

Behandeling van eetstoornissen

dag 1



Inhoud

Thema

- diagnostiek

Van tevoren lezen en opdrachten maken, de gemaakte opdrachten worden meegebracht op de cursusdag.

1. *Screening for Binge Eating Disorder in people with obesity.* Wever M.C.M. et al.; *Obes REs in Clin Prac* 2018 May - Jun;12(3):299-306

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- welke 3 groepen participanten zijn vergeleken in deze studies?
- benoem de 3 belangrijkste in het oog springende verschillen tussen de obese participanten met en zonder BED

2. *Eetbuistoornis bemoeilijkt de behandeling van obesitas.* Geerets T.

NTvD, 2012; 67 (6)

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- in hoeverre herken je de beschreven problematiek van obesitas in combinatie met psychische problematiek in je eigen praktijk en beschrijf hoe je daar nu mee omgaat
- lees de verplichte artikelen behorende bij dag 1 (in de literatuur is meer informatie opgenomen als interessante leesstof, echter niet verplicht)

3. *Interpretatie van REO scores*

Bestudeer de interpretatie van de scores van de REO en laat een CI met obesitas de REO screeningslijst invullen:

- interpreteer de scores op de REO
- geef aan waar de voornaamste insteek van de behandeling van deze client dient te liggen
- geef aan waar de valkuilen in behandeling de van deze client kunnen liggen.

4. *lees de informatie behorende bij dag 1*

Bestudeer de bijgeleverde informatie en beantwoord het volgende:

- beschrijf het belangrijkste onderscheid in diagnostiek tussen anorexia en boulimia nervosa
- welke fasen worden beschreven bij het 'stages of change' model
- beschrijf met een voorbeeld uit je eigen praktijk in welke fase een client zich bevind en geef aan hoe je tot deze conclusie komt

Programma cursusdag 1

Dagvoorzitter Anne Ruth van Veen, diëtist Centrum voor Eetstoornissen en Obesitas, Novarum, Amsterdam

9:00 - 9:30	Ontvangst met koffie/thee
9:30 – 10:15	Kennismaking (Anne Ruth van Veen)
10:15 – 11:30	Presentatie diagnostiek van eetstoornissen (door Dr. Isis Elzackers of Dr. Jan van Trier, psychiater met ruime ervaring in eetstoornissen)

11:30 - 11:45	Koffiepauze
11:45 – 12:45	Werken met de REO (door Drs. Tiny Geerets, psycholoog / cognitief gedragstherapeut te Utrecht), kennismaken met BDI en EDE
12:45 – 13:30	Lunchpauze
13:30 – 13:45	Korte introductie diëtistische diagnose met als uitgangspunt de diëtistische diagnose uit de Dieetbehandelingsrichtlijn (door Anne Ruth van Veen)
13:45 – 14:30	Simulatiepatiënt om het diagnostisch gesprek te oefenen -interactief gesprek met simulatiepatiënt over ervaringen omtrent hulpverlening
14:30 – 15:15	Uitleg stages of change en de basis van MI (door Tiny Geerets)
15:15 - 15:30	Theepauze
15:30 - 16:30	Terugkijkend op het gesprek met de simulatiepatiënt -welke diagnose zou je stellen -in welke fase van gedragsverandering zit deze persoon -wat zou je eventueel anders doen in het gesprek (oefenen)
16:30 – 17:00	Bespreken van huiswerk: - bestuderen van de informatie en artikelen en het maken van de opdrachten bij dag 2 - oefenen in de praktijk met diagnostiek en gesprekstechnieken - beschrijf een casus van een patiënt met anorexia nervosa uit je praktijk en breng deze mee op dag 4 om te gebruiken in de oefeningen

Diagnostische criteria van eetstoornissen volgens DSM -5 (2017)

Diagnostische criteria Anorexia Nervosa (DSM-5)

A. Beperking van de energie-inname vergeleken met de behoefte, hetgeen leidt tot een significant laag gewicht in de context van leeftijd, geslacht, ontwikkeling en lichamelijke gezondheid. Significant laag gewicht is gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan minimaal normaal of (voor kinderen en adolescenten) lager dan minimaal verwacht.

B. Intense angst voor gewichtstoename of voor dik worden of een persistent gedrag dat gewichtstoename verhindert, zelfs als er een significant laag gewicht aanwezig is.

C. Stoornis in de wijze waarop het lichaamsgewicht of lichaamsvorm wordt beleefd, een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op de zelfevaluatie of een persistent gebrek aan herkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.

Specificeer subtype:

- *beperkende type*: gedurende de laatste 3 maanden heeft men geen episodes van eetbuien of purgerend gedrag vertoond (gewichtsverlies wordt veroorzaakt door lijnen, vasten en/of excessieve beweging)

- *eetbui/purgerende type*: gedurende de laatste 3 maanden heeft men terugkerende episodes van eetbuien of purgerend gedrag vertoond (zoals braken, laxantia, diuretica of klysma's)

Specificeer de huidige ernst:

mild: BMI ≥ 17 kg/m²

matig: BMI 16-16,99 kg/m²

ernstig: BMI 15-15,99 kg/m²

extreem: BMI < 15 kg/m²

Diagnostische criteria Boulimia Nervosa (DSM-5)

A. Terugkerende episodes van eetbuien. Een episode wordt gekarakteriseerd door de volgende kenmerken:

1. het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
2. Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bv het gevoel niet te kunnen stoppen of controleren wat en hoeveel men eet).

B. Terugkerend inadequaate compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelfopgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen, vasten of overmatige lichaamsbeweging.

C. De eetbuien en het inadequate compensatiegedrag komen gemiddeld ten minste eenmaal per week gedurende 3 maanden voor.

D. Zelfevaluatie wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.

E. De stoornis komt niet voor tijdens een episode van anorexia nervosa.

Specificeer de huidige ernst:

mild: gemiddeld 1-3 episodes van inadequaate compensatie gedrag per week

matig: gemiddeld 4-7 episodes van inadequaate compensatie gedrag per week

ernstig: gemiddeld 8-13 episodes van inadequaate compensatie gedrag per week

extreem: gemiddeld ≥ 14 episodes van inadequaate compensatie gedrag per week

Diagnostische criteria binge eating disorder (eetbuistoornis) (DSM-5)

A. Recidiverende episodes van eetbui. De episode wordt gekarakteriseerd door het volgende:

1. Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld 2 uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in een zelfde periode onder dezelfde omstandigheden zouden eten;

2. Een gevoel de beheersing over het eten tijdens een eetbui kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of dat men zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet);

B. De eetbui episodes hebben tenminste drie of meer van de volgende kenmerken:

1. Sneller eten dan normaal;

2. Eten tot er een oncomfortabel gevoel optreedt;

3. Eten van grote hoeveelheden voedsel zonder dat lichamelijke honger ervaren wordt;

4. Eten in isolatie uit gevoelens van schaamte over de hoeveelheid voedsel dat gegeten wordt;

5. Na het overeten voelt men afschuw voor zichzelf, somber of schuldig.

C. Duidelijk aanwezige stress met betrekking tot de eetbui.

D. De eetbui komen gemiddeld minimaal een keer per week voor, gedurende een periode van minimaal 3 maanden.

E. De eetbui gaan niet vergezeld met maatregelen om ongewenste gewichtstoename te voorkomen en de patiënten voldoen niet aan de criteria voor anorexia nervosa of boulimia nervosa.

Specificiteer de huidige ernst:

mild: gemiddeld 1-3 eetbui episodes per week

matig: gemiddeld 4-7 eetbui episodes per week

ernstig: gemiddeld 8-13 eetbui episodes per week

extreem: gemiddeld ≥ 14 eetbui episodes per week

Definitie van een eetbui

In een relatief korte tijd een voor de omstandigheden extreem grote hoeveelheid voedsel naar binnen wordt gewerkt. Het gaat veelal om vet- en koolhydraatrijk voedsel, hetgeen door de patiënt vaak als verboden wordt gezien.

Om een richtlijn te geven hoe eetbuien gedefinieerd worden, is hieronder een veel gebruikte beschrijving weergegeven van Fairburn (1993):

- Objectieve eetbuien: de patiënt eet binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld 2 uur) een grote hoeveelheid voedsel en ervaart daarbij controleverlies.
 - Subjectieve eetbuien: de patiënt eet hoeveelheden die door haar- of hemzelf als veel wordt beschouwd, maar die volgens objectieve normen niet als eetbui worden beschouwd, bijvoorbeeld 10 dropjes. De patiënt ervaart hierbij een gevoel van controleverlies.
 - Objectief overeten: de patiënt eet een grote hoeveelheid voedsel, maar ervaart geen gevoel van controleverlies.
 - Subjectief overeten: de patiënt eet hoeveelheden die door haar- of hemzelf als veel worden ervaren, maar die volgens objectieve normen niet als eetbui worden beschouwd, bijvoorbeeld 4 koekjes. De patiënt ervaart daarbij geen gevoel van controleverlies.
- Het cruciale verschil tussen deze verschillende vormen van eetbuien/overeten zit in de hoeveelheid die gegeten wordt, al dan niet in de beperkte tijd en al dan niet in het ervaren van controleverlies.

Samenvatting REO

De screeningslijst Risicofactoren op Eetstoornissen bij Obesitas is gebaseerd op een publicatie over obesitas in de diëtistenpraktijk in het Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten in 2005, is onderzoek gedaan om een screeningslijst te ontwikkelen voor diëtisten om hun obese patiënten te kunnen onderscheiden van de patiënten met een eetbuistoornis. Het onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijst is in 2016 afgerond. De publicatie hierover volgt in 2017. In dit onderzoek zijn ook afkapwaarden gevonden die bruikbaar zijn voor een eerste screening. De lijst wordt in 2017 aangepast op de DSM-5. Naast eetstoornisfactoren gaat de screeningslijst ook in op somberheid/depressie en impulsiviteit. Dit zijn twee aspecten die bij obesen met een eetstoornis beduidend vaker voorkomen. De screeningslijst is te bestellen via www.psydi.nl

Samenvatting EDE-Q

De Eating Disorder Examination is een vragenlijst die is ontwikkeld om de ernst of frequentie van verschillende eetstoornisfactoren te achterhalen. De subschalen geven informatie over lijngedrag en piekeren over respectievelijk eten, lichaamsvormen en gewicht. Daarnaast wordt uitdrukkelijk gevraagd naar eetbuien en gewichtscontrolerende en -compenserende maatregelen.

Samenvatting BDI

De Beck Depression Inventory is een vragenlijst die ontwikkeld is om de ernst van de depressie vast te stellen. De vragenlijst gaat hierbij uit van gedachten (cognities) van de patiënt zelf en die te maken hebben met hopeloosheid, irritatie, verlies van interesse in anderen en de omgeving en gevoelens van schuld en straf. Daarnaast worden een paar fysieke factoren uitgevraagd.

Korte introductie diëtistische diagnose

De diëtistische diagnose wordt vermeld in de rapportage aan de verwijzer. De diëtistische diagnose dient duidelijkheid te bieden over een aantal zaken:

- om welke eetstoornis gaat het;
- wat is het lichaamsgewicht en de BMI in relatie tot het geschatte ideaalgewicht/BMI;
- compensatiegedrag en andere maatregelen ter voorkoming van gewichtstoename;
- kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van voeding (totaal energie gerelateerd aan behoefte en tekorten);
- eetfrequentie en eettijden;
- de beleving van voeding en het omgaan met eten;
- bijzonderheden in het eetgedrag, hoe wordt gelijnd;
- 'foutieve' cognities over voeding;
- houding ten opzichte van lijnen, gewicht;
- overeten: wat wordt gegeten, is er sprake van objectieve of subjectieve eetbuien en is er sprake van controleverlies;
- frequentie van 'overeten';
- frequentie van eetbuien;
- welke invloed heeft de eetstoornis op het dagelijks functioneren;
- houding ten opzichte van behandeling en verwachting van begeleiding door diëtist;
- behandelmogelijkheden door de diëtist; zoals voorlichting, psycho-educatie met betrekking tot voeding of voedingsgerelateerde onderwerpen, inzicht geven in eigen eetgedrag, inzicht geven in energiebehoefte, begeleiden bij opbouwen eetpatroon, uitbreiden van voedingsmiddelenkeuze;
- gezondheidsproblemen, achterliggende medische gegevens, achterliggende externe en persoonlijke factoren, prognose (Lie & Heerkens, 2003).

Achtergrondinfo over motiverende gespreksvoering

1. Gedragsverandering

Gedragsverandering naar een gezonde 'life-style' is wat we allemaal wensen voor onze cliënten. We zien een toekomst met minder klachten bij een verandering van levensstijl en een juist gebruik van medicatie voor hun klacht en begrijpen vaak niet waarom onze cliënten onze goed bedoelde adviezen niet opvolgen. Verandering van gedrag heeft echter niet alleen te maken met het weten wat je moet doen. Er zijn veel meer factoren van invloed op daadwerkelijke gedragsverandering.

Heel veel mensen veranderen hun gezondheidsgedrag zonder dat er een hulpverlener aan te pas komt. De meeste mensen kunnen zelf stoppen met roken, te veel eten of drinken. Vroeger dacht men dat deze 'genezing' spontaan gebeurde en zag men het als een 'onverklaarbaar' fenomeen. Tegenwoordig kijkt men steeds meer naar de verschillende stadia van gedragsverandering die iemand doorloopt en hieruit blijkt dat deze fasen met en zonder hulpverlening hetzelfde zijn.

Ook een korte hulpverlening kan in veel gevallen al voldoende effect hebben. Soms zijn een of twee hulpverleningssessies voldoende om het gewenste effect te bereiken. Een beetje hulp kan dus al leiden tot grote gevolgen.

Een belangrijke factor in het effect heeft te maken met de motivatie van iemand om te veranderen. En hierbij speelt vooral mee in hoeverre iemand gelooft dat het hem/haar zal gaan lukken om te veranderen en hoe groot het belang van de verandering geacht wordt. Zelfs het geloof van de hulpverlener in de capaciteiten van de cliënt op het gebied van verandering heeft een belangrijke invloed op het geloof in eigen kunnen van de cliënt. Om daadwerkelijk het gedrag te veranderen is het nodig dat de cliënt de gereedheid, de bereidheid en het vermogen heeft om te kunnen gaan veranderen (ervoor klaar zijn, het willen en het kunnen)

Willen heeft te maken met het belang van de verandering. Als men het belang van een verandering niet inziet, zal men ook niet geneigd zijn hier energie in te steken. De wil om te stoppen met roken zal veel kleiner zijn als de cliënt van mening is dat de uitlaatgassen van auto's op de snelweg waar hij naast woont, de eigenlijke oorzaak zijn van zijn/haar longproblemen.

Kunnen heeft te maken met het vertrouwen in het eigen kunnen van veranderen. Iemand kan geen vertrouwen in eigen kunnen hebben, bijvoorbeeld omdat er al 6 pogingen zijn gedaan om te stoppen met roken, die allemaal zijn mislukt.

Ervor klaar zijn heeft te maken met het stellen van prioriteiten. Ik wil wel, maar nu niet. Nu zijn er andere dingen belangrijker. Bijvoorbeeld ik wil wel stoppen, maar nu zijn er veel spanningen rondom de scheiding van mijn zoon. Als alles achter de rug is ga ik het doen.

2. Gesprekstechnieken

Uit veel onderzoeken blijkt dat de belangrijkste factor in de behandeling van cliënten niet de gebruikte behandelmethode is, maar vooral de waarde van het contact tussen hulpverlener en cliënt. Dus niet zozeer welke therapie wordt gebruikt, maar de (vertrouwens)band tussen cliënt en hulpverlener. Dit interpersoonlijke contact (contact tussen twee mensen) dient vooral veilig en ondersteunend te zijn en wordt ook wel omschreven met de term 'empathie'. De empathie van de hulpverlener is hiermee van doorslaggevend belang voor de reactie van

de cliënt op de behandeling. De hulpverlener kan de cliënt helpen met het op gang brengen van de motivatie tot verandering, dus het willen, kunnen en er klaar voor zijn. De hulpverlener kan hiervoor voorlichting geven over de ziekte en de mogelijke behandelingen. Maar de belangrijkste interventie is echter de houding van de hulpverlener in het hele proces van gedragsverandering (zie basisvaardigheden(ORBS) in gespreksvoering bij MI).

3. Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een methode om mensen voor te bereiden op verandering, zodat ze overtuigd kunnen kiezen voor verandering in het vertrouwen dat het ze ook gaat lukken.

Uitgangspunten van MI

De uitgangspunten van Motiverende Gespreksvoering (MI) zijn de volgende:

- de motivatie tot verandering komt vanuit de cliënt en wordt niet van buitenaf opgelegd
- het is de taak van de cliënt en niet van de hulpverlener, om een oplossing te vinden voor de eigen ambivalentie in het veranderingsproces
- oplossen van ambivalentie (tweestrijd of twijfel) van de cliënt kan niet door te proberen deze te overtuigen
- de sfeer en de stijl is kalm en uitnodigend van karakter
- de hulpverlener is directief (sturend) in het bijstaan van de cliënt die zijn/haar eigen ambivalentie onderzoekt en oplost
- de bereidheid tot gedragsverandering is een niet vaststaande eigenschap van de cliënt, maar een wisselend product van de interactie (het onderlinge contact) tussen hulpverlener en cliënt
- de verhouding tussen de cliënt en de hulpverlener is gebaseerd op gelijkwaardigheid, en juist niet die tussen de deskundige en de leek.

Praktische adviezen in MI

- als hulpverlener praat je minder dan je klant
- de meest gebruikte respons (reactie) van de hulpverlener is reflectie
- als de hulpverlener vragen stelt zijn dit in overgrote meerderheid open vragen
- ga langzaam in het gesprek, geef tijd om na te denken en trek geen overhaaste conclusies; kortom haal de cliënt (en jezelf) niet links in

Basisvaardigheden (ORBS) in gespreksvoering bij MI

- Open vragen stellen
- Reflectief luisteren (teruggeven wat je hoort)
- Bevestigen en ondersteunen
- Samenvatten (liefst in de bewoordingen van de cliënt)
- (Ontlok zelfmotiverende uitspraken)

Ad 1. Open vragen stellen

Gesloten vragen kunnen afgedaan worden met een kort tot zeer kort antwoord. Het nodigt de cliënt niet uit om te praten vanuit zijn/haar eigen gedachtegang. Verder nodigt het vaak ook niet uit om te praten over datgene wat iemand echt bezighoudt.

Ad 2. Reflectief luisteren

Om reflectief te kunnen luisteren moet je allereerst echte interesse tonen in wat je cliënt te vertellen heeft. Verder is empathie belangrijk, laat merken dat het je interesseert en laat merken dat het belangrijk is wat de cliënt verteld over zijn twijfels, meningen en standpunten. Een vorm van samenvatten is het kort herhalen wat de cliënt heeft gezegd. Herformuleren is ook mogelijk, maar dan gebruik je andere bewoordingen dan de cliënt heeft gedaan. Parafaseren is een vorm van samenvatten die wel dezelfde betekenis vasthoudt, maar uit een iets andere invalshoek. Het gevoel reflecteren betekent dat je naast de samenvatting ook de emotie benoemt die je ziet (wel altijd checken of het klopt wat je ziet)

Ad 3. Bevestigen en ondersteunen

Geef complimenten en uit je waardering en begrip voor de moeilijkheden en twijfels die iemand heeft.

Ad 4. Samenvatten

Samenvatten wat de cliënt heeft gezegd is eigenlijk een specifieke toepassing van reflectief luisteren. Een samenvatting moet wel alle elementen in zich hebben die een cliënt aangeeft, dus niet alleen voordelen van verandering maar ook nadelen. Ambivalentie kan ook hierin opgenomen worden en gevolgd door bijvoorbeeld de uitnodiging om deze samen te gaan onderzoeken.

Ad 5. Zelfmotiverende uitspraken

Bij zelfmotiverende uitspraken benoemt de cliënt juist de positieve kant van de ambivalentie, dus voor verandering.

Zelfmotiverende uitspraken kunnen gericht zijn op:

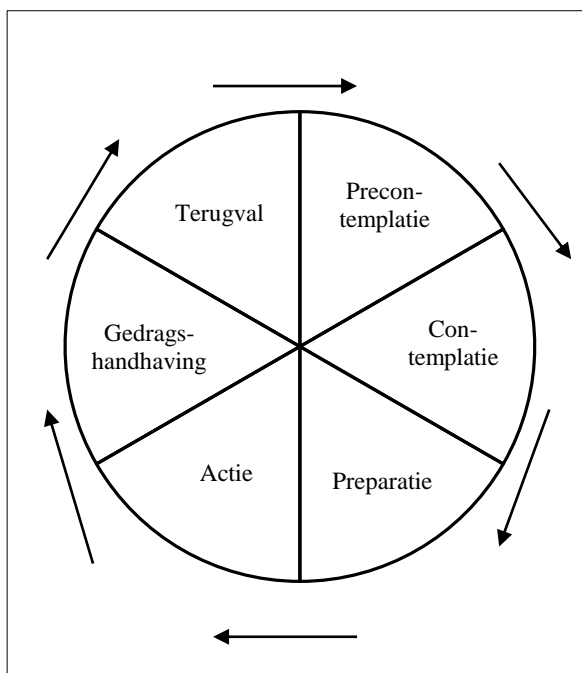
- probleemherkenning (pre-contemplatiefase)
- bezorgdheid (overpeinzing) (contemplatiefase)
- doelgerichtheid (preparatie- en actiefase)
- optimisme over verandering (actie- en handhavingsfase)

DiClemente & Prochaska: Stages of Change Model

Motivatie is de waarschijnlijkheid dat een persoon deelneemt aan, doorgaat met en zich houdt aan een specifieke veranderingsstrategie. Kenmerken van motivatie zijn: probleembesef, de mate waarin de patiënt zich zorgen maakt, optimisme en de intentie tot verandering, dat wil zeggen de ideeën over de eigen inschatting om te veranderen. Het gebruik van motivatietechnieken maakt deel uit van iedere behandeling. Bij de begeleiding van cliënten moet er rekening worden gehouden met de fase van het veranderingsproces waarin hij/zij zich bevindt. Op deze manier kunnen er gerichte interventies per fase worden toegepast. Het Stages of Change model van Prochaska en Diclemente (1992) kan hierbij goed worden gebruikt. Volgens dit model kan motivatie voor verandering worden onderverdeeld in zes fasen:

1. Precontemplatie
2. Contemplatie
3. Preparatie
4. Actie
5. Handhaving
6. Terugval

Gedurende de behandeling kunnen de verschillende fasen meerdere malen worden doorlopen. Indien de begeleiding niet aansluit bij de motivatiefase waarin de patiënt zich bevindt, kan dit leiden tot weerstand en verzet, zowel bij cliënt als diëtist. Een veelvoorkomende valkuil is dat de diëtist in de behandeling al een fase verder is dan de cliënt, waardoor de cliënt niet aan de gestelde eisen van behandeling kan voldoen. De diëtist moet een stap terug doen naar een eerdere fase van motivatie en de patiënt de gelegenheid geven zich te ontwikkelen. Bij terugval zal de diëtist samen met de cliënt de cirkel van motivatie opnieuw moeten doorlopen.



MOTIVATIE CIRKEL

Stages of Change model: de motivatiefasen

Hieronder staan de fasen van motivatie verder uitgewerkt, met daarbij vermeld welke interventies en welke vragen per fase gesteld kunnen worden.

ad1) In de **precontemplatiefase** heeft de cliënt geen interesse voor verandering en ontkent het probleem. De patiënt ervaart geen klachten, er is geen lijdensdruk aanwezig. De cliënt is zich niet of gedeeltelijk bewust van de ziekte en komt vaak naar de therapie omdat anderen dat willen. Daarbij praat de cliënt niet graag over de ziekte. Het doel in deze fase is het komen tot enig ziektebesef.

Interventie in de precontemplatiefase:

- Vragen naar de zorgen die de cliënt zich maakt. Deze hoeven niet direct betrekking te hebben op het ziektebeeld. Hierbij is het stellen van open vragen en het reflecteren op inhouds- en gevoelsniveau belangrijk;
- Ingaan op de visie van de cliënt, vragen naar zorgen, kijken of de cliënt een relatie legt met het probleem;
- Reflectief luisteren: de uitspraken van de cliënt die wijzen op ziektebesef, die moeten gereflecteerd worden (dus selectief reflecteren);
- Objectieve feedback geven en afwisselen met vragen naar de visie van de cliënt;
- Voorlichting geven met betrekking tot de stoornis: de symptomen, de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van het ziektebeeld met als doel dat de cliënt zichzelf gaat herkennen in het ziektebeeld. Eventueel met schriftelijk materiaal ondersteunen of geschreven feedback meegeven.

Vragen in de precontemplatiefase:

- Waar maak je je zorgen over? (dit kan ook een niet aan de ziekte gerelateerd onderwerp zijn)
- Kan je je voorstellen wat er gaat gebeuren als je met (...) door gaat?
- Wat is er aan de hand met je (...) dat anderen zich er zorgen over maken?
- Wat zijn je gevoelens over je (...)?
- Hoeveel zorgen maak je je daarover?
- Op welke manier maak je je zorgen daarover?
- Wat denk je dat er gebeurt als er niets verandert?

ad2) De fase van de **contemplatie** kenmerkt zich door ambivalentie ten opzichte van de eetstoornis. De cliënt heeft enig ziektebesef en maakt zich wel zorgen over zichzelf, maar bevindt zich vaak in een tweestrijd: het wel of niet zich houden aan de behandeladviezen. De cliënt erkent de ziekte en maakt zich enige mate van zorgen. De cliënt is bereid te onderzoeken wat de betekenis, functie en gevolgen van de ziekte zijn en overweegt dat verandering een optie is, maar is nog niet bereid tot actie.

Interventies in de contemplatiefase:

- Creëer discrepantie door in te gaan op de ambivalentie tussen huidig gedrag en belangrijke persoonlijke levensdoelen, ambities of verwachtingen;
- Probeer te benadrukken dat het om en ... gaat, dat wil zeggen: het probleem levert ... en ... in plaats van het probleem heeft (positieve) betekenis, *maar* levert ook (probleem) (de dubbelzijdige reflectie);
- Het opstellen van een voor- en nadelenbalans: begin met de voordelen en laat een waarde toekennen aan de factoren;
- Verweef materiaal van psycho-educatie met consequenties;
- Het is belangrijk de inconsistentie te benadrukken in de discrepantie van doelen.

Vragen in de contemplatiefase

- Vraag naar intentie tot verandering (dit kan zowel in de contemplatie als in de preparatiefase). Wat zijn voor jou de voordelen om je gewicht te behouden en wat zijn de nadelen?
- Wat zouden de voordelen zijn van veranderen en wat de nadelen?
- Het feit dat je hier bent geeft aan dat ten minste een deel van je wil veranderen. Wat voor redenen zie je voor verandering?
- Wat doet je denken dat je door moet gaan met (..) zoals je deed?
- Wat doet je denken dat je iets zou moeten veranderen? En waarom juist nu ?
- Bereik je met je eetstoornis je levensdoelen op de lange termijn ?
- Ik krijg de indruk dat je vast zit, wat zou er moeten veranderen?

Alle interventies in deze fase gaan in op de ambivalentie en het geven van uitleg erover. Door de ambivalentie te bewerken kan de patiënt tot verandering komen. In deze fase kan het bespreken van de toekomst over 5 jaar een mogelijkheid zijn waarbij gericht gekeken kan worden naar hoe deze eruit kan zien als het gedrag niet veranderd wordt. Wat maakt het voor de patiënt zo moeilijk om met de behandeling te starten, wat houdt de patiënt tegen?

- ad3) De **preparatiefase** geeft aan dat de cliënt bereid is tot verandering. De cliënt heeft echter wel hulp en aanmoediging nodig bij het maken van de eerste stappen op weg naar verandering. De cliënt onderkent de ernst van de ziekte (of symptoom) en maakt zich zorgen *en* is bereid actie te overwegen, maar ziet er tegenop. Daarnaast heeft de cliënt behoefte aan voorlichting over de te nemen stappen. De cliënt hoopt op effecten van de behandeling, heeft hierover enig optimisme en staat positief tegenover de vermogens tot verandering. De cliënt vraagt hierbij om hulp.

Interventies in de preparatiefase:

Een veel gebruikte interventie is het bijhouden van een eetdagboek, waardoor er inzicht wordt verkregen in het voedingspatroon, de mate van angst bij het eten en de cognities (zie bijlage);

- Hierbij is het van belang de cliënt uitleg te geven over het nut van het bijhouden van een eetdagboek en voor te bereiden op deze (niet gemakkelijke) klus;
- Informatie geven over de behandeling en behandeldoelen bepalen met betrekking tot het gewenste eet- en leefgedrag (kleine stapjes en realistische doelen);
- Afspraken maken over de begeleiding en over het beleid bij stagnatie van het veranderingsproces;
- Aanmoediging bieden (cliënt ziet er vaak tegenop, beamen dat de behandeling soms zwaar kan zijn, maar dat er in onderling overleg bepaald wordt wat haalbaar is);
- Het laten maken van een motivatiekaartje met daarop motiverende en bemoedigende argumenten. Het kaartje kan gelezen worden wanneer de cliënt motivatie nodig heeft voor actie;
- Let op zwart-wit uitspraken: 'zoals dit lukt mij nooit'. Het is belangrijk deze te herformuleren in 'Je stelt je te bescheiden op tegenover je mogelijkheden, je ziet er tegenop om te beginnen en je vraagt of het je gaat lukken'.

Vragen in de preparatiefase:

- Wat geeft je het idee dat als je besluit te veranderen, dat je dat kan?
- Wat moedigt je aan om te veranderen als je dat wilt?
- Wat voor argumenten heb je om dit advies op te volgen ?
- Wat denk je dat zou werken, als je daadwerkelijk zou veranderen?

- Kan je mij vertellen hoe moeilijk het voor je is om je voedingspatroon te veranderen?
- Waar zou je mee willen beginnen?
- Zullen we samen de stappen/ doelen vaststellen en er een plan voor opstellen?

ad4) In de **actiefase** is de cliënt bereid de opgestelde doelen na te streven en cognitieve gedragsverandering te bewerkstelligen. De cliënt onderneemt actie gericht op verandering in eigen gedrag, omgeving, ervaringen en cognities met betrekking tot het probleem. De patiënt accepteert hulp en adviezen en ervaart de aandoening als problematisch, maakt zich zorgen over de situatie, werkt eraan en doet zijn of haar best om veranderingen aan te brengen. De cliënt gaat door met therapeutische acties ondanks tegenslag en kan optimistisch zijn over resultaat en eigen vermogens. Er is motivatie aanwezig te werken aan het gewenste gedrag.

Interventies in de actiefase:

- Regelmatige gewichtscontrole, zo nodig;
- Voedingsadvies met variatiemogelijkheden;
- Het geven van psycho-educatie;
- Het aanmoedigen van de cliënt;
- Bij stagnatie houdt de diëtist zich aan eerder gemaakte afspraken over hoe om te gaan met stagnatie. Voor de diëtist: bekijk in welke fase de cliënt zich bevindt en pas interventies behorend bij die fase toe;

Vragen in de actiefase:

- Hoe gaat het met het eten?
- Zijn er momenten dat je het moeilijk hebt? Welke gevoelens of gedachten spelen dan?
- Zijn er nog doelen waar je aan zou willen werken?
- Wat vindt de cliënt zelf van het behaalde resultaat? Bespreek deze uitgebreid;

Enkele algemene richtlijnen tijdens de actiefase:

- Wees alert op een te grote neiging de cliënt te genezen;
- Houdt er rekening mee dat de behandeling lang kan duren;
- Hanteer neutrale maar wel betrokken uitspraken. Voorkom bestraffende uitspraken;
- Houdt je aan de gemaakte afspraken;
- Heb er begrip voor als de cliënt zich niet meteen beter gaat voelen.

ad5) De **handhavingsfase** geeft aan dat de cliënt de behandeldoelen heeft gerealiseerd. De cliënt kan en wil de verbeterde toestand vasthouden en vraagt om hulp bij het bijhouden van de verbeteringen. De cliënt onderkent hierbij het gevaar van terugval en wil hieraan werken. Er is optimisme over het welslagen van terugvalpreventie en eigen vermogens.

Interventies in de handhavingsfase:

- Voorlichting geven over de kans op terugval en het nut van terugvalpreventie;
- Terugvalpreventieplan maken;
- Afronden van de behandeling door in lagere frequentie contact te houden;
- Verwijzen naar een nazorg- of zelfhulpgroep.

Vragen in de handhavingsfase:

- Kun je het voedingspatroon volhouden?
- Welke veranderingen in je voedingspatroon kosten je moeite?
- Wat kunnen we hieraan doen?
- Wat zouden in de toekomst valkuilen kunnen zijn?

- Waaraan herken je een terugval?

ad6) In de **fase van terugval** gaat de diëtist onderzoeken in welke fase de cliënt zit en past interventies toe die bij die fase horen. De cliënt kan het preventieplan erbij nemen om verdere terugval te voorkomen en maatregelen nemen om het voedingspatroon weer op te pakken.

De cliënt kan voor verschillende behandeldoelen ook in verschillende fasen van de motivatiecirkel verkeren. Bijvoorbeeld kan iemand wel willen minderen met verzadigd vet in zijn/haar voeding en overgaan tot de actiefase, maar wil ondertussen niet stoppen met roken en voor dit onderdeel nog in de precontemplatiefase verkeren.

Gebruikte literatuur

Prochaska, J., Diclemente, O., Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change*. American Psychologist; (47) 1102-1114.

Appelo, M. & Hoogduin, K. (2003). *Socratisch Motiveren*. Directieve Therapie 23, 2, juni 2003, p.162-176.

Greenberger, D. & Padesky, C. (2016). *Je gevoel de baas*. Hartcourt Assessment B.V. ISBN 9026515642.

Miller, W.R., & Rollnick, S., (2005). *Motiverende gespreksvoering; een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Uitgeverij Ekklesia. ISBN 9075569394.

Barneveld, D., Peeters, S., van Veen, A-R., Brand, J., Groor, J. *Dieetbehandelingsrichtlijn eetstoornissen*, 2015, 2010 uitgevers

Verplichte en interessante toegevoegde literatuur: zie website