

Protocollaire behandeling van patiënten met boulimia nervosa

13

Cognitieve gedragstherapie

Johan Vanderlinden, Guido Pieters, Michel Probst en Jan Norré

Inleiding

Boulimia nervosa (BN) bestaat uit een verlies van controle over het eetgedrag, dat uitmondt in eetbuien en een gestoord eetgedrag. Deze eetbuien worden gevolgd door zelf uitgelokt braken, misbruik van laxeer- en/of plaspillen, en/of vasten of bewegen uit angst om dikker te worden. Centraal staat de angst voor controleverlies over het eetgedrag en de angst dat het lichaamsgewicht zal toenemen. De patiënte (boulimiepatiënten zijn vrijwel altijd vrouwen) is zich heel erg bewust van het abnormale karakter van het eetgedrag en vaak worden de eetbuien gevolgd door schuld- en schaamtegevoelens. Daarbij wordt de zelfbeleving en zelfevaluatie haast uitsluitend bepaald door de gestoorde lichaamsbeleving en het gewicht. Gewoonlijk valt het lichaamsgewicht bij boulimiepatiënten binnen de normale grenzen. Desondanks is er een ziekelijk bezig zijn met lichaamsvorm en gewicht. Boulimiepatiënten hebben in die zin ook een onjuiste lichaamsperceptie en een negatieve lichaamsbeleving. Zij voelen zich te dik en controleren hun gewicht vaak, bijvoorbeeld voor en na de maaltijden of na het braken of laxeren. Zo ontstaat een zichzelf in stand houdende, vicieuze cirkel van diëten – eetaanvallen – compenseren.

In de psychiatrische diagnostiek (DSM-IV; APA, 1994) maakt men onderscheid tussen twee typen van BN: het purgerende type en het niet-purgerende type. Alleen het purgerende type gaat na een eetbui over tot braken, laxeren en/of plaspillen slikken. Recent onderzoek (van Hoeken, Veling, Sinke, Mitchell & Hoek, 2009) toont echter dat er weinig evidentie bestaat voor de validiteit van het niet-purgerende BN-type. Daarom is momenteel ter discussie om in de volgende DSM-V-editie, het niet-purgerende type te classificeren bij de eetbuistoornis. Het hier beschreven behandelprotocol is te gebruiken voor beide typen BN.

Onderzoeksbevindingen

De behandeling van BN is de voorbije 25 jaar goed onderzocht, zodat een op onderzoek gebaseerde (evidence-based) behandeling mogelijk is geworden. Uit circa 58 gerandomiseerde gecontroleerde studies komen drie robuuste (1 tot en met 3) en zeven minder sterke (4 tot en met 10) bevindingen naar voren (Fairburn & Harrison, 2003; Keel & Brown, 2010; Shapiro et al., 2007; Steinhausen & Weber, 2009; Treasure, Claudino & Zucker, 2010). De bevindingen zijn als volgt:

1. In alle bestaande internationale richtlijnen voor behandeling van BN (zie CBO, 2006) wordt cognitieve gedragstherapie (CGT) die zich richt op het veranderen van specifiek gedrag en gedachten die de eetstoornis onderhouden, als eerstekeuzebehandeling beschouwd. Deze behandeling bestaat meestal uit twintig individuele sessies gespreid over vijf maanden. De behandeling leidt op korte termijn bij 30 tot 40 procent van de patiënten tot een volledige en blijvende verbetering. Een nieuwere behandeling, *cgt-enhanced* (CGT-E),

waarin tevens gefocust wordt op interpersoonlijke problemen, het moeilijk verdragen van emoties, perfectionisme en zelfvertrouwen, leidde niet tot betere behandelingsresultaten (Fairburn et al., 2009).

2. In tegenstelling tot onderzoeksbevindingen bij patiënten met anorexia nervosa, zijn de remissiecijfers het laagst (ongeveer 27 à 28 procent) bij een korte follow-upperiode, maar nemen sterk toe naarmate de duur van de follow-upperiode langer wordt (tot 70 procent bij een follow-upmeting van tien jaar).
3. Antidepressiva, en met name fluoxetine, bezitten een antiboulimisch effect. Ze geven een snelle verbetering van de eetbuien en een verbetering van de stemming op korte termijn. Een meta-analyse (6 studies en 901 patiënten) toont dat de remissiecijfers lager zijn dan 20 procent, vergelijkbaar met placebobehandeling (Bacaltchuk & Hay, 2003).
4. Ondanks het feit dat heel wat studies plaatsvonden naar prognostische factoren van behandelresultaat, zijn tot op heden geen éénduidige voorspellers van behelssucces of mislukking gevonden wegens methodologische tekortkomingen en tegenstrijdige onderzoeksresultaten (Steinhausen & Weber, 2009).
5. De combinatie van CGT met antidepressiva geeft weinig meerwaarde in vergelijking met behandeling met CGT alleen.
6. Interpersoonlijke therapie bij BN zou volgens twee onderzoeken (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000; Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993) even effectief zijn als CGT, maar daarbij meer tijd in beslag nemen.
7. Nieuwere behandelingen werden recent geïntroduceerd zoals dialectische gedragstherapie die zich richt op het aanleren van een betere emotieregulatie, aangevuld met gezinstherapeutische interventies. De eerste behandelingsresultaten zijn aanmoedigend (Treasure et al., 2010).
8. Een systematisch overzicht suggereert dat zelfhulpbehandelingen geïnspireerd op empirisch gevalideerde behandelingen en ondersteund door een hulpverlener, bekend als *guided self-help* nuttig kunnen zijn voor de behandeling van BN (Perkins, Murphy, Schmidt & Williams, 2006). De literatuur geeft jammer genoeg geen criteria welke patiënten baat kunnen hebben bij zelfhulp.
9. CGT die aangeboden wordt via het internet onder begeleiding van een therapeut lijkt veelbelovend te zijn, maar vooral bij patiënten zonder ernstige klachten (Ruwaard & Lange, 2010).
10. Voor patiënten die niet verbeteren met CGT is geen evidence-based tweede stap in de behandeling bekend. Er wordt gesuggereerd te starten met een antidepressivumbehandeling.

Hoewel CGT dus als een wetenschappelijk onderbouwde eerstekeuzetherapie naar voren komt, blijken weinig patiënten dergelijke therapie in de praktijk aangeboden te krijgen. De behandeling die hier beschreven wordt is in aansluiting bij de richtlijnen sterk cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerd en richt zich met name op onderhoudende factoren. De hier beschreven behandeling bevat elementen die ook in andere CGT-behandelingen beschreven staan (Dalle Grave, 2003; Fairburn, 2008; Jansen, 2008; Schmidt & Treasure, 1997; Spaans, 1999; Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1989; Vanderlinden, 2008a).

Assessment

Er bestaat een heel uitgebreid aanbod van gespecialiseerde eetstoornisvragenlijsten en semigestructureerde interviews. We maken een selectie met een voorkeur voor instrumen-

ten die psychometrisch stevig onderbouwd zijn en in België en Nederland frequent gebruikt worden.

De *eating disorder examination* (EDE; Fairburn & Cooper, 1993; Nederlandse bewerking: Jansen, 2000) is een semigestructureerd interview dat momenteel als de gouden standaard kan worden beschouwd. De EDE richt zich op algemene eetstoornissensymptomatologie. Daarnaast bestaat er een reeks op de DSM-IV gebaseerde semigestructureerde interviews van onderlinge vergelijkbare kwaliteit.

Naast deze interviews, wordt frequent gebruikgemaakt van vragenlijsten. Een lijst die veel populariteit geniet in de internationale literatuur is de *eating disorder inventory* (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983; Nederlandse bewerking met eigen normgegevens: van Strien, 2002). De EDI meet allerlei psychologische en gedragskenmerken waarvan men aanneemt dat ze samenhangen met anorexia nervosa en/of BN. Het *eating disorder evaluation interview* (Fairburn & Cooper, 1993) bestaat tevens in vragenlijstvorm: de EDE-Q 6.0 (Fairburn & Beglin, 1994; Nederlandse bewerking: van Furth, 2000) die dezelfde vragen bevat als het interview. Een andere in ons taalgebied gebruikte vragenlijst is de *eating disorder evaluation scale* (EDES; Vandereycken, 1993, zie bijlage 13.1). De EDES is een zelfrapportagevragenlijst die ook goed gebruikt kan worden als gestructureerd interview. Met de EDES kunnen zowel de specifieke symptomen als de bredere psychosociale aspecten van eetstoornissen vastgesteld worden. De lijst heeft een goede betrouwbaarheid. Geschikt om de lichaamsbeleving te beoordelen is de *lichaamsattitudevragenlijst* (LAV; Probst, van Coppenolle & Vandereycken, 1997; zie bijlage 13.2). De LAV bestaat uit twintig items en meet de subjectieve beleving en de houding van de respondent ten opzichte van het eigen lichaam. De LAV meet vier factoren: negatieve waardering lichaamsomvang, gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam, ontevredenheid met het lichaam en een restfactor. De maximale score is 100 en hoe hoger de score, hoe verstoorder de lichaamsbeleving. Het afkappunt waarop de grens ligt tussen mensen met eetstoornis en zonder eetstoornis is 36 (Probst et al., 1997). Voor het vaststellen van meerdere typen eetgedrag bij obese mensen is de *Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag* ontwikkeld (van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986). Deze lijst kan ook bij patiënten met BN gebruikt worden en is een betrouwbaar en valide instrument.

Naast het vaststellen van de ernst van de eetstoornis, is ook een medische screening nodig voor aanvang van een ambulante behandeling om eventuele medische complicaties uit te sluiten. Hiervoor kan de patiënte naar een (huis)arts doorverwezen worden. De medische verwickelingen bij BN zijn meestal beperkt, behalve wanneer BN gepaard gaat met frequent braken, laxeren en misbruik van diuretica ('plaspillen') waardoor gevaarlijke elektrolytenstoornissen kunnen optreden zoals hypokaliëmie (laag kaliumgehalte) wat stoornissen in de hartfrequentie kan veroorzaken. Naast lengte en gewicht dient de arts minimaal de volgende aspecten en parameters te evalueren:

1. medische geschiedenis van gastro-intestinale problemen, pijn op de borst en hartkloppingen, bewustzijnsverlies en epileptische verschijnselen, spierkrampen (die op magnesiumtekort kunnen wijzen), gynaecologische problemen;
2. basale laboratoriumonderzoeken met bloedformule, elektrolyten, lever- en nierfunctietesten en aandacht voor endocrinologische stoornissen.

Bij langdurige eetproblemen is controle van ferritinespiegel en vitamine B12-tekort verstandig, mogelijk is ook een electrocardiogram gewenst om hartritmestoornissen te evalueren. Ten slotte is het nodig om aandacht te besteden aan het gebit vanwege tanderosie ten gevolge van frequent braken. Frequent braken kan ook zwelling van de speekselklieren veroorzaken. In de checklist in bijlage 13.3 staan elf factoren vermeld die afzonderlijk beoordeeld kunnen worden bij het nemen van de beslissing of een ambulante behandeling al dan niet is aange-

wezen. Bij het nemen van een beslissing voor al dan niet starten van een ambulante behandeling moet de therapeut de verschillende criteria globaal beoordelen. Indien meerdere factoren hoog scoren (méér dan vijf), dan moet een dag- of residentiële behandeling overwogen worden.

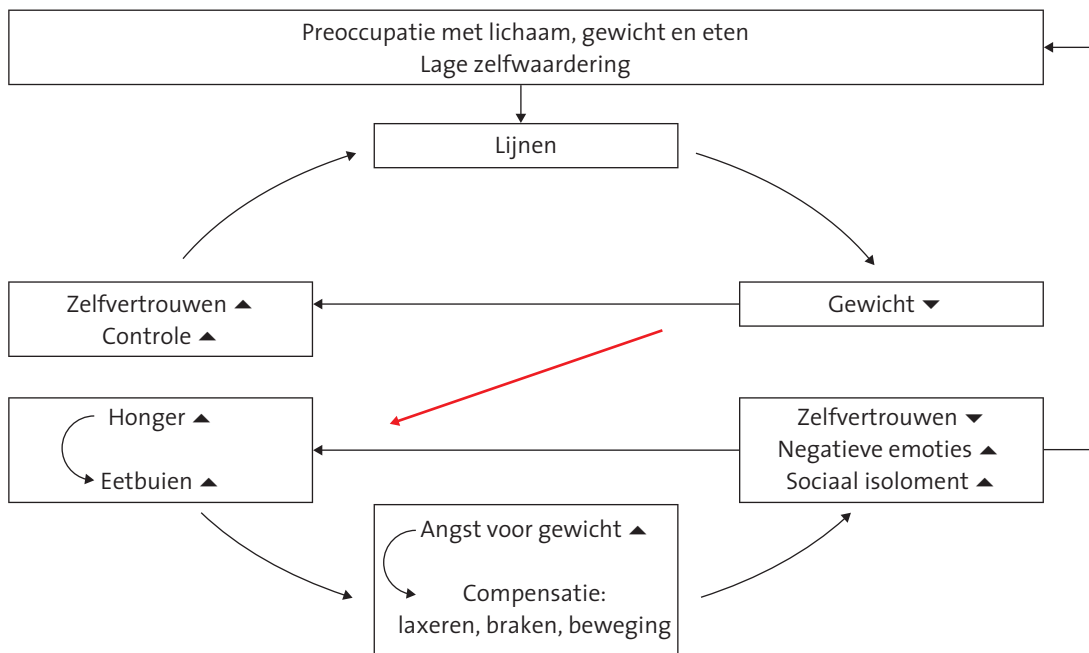
Behandelprotocol

Inleiding

Tot op heden werden verschillende verklaringsmodellen van BN naar voor gebracht. Algemeen wordt aangenomen dat BN een complex probleem is dat door verschillende factoren wordt veroorzaakt. Zo zijn er zowel biologische, psychologische als socioculturele modellen voor het ontstaan van de BN. In de behandeling in dit hoofdstuk wordt niet ingegaan op mogelijke oorzaken van de BN. De behandeling richt zich voornamelijk op de direct uitlokkende factoren van de eetbuien in het hier en nu en op factoren die de eetstoornis in stand houden. Aan BN ten grondslag ligt een zeer sterke preoccupatie met lichaam, gewicht en eten in combinatie met een lage zelfwaardering en een perfectionistisch ingestelde houding. Aanvankelijk resulteert dit bij veel jonge vrouwen in extreem lijnen. Veel patiënten gaan zich bij het lijnen eerst beter voelen door het gewichtsverlies. Het zelfvertrouwen neemt toe. Hierdoor wordt het lijnen vaak nog versterkt ingezet. Een subgroep van de patiënten houdt dit lijnen lange tijd vol en ontwikkelt eerst een anorexia nervosa. Veel patiënten verwerven door het lijnen het gevoel hun leven ‘onder controle’ te hebben. Maar na enige tijd resulteert het extreem lijnen in sterke hongergevoelens die bij een deel van de patiënten oncontroleerbaar worden en eetbuien uitlokken. Na de eetbuien ontstaat de angst dat het gewicht is toegenomen en gaat men compenseren via braken, laxeren of lichaamsbeweging. Hierna voelt men zich schuldig en vies en gaat het zelfvertrouwen nog meer dalen. De zorgen over uiterlijk en gewicht nemen verder toe en op den duur wordt het zelfvertrouwen volledig bepaald door het gewicht op de weegschaal. Hierdoor gaan al deze kenmerken elkaar verder versterken: meer lijnen leidt tot meer eetbuien met als gevolg nog minder zelfvertrouwen, een toename van allerlei negatief gekleurde emoties en een verdere toename van de preoccupatie met gewicht, uiterlijk en voedsel, en zeer vaak ook een sociaal isolement en relationele problemen. Er ontstaat een spiraal van steeds meer sombere en negatieve gedachten over zichzelf in combinatie met allerlei negatieve emoties, die op hun beurt de eetbuien uitlokken. Figuur 13.2 geeft een overzicht van deze zichzelf versterkende patronen.

De hoofddoelstellingen van de behandeling richten zich op het doorbreken van deze zichzelf versterkende mechanismen:

1. het geleidelijk herwinnen van de verloren controle over het eetgedrag en opbouwen van een gezond eetpatroon;
2. stimuleren van een positieve lichaamsbeleving en toename van zelfvertrouwen en eigenwaarde;
3. verbeteren van sociale contacten, met bijzondere aandacht voor de wijze waarop de patiënte zich opstelt tegenover de anderen (de anderen ter wille zijn, het voortdurend inlossen van de verwachtingen van anderen).



Figuur 13.2 Zichzelf versterkende mechanismen in de ontwikkeling van BN

De protocollaire behandeling bestaat uit 24 sessies. In de eerste fase van de behandeling (tien tot twaalf sessies) zijn de interventies gericht op het doorbreken van de zichzelf versterkende processen (zie figuur 13.2), herwinnen van de controle over het eetgedrag en normaliseren van het eetgedrag. Onderzoeksgegevens accentueren het belang van deze eerste fase om een goede genezing te bereiken. In de tweede fase (acht tot twaalf sessies) wordt gefocust op overige factoren die de eetstoornis in stand houden. Deze worden als afzonderlijke modules aangeboden. Bijlage 13.4 biedt een overzicht van de totale behandeling.

Standaard worden de volgende vier modules aangeboden, die elk twee à vier sessies in beslag nemen:

1. functioneel zelfevaluatiesysteem installeren;
2. positieve lichaamsbeleving bevorderen;
3. zelfvertrouwen vergroten;
4. terugvalpreventie.

In de eerste fase van de behandeling verdient het de voorkeur twee sessies per week te plannen. Het is belangrijk dat er op korte termijn een positieve verandering optreedt in het problematische eetgedrag. Pas als er een duidelijke vooruitgang is in het eetgedrag kan overgeschakeld worden naar wekelijkse sessies.

De praktische inhoudelijke invulling van de verschillende sessies is gebaseerd op het boek *Boulimie en eetbuien overwinnen in 10 stappen* (Vanderlinden, 2008a). Het boek kan een extra aanvulling bieden op de hier beschreven protocollaire behandeling.

Sessie 1

Rationale van de behandeling uitleggen

Geef uitleg over de rationale van de behandeling (zie hiervoor) en probeer het verhaal van de patiënte te vertalen naar het schema in figuur 13.2.

Psycho-educatie

Het is belangrijk de patiënte te overtuigen van de ernst van het BN-probleem en haar te informeren over de uitgangspunten van de behandeling. Dit kan door:

1. informatie te geven over de psychische en lichamelijke gevolgen van BN zoals de elektrolytenstoornissen door het frequente purgeren;
2. erop te wijzen dat de behandeling meer kans van slagen heeft wanneer de patiënte bereid is de therapie prioriteit te geven in haar leven en dat actief meewerken (onder andere huiswerkopdrachten) absoluut noodzakelijk is;
3. erop te wijzen dat het meteen stoppen van de eetbuien niet het uitgangspunt is, maar het verwerven van een normaal eetpatroon;
4. aan te kondigen dat er regelmatig (om de twee/drie maanden) een evaluatie zal plaatsvinden van het behandelingsresultaat en dat de behandeling gestopt wordt indien er geen vooruitgang is na twaalf sessies.

Motivatie verkennen

Benadruk het belang van de motivatie om tot een goed resultaat te komen. Boulimiepatiënten staan vaak erg ambivalent tegenover verandering. De eetbuien en het braken hebben bovendien allerlei consequenties die mogelijk bijdragen aan het in stand houden van de klacht. Vraag de patiënte hierover na te denken. Wat zijn de positieve consequenties van de boulimie op korte termijn en op langere termijn? Kan de patiënte zich een leven zonder boulimie voorstellen? Vraag tevens naar de voor- en nadelen van het stoppen met de eetbuien op verschillende niveaus (algemene kwaliteit van leven, gevoelsleven, lichamelijk functioneren, zelfvertrouwen, relaties, financiële situatie).

Huiswerk

1. Informatie inwinnen over de kenmerken van BN en over de lichamelijke gevolgen en risico's (bijvoorbeeld via internet of literatuur, bijvoorbeeld Vanderlinden, 2008a). Vraag patiënte om de kenmerken van haar BN en de vastgestelde lichamelijke klachten op te schrijven.
2. Tekst van bijlage 13.5 lezen en opdrachten uitvoeren.

Sessie 2

Huiswerkbespreking

Evalueer de huiswerkopdrachten. Aan de hand van deze bespreking kan de patiënte meer inzicht krijgen in en zich bewuster worden van haar eetproblemen en de eventueel hierdoor veroorzaakte lichamelijke klachten.

Motivatie evalueren en motivatieplan opstellen

Ga vervolgens in op de motivatie voor verandering van het eetgedrag. De in het kader hierna opgenomen, vaak genoemde voor- en nadelen van het stoppen met eetbuien kunnen behulpzaam zijn bij het bespreken van de motivatie.

Voor- en nadelen van het stoppen met eetbuien

Voordelen:

Als ik stop met eetbuien en weer normaal ga eten:

- ga ik me weer fitter voelen;
- zal mijn zelfrespect toenemen;
- zal mijn stemming verbeteren;

- ▶ hoef ik minder obsessieel aan eten te denken;
- ▶ kan ik de relaties in het gezin en daarbuiten verbeteren;
- ▶ krijg ik meer kracht en kan ik me beter concentreren;
- ▶ kan ik meer geld sparen voor leuke dingen.

Nadelen:

- ▶ Ik verlies mijn belangrijkste vriendin die me steeds helpt en troost.
- ▶ Door te eten word ik rustiger en denk ik even nergens aan.
- ▶ Het eten verdooft mijn gevoelens van angst en verdriet.

Het is belangrijk dat duidelijk wordt dat de voordelen van het stoppen met eetbuien de nadelen overtreffen. De patiënte trachten te overtuigen heeft weinig zin. Neem in de plaats daarvan een judoachtige houding aan waarin de patiënte op vriendelijke maar duidelijke wijze in de positie gemanoeuvreerd wordt de therapeut te overtuigen dat ze wel degelijk voldoende tot verandering van het eetgedrag gemotiveerd is. Versterk vervolgens de (overtuigende) antwoorden die wijzen op de aanwezigheid van deze motivatie door die antwoorden te herhalen en te benadrukken. Geef tevens uitleg over de verschillende fasen in het motivatieproces (zie Prochaska & DiClemente, 1992; Spaans & Bloks, 2002) en bespreek met de patiënte in welke fase zij zich nu bevindt (precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie, handhaving, terugval). In de precontemplatiefase hebben patiënten nog geen interesse voor verandering en ontkennen zij de problematiek. In de contemplatiefase zijn zij bereid hun eetprobleem te onderzoeken, maar staan zij nog erg ambivalent tegenover verandering. Pas tijdens de preparatiefase willen patiënten werken aan verandering en zoeken zij hulp hierbij. Maar ze weten nog onvoldoende wat ze moeten doen. In de actiefase werken ze actief aan allerlei veranderingen die vervolgens in de handhavingfase worden geconsolideerd. Aan de hand van al deze informatie wordt een motivatieplan opgesteld waarin de voornaamste argumenten waarom men wil stoppen met eetbuien worden samengevat. Een motivatieplan kan er als volgt uitzien:

Voorbeeld

Ik ben bereid me vanaf vandaag met al mijn mogelijkheden in te zetten voor het oplossen van mijn boulimieprobleem. Ik ben me bewust van alle voordelen van het stoppen met de eetbuien en van de nadelen wanneer ik ermee doorga. Hierna volgt de lijst van voor- en nadelen:

(...)

Ik zal deze lijst dagelijks verschillende keren nalezen. ■

Registratieopdracht (eetdagboek en BETCH) introduceren

Introduceer het eetdagboek (zie bijlage 13.6) en leg de bedoeling uit. Onderstreep het belang van het dagelijks nauwkeurig noteren van het eetpatroon en begeleidende gevoelens en gedachten. Ook het voorkomen van braken en/of laxeren wordt genoteerd. Wanneer de patiënte niet bereid is het dagboek in te vullen, wordt de voortgang van de behandeling ter discussie gesteld. Leg uit dat patiënten regelmatig een schaamtegevoel over hun eetbuien hebben en de confronterende registratie van het eten liever uit de weg gaan. Zeg dat deze confrontaties voor de behandeling echter noodzakelijk zijn. Het is een belangrijke opstap tot verandering. Geef registratievellen mee zodat alle situaties waarin iets gegeten wordt genoteerd kunnen worden. Geef bovendien ook enkele exemplaren mee van de *binge eating trigger checklist* (BETCH; Vanderlinden et al., 2002; zie bijlage 13.7) met de vraag de vragenlijst na elke eetbui nauwgezet in te vullen. De BETCH-vragenlijst geeft – samen met het eetdagboek – een goed inzicht in de uitlokkers van de eetbuien.

Behandelingscontract voorstellen

Geef tot slot een behandelingscontract ter informatie mee. Vraag het contract aandachtig en kritisch door te lezen en eventuele opmerkingen op te schrijven. Het contract beschrijft onder meer de volgende onderwerpen: informatie over het doel van de overeenkomst, personalia van de patiënte, algemene regels over het bijwonen van de sessies, een beschrijving van de algemene behandelingsprincipes en een samenvatting van het therapieprotocol, afspraken omtrent het gewicht en bij wie de behandelverantwoordelijkheid rust.

Huiswerk

1. Motivatieplan verder uitwerken door de huiswerkopdracht in bijlage 13.5 te maken.
2. Eetdagboek en BETCH invullen (zie bijlage 13.6 en 13.7).
3. Behandelingscontract kritisch nalezen en eventuele opmerkingen noteren.

Sessie 3

Benodigheden

Vanaf deze sessie is een goede weegschaal en grafiekpapier om het gewicht te noteren nodig.

Motivatieplan en huiswerk evalueren

Bekijk gezamenlijk het motivatieplan. Herneem opnieuw de judoachtige houding, dat wil zeggen: nodig de patiënte uit u te overtuigen dat ze gemotiveerd is voor verandering in het eetgedrag en ga daarmee door totdat u overtuigd bent. Vraag daarbij bovendien of zij denkt dat deze motivatie belangrijk is voor het bereiken van verandering. Nodig patiënte uit regelmatig haar motivatieplan te lezen.

Wegen, BMI berekenen, afspraken omtrent gewicht en weegschaal

Spreek met de patiënte af dat het gewicht bij aanvang van elke sessie gecontroleerd wordt. De patiënte weegt zich met kledij aan (zonder schoeisel). Bereken de *body mass index* (BMI) en noteer het gewicht in een gewichtsdiagram. De BMI berekent men door het gewicht te delen door de lengte in het kwadraat. Bij een normaal gewicht schommelt de BMI tussen de 20 en de 25. Bij een BMI tussen 19 en 25 dienen geen extra maatregelen genomen te worden. Zodra de eetbuien verminderen, slagen boulimiapatiënten er meestal wonderwel in hun gewicht stabiel te houden binnen de afgesproken marges. Maak vervolgens en indien nodig afspraken over de frequentie van het wegen thuis. Vraag aan patiënte zelf een afbouwschema van het wegen op te stellen en streef ernaar dat slechts één keer per week op een vaste dag en tijdstip gewogen gaat worden.

Eetdagboek en BETCH evalueren

Wanneer de patiënte het eetdagboek niet heeft ingevuld, bespreek dit dan onmiddellijk. Het eetdagboek is onontbeerlijk in deze aanvangsfase van de behandeling. Indien het dagboek niet wordt ingevuld kan de behandeling moeilijk voortgang hebben. Naast een gebrekkige motivatie, kan het niet-invullen van het dagboek een gevolg zijn van schaamte- en schuldgevoelens. Blijf de patiënte motiveren het dagboek zorgvuldig in te vullen. Wanneer het eetdagboek wél is ingevuld, complimenteer de patiënte dan en doorloop het dagboek, aanvankelijk vooral voor het globale eetpatroon. Wanneer eet de patiënte, waar, hoeveel, wanneer vinden de eetbuien plaats, gaat patiënte nadien braken en/of laxeren? Onderstreep nogmaals het nut van het eetdagboek: het geeft informatie over het eetpatroon, de eetbuien en de verschillende soorten uitlokkers van eetbuien (bijvoorbeeld negatieve emoties en gedachten, sterke hongergevoelens ten gevolge van diëten, confrontatie met eetbuivoedsel,

confrontatie met het lichaam enzovoort). In deze fase van de therapie wordt echter vooral gepoogd het eetpatroon te normaliseren. De volgende sessies (tot sessie 12) wordt er steeds ruime tijd uitgetrokken voor het bespreken van het eetdagboek. Vraag ook naar de ingevulde BETCH-vragenlijst(en) die patiënte ingevuld heeft na het hebben van een eetbui. De therapeut geeft aan deze BETCH-vragenlijst(en) gedetailleerd te bestuderen tussen de sessies om op deze wijze meer inzicht te krijgen in de uitlokkers van de eetbuien.

Regelmatig eetpatroon introduceren

Leg uit dat een eerste stap in de aanpak van het eetprobleem bestaat uit het normaliseren van het eetpatroon. Regelmatig reageren patiënten ontgoocheld op dit voorstel, zij willen immers zo snel mogelijk stoppen met de eetbuien en zijn bang om weer regelmatig te gaan eten omdat ze vrezen dat dit zou leiden tot gewichtstoename. Het is daarom belangrijk deze stap goed toe te lichten. Wijs op de gevaren van diëten (zie bijlage 13.8) en overtuig de patiënte ervan te stoppen met diëten en met het overslaan van maaltijden. De patiënte moet weer op een gewone, normale wijze leren eten. Vraag vervolgens aan de patiënte om een lijst te maken van voedingswaren die patiënte eventueel toch nog zou kunnen eten. Aan de hand hiervan kan patiënte zelf een menu opstellen. Raad aan te beginnen met het ontbijt. Het normaliseren van het eetpatroon wordt in geleidelijke stappen uitgevoerd als dat nodig is.

Voorbeeld

Katrien maakt een lijstje van de voedingswaren waarmee ze wil starten: beschuit, magere yoghurt, een beetje jam, fruit (appel, peer), geroosterd bruin brood, magere kwark, cornflakes met magere melk. Ze neemt zich voor aan de hand van dit lijstje een eerste ontbijt te plannen. Ze kiest voor twee beschuitjes met jam. Daarna zal ze nog een appel eten. Ze nodigt een vriendin uit om samen te eten om de kans op overeten of braken te voorkomen. Tijdens haar 'eerste' ontbijt is Katrien uitermate gespannen en voelt ze zich vooral na de maaltijd zeer schuldig. De aanwezigheid van haar vriendin, die op de hoogte is van het probleem van Katrien, is een enorme steun. Zij moedigt haar aan, praat met haar en blijft na het ontbijt nog een uur bij Katrien. Ook de volgende maaltijden worden op dezelfde wijze vooraf besproken en gepland. ■

De therapeut kan de volgende tips, die behulpzaam kunnen zijn bij het doen slagen van een gewone maaltijd, aan de patiënte meegeven.

- Probeer de situatie zo aantrekkelijk mogelijk te maken.
- Nodig een vertrouwenspersoon uit, een goede vriendin, die weet heeft van uw probleem.
- Dek de tafel mooi, zet een kaarsje neer, zet uw lievelingsmuziek op.
- Neem u voor uitsluitend aan tafel te eten.
- Breng wat verandering aan in uw keuken of de plek waar u normaal eet. U kunt de tafel op een andere plaats zetten of andere meubels wat verschuiven.
- Probeer langzaam te eten en leg mes en vork neer tussen elke hap.
- Beschrijf voordat u begint te eten wat u ziet en wat u ruikt.
- Stel het braken (en dus naar het toilet gaan) na de maaltijd zolang mogelijk uit.
- Zorg dat u na de maaltijd in aanwezigheid blijft van uw vertrouwenspersoon.
- Besluit eventueel ook tot een gezamenlijke activiteit die de aandacht afleidt, bijvoorbeeld kaarten of een ander gezelschapsspel.



Naast de drie maaltijden op vaste tijdstippen, is het ook verstandig om drie snacks in het menu op te nemen, steeds tussen de maaltijden. De eerste snack kan bijvoorbeeld gepland worden om 10.30 uur, de tweede snack om 15.00 uur en de laatste snack om 21.00 uur.

Voorbeelden van snacks zijn: een appel, yoghurt, een eiwitrijke drank, een mueslikoek, een wafel, koekjes bij de koffie. De bedoeling is dat patiënte weer op vaste tijdstippen leert eten, waardoor de eetbuien veelal spontaan verminderen.

Stoppen met braken, laxeren en diuretica

Vraag uitdrukkelijk het braken en laxeren stop te zetten. Bespreek de nadelen en nutteloosheid van dit compensatiegedrag uitvoerig. Maak duidelijk dat het laxeren en braken alleen resulteren in een toename van eetbuien en op termijn in een toename van gewicht. Stel daarom voor het *laxeren* zo snel mogelijk te stoppen, ook de zogenoemde onschadelijke natuurlijke producten want ze hebben psychologisch dezelfde betekenis. Vraag aan de patiënte om zelf een afbouwschema op te stellen, eventueel in overleg met de huisarts. Het stoppen van laxeremiddelen of plaspillen kan tijdelijk leiden tot vochtophoping (oedeem), meestal ter hoogte van de voeten en benen met een tijdelijke gewichtsstijging tot gevolg. Zorg voor de nodige medische begeleiding. Indien de patiënte niet wil stoppen met haar laxerpillen, stel dan het voortzetten van de behandeling ter discussie. Zeg bijvoorbeeld: *‘Vanuit uw positie is het volkomen begrijpelijk dat u niet bereid bent om met de laxerpillen te stoppen. U bent van het effect van deze pillen overtuigd en u wilt niets liever dan uw eetprobleem onder controle krijgen. Maar deze behandeling wil u juist controle bieden. De behandeling wil u alle handvatten bieden om uw eetgedrag te normaliseren. Maar dat gaat niet lukken als u er niet aan toe bent om met de laxeremiddelen te stoppen. In dat geval kunnen we de behandeling misschien niet voortzetten, omdat u er nog niet voldoende aan toe bent. Ik stel voor dat u hier thuis eens goed over nadent.’*

Het stoppen met *braken* is vaak nog moeilijker. Vraag patiënte de tijd tussen het einde van de eetbui en het braken geleidelijk uit te breiden. Door het progressief in de tijd uitstellen van het braken (aanvankelijk tien minuten en zo geleidelijk langer tot twee uur na de maaltijd) wordt de koppeling tussen eetbui en braken doorbroken. Patiënten die ook spontaan braken na elke gewone maaltijd moeten prioriteit geven aan het zo spoedig stoppen met braken na de gewone maaltijd. Hier geldt dezelfde aanpak ten aanzien van de bereidheid van de patiënte om het braken af te bouwen. Benadruk dat een geleidelijk schema aangehouden wordt, maar dat het voor de behandeling nodig is dat de patiënte bereid is de eerste stap in dit schema te zetten.

Huiswerk

1. Eetdagboek en BETCH invullen (zie bijlage 13.6 en 13.7).
2. Nadenken over en opstellen van een lijst van mogelijke uitlokkers en risicosituaties voor eetbuien.
3. Lezen over gevaren van diëten (zie bijlage 13.8).
4. De noodzaak om te stoppen met compensatiemaatregelen, en de motivatie om te stoppen met diëten en het overslaan van maaltijden opschrijven.

Sessie 4

Wegen en gewicht noteren

Bij aanvang van de sessie weegt de patiënte zich. Noteer het gewicht in een gewichtsdigram.

Eetdagboek bespreken en verboden voedsel introduceren

Bespreek het dagboek van patiënte en richt de aandacht op het eetpatroon. Is ze erin geslaagd drie keer per dag op vaste tijdstippen te eten? Heeft ze ook tussendoortjes gegeten? Hou er rekening mee dat het normaliseren van het gewone eetpatroon verscheidene weken

tot maanden in beslag kan nemen. Moedig het eten van normale porties op vaste tijdstippen aan en stuur bij, indien nodig. Vraag de patiënte een lijst te maken van haar 'verboden voedsel' en stap voor stap het 'verboden voedsel' in te schakelen in het menu. Verboden voedsel betreft al het soort voedsel dat door patiënte vermeden wordt uit angst dik te worden. Dit is een moeilijke opdracht, die het best voorgesteld kan worden als een soort experiment: *'Probeer dit eens uit en zie het als een voorlopig experiment.'* Moedig de patiënte verder aan om geleidelijk grotere porties te eten. Deze opdracht zal vrijwel elke sessie moeten worden herhaald.

Opgestelde afbouwschema's evalueren

Stel bij een normaal gewicht voor om het wegen volledig te stoppen. Laxeer- en plaspillen kunnen in enkele weken afgebouwd worden. Waarschuw voor de mogelijkheid van tijdelijk oedeem. Indien dit problematisch is, schakel de huisarts in. Wat braken betreft, vraag de tijd tussen eetbui en braken geleidelijk langer te maken.

Zichzelf belonen introduceren

Het is behulpzaam om zichzelf bij vooruitgang te belonen. Boulimiepatiënten hebben het hier vaak moeilijk mee. Zij vinden het moeilijk om zichzelf iets te gunnen. Beloningen kunnen zijn: een nieuw kledingstuk aanschaffen, een boek of een cd kopen, een bioscoop bezoeken, een bezoek aan een schoonheidssalon, aan een sauna, gaan schaatsen, meer tijd doorbrengen met een vriendin. Nodig de patiënte uit hierover na te denken en mogelijke beloningen te noteren in een lijstje.

Uitlokkers en risicosituaties van eetbuien in kaart brengen

Ga verder in op de moeilijke momenten van de afgelopen week en analyseer de risicosituaties. Veel patiënten hebben minder eetbuien wanneer het gewone eetpatroon zich herstelt. Analyseer het eetdagboek en kijk naar de hoeveelheid eetbuien, braken of laxeren. Deel tevens de resultaten van de BETCH-vragenlijst mee. Bijvoorbeeld: *'Uit de analyse van de BETCH en het eetdagboek blijkt dat het vooral situaties zijn waarin u geconfronteerd wordt met negatieve emoties zoals u alleen voelen, onbemind, droevig of minderwaardig voelen, die eetbuien uitlokken in combinatie met het uitstellen van de maaltijden.'*

Het verwerven van inzicht in de uitlokkers van de eetbuien helpt patiënten om wat meer controle te krijgen over de eetbuien zonder dat hierover al afspraken zijn gemaakt. Nodig de patiënte tevens uit stil te staan bij de functie van de eetbuien in haar leven: is het een slechte gewoonte geworden om de confrontatie met bepaalde gevoelens of gedachten over zichzelf uit de weg te gaan? Is het een soort verdoving om confrontatie met nare emoties of een innerlijke leegte en verving te vermijden? Via deze bespreking kunnen patiënten zich ervan bewust worden dat de eetbuien ook iets positiefs tot gevolg hebben: zij zorgen voor rust, afleiding, verdoving, plezier.

Alternatieven voor eetbuien zoeken

Het in kaart brengen van uitlokkers en risicosituaties motiveert veel patiënten te zoeken naar alternatieven voor de eetbuien. Stel dit nu aan de orde: *'Wat had u kunnen doen om uw negatieve gedachten of gevoelens te stoppen of uzelf te ontspannen in plaats van toe te geven aan een eetbui?'* Opnieuw wordt de boodschap gegeven dat het niet slim is te stoppen met de eetbuien vooraleer de patiënte alternatieven heeft gekozen voor de eetbuien. De eetbuien zorgen immers ook voor afleiding, rust, ontspanning. Geef vervolgens voorbeelden van alternatieven voor de eetbuien:

- *Doen (gedragsstrategieën)*. Kies voor activiteiten die moeilijk of niet te combineren zijn met het hebben van eetbuien zoals: iemand opbellen, gaan wandelen, joggen, fietsen, weggaan van de moeilijke situatie, een hobby uitoefenen zoals tekenen, muziek maken, schrijven, een bad nemen, een ontspanningsoefening doen, redenen opschrijven waarom je beter geen eetbui kunt hebben, schoonmaken of kruiswoordraadsels oplossen.
- *Denken en voelen (cognitieve en emotionele strategieën)*. Luisteren naar ontspannende muziek, ontspannen via zelfhypnose, *mindfulness* of hartritme-coherentietraining, nadenken over de nadelige gevolgen van boulimie en deze opschrijven, nadenken over de positieve gevolgen als je er niet aan toegeeft en deze opschrijven, een voorwerp dat veiligheid symboliseert vastpakken en knuffelen, tegen jezelf zeggen dat je de moeite waard bent, terugdenken aan de gelukkige jeugdmomenten, stilstaan bij de vooruitgang in de behandeling en bedenkingen opschrijven, denken dat je ook beter kunt worden en de boulimie kunt stopzetten.

Huiswerk

1. Eetdagboek en BETCH invullen (zie bijlage 13.6 en 13.7).
2. Aandacht voor normaliseren van het eetpatroon, stoppen met laxeer- en plaspillen en uitstellen van braken.
3. Lijst van alternatieven voor eetbuien opstellen.

Sessie 5

Wegen en gewicht noteren

Laat de patiënte zich wegen en noteer het gewicht in het gewichtsdigram. Stel de patiënte bij gewichtstoename gerust dat dit maar tijdelijk zal zijn.

Eetdagboek bespreken en eetpatroon normaliseren

Neem het eetdagboek gezamenlijk door. Besteed steeds eerst aandacht aan de mate waarin de patiënte erin slaagt om op regelmatige tijdstippen te eten. In deze fase zal de patiënte sterk aangemoedigd moeten worden om op vaste tijdstippen te eten (ook de tussendoortjes) en stap voor stap het ‘verboden voedsel’ in het menu op te nemen. Herhaal het onderdeel ‘Zichzelf belonen’ uit sessie 4 bij elke vooruitgang.

Verder analyseren van uitlokkers van eetbuien en eetbuiscenario

Ga, aan de hand van het eetdagboek, verder in op de eetbuien en het braken. Welke situaties resulteerden de laatste week in eetbuien en braken? Uit het eetdagboek kan blijken dat de confrontatie met bepaalde situaties steeds tot een eetbui heeft geleid. Stel dan voor om de moeilijkste situaties voorlopig te vermijden zoals alleen eten gaan kopen of thuis alleen eten. Nodig de patiënte uit een analyse te maken van de verschillende stappen in het eetbui- of braakscenario. In bijlage 13.9 is een voorbeeld opgenomen dat aan patiënten meegegeven kan worden om de bedoeling te verhelderen.

Vraag de patiënte om haar eetbuiscenario in detail uit te schrijven. Vraag haar vervolgens om te beginnen met de alternatieven wanneer de drang (rechterkolom in bijlage 13.9) nog niet te groot (minder dan 5) is. Voor elke schakel in het eetbuiscenario kan een alternatieve bezigheid bedacht worden om de eetbui te voorkomen. Benadruk opnieuw de zinloosheid en de medische gevaren van het braken. Vraag de patiënte om de tijd tussen de eetbuien en het braken geleidelijk uit te breiden of het braken gewoon te stoppen.

Huiswerk

1. Eetdagboek invullen (zie bijlage 13.6).
2. Verdere aandacht voor regelmatig eetpatroon, stoppen met laxeerpillen en uitstellen van of stoppen met braken.
3. Eetbuiscenario uitwerken (zie bijlage 13.9) en lijst van alternatieven voor eetbuien opstellen.
4. Geef de patiënte informatie over hoe te stoppen met eetbuien, braken en/of laxeren en geef concrete tips (zie bijlage 13.20). Vraag patiënte tips te noteren die ze voor zichzelf nuttig acht.

Sessies 6 tot en met 11

Wegen en gewicht noteren

Bij aanvang van de sessie weegt de patiënte zich. Noteer het gewicht in het gewichtsdiagram.

Eetdagboek bespreken en eetpatroon normaliseren

Besprek gezamenlijk het eetdagboek. Ga na of de patiënte op vaste tijdstippen eet, of zij tussendoortjes neemt, of zij gestopt is met laxeren en gestopt is met braken of het braken verminderd heeft. Het menu wordt geleidelijk aangevuld met het verboden voedsel.

Eetbuien verminderen

Maak, zodra er regelmaat is gekomen in het eetpatroon, afspraken over het geleidelijk verminderen van het aantal eetbuien. Laat de patiënte telkens aan het begin van de week één dag uitkiezen zonder eetbui. De patiënte plant deze dag in detail met bijzondere aandacht voor het menu, de omstandigheden en de alternatieven die mogelijk toegepast kunnen worden indien er toch een sterke drang komt opzetten.

Voorbeeld

Liesbeth kiest maandag als boulimievrije dag. Overdag heeft ze een cursus en 's avonds plant ze een maaltijd bij haar thuis met haar beste vriendin, die op de hoogte is van haar eetbuiprobleem. Ze besluit haar vriendin daarbij te gaan vragen om minstens nog één uur na de maaltijd na te blijven. Verder neemt ze zich voor, indien ze na het vertrek van haar vriendin nog drang krijgt tot een eetbui, haar flat onmiddellijk te verlaten en te gaan wandelen in de stad. Indien het ook na de wandeling moeilijk blijft, zal ze haar vriendin opbellen en haar om raad vragen. ■

Vraag de patiënte de dag voordien en nadien geen maaltijden over te slaan noch minder te eten, wat in de praktijk vaak gebeurt. Feliciteer de patiënte wanneer ze erin geslaagd is één dag zonder eetbuien te plannen en feliciteer haar wanneer het ook lukt om die dag de eetbuien te weerstaan. Herhaal bij vooruitgang opnieuw het onderdeel 'uzelf belonen' uit sessie 4. Als de patiënte in staat is om een aantal weken een eetbuivrije dag in te bouwen, wordt in overleg het aantal eetbuivrije dagen uitgebreid. Stel daartoe voor dat de patiënte juist de eetbuien systematisch en op vaste dagen gaat inplannen.

Zelfcontrole over eetbuien vergroten

Meestal eten patiënten tijdens de eetbui alles door elkaar. Al het voedsel dat binnen handbereik is met een voorkeur voor hoogcalorische spijzen en het zogenaamde verboden voedsel. Daarom is het zinvol om aan de patiënte te vragen om de eetbuien minder aantrekkelijk te gaan maken door vooraf een keuze te maken voor eentonig en minder geliefd voedsel. Voorbeelden hiervan zijn droog brood, appels of bonen in tomatensaus. Vraag de patiënte

om een voorraad aan te leggen van dit voedsel dat bestemd is voor de boulimie op een bepaalde plaats in huis of in de keuken. Dit heet dan de ‘boulimievoorraadkast’. Leg uit dat tijdens de eetbuien vanaf nu uitsluitend nog voedsel gebruikt gaat worden dat zich in deze kast bevindt. Spreek af dat de patiënte zelf verantwoordelijk is voor de inhoud van de boulimievoorraadkast: zij moet zelf het voedsel kopen en betalen. De gewone voedselvoorraad wordt vanaf dit moment bij een eetbui met rust gelaten. Deze afspraak is beslist belangrijk wanneer de patiënte met anderen samenwoont, een gezin of anderszins. Het is dan nuttig deze afspraak met de gezinsleden of andere huisgenoten door te praten. Maak, naast de beperking van de keuze van het voedsel, tevens afspraken over een vermindering van de hoeveelheid voedsel tijdens een eetbui. Bespreek tevens de concrete situaties waarin de eetbui mag plaatsvinden. Stel voor dat eetbuien uitsluitend nog zijn toegestaan aan een gedekte tafel in de kamer en dus niet meer, bijvoorbeeld stiekem, op de slaapkamer. Maak ten slotte ook afspraken over de manier van eten. Het eten mag niet meer snel en schrokkenig gegeten worden, maar juist langzaam en bewust.

Geleidelijke blootstelling aan risicosituaties

Analyseer, vertrekkend vanuit de lijst van uitlokkers van eetbuien (zie sessie 4, eetdagboek en BETCH) de risicosituaties die resulteren in eetbuien. Uit eigen onderzoek waarbij de BETCH voorgelegd werd aan driehonderd boulimiepatiënten, bleek steeds een combinatie van een aantal factoren de eetbuien te voorspellen. Deze factoren zijn negatieve emoties, sterke hongergevoelens en disfunctionele gedachten over zichzelf en het lichaam, waarbij negatieve emoties (angst, depressieve gevoelens) en disfunctionele gedachten over zichzelf (‘Ik ben een mislukkeling’, ‘Ik ben dik’) de krachtigste voorspellers bleken te zijn. Confrontatie met eetbuivoedsel was een minder sterke voorspeller van eetbuien (Vanderlinden et al., 2002). Negatieve gedachten kunnen verder uitgedaagd worden met het ABCDEF-formulier (zie bijlage 13.21). Indien eetbuien uitgelokt worden door externe *cues* zoals gaan winkelen en blootstelling aan voedsel, dan kan hiervoor een stappenplan afgesproken worden. Lastiger is het wanneer eetbuien vooraf worden gegaan door negatieve emoties. Veel patiënten vermelden bijvoorbeeld dat de eetbuien volgen op avonden dat ze zich alleen, angstig of depressief voelen. Bespreek een stappenplan waarbij de patiënte zich geleidelijk blootstelt aan dergelijke moeilijke situaties.

Voorbeeld

Stap 1: alleen eten vermijden, alle maaltijden uitsluitend in aanwezigheid van vriendin

Stap 2: ontbijt alleen

Stap 3: ontbijt en middagmaaltijd alleen, 's avonds in gezelschap

Stap 4: alle maaltijden alleen

Leg aan de patiënte uit dat door geleidelijke blootstelling aan deze moeilijke situaties, de drang naar een eetbui zal uitdoven als de negatieve emoties niet meer gevolgd worden door een eetbui en dus geen eetbui meer voorspellen. ■

Huiswerk

1. Eetdagboek invullen (zie bijlage 13.6).
2. Reguliere maaltijden én tussendoortjes plannen.
3. Eetbuien en braken stapsgewijs achterwege laten en alternatieven toepassen.
4. Belonen bij vooruitgang.
5. Blootstelling aan uitlokkers van eetbuien en alternatieven toepassen.

6. Vraag de patiënte om voor sessie 12 thuis een evaluatie op te schrijven van de resultaten van de behandeling en de maatregelen die daarbij gewerkt hebben. Bereid ook zelf een evaluatie van de behandeling voor.

Sessie 12

Wegen en gewicht noteren

Noteer het gewicht in een gewichtsdiagram.

Evaluatie en verdere planning van de behandeling

Besprek gezamenlijk de resultaten van de evaluaties. Wat heeft de patiënte bereikt in de behandeling? Op welke punten is ze vooruitgegaan? Wat heeft haar vooruit geholpen? Bij een *gunstig* verloop zal de patiënte gestopt zijn met eetbuien en compensatiegedrag en eet zij weer op vaste tijdstippen. De ervaring leert echter dat dit zelden het geval is. Een realistische verwachting is de volgende: de patiënte is na twaalf sessies (twee à drie maanden na aanvang van de behandeling) in staat om driemaal per dag te eten in combinatie met drie snacks. Het menu kan nog wel selectief zijn, maar er is een vast eetpatroon geïnstalleerd. Bij patiënten die bij aanvang van de behandeling dagelijks een of meerdere eetbuien hadden, gevolgd door braken nadien, is er reden tot tevredenheid als zij nu in staat zijn alle dagen normale porties te eten zonder compensatiegedrag en als de eetbuien zich beperken tot enkele keren per week op vaste, geplande tijdstippen. Herhaal bij een gunstige ontwikkeling, opnieuw het onderdeel 'Zichzelf belonen' uit sessie 4.

Overleg na de evaluatie welke factoren de verdere vooruitgang belemmeren: is de patiënte nog veel bezig met het controleren van haar gewicht, voedsel en lichaam? Heeft ze vaak negatieve gedachten over zichzelf en haar lichaam? Voelt ze zich vaak minderwaardig, angstig of depressief? Is de motivatie tot verandering verminderd? Is ze bang om de boulimie helemaal te stoppen? Lopen de sociale contacten erg moeilijk? Voelt ze zich niet opgewassen tegen de verantwoordelijkheden van haar leven? Heeft ze onvoldoende vertrouwen in haar eigen kunnen om te veranderen? Voert ze de opdrachten thuis niet goed uit? Zit de therapeutische relatie niet goed en is er te weinig vertrouwen? Het is belangrijk om bij de belemmerende factoren ook het mogelijke eigen aandeel te bespreken. Op basis van deze en andere vragen, worden nieuwe behandelingsdoelen gekozen die aan bod komen in de verschillende behandelingsmodules (zie figuur 13.3).

Module 1 Gedachten en gedrag	Module 2 Lichaamsbeleving	Module 3 Zelfvertrouwen	Module 4 Terugvalpreventie
<ul style="list-style-type: none"> ▸ herformuleren van gedachten ▸ stoppen van gedragingen die veranderingen bemoeilijken 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ bevorderen van positieve lichaamsbeleving 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ verbeteren van zelfvertrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ voorbereiden op voorkomen van een terugval

Figuur 13.3 Schematisch overzicht van de verschillende behandelmodules

Bepaal in overleg met de patiënte welke modules gekozen gaan worden. In de praktijk worden bij de meeste patiënten alle vier aangeboden. De modules kunnen elk twee à vier sessies in beslag nemen. Als de patiënte na de eerste tien tot twaalf sessies geen vooruitgang heeft gemaakt, dient de voortzetting van de behandeling ter discussie te worden gesteld.

Wellicht dat een dagbehandeling of opname overwogen moet worden als de klachten ernstig blijven en ambulante behandeling ontoereikend blijkt.

Huiswerk

Vraag de patiënte een samenvatting te maken van de evaluatiebespreking. En vraag de gekozen modules en de nieuwe doelstellingen te noteren.

Huiswerk na alle volgende sessies

1. Eetdagboek invullen (zie bijlage 13.6).
2. Blijven eten op vaste tijdstippen en drie snacks tussendoor.
3. Eetbuien plannen (geleidelijk minder) en eetbuien minder aantrekkelijk maken.
4. Braken verder verminderen en langer uitstellen: eetbuien en compensatiegedrag loskoppelen.
5. Stapsgewijze blootstelling aan uitlokkers van eetbuien en alternatieven toepassen.

Module 1: gedachten en gedrag

Wegen en gewicht noteren

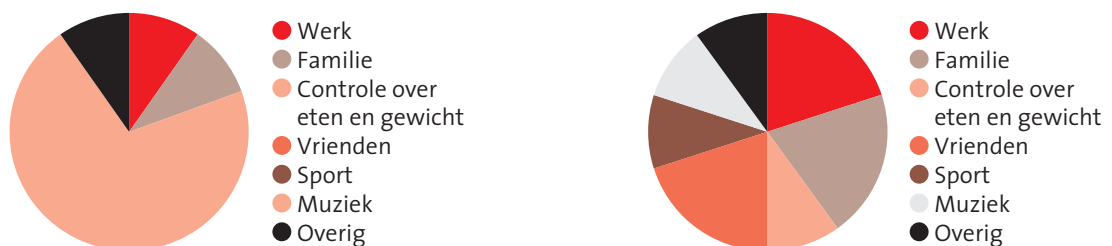
Noteer het gewicht in een gewichtsdiagram.

Eetdagboek bespreken en eetpatroon normaliseren

Dit onderdeel kent hetzelfde verloop als in de voorgaande sessies.

Gedachten herformuleren die verandering in de weg staan

In deze module komt de angst voor gewichtstoename en de obsessie met eten en uiterlijk opnieuw op de voorgrond te staan. Begin met het in kaart brengen van het disfunctionele evaluatiesysteem. Disfunctionele evaluaties zijn gedachten die verandering in het eetgedrag tegengaan. Maak de patiënte bewust van haar disfunctionele zelfevaluatiesysteem en leg uit dat het de bedoeling is te streven naar een meer functioneel zelfevaluatiesysteem. Figuur 13.4 geeft hiervan een voorbeeld.



Figuur 13.4 Van disfunctioneel naar functioneel zelfevaluatiesysteem

Leg het verschil uit tussen een disfunctioneel en een functioneel zelfevaluatiesysteem.

Voorbeeld

Disfunctionele zelfevaluaties kunnen zijn:

- ▶ 'Mijn buik en billen zijn moddervet.'
- ▶ 'Als ik er niet perfect uitzie, dan ben ik niets waard.'
- ▶ 'Ik ben niet opgewassen tegen de verantwoordelijkheden van een volwassen leven.'

Help de patiënte met het in kaart brengen van de voornaamste disfunctionele gedachten en gedragingen.

Ga na het in kaart brengen van disfunctionele zelfevaluaties over tot het formuleren van concrete werkpunten om deze zelfevaluaties te veranderen. Daartoe wordt een aantal stappen gezet. De eerste stap bestaat uit het aanleren van ABCDEF-schema's (zie bijlage 13.21) om de disfunctionele zelfevaluaties bij te sturen. Vraag de patiënte om uit de lijst van disfunctionele gedachten één situatie en één disfunctionele gedachte te kiezen en leg dan de techniek stap voor stap uit.

A Situatie: beschrijf de situatie zo objectief mogelijk.

B Gedachten: wat dacht u over uzelf in deze situatie?

C1 Emoties: wat voelde u, welke emoties waren aanwezig?

C2 Gedrag: wat deed u, hoe reageerde u?

D Disfunctionele gedachte uitdagen: Is deze gedachte waar? Weet ik dat zeker? Kan ik het bewijzen? Et cetera.

E Nieuwe gedachte formuleren en geloofwaardigheid evalueren.

F Stelt u zich de nieuwe situatie voor met de nieuwe gedachte: hoe voelt het aan, wat doet u nu in deze situatie?

Geef vervolgens uitleg over de klassieke denkfouten die boulimiepatiënten maken, zoals zwart-wit redeneren ('Ik zie er altijd moddervet uit'), veralgemenen ('Mijn examen was slecht, dus ik ben dom'), meten met twee maatstaven ('Een vriendin met hetzelfde gewicht als ik ziet er prima uit'), negatief denken ('Eén eetbui doet alle vooruitgang vergeten'), moeten ('Ik moet 49 kilo wegen anders ben ik onaantrekkelijk'). Nodig de patiënte uit om dergelijke denkfouten in haar dagboek op te sporen, te noteren en te herformuleren aan de hand van het ABCDEF-schema. Geef daarbij speciale aandacht aan de gedachte 'zich te dik te voelen'. In heel wat situaties vinden eetstoornispatiënten zich te dik. Nodig de patiënte uit te noteren in welke situatie zij zich te dik vindt of welke situaties deze gedachte kunnen uitlokken. Misschien vindt zij zich dik wanneer zij zich verveelt, slaperig of moe is, honger heeft, tijdens en na de maaltijd, wanneer ze zich droevig voelt, wanneer ze uitgaat en zich vergelijkt met een graatmagere vriendin. Vraag de patiënte haar idee te dik te zijn op te schrijven in een dagboek en de situatie kritisch te onderzoeken aan de hand van een ABCDEF-schema en de denkfouten op te sporen.

Gedrag veranderen dat vooruitgang belemmert

De disfunctionele gedachten over gewicht, uiterlijk en eten, leiden ertoe dat eetstoornispatiënten zich ook overeenkomstig deze gedachten gedragen. De gedachte 'Ik ben te dik' zorgt ervoor dat patiënten bijvoorbeeld selectief blijven eten, de maaltijd uitstellen, alleen magere (*light*) producten eten, het gewicht en lichaamsvorm regelmatig controleren, een directe confrontatie met het lichaam vermijden door bijvoorbeeld niet in spiegels te kijken of het dragen van losse kleding, extra gaan bewegen of braken en laxeren. Nodig de patiënte uit een lijst te maken van dit soort disfunctioneel gedrag dat de eetstoornis in stand houdt. Formuleer op basis van deze evaluatie gezamenlijk concrete werkpunten die bijdragen tot het stopzetten of reduceren van het disfunctionele gedrag. Maak tevens concrete afspraken om het nieuwe gedrag te oefenen.

Voorbeeld

Concrete afspraken voor nieuw gedrag kunnen zijn: geen light-producten kopen, porties uitbreiden, eten op vaste tijdstippen, stoppen met calorieën tellen, na de maaltijd een uur rusten, dagelijks in de badkamer in de spiegel kijken, maximaal één keer per week op weegschaal staan, met een vriendin in een restaurant gaan eten. ■

Vorderingen evalueren

Evalueer tijdens de laatste sessie in deze module het zelfevaluatiesysteem van de patiënte aan de hand van het taartdiagram uit figuur 13.4 en ga gezamenlijk na welke opvattingen en welk gedrag bijgestuurd zijn.

Huiswerk

1. Eetdagboek invullen (zie bijlage 13.6) en eetafspraken nakomen.
2. ABCDEF-schema blijven toepassen bij disfunctionele gedachten (zie bijlage 13.21).
3. Gedrag dat de eetstoornis bevordert stopzetten of verminderen.

Module 2: lichaamsbeleving

Wegen en gewicht noteren

Noteer het gewicht in een gewichtsdiagram.

Eetdagboek bespreken en eetpatroon normaliseren

Dit onderdeel kent hetzelfde verloop als in de voorgaande sessies.

Negatieve lichaamsbeleving

In deze module wordt verder gewerkt aan het verbeteren van de lichaamsbeleving. De lichaamsbeleving wordt beïnvloed door de wijze waarop boulimiepatiënten denken door anderen waargenomen te worden. Hierover hebben ze bij voorbaat een negatieve opvatting (Probst, Vandereycken, van Coppenolle & Pieters, 1995; Probst et al., 1997). Daarbij staat het zelfbeeld voortdurend bloot aan conflicten tussen verschillende invalshoeken: de interne lens 'hoe zie ik mezelf', de externe lens 'hoe zien anderen mij', de objectieve of neutrale lens 'hoe zie ik er werkelijk uit' en de ideale lens 'hoe zou ik eruit willen zien'. Als deze vier invalshoeken van elkaar verwijderd zijn, zijn zelfperceptie en lichaamsbeleving problematisch (Probst, 2008). De gestoorde lichaamsbeleving dient als een van de belangrijkste problemen te worden beschouwd bij boulimiapatiënten.

Negatieve lichaamsbeleving evalueren

Vraag de patiënte de lichaamsbeleving te omschrijven. Vraag tevens hoe zij met de gestoorde lichaamsbeleving in het verleden is omgegaan. Boulimiepatiënten passen altijd dezelfde maatregelen toe om het probleem van 'te dik zijn' op te lossen: lijnen en diëten. Ook braken en ander compensatiegedrag, zoals laxeren en extra lichamelijke activiteiten, hebben dezelfde doelstelling: gewicht verliezen in de hoop zich beter te voelen in hun lichaam. Leg de patiënte opnieuw uit dat deze oplossingen weinig efficiënt zijn en dat lijnen en compensatiegedrag eetbuien juist bevorderen. Het vasten wakkert de eetdrang aan en doet de kans op eetbuien toenemen. Stel dan de volgende aanpak voor. Laat de patiënte een doel formuleren met betrekking tot de lichaamsbeleving, bijvoorbeeld: 'Ik wil mijn buik leren accepteren.' Leg dan de volgende suggesties voor aan de patiënte wanneer het gevoel te dik te zijn haar parten speelt.

1. *Afleiding zoeken.* Stel het zoeken van afleiding voor: een bad nemen, muziek beluisteren, een boek lezen, een gedicht schrijven, de negatieve gevoelens opschrijven in een dagboek, een wandeling maken. Vooral actief bewegen en sporten wordt door veel patiënten als een efficiënt middel beschouwd om de negatieve gevoelens te verdrijven. Zie erop toe dat het bewegen geen manier van compenseren wordt. Passende alternatieven zijn: yoga, dans, bodybuilding, toneel, zang, bewegen op muziek, verdedigingssport, haptonomie.

Ook kunnen specifieke ontspanningsoefeningen aangeleerd worden (zie bijvoorbeeld Vanderlinden, 2005).

2. *Interne dialoog aangaan over deze gevoelens.* Stel voor om tijdens een rustig moment nuchter en logisch na te denken over de negatieve gevoelens en de negatieve gedachte(n) uit te dagen via het ABCDEF-schema (zie bijlage 13.21).

Voorbeeld

Negatieve gedachte: 'Mijn buik is te dik.'

Adequate gedachten: 'Mijn buik is niet te dik', 'Platte buiken zijn heel abnormaal', 'Mijn buik kan onmogelijk te dik zijn bij dit gewicht. Bovendien heb ik maatje 36, de kleinste damesmaat'. ■

Vraag de voordelen van het hebben van een normaal gewicht te noteren.

Voorbeeld

'Bij een gewicht van 58 kg kan ik beter sporten, heb ik meer uithoudingsvermogen, kan ik me beter concentreren op mijn studie, kan ik me beter ontspannen, ben ik aantrekkelijker voor het andere geslacht, zullen de ruzies thuis stoppen, word ik weer opgewekt en kan ik trots zijn op de spieren die ik voel en zie.' ■

Andere suggesties die door boulimiapatiënten als erg nuttig worden beschouwd in het bevorderen van een positieve lichaamsbeleving zijn: zichzelf vergelijken met leeftijdsgenoten met een normaal gewicht en de confrontatie met hen aangaan, de voordelen opnoemen van wat men kan als men een normaal gewicht heeft, zichzelf vergelijken met een foto van vroeger toen men een normaal gewicht had en beschrijven wat men ziet, leren vertrouwen op het oordeel van goede vrienden en vriendinnen. Adviseer tevens zich niet meer te vergelijken met andere vriendinnen die vermoedelijk te mager zijn en/of knoeien met hun eetgedrag en in sommige situaties het contact met hen tijdelijk te verbreken. Vraag de voordelen van het hebben van een normaal gewicht te noteren.

3. *Met anderen praten over de negatieve lichaamsbeleving.* Vraag de patiënte te informeren naar het oordeel van vriendinnen over haar uiterlijk en dit oordeel te leren vertrouwen.
4. *Spiegel oefeningen.* Spiegel oefeningen houden het volgende in. De patiënte gaat in badpak of gedeeltelijk of geheel bloot met haar vaste partner voor een spiegel haar lichaam observeren terwijl ze over haar gevoelens praat. Ze heeft daarbij de opdracht om uitdrukkelijk ook positief commentaar op haar lichaam te geven. De partner wordt geïnstrueerd om negatief commentaar niet tegen te spreken maar haar positieve commentaar te versterken en te herhalen en positieve aanvullingen te geven.
5. *Contact leggen met het lichaamsdeel dat de patiënte niet mooi vindt.* Geef voor deze techniek de volgende instructies aan de patiënte:
 - ▶ Stap 1. Ga rustig zitten op een veilige plek. Ontspan u en concentreer u op dat deel van uw lichaam dat u niet kunt aanvaarden.
 - ▶ Stap 2. Schrijf een brief (op papier of in gedachten) aan dat deel van uw lichaam dat u niet kunt aanvaarden.
 - ▶ Stap 3. Identificeer u met dat deel van uw lichaam dat u niet kunt aanvaarden en laat dat lichaamsdeel een brief terugschrijven naar u (op papier of in gedachten).
 - ▶ Stap 4. Luister aandachtig naar de boodschap van het lichaamsdeel dat u niet aanvaardt.
6. *Experimentele uitdagingen (gedragsexperimenten).* Nodig de patiënte uit een experiment te ondernemen om haar negatieve lichaamsbeleving uit te dagen. De experimenten zijn bedoeld om vernieuwende ervaringen op te doen, zoals de oude kleding die hoort bij de eetstoornisperiode weggooien, nieuwe kleding kopen waarin de patiënte zich aantrekkelijk voelt, (strakke) kleding gaan dragen waardoor het negatieve gevoel ('Mijn buik is

dik') wordt uitgedaagd, mooie lingerie aanschaffen, het lichaam laten verwennen met een lichaamsbehandeling of *body peeling*. Vraag aan de patiënte om voorafgaand aan het experiment op te schrijven wat haar verwachtingen zijn van het experiment. Vraag haar om na het experiment tevens te noteren wat de daadwerkelijke ervaringen waren.

7. *Lijst van gewaardeerde lichaamskenmerken*. Vraag de patiënte om een lijst op te stellen van vijf lichaamskenmerken die zij waardeert en deze lijst dagelijks aandachtig te lezen.

Lichaamsbeleving evalueren

Evalueer de resultaten aan het einde van deze module (na twee à vier sessies). Hebben zich positieve veranderingen in de lichaamsbeleving voorgedaan? Welke interventies waren werkzaam en dienen door de patiënte zelf beslist te worden voortgezet?

Huiswerk

1. Eetdagboek (zie bijlage 13.6) en eetafspraken nakomen.
2. Een lijst maken van vijf alternatieven voor afleiding wanneer patiënte het moeilijk heeft met haar lichaam.
3. Driemaal per week spiegel oefeningen uitvoeren en gedachten/gevoelens opschrijven.
4. Een brief schrijven aan een lichaamsdeel dat niet geaccepteerd wordt en dat lichaamsdeel laten antwoorden.
5. Elke dag minstens twee gedragsexperimenten uitvoeren om negatieve lichaamsbeleving uit te dagen. Dit alles moet resulteren in een lijst met minstens vijf stappen om lichaamsbeleving positief te beïnvloeden.

Module 3: zelfvertrouwen

Wegen en gewicht noteren

Noteer het gewicht in een gewichtsdiagram.

Eetdagboek bespreken en eetpatroon normaliseren

Dit onderdeel kent hetzelfde verloop als in de voorgaande sessies.

Informatie over zelfvertrouwen en realistische schets van mogelijkheden

In een enquête onder 170 eetstoornispatiënten (Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007). kozen eetstoornispatiënten het vergroten van het zelfvertrouwen als belangrijkste element en werkpunt in hun genezingsproces. Breng ter sprake dat invloeden uit het verleden (zoals belastende ervaringen of schokkende gebeurtenissen) en uit het heden (zoals slechte gezinsatmosfeer, aan alcohol verslaafde ouder) het zelfvertrouwen beïnvloeden. Maak duidelijk dat zelfvertrouwen gebaseerd is op bepaalde ervaringen en breng de storende invloeden op de ontwikkeling van het zelfvertrouwen zowel uit het verleden als in de 'hier en nu'-situatie in kaart. Breng vervolgens het gesprek op de realistische mogelijkheden en beperkingen van de patiënte en vraag patiënte zaken te noteren tijdens dit gesprek. Bijzondere aandacht dient te gaan naar het opsporen van mogelijkheden, kwaliteiten, vaardigheden. Dit is voor de meeste patiënten een moeilijke opgave.

Werkpunten formuleren

Laat de patiënte op basis van de vorige evaluaties storende invloeden formuleren die het zelfvertrouwen belemmeren en maak van de genoemde mogelijkheden concrete werkpunten die kunnen bijdragen aan het verhogen van het zelfvertrouwen. Onderzoek geeft aan dat boulimiepatiënten vaak blootgesteld worden aan een grote dosis negatief commentaar in hun

gezin van herkomst (Vanderlinden, 2008b). Bespreek welke maatregelen genomen kunnen worden om dit stop te zetten. Bij patiënten die nog thuis wonen of nog een intens contact met hun familie onderhouden, is een gezinssessie aangewezen. Daarnaast zijn opdrachten mogelijk die kunnen bijdragen tot het vergroten van het zelfvertrouwen. Een belangrijke opdracht is het positieve dagboek: de patiënte wordt gevraagd elke dag één concrete positieve ervaring te noteren. Doe bovendien de volgende suggesties om het zelfvertrouwen te vergroten:

- sociale contacten uitbreiden en nieuwe ervaringen plannen (voorbeeld nieuwe hobby);
- tegen jezelf op een positieve manier praten;
- negatieve ervaringen op een realistische wijze leren herbenoemen (ABCDEF-schema);
- aandachtig leren luisteren naar positieve dingen die anderen over je vertellen (suggereer via e-mail vrienden en vriendinnen te vragen welke eigenschappen zij bij de patiënte waarderen);
- jezelf regelmatig belonen;
- een lijst maken van personen voor wie je waardevol bent;
- een contract afsluiten met zichzelf waarin je bevestigt dat je dagelijks stappen zult zetten om je gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen te vergroten.

Bespreek met patiënte welke van deze suggesties haar aanspreken en kunnen bijdragen tot het vergroten van het zelfvertrouwen. Concretiseer vervolgens de gekozen suggesties.

Zelfvertrouwen evalueren

Evalueer het resultaat van deze module en ga gezamenlijk na of het zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde van de patiënte zijn toegenomen. Bespreek welke activiteiten zinvol zijn om door de patiënte voortgezet te worden.

Huiswerk

1. Eetdagboek (zie bijlage 13.6) en eetafspraken nakomen.
2. Concrete stappen zetten voor het werken aan het vergroten van het zelfvertrouwen.

Module 4: terugvalpreventie

Wegen en gewicht noteren

Noteer het gewicht in een gewichtsdiagram.

Eetdagboek bespreken en eetpatroon normaliseren

Dit onderdeel kent hetzelfde verloop als in de voorgaande sessies.

Kwetsbaarheid voor terugval beperken

Bespreek, wanneer resultaat is geboekt met de behandeling, de reëel aanwezige kans op een terugval. Leg daarbij het verschil uit tussen een misstap (bijvoorbeeld één eetbui) en een terugval (bijvoorbeeld meerdere eetbuien per dag plus braken). Leg uit dat één eetbui nog geen teruggeval in het boulimiaprobleem betekent. Het is van belang om elke eetbui als een leermoment te beschouwen.

Vertel de patiënte dan dat ze, zodra zich een eetbui heeft voorgedaan, onmiddellijk tot actie moet overgaan: ze moet nagaan wat de eetbui heeft uitgelokt en de nodige stappen zetten om verdere eetbuien te voorkomen. Bespreek dat het opnieuw starten met een dieet een van de belangrijkste redenen is voor echte terugval. Diëten en lijnen doen de kans om weer eetbuien te krijgen drastisch toenemen. Stel vervolgens aan de orde welke andere situaties of factoren (zoals stressvolle gebeurtenissen, negatieve emoties, zelfondermijnende gedachten)

de patiënte kwetsbaar maken voor een terugval. Laat de patiënte de risicosituaties en risicofactoren noteren.

Voorbeeld

Bij Juliette waren de volgende factoren van betekenis voor een mogelijke terugval: opmerkingen over haar uiterlijk, haar uiterlijk vergelijken met dat van anderen die slanker en mooier waren, onregelmatig leven met de daaruit voortvloeiende vermoeidheidsklachten, alcoholgebruik, ruzie maken met haar dochter. ■

Ga na of de patiënte in staat is de risicosituaties of de aanwezigheid van risicofactoren tijdig te signaleren. Wat zijn geschikte signalen hiervoor? Voeg de signalen toe aan de lijst.

Terugvalplan

Vraag de patiënte wat haar gedurende de behandeling vooruit heeft geholpen. Wat was er nuttig in de behandeling? Welke aspecten blijven belangrijke aandachtspunten? Overleg vervolgens bij welke risicosituaties of risicofactoren welke werkzame maatregelen worden ingezet en hoelang deze maatregelen van kracht blijven. Een belangrijke hulp bij het identificeren van mogelijke risicosituaties is de volgende opdracht: vraag aan de patiënte een verhaal op te schrijven waarin ze op gedetailleerde wijze een (of meerdere) situatie(s) beschrijft waarin ze terugvalt. Laat haar tevens nadenken over en noteren hoe ze een eventuele misstap zal aanpakken. Zal ze weer hulp inroepen, en bij wie? Tot de vaste maatregelen behoren in ieder geval het opnieuw instellen van de registratieopdrachten.

Voorbeeld

1. *Risicosituatie*: depressief voelen.
2. *Signaal*: meer dan veertien dagen geen zin om met mensen af te spreken; 's ochtends moeilijk uit bed.
3. *Maatregel*:
 - a. bijhouden van het eetdagboek;
 - b. alle maatregelen van een normaal eetpatroon weer strikt instellen;
 - c. alle zelfcontroleprocedures bij een eetaanval (alleen uit boulimievoorraadkast, alleen met mes en vork en bewust eten aan de eettafel) opzoeken en bij de hand houden;
 - d. per dag een ABCDEF-schema invullen.
4. Duur: deze maatregelen drie weken voortzetten. ■

Huiswerk

1. Lijst opstellen met risicosituaties, duidelijk waarneembare signalen voor elk van deze situaties en maatregelen om een terugval te voorkomen.
2. De patiënte vragen zich te melden voor een aantal boostersessies als er meerdere misstappen volgen.
3. De patiënte vragen de EDI, EDES en LAV (zie bijlage 13.1 en 13.2) in te vullen ter voorbereiding op de laatste sessie.

Afsluitende sessie

De ingevulde instrumenten zijn gescoord. In de laatste sessie wordt de hele behandeling doorgelicht. Bespreek de resultaten van de behandeling en betrek daarbij ook de scores van de instrumenten. Wat is er veranderd? Heeft patiënte nog eetbuien? Is er nog compensatiegedrag? Is het zelfevaluatiesysteem functioneler geworden? Is het zelfvertrouwen toegenomen? Voelt patiënte zich thuis in haar lichaam? Wat doet ze bij een eventuele misstap? Wat heeft haar vooruit geholpen in de behandeling? Indien er nog steeds eetbuien aanwezig zijn, hoe

komt dit? Is een klinische behandeling geïndiceerd? De behandeling wordt hier afgesloten en de afspraken over eventuele boostersessies of hernieuwd indicatiegesprek worden herhaald.

Discussie

De hier voorgestelde protocollaire behandeling is van cognitief-gedragstherapeutische signatuur en probeert de belangrijkste gedragstherapeutische interventies te integreren die in de behandeling van de BN-problematiek nuttig en efficiënt bleken. De behandeling bevat als dusdanig veel elementen die terug te vinden zijn in andere wetenschappelijk bestudeerde en gestandaardiseerde behandelingen voor BN. De keuze van de modules is deels gebaseerd op de mening van een grote groep patiënten (n = 175; Vanderlinden, Buis, Pieters & Probst, 2007) en deze modules worden al geruime tijd aangeboden in zowel de residentiële als de ambulante behandeling en worden door de eetstoornispatiënten als nuttig en zinvol ervaren. De behandeling wordt sinds verscheidene jaren toegepast binnen een ambulante praktijk met hoopgevende resultaten. Zo stellen we vast dat niet alle patiënten het hele protocol hoeven te doorlopen. Sommige patiënten kunnen, als eenmaal het eetgedrag is genormaliseerd en de eetbuien en het braken gestopt, de behandeling afronden. Bij een snelle afronding van de behandeling is het wel zinvol follow-upgesprekken in te plannen. Gebruik van een werkboek (Vanderlinden, 2008a) resulteert bij goed gemotiveerde patiënten in een vermindering van de nodige therapieessies.

Sinds vijf jaar wordt deze protocollaire behandeling ook aangewend bij patiënten met een eetbuistoornis. De resultaten op korte (zes tot twaalf maanden) en langere termijn (tot vierenhalf jaar na beëindiging van de behandeling) tonen forse effecten voor afname van de eetbuien, toename van de zelfcontrole over eetgedrag, afname van depressiviteit en een positievere lichaamsbeleving (Adriaens, Pieters, van Campfort, Probst & Vanderlinden, 2008; van Vlasselaer, 2010).

Inmiddels is ook een online-CBT-behandeling voor BN ontwikkeld die geïnspireerd is op de hier besproken behandeling. In een gecontroleerd onderzoek werden de effecten van de onlinebehandeling vergeleken met die van zelfhulp en een wachtlijst (Ruwaard & Lange, 2010). De online-CBT bleek effectiever in het reduceren van boulimische klachten dan zowel de zelfhulpconditie als de wachtlijstconditie. Deze eerste onderzoeksresultaten zijn bemoedigend, maar meer gecontroleerd onderzoek blijft gewenst.

Ondanks deze gunstige bevindingen is het beslist niet zo dat alle patiënten even goed met deze behandeling geholpen kunnen worden. Het is van belang aandachtig te blijven voor verdere mogelijkheden om de behandeling te verbeteren en ook zaken die fout kunnen lopen in de huidige behandeling. We eindigen deze bijdrage daarom met een bespreking van enkele belangrijke valkuilen.

Een van de belangrijkste voorwaarden tot het slagen van de behandeling is eerlijkheid en openheid van de patiënte. Jammer genoeg zijn patiënten niet altijd eerlijk over hun gewicht en over hun eetpatroon: ze drinken soms bijvoorbeeld water voorafgaand aan het wegen of vertellen verzinsels als ze zich thuis niet aan de opdrachten hebben gehouden. Het is belangrijk dat de patiënte zowel tegenover de therapeut als tegenover ten minste één vertrouwenspersoon in de thuissituatie eerlijk en oprecht over de problemen durft te praten en niets meer verdoezelt. Anderzijds wordt door uitdrukkelijk hierop te hameren in de behandeling deze eerlijkheid zelden bereikt. Het is zinvoller de moeilijkheid van patiënten met juist deze boulimieklachten in algemene zin te bespreken (*'Ik heb meerdere mensen in behandeling gehad die ...'*), de patiënte vervolgens tot eerlijkheid uit te nodigen en het belang ervan aan te geven, en daarop te vermelden dat de ervaring leert dat u als therapeut soms er maar het beste van

kunt uitgaan dat de informatie bij een boulimiebehandeling niet altijd helemaal juist is. Vermeld dat u het maar als koorts bij een zieke patiënte beschouwt.

Een andere belangrijke valkuil is doorgaan met laxeren of braken. Indien de patiënte niet kan of wil stoppen met laxeren, dan heeft een poliklinische behandeling weinig kans op succes. Het voortzetten van braken komt vaker voor. De mechanismen van braken, met mogelijk sterke klassieke conditioneringseffecten, zijn onvoldoende bekend. Streef, als stoppen niet lukt, naar een belangrijke vermindering. Herhaal dat een terugval in de eetbuien te verwachten is als het braken sterk aanwezig blijft.

Ook selectief blijven eten – al dan niet in combinatie met blijven tellen van calorieën – met vaak een voorkeur voor magere, caloriearme producten, terwijl vetten en calorierijke spijsen vermeden worden, is een valkuil in de behandeling. Door dit selectieve eten blijven disfunctionele gedachten omtrent eten en gewicht aanwezig. Het beste advies is de patiënte te blijven aanmoedigen het menu uit te breiden, de reden daartoe goed en herhaaldelijk te blijven uitleggen en veel geduld te hebben. Het tellen van calorieën moet absoluut gestopt worden. Daarnaast dient duidelijk gemaakt te worden dat de behandeling alleen een kans van slagen heeft als de huiswerkopdrachten uitgevoerd worden. Problemen met het maken van huiswerkopdrachten komen meteen vanaf het moment dat ze zich voordoen ook op de agenda. De beste houding is telkens opnieuw begrip te tonen voor de moeilijkheden bij het maken van huiswerkopdrachten. Ze kunnen sterke gevoelens van schaamte opwekken, patiënten kunnen weglopen voor de confrontatie enzovoort. Ga vervolgens niet marchanderen over de huiswerkopdrachten. Als huiswerkopdrachten bij herhaling niet worden uitgevoerd moet helaas geconcludeerd worden dat de patiënte aan deze vorm van behandelen nog niet toe is en dat een behandeling voortzetten met maar een geringe kans op succes geen zin heeft. De patiënte wordt vervolgens gevraagd hier een week over na te denken en de volgende week haar besluit kenbaar te maken: doorgaan met de behandeling en de huiswerkopdrachten of de behandeling stoppen.

Ook irreële en te hoge verwachtingen bij de therapeut creëren soms een ongunstig behandelklimaat. Soms willen therapeuten te snel gaan, zijn ze ongeduldig en verwachten ze te snel verandering. Hou er rekening mee dat een behandeling van patiënten met boulimie in de regel met kleine en grotere misstappen verloopt. Staar u niet blind op deze misstappen, maar behoud de moed om verder te gaan. Richt uw aandacht niet alleen op de vorderingen wat betreft eetbuien en compensatiegedrag, maar kijk ook naar de andere aspecten die de levenskwaliteit kunnen verbeteren, zoals sociale contacten en ontspanning. Sommige patiënten gaan door met hun eetbuien en braken maar voelen zich globaal veel beter en zijn tevreden met het behaalde resultaat. Een laatste valkuil is het negeren van het gezinssysteem. Het negeren van het gezinssysteem kan een oorzaak zijn voor het falen van de behandeling. Zeker bij jongere patiënten die nog thuis wonen is het noodzakelijk dat het gezin vanaf de aanvang bij de behandeling wordt betrokken. We verwijzen naar Vanderlinden (2008b) voor concrete adviezen.

Literatuur

- Adriaens, A., Pieters, G., Campfort, D. van, Probst, M. & Vanderlinden, J. (2008). A cognitive-behavioural program (one day a week) for patients with obesity and binge eating disorder. Short-term follow-up data. *Psychological Topics*, 17(2), 361-371.
- Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. & Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.
- Bacaltchuk, J. & Hay, P. (2003). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4).
- Cbo, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg & Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen*. Utrecht: cbo/Trimbos-instituut.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il recupero*. Verona: Positive Press.
- Fairburn, C. & Harrison, J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders. Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (twelfth edition). In: C.G. Fairburn & G.T. Wilson (red.), *Binge eating Nature, assessment and treatment* (pp. 317-361). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A. & Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders. A two-site trial with 60-week follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 419-428.
- Furth, E.F. van. (2000). *Nederlandse vertaling van de EDE-Q*. Leidschendam: Robert-Fleury Stichting.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34
- Hoeken, D. van, Veling, W., Sinke, S., Mitchell, J.E. & Hoek, H.W. (2009). The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 595-602.
- Jansen, A. (2000). *Eating Disorder Examination*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A. (2008). Leerprocessen en cognities. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 223-252). Utrecht: De Tijdstroom.
- Keel, P.M. & Brown, T.A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204.
- Perkins, S.J., Murphy, R., Schmidt, U. & Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6, 3: CD004191.
- Probst, M. (2008). Lichaamsbeleving. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 253-270). Utrecht: De Tijdstroom.
- Probst, M., Coppinolle, H. van & Vandereycken, W. (1997). De Lichaamsattitudevragenlijst. Validering en normering. In: J. Simons (red.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp.79-90). Leuven: Acco.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppinolle, H. van & Pieters, G. (1995). Body size estimation in eating disorder patients. Testing the video distortion method on a life size screen. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 985-990.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical model of change. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York: Basic Books.
- Ruwaard, J. & Lange, A. (2010). Boulimie online overwinnen. Resultaten van een gecontroleerd onderzoek. *Directieve Therapie*, 30(1), 17-34.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (1997). *Beetje bij beetje beter. Een overlevingspakket voor mensen met BN en/of vreetbuistoornis*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Shapiro, J., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., Lohr, K.N. & Bulik, C. (2007). Bulimia nervosa treatment. A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321-336.
- Spaans, J. (1999). *Ik eet als niemand het weet*. Amsterdam: Boom.

- Spaans, J. & Bloks, H. (2002). Motivering tot verandering. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 115-144). Utrecht: De Tijdstroom.
- Steinhausen, H.C. & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa. Findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341.
- Strien, T. van. (2002). *Eating Disorder Inventory-ii*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Strien, T. van, Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A. & Defares, P.B. (1986). *Nederlandse vragenlijst voor eetgedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Treasure, J., Claudino, A.M. & Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders*, 1, 115-118.
- Vanderlinden, J. (2008a). *Boulimie en eetbuien overwinnen in 10 stappen*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J. (2008b). Gezinstherapie. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 293-312). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary ingredients in the recovery process? A comparison of the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.
- Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Fernandez, F., Vandereycken, W., Pieters, G. & Noorduyn, C. (2002). Welke triggers lokken eetbuien uit? Een exploratie van eetbuitrigger bij patiënten met een eetstoornis. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 22, 388-389.
- Vanderlinden, J., Norré, J. & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van boulimie. Een gids voor de therapeutische praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vlasselaer, E. van (2010). *De cognitief-gedragstherapeutische behandeling van patiënten met de eetbuistoornis. Effecten op korte en langere termijn*. Verhandeling KU Leuven.

Bijlage 13.1 Eating disorder evaluation scale (EDES)¹

De *Eating disorder evaluation scale* (EDES) is een zelfrapportagevragenlijst die ook gebruikt kan worden als gestructureerd interview (15 items). Met de lijst wordt een indruk gekregen van de ernst en omvang van een eetstoornis, met ook aandacht voor de psychosociale componenten. De lijst kan daarom ook nuttig zijn om de evolutie van een eetstoornis te beoordelen tijdens en na een behandeling. De vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid.

Optelling van alle items levert een *totaalscore* (maximum = 90): hoe lager de score des te ernstiger de eetstoornis. Een score van 55 wordt als cut-off gebruikt voor onderscheid normaliteit-pathologie. Bij een score lager dan 20 is er sprake van een ernstige eetstoornis. Indien gebruikt als evaluatie-instrument voor herhaalde beoordelingen, is het aanbevolen te kijken naar veranderingen op de vier factoren of subschalen:

1. *Anorectische preoccupatie* (items 1+2+3+7+8) geeft een indicatie van gewicht en van de mate waarin men gepreoccupeerd is met lijnen, voedsel, gewicht en figuur.
2. *Boulimisch gedrag* (items 4+5+6) geeft een indicatie van de ernst en frequentie van eetbuien en compensatoir gedrag.
3. *Seksualiteit* (items 9+10+11) geeft een indicatie over menstruatie en de houding tegenover seksualiteit.
4. *Psychosociale aanpassing* (items 12+13+14+15) geeft een indicatie van het algemeen psychosociaal functioneren, inclusief professioneel en relationeel leven.

Gemiddelde scores van normale controles en patiënten ^o		
Factor	Normalen	Patiënten
1	18,7	5,9
2	16,5	11,4
3	10,9	3,0
4	21,1	9,3
Totaal	67,2	29,6

^oVerschillen statistisch significant op $p < .001$

¹ Vandereycken, 1993.

SCORING

Verhouding huidig gewicht/ideaal gewicht:	1:.....
(90-109%=6; 80-89% of 110-119%=4; 70-79% of 120-130%=2; <70% of >130%=0)	
Gewichtsschommelingen:	2:.....
(<2kg=6; 2-4kg=4; 4-6kg=2; >6kg=0)	
Eetgedrag	
(nooit=6; af en toe=4; wekelijks=2; dagelijks=0)	
Vasten/dieet	3:.....
Braken	4:.....
Boulimie	5:.....
Laxantia	6:.....
Mentale preoccupatie	
(geen=6; licht=4; sterk=2; zeer sterk=0)	
Voeding	7:.....
Gewicht	8:.....
Menstruaties	9:.....
(regelmatig=6; onregelmatig of pil=4; zeldzaam=2; afwezig=0; zwangerschap=6)	
Seksualiteit	
(plezier 6 – 4 – 2 – 0 afkeer)	
Houding tegenover seks	10:.....
Actieve seks	11:.....
Sociale aanpassing	
(goed, bevredigend=6; matig, wisselvallig=4; onvoldoende, zwak=2; slecht, afwezig=0)	
Houding tegenover gezin	12:.....
Sociale contacten	13:.....
Bezigheden	14:.....
Algemene psychische toestand	15:.....
6 = normaal vergeleken met leeftijdgenoten	
4 = licht abnormaal (bv. lichte klachten of stemmingsschommeling; geen therapie nodig)	
2 = duidelijk gestoord (bv. angststoornis, depressie; behandeling nodig)	
0 = ernstig gestoord (bv. psychose, verslaving, suïcidepoging; intensieve therapie of opname nodig)	
Totaalscore (som 1 t/m 15) =

VRAGENLIJST EDES

- 1 Wat is momenteel uw gewicht:.....kg
uw lengte:.....m
- 2 Wat was tijdens de laatste zes maanden uw hoogste gewicht:kg
uw laagste gewicht:.....kg

Hoe dikwijls kwam het volgende voor in de laatste zes maanden (zet kruisje in kolom):

	nooit	af en toe	wekelijks	dagelijks
3 weinig eten, strikt dieet				
4 braken of overgeven				
5 overdreven veel eten				
6 gebruik van laxeer middelen				

Hoe sterk speelt het volgende een rol in uw leven (eraan denken, erover piekeren):

	nooit	af en toe	wekelijks	dagelijks
7 voeding, koken, eten of snoepen				
8 gewicht, lichaamsvorm, uiterlijk voorkomen				

- 9 Hoe zijn uw menstruaties geweest tijdens de laatste zes maanden:
 - regelmatig (minstens éénmaal per maand)
 - onregelmatig (meer dan 1 maand tussenperiode)
 - zeldzaam (bv. 1 of 2 maal in zes maanden)
 - volledig afwezig (sinds:.....)
 Neemt u de pil (hormonen): Ja Neen
- 10 Hoe denkt u over seksualiteit:
 - heel positief, het is iets plezierig in mijn leven
 - redelijk positief, het is belangrijk maar ik kan er ook zonder
 - neutraal, onverschillig het zegt me weinig of niets
 - negatief, ik heb er een afkeer van
- 11 Hoe is uw seksuele leven in werkelijkheid (vrijen, zelfbevrediging, enzovoort):
 - heel plezierig en bevredigend, geen enkel probleem ermee
 - redelijk goed of wisselvallig, soms een probleem bv. te weinig bevrediging
 - onbevredigend, weinig seksueel contact, geen lust of plezier
 - onbestaand, geen seksueel contact, geen zelfbevrediging
- 12 Hoe is in het algemeen de verhouding met uw gezin van herkomst (vooral uw ouders):
 - positief, we komen goed overeen, ze laten me volledig vrij
 - redelijk of wisselvallig, ik ben wel vrij maar sta toch niet los van thuis
 - onbevredigend, band met thuis is te sterk of veel conflicten ermee
 - slecht, ik ben volledig afhankelijk of in groot conflict

13 Hoe zijn de contacten buiten uw familie, met vrienden of kennissen:

- positief, ik maak gemakkelijk vrienden, ben vlot in contact
- redelijk of wisselvallig, ik heb wel goede contacten maar wil het beter
- onbevredigend, ik heb weinig vrienden, ik leg moeilijk contacten
- slecht, ik leef volledig op mijn eentje, zonder contacten

14 Hoe verlopen uw huidige bezigheden, studie, werk of andere activiteiten overdag:

- goed, tevreden (zonder problemen)
- redelijk of wisselvallig (zou beter kunnen)
- eerder onbevredigend (veel problemen)
- slecht (wil iets helemaal anders doen)

15 Heeft u tijdens de laatste zes maanden het volgende meegemaakt:

	Ja	Nee
lichte nervositeit, spanning of prikkelbaarheid		
regelmatig slaapstoornis (of ik neem slaappillen)		
sterke angstgevoelens (of ik neem kalmeerpillen)		
depressie, 'inzinking', moedeloos (veel wenen)		
zelfmoordpoging of mezelf met opzet kwetsen		
verwardheid (bv. stemmen horen, schimmen zien)		
misbruik van alcohol, drugs of medicamenten		

Bijlage 13.2 Lichaamsattitudevragenlijst (LAV)²

Het is de bedoeling van deze vragenlijst om na te gaan hoe uw houding en gevoelens zijn ten opzichte van uw eigen lichaam. U wordt gevraagd om bij elk van de punten aan te geven in welke mate dit de laatste tijd bij u het geval is. Probeer zo eerlijk en spontaan mogelijk te antwoorden en sla geen vraag over.

1 = altijd, 2 = meestal, 3 = dikwijls, 4 = soms, 5 = zelden, 6 = nooit

	1	2	3	4	5	6
1. Wanneer ik mezelf vergelijk met leeftijdsgenoten voel ik me ontevreden over mijn lichaam.						
2. Mijn lichaam lijkt me een gevoelloos voorwerp.						
3. Mijn heupen lijken me te breed.						
4. Ik voel me thuis in mijn eigen lichaam.						
5. Ik verlang er sterk naar om slanker te zijn.						
6. Mijn borstomvang vind ik te groot.						
7. Ik heb de neiging mijn lichaam te verbergen (bijvoorbeeld door losse kleding).						
8. Wanneer ik mezelf in de spiegel bekijk, voel ik me ontevreden over mijn lichaam.						
9. Ik kan me gemakkelijk lichamelijk ontspannen.						
10. Ik vind mezelf te dik.						
11. Ik voel mijn lichaam als een last die ik moet meedragen.						
12. Mijn lichaam lijkt het mijne niet te zijn.						
13. Bepaalde delen van mijn lichaam lijken opgezwollen.						
14. Mijn lichaam is voor mij een bedreiging.						
15. Mijn uiterlijk is erg belangrijk voor mij.						
16. Mijn buik ziet eruit alsof ik zwanger ben.						
17. In mijn lichaam voel ik een gejaagdheid.						
18. Ik ben jaloers op anderen omwille van hun figuur (uiterlijk).						
19. Er gebeuren dingen in mijn lichaam die mij beangstigen.						
20. Ik observeer mijn uiterlijk in de spiegel.						

² Voor meer informatie over de LAV: dr. M. Probst UPC KU Leuven Campus Kortenberg, B-3070 Kortenberg, België of michel.probst@uc-kortenberg.be

Bijlage 13.3 Criteria bij beoordeling indicatie/contra-indicatie voor ambulante behandeling

Evalueer de volgende aspecten bij de beslissing om tot ambulante psychologische behandeling over te gaan (lagere cijfers pleiten voor ambulante behandeling, hogere cijfers voor een intensievere behandeling zoals dag- of residentiële behandeling).

1. Medisch stabiel/onstabiel (lage pols, lage bloeddruk, elektrolytenstoornissen, hypokalemie, al dan niet noodzaak aan dagelijkse bloedcontroles en/of medische opvolging).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medisch gezond										Medisch ongezond

2. Zelfmoordgevaar/-dreiging.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen										Zeer hoog

3. Gewicht (gewicht lager dan *body mass index* (BMI) 16 – omgezet naar leeftijd van 18 jaar en ouder – kan indicatie zijn voor opname).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Normaal BMI										BMI < 16

4. Motivatie (lagere motivatie pleit voor intensiveren van behandeling).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zeer hoog										Zeer laag

5. Comorbiditeit (depressie, angst, obsessief compulsieve stoornis (OCD), posttraumatische stressstoornis, vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Geen comorbiditeit										Veel comorbiditeit

6. Al dan niet begeleiding nodig bij maaltijden en andere dagelijkse routine.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niet nodig										Wel nodig

7. Al dan niet begeleiding nodig bij het beperken van beweging.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niet nodig										Wel nodig

Bijlage 13.4 Overzicht ambulante behandeling voor BN-patiënten

Sessies		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	Voorbereiding																								
	Informeren en evaluatie van de motivatie																								
	Therapiecontract																								
	Fase 1: normalisatie eetpatroon																								
	Herstel normaal eetpatroon																								
	Gewicht controleren en eetdagboek																								
	Stoppen van dieet																								
	Stoppen met gebruik van compensatiemaatregelen																								
	Geleidelijke afbouw van eetbuien en toepassen zelfcontroletechnieken																								
	Opsporen van uitlokkers van eetbuien in 'hier en nu'-situatie en blootstelling																								
	Toepassen van alternatieven in confrontatie met de eetbui-uitlokkers																								
	Fase 2: modules gefocust op overige in stand houdende factoren van eetstoornissen (drie of meerdere modules)																								
	<i>Module 1</i> Gedachten en gedrag																								
	<i>Module 2</i> Lichaamsbeleving																								
	<i>Module 3</i> Zelfvertrouwen																								
	<i>Module 4</i> Terugval																								
	<i>Diagnostische evaluatie</i>																								
	<i>Evaluatie</i>																								
	<i>Evaluatie</i>																								

Bijlage 13.5 Hoe zet ik de eerste stappen om te stoppen met eetbuien?

Voor beslist wordt te stoppen met de eetbuien, is vaak al een lange weg afgelegd met vallen en opstaan. U hebt elke dag opnieuw geprobeerd uw eetbuien te stoppen, u durfde er met niemand over te praten, u wilde zelf uw problemen oplossen maar helaas zonder resultaat. Hier worden verschillende stappen beschreven die u kunnen helpen om deze impasse te doorbreken en te kiezen voor het opgeven van uw boulimie.

Voordat u definitief met de eetbuien stopt, is een soort *bezinningsfase* nodig, waarin u onder andere gaat nadenken over uw motivatie om met de eetbuien te stoppen. Het is belangrijk om goed voorbereid aan de start te verschijnen als u de eindstreep wilt halen. We beschrijven hier enkele belangrijke bouwstenen voor het doen slagen van uw behandeling.

Wees eerlijk tegenover uzelf en uw omgeving

Eerlijkheid tegenover uzelf maar vooral ook tegenover uw directe leefomgeving (ouders, partner, broers of zussen, vrienden of vriendinnen) over uw eetgedrag, de ontwikkeling van uw gewicht, braken en laxeren is een eerste maar belangrijke stap in het oplossen van uw problemen.

Sluit medische complicaties uit

Veel boulimiepatiënten zijn zich niet bewust van de ernstige medische complicaties die zich kunnen voordoen ten gevolge van braken en laxeren. Het consulteren van een arts, aan wie u uitvoerig beschrijft wat er aan de hand is (en uw problemen dus niet bagatelliseert), is absoluut noodzakelijk. Zo kunnen de nodige onderzoeken worden gepland en eventuele ernstige lichamelijke klachten worden opgespoord of uitgesloten.

Praat met een vertrouwenspersoon over uw boulimie

Het is van belang over uw probleem te gaan praten met een vertrouwenspersoon. Besef dat u zeker niet de enige bent met een boulimieprobleem: vermoedelijk heeft ongeveer 5 procent van alle jonge vrouwen last van eetbuien. Zet uw schuld- en schaamtegevoelens dus opzij en zoek contact met een goede vriendin, vriend of gezinslid met wie u een vertrouwensband hebt en praat over uw problemen. U zult zich verbazen over de positieve reacties. Alternatieven kunnen zijn: opschrijven of chatten op het internet.

Stel een motivatieplan op

Naast de lichamelijk en medische gevolgen van eetbuien, braken en laxeren, kunt u ook worden geconfronteerd met een hele reeks psychologische en emotionele veranderingen die het opgeven en loslaten van de eetbuien kunnen bemoeilijken. Ook kunnen sterke schuld- en schaamtegevoelens en onbegrip vanuit de omgeving aanwezig zijn, waardoor u uw probleem zolang mogelijk voor iedereen probeert te verbergen. Voor veel boulimiepatiënten is het boulimieprobleem een vastgeroeste gewoonte geworden. Verandering brengen in deze levenswijze en het verstoorde eetgedrag is dan geen sinecure. Alleen wanneer u honderd procent gemotiveerd bent en u zich volledig wilt inzetten voor het oplossen van deze problemen, hebt u een goede kans van slagen. De aanpak van uw eetprobleem dient dus absolute prioriteit te hebben in uw leven. Denk daarom eerst na over de volgende vragen, want misschien bent u nog niet klaar om te stoppen met de eetbuien:

- ▶ Heeft de boulimie voor u ook positieve gevolgen? Kunt u door uw eetbuien dingen uit de weg gaan waarvoor u bang bent?
- ▶ Kunt u zich een leven zonder boulimie voorstellen? Zijn er voor u ook nadelen aan een leven zonder eetbuien?
- ▶ Bent u nu al bereid geleidelijk te stoppen met uw eetbuien, het braken en het laxeren?

Nadat u deze vragen hebt beantwoord, kunt u ook de voordelen opschrijven van het stoppen met de eetbuien. De volgende vragen helpen daarbij:

- ▶ Wat zal er in uw leven veranderen?

- ▶ Heeft het stoppen met de eetbuien ook gevolgen voor de algemene kwaliteit van uw leven?
- ▶ Zal het ook een verandering brengen in uw gevoelsleven? Zult u zich anders gaan voelen?
- ▶ Zal het ook een verandering kunnen brengen in uw sociale relaties? Of veranderingen in de relatie met uw familie (ouders, broers en/of zussen)?
- ▶ Zal het ook invloed hebben op uw zelfvertrouwen, uw gevoel van eigenwaarde?
- ▶ Zal het invloed hebben op uw lichaamsbeleving?
- ▶ En misschien verbetert ook uw financiële situatie?
- ▶ En alle verdere veranderingen op lichamelijk gebied?

Huiswerk

1. Geef hieronder aan hoe sterk uw motivatie is om het boulimieprobleem op te lossen. U kunt antwoorden door een cijfer aan te kruisen tussen 0 en 10 op de schaal hieronder. Hoe hoger het cijfer, hoe groter uw motivatie. Probeer zo eerlijk mogelijk te zijn.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Afwezig				Middelmatig		Heel sterk			

2. Geef hieronder aan hoe sterk u gelooft in de mogelijkheden om uw problemen zelfstandig (zonder steun van een hulpverlener) op te lossen. Het is namelijk best mogelijk dat u wel voldoende gemotiveerd bent maar het gevoel hebt dat u uw probleem niet alleen kunt oplossen. Hoe hoger het cijfer, hoe meer u gelooft in de mogelijkheden om uw problemen zelfstandig op te lossen.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Afwezig				Middelmatig		Heel sterk			

3. Maak een lijst van de voordelen van het stoppen met de boulimie en het braken. Maak daarna een lijst van de nadelen van het stoppen. Gebruik deze lijst(en) voor een persoonlijk bezinningsmoment en ter bespreking met uw behandelaar.

Voordelen van het stoppen met mijn eetbuien en/of braken
Lichaam:
Emotioneel:
Interactioneel:

Nadelen wanneer ik doorga met eetbuien en/of braken

Lichaam:

Emotioneel:

Interactioneel:

Voordelen van de eetbuien en/of braken (of: wat staat verandering in de weg?)

Lichaam:

Emotioneel:

Interactioneel:

Bijlage 13.6 Eetdagboek

Naam:.....

Datum	Tijdstip	Eten en drinken	Braken/ Laxeren	Gevoelens en gedachten	
				Vooraf	Achteraf

Bijlage 13.7 Binge eating trigger checklist (BETCH)³

Inleiding

Deze vragenlijst informeert naar het voorkomen van eetbuien.

Eetbuien worden gekenmerkt door het volgende:

1. het eten, in een specifieke tijdspanne (bijvoorbeeld twee uur), van een hoeveelheid voedsel die veel omvangrijker is dan wat mensen normaal gesproken zouden eten in een gelijksoortige tijdsperiode en in gelijksoortige omstandigheden;
2. de eetbuien gaan gepaard met een gevoel van controleverlies (bijvoorbeeld een gevoel niet te kunnen stoppen met eten of niet meer te kunnen controleren wat en hoeveel u op dat moment eet).

Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat enkele algemene vragen over uzelf en de omstandigheden waarin uw eetbuien zich voordoen. Met het tweede deel wordt beoogd meer inzicht te krijgen in de situaties die uw eetbuien uitlokken. Deze situaties worden *triggers* genoemd.

Doorloop eerst alle situaties en duid die situatie aan waarvan u vermoedt en/of denkt dat ze uw eetbui heeft uitgelokt. U kunt uiteraard ook meer dan één *trigger*-situatie aanduiden. Geef vervolgens aan in welke mate u zich in deze specifieke situatie ongemakkelijk en/of gespannen voelde (of een andere emotie voelde zoals angst, kwaadheid, verdriet) door een cijfer tussen 0 en 10 in te vullen. Hoe hoger het cijfer, hoe ongemakkelijker en/of meer gespannen u zich voelde. Een 0 betekent bijvoorbeeld dat u zich niet gespannen voelde, 5 betekent dat u zich middelmatig gespannen voelde, met een 10 geeft u aan dat u zich heel gespannen voelde.

³ Vanderlinden et al., 2002. Meer informatie over de BETCH is verkrijgbaar bij J. Vanderlinden, UPC KU Leuven Campus Kortenberg, B-3070 Kortenberg, België of johan.vanderlinden@uc-kortenberg.be

Deel 1

Naam		Datum	
Leeftijd	Gewicht		Lengte

Beschrijf uw eetbui.

Beschrijf het tijdstip en de plaats waar u uw eetbui had (of meestal hebt).

Tijdstip	Plaats
----------	--------

Beschrijf het voedsel en/of drank dat u normaliter tijdens een eetbui verbruikt.

Verbruikt(e) voedsel en/of drank	Hoeveelheid

Hoe vaak hebt u dergelijke eetbuien? Geef zo nauwkeurig mogelijk het aantal eetbuien aan.

- ▶ gemiddeld per dag:
- ▶ of gemiddeld per week:
- ▶ of gemiddeld per maand:

Gaaf u na een eetbui vasten/diëten, braken, laxeren en/of extra lichaamsbeweging doen, en zo ja, hoe vaak?		
Vasten/Diëten	ja/nee	dagelijks/wekelijks/maandelijks
Braken	ja/nee	dagelijks/wekelijks/maandelijks
Laxeren	ja/nee	dagelijks/wekelijks/maandelijks
Lichaamsbeweging (zoals dansen, joggen, aerobic)	ja/nee	dagelijks/wekelijks/maandelijks

Deel 2

Triggers van de eetbui	Zet een kruisje als de trigger op u van toepassing is	Geef niveau van ongemak en/of negatieve emotie aan (0–10)
1. Ik voelde me alleen.	ja/nee	
2. Ik voelde me angstig.	ja/nee	
3. Ik voelde me opgewekt.	ja/nee	
4. Ik werd geconfronteerd met voedsel dat ik gewoonlijk eet tijdens een eetaanval.	ja/nee	
5. Iemand raakte mijn lichaam aan.	ja/nee	
6. Ik voelde me gespannen.	ja/nee	
7. Ik voelde me depressief.	ja/nee	
8. Ik voelde me geliefd.	ja/nee	
9. Mijn partner wilde met mij beginnen te vrijen.	ja/nee	
10. Ik sloeg maaltijden over.	ja/nee	
11. Ik voelde me leeg van binnen.	ja/nee	
12. Iemand filmde me met een camera.	ja/nee	
13. Ik voelde me kwaad.	ja/nee	
14. Ik voelde me schuldig.	ja/nee	
15. Iemand nam een foto van me.	ja/nee	
16. Ik had verboden voedsel gegeten.	ja/nee	
17. Ik maakte me zorgen over mijn toekomst.	ja/nee	
18. Ik moest me uitkleden voor een lichamelijk onderzoek.	ja/nee	
19. Ik voelde me een mislukking.	ja/nee	
20. Ik hoorde iemand schreeuwen.	ja/nee	
21. Ik schaamde me.	ja/nee	
22. Ik voelde me niet geliefd.	ja/nee	
23. Ik voelde me gewaardeerd.	ja/nee	
24. Ik voelde me slecht/vuil nadat ik gevrijd had.	ja/nee	
25. Ik had een dieetregel overschreden.	ja/nee	
26. Ik voelde me onbegrepen.	ja/nee	
27. Ik voelde me onbevredigd.	ja/nee	
28. Ik voelde een drang om zoetigheden te eten.	ja/nee	
29. Ik wenste niet langer meer te leven.	ja/nee	
30. Een man wilde me verleiden.	ja/nee	
31. Ik voelde me euforisch.	ja/nee	
32. Ik voelde me gefrustreerd.	ja/nee	
33. Ik voelde me niet opgewassen tegen de verantwoordelijkheden van mijn leven.	ja/nee	
34. Ik hoorde mensen grapjes maken over seksualiteit.	ja/nee	
35. Ik werd gewogen.	ja/nee	
36. Ik had zoetigheden gegeten.	ja/nee	
37. Andere triggers die niet genoemd zijn (beschrijf en geef niveau van ongemak en/of negatieve emotie aan):	ja/nee	
.....	ja/nee	
.....	ja/nee	
.....	ja/nee	
.....	ja/nee	
.....	ja/nee	
.....	ja/nee	

Bijlage 13.8 Gevaren van diëten (lichamelijke en psychologische gevolgen)

De meeste boulimiepatiënten zijn voortdurend bezig met vasten en/of diëten. Na de zoveelste eetbui, waarin men zich heeft volgepropt met het verboden voedsel vol vetten en calorieën, neemt men zich voor de volgende dag niet meer te eten en worden ontbijt en middagmaal overgeslagen. Of men eet slechts een paar droge beschuiten. Met vasten en/of diëten moet absoluut gestopt worden als men de eetbuien wil kunnen stopzetten. Anders gezegd: vasten en diëten zijn gevaarlijk voor eetstoornispatiënten, ze kunnen zelfs levensbedreigend zijn.

Negatieve lichamelijke gevolgen van het diëten

- ▶ Uw haar valt uit.
- ▶ Elders op het lichaam (bijvoorbeeld gezicht, armen, borsten) kan overmatige haargroei optreden.
- ▶ Uw lichaamstemperatuur daalt en u hebt voortdurend koude handen en voeten.
- ▶ U bent sneller vermoeid.
- ▶ Uw slaap raakt verstoord.
- ▶ Uw cholesterolwaarden stijgen, voornamelijk door de veranderingen in hormoonhuishouding, namelijk een tekort aan oestrogenen die beschermen voor hartproblemen, en door problemen in de werking van de lever.
- ▶ Uw menstruatie stopt.
- ▶ Er treedt constipatie op door de trage werking van de darmen.
- ▶ Uw beendergestel en botten ontkalken, u ontwikkelt osteoporose of botontkalking waardoor uw skelet snel verouderd, door de botontkalking loopt u een groot risico op breuken.
- ▶ Uw honger- en verzadigingsgevoel raken ontregeld.
- ▶ Bij jonge meisjes stopt de lichaamsgroei.
- ▶ Uw maag krimpt waardoor u zich al onbehaaglijk voelt na het eten van een kleine portie.
- ▶ U raakt geleidelijk lichamelijk uitgeput.
- ▶ Het aantal rode bloedcellen neemt af en u ontwikkelt hierdoor bloedarmoede.

Negatieve psychologische veranderingen door het diëten

- ▶ U raakt al heel snel geobsedeerd door alles wat met voedsel te maken heeft.
- ▶ Uw interesse voor andere zaken neemt af.
- ▶ U gaat sociale contacten steeds meer uit de weg.
- ▶ U raakt hierdoor steeds meer in een sociaal isolement.
- ▶ U wordt prikkelbaar en steeds vermoeider.
- ▶ Uw concentratievermogen en geheugen gaan zienderogen achteruit.
- ▶ Uw stemming wordt depressief, u ziet de toekomst somber in.

Andere negatieve aspecten

Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat 95 procent van alle personen die via een draconisch dieet zijn afgevallen, de verloren kilo's één jaar later weer terugheeft. Erger nog, meestal is het gewicht hoger dan het gewicht waarmee de dieetpoging werd begonnen. Anders gezegd: niemand houdt dit vasten en diëten vol. Er komt dus een dag dat u weer meer, en vaak zelfs veel te veel gaat eten. Het vasten veroorzaakt immers ook een soort *craving*-reactie in het lichaam, een sterke, oncontroleerbare drang naar zoete en calorierijke spijzen. Diëten leidt bij velen dus automatisch tot eetbuien. Diëten is daarom niet alleen ineffectief, maar het kan u veel schade berokkenen. Om al deze redenen is het duidelijk dat diëten en vasten gestopt moeten worden als u echt uw eetbuien wilt stopzetten.

Bijlage 13.9 Voorbeeld van een eetbuiscenario

Situatie	Beoordeel hier de sterkte van de eetdrang (0 = zeer laag, 10 = zeer hoog)
1. U gaat na of u voldoende geld bij u hebt.	1
2. U gaat te voet of met de fiets of auto.	1
3. U gaat naar een winkel om eten te kopen.	1
4. U loopt door de winkel en kiest het voedsel.	2
5. U betaalt aan de kassa.	2
6. U verlaat de winkel.	3
7. U gaat naar huis.	5
8. Daar aangekomen neemt u het voedsel mee naar binnen.	6
9. U pakt het voedsel uit en legt het in de koelkast.	7
10. U pakt het voedsel en legt het op tafel.	9
11. U begint te eten: eetbui begint.	10

Bijlage 13.20 Belangrijke stappen in het geleidelijk stoppen met eetbuien, braken en laxeren

Hierna volgt een korte omschrijving van de belangrijkste stappen die u kunnen helpen te stoppen met eetbuien, braken en laxeren. Geef aan welke stappen u nu al zou willen zetten. Denk na over deze stappen die moeilijk zijn en vraag steun als u het niet alleen kunt.

1. Stoppen met diëten.
2. Drie maaltijden per dag plannen op vaste tijdstippen plus drie tussendoortjes (snacks).
3. Een eetdagboek invullen.
4. Geleidelijk verminderen van het aantal eetbuien.
5. De eetbuien minder aantrekkelijk maken.
6. Op zoek gaan naar de uitlokkers van uw eetbuien.
7. Alternatieven zoeken voor uw eetbuien.
8. Het eetbuiscenario analyseren.
9. Stoppen met braken en laxeren.
10. Uzelf een mislukking toestaan.
11. Steun zoeken: zorgen voor meer sociale contacten.
12. Uzelf bij vooruitgang belonen.
13. Enkele aanmoedigende gedachten noteren.

Bijlage 13.21 ABCDEF-formulier

Negatieve ervaringen, gevoelens en gedachten leren identificeren en onderzoeken

A Beschrijf de situatie zo objectief mogelijk.
B Welke gedachte ging er door uw hoofd? Bepaal de geloofwaardigheid (0–10)
C Wat voelde u als gevolg van deze gedachte en wat deed u?
D Onderzoek de gedachte en probeer ten minste vijf tegenargumenten op te schrijven.
E Schrijf uw nieuwe gedachte op en bepaal de geloofwaardigheid (0–10).
F Wat voelt u en doet u na deze gedachte?

Instructie

- Beschrijf de gebeurtenis die leidde tot het onplezierige gevoel.
- Beschrijf hier de gedachte(n) die met dit gevoel gepaard ging(en) en geef aan op een schaal van 0–10 hoe geloofwaardig deze gedachte(n) voor u is/zijn (0 = helemaal niet, 10 = volkomen geloofwaardig).
- Hier beschrijft u de onplezierige, storende of negatieve gevoelens.
- Hier gaat u de gedachte onderzoeken, wat we ook uitdagen noemen. U kunt zich bijvoorbeeld afvragen: Hoe waar is deze gedachte? Welke aanwijzingen heb ik hiervoor? Hoe kan ik weten wat anderen denken? Hoe kan ik de toekomst voorspellen? Vergeet ik niet naar de positieve kanten te kijken? Hoe zou ik reageren als de rollen zijn omgekeerd? Wat zou een ander (mijn beste vriendin) denken over zichzelf in deze situatie? Formuleer minstens vijf tegenargumenten.
- Kies hier een nieuwe gedachte die tegenover de niet adequate gedachte bij B wordt geplaatst en geef aan hoe geloofwaardig deze gedachte voor u is.
- Beschrijf hier in welk gevoel deze nieuwe gedachte resulteert en hoe u zich rekening houdend met deze nieuwe gedachte, zult gedragen.

