderdelen niet afzonderlijk zijn onderzocht, is aangetoond dat CGT zoals ontwikkeld en beschreven door Fairburn de meest effectieve interventie is voor (jong) volwassenen met Boulimia Nervosa (Trimbos, 2006; voor een overzicht van alle studies naar het effect van CGT op Boulimia Nervosa en eetbuien, zie de Cochrane Review van Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009). Verder blijkt uit verschillende onderzoeken dat gedragstherapie zonder cognitieve interventies (dus alleen dieetmanagement of exposure) minder effectief is dan gedragstherapie mét cognitieve interventies (Fairburn, Jones, Peveler, Carr, Solomon, et al., 1991; Fairburn, Jones, Peveler, Hope, & O'Connor, 1993; Hsu, Rand, Sullivan, Liu, Mulliken, et al., 2001; Jansen, Elgersma, & Nederkoorn, 2002).

Het gebruik van CGT bij de behandeling van Boulimia Nervosa leidt tot een aantoonbare afname van eetstoornissymptomen, wat betreft zowel gedrag als attitudes en cognities (Lewandowski et al., 1997; Whittal et al., 1999). Hieronder wordt besproken welke van de CGT-technieken (dieetmanagement, exposure en cognitieve interventies) ingezet wordt om een subdoel te bereiken, en wat de evidentie is voor CGT ten aanzien van dit specifieke subdoel.

1. De jongere heeft een gedifferentieerde identiteit die gebaseerd is op meer aspecten dan alleen eten, gewicht en lichaamsvormen

In de online behandeling wordt gebruik gemaakt van cognitieve interventies uit de CGT om dit subdoel te bereiken. Tijdens de cognitieve interventie leert de jongere om negatieve gedachten over het eigen lichaam en het eigen gewicht uit te dagen, en deze te vervangen door meer reële, helpende gedachten die bijdragen aan een positieve identiteit. Onderzoek laat zien dat de zelfwaardering van veel cliënten na CGT inderdaad verbetert, en dat het eigen lichaamsbeeld positiever wordt door deze behandeling (Trimbosinstituut, 2006).

2. De jongere piekert minder over eigen lichaam en gewicht: Om ervoor de zorgen dat de jongere minder piekert over het eigen lichaam en gewicht wordt dezelfde cognitieve interventie ingezet als om een gedifferentieerde identiteit te realiseren.

Onderzoek laat zien dat de attitudes over lichaamsvormen en lichaamsgewicht inderdaad normaliseren na CGT (Trimbosinstituut, 2006).

3. De jongere heeft een regelmatig en gezond eetpatroon

Om dit subdoel te bereiken wordt gebruik gemaakt van dieetmanagement en exposure. Dieetmanagement bestaat in eerste instantie uit het in kaart brengen van het eetpatroon van de jongere en de gedachten die hiermee gepaard gaan, om zo zicht te krijgen op het ontstaan en de functie van eetbuien. Vervolgens wordt toegewerkt naar regelmaat, normale hoeveelheden en meer variatie in het eetpatroon. Tijdens de exposure wordt de cliënt aangemoedigd om het eetbuisvoedsel vast te houden en hieraan te ruiken. Gewoonlijk wekt dit een enorme drang om te eten op. Vervolgens leert de jongere om dit gevoel te tolereren, waardoor de drang uiteindelijk uitdooft (voor gedetailleerde behandelprotocollen, zie Jansen, 1996; Jansen & Meijboom, 1997; Meijboom & Jansen, 1998). Onderzoek laat zien dat CGT inderdaad leidt tot een vermindering van disfunctioneel lijngedrag en dat 30 tot 50% van de cliënten na afloop van de behandeling eetbuisvrij is (Trimbosinstituut, 2006).

4. De jongere purgeert niet (meer): De CGT-techniek die in de online behandeling gebruikt wordt om te bereiken dat een jongere stopt met purgeren is exposure. Door zich in spanningsvolle situaties te begeven en te ervaren dat hij of zij dit kan verdragen en dat de spanning zelfs vermindert op den duur, leert de jongere angsten die gerelateerd zijn aan eten overwinnen. Daarnaast krijgt de jongere meer adequate manieren aangereikt om om te gaan met deze spanning dan door te vermijden, te purgeren, extreem te bewegen of te eten. Onderzoek laat een afname van 80% in purgeer- en eetbuisfrequentie zien na CGT (Trimbosinstituut, 2006).

Verder laat onderzoek zien dat cliënten na afloop van een CGT-behandeling minder depressief zijn en hun sociale leven verbeterd. Persoonlijkheidsstoornissen verdwijnen soms, of ze interfereren minder met het dagelijks leven (Wilson, Fairburn & Agras, 1997). De resultaten van CGT zijn meestal blijvend: een follow-up studie toonde aan dat de gunstige effecten van CGT zes jaar blijven bestaan (Fairburn, Norman Welch, O'Connor, Doll, & Peveler, 1995).

Omdat slechts een klein deel van de vrouwen met kenmerken van BN in behandeling komt bij een GGZ-instelling is veel onderzoek gedaan naar online behandeling als alternatief voor face-to-face behandeling. Een systematische review van 21 internationale studies onder jongeren en volwassenen met een eetstoornis (Aardoom, Dingemans, Spinhoven & Van Furth, 2013) laat een significant effect zien van online behandeling op symptomen, frequentie van eetbuien en overgeven en kwaliteit van leven. Daarnaast bleek uit deze studies dat online behandeling over het algemeen werd gezien als een zeer acceptabele vorm van behandeling: deelnemers gaven aan dat de behandeling nuttig en prettig was, en makkelijk in het gebruik. Verder werd het gemak en de flexibiliteit van behandeling als een voordeel ervaren.

Systematische reviews van studies naar alle vormen van begeleide en onbegeleide vormen van zelfhulp (als bibliotherapie) laat zien dat deze alternatieven bij eetbuisstoornissen en BN zelfs net zo effectief kunnen zijn als face-to-face behandeling, zowel op korte als op lange termijn (Wilson & Zandberg, 2012; Perkins, Murphy, Schmidt, Williams, 2006). Zo werd in een vergelijking tussen CGT middels zelfhulp en CGT in therapeutisch begeleide groepen geen verschil gevonden op het aantal eetbuien, noch direct na de behandeling, noch een jaar later (Peterson, Mitchell, Crow, Crosby, & Wonderlich, 2009).

Onderzoek laat dus zien dat online behandeling, gestoeld op gedragstherapeutische technieken, een volwaardig alternatief biedt voor face-to-face behandeling van jongeren en (jong-)volwassenen met eetbuien en Boulimia Nervosa.

¹Hoewel het grootste deel van de respondenten in deze studies vrouwen betrof, werden in de meeste studies ook mannen geïnccludeerd. Voor de man/vrouw verhouding in deze studies, zie de "characteristics of studies" in de Cochrane Review van Hay et al. (2009).

3.4 Werkzame elementen

Werkzame elementen van 99gram; online behandeling zijn:

- Cliënten kunnen zelf bepalen waar en wanneer ze de behandeling volgen (2, 3, 5).
- Er is geen verwijzing nodig van ouders en/of huisarts (2).
- De behandeling is gebaseerd op de meest effectieve interventie om gestoord eetgedrag en disfunctionele attitudes van (jong) volwassenen met Boulimia Nervosa te normaliseren (3).
- De behandeling maakt gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken (3).
- Het is onderdeel van een integraal aanbod van preventie tot en met behandeling (2).
- Supervisie van online behandelaar vanuit een KJP-instelling met een specialistisch centrum voor eetstoornissen (2).

Betekenis scores:

2 = Veronderstelling in de aanpak

3 = Onderbouwing

5 = Praktijkervaringen

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Uitvoering

De online behandeling is voor iedereen digitaal toegankelijk via www.99gram.nl.

Evaluatie

Evaluatie van de online behandeling vindt plaats met bestaande vragenlijsten, namelijk de Eating Disorder Examination (EDE) (Screening version) en de Session Rating Scale (SRS). Beide vragenlijsten zijn digitaal beschikbaar.

Werving

Er is een plan voor interne communicatie en een plan voor externe communicatie om de website bij de doelgroep onder de aandacht te brengen. Beiden kennen de volgende onderdelen:

- Specificatie doelgroepen (primair & secundair).
- Boodschap per doelgroep.
- Communicatiemiddelen (voorlichting, folders, profiel op andere websites, media).
- Taakverdeling.
- Planning.

4.2 Type organisatie

Accare is verantwoordelijk voor de uitvoering van 99gram; online behandeling. Accare kent een specialistisch behandelcentrum voor eetstoornissen en heeft veel kennis en ervaring met de behandeling van jongeren met deze problematiek.

4.3 Opleidingen en competenties

Online behandelaren voldoen aan de volgende eisen:

- Minimaal SPH/HBO-V geschoold.
- Enthousiast en gemotiveerd om online te behandelen. Ze zien online behandeling als een volwaardige vorm van behandelen.
- Veel ervaring in en affiniteit met het gebruik van internet.
- Tenminste één van de volgende competenties is vereist:
 - geschoold in gedragstherapeutisch werken
 - ervaring met behandeling van eetstoornissen
 - ervaring met geprotocolleerd werken,

Om te kunnen werken bij 99gram dienen online behandelaren de volgende trainingen te volgen:

- hulpverlening via de chat (5-fasenmodel voor chatgesprek).

De methodiek voor chatgesprekken is een vijf-fasenmodel dat wordt gebruikt om structuur aan te brengen in een gesprek. (Schalken, 2012) De fasen zijn:

- 1) Warm welkom
- 2) Vraag verhelderen
- 3) Doel vaststellen
- 4) Doel uitwerken
- 5) Cirkel rond maken

- hulpverlening via de e-mail (5-fasenmodel voor e-mail).

De methodiek voor e-mail is voornamelijk gericht op goed aansluiten bij de vraag van de jongere. Het bestaat uit een aantal stappen: vraag onderscheiden (met een aantal substappen gericht op goed lezen), antwoord opstellen (waarbij verschillende niveaus worden onderscheiden: inhoud, lay-out en taalgebruik) en bericht nakijken en verzenden.

- online behandelen (trajectmatige begeleiding, online feedback geven).

De methodiek voor online behandelen is vooral gericht op het online feedback geven binnen een trajectmatige begeleiding. Ook daarvoor hanteert de behandelaar een aantal stappen om in de feedback goed aan te sluiten bij de jongere, de feedback concreet en haalbaar te houden en te motiveren tot een eerstvolgende stap richting het doel.

Deze trainingen kunnen gevolgd worden bij E-hulp. Zij bieden ook train-de-trainer opleidingen, waarmee deze kennis in huis gehaald kan worden.

4.4 Kwaliteitsbewaking

Eens per maand komen alle online behandelaars van 99gram bijeen voor intervisie. Daarnaast krijgen zij supervisie van een GZ-psychooloog die ruime ervaring heeft met de klinische behandeling van eetproblemen. Deze supervisor heeft inzage in alle online behandelingen en chatsessies. Bij nieuwe medewerkers kijkt de supervisor regelmatig ongevraagd mee, bij ervaren medewerkers vooral op verzoek.

Gedurende de behandeling wordt regelmatig een Session Rating Scale ingevuld (SRS; Duncan et al., 2003). Dit is een instrument waarmee de kwaliteit van de therapeutische alliantie gemeten wordt. Wanneer de score op de SRS eenmalig onder de 7 uitkomt dan bespreekt de behandelaar de casus tijdens een intervisiebijeenkomst. Wanneer de behandelaar gemiddeld een score onder de 7 haalt, dan is dit aanleiding voor supervisie.

4.5 Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van 99gram; online behandeling dient aan de volgende randvoorwaarden te worden voldaan:

- Een aantrekkelijk portaal is gerealiseerd met een operationele internetbehandeling.
- De interne organisatie is zodanig ingericht dat zij technisch, operationeel en behandelinhoudelijk de website en haar functies adequaat ondersteunt.
- Trainingen op het gebied van methodiek en techniek zijn op maat ontwikkeld en aan de geselecteerde medewerkers gegeven.
- Online behandelaars beschikken thuis over een computer met internet.

4.6 Implementatie

Alle activiteiten die uitgevoerd zijn om tot de website 99gram.nl te komen, met daarbinnen de online behandeling, staan beschreven in een draaiboek implementatie, inclusief content, richtlijnen, inrichting van de interne organisatie en PR. Dit document is alleen voor intern gebruik, en heeft als doel om de opgedane kennis met 99gram beschikbaar te stellen voor nieuwe toekomstige e-health projecten.

4.7 Kosten

Indien mogelijk wordt voor jongeren die de online behandeling volgen een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) geopend. In het kort is de DBC-systematiek een systeem waarmee zorginstellingen de geleverde zorg kunnen registreren, zodat deze uiteindelijk gedeclareerd kan worden bij de patiënt of zorgverzekeraar. Om een DBC te kunnen openen is informatie nodig over de identiteit van een jongere. Wanneer de jongere anoniem wil blijven, worden de kosten van de online behandeling slechts voor een klein deel vergoed door de zorgverzekeraar, de rest wordt betaald door Accare. Gemiddeld kost de behandeling van een jongere die anoniem wil blijven Accare 1200 euro. Dit bedrag is berekend op basis van de gemiddelde kosten die gemaakt worden voor jongeren die wel een DBC hebben.

Zie tabel 2 in de bijlage voor de eenmalige kosten voor de ontwikkeling van het online behandelprogramma.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Op 6 momenten tijdens de behandeling wordt de session rating scale (SRS; Duncan et al., 2003) afgenomen. De SRS is een zogenaamde engagement schaal, bedoeld om (negatieve) feedback te ontlokken en zo de therapeutische relatie te verbeteren. De SRS heeft 4 subschalen: Relatie, Doelen en Onderwerpen, Aanpak en/of Werkwijze en Algeheel. Het is een analoge en visuele schaal waar cliënten op de 4 lijnen een streepje of kruisje zetten van laag (0) naar hoog (10), om aan te geven hoe het de afgelopen week/periode is gegaan.

Inmiddels is in totaal is de SRS 117 keer ingevuld, waarbij deze lijst bij sommige jongeren meerdere keren is afgenomen. Uit deze gegevens blijkt dat jongeren de behandelaars op Relatie gemiddeld een 8,6 gaven (SD = 1,0, min. 6 - max. 10), waarbij een 0 betekent dat iemand zich niet gehoord en begrepen voelde, een 10 betekent dat iemand zich juist wel gehoord voelde.

Op Doelen en Onderwerpen gaven jongeren gemiddeld 8 (SD = 1,2, min. 5 - max. 10), waarbij een 0 betekent dat er niet is gewerkt of gepraat over de dingen waaraan de jongere wilde werken of waarover hij of zij wilde praten, en een 10 betekent dat dit juist wel is gebeurd. Op Aanpak en/of Werkwijze gaven jongeren gemiddeld 8,3 (SD = 1,2, min. 5 - max. 10), waarbij een 0 betekent dat de manier waarop de behandelaar de problemen van de jongere aanpakt niet aansluit bij hem of haar, een 10 betekent dat dit juist wel het geval is. Op Algeheel gaven jongeren een 7,9 (SD = 1,3, min. 4 - max. 10), waarbij een 0 betekent dat er iets in het behandelcontact mist, en een 10 betekent dat het contact over het geheel genomen in orde was.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

Niet van toepassing.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

A. Ruwaard, Lange, Broeksteeg, Renteria-Agirre, Schrieken et al., 2012.

B. In Nederland is een Randomized Controlled Trial uitgevoerd naar de effecten van de online behandelingsinterapy bij 105 vrouwen van 16 jaar en ouder met symptomen van Boulimia Nervosa. Hierbij werden vrouwen die online Interapy volgden vergeleken met vrouwen die een bibliotherapie kregen of die op een wachtlijst stonden.

C. De resultaten laten zien dat de eetstoornissymptomen en de frequentie van eetbuien en purgeren meer afnamen na de online behandeling met Interapy dan na bibliotherapie of de wachtlijstconditie. Dit effect tussen groepen was groot ($d = .9$). In het buitenland is veel onderzoek gedaan naar online behandeling als alternatief voor face-to-face behandeling van Boulimia Nervosa (voor een overzicht, zie Aardom, Dingemans, Spinhoven & van Furth, 2013). Hieronder worden de onderzoeken besproken naar het effect van Student Bodies, SALUT BN en Overcoming Bulimia Online. Deze interventies maken net als 99gram; online behandeling gebruik van gedragstherapeutische technieken, en richten zich op de behandeling van symptomen van Boulimia Nervosa. Belangrijkste verschil is dat deze behandelingen niet in het Nederlands beschikbaar zijn en zich richten op (jong) volwassenen (16+).

A. Jacobi, Morris, Beckers, Bronisch-Holtze, Winter, et al., 2007

B. In een gecontroleerd onderzoek onder 100 vrouwelijke studenten werd het effect van Student Bodies ($n = 50$) vergeleken met een wachtlijstgroep ($n = 50$).

C. In vergelijking met de wachtlijstgroep lieten vrouwen die de online behandeling Student Bodies volgden een verhoogd risico lopen op een eetstoornis, significant meer verbetering zien op symptomen van een eetstoornis. De effectgroottes variëren van klein ($d = .01$ voor EDE-Q restraint en EDE-Q body dissatisfaction) tot heel groot ($d = 1.35$ voor EDI-2 drive for thinness)

A. Fernandez-Aranda, Nunez, Martinez, Krug, Cappozzo, et al., 2009.

B. In een gecontroleerd onderzoek onder 62 vrouwen met Boulimia Nervosa werd het effect van Salut-BN vergeleken met een wachtlijstgroep.

C. In vergelijking met de wachtlijstgroep lieten vrouwen die de online behandeling Salut-BN volgden significant meer verbetering zien op eetstoornissymptomen, aantal eetbuien en aantal keer dat werd overgegeven. De effectgroottes variëren van klein ($d = .01$ voor BMI) tot groot ($d = 1.03$ voor BITE symptoms scale).

A. Sanchez-Ortiz, Munro, Stahl, House, Startup, et al., 2011.

B. In een Randomized Controlled Trial onder 76 studenten met Boulimia Nervosa of een eetstoornis Niet Anders Omschreven (NOA) werd het effect van Overcoming Boulimia vergeleken met een wachtlijstgroep.

C. In vergelijking met de wachtlijstgroep lieten vrouwen die de online behandeling Overcoming Boulimia volgden meer verbeteringen zien op eetstoornissymptomen, het aantal eetbuien, affectieve symptomen en kwaliteit van leven. Deze verbetering werd zowel gevonden na drie als na zes maanden.

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

Accare KJP, Centrum voor Eetstoornissen
Fazantenlaan 1
9422 EZ Smilde
Telefoon: 0592-480803
Email: info@99gram.nl

7.2 Websites

8. Aangehaalde literatuur

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P. & Furth, E. F. van (2013). Treating eating disorders over the internet: a systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 539-552.

Allen, K., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 41, 1083 -1096.

Beglin, S.J. & Fairburn, C.G. (1992). Evaluation of a new instrument for the detection of eating disorders in community samples. *Psychiatry Research*, 44, 191-201.

Braet, C. & Bögels, S. (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., et al. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a "working alliance" inventory. *Journal of brief therapy*, 3, 3-12.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509- 529.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., et al. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R.C., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: the longerterm effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). *Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual*. In C. G., Fairburn & G. T., Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361- 404). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in BN and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 5, 509-517.

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

Hay, P. P. J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD000562. DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub3.

Hoek, H. W. & Hoeken, D. van (2002). Epidemiologie. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.). *Handboek eetstoornissen* (pp. 31-38). Utrecht: De Tijdstroom.

Hsu, L. K., Rand, W., Sullivan, S., Liu, D. W., Mulliken, B., McDonagh, B., e.a. (2001). Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa.

Psychological Medicine, 31, 871-879. 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. (Review). *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.

Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J., & Taylor, C. B. (2007). Maintenance of internet-based prevention: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 114-9.

Jansen, A. (1996). *BN effectief behandelen. Een handleiding voor therapeuten (2e druk)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Jansen, A., Elgersma, H., Nederkoorn, C., e.a. (2002). What makes treatment of bulimia nervosa successful? Paper presented at the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Maastricht.

Jansen, A. & Meijboom, A. (1997). Cue exposure voor mensen met eetbuien: meer protocol. *Directieve therapie*, 17, 209-229.

Jansen, A., Elgersma, H., & Mulkens, S. (2008) *Protocollaire behandeling van boulimia nervosa en verwante eetstoornissen*. In: Braet, C. En Bögels, S. (red.) *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Uitgeverij

Boom.

Le Grange, D., & Schmidt, U. (2005). The treatment of adolescents with BN. *Journal of Mental Health*, 14, 587-597.

Lewandowski, L. M., Gebing, T. A., Anthony, J. L., et al. (1997). Meta-analysis of cognitive behavioural treatment studies for bulimia. *Clinical Psychology Review*, 17, 703-718.

Meijboom, A., & Jansen, A. (1998). Struikelblokken bij cue exposure voor mensen met eetbuien. *Directieve therapie*, 18, 378-388.

Perkins, S.J., Murphy, R.M., Schmidt, U.S., Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19, CD004191. DOI: 10.1002/14651858.CD004191.pub.

Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2009). The efficacy of self-help group treatment and therapist-led treatment for binge eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1347-1354.

Ruwaard, J., Lange, A., Broeksteeg, J., Renteria-Agirre, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). Online cognitive-behavioural treatment of bulimic symptoms: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1767
doi: 10.1002/cpp.1767.

Sanchez-Ortiz, V. C., Munro, C., Stahl, D., House, J., Startup, H., Treasure, J., et al. (2011). A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41, 407-417.

Schalken, F. e.a. (2012). *Handboek Online Hulpverlening. Hoe onpersoonlijk contact heel persoonlijk wordt*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.

Son, van, G. E., Hoeken, van, D., Bartelds, A. I. M., Furth, van, E. F., Hoek, H. W. (2006). Time Trends in the Incidence of Eating Disorders; a Primary Care Study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565-569.

Trimbos Instituut (2006). Multidisciplinaire richtlijn GGZ, diagnostiek en behandeling eetstoornissen. Geraadpleegd op 25 juni 2014, via het World Wide Web www.trimbos.nl

Wang, L., Nichols, L., & Austin, S. (2011). The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(8), 756-762.

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

Wilson, G. T., Fairburn, G. C., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for BN. In: Gardner, D.M & Garfinkel, P.E. (red.) *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York: Guilford Press.

Wilson, G. T. & Zandberg, L. J. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*, 32, 343-357.

Vos, R. (2011). 99gram.nl: 100% online behandeling voor jongeren met eetproblemen. Assen: Accare KJP.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

