Van ratatouille tot Michelin diner: ingrediënten voor de behandeling van boulimia nervosa in negen gangen

Sandra Mulkens[1] en Jacomien van der Linden[2]

SAMENVATTING

De behandeling van patiënten met boulimia nervosa kan een therapeut nogal wat hoofdbrekens bezorgen. Somatische risico's, een patiënttype dat graag de regie wil, een lastig te beïnvloeden lichaams- en zelfbeeld, en comorbiditeit, zijn zomaar wat voorbeelden waardoor therapeuten soms moedeloos kunnen worden. Met dit artikel willen we hen stimuleren vooral cognitieve gedragstherapie, de voorkeursbehandeling, te (blijven) doen. Inclusief de – veelal als lastig ervaren – gedragsexperimenten. In deze klinisch getinte bijdrage zetten wij negen onderdelen op een rij waaraan aandacht besteed moet worden in de evidence-based behandeling van boulimia nervosa.

INLEIDING: BOULIMIA NERVOSA

Het klachtenpalet bij boulimia nervosa (BN) is divers en veel typische eetstoornisgedragingen zijn niet zonder risico (Mehler, Crews & Weiner, 2004). BN kenmerkt zich door terugkerende episoden van eetbuien en compensatiegedrag (DSM-IV TR, APA, 2000). Het compensatiegedrag kan bestaan uit purgeergedrag (zelfopgewekt braken, laxantia-, diuretica-, of klysmamisbruik) en/of episodes van vasten, te weinig eten, en/of overmatig bewegen. Deze gedragingen kunnen behoorlijke lichamelijke klachten tot gevolg hebben, variërend van nierproblemen, maagdarmklachten, gebitsproblemen, hart- en vaatstoornissen en endocriene problemen, die uiteindelijk zelfs tot de dood kunnen leiden

1 Universitair docent psychologie, klinisch psycholoog-psychotherapeut en supervisor VGCt, werkzaam bij Universiteit Maastricht en Riagg Maastricht; s.mulkens@maastrichtuniversity.nl
2 Gz psycholoog, psychotherapeut en supervisor VGCt, werkzaam bij Altrecht eetstoornissen Rintveld; jw.van.der.linden@altrecht.nl

(Mehler et al., 2004). Ofschoon het risico op overlijden bij BN lager is dan bij anorexia nervosa (AN) is het hoger dan onder vrouwen van dezelfde leeftijd in de algemene populatie en wordt het gemakkelijk onderschat (Crow et al., 2009).

Een negatief lichaamsbeeld en het ontlenen van de zelfwaardering aan het uiterlijk is een ander diagnostisch kenmerk van BN. Patiënten met BN maken zich extreme zorgen over hun gewicht en lichaamsvormen, vinden zichzelf te zwaar of te dik en menen door hun lichaam en het niet kunnen volhouden van een bepaald eetpatroon (gekenmerkt door de eetbuien) slap en minderwaardig te zijn.

Comorbiditeit komt veel voor bij BN, zowel op As-I als op As-II (Treasure, Cladino & Zuckerman, 2010). Verschillende angststoornissen (Kaye et al., 2004), stemmingsstoornissen (Mangweth et al., 2003; McElroy, Kotwal & Keck, 2006), misbruik van alcohol (Gadalla & Piran, 2007) en drugs (Calero-Elvira et al., 2009) en persoonlijkheidsstoornissen (zoals borderline persoonlijkheidsstoornis; Sansone & Levitt, 2005) zijn geassocieerd met BN. Dit kan ervoor zorgen dat behandelaars moeite hebben zich te concentreren op de eetstoornis. Van groot belang echter is toch ruim aandacht te nemen voor het gestoorde eetgedrag in de behandeling. Het is een gouden regel te beginnen bij de eetproblemen en daarna pas de andere problemen, die er ongetwijfeld ook zijn te bespreken en hierop een vervolgbehandeling te richten - indien nog geïndiceerd na de eetstoornisbehandeling.

BN is namelijk een goed te behandelen eetstoornis, zoals inmiddels in vele studies is aangetoond (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de aangewezen behandeling (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Hay, Bacaltchuk, Stefano & Kashyap, 2009). Er zijn verscheidene boeken geschreven over CGT bij boulimia, met verschillende accenten op bijvoorbeeld zelfcontrole of cognitieve therapie en op volwassenen versus kinderen en jongeren (Beer & Tobias, 2011; Fairburn, 2008; Jansen, Elgersma & Mulkens, 2008; Jansen & Mulkens, 2011; Vanderlinden et al, 2004). We maken hier gebruik van het invloedrijke model over instandhouding van BN door Fairburn (2008) en de basistechnieken van deze therapie, waarvan het effect inmiddels veelvuldig is aangetoond (onder andere Fairburn et al., 2009). We gaan voorts uit van volwassen patiënten. Dit artikel leidt de lezer in negen stappen door de behandeling. Het bespreekt de ingrediënten die in de behandeling gebruikt moeten worden.

VOORAF: DE AMUSES

Vooraf vindt een intake plaats inclusief diagnostiek van eetstoornispsychopathologie. Hier wordt vastgesteld dat de cliënt lijdt aan BN en dat deze eetstoornis het aangrijpingspunt van de behandeling gaat vormen. De Nederlandse vertaling (Jansen, 2000) van de Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn

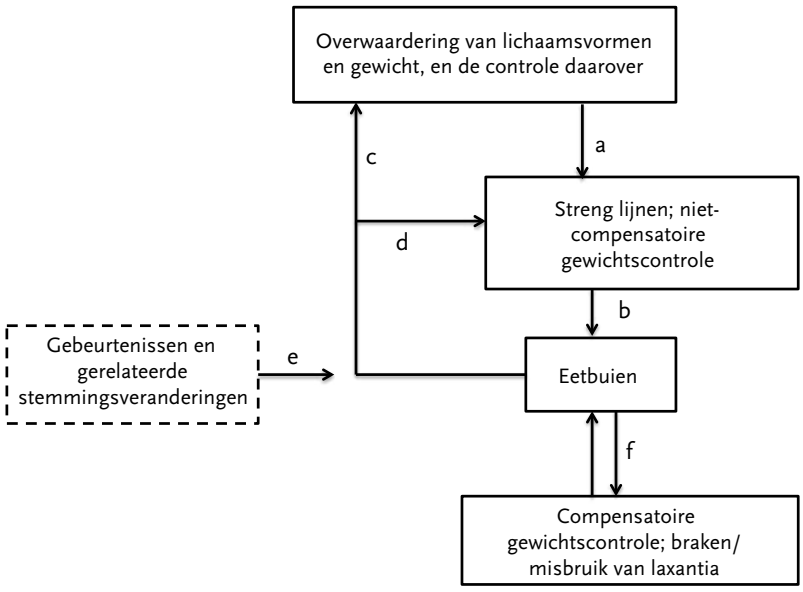
& Cooper, 1993) is aan te raden om de specifieke eetstoornispsychopathologie uit te vragen. In het interview worden veel gedragingen – onder andere de frequentie en inhoud van de eetbuien en het compensatiegedrag – nauwkeurig in kaart gebracht. Compenseren kan op verschillende manieren. De bekendste en meest voorkomende is braken: overgeven na een eetbui of soms ook na gewone maaltijden. Het gebruik van laxeermiddelen, laxeerthee, 'stackers' of andere afslankpillen is een volgende categorie. Compenseren door overmatig veel te sporten of te bewegen komt minder vaak voor, maar is niet onbelangrijk voor een deel van de doelgroep. Bewegen en sporten op een sportschool kan ogenschijnlijk normaal overkomen. Uitvragen hoelang en hoe vaak er wordt gesport, of patiënten ook thuis (buikspier)oefeningen doen enz. helpt om een goede inschatting te maken. Een vorm van compenseren die vaak wordt vergeten – maar die ook is opgenomen in de EDE – is het vasten. Er wordt dan na een eetbui zo lang mogelijk niks gegeten. Het succes van de behandeling is deels afhankelijk van de energie die de patiënt erin steekt. Een goede voorlichting helpt daarbij. De therapeut kan de patiënt voorlichten en voorspellen wat de therapie behelst. Het uitleggen van de verschillende therapiefases en het laten lezen van literatuur, kan de patiënt motiveren.

HET DINER

1 Rationale

De rationale vormt de basis van de behandeling. Hiermee wordt aan de patiënt uitleg gegeven hoe haar[1] eetstoornis in stand wordt gehouden. Het CGT model van BN van Fairburn (2008), weergegeven in Figuur 1, wordt hierbij gebruikt. Volgens dit model staan overmatige zorgen over uiterlijk en gewicht bij BN centraal. Patiënten hebben de neiging om hun zelfwaardering vrijwel uitsluitend in termen van uiterlijk en gewicht (en hun controle daarover) te formuleren: 'als ik meer dan … kilo weeg dan ben ik een loser', bijvoorbeeld. Die 'overwaardering van lichaamsvormen en gewicht, en de controle daarover' is volgens dit model de kern van de eetstoornis. Het probleem waarmee patiënten zich meestal presenteren is het hebben van eetbuien en het missen van controle over hun eetgedrag. In eerste instantie is het doel van de behandeling dan ook het onder controle krijgen van het eetgedrag.

1 We gebruiken in dit artikel 'zij', omdat de meerderheid van de patiënten vrouw is. De stoornis komt ook bij mannen voor, maar de prevalentie bij vrouwen is groter (Fairburn & Harrison, 2003).



Figuur 1. Het cognitief gedragstherapeutisch model van Fairburn (2008) over de instandhouding van BN

Alle onderdelen van het model worden besproken en ingevuld aan de hand van het stellen van vragen en het praten over de meest recente eetbui van de patiënt. Het model wordt op een whiteboard getekend en de patiënt schrijft mee of krijgt een kopie van het model mee naar huis waarop zij aantekeningen kan maken. Het is van belang zoveel mogelijk aan te sluiten bij voorbeelden en taalgebruik van de patiënt. Bijvoorbeeld zo (potentiële tekst therapeut):

'U bent hiernaartoe gekomen omdat u last hebt van eetbuien en het doel van de behandeling is dan ook het terugkrijgen van de controle over uw eetgedrag. Voor dat controleverlies zijn er verschillende oorzaken en aan al die oorzaken zullen we gaan werken. Maar laten we eens kijken hoe die eetbuien nou ontstaan. Wanneer was de laatste keer dat u een eetbui had?'
(Schrijf 'eetbui' op het bord).
'Laten we eens kijken wat u na de eetbui deed' (de bedoeling is om op compensatiegedrag uit te komen). Bespreek de maatregelen die de patiënt neemt. 'Doet u dat altijd?' Trek de pijl 'f'.
'Als u altijd na een eetbui compenseert door ....(vul het compensatiegedrag in), en dus weet dat u het merendeel van de kilocalorieën dan weer kwijt bent, zou de kans op een volgende eetbui dan groter of kleiner zijn?' (Het doel is uit te komen op een vicieuze cirkel van eetbuien en compenseren. Als de patiënt weet dat zij 'toch' gaat compenseren is immers de drempel lager de controle te verliezen en een eetbui te hebben).

'Maar als u een eetbui hebt gehad en daarna hebt gecompenseerd gebeurt er ook meestal nog iets anders. Hoe voelt u zich daarna?' (doel is uit te komen op negatieve gevoelens en negatieve ideeën over zichzelf, haar lichaam en haar gebrek aan controle). Teken nu pijl c.
'Ook zult u dan weer plannen maken streng te lijnen?' Teken pijlen a en d.
'Als u zo allerlei plannen hebt gemaakt om te gaan lijnen bedenkt u misschien allemaal regels over wat u wel en niet mag eten en hoeveel. Herkent u dat? Vaak zijn die regels best wel streng. Wat zou het nadeel kunnen zijn van erg strenge regels?' (het idee is uit te komen op 'niet kunnen volhouden van de strenge regels' en dus weer een eetbui krijgen).
'Zowel een biologische reden speelt een rol (het lichaam wil niet zo lang zo weinig eten) als een psychologische reden (als je weinig mag eten van jezelf ga je eerder over de schreef en dan denk je 'nu maakt het toch niets mee uit en kan ik net zo goed doorgaan; ik ga toch compenseren)'. Teken nu pijl b.

Bespreek tenslotte nog de mogelijkheid van eetbuien die rechtstreeks lijken voort te komen uit een negatieve (vaak depressieve) stemming (teken pijl e). Deze eetbuien zijn mogelijk aangeleerd door eerder (vaker) op dit soort momenten te hebben gegeten (er is geconditioneerde drang ontstaan). Bespreek de verschillende vicieuze cirkels en het negatieve effect daarvan op de zelfwaardering van de patiënt. Vertel wat cognitieve therapie inhoudt en hoe deze bedoeld is om te helpen deze cirkels te doorbreken door te beïnvloeden hoe de patiënt over zichzelf denkt. Verduidelijk dit verder aan de hand van het bekende voorbeeld van 'de inbreker en de kat'. Aan de hand van de 'Situatie: u ligt thuis in bed en hoort een hard geluid' worden vragen gesteld over mogelijk gevoel en gedrag in het geval de patiënt denkt dat het een inbreker is, of de kat die iets heeft omgestoten. Uit dit voorbeeld moet duidelijk worden dat niet de situatie (het harde geluid) maar de interpretatie ('dat is een inbreker' of 'dat was de kat maar') zorgt voor een bepaald gevoel en gedrag.

2 Gewicht

Bespreek gewicht al vroeg in de behandeling. De meeste patiënten wegen zichzelf vaak, soms tot een aantal keren per dag. Een kleinere groep vermijdt de weegschaal helemaal. De angst om aan te komen is een drijvende kracht in de eetstoornis, ook al is het gewicht van patiënten met BN over het algemeen in de normale range (dat wil zeggen, een Body Mass Index liggend tussen 19 en 25). Deze angst voor gewichtstoename is één van de in stand houdende factoren van de stoornis (zie ook de rationale). Patiënten willen steeds opnieuw lijnen, zeker na een eetbui, maar het lijnen kan al in gang gezet worden door het eten van één dropje. Door hun dichotome denkstijl (tot uiting komend in cognities zoals 'drop is slecht, maar appels zijn goed') kan het eten van één dropje meer dan ze zichzelf hadden toegestaan een reden zijn om door te slaan in een eetbui of om de volgende dag nog beter hun best te doen (lees: nog strenger te lijnen).

Patiënten zijn vaak dus bang om als gevolg van de behandeling aan te komen. Meestal gebeurt dat niet of nauwelijks, ook al werkt een dergelijke geruststelling nauwelijks. Beter is het om patiëntes angst serieus te nemen en wegen als vast onderdeel aan de behandeling toe te voegen. Gezamenlijk wegen aan het begin van de sessie geeft de patiënt vertrouwen. Daarnaast worden de angstige gedachten over het aankomen uitgedaagd in de cognitieve therapie en kan hierover een gedragsexperiment worden opgezet. De therapeut kan met de patiënt in de gaten houden wat de veranderingen in het eetgedrag voor het gewicht betekenen, bijvoorbeeld door elke week het gewicht in een grafiek bij te houden. Bovendien is eens in de week wegen meteen een belangrijke stap in de richting van gewenst gedrag. Als uw werkomgeving wegen niet toelaat, kunt u ook voorstellen dat uw patiënt zich thuis weegt op een vaste dag en tijd. Het is dan wel belangrijk om na te gaan hoe ze dit gaat doen, zodat ze zich niet 'voor de zekerheid toch maar vier keer weegt'. Ook is het handig af te ronden op halve of hele kilo's, zodat patiënten niet blijven steken in het belang van één ons meer of minder.

3 Stoppen met compenseren

Voor de patiënt is dit de vervelendste stap, want compenseren was een handige manier om de effecten van een eetbui ongedaan te maken. Voor de therapie is dit een heel belangrijke stap en succes op dit punt vroeg in de behandeling betekent een gunstige prognose (Fairburn, Agras, Walsh, Wilson & Stice, 2004). Patiënten die blijven compenseren zullen gemakkelijker terugvallen in een later stadium. Bij deze stap wordt aangeraden ruimschoots aandacht te besteden aan de motivatie voor het stoppen met braken. De patiënt wil liever door naar de volgende stappen, die vaak voor haar beter te begrijpen zijn. Deze stap is zo moeilijk omdat compenseren een oplossing leek voor de eetbuien. Hier spelen vele irrationele cognities een rol, die uitgedaagd dienen te worden in de therapie. Psychoeducatie over de gevolgen van braken en laxeermiddelen is hier ook op zijn plaats; deze informatie kan gebruikt worden in uitdagingen van de gedachtes van het type 'ik kan mijn gewicht alleen onder controle houden door te braken/ laxeren/ vasten/ sporten'.

De geloofwaardigheid van deze gedachte wordt gescoord. Het uitdagen van de gedachte door argumenten voor en tegen de automatische gedachte te bedenken stimuleert de patiënt vraagtekens te zetten bij haar destructieve gedrag. Het formuleren van een geloofwaardige rationele gedachte (bijvoorbeeld: 'Ik kan ook mijn gewicht beheersen wanneer ik een gezond en regelmatig eetpatroon aanhoud. Wanneer ik dat doe is de kans op eetbuien kleiner en hoef ik niet te compenseren') en het leven volgens de nieuwe gedachte horen hierbij. Gedragsexperimenten kunnen een goed vervolg zijn op reeds gemaakte uitdagingen. In dit geval kan gedacht worden aan tijdelijk (bijvoorbeeld gedurende een week) niet te braken na een eetbui en vervolgens gedurende een week wél te braken na een eetbui, waarbij het gewichtsverloop en de frequentie van de eetbuien bijgehouden worden. Een dergelijk gedragsexpe-

riment heeft als doel te onderzoeken wat er gebeurt met het gewicht van de patiënt, of met de frequentie van de eetbuien.

4 Regelmatig eetpatroon

Het aanleren van een regelmatig eetpatroon kan met behulp van een eetdagboek. Patiënten kunnen in een schriftje of op hun telefoon bijhouden wat ze eten. Deze registratieopdracht wordt vaak als lastig ervaren, omdat patiënten daardoor zo sterk met hun eten geconfronteerd worden. Tegelijkertijd geeft het veel informatie. En het is al een begin van zelfcontrole: weten dat je een hele eetbui ook nog eens moet opschrijven werkt soms al remmend.

Afhankelijk van wat patiënten naast hun eetbuien aan 'gewoon' voedsel eten, wordt het eetpatroon opgebouwd. Drie hoofdmaaltijden en drie tussendoortjes is een algemene richtlijn. De nodige psychoeducatie over voeding kan soms helpen. Soms lokt het eten van een tussendoortje een eetbui uit. Dan is het raadzaam met uw patiënt te overleggen of er een product is, dat dit effect niet heeft. Het is bij het aanleren van een regelmatig eetpatroon vooral belangrijk dat de patiënt weer een ritme krijgt in het eten. De hoeveelheden zijn hieraan ondergeschikt. Is het voor de ene patiënt nog moeilijk om volledige maaltijden te nuttigen, dan is dat in dit stadium geen punt. Het eten op de zes eetmomenten leert de patiënt dat die momenten voor eten bedoeld zijn. Daar tussenin hoeft dus niet gegeten te worden. 'To eat or not to eat' is voor deze doelgroep een vraag die haar de hele dag kan bezighouden. Dit nieuwe eetritme is voor velen een helpend houvast. Buiten die 6 momenten wordt er niet gegeten. In sommige praktijken zal bij deze stap een diëtiste geraadpleegd worden. Dat is mogelijk maar niet perse nodig. Ervaring met eetstoornissen is wel gewenst, zodat voorkomen wordt dat het advies van de diëtiste niet het volgende dieet wordt. Ook met behulp van cognitieve therapie kan men deze stap doorwerken door de gedachten op te sporen die het volgen van een normaal eetpatroon in de weg staan. Een veelvoorkomende gedachte is: 'als ik een normaal eetpatroon aanhoud, dan kom ik aan'. Deze gedachte is het uitdagen waard. Een gedragsexperiment is hier ook op zijn plaats. Durft de patiënt het aan om een week een normaal eetpatroon te volgen (zonder eetbuien en compenseren) om te bekijken wat er met haar gewicht (en wellicht de eetbui- en braakfrequentie) gebeurt? De uitkomsten van een dergelijk experiment worden dan in de therapie vergeleken met de effecten van de methode van weinig eten, eetbuien en braken waaraan de patiënt tot op dat moment gewend was.

5 Stoppen met eetbuien

Dit is de stap waarin de therapeut met zelfcontroletechnieken aan de slag kan. De omvang en de frequentie van de eetbuien zijn vaak al enigszins verminderd door de voorgaande stappen. In deze fase wordt de patiënt geleerd de eetbuien verder te verminderen door gebruik te maken van: een eetbui analyse,

een zelfcontroleplan en het uitdagen van irrationele gedachten die bijdragen aan het ontremde eetgedrag. In een eetbui analyse wordt besproken hoe de patiënt van de gedachte: 'dit wordt een eetbui' tot het daadwerkelijk opeten van al het voedsel komt. Alle stappen die daarin naar voren komen worden opgeschreven op een whiteboard, zodat de patiënt zicht krijgt op de keten van gebeurtenissen die vooraf gaat aan een eetbui. Hierdoor wordt duidelijk dat zij kan ingrijpen door vroeg in de keten iets anders te doen. In een zelfcontroleplan stelt de patiënt met hulp van de therapeut activiteiten op, die ze kan uitvoeren als de aandrang tot een eetbui opspeelt. Aangeraden wordt om activiteiten te kiezen die plezierig zijn en gemakkelijk uit te voeren. Na één activiteit is de drang vaak nog niet voldoende weggeëbd. Dan is het de bedoeling dat patiënt doorgaat naar de volgende activiteit op de lijst, net zo lang tot de drang is gezakt. Sociale activiteiten zijn belangrijk erin op te nemen (iemand opbellen, langsgaan, msn), omdat door de aanwezigheid van anderen de eetstoornis minder ruimte krijgt.

Het uitdagen van 'ontremmende' gedachten is onderdeel van deze stap. Ontremmende gedachten zijn de gedachten die patiënte relatief gemakkelijk aanzetten tot een eetbui. Een voorbeeld is de gedachte: 'als ik vanavond toch de fout inga, dan kan ik net zo goed nu al beginnen met fout eten'. Een andere veel voorkomende gedachte is: 'nu ik de dag verkeerd ben begonnen, is die al verpest'. Hier is de dichotome denkstijl die zo kenmerkend is voor eetstoornispatiënten zichtbaar. Zwart-wit denken en perfectionisme versterken elkaar. Belangrijk is als de patiënt met behulp van uitdagingen gaat twijfelen aan de houdbaarheid van haar stellingen. Ook kan zij merken dat haar manier van denken haar niet helpt, maar vooral de eetstoornis in stand houdt.

6 Lichaamswaardering en zelfwaardering

Fairburn (2008) beschrijft hoe de overwaardering van lichaamsvormen en gewicht, die een centrale plaats inneemt in de rationale, in stand wordt gehouden door vijf factoren:

1. Door het volgen van een beperkt menu of dieet,
2. Door 'body checking' of het geheel vermijden van het lichaam,
3. Door de preoccupatie met gewicht,
4. Door het misinterpreteren van emoties,
5. Door het marginaliseren van het belang van andere levensgebieden.

In deze stap komen de lichaamswaardering en de zelfwaardering aan bod. Dit zijn onderwerpen die de patiënt meestal graag wil bespreken ('ik ben ook zo onzeker', 'ik ben echt dik'). Uitleg aan patiënte hoe haar zelfwaardering wordt ondermijnd door bovenstaande factoren maakt inzichtelijk dat het hebben van een eetstoornis onverenigbaar is met succeservaringen. Dat wil zeggen: wanneer je je succes voortdurend laat afhangen van hoe goed je kunt lijnen, van

het kunnen behalen en behouden van een bepaald gewicht of het hebben van bepaalde lichaamsvormen, faal je als eetstoornispatiënt voortdurend.

In cognitieve therapie is het maken van een taartdiagram een bekende techniek. Overigens kan dit in plaats van taartdiagram ook 'zelfwaarderingszon' worden genoemd, wat voor eetstoornispatiënten minder aversief is. Deze techniek leent zich goed voor het meer genuanceerd leren evalueren van uiterlijk en aantrekkelijkheid (in plaats van uiterlijk en aantrekkelijkheid slechts te koppelen aan gewicht en lichaamsvorm). Ook wordt de techniek gebruikt voor het loskoppelen van de zelfwaardering aan slechts één aspect (lichaam/ uiterlijk), en het leren verbinden van de zelfwaardering aan meer aspecten. Laat de patiënt eerst op een rijtje zetten welke factoren bepalen hoe aantrekkelijk (met betrekking tot uiterlijk) iemand is. Zorg ervoor dat gewicht/ lichaamsvorm daarbij staan. Laat haar deze factoren vervolgens in een taartdiagram onderbrengen. Een groter taartpunt betekent dat dit aspect van meer belang is. Het verbreedt haar perspectief wanneer uw cliënt merkt dat aantrekkelijkheid van meer aspecten afhankelijk is dan alleen gewicht of lichaamsvorm. U kunt haar vervolgens nog helpen concluderen dat ze nu op basis van het ontevreden zijn over één zonnestraal (bijvoorbeeld gewicht) zichzelf geheel in de schaduw zet. Is dat realistisch? Vervolgens kan de patiënte een dergelijke zon maken met alle factoren die een waardevol persoon kenmerken. De patiënt zal na deze opdracht merken dat zij de waarde van anderen beoordeelt aan de hand van kenmerken als vriendelijkheid, wijsheid of doortastendheid, en niet zozeer op uiterlijk (dun zijn). Tegelijkertijd valt het contrast op: zichzelf waardeert zij wel voortdurend aan de hand van dat ene kenmerk: gewicht. Ze meet met twee maten. Patiënten zien hierdoor hoe het opbouwen van zelfvertrouwen gedoemd is te mislukken.

Om opbouwen van zelfwaardering meer kans te geven zijn er grofweg twee manieren:

a) Door meer activiteiten te ondernemen en aspecten van zichzelf aan te spreken die zelfwaardering geven.
b) Door de activiteiten die al werden ondernomen uit te breiden en het overwaarderen van uiterlijk en gewicht te verminderen.

Ad a). Patiënten worden uitgenodigd na te denken of er nog meer activiteiten te bedenken zijn waaraan ze plezier beleven. Laat ze ook terugdenken aan de tijd vóór de eetstoornis. Doordat de eetstoornis zoveel van ze heeft gevraagd, is er het nodige in de verdrukking geraakt. Vaak zijn dat contacten met vrienden en ook hobby's. Zoek samen naar een hobby die vooral prettig is om uit te voeren. Probeer te voorkomen dat de uitgekozen activiteit een 'project' wordt dat 'perfect' dient te worden uitgevoerd. Een patiënt die vroeger plezier had in tekenen, kan gemakkelijk een rotgevoel krijgen als ze een perfect schilderij moet maken. Dat is niet de bedoeling, omdat dit wederom het zelfvertrouwen afbreekt. Het gaat om het langzaamaan uitbreiden van positieve levensge-

bieden, zoals creatief bezig zijn, muziek maken, of in de natuur vertoeven. Het kan helpen om dit onderwerp elke zitting kort terug te laten komen, zodat uw patiënt bemerkt dat dit belangrijk wordt gevonden.

Ad b). Gebieden die door de eetstoornis in de verdrukking zijn geraakt, zoals het afspreken met vrienden en familie, kunnen langzaamaan worden vergroot.

Het werken met VAS-schalen (visual analogue scales) is ook zinvol bij het uitdagen van irrationele cognities met betrekking tot zelfwaardering (Jansen & Mulkens, 2011). Voorbeeld:

T: 'Kun je eens iemand in gedachten nemen die je heel waardevol vindt en iemand die je waardeloos vindt?'
P: 'Mmm, ja.'
T: 'Wat maakt de waardevolle persoon zo waardevol? Wil je die eens opnoemen en op het 'whiteboard' schrijven?'
P pakt stift en schrijft op bord.
T: 'Goed. En wat maakt die ander die je bedacht hebt, waardeloos?'
P: 'Ik vind het wel een beetje onaardig van mezelf, maar die persoon is zo harteloos. Ze zegt de meest botte dingen recht in iemands gezicht.'
T: 'Hoe zou je die eigenschap noemen?'
P: 'Tja, eigenlijk vind ik het nogal onaardig.'
T: 'Ok, wil je dat er ook bij schrijven?'
T: 'Nu zie je al heel wat eigenschappen staan. Wil je nu van elke eigenschap de tegenpool erbij zetten en die met lijnen verbinden?'
P gaat aan de slag. De T helpt hierbij uiteraard als dat nodig is.
Als de eigenschap uiterlijk en gewicht of figuur niet wordt genoemd, kan de therapeut die nog opperen.
T: 'Nu valt het me op dat je een heleboel eigenschappen hebt genoemd, alleen zie ik nergens figuur staan.'
P: 'Ha, nee, he, dat zal mij toch niet gebeuren?'
T: 'Grappig hè, terwijl je dacht dat dat het allerbelangrijkste was.'
Laat dan de patiënt de twee personen, die zij in gedachten had, beoordelen op alle eigenschappen. Vervolgens scoort zij zichzelf.
T: 'Nu heb je drie mensen beoordeeld op hoe waardevol ze zijn. Wat zie je?'
P: 'Ik scoor mezelf minder waardeloos dan ik had gedacht. Dit is wel een goeie om te onthouden, als ik weer zo aan mijn figuur zit te denken.'

Lichaamswaardering kan nog verder worden opgepoetst door gebruik te maken van gedragsexperimenten. De vaak stellige overtuiging dat bepaalde lichaamsdelen ronduit lelijk zijn is de moeite waard aan het wankelen te brengen. Des te meer omdat lichaamsontevredenheid een voorspeller is van het voortbestaan van eetstoornissen (Stice & Shaw, 2002). Foto-experimenten zijn een creatieve vorm van informatie verzamelen: anderen wordt gevraagd foto's

van de patiënt te beoordelen. Bijvoorbeeld foto's waarop de patiënt te zien is vanuit verschillende hoeken en met verschillend gewicht zijn interessant om vragen over te stellen aan nietsvermoedende collega's. De objectiviteit wordt vergroot door verschillende foto's af te drukken met daarbij niet alleen maar vragen over het uiterlijk. Voor foto-experimenten gelden dezelfde regels als voor andere gedragsexperimenten. Eerst worden de H0 hypothese (de automatische gedachte) en de H1 hypothese opgesteld (de rationele gedachte). Vervolgens wordt het experiment bedacht en worden voorspellingen gedaan over de uitkomsten. Er wordt vooraf besproken bij welke uitkomst (antwoorden op vragen in een foto-enquête) H0 en bij welke uitkomsten H1 voor waar wordt aangenomen. Na uitvoering van het experiment analyseert de patiënt de uitkomsten en formuleert conclusies.

7 'Body checking' of het geheel vermijden van het lichaam

Het verminderen van het belang van uiterlijk en gewicht heeft in deze fase van de behandeling al volop aandacht. Het vermijden van het lichaam of 'body checking' is nog niet aan bod geweest. 'Body checking' zijn alle gedragingen die patiënten gebruiken om hun lichaam te controleren. Vaak zonder dat de therapeut of anderen het door hebben is de patiënt bezig haar lijf 'in de gaten te houden'. Dat kan ze doen door zachtjes te knijpen in haar bovenarmen, als ze met haar armen over elkaar zit. Of door te voelen in de zij, 'vetrollen' beetpakken of naar beneden kijken om te zien of haar buik dikker is geworden. Veel van dit soort gedragingen gebeurt automatisch. Het is begrijpelijk dat al dit gedrag de eetstoornis in de hand werkt, want door al het focussen op het lichaam wordt het lichaamsdeel niet alleen steeds belangrijker; de patiënt *ziet* het bijna groter worden. Doordat patiënten de negatieve lichaamsdelen uitvergroten (cf. Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005) zien ze geen perspectief meer. Logischerwijs lijken de vetrollen dan ook groter. Gevolg is dat patiënten steeds angstiger worden en nog meer zullen willen controleren. Al dit gedrag noemen we 'body checking'. De meeste patiënten vertonen dit gedrag. Sommigen vermijden hun lichaam het liefst helemaal. Dat kan zo ver gaan, dat iemand zichzelf zo min mogelijk aanraakt onder de douche of zich in het donker omkleedt. Uiteraard maakt dit vermijdingsgedrag de angst eveneens groter.

Bij deze stap is het de bedoeling dat samen met de patiënt de 'body checking' gedragingen geïnventariseerd worden. Patiënten zijn vaak verrast dat dit gewoontegedrag een naam heeft en bekend is bij professionals. Overwogen kan worden de opdracht te geven dit gedrag één dag lang te registreren. Dit is een moeilijke opdracht, omdat het gaat om een automatisme. Door zich één dag erop te richten kunnen patiënten behoorlijk schrikken van de ernst ervan. Ook confronteert het hen nog meer met hun lijf. Daarom is het goed vooraf te waarschuwen, dat het slechts één dag bijgehouden hoeft te worden. Daarna kan dan snel worden overgegaan tot het bespreken van

het verminderen ervan. Sommige gedragingen kunnen in één keer worden gestopt, anderen hebben wat langer de tijd nodig. Het 'normale' gebruik van spiegels (zowel in frequentie als wat betreft de manier van kijken: BN patiënten zijn gewend bij zichzelf vooral naar de 'lelijke' lichaamsdelen te kijken (Jansen et al., 2005). hoort ook bij deze stap.

8 Dik voelen

Fairburn noemt 'dik voelen' ('feeling fat') terecht geen emotie. Toch is dat wel wat er in de loop der tijd is gebeurd. Patiënten voelen zich rot en noemen dat dik. In deze stap dient de patiënt opnieuw onderscheid te maken tussen de verschillende emoties. Differentiëren in gevoelens kan met behulp van een cognitieve uitdaging. Situaties die spanning geven worden vooraf of naderhand in een uitdaging uitgewerkt. Patiënten leren zo welke gebeurtenissen spanning geven en welke gedachten daarbij een rol spelen. Hier gaat het ook om te leren welke b van de vier basisemoties (boos, bang, blij, bedroefd) de spanning vertegenwoordigt. Soms zal dat een combinatie van verschillende emoties zijn. Met behulp van scores van 0-100 kan de patiënt aangeven in welke mate de emoties aanwezig zijn. De sterkte van de emoties hoeft niet precies 100 hoeven zijn samen. Gevoelens laten zich over het algemeen weinig leiden door rekenvaardigheid. Ook gedragsexperimenten passen hier goed. De hypothese is dat 'dikker voelen' ook een hoger gewicht op de weegschaal zou moeten aangeven. De patiënt kan dit onderzoeken door zichzelf op verschillende momenten van de dag te beoordelen op emotie, mate van 'dik voelen' en verwacht gewicht. Steeds weegt zij zich na deze inventarisatie. Na het systematisch bijhouden van deze factoren zullen de resultaten uitwijzen dat 'zich dik voelen' weliswaar samenhangt met negatieve emoties maar niet zozeer correleren met een daadwerkelijk hoger gewicht.

9 Exposure

Veel van de voorgaande stappen bevatten een exposure component. Deze meer expliciete stap is bedoeld om op een rij te zetten welke situaties nu nog worden vermeden, als gevolg van de angstklachten die uit de eetstoornis voorkomen. Bijna altijd zal in bikini op het strand of bij het zwembad lopen hierbij horen. Ook bepaald voedsel kan nog vermeden worden: verboden voedsel zoals patat, chocolade of een groot ijsje, omdat het vet of specifiek eetbuivoedsel was. Voor patiënten met BN zijn een buffet, een barbecue en een 'all inclusive' reis ook in deze fase van de behandeling nog situaties die ongetwijfeld eetdrang zullen oproepen. Nog meer uitdagen en gedragsexperimenten zijn dé manier om deze vermijdingsgedragingen verder te verminderen. Ook kan hierbij cue exposure overwogen worden (zie voor een uitgebreide beschrijving van deze techniek Jansen & Meijboom, 1997 en Meijboom & Jansen, 1998).

HET DIGESTIEF: TERUGVALPREVENTIE

De laatste stap is voorkomen dat de eetstoornis terugkomt. Een terugvalpreventieplan kan hierbij helpen. Ook helpt het om de 'terugvalgedachten' uit te dagen. Gedachten als 'wanneer ik terugval ben ik weer terug bij af/ is alles voor niets geweest' en 'ik red het niet zonder mijn therapeut' komen vaak voor. Er zijn verschillende manieren om dit plan te maken. Samen met uw patiënt terugkijken welke risicosituaties er in haar leven bestaan en bedenken wat zij dan kan doen is de kern van elk plan. De technieken die in de therapie zijn aangeleerd kunnen hier nog eens herhaald worden. Een stoplichtmodel geeft weer dat er verschillende fases zijn met elk eigen kenmerken en maatregelen. Zo kan calorieën tellen en vaker op de weegschaal gaan staan nog in oranje thuishoren, maar is twee keer een maaltijd overslaan gevaarlijk rood. Een maatregel als tijdelijk een eetdagboek bijhouden kan dan helpen. Het kan een persoonlijk plan worden door ook situaties op te nemen die mogelijk in de toekomst plaats zullen vinden, zoals het schrijven van een scriptie, een verhuizing of een zwangerschap. Het is ook goed stil te staan bij gebeurtenissen die in het verleden als stressvol zijn ervaren. Wat kan uw patiënt anders doen, als iets dergelijks zich in de toekomst opnieuw voordoet? Zijn er verzachtende manieren te bedenken? Een relatie die verbroken wordt, hoe vervelend ook, zal de eetstoornis minder kans geven op te spelen als uw patiënt bewust anderen blijft opzoeken. Voor elke verslaving geldt immers dat die zich in isolatie makkelijk laat gelden.

DISCUSSIE

De behandeling die hier is besproken berust op al beschreven behandelprotocollen (zie bijvoorbeeld Fairburn, 2008; Jansen & Mulkens, 2011; Vanderlinden et al., 2004). Uit ervaring (persoonlijke communicatie met diverse collega's in den lande) weten we echter dat behandelaren moeite hebben met het focussen op de eetstoornis. Patiënten zijn meestal niet onverdeeld positief over het feit dat in de behandeling zo op de eetstoornis in wordt gegaan. Liever gaan zij in op de mogelijke achtergronden van hun problemen: zoals bijvoorbeeld de diëten die hun moeders vroeger volgden, de stress die ze ervoeren op school omdat het niveau te hoog lag et cetera (persoonlijke ontboezemingen door therapeuten). Een eetstoornis – en zeker BN – speelt zich voornamelijk in het geheim af. Om in behandeling opeens openheid van zaken te geven is niet voor elke patiënt eenvoudig. Eerst focussen op de eetstoornis is nodig om de gewoontegedragingen af te leren. Bovendien geeft het aan dat u de patiënt heel serieus neemt in haar probleem. U gaat er met haar niet omheen draaien maar noemt de problemen bij de naam. En ze krijgt meteen in de gaten dat ze zich niet hoeft te schamen. Daarna kan eventueel nog op andere klachten worden ingegaan. Het is belangrijk deze volgorde uit te leggen, zodat

daar overeenstemming over is. Ook horen wij vaak dat therapeuten moeite ondervinden bij het systematisch en goed (blijven) toepassen van cognitieve gedragstherapie. Ze ervaren soms moeite met de cognitieve technieken en – uiteindelijk – met het bedenken en uitvoeren van gedragsexperimenten. Dit artikel wil een steun in de rug bieden voor het overwinnen van deze schroom en houdt een pleidooi voor het (weer) uitvoeren van 'echte' cognitieve gedragstherapie.

Regelmatig zullen patiënten naast BN andere diagnoses hebben gekregen. Veel vrouwen met persoonlijkheidsproblematiek kennen ook eetproblemen. Wij adviseren om BN eerst te behandelen, mits aan de criteria voor deze stoornis wordt voldaan. Uit onderzoek is gebleken dat een as-I behandeling bij mensen met een comorbide as-II probleem goed werkt. Veelal heerst de misvatting dat een as-I behandeling geen effect zou hebben indien iemand ook persoonlijkheidsproblematiek heeft. Past u daarvoor op, want u doet uw patiënt tekort. Zelfs de as-II klachten worden minder ernstig (ervaren) door uw patiënt nadat zij is behandeld voor de as-I problematiek (Rø et al., 2005a, 2005b; Rowe et al., 2008). Een evaluatie aan het begin (na 5 sessies bijvoorbeeld) en het eind van de behandeling is echter raadzaam. Als uw patiënt nauwelijks of geen vooruitgang heeft geboekt is het beter de behandeling te stoppen, omdat het effect niet groter wordt door te blijven behandelen (Agras et al, 2000).

SUMMARY

Nine ingredients for treating bulimia nervosa

The treatment of patients suffering from bulimia nervosa can be quite a challenge. Somatic risks, a type of patient that needs to be in control, a body image and self-image which is difficult to influence, and comorbidity, are just a few examples that can drive therapists into desperation. This article aims to stimulate them (to keep on) use(ing) cognitive-behavioural therapy – the treatment of choice. This also includes behavioural experiments, which are often experienced as difficult to carry out. In this clinically focused paper, we will provide you with nine treatment ingredients that should be included in the evidence-based treatment of bulimia nervosa.

Keywords: bulimia nervosa, self-image, behavioural experiments, treatment ingredients

LITERATUUR

Agras, W.S., Crow, S.J.,Halmi, K.A., Mitchell, J.E.,Wilson, G.T., & Kaemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavioral treatment of BN: Data from a mulitsite study. *American Journal of Psychiatry, 157,* 1302-1308.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition) Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beer, R., & Tobias, K (2011). Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis; Eten zonder angst. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Calero-Elvira, A., Krug, I., Davis, K., Lopez, C., Fernandez-Aranda, F., & Treasure, J. (2009). Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 17,* 243–259.

Crow, S.J., Peterson, C.B., Swanson, S.A., Raymond, N.C., Specker, S., Eckert, E.D., & Mitchell, J.E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 166,* 1342-1346.

Fairburn, C.G. (2008). Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. 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 followup. *American Journal of Psychiatry, 166,* 311–319.

Fairburn, C.G., Agras, W.D., M.D., Walsh, B.T., Wilson, G.T., & Stice, E. (2004). Prediction of Outcome in Bulimia Nervosa by Early Change in Treatment. *American Journal of Psychiatry, 161,* 2322-2324.

Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In: C.G. Fairburn, & G. T. Wilson, G.T. (Eds.), *Binge eating. Nature, Assessment, and Treatment*, page 317-360. New York: Guilford Press. Nederlandse vertaling: Jansen, A. (2000).

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003).Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 509-528

Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet, 361,* 407-416.

Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of Women's Mental Health, 10,* 133–140.

Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and binging. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4 (www.thecochranelibrary.com, artikelnr.: CD000562).

Jansen, A., Elgersma, H., & Mulkens, S. (2008). Protocollaire behandeling van boulimia nervosa en verwante eetstoornissen. In: C. Braet & S. Bogels (red.) *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (pp. 473- 497). Amsterdam: Boom.

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

Jansen, A., & Mulkens, S. (2011). Cognitieve therapie bij eetstoornissen en obesitas. In, S. Bögels, & P. van Oppen (Red.), *Cognitieve therapie, theorie en praktijk* (pp 357- 388). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jansen, A. Nederkoorn, C., & Mulkens, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 43,* 183-196.

Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton. L. Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161,* 2215–2221.

Mangweth, B., Hudson, J.I., Pope, H.G. Jr, et al. (2003). Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders. *Psychological Medicine, 33,* 1319–1323.

McElroy, S.L., Kotwal, R., & Keck, P.E. Jr. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders, 8,* 686–695.

Mehler, P.S., Crews, C., & Weiner, K. (2004). Bulimia: Medical Complications. Journal of Women's Health, 13, 668-675.

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

Rø, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A.H., & Rosenvinge, J. (2005a). Two-Year Prospective Study of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37,* 112-118.

Rø, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A.H., Sexton, H., & Rosenvinge, J. (2005b). The Interaction of Personality Disorders and Eating Disorders: A Two-Year Prospective Study of Patients with Longstan- ding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 38,* 106–111.

Rowe, S.L., Jordan, J., McIntosh, V.V.W., Carter, F.A., Bulik, C.M., & Joyce, P.R. (2008). Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42,* 1021-1029.

Sansone, R.A., & Levitt, J.L. (2005). Borderline personality and eating disorders. *Eating Disorders, 13,* 71-83.

Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53,* 985-993

Treasure, J. Claudino, A.M., & Zuckerman. N. (2010). Eating disorders. *The Lancet, 375,* 583-593.

Vanderlinden, J., Pieters, G., Probst, M., & Norré, J. (2007). Behandelprotocol Boulimia nervosa. Amsterdam: Uitgeverij Boom en Cure and Care Development.

Wilson,G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62,* 199-216.