

Behandeling van patiënten met boulimia nervosa

18

Johan Vanderlinden en Jan Norré

18.1 Inleiding

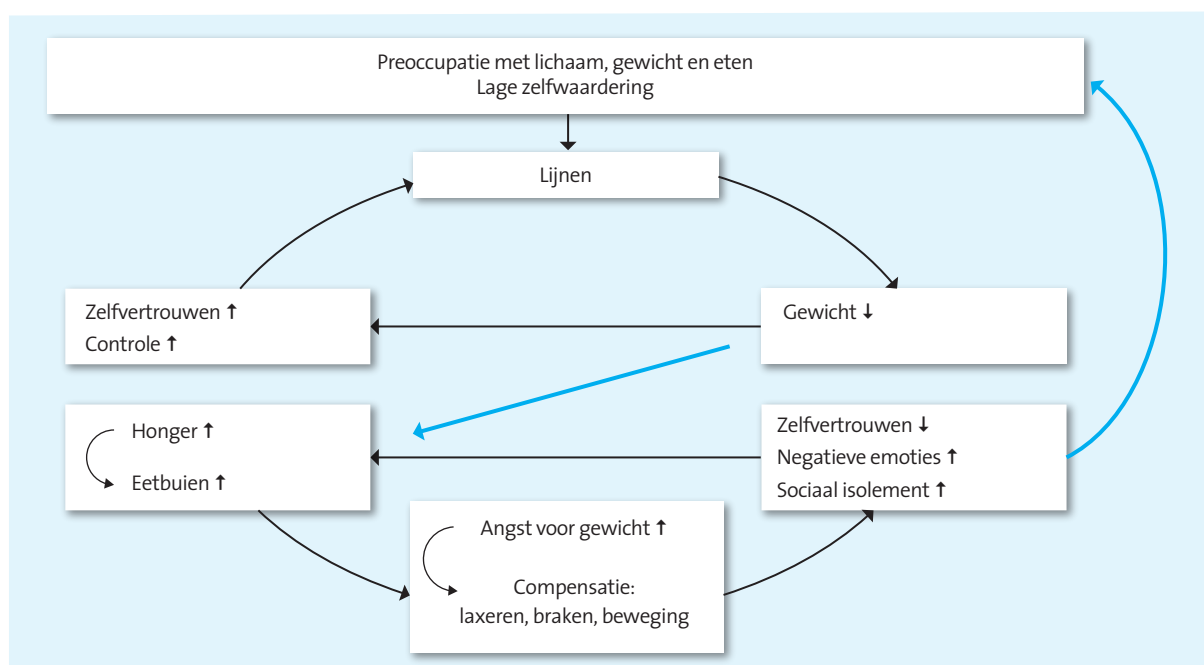
Boulimia nervosa (BN) bestaat uit een controleverlies over het eetgedrag dat uitmondt in eetbuien en een gestoord eetgedrag. Deze eetbuien worden gevolgd door zelf uitgelokt braken, misbruik van laxeer- en/of plaspillen, en/of vasten of bewegen uit angst om dikker te worden. Centraal staan de angst voor controleverlies over het eetgedrag en de angst dat het lichaamsgewicht zal toenemen. De patiënte 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 instandhoudende vicieuze cirkel van diëten, eetaanvallen en compenseren.

Recentelijk werd in de DSM-IV (APA, 1994) nog een onderscheid gemaakt tussen twee types van BN: het purgerende type en het niet-purgerende type, waarbij alleen het purgerende type na een eetbui overgaat tot braken, laxeren en/of plaspillen slikken. Deze opdeling is meermaals ter discussie gesteld (Van Hoeken et al., 2009), vermits er weinig evidentie bestaat voor de validiteit van het niet-purgerende BN-type. Vandaar dat in de nieuwe DSM-5 deze indeling verdwenen is. Een andere belangrijke verandering heeft te maken met het aantal eetbuien: in de DSM-5 volstaat het hebben van één eetbui per week (DSM-IV drie à vier eetbuien per week). Hierdoor zullen vermoedelijk veel méér patiënten de diagnose BN krijgen. Daarnaast krijgt het niet-purgerende type (patiënten met eetbuien, maar zonder braken of ander compenserend gedrag) een afzonderlijke diagnose, namelijk de *binge eating disorder* (BED) of eetbuistoornis. De BED-diagnose werd in de DSM-IV beschreven onder de eetstoornissen niet anderszins omschreven (NAO), maar wordt nu erkend als een afzonderlijke diagnostische categorie.

Verschillende verklaring modellen van BN werden naar voren 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 BN. In de behandeling wordt niet ingegaan op mogelijke oorzaken van BN. De behandeling richt zich voornamelijk op de direct uitlokkende factoren van de eetbuien in het hier en nu en op de factoren die de eetstoornis in stand houden.

BN is gebaseerd op een zeer sterke preoccupatie met het lichaam, het gewicht en het eten, in combinatie met een lage zelfwaardering en een perfectionistisch ingestelde houding. Aanvankelijk resulteert dit bij veel jonge vrouwen in extreem lijnen. Het gewichtsverlies zorgt ervoor dat veel patiënten zich aanvankelijk door dit lijnen beter gaan voelen. Het zelfvertrouwen neemt toe. Hierdoor wordt het lijnen vaak 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 leidt het extreem lijnen tot 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 daalt het zelfvertrouwen weer. De zorgen over het uiterlijk en het gewicht nemen verder toe. Op den duur wordt het zelfvertrouwen volledig bepaald door het gewicht op de weegschaal. De verschillende kenmerken gaan 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 het gewicht, het uiterlijk en de voeding, 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. In figuur 18.1 wordt een overzicht gegeven van deze zichzelf versterkende patronen.



Figuur 18.1 Zichzelf versterkende mechanismen in de ontwikkeling van BN

18.2 Onderzoeksbevindingen

De behandeling van BN is de voorbije 25 jaar goed onderzocht zodat een op onderzoek gebaseerde (evidence-based) behandeling mogelijk is geworden. In alle bestaande internationale richtlijnen voor de behandeling van BN beschouwt men cognitieve gedragstherapie (CGT) die zich richt op het veranderen van specifiek gedrag en gedachten die de eetstoornis onderhouden als eerste keuze van behandeling (CBO, 2006). Deze behandeling bestaat meestal uit een twintigtal individuele sessies gespreid over een vijftal maanden. Toch leidt deze behandeling op korte termijn slechts bij 30 tot 40% van de patiënten tot een volledige en blijvende verbetering (Hay et al., 2009). Een recent ontwikkelde behandeling, CGT-Enhanced (CGT-E), waarin ook gefocust wordt op interpersoonlijke problemen, het moeilijk verdragen van emoties, perfectionisme en zelfvertrouwen, leidde niet tot betere behandelingsresultaten (Fairburn et al., 2009).

Aangezien de CGT-behandeling op korte termijn bij slechts 30 tot 40% van de patiënten tot een goed resultaat leidt, is er onderzoek gedaan naar mogelijke factoren die de behandeling kunnen bemoeilijken en compliceren. In die context werd ook onderzocht of bepaalde patiëntkenmerken de outcome konden voorspellen (onderzoek naar predictoren) en of er factoren bestaan die mediërend konden werken in het behandelingsresultaat (onderzoek naar

mediatoren). Het is opvallend dat onderzoek naar therapeutkenmerken of -karakteristieken, waarvan inmiddels uitvoerig is gedocumenteerd dat deze belangrijk zijn voor de outcome, volledig ontbreekt (Jennings & Skovholt, 1999).

In de rest van deze paragraaf zullen we de verschillende predictoren en mediators kort bespreken.

Specifieke persoonlijkheidskenmerken van patiënten

Er is heel wat onderzoek gedaan naar persoonlijkheidsfactoren en -kenmerken die een significante invloed kunnen hebben op het behandelingsresultaat. Een centrale factor die in heel veel onderzoek opduikt, is impulsiviteit, die als een *trait* wordt beschouwd (Castellini et al., 2012; Fahy & Russell, 1993). Impulsiviteit verwijst naar: 'a lack of forethought and failure to contemplate risks and consequences before acting' (Cassin & Ranson, 2005, p. 898). Naast problemen met eetbuien vinden we bij vele patiënten andere impulscontroleproblemen, zoals alcoholverslaving, automutilatie, stelen en koopzucht. Hoe groter de impulsiviteit bij de start van de behandeling, hoe ongunstiger het behandelingsresultaat, vooral betreffende de reductie van het aantal eetbuien en braken (Castellini et al., 2012).

Advies: het is belangrijk bij de voormeting een degelijk zicht te krijgen op de ernst van de impulsiviteit. Hoe hoger de impulsiviteit, hoe groter de kans op het mislukken van de behandeling en het ontwikkelen van een chronisch probleem. Het gebruik van de subschaal 'controleverlies' van de Dissociation Questionnaire (DISC; Vanderlinden et al., 1993) kan hierbij nuttig zijn om de ernst van de impulsiviteit te meten.

Nauw samenhangend met de factor impulsiviteit en uitgebreid bestudeerd bij eetstoornissen is de aanwezigheid van borderline persoonlijkheidskenmerken (Cassin & Ranson, 2005). Prevalentie van de borderline persoonlijkheidsstoornis bij BN wordt geschat op ongeveer 34% (Hersen et al., 2007) en is een duidelijke belemmerende factor voor het behandelingsresultaat. Eén studie laat zien dat de aanwezigheid van borderline symptomen de krachtigste predictor is van het resultaat na vijf jaar follow-up (Rowe et al., 2011).

De factor impulsiviteit kan ook samenhangen met de aanwezigheid van het kenmerk alexithymie, het onvermogen om gevoelens te herkennen, een kenmerk dat zowel voor aanvang als na het beëindigen van de behandeling bij BN-patiënten in verschillende studies werd vastgesteld (Gilboa-Schechtman et al., 2006). Men veronderstelt dat het niet kunnen herkennen en benoemen van gevoelens en emoties de impulsiviteit kan verhogen.

Advies: indien het omgaan met emoties moeilijk loopt (grote impulsiviteit en/of affectdisregulatie, alexithymie), dan bevelen we sterk aan de module 'emoties herkennen, beheersen en communiceren' aan te bieden (Vanderlinden, 2008, p. 198-208).

Specifieke kenmerken van boulimia nervosa

Naast de persoonlijkheidskenmerken werden verscheidene kenmerken van de eetstoornis zelf geïdentificeerd als predictor van het behandelingsresultaat. Verschillende studies tonen dat een hoge mate van *body shape concern*, een zeer sterke preoccupatie met het lichaam, een sterke predictor is van het behandelingsresultaat (Castellini, et al., 2012). In het in paragraaf 18.3 beschreven protocol wordt deze preoccupatie met het lichaam geëvalueerd aan de hand van de Lichaamsattitudevragenlijst (LAT; Probst et al., 1997). Uit ander onderzoek bleek dat de veranderingen in de lichaamsbeleving zoals gemeten met de LAT de sterkste predictor waren van de eetsymptomen aan het einde van een residentiële behandeling (Danielsen & Ro, 2012). Dit wil zeggen dat hoe negatiever of gestoorder de lichaamsbeleving, hoe slechter het behandelingsresultaat.

Een robuuste bevinding is de volgende: patiënten die erin slagen tijdens de eerste twee maanden van de behandeling het aantal eetbuien en purgeergedrag (braken en laxeren)

significanter te verminderen, hebben een veel hogere kans op een goed behandelingsresultaat (Marronne et al., 2009). In dezelfde lijn stelde men vast dat ook de ernst van de eetsymptomen (aantal eetbuien en purgeergedrag) een goede voorspeller is van het behandelingsresultaat (Turnbull et al., 1997). Hoe meer en ernstiger de eetbuien, het braken en laxeren bij aanvang, hoe minder goed het behandelingsresultaat. Dit hangt vermoedelijk nauw samen met de eerder beschreven factor impulsiviteit. Ook de aanwezigheid van obesitas voorafgaand aan de BN, blijkt een negatieve prognostische factor te zijn (Bulik et al., 1998; Fairburn et al., 2003).

Andere psychische klachten

Uit verscheidene onderzoeken blijkt dat het comorbide aanwezig zijn van een depressie een belemmerende factor is voor een goed behandelingsresultaat (Bulik et al., 1998). Andere onderzoekers bestudeerden de aanwezigheid van psychopathologie bij de ouders van BN-patiënten en stelden vast dat de combinatie van een depressieve stoornis niet alleen bij patiënte maar ook bij de moeder onafhankelijke predictoren waren voor de boulimiesymptomen bij langdurige follow-up-evaluatie (Arikian et al., 2008).

Therapieattitude bij de patiënt

Onderzoek laat duidelijk zien dat de motivatie bij aanvang van de behandeling evenals het vertrouwen van de patiënt in de behandeling robuuste predictoren zijn voor het behandelingsresultaat (Steele et al., 2011). Vooral het geloof in de eigen mogelijkheden om het gedrag te veranderen (*confidence in the ability to change*) blijkt een robuuste predictor te zijn voor behandelingsresultaat. De auteurs benadrukken het belang van het feit dat de motivatie reeds in de eerste sessies moet worden aangescherpt (Steele et al., 2011).

Aanwezigheid van psychotrauma

Enkele studies maken duidelijk dat de aanwezigheid van psychotrauma (emotionele verwaarlozing, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik) gepaard gaat met meer eetbuien, meer impulscontroleproblemen en affectdisregulatie (Vrabel et al., 2010). Fallon et al. (1994) stelden vast dat lichamelijke mishandeling in combinatie met een zeer controlerende familieomgeving gepaard ging met een ongunstig therapieresultaat. Op basis van deze gegevens kan men stellen dat de aanwezigheid van psychotrauma gepaard gaat met een ernstigere eetsymptomatologie bij aanvang van de behandeling en een ongunstiger therapieresultaat (Vanderlinden et al., 1997).

Samenvattend leiden de in deze paragraaf beschreven onderzoeksbevindingen tot de volgende therapeutische aanbevelingen:

- Probeer bij aanvang van de behandeling een duidelijk beeld te krijgen van de ernst van de impulsiviteit, waarbij verschillende domeinen moeten worden geëxploreerd.
- Bij vermoeden van grote impulsiviteit en comorbiditeit met borderline kenmerken en depressiviteit: overweeg medicatie (voorkeur fluoxetine, zie: NICE, 2004).
- Benadruk bij aanvang het belang van het afbouwen van de eetbuien en het braken in relatie tot het verkrijgen van een positief behandelingsresultaat.
- Geef voldoende aandacht aan de preoccupatie met het lichaam en het gewicht. Indien deze preoccupatie erg groot is en er dus sprake is van een erg negatieve lichaamsbeleving, besteed hieraan dan extra aandacht. Bespreek dit met de patiënte en stel een intensievere behandeling voor die de kans op het loslaten van de sterke preoccupatie met het lichaam en het gewicht vergroot (Mulkens & Van der Linden, 2013).

18.3 Samenvatting behandelprotocol

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

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

De protocollaire behandeling bestaat uit 24 sessies. In de eerste fase van de behandeling (10–12 sessies) zijn de interventies voornamelijk gericht op het doorbreken van de zichzelf versterkende processen en het herwinnen van de controle over en het normaliseren van het eetgedrag. Onderzoeksgegevens accentueren het belang van deze eerste fase om een goede genezing te bereiken. In de tweede fase (8–12 sessies) wordt gefocust op de overige factoren die de eetstoornis in stand houden en die als afzonderlijke modules worden aangeboden. Figuur 18.2 bevat een overzicht van de totale behandeling.

| Sessies | | |
|--|-----------|-----------|
| Vorbereiding | | |
| Informeren en evaluatie van de motivatie | | |
| Therapiecontract | | |
| Fase 1: normalisatie eetpatroon | | |
| Herstel normaal eetpatroon | | |
| Gewicht controleren en eetdagboek | | |
| Stoppen van dieet | | |
| Stoppen met het gebruik van compensatiemaatregelen | | |
| Geleidelijke afbouw van eetbuien en toepassen zelfcontroletechnieken | | |
| Opsporen van de uitlokkers van eetbuien in 'hier en nu'-situatie en blootstelling | | |
| Toepassen van alternatieven in confrontatie met de uitlokkers van de eetbui | | |
| Fase 2: modules gefocust op de overige instandhoudende factoren van de eetstoornis (drie of meerdere modules) | | |
| Module 1 | | |
| Gedachten & gedrag | | |
| Module 2 | | |
| Lichaamsbeleving | | |
| Module 3 | | |
| Zelfvertrouwen | | |
| Module 4 | | |
| Zelfstandigheid | | |
| Module 5 | | |
| Emoties | | |
| Module 6 | | |
| Terugvalpreventie | | |
| ↑ | ↑ | ↑ |
| Diagnostische evaluatie | Evaluatie | Evaluatie |

Figuur 18.2 Overzicht protocol ambulante behandeling voor BN-patiënten



Standaard worden in de tweede fase de volgende vier modules aangeboden:

- installeren van een functioneel zelfevaluatiesysteem;
- bevorderen van een positieve lichaamsbeleving;
- vergroten van zelfvertrouwen;
- terugvalpreventie.

De modules kunnen elk 2–4 sessies in beslag nemen. In overleg met de patiënte kunnen ook de twee overige modules worden aangeboden: ‘leren herkennen, beheersen en adequaat uiten van negatieve emoties’ en ‘vaardigheden aanleren die de zelfstandigheid vergroten’. Aangezien deze modules in een ambulante therapie niet zo vaak aangeboden worden, wordt voor een beschrijving van deze laatste twee modules hier volstaan met een verwijzing naar Vanderlinden (2008).

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

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

18.4 Casuïstiek

In deze paragraaf beschrijven we drie voorbeelden van een vastgelopen behandeling.

Casus Loes: moeite met het bijhouden van een dagboek

Loes is een 26-jarige vrouw die als advocate werkt. Ze woont samen met Peter die zijn studie geneeskunde heeft voltooid. Tijdens haar puberteit, rond haar zestiende, maakte ze een anorectische periode door met een ernstige gewichtsval. Sinds ze op kamers is gegaan en is gaan studeren, is haar gewicht gestegen. Uit angst voor een verdere gewichtsstijging is ze gaan braken. Omdat dit zo makkelijk ging, ontdekte ze al snel dat ze mateloos kon blijven eten zonder dat haar gewicht toenam. Sindsdien maken eetbuien deel uit van haar dagelijks eetpatroon.

Als Loes thuiskomt van kantoor, vertoeft Peter meestal in het ziekenhuis. Ze heeft honger en om op adem te komen van een drukke dag heeft ze een eetbui, gevolgd door braken. Vervolgens maakt ze het avondeten klaar en eet ze samen met Peter wanneer hij thuiskomt.

Uit een eerste analyse van haar eetbuigedrag blijkt dat de eetbuien een voor haar emotioneel erg belangrijke functie vervullen. De eetbuien helpen haar al datgene waarover ze zich zorgen maakt even te vergeten en te relativiseren. Toch wil ze van haar eetbuien en braken af. Peter wil binnen twee jaar aan kinderen beginnen. Ze wil een gezonde moeder zijn, die goed in haar vel zit.

Gemotiveerd begint ze aan haar dagboek. Ze vindt het moeilijk om de eetbuien te noteren. Daarom wordt er na de eerste bespreking van haar dagboek afgesproken dat ze nog enkel ‘EB’ noteert zonder de precieze inhoud van haar eetbui te vermelden. De therapeut benadrukt dat het belangrijk is om een dagboek bij te houden om met het protocol te kunnen verder werken. In sessie 6 heeft ze geen dagboek meer bijgehouden en ze wil er verder ook geen meer bijhouden. Ze wordt er ‘ziek’ van om telkenmale zichzelf te zien falen. ■

Casus Sarah: snel tevreden met een eerste verbetering

Sarah is een 19-jarige studente die sinds vorig jaar verpleegkunde studeert. Zij is de oudste uit een gezin met twee dochters. Tijdens haar opvoeding hebben haar ouders erg de nadruk gelegd op gezonde voeding en sport, zowel voor henzelf als voor hun kinderen. Sarah heeft tijdens haar jeugd intensief geturnd in



competitieverband. Haar eetbuien zijn begonnen tijdens het laatste jaar van haar middelbare school. Wanneer ze langskomt voor consultatie, vertelt ze dat ze wat aan haar dagelijkse eetbuien wil doen, want ze vindt dat deze eetbuien haar leven te veel bepalen. Ze moet toegeven dat ze heel wat sociale activiteiten vermijdt, zeker als ze weet dat er eten bij te pas komt. Elke avond als ze alleen is, heeft ze vaak meerdere eetbuien, telkens gevolgd door braken. Voor het slapen gaan slikt ze steevast een reeks laxepillen. Bovendien stelt ze vast dat de stages in haar opleiding moeilijk verlopen, omdat ze haar eetpatroon dan moet aanpassen. Recentelijk heeft ze met de hulp van een vriendin haar ouders op de hoogte gebracht van haar probleem. Haar ouders steunen haar in haar hulpvraag. Zelf wil ze van haar eetstoornis af omdat ze vaststelt dat de eetbuien en het braken haar leven helemaal zijn gaan beheersen.

Tijdens de eerste tien sessies van het protocol werkt ze gemotiveerd aan het opbouwen van een evenwichtig eetpatroon en het afbouwen van haar eetbuien. Bij de evaluatie halverwege het protocol geeft ze te kennen dat ze tevreden is met haar vooruitgang, want ze eet regelmatig en heeft nog slechts twee eetbuien per week. Ze vraagt zich af of het wel zinvol is om met de therapie verder te gaan, want ze heeft haar doel bereikt. De eetbuien bepalen haar leven niet meer, ze voelt zich goed tussen haar vrienden en heeft een positieve beoordeling gekregen voor haar stage verpleegkunde. ■

Casus Nele: stagnatie en een trauma

Nele is een 23-jarige jaar studente farmacie. Ze zit in het laatste jaar van de studie. Ze woont in een appartement, samen met haar vriend Tom, die sinds een jaar werkt als ingenieur. Ze heeft een eetstoornis sinds haar zestiende. De verandering die met name het op kamers gaan wonen en het volgen van een studie teweeg hebben gebracht, hebben ertoe geleid dat de AN is geëvolueerd naar een eetpatroon van eetbuien gevolgd door zelf uitgelokt braken. Bij haar ouders vond ze weinig gehoor en steun. Daarom vond ze het aanvankelijk erg moeilijk om Tom op de hoogte te brengen van haar eetstoornis. Toen ze vorig jaar beslisten om te gaan samen wonen, heeft ze hem ingelicht over haar eetstoornis. Ook al begreep hij er niet veel van, zij voelde zich gesteund en niet veroordeeld. Hij heeft haar ertoe gestimuleerd hulp te gaan zoeken.

Nele wil van haar eetstoornis af, want ze ziet deze als een hindernis voor de toekomstige keuzes en stappen in haar leven (werk en gezin). Het werken aan haar eetpatroon en het afbouwen van de eetbuien verloopt moeizaam, omdat ze bang is om de controle te verliezen over haar lichaamsgewicht (BMI = 18.9). Ze is bang dat als haar gewicht verder stijgt, ze niet langer voor Tom aantrekkelijk zal zijn. Tijdens de module 'verbeteren van de lichaamsbeleving' voert ze geen van de opdrachten uit. Ze bekent dat ze in haar puberteit tweemaal is verkracht. Tom is hiervan niet op de hoogte. Ze vertelt dat ze tijdens de seksuele omgang met Tom er niet altijd bij is met haar gedachten en helemaal niets voelt. ■

18.5 Behandeladviezen

De behandeladviezen die wij in deze paragraaf geven zijn deels gebaseerd op de onderzoeksbevindingen en deels op onze jarenlange klinische ervaring met de hindernissen die we zelf ondervinden tijdens het werken met het protocol.

Besteed veel aandacht aan de therapeutische relatie

Een van de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van een psychotherapeutische behandeling, ongeacht de problematiek, is een goede therapeutische werkrelatie tussen de therapeut en de patiënt. Het uitbouwen van een goede therapeutische relatie in het contact met de boulimiepatiënt gaat vaak gepaard met enkele specifieke hindernissen. Deze hindernissen kunnen in essentie tot drie herleid worden:

- het niet eerlijk rapporteren, voornamelijk van het symptoomgedrag (eetbuien en braken);
- het niet bespreken van therapeutische obstakels;
- het zich te afhankelijk opstellen tegenover de therapeut.

De strategieën die wij hierna beschrijven kunnen nuttig zijn voor het bevorderen van een goede therapeutische relatie.

Evalueer de therapeutische relatie vanaf de aanvang van de behandeling

Het is aanbevelenswaardig om vanaf het begin van de behandeling de Session Rating Scale (SRS) aan te bieden (Duncan, et al., 2003). Deze korte vragenlijst bestaat uit slechts vier vragen en informeert naar het volgende:

- Voelde de patiënt zich gehoord, begrepen en gerespecteerd?
- Werd er gepraat over en gewerkt aan de aspecten die de patiënt wilde bespreken of aanpakken?
- Sloot de benadering van de therapeut aan bij patiënt?
- Hoe beoordeelt de patiënt de sessie globaal?

Sinds enige tijd maken we gebruik van deze vragenlijst en stellen we vast dat het systematisch voorleggen van de SRS duidelijk helpt om hindernissen in de therapeutische relatie snel op te sporen en bij te sturen waar dat nodig is. Bovendien hebben we de indruk dat dit de uitbouw van de therapeutische relatie versterkt.

Wees niet te streng betreffende het niet altijd eerlijk rapporteren

Boulimiepatiënten zijn vaak als het ware verlamd door intense gevoelens van schaamte en schuld. Dit bemoeilijkt eerlijkheid en openheid binnen het therapeutische contact. Beginnende therapeuten hebben vaak het gevoel dat de patiënt liegt, niet te vertrouwen is, waardoor het tot stand komen van een therapeutische vertrouwensband ernstig bemoeilijkt kan worden. Het is daarom belangrijk dat het niet altijd eerlijk zijn over het eetgedrag, het al of niet braken, beschouwd wordt als een symptoom van BN dat vooral te maken heeft met de gevoelens van schaamte en schuld, en de angst de therapeut teleur te stellen. Bespreek daarom deze dynamiek vanaf het begin van de behandeling en ga ervan uit dat het niet altijd juist mededelen van het aantal eetbuien en braken een probleem is bij elke behandeling. Door aan te geven dat andere patiënten hiermee ook geworsteld hebben bij de aanvang van hun therapie, wordt dit gedrag gedeeltelijk genormaliseerd. Daarnaast is het uiteraard belangrijk dat de therapeut de patiënt blijft aanmoedigen om geleidelijk eerlijker te durven zijn tegenover de therapeut (zie casus Greta).

Casus Greta

Greta: U bent de eerste met wie ik openlijk over mijn eetbuien praat en ik vind dit niet vanzelfsprekend.

Therapeut: Het is inderdaad niet vanzelfsprekend om een geheim te delen met een vreemd iemand. Daarom is het belangrijk dat u goed nadent over wat u al wel en wat u nog niet wilt vertellen. Immers, ik vind het belangrijk dat u eerlijk blijft en dus daarin ook eerlijk uw grenzen aangeeft. Ik aanvaard dat er bij aanvang vragen op u af kunnen komen die u nog niet wilt beantwoorden. Ik verwacht dat u dit eerlijk zegt, zodat ik deze grens kan respecteren. Dit heb ik liever, dan dat u me een antwoord geeft om mij te behagen, waarvan uzelf weet dat het geen eerlijk antwoord is. Ik wil proberen of het tussen ons anders kan verlopen dan in de buitenwereld, waarbij u uw familie of uw vrienden wel eens met een kluitje in het riet durft te sturen. Ik kan begrijpen dat u zich in het verleden hebt willen afschermen tegenover uw omgeving, omdat u nog niet klaar was om te bekennen dat u een probleem had, misschien uit angst voor afwijzing of voor inmening. Dit is bij aanvang van de therapie een houding die heel wat patiënten zich aanmeten.

Greta: Het is inderdaad moeilijk om eerlijk te zijn. Het is een geruststelling om te horen dat de meeste andere patiënten het hier ook moeilijk mee hebben. Ik vind het erg moeilijk om gren-

zen aan te geven, want ik wil geen conflicten. Ik wil anderen niet teleurstellen. Maar ik wil het wel proberen.

Therapeut: Prima, dat u deze boodschap zo constructief opneemt. Ik hou er ook rekening mee dat dit een leerproces is en dat u misschien toch over uw grenzen gaat, omdat u misschien graag de ideale of perfecte patiënte wilt zijn. Ik zal er zelf ook goed op blijven letten. ■

Door dit patroon reeds in de eerste sessie openlijk te bespreken en op een empathische manier positief te heretiketteren, bespreekt de therapeut een belangrijke interactionele dynamiek, die zich ook in de therapeutische relatie als een valkuil kan manifesteren. Het actief begrijpen en bespreken van hun misleidende strategieën zijn therapeutische interventies die het vertrouwen van de BN-patiënten in hun therapeut kunnen versterken.

Moedig zelfstandigheid aan

Uitgaande van hun kwetsbare en negatieve zelfbeeld lopen BN-patiënten het risico dat zij zich al te makkelijk afhankelijk zullen opstellen tegenover de deskundige therapeut en zijn boulimieprotocol. Toch gebeurt het regelmatig dat de therapeut geen antwoord heeft op de vragen van de patiënten. Het is belangrijk dat de therapeut de patiënten stimuleert tot het nadenken over en het uitwerken van oplossingen, die ze vervolgens zelfstandig uitvoeren. Het bevorderen van de zelfstandigheid is een intrinsiek erg belangrijke doelstelling bij de behandeling van BN. Immers, het doel van de therapie is dat de patiënten zelfstandig leren omgaan met hun problemen (Waller et.al., 2007).

Blijf op actieve wijze ‘hoop op verandering en genezing’ zaaien

Vele boulimiepatiënten vechten reeds vele jaren tegen hun eetproblemen en zijn de wanhoop nabij wanneer ze starten met de behandeling. Velen hebben de hoop op verandering opgegeven. Het is belangrijk dat de therapeut op een realistische wijze hoop op verandering blijft zaaien. Zo drukt de therapeut het geloof en vertrouwen uit in de kwaliteiten van de patiënten die stapsgewijs kunnen bijdragen aan de verandering. De therapeut is alert op elke kleine stap voorwaarts die patiënten zetten en benoemt deze. Bovendien blijft hij elke sessie de patiënten aanmoedigen. De therapeut kan gedoseerd praten over de successen van andere patiënten om op deze wijze duidelijk te maken dat verandering toch mogelijk is.

Blijf u als therapeut flexibel opstellen

Durf als therapeut het initiatief te nemen om over de behandelingsdoelstellingen opnieuw te onderhandelen. Immers, in de loop van het protocol kan blijken dat de doelstellingen van de patiënt erg verschillen van de doelstellingen en/of verwachtingen van de therapeut. Dit kan leiden tot heel wat frustratie bij de patiënt én de therapeut, en kan een bedreiging vormen voor een constructieve samenwerking. De omvang van deze verschillen kan leiden tot een machtsstrijd tijdens de sessies. Als deze machtsstrijd niet kan worden geneutraliseerd, kan deze blijven voortduren tijdens het verdere verloop van het protocol. Dit kan demotiverend werken voor zowel de therapeut als de patiënt. Uiteraard kan dit ook resulteren in een vroegtijdig afhaken van de patiënt. Daarom dient de therapeut over de nodige flexibiliteit te beschikken en bereid te zijn om zijn verwachtingen over wat de patiënt op de korte termijn dient te realiseren, terug te schroeven. Dit betekent dat de therapeut de patiënt het voordeel van de twijfel geeft door in overleg met de patiënt nieuwe concrete en haalbare doelstellingen te formuleren binnen een duidelijk afgelijnd tijdsbestek (zie casus Anne-marie).

Casus Anne-marie

Anne-Marie: Ik wil van mijn eetbuien af, maar ik wil niet aankomen. Dus moet ik me aan mijn sobere eetpatroon houden en kan ik het niet maken dat ik afwijk en calorierijke dingen zou gaan eten. Dan word ik enkel dikker en dat wil ik niet.

Therapeut: 'Ik begrijp dat u huiverig bent om uw eetpatroon te veranderen en dat u bezorgd bent dat uw gewicht zal stijgen. Maar misschien bent u wel de uitzondering die iets kan veranderen aan haar eetbuipatroon zonder dat u iets hoeft te veranderen aan uw eetpatroon en uw gewicht stabiel blijft.

Anne-Marie: Schommelingen van meer dan een kilo zijn voor mij uit den boze. Als de weegschaal stijgt met meer dan een kilo, ben ik in paniek en moet ik nog strenger diëten om tot rust te komen.

Therapeut: Dan bepaalt u zelf welke veranderingen in uw eetbuipatroon u haalbaar vindt; u staat vandaag op de weegschaal en u kunt dan de volgende sessie beoordelen wat de impact is geweest van de gewichtsverandering. U kunt iets haalbaars veranderen aan uw eetbuien. En liefst iets waarvan u enige zekerheid hebt dat u dit met succes kunt afronden, zodat u de volgende sessie iets positiefs kunt vertellen over wat u veranderd hebt. Ik kan u daarbij enkele suggesties geven, alleen dient u daarin de keuze te maken. ■

De therapeut kan hier een 'minimaal' gedragsexperiment voorbereiden waarbij de kans op slagen reëel is. Immers, de angst en de spanning die dit oproept moet voor de patiënte hanteerbaar blijven. Bovendien is een succeservaring bij aanvang van het protocol belangrijk om haar geloof in verandering en in haar eigen mogelijkheden te ondersteunen. Dit geloof in verandering zal de motivatie van de patiënte bij de volgende opdrachten vergemakkelijken.

Durf bij stagnatie de behandeling even op 'hold' te zetten

Behandelingen kunnen vastlopen. De patiënte komt steeds te laat op haar afspraak, de eetbuien verminderen niet, afspraken worden geannuleerd, therapeutische afspraken worden niet uitgevoerd. Kortom, de behandeling zit vast en patiënte dreigt nog meer de moed te gaan verliezen. Dergelijke situaties hebben het gevaar in zich dat de spanningen in de therapeutische relatie hoog kunnen oplopen, bijvoorbeeld vanwege de verschillen in de doelstellingen van de patiënte en de therapeut. In een dergelijke situatie is het beter dat de therapeut de behandeling even op 'hold' zet. De therapeut exploreert dan welke hindernissen zich in de therapie voordoen, bijvoorbeeld: een gebrekkige motivatie, onrealistische doelstellingen, ernstige depressieve klachten, psychotrauma of een moeilijke thuissituatie (zie casus Louise).

Casus Louise

Therapeut: Ik merk dat u uw best doet om de gemaakte veranderingen in uw eetpatroon vol te houden, alleen maakt u me duidelijk dat ze niet zo vanzelfsprekend zijn. U lijkt me te veel op uw tenen te lopen. Het lijkt me daarom goed om een adempauze in te lassen in die zin dat u voorlopig geen nieuwe stappen zet in uw veranderingsproces. Belangrijk is dat wat u hebt bereikt, kunt 'vast'houden. Of misschien is het zelfs noodzakelijk dat u een stap terug zet.

Louise: Ik ben blij dat u opmerkt dat ik op mijn tenen loop. Ik kom elke sessie met een beetje angst naar hier. Want ik wil het goed doen, en als ik dat dan bereikt heb, ben ik bang voor de nieuwe opdracht die eraan komt. Dit gaat me te snel. Elke sessie een nieuwe opdracht grijpt me bij de keel. Ik heb al gespeeld met het idee om af te haken.

Therapeut: Prima dit te horen, ik ben blij dat u zo eerlijk bent. Dit helpt ons om samen op dezelfde golflengte te blijven en goed op elkaar af te stemmen. Daarom lijkt me dit een geschikt moment om ook even stil te staan bij de vraag waarom u voor uzelf al deze inspanningen verricht. Gezien de energie die u dit vraagt, is het belangrijk dat het u duidelijk wordt wat u drijft om

dit allemaal te doen. Immers, veranderen is moeilijk en misschien gaan wij als therapeuten hier al te makkelijk aan voorbij. ■

De alertheid van de therapeut voor de motivatie en de inspanningen van de patiënte is van cruciaal belang. Wanneer hij aanvoelt dat de motivatie achteruitgaat en/of de patiënte de opdrachten niet of slechts gedeeltelijk uitvoert, dan kan het nuttig zijn even een 'pauze' in het therapeutisch werk in te lassen. De therapeut kan samen met patiënte de consequenties van deze keuze – de therapie tijdelijk of definitief stopzetten – exploreren. Dit kan de deur openen naar een hernieuwde hulpvraag, zodat de draad van het veranderingsproces opnieuw kan worden opgepikt. Het is voor de patiënte en de therapeut onbevredigend wanneer de patiënte afhaakt zonder enige boodschap na te laten (Dejong et al., 2012).

Stop de ambulante behandeling indien de toestand verslechtert

De therapeut heeft de verantwoordelijkheid de therapie stop te zetten als er onvoldoende verandering is opgetreden gedurende het verloop van het protocol, of als er zich een opmerkelijke achteruitgang manifesteert doordat er sprake is van een toename van het aantal eetbuien, een ernstige terugval in compensatiegedrag of een toename van de depressiviteit met ernstig suïciderisico. Uiteraard dient de therapeut dit met de patiënte in een constructieve sfeer te bespreken. Immers, het falen van de ambulante therapie mag niet gecommuniceerd worden als een falen van de patiënte. Het is aan de therapeut om een eerlijke balans op te maken over het verloop van de therapie, waarbij hij ook moet durven stil te staan bij de beperkingen van het protocol ten aanzien van de hulpvraag van de patiënte.

De volgende factoren kunnen leiden tot het beëindigen van de therapie:

- Als er een depressief beeld opduikt in combinatie met een dreigend ernstig suïcidegevaar dat in een ambulante setting niet hanteerbaar is, dan kan de verwijzing naar een psychiater voor een medicamenteuze behandeling aangewezen zijn.
- Als er sprake is van een ernstige terugval in de symptomen, dan moet de impact daarvan op de gezondheid geherevalueerd worden en dient een verwijzing naar een intensieve residentiële setting besproken te worden met de patiënte. Deze verwijzing dient voorgesteld te worden als een noodzakelijke volgende fase in de weg naar een leven zonder eetstoornis.
- Beide voorgaande fenomenen kunnen negatief beïnvloed worden als de patiënte in een instabiele omgeving vertoeft. Daarom is het belangrijk dat bij aanvang van het protocol de therapeut evalueert hoe de ouders of partners staan tegenover de therapie. Misschien moet de therapeut in overleg met de patiënte een extra sessie inlassen voor de omgeving om het doel van het protocol met de omgeving te bespreken. Of wanneer veranderingen tijdens het protocol aanleiding geven tot spanningen tussen de patiënte en haar directe omgeving, die de motivatie van de patiënte negatief beïnvloeden, dan dient de therapeut hierop alert te reageren en in overleg met de patiënte opnieuw een sessie met het gezin of de partner in te lassen. Maar het kan ook gebeuren dat beide partijen, zowel de patiënte als bijvoorbeeld de ouders, vragen om een opname omdat de spanningen tussen beiden ondraaglijk hoog zijn geworden.

Blijf gedurende de gehele behandeling aandacht geven aan de motivatie en ambivalentie van de patiënte omtrent verandering en stuur bij indien dit nodig is

Werken met patiënten met BN betekent werken met patiënten met een ambivalentie tegenover verandering. Deze ambivalentie is inherent aan patiënten die worstelen met BN en om hulp komen vragen. Voor een succesvol verloop van het protocol is het noodzakelijk dat zowel de therapeut als de patiënte een duidelijk beeld krijgen van deze ambivalentie (voor-

en nadelen van verandering: kosten-batenanalyse). Sommige patiënten zijn zich bewust van deze ambivalentie ('Ik wil veranderen, maar er is een kant in mij die ook niet wil veranderen'), maar de meerderheid van de patiënten is zich er niet bewust van. In deze situatie is het de taak van de therapeut om deze ambivalentie op te sporen, scherp te stellen en bespreekbaar te maken tijdens de sessies. Bovendien kan de stap naar de therapeut gebeurd zijn onder druk van ouders en/of partner.

Casus Marie

Marie: Ik weet dat mijn eetpatroon niet oké is, zelfs ronduit ziekelijk. Daarom wil ik er ook wat aan veranderen. Ik merk dat als ik vriendinnen hoor praten over hun lichaam, voeding en gewicht hun gedachten heel erg verschillen van de mijne, zelfs als ze over diëten praten. En dat verontrust mij; daarvoor wil ik hulp. Alleen ben ik er bang voor. Ik heb het gevoel geen vat te hebben op mijn gedachten. Ik kan me ook niet voorstellen waar ik anders over zou gaan denken, mocht mijn eetstoornis uit mijn leven verdwenen zijn. Ook al zou ik het zo graag willen, het lijkt beangstigend om te leven zonder mijn eetstoornis. En toch wil ik het zo graag. Ik begrijp mezelf totaal niet. Dit is het zoveelste bewijs van mijn emotionele labiliteit.

Therapeut: Door naar de therapeut te gaan erkent u dat er een probleem is. Deze erkenning is uw eerste stap naar verandering. Bovendien is het volkomen normaal dat u bij uzelf dergelijke tegenstrijdigheden vaststelt. Immers, het is alsof u beseft dat veranderen moeilijk is en dat er misschien binnen in u een kant is die bang is voor verandering, of sterker nog, die niet wil dat u een inspanning verricht om iets te veranderen. Het heeft in ieder geval niets te maken met een gebrek aan wilskracht of zelfdiscipline.

De therapeut exploreert de angsten en twijfels van de patiënte in verband met de veranderingen, maakt ze helder en toont begrip.

Marie: Ik vind mezelf een grote nul, want ik ben tot niets anders in staat dan mezelf vol te proppen. Ik kan niet omgaan met mijn gevoelens, dus heb ik eetbuien nodig om mezelf te kalmeren. ■

Ook dient de therapeut gedurende de gehele behandeling alert te blijven voor schommelingen of veranderingen in de motivatie van de patiënte en stuurt bij indien dit nodig is.

Blijf aandacht geven aan bijhouden van het dagboek

Het invullen van een dagboek is een vast onderdeel van een cognitief gedragstherapeutische aanpak (Waller et.al., 2007). Samen met het bijhouden van het gewicht is het in de eerste plaats een therapeutisch instrument en niet een eenvoudige weergave van het eetgedrag van de patiënte – accuraat of niet. Daarom is het van belang dat de patiënten gemotiveerd worden en blijven om het dagboek bij te houden. Als de patiënten dit alleen doen om de therapeut een plezier te doen, dan zullen ze het niet lang vol houden. Het is belangrijk dat de patiënten ontdekken dat het dagboek ook voor henzelf zinvol kan zijn in het groeiproces. Op die manier kunnen ze zelf therapeut worden voor hun eigen veranderingsproces.

De meeste patiënten zullen de therapeut vertellen dat ze al eerder een dagboek hebben bijgehouden en dat dit weinig heeft opgeleverd. Vaak terugkerende gedachten in verband met het dagboek zijn:

- Als ik alles opschrijf wat ik eet, zal ik alleen nog maar meer gepreoccupeerd zijn met voedsel en nog meer eetbuien hebben.
- Als ik moet laten zien wat ik doe met eten, zal ik me alleen nog maar meer schamen en me nog amper durven vertonen in de therapiekamer.
- Als ik dit dagboek bijhoud, kan iemand anders dit vinden.

- Als ik dit dagboek bijhoud, heb ik geen tijd meer om nog wat anders te doen, want dit zal te veel tijd in beslag nemen.

Het is belangrijk dat de therapeut elke sessie van het protocol voldoende aandacht besteedt aan het dagboek, zodat de patiënte beloond wordt voor haar inspanningen om haar dagboek goed bij te houden.

Bij de start van de behandeling kan de confrontatie met het opschrijven van wat een eetbui inhoudelijk behelst te emotioneel bedreigend zijn voor bepaalde patiënten. De therapeut gaat de strijd niet aan met deze patiënten om alsnog open te zijn over de inhoud van hun eetbuien en aanvaardt 'voorlopig' deze 'grens'. De therapeut spoort de patiënten aan om de eetbuien toch in hun dagboek te vermelden, maar daarvoor de symbolen EB te gebruiken, zodat het basisidee van samen werken aan het verhelderen van de triggers en omstandigheden die een eetbui uitlokken, behouden kan blijven. Als de therapie gunstig verloopt, komt er een moment dat de patiënten hun schaamte voldoende hebben overwonnen en zelf beslissen om de inhoud van hun eetbuien ook weer te geven.

Als een patiënte toch hardnekkig blijft volharden in het niet invullen van het dagboek, weerspiegelt dit meestal een blijvende ambivalentie tegenover verandering. Deze ambivalentie dient verder geanalyseerd te worden, wat kan leiden tot het tijdelijk of definitief stopzetten van het behandelprotocol.

Wees soepel in de omgang met de weegschaal

De weegschaal en het zichzelf wegen of gewogen worden is voor BN-patiënten een emotioneel geladen moment, maar wel een belangrijk onderdeel van de sessie. Elk weegmoment kan een triggermoment zijn om achterliggende gedachten en gevoelens bloot te leggen omtrent de negatieve lichaamsbeleving. Dit weegmoment kan ook deel uitmaken van een gedragsexperiment om hardnekkige storende gedachten uit te dagen en te veranderen. Daarom is het belangrijk dat de therapeut vanaf de aanvang van de behandeling de rationale van het wegen aan patiënte duidelijk maakt en evalueert hoe zij hier tegenover staat. Dit laatste wordt vooral bepaald door de plaats die de weegschaal heeft in het dagelijks leven van de patiënte inneemt.

In de praktijk blijkt dat niet alle patiënten uitkijken naar dit onderdeel van de sessie. Een belangrijke groep wil hardnekkig de confrontatie met de weegschaal vermijden. In deze situatie stellen we voor dat de therapeut zich wat soepeler opstelt en stapsgewijs het controleren van het gewicht op de weegschaal plant. Zo kan bijvoorbeeld in een eerste fase de patiënte op de weegschaal gaan staan zonder naar het gewicht te kijken, terwijl de therapeut het gewicht registreert. In een volgende fase, die de patiënte mee bepaalt, deelt de therapeut mee of het gewicht gestegen of gedaald is en gaat de therapeut in op de begeleidende gedachten en gevoelens. In de laatste fase staat de patiënte op de weegschaal en deelt het gewicht zelf mee. In deze fase kunnen de gedragsexperimenten starten rond de impact van het eetgedrag op het gewicht en de lichaamsbeleving. Mits de patiënte het tempo in dit veranderingsproces bepaalt, dient de therapeut voldoende flexibiliteit aan de dag te leggen om het protocol aan te passen.

Een aantal BN-patiënten heeft een redelijk stabiel en normaal gewicht. Zij hebben een flexibele controle over hun gewicht en kunnen omgaan met gewichtsschommelingen zonder schuld- en/of angstgevoelens. Hun lichaamsbeeld is niet dusdanig verstoord dat ze niet kunnen omgaan met de weegschaal, niet kunnen kijken in spiegels en of geen complimenten over hun uiterlijk kunnen ontvangen. Bij deze groep van patiënten lijkt het ons zinloos om hen toch wekelijks op de weegschaal te zetten volgens de voorschriften van het protocol.

Bespreek het wegblijven van een sessie zo snel mogelijk

Het niet komen opdagen van een patiënte is in elke therapie een belangrijk signaal van een mogelijk ongunstig verloop van de behandeling. De therapeut kan hier niet aan voorbij gaan. Daarom dient de therapeut zo snel mogelijk de redenen te exploreren waarom patiënte niet kwam opdagen. De therapeut kan een vrijblijvende mail sturen om inzicht te krijgen in de drijfveren van de patiënte om weg te blijven op de afspraak of telefonisch contact zoeken.

Het niet komen opdagen op een afspraak kan een van de volgende oorzaken hebben:

- sterk aanwezige ambivalentie;
- angst om te falen;
- te hoge verwachtingen van zichzelf;
- te hoge verwachtingen van de therapeut;
- angst om de therapeut teleur te stellen.

Sterk aanwezige ambivalentie

Een sterk aanwezige ambivalentie, die toeneemt ondanks de veranderingen in het symptomgedrag, komt voor bij patiënten die de veranderingen in hun eetpatroon en eetbuigedrag niet als iets positiefs ervaren. De therapeut dient hierop in te gaan door de negatieve gedachten en gevoelens ten aanzien van deze veranderingen te bespreken. Mogelijk komen deze patiënten en de therapeut tot de conclusie dat de patiënten nog niet bereid zijn om echt te werken aan het opgeven van de eetstoornis en wordt de therapie voortijdig in onderling overleg beëindigd.

Angst om te falen

Sommige patiënten gaan liever een mislukking uit de weg dan ermee geconfronteerd te worden. Zij vinden het erg moeilijk om een niet geslaagde opdracht als een leermoment te bekijken waarmee ze constructief verder kunnen naar de toekomst toe. De therapeut kan deze patiënten helpen door op een begripvolle en nieuwsgierige manier samen uit te zoeken wat ertoe heeft geleid dat de patiënten de afgesproken opdrachten niet hebben uitgevoerd. Van daaruit kan dan de hindernis aangepakt worden, zodat de patiënten verder kunnen in de therapie.

Te hoge verwachtingen van zichzelf

Sommige patiënten vinden dat de vooruitgang onvoldoende is en dat deze veel te traag verloopt. Zij vinden van zichzelf dat ze tijdens de therapie te weinig karakter hebben, en te weinig wilskracht en discipline tonen. Ze verwachten van zichzelf dat ze gedurende het hele protocol even sterk gemotiveerd blijven. Ze kunnen niet omgaan met de schommelingen in hun motivatie en schrijven dit toe aan hun emotionele labiliteit. De therapeut dient dan duidelijk te maken dat motivatie geen stabiel kenmerk is maar varieert in de tijd, ook tijdens de behandeling. Deze variatie is dus een normaal gegeven en geen weerspiegeling van de emotionele labiliteit van de patiënten.

Te hoge verwachtingen van de therapeut

Sommige patiënten twijfelen aan de deskundigheid van de therapeut. Ook zij vinden dat de gemaakte vooruitgang onvoldoende is en dat het veranderingsproces veel te traag verloopt. Maar zij durven hun twijfels tegenover de aanpak van de therapeut niet uit te spreken. De therapeut dient op een inlevende manier deze patiënten te helpen door hun bedenkingen ten aanzien van de werkwijze van de therapeut ter sprake te brengen, zodat beiden opnieuw op dezelfde golflengte komen te zitten.

Angst om de therapeut teleur te stellen

Sommige patiënten zijn ervan overtuigd dat ze weinig krediet hebben bij de therapeut. Als ze de opdrachten niet uitvoeren zoals afgesproken, zijn ze ervan overtuigd dat ze uit de gratie vallen bij de therapeut en dat deze de therapie zal stopzetten wegens onvoldoende vooruitgang. Uit angst voor de afwijzing verkiezen ze dan liever om weg te blijven: liever zichzelf afwijzen dan de pijn van het afgewezen worden. Vaak verwijst dit naar een emotioneel patroon waarin patiënten al zeer lang in hun leven ‘vast’zitten.

Blijf gedurende de gehele behandeling aandacht geven aan het ‘blijven vasthouden’ aan gewichtreducerende strategieën

Een zeer robuuste onderzoeksbevinding is de vaststelling dat patiënten die in de eerste fase van de behandeling (de eerste twee maanden) erin slagen de gewichtsreducerende strategieën drastisch (voornamelijk braken en laxeren) te verminderen, een grotere kans hebben op een positief resultaat van de behandeling. Het is belangrijk dat de therapeut deze informatie vanaf het begin van de behandeling meegeeft aan de patiënten en duidelijk stelt dat het geleidelijk stoppen met braken, laxeren en extreem sporten een basisvoorwaarde is voor het bereiken van een positief behandelingsresultaat. Onderzoek laat ondubbelzinnig zien dat een behandeling pas kan slagen indien de patiënten de bereidheid hebben te stoppen met braken en laxeren. En hier wringt het vaak. Voor sommige patiënten zijn deze gedragspatronen sterk ingeslepen en blijft er gedurende de gehele behandeling een zeer grote ambivalentie bestaan ten aanzien van het stopzetten van deze compensatiemaatregelen. We raden dan ook aan de behandeling tijdelijk stop te zetten indien er na drie maanden behandeling geen enkele vooruitgang is geboekt op dit vlak. Een mogelijk alternatief kan zijn dat de therapeut samen met een patiënte een ritueel plant waarbij afscheid wordt genomen van de compensatiemaatregelen.

Blijf steeds opmerkzaam voor de impact van een psychotrauma

Onderzoek laat duidelijk zien dat ongeveer de 20–40% van de boulimiepatiënten naast de eetstoornis een posttraumatische stressstoornis (PTSS) heeft (Inniss et al., 2011). Binnen het uitgeschreven protocol voor BN is er weinig tot geen ruimte om op deze problematiek in te gaan. Wanneer tijdens de assessmentfase blijkt dat de eetstoornis duidelijk verband houdt met een traumatische levenservaring, bijvoorbeeld een verkrachting, intrafamiliaal seksueel misbruik, ernstige verwaarlozing of ernstig pesten op school, dan raden we toch aan om in de eerste fase van het behandelprotocol te werken aan het normaliseren van het eetgedrag. Aan de patiënte dient duidelijk gemaakt te worden dat een traumabehandeling ook steeds gefaseerd verloopt. In de eerste fase zal voornamelijk worden gefocust op de eetsymptomen (symptoomstabilisatie). Pas wanneer de patiënte voldoende zelfcontrole herwonnen heeft, zal in een tweede fase dieper ingegaan worden op de traumaverwerking. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren in een EMDR-behandeling (De Jongh & Ten Broeke, 2003) of een protocollaire CGT-behandeling zoals beschreven door Van Minnen en Arntz (2012).

18.6 Discussie

De behandeling van boulimia nervosa verloopt niet altijd zoals gepland (Mulken & Van der Linden, 2013). Slecht 40–50% van de boulimiepatiënten die therapeutisch hulp zoeken knappen op na een CGT-behandeling. Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat bepaalde kenmerken een goed behandelingsresultaat ofwel kunnen bemoeilijken ofwel kunnen bevorderen (Steinhausen & Weber, 2009). De motivatie én het geloof in eigen mogelijkheden

om te kunnen veranderen zijn belangrijke ‘mediatoren’ voor het behandelingsresultaat. Prognostisch gunstig zijn ook een drastische vermindering van het aantal eetbuien, braken en laxeren in de eerste fase van de behandeling (de eerste twee maanden). Daarnaast kunnen onder andere de aanwezigheid van een grote impulsiviteit – wat zich ook weerspiegelt in de ernst van de eetstoornisproblematiek (frequente eetbuien, braken en laxeren) –, vaak in combinatie met de aanwezigheid van affectdisregulatieproblemen, borderline kenmerken, depressiviteit, een zeer negatieve lichaamsbeleving én een voorgeschiedenis van psychotrauma het behandelingsresultaat in negatieve zin beïnvloeden. In de klinische praktijk blijkt dat deze variabelen vaak met elkaar verweven zijn.

Het is momenteel erg voorbarig om te concluderen dat het boulimieprotocol niet aangewezend is bij deze laatste groep patiënten. Bij aanwezigheid van een PTSS zal nadat in de eerste fase voornamelijk gewerkt is aan het normaliseren van het eetgedrag, in de tweede fase zeer zeker aandacht moeten worden besteed aan de aanpak van het trauma (Van Minnen & Arntz, 2012). Bij deze complexe problematiek moet steeds het voorschrijven van antidepressiva overwogen worden. Volgens de internationale richtlijnen verdient fluoxetine hierbij de voorkeur (Bacaltchuk & Hay, 2003; CBO, 2006; NICE, 2004; Steinhausen & Weber, 2009).

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arikian, A., Keel, P.K., Miller, K.B., Thuras, P., Mitchell, J.E. & Crow, S.J. (2008). Parental psychopathology as a predictor of long-term FU in BN patients. *Eating Disorders*, 16(1), 30-39.
- Bacaltchuk, J. & Hay, P. (2003). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003391.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., Carter, F.A. & McIntosh, V.V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 206-214.
- Cassin, S.E. & Ranson, K.M. von (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg & Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen*. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.
- Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Benni, L., Lazzaretti, L., Ravaldi, C., Rotella, C.M. & Faravelli, C. (2012). Different moderators of CBT on subjective and objective binge eating in bulimia nervosa and binge eating disorder: A three year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 11-20.
- Danielsen, M. & Ro, O. (2012). Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome. *Eating Disorders*, 20(4), 261-275.
- Dejong, H., Broadbent, H. & Schmidt, U (2012). A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 45(5), 635-647.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Fahy, T.A., & Russell, G.F. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 135-145.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A. & O'Connor, M.E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 103-109.
- Fallon, B.A., Sadik, C., Saoud, J.B., & Garfinkel, R.S. (1994). Childhood abuse, family environment, and outcome in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 424-428.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. & Jeczmen, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 331-339.
- Hay, P.P., Bacaltchuk, J., Stefano, S. & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7, 4, CD000562.
- Hersen, M., Turner, S.M. & Beidel, D.C. (2007). *Adult psychopathology and diagnosis* (5th ed.). New Jersey: Wiley.
- 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.
- Inniss, D, Steiger, H & Bruce, K. (2011). Threshold and subthreshold post-traumatic stress disorder in bulimic patients: prevalences and clinical correlates. *Eating and Weight Disorders*, 16(1), 30-36.
- Jennings, L. & Skovholt, Th. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3-11.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodode voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt.

- Marronne, S., Mitchell, J.E., Crosby, R., Wonderlich, S. & Jollie-Trottier, T. (2009). Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 222-227.
- Minnen van, A. & Arntz, A. (2012). Protocollaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis. In: G. Keyzers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp.181-212). Amsterdam: Boom.
- Mulkens, S. & Linden, J. van der (2013). Van ratatouille tot Michelin diner: ingrediënten voor de behandeling van boulimia nervosa in negen gangen. *Tijdschrift Gedragstherapie*, 46, 15-30.
- NICE (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Probst, M., Van Coppenolle, H. & Vandereycken, W. (1997). De Lichaamsattitudevragenlijst: Validering en normering. In: J. Simons (red.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp.79-90). Leuven: Acco.
- Rowe, S., Jordan, J., McIntosh, V., Carter, F., Frampton, C., Bulik, C. & Joyce, P. (2011). Dimensional measures of personality as a predictor of outcome at 5-year follow-up in women with bulimia nervosa. *Psychiatry research*, 185(3), 414-420.
- Steele, A.L., Bergin, J. & Wade, T.D. (2011). Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 389-396.
- Steinhausen, H-Ch. & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa : Findings from one quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341.
- Turnbull, S.J., Schmidt, U., Troop, N.A., Todd, G. & Treasure, J.L. (1997). Predictors of outcome for two treatments for bulimia nervosa: Short and long term. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 17-22.
- Vanderlinden, J. (2008). *Boulimie en eetbuien overwinnen in 10 stappen*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., Vertommen, H. & Verkes, R.J. (1993). The dissociation questionnaire: Development and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 21-27.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Probst, M. & Kuis, Y. (1997). Eetstoornispatiënten met en zonder traumavoorgeschiedenis: Een vergelijkende follow-up studie. *Directieve therapie*, 17, 192-208.
- Vrabel, K.R., Hoffart, A., Ro, O., Martinsen, E.W. & Rosenvinge, J.H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorder and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 623-629.
- Waller, G., Cordery, H., Corstorphine, E., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V. & Russell, K. (2007). *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge: Cambridge University Press.