

	<b>Voorwoord</b>	7
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	9
<b>2</b>	<b>Eetstoornissen</b>	13
2.1	Klinisch beeld	13
2.2	Spectrum van eetstoornissen	17
2.3	Differentiële diagnostiek	18
2.4	Comorbiditeit	19
2.5	Epidemiologie	21
2.6	Etiologie	23
2.6.1	Biologische factoren	23
2.6.2	Psychologische factoren	25
2.6.3	Sociale factoren	27
<b>3</b>	<b>Wetenschappelijke inzichten</b>	29
3.1	Gebruikelijke behandelmethoden	29
3.2	Behandelresultaten	29
3.2.1	Cognitieve gedragstherapie	30
3.2.2	Systeemtherapie	31
3.2.3	Medicatie	31
3.3	Behandelbeloop	32
3.4	Modellen voor cognitieve gedragstherapie	32
3.5	Cognitieve gedragstherapie bij eetstoornissen: het model van Fairburn	37
3.6	Sleutelmechanismen bij eetstoornissen	39
3.6.1	Zelfbeeld	39
3.6.2	Lichaamsbeeld	42
3.6.3	Emotieregulatie	44
3.7	Aanvullende behandelmethoden	46
3.8	Werkmodel	48
<b>4</b>	<b>Behandeling: pragmatische aspecten</b>	56
4.1	Indicaties en contra-indicaties	56
4.2	Behandeldoelen	57
4.3	Werkwijze	58
4.4	Individuele versus groepsbehandeling	60
4.5	Verschillen met behandeling van volwassenen	60
4.6	Meetinstrumenten	61
4.7	Materialen	63

<b>5</b>	<b>Behandeling: praktische uitvoering</b>	<b>64</b>
5.1	Motivering	64
5.2	Overzicht behandel fasen	71
5.3	Modules opbouw fase (sessie 1-15)	80
5.4	Modules midden fase (sessie 16-27)	100
5.5	Modules afbouw fase (sessie 28-30)	117
	<b>Bijlagen</b>	
1	Te downloaden materiaal	123
2	Overeenkomsten en verschillen tussen AN en lijnen	124
3	Ontspanningsoefening	126
4	Oefening bij emoties waarnemen en benoemen	127
5	Oefening bij opbouw van een positief zelfbeeld	129
	<b>Literatuur</b>	<b>130</b>
	<b>Over de auteurs</b>	<b>139</b>
	<b>Register</b>	<b>140</b>

## Voorwoord

De basis voor dit boek is gelegd op de afdeling Jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, waar tot 1 januari 2005 een behandelprogramma bestond voor diagnostiek en behandeling van jongeren met een eetstoornis. Naar deze afdeling werden voornamelijk jongeren verwezen in verband met anorexia nervosa en met een eetstoornis niet anders omschreven (NAO). Onder redactie van Van Elburg en Rijken (2004) is de werkwijze en het gedachtegoed van het eetstoornissteam van deze afdeling gepubliceerd. Ten behoeve van deze afdeling, waarvoor wij beide werkzaam waren, inventariseerden wij effectief gebleken technieken op basis van onze eigen klinische ervaringen met de behandeling van deze jongeren en wetenschappelijke literatuur (Beer & Tobias-Dillen, 2003). Ons doel met deze inventarisatie was tweeledig:

- als behandelaars een beeld geven aan collega's hoe en wanneer cognitieve gedragstherapie een bijdrage kan leveren aan een multidisciplinaire behandeling van jongeren met anorexia nervosa of eetstoornis NAO;
- als opleiders een houvast creëren voor supervisie aan (GZ- en klinisch) psychologen en arts-assistenten die in het kader van hun opleiding een cognitieve gedragstherapie dienden uit te voeren.

Wij hebben deze inventarisatie nadien uitgewerkt met een uitbreiding naar toepassingsmogelijkheden bij jongeren met uiteenlopende eetstoornissen, namelijk anorexia nervosa, eetstoornis niet anders omschreven en boulimia nervosa.

In 2005 vertrok Renée Beer van het Universitair Medisch Centrum Utrecht naar De Bascule, Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, voor het opbouwen van een centrum voor kinderen en adolescenten met traumagerelateerde stoornissen. Hiermee verschoof ze de focus van haar werkzaamheden naar een andere doelgroep. Daarnaast bleef ze patiënten met een eetstoornis behandelen die intern werden verwezen vanuit het specialistische centrum voor eetstoornissen van De Bascule. Karin Tobias bleef exclusief werkzaam met en voor patiënten met een eetstoornis op Rintveld, afdeling eetstoornissen van Altrecht. Onze samenwerking in het kader van het schrijven van dit boek hebben wij na deze scheiding kunnen voortzetten.

Tijdens het tot stand komen van dit boek exploreerde Renée Beer ook de toepassingsmogelijkheden van *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) bij de behandeling van jongeren met een eetstoornis in aanvulling op een cognitief gedragstherapeutische behandeling (CGT). Dit resulteerde in een hoofdstuk – geschreven samen met Hellen Hornsveld –, dat opgenomen werd in het Praktijkboek EMDR (Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2008). Hopelijk zullen gedragstherapeuten die tevens opgeleid zijn in EMDR, beide benaderingen complementair

kunnen gebruiken en zal in de nabije toekomst getoetst worden in welke situaties een combinatie van CGT en EMDR een toegevoegde waarde heeft.

Het behandelprogramma dat voor u ligt, wordt momenteel toegepast zowel op het specialistische centrum voor eetstoornissen van de Bascule als op de gespecialiseerde afdeling voor kinderen, jongeren en volwassenen met eetstoornissen van Altrecht Eetstoornissen Rintveld.

Graag noemen wij hier de namen van een aantal mensen dat heeft bijgedragen aan het realiseren van dit project. Annemarie van Elburg en Marjolein Rijken zijn wij erkentelijk voor hun stimulerende wijze van leidinggeven en voor de ruimte die zij ons boden op het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Uit de leerervaringen van Hermien Elgersma, Mascha Timp en Astrid Tuin-Bruil hebben wij inspiratie geput. Waardevolle reacties op de tekst kregen wij van redactieleden van de Protocolreeks, met name Else de Haan en Pier Prins. Verschillende collega's leverden commentaar op delen van de tekst: Chaim Huyser, Annemarie van Elburg, Manja de Neef, Marjon Nadort, Jacomien van der Linden en Hedy Stegge. Annemarie van Reenen, werkzaam op Rintveld, heeft meegeschreven aan het werkboek voor de patiënten. Elisabeth Thiadens en Alwine Essens, werkzaam op de Bascule, leverden bijdragen.

Marieke Soons van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum hielp ons de moederin te houden met haar constructieve inbreng. Marcel Jurriëns heeft met zijn illustraties het werkboek aantrekkelijk gemaakt voor de jongeren voor wie het bedoeld is.

Tot slot gaat onze dank en waardering naar alle patiënten die wij mochten behandelen en die ons met hun positieve behandelresultaten en hun enthousiaste reacties op hun behandeling hebben gemotiveerd om dit alles op te schrijven. Zij waren onze motor.

## H.1 Inleiding

Over eetstoornissen en de behandeling daarvan zijn talloze boeken geschreven: over veronderstelde causale en samenhangende factoren; over kwetsbaarheid-factoren en experimenteel onderzoek daarnaar; over empirisch onderzoek naar behandelresultaten. Ook zelfhulpboeken verschijnen aan de lopende band. De aanhoudende stroom is niet bij te houden. Nog niet verschenen is echter – voor zover wij weten – een Nederlandstalige handleiding cognitieve gedragstherapie voor jongeren met een eetstoornis. Dit boek is bedoeld om in deze lacune te voorzien.

Het boek dient als hulpmiddel bij de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij jongeren met anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) of eetstoornis niet anders omschreven (eetstoornis NAO). Behandeling van een eetbuistoornis (*binge eating disorder*, BED), eetverslaving, morbide obesitas of overgewicht wordt in dit boek niet besproken. Voor de behandeling van te dikke kinderen is er onder andere het behandelprotocol van Braet, Moens en Mels (2008). Voor jongeren van dertien tot en met zeventien jaar met overgewicht is een multidisciplinaire groepsbehandeling beschreven door Mulkens, Fleuren, Nederkoorn en Meijers (2007).

Met het schrijven van dit boek hadden wij het volgende voor ogen: het ordenen van principes, stijl, structuur en strategie voor een therapie, uit te voeren door gedragstherapeuten (in opleiding). Het is inmiddels gebruikelijk dat cognitief-gedragstherapeutische protocollen ook worden uitgevoerd door behandelaren of verpleegkundigen die niet volledig zijn opgeleid als gedragstherapeut, maar alleen in de toepassing van een specifiek gedragstherapeutisch behandelprotocol. Bij diverse empirisch getoetste en gestandaardiseerde protocollen en programma's blijkt dit ook uitstekend te werken. Wij pleiten ervoor dat de behandeling zoals die hier wordt beschreven, uitgevoerd wordt door GZ-psychologen of cognitief-gedragstherapeuten (in opleiding), omdat ons inziens expertise wenselijk is om vanuit gedragstherapeutisch en cognitief referentiekader te kunnen analyseren waarom bepaalde interventies al dan niet de beoogde effecten sorteren en om alternatieve technieken te kunnen kiezen op basis van probleemanalyses. Sommige modules kunnen probleemloos uitgevoerd worden door andere behandelaren of verpleegkundigen (bijvoorbeeld sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, sociotherapeut, basispsycholoog), bij voorkeur met een gedragstherapeut beschikbaar als supervisor of behandelverantwoordelijke.

Als belangrijkste theoretische bouwstenen voor dit boek fungeren het transdiagnostisch perspectief ontwikkeld door Fairburn en collega's (2003); de cognitief-leertheoretische modellen ter verklaring van de instandhouding van de eetstoornis

van Fairburn en collega's (1999) en die van Garner en collega's (1997). Daarnaast dienen als leidraad het cognitieve model van Beck (1976, 1995) en het conceptuele model voor schemagerichte therapie van Young (1990; Young e.a., 2005).

Tevens is gestreefd naar aansluiting bij de diverse richtlijnen die de laatste jaren zijn uitgebracht: de Amerikaanse APA-richtlijn (APA, 2000a), de Engelse NICE-richtlijn (2004) en de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006). In deze richtlijnen wordt aanbevolen om behandelingen in te zetten volgens een model van *stepped care*. Dat wil zeggen: intensievere interventies worden pas ingezet als minder intensieve niet voldoende resultaten opleveren.

Vooralsnog beschikken we niet over een bewezen effectieve behandeling voor AN. Voor BN is cognitieve gedragstherapie (CGT) een bewezen effectieve behandelvorm en om die reden opgenomen als voorkeursbehandeling in verschillende richtlijnen.

Voor zowel volwassenen als kinderen en jeugdigen wordt vanuit de richtlijnen geadviseerd om de behandeling te laten plaatsvinden op een specialistische afdeling van een ziekenhuis c.q. instelling, of door behandelaren die zich gespecialiseerd hebben op het gebied van eetstoornissen.

Een specifieke aanbeveling ten aanzien van de behandeling van kinderen en jeugdigen met een eetstoornis is om altijd gezinsleden bij de behandeling te betrekken. Interventies dienen gericht te zijn op het verschaffen van informatie, advisering hoe om te gaan met het gedrag van de patiënt en bevordering van goede onderlinge communicatie. Ook wordt geadviseerd om cognitieve gedragstherapieprogramma's aan te bieden, die aangepast zijn aan de ontwikkelingsleeftijd (NICE, 2004).

Richtlijnen geven richting aan *wat* er gedaan moet worden. Protocolen en handleidingen specificeren *hoe* de aanbevolen stappen die achtereenvolgens gezet moeten worden, gerealiseerd kunnen worden. Deze handleiding is opgezet als een protocol, waarbij voor alle noodzakelijk geachte stappen een reeks van mogelijke technieken wordt beschreven waaruit de therapeut kan kiezen: als een menukaart waaruit men die gerechten kan selecteren die geschikt worden geacht voor deze patiënt, omdat ze naar verwachting op dat moment verwerkt kunnen worden. Om te bepalen welke modules in aanmerking komen, wordt een overzicht met criteria en een beslisboom voorgesteld.

Het boek is als volgt opgebouwd:

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van twee voorbeeldcasussen het klinische beeld geschetst van respectievelijk Anna met anorexia nervosa en Boukje met boulimia nervosa. Daarna volgt een overzicht van verschillende eetstoornissen die onderscheiden worden binnen de DSM-IV, en eetproblemen die voorkomen bij kinderen en jongeren. Aansluitend wordt beschreven wat bekend is over epidemiologie en mogelijke etiologie. In hoofdstuk 3 wordt een werkmodel voorgesteld voor conceptualisatie van eetstoornissen en de behandeling ervan, gebaseerd op

theoretische bouwstenen, resultaten van empirisch onderzoek en richtlijnen voor behandeling van eetstoornissen (APA, 2000a; NICE, 2004; Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen, 2006). Aangegeven wordt welke aangrijpingspunten zijn gekozen en waarom. In hoofdstuk 4 volgt bespreking van een aantal pragmatische aspecten met betrekking tot uitvoering van behandeling. In hoofdstuk 5 leest u een gedetailleerde beschrijving hoe het behandelprogramma praktisch kan worden uitgevoerd. De behandeling is opgebouwd uit drie fasen: opbouw-, midden- en eindfase. In elke fase doorloopt de patiënt een aantal modules, die bestaan uit een keur aan interventies en technieken. Er zijn modules ontwikkeld voor alle in hoofdstuk 3 besproken, relevant geachte aangrijpingspunten. Elke module heeft specifieke (sub)doelen, een rationale en technieken.

We hebben in het programma zo veel mogelijk die technieken opgenomen die getoetst zijn met empirisch onderzoek. De meeste technieken zijn bekend en beschreven op diverse plekken in de cognitief-gedragstherapeutische literatuur. Bij niet-getoetste technieken, die afkomstig zijn uit andere bronnen, wordt dit uitdrukkelijk vermeld.

Deze handleiding gaat vergezeld van een werkboek voor de jongeren die in behandeling komen. Het bevat zowel voorlichtingsmateriaal over allerlei aspecten van eetstoornissen als ook werkmateriaal dat tijdens de behandeling gebruikt kan worden.

Aangezien CGT dikwijls – volgens de richtlijnen zelfs ‘bij voorkeur’ – een onderdeel vormt van een multidisciplinaire en dus ook multimethodische behandeling, is het geen sinecure om de specifieke effecten van deze behandeling vast te stellen. Naast CGT vinden immers doorgaans ook andere interventies plaats die – naar verwachting – alle een steentje bijdragen aan verbetering van het functioneren van de patiënt. Niet alleen vinden er verschillende behandelmethoden tegelijkertijd plaats, CGT bestaat zelf ook uit een samengesteld pakket van cognitieve en gedragstherapeutische technieken, waarbij de differentiële effecten van de afzonderlijke onderdelen evenmin zijn vastgesteld. Hopelijk zal empirisch onderzoek ons de komende jaren informatie verschaffen over de waarde van dit behandelprogramma als geheel of van bepaalde onderdelen.

De hier beschreven behandeling kan plaatsvinden in een poliklinische of in een (dag)klinische setting. CGT wordt bij de behandeling van jongeren met een eetstoornis veelal ingezet parallel aan een of meer andere behandelvormen, zoals somatische- en medicatiecontroles, begeleiding door een diëtiste, systeemtherapie, psychomotorische therapie en beeldende therapie. Vanuit de hulpvraag en het toestandbeeld van de patiënt wordt een behandel aanbod geïndiceerd. Het is vanzelfsprekend dat in een klinische setting vaak meer nadruk ligt op het somatische beleid dan in een poliklinische setting.

Bij jongeren met een ernstige eetstoornis zal de CGT doorgaans vergezeld gaan van een of meer van de andere genoemde behandelvormen. Wanneer er sprake is van een minder ernstige variant en behandeling plaatsvindt in een algemene eerstelijns of tweedelijns voorziening, kan CGT ook de enige behandelvorm zijn, hoewel idealiter ook dan somatische controles en begeleiding door een diëtiste deel uitmaken van de behandeling.

Bij behandeling van een eetstoornis blijft meten en wegen altijd noodzakelijk (Van Elburg & Rijken, 2004). Het wegen kan uitgevoerd worden door de cognitief-gedragstherapeut zelf of door iemand van een andere discipline met wie een goede samenwerking bestaat, bijvoorbeeld een (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundige, kinderarts, kinderpsychiater<sup>1</sup> of diëtiste. Om vast te stellen ‘wie weegt?’ kunnen de volgende afwegingen gemaakt worden:

- Staat de patiënt erg ambivalent tegenover gewichtsverandering? Dan komt bij het wegen deze ambivalentie ‘in de kamer’ en kan de gedragstherapeut daarop ingaan in de therapie. Er kan ook voor gekozen worden om buiten het schootsveld te willen blijven van deze ambivalentie. In dat geval kan het wegen overgelaten worden aan iemand van een andere discipline, die ook verantwoordelijkheid op zich neemt voor uitvoering van de consequenties verbonden aan het wel/niet bereiken van de overeengekomen na te streven gewichtsverandering. De gedragstherapeut kan in die situatie gefocust blijven op andere doelen van het behandelplan.
- Een tweede punt is dat de patiënt gewogen dient te worden in ondergoed. Zij<sup>2</sup> kan het als intrusief ervaren om bijna bloot te moeten verschijnen voor haar gedragstherapeut. Dit kan een reden zijn om het wegen over te laten aan iemand anders.
- Een derde punt is de apparatuur. Niet alle instellingen of praktijken beschikken over de geschikte instrumenten om goed te wegen (bijvoorbeeld de Tanita-weegschaal). Als dit het geval is, kan een de huisarts ingeschakeld worden voor objectieve bewaking van het wegen.

---

1 Jongeren ouder dan achttien jaar worden gezien door respectievelijk internist en psychiater in plaats van kinderarts en kinderpsychiater.

2 Hoewel de behandeling zowel kinderen als jongeren kan betreffen, spreken we in het vervolg van dit boek over jongeren of patiënten; we spreken daarnaast steeds over ‘zij’ en ‘haar’ omdat het overgrote deel van de patiënten meisjes betreft.