

Behandeling van eetstoornissen

dag 3



Inhoud

Thema

- Boulimia Nervosa

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

1. *Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight.* L. Dalle Grave et al., Behaviour Research and Therapy, 73, (2015) pg 79-82

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

CBT-E is een sterk geprotocolleerde behandelmethodede die 20 sessies omvat. In dit artikel wordt een onderzoek omschreven gericht op toepassing van CBT-E bij adolescenten.

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- a. Noem 2 sterke kanten van dit onderzoek
- b. Welk mogelijk probleem geven de auteurs aan in dit artikel mbt de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten in de praktijk van de behandeling van adolescenten met een eetstoornis.

2. *Extra informatie behorend bij dag 3*

Bestudeer de bijgeleverde informatie en beantwoord het volgende:

- a. specificeer de ernst van de eetstoornis bij een client met boulimia die 3 keer per week een eetbui neemt en daarna braakt
- b. beschrijf het verschil tussen purgerende en niet-purgerende boulimia nervosa
- c. benoem 3 disfunctionele cognities die je in je eigen praktijk bij je cliënten bent tegengekomen

Programma cursusdag 3

Dagvoorzitter is Sjerty Peeters, Diëtistenpraktijk Sjerty Peeters; behandeling van eet- en gewichtsproblemen, Sittard

| | |
|---------------|---|
| 9:00 - 9:30 | Ontvangst met koffie/thee |
| 9:30 – 10:00 | Bespreking huiswerk |
| 10:00 – 11:30 | Presentatie boulimia nervosa, gericht op de behandeling van de diëtist en beleving van de pt. (door Sjerty Peeters) |
| 11:30 - 11:45 | Koffiepauze |
| 11:45 - 12:45 | Cognitieve therapie en zelfcontrolemethoden bij boulimia nervosa (door Tiny Geerets) |
| 12:45- 13:30 | Lunchpauze |

| | |
|---------------|--|
| 13:30 - 14:45 | Oefenen met het achterhalen van disfunctionele cognities bij boulimia nervosa m.b.t. gewicht en gewichtsverloop, eetgedrag en specifieke voedingsmiddelen en purgeergedrag. Hiervoor worden meegebrachte casussen gebruikt (o.b.v. Sjerty Peeters en Tiny Geerets) |
| 14:45 – 15:00 | Theepauze |
| 15:00 - 16:15 | simulatiepatiënt om te oefenen met het uitvragen van eetbuien en purgeergedrag en het achterhalen van disfunctionele cognities |
| 16:15 – 16:45 | Huiswerk : <ul style="list-style-type: none">- bestuderen van de informatie en artikelen in de scholingsmap achter dag 4- oefen in de praktijk met het herkennen van disfunctionele cognities e het uitdagen hiervan- onderzoek de mogelijkheden in je regio voor intervisie met collega's rondom behandeling van eetstoornispatiënten- beschrijf een casus van een patiënt met binge eating disorder uit je praktijk en breng deze mee op dag 4 om te gebruiken in de oefeningen |

Korte samenvatting presentatie boulimia nervosa

Een patiënt kan worden doorverwezen met de diagnose Boulimia Nervosa, maar ook kan tijdens een consult duidelijk worden dat de patiënt boulimia nervosa heeft. De patiënt rapporteert eetbuien, die frequent voorkomen. De eetbuien worden gevolgd door compensatiegedrag zoals braken en/of laxeren. Ook overmatig bewegen en streng lijnen kunnen manieren zijn om te compenseren.

De incidentie van boulimia nervosa is minimaal 13 per 100.000 personen per jaar. Dit betekent dat er per jaar ongeveer 2100 personen met boulimia nervosa bijkomen (Hoek, Hoeken 2003). Uit onderzoek blijkt dat 47,5% van de patiënten volledig hersteld, 26% verbeterd en 26% blijft chronisch ziek. Factoren die een ongunstige prognose voorspellen zijn: persoonlijkheidsstoornissen, waaronder borderline symptomen, suïcidepogingen, lage zelfwaardering, alcoholmisbruik (Hoek uit Curr Opin Psychiatry 19:389-294, 2006). Slechts 6% van de mensen met boulimia nervosa worden behandeld in de geestelijke gezondheidszorg. Het is wenselijk om naast de behandeling door een diëtist ook een behandeling door een psycholoog te laten plaats vinden. Uit onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie de meest effectieve interventie is om het gestoorde eetgedrag en de irreële cognities te normaliseren. Tevens kan de psycholoog de achterliggende problematiek behandelen. Soms nemen een psychiater of een psycho-motore therapeut ook deel aan de behandeling. De diëtist stelt na een uitgebreide anamnese haar diagnose. Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld. Dit richt zich op het normaliseren van het eetpatroon, het stoppen met eetbuien, afbouwen en stoppen van compensatiegedrag, variëren, verminderen van obsessief denken aan eten en terugvalpreventie.

Het normaliseren van het eetpatroon houdt in dat patiënt leert om regelmatig te eten, dat wil zeggen 3 hoofdmaaltijden en 3-4 tussendoortjes. Door het regelmatig eten kunnen de eetbuien afnemen doordat het hongergevoel vermindert en bij eetdrang het de patiënt vaak lukt om eten uit te stellen tot het volgende eetmoment. De diëtist kan voor de patiënt een voorbeeld dagmenu opstellen. Dit kan houvast bieden. Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de voorkeur van de patiënt.

Een manier om inzicht te krijgen in het eetpatroon is het bijhouden van een eetdagboek. Hierin rapporteert de patiënt niet alleen wat ze eet, maar ook waarom ze eet. Tevens worden de vorderingen zichtbaar in het normaliseren van het eetpatroon.

Voordat de eetbuien aangepakt kunnen worden, is het goed dat de diëtist zicht heeft op de aanleidingen voor een eetbui, maar ook wat, hoeveel, waar gegeten wordt en welke rituelen en patronen aanwezig zijn. Eetbuien goed uitvragen heeft een meerwaarde in de behandeling.

Eetbuien ontstaan vaak als gevolg van het niet willen voelen van emoties. Dit emotie eten kan worden afgeleerd door o.a. alternatief gedrag toe te passen. Zo kan bij eten uit boosheid ook geleerd worden om boosheid te uiten. Naast alternatieven kunnen ook zelfcontrole maatregelen worden ingezet, zo kan een patiënt zich aanwennen om niet alleen te eten of om een afgepaste hoeveelheid te eten.

Normaliseren houdt ook in bepaalde patronen loslaten. Zoals eten voor de televisie of eerst een snee hartig en dan zoet. De zoete smaak kan een eetbui uitlokken.

Het afbouwen van compensatiegedrag gaat in overleg met de patiënt. Vaak is het zo dat als de eetbuien verminderen het braken ook vermindert. Over laxantiamisbruik kan een afspraak

worden gemaakt om het aantal tabletten af te bouwen; hier kan een schema voor worden opgesteld zodat de patiënt weet wat er afgesproken is. Soms kiest een patiënt ervoor om in een keer te stoppen. Het teveel bewegen kan op dezelfde manier veranderd worden: een afbouwschema om in een x aantal weken op een normaal activiteiten patroon te komen. Psycho-educatie over de gevolgen van compensatiegedrag speelt een belangrijke rol. Daarnaast kan ook voorlichting gegeven worden over wat er gebeurt als compensatiegedrag niet meer optreedt (zoals obstipatie).

Normaliseren van het eetpatroon en afbouwen van compensatiegedrag gaan vaak samen op. Als de patiënt een tijdje regelmatig eet en de eetbuien vermindert c.q. gestopt zijn, kan er meer variatie in de voeding komen. Zo kunnen de veilige producten stapsgewijs omgezet worden in meer normale producten (in plaats van een cracker als tussendoortje een koek). Tijdens de hele behandeling wordt veel psycho-educatie gegeven over gezonde voeding, over bereidingswijze, over variëren, over honger en verzadiging, over eten in verschillende situaties met verschillende mensen enz.

Tijdens de laatste fase van behandeling wordt gekeken naar terugval. Er kan een moment komen waarop de patiënt de eetstoornis nodig heeft. Bijvoorbeeld bij heftige emoties. Samen met de patiënt kan de diëtist bespreken wat een aanleiding kan zijn voor een terugval, wat de signalen zijn, en wat de patiënt dan nodig heeft om terugval te voorkomen of zo gering mogelijk te maken, dit alles kan op papier gezet worden zodat de patiënt ten aller tijden het terugvalpreventie plan kan raadplegen.

Tijdens de gehele behandeling wordt regelmatig geëvalueerd hoe de behandeling verloopt.

Uit dieetbehandelingsrichtlijn 2015

Diagnose boulimia nervosa

Boulimia nervosa wordt gekenmerkt door eetbuien waarbij in korte tijd een zeer grote hoeveelheid voedsel wordt geconsumeerd, afgewisseld met pogingen om de gevolgen van de eetaanvallen voor het gewicht tegen te gaan. Evenals bij anorexia nervosa worden twee typen onderscheiden, namelijk het purgerende type en het niet-purgerende type. Het niet-purgerende type vertoont in de regel geen purgeergedrag, maar gebruikt ander inadequaat compensatoir gedrag voor de eetbuien, zoals vasten of extreme lichaamsbeweging (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Het blijft lastig om goed vast te stellen of er sprake is van een eetbui. Om een richtlijn te geven hoe eetbuien worden gedefinieerd, volgt hieronder een veelgebruikte beschrijving weergegeven door Fairburn et al. (1993).

Er zijn verschillende soorten eetbuien:

- 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 worden beschouwd, maar die volgens objectieve normen niet als eetbui worden beschouwd, bijvoorbeeld tien 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 vier koekjes. De patiënt ervaart daarbij geen gevoel van controleverlies.

De patiënt met boulimia nervosa heeft meestal een normaal gewicht (BMI tussen 20 en 25 kg/m²), voelt zich meestal te dik, is bang om nog verder aan te komen en heeft de wens om af te vallen. Het oordeel over zichzelf wordt vooral beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht. Dat wil zeggen dat de patiënt met boulimia nervosa zich pas goed kan voelen over zichzelf als haar uiterlijk en gewicht perfect zijn (Meerum Terwogt-Reijnders & Koster-Kaptein 2001).

De diagnose boulimia nervosa kan worden gesteld aan de hand van een aantal criteria die beschreven zijn in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (American Psychiatric Association 2013). Hieronder volgt de beschrijving. De criteria die beschreven zijn in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (American Psychiatric Association 1994) staan onder de DSM-5 nogmaals beschreven.

Diagnostische criteria Boulimia Nervosa (DSM-5)

A: Terugkerende episodes van eetbuïen. 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 (bijvoorbeeld 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 eetbuïen en het inadequaate compensatiegedrag komen gemiddeld ten minste eenmaal per week gedurende drie 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 compensatiegedrag per week
- matig: gemiddeld 4 – 7 episodes van inadequaate compensatiegedrag per week
- ernstig: gemiddeld 8 – 13 episodes van inadequaate compensatiegedrag per week
- extreem: gemiddeld \geq 14 episodes van inadequaate compensatiegedrag per week

Specificeer het type:

Purgerende type

Tijdens de huidige episode van boulimia nervosa is betrokkene geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Niet-purgerende type

Tijdens de huidige episode van boulimia nervosa heeft betrokkene andere inadequate compensatoire gedragingen getoond zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Incidentie en prevalentie

De lifetimeprevalentie van boulimia nervosa volgens DSM-IV-criteria was bij een Amerikaans onderzoek 1,5 procent voor vrouwen en 0,5 procent voor mannen (Hudson et al. 2007) en bij een Europees onderzoek 0,88 procent voor vrouwen en 0,12 procent voor mannen (Preti et al. 2009). Er zijn naar verhouding meer vrouwen dan mannen met boulimia nervosa. Vrouwen tussen de 15 – 24 jaar worden gezien als de hoogste risicogroep voor boulimia nervosa (Van Son et al. 2006, Currin et al. 2005). Vanaf de jaren negentig zijn er signalen dat de incidentie van boulimia nervosa afneemt. Het gemiddelde ligt op 6,4 per 100.000 van de totale bevolking (Van Son et al. 2006, Currin et al. 2005).

Complicaties en klachten

Eetstoornissen hebben grote gevolgen voor de patiënten en kunnen tot ernstige complicaties en klachten leiden. Deze klachten uiten zich zowel op somatisch als op psychisch en sociaal gebied. Veel eetstoornispatiënten ervaren een verminderde kwaliteit van leven (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, 2006).

Complicaties en klachten bij eetstoornissen

Lichamelijke klachten die kenmerkend zijn voor boulimia nervosa hangen vooral samen met eetbuien en compensatiegedrag.

Hieronder worden eerst de lichamelijke gevolgen genoemd, vervolgens worden de sociale en emotionele gevolgen beschreven.

Lichamelijke complicaties en klachten bij eetstoornissen

Er is een aantal specifieke gevolgen die ontstaan door braken (zowel bij anorexia- als boulimia nervosa-patiënten). Denk hierbij aan tandbederf, erosie tandglazuur, gezwollen speekselklieren, beschadiging aan slokdarm en beschadiging van de handrug. Specifieke gevolgen van het gebruik van laxeremiddelen zijn beschadigingen aan de darmen, diarree, krampen, trommelstokvingers (zowel bij anorexia- als boulimia nervosa-patiënten). Gevolgen van overmatig bewegen en sporten gericht op gewichtsregulatie kunnen leiden tot sportblessures en overbelasting van het bewegingsapparaat (zowel bij anorexia als bij boulimia nervosa-patiënten).

Boulimia nervosa

Lichamelijke symptomen bij boulimia nervosa zijn rode blos, opgeblazen gezicht, puntvormige bloeduitstortinkjes in het gelaat, geïrriteerde mondhoeken, pijnloos gezwollen speekselklieren, eelt of littekens op de rug van de hand, afgesleten snijtanden, oranjegele of vaalgele huidskleur, oedeem (Vandereycken & Noordenbos 2008).

Sociale en emotionele complicaties en klachten bij eetstoornissen

Eetstoornis patiënten kunnen het fysiek en mentaal vaak niet meer opbrengen om te werken, te studeren of naar school te gaan en raken in een sociaal isolement.

Vrijtijdsbesteding, gezondheid, seksualiteit, de financiële situatie en de maatschappelijke positie worden vaak als onbevredigend ervaren. Al met al leiden deze patiënten vaak een ingeperkt en in feite gehandicapt leven (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Boulimia nervosa

Bij boulimia nervosa is niet het gewicht bepalend voor het sociale isolement, maar kunnen de eetbuien en het purgeergedrag ook leiden tot terugtrekking uit het sociale leven. Schaamte, zich ongemakkelijk voelen hebben tot gevolg dat patiënten zich steeds verder terugtrekken uit angst dat men het verstoorde eet- en compensatiegedrag zal opmerken. Eetbuien, braken en overmatig sporten kosten ook veel tijd, wat er soms toe leidt dat er weinig tijd overblijft voor een sociaal leven. Daarnaast kunnen financiële problemen ontstaan als gevolg van het kopen van eetbuivoedsel. En is er soms sprake van diefstal.

Comorbiditeit

Nogal eens is er sprake van psychiatrische comorbiditeit bij eetstoornissen. In het bijzonder affectieve stoornissen, angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. De aard en de ernst van eventuele comorbiditeit bepalen ook mede de behandeling. In de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) wordt de noodzaak van een geïntegreerde behandeling aangegeven bij comorbiditeit.

Voor diëtisten is het belangrijk om specifieke deskundigheid te hebben ten aanzien van het behandelen van eetstoornissen of bij ernstige eetstoornissen door te verwijzen naar gespecialiseerde centra. Gespecialiseerde psychologische behandeling van de psychiatrische comorbiditeit is altijd noodzakelijk.

Mortaliteit

De mortaliteit bij eetstoornissen is vooral gerelateerd aan de mate van ondervoeding, het al dan niet purgeren of laxeren, suicide en de mate van hyperactiviteit (Nielsen et al. 1998, Nielsen 2001).

Risicoprofiel

De etiologie van eetstoornissen is vooralsnog onbekend. Wel is duidelijk dat eetstoornissen het gevolg zijn van een combinatie van meerdere factoren (multifactorieel model). Een aantal factoren is in aanleg al aanwezig, zoals de genetische achtergrond en persoonlijkheid (Keel et al. 2005). Verder kunnen er verschillende risicofactoren aanwezig zijn, zoals familiale, biologische, culturele en psychologische factoren, maar deze zijn ieder op zich niet voldoende om de stoornis te veroorzaken (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

De grootste risicogroep (95 procent) vormen jonge vrouwen van 15 – 25 jaar in geïndustrialiseerde landen. Als iemand uit een van de risicogroepen met psychische klachten, maagdarmklachten (obstipatie, diarree of reflux), menstruatieklachten, ongediagnosticeerde allergieën en intolerantie of duizeligheid, moeheid, hoofdpijn of slapeloosheid op het (dieet)spreekuur van de huisarts of diëtist komt, dient altijd gelet te worden op een mogelijk voorkomen van een eetstoornis (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Familiaire factoren

Uit onderzoek blijkt dat in families van patiënten met anorexia en boulimia nervosa en binge eating disorder meer familieleden met eetstoornissen voorkomen. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden door een genetische predispositie, verder onderzoek zou gedaan moeten worden om dit te verduidelijken (Strober et al. 2000).

Biologische factoren

Premorbide obesitas kan een risico vormen voor een negatieve lichaamsbeleving, waardoor lijngedrag vaak begint. Door het lijnen raakt de honger- en verzadigingsbalans blijvend verstoord. Premorbide obesitas is niet direct een risicofactor voor het ontstaan van een eetstoornis, maar kan als zodanig een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van de risicofactoren die tot een eetstoornis kunnen leiden (Jacobi et al. 2004, Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Bij boulimiapatiënten is een verstoring in de serotoninehuishouding gevonden, wat de disregulatie van eetlust, stemming en impulscontrole zou kunnen verklaren (Vandereyken & Hoogduin 2012).

Culturele factoren en omgevingsfactoren

Eetstoornissen komen voornamelijk voor in samenlevingen of subculturen waarin slankheid gezien wordt als ideaal. Eetstoornissen worden niet of nauwelijks gezien in landen waarin voedselschaarste heerst (Nasser & Katzman 1999). Het slankheidsideaal kan echter geen voorspellende factor zijn, aangezien er slechts een klein percentage een eetstoornis ontwikkelt (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006). Veelvuldige blootstelling aan zeer slanke modellen in tijdschriften leidt tot meer ontevredenheid over het eigen lichaam (Gowers & Shore 2001). De ervaren druk om slank te zijn is vooral een risicofactor bij meisjes en vrouwen die weinig zelfvertrouwen hebben en een negatieve lichaamsbeleving. Bij hen draagt het slankheidsideaal in de media bij tot grotere onvrede over hun figuur en hun lichaam, een negatieve stemming en de keus om te gaan lijnen (Stice 2002, Pinhas et al. 1999).

De invloed van leeftijdgenoten op de ontwikkeling van eetstoornissen is groot. Hierbij is vooral pestgedrag gericht op gewicht en uiterlijk een belangrijke factor (Gowers & Shore 2001, Rieger et al. 2005).

Psychologische factoren

Een negatieve lichaamsbeleving (vooral het gevoel te dik te zijn) is een specifieke risicofactor voor het ontstaan en versterken van eetstoornissen (Jacobi et al. 2004). Een negatieve lichaamsbeleving gaat bij vrouwen meestal samen met een negatief zelfbeeld. Door streng te lijnen hopen ze meer zelfvertrouwen en een positiever lichaamsbeeld te krijgen (Stice 2002). Licht en verantwoord lijngedrag is geen voorspeller voor de ontwikkeling van anorexia en boulimia nervosa (Stice 2002, Jacobi et al. 2004).

Extreem lijngedrag, bestaande uit extreem weinig eten, maaltijden overslaan, zelfopgewekt braken, gebruik van laxemiddelen en diuretica komt wel significant vaker voor bij vrouwen met een beginnende eetstoornis en is hiermee een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis.

Extreem veel bewegen, dat gericht is op vermindering van het gewicht, is een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen (Patton et al. 1999, Noordenbos 1988).

Daarnaast is er ook nog een aantal specifieke risicogroepen, zoals fotomodellen in de modewereld (Brenner & Cunningham 1992, Hanswijck de Jonge & Furth 1999) en balletdanseressen, omdat gewichtscontrole een onderdeel vormt van hun beroepsmatig functioneren (Garner et al. 1987, Fogelholm et al. 1996, Piran 1999).

Topsporters bij wie in hun sport preoccupatie met het gewicht een belangrijke rol speelt, vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van eetstoornissen (Garner et al. 1998, Mook 1998, Munnikhof & Coumans 2000, Sundgot-Borgen & Bahr 1998). Twintig procent van de vrouwelijke sporters en 8 procent van de mannelijke sporters heeft een eetstoornis (Sundgot-Borgen et al. 2004).

Bij verschillende sporten als worstelen en boksen treedt gestoord eetgedrag en extreem afvallen vooral op in de periode voorafgaande en tijdens de wedstrijden. Na de wedstrijdperiode blijken het eetgedrag en het gewicht bij de meeste worstelaars en bokkers weer te normaliseren (Dale & Landers 1998).

Bij vegetarisme wordt geen oorzakelijk verband met lijngedrag gevonden. Er is geen prospectief onderzoek bekend waaruit blijkt dat vegetarisme een eetstoornis voorspelt. Persoonskenmerken die mogelijk een rol spelen bij het ontstaan van eetstoornissen zijn weinig zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld, een gevoel van ineffectiviteit, emotionele geremdheid, subassertiviteit, de angst om te falen in de ogen van anderen en de behoefte om aan de wensen van anderen te voldoen (Jacobi et al. 2004, Littleton & Ollendick 2003, Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Medische geschiedenis en diagnostiek

Het diagnosticeren van een eetstoornis kan worden belemmerd door de ontkenning van de patiënt over de aard en ernst van de stoornis, door een gebrek aan ziekte-inzicht en door angst om de eetstoornis los te moeten laten. Dit is mede afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van de patiënt.

Omdat een eetstoornis niet altijd herkend wordt in de eerste lijn, zullen kinderartsen, internisten, maag-lever-darmartsen en gynaecologen soms patiënten op hun spreekuur krijgen met lichamelijke klachten die op een eetstoornis berusten. Onverklaard gewichtsverlies, groeiachterstand, menstruatiestoornissen en heftige maagdarmklachten kunnen aanleiding zijn om een patiënt voor nadere diagnostiek naar de tweede lijn te verwijzen. Daarnaast kunnen de complicaties van een gediagnosticeerde eetstoornis aanleiding zijn om een patiënt door te verwijzen (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Huisartsen stellen de diagnose bij slechts ongeveer 11 procent van de patiënten met boulimia nervosa (Schoemaker & de Ruiters 2003, NICE-richtlijn 2004).

Een op eetstoornissen gerichte anamnese dient volgens de Multidisciplinaire Richtlijn (2006) de volgende elementen te bevatten:

- eetpatroon en braken;
- lichaamsbeeld van de patiënt zelf;
- minimum- en maximumgewicht in de laatste jaren; dieetgeschiedenis;
- andere klachten, in het bijzonder betreffende de menstruatie;

- gebruik van medicijnen, laxeermiddelen, diuretica, slankpillen;
- gebruik van alcohol en/of drugs;
- lichaamsbeweging/sporten.

Relevant medicijngebruik

Medicatie die voorgeschreven wordt in verband met psychische klachten zoals antidepressiva en anxiolytica (tegen angststoornissen) komt vaak voor. Het gebruik van anticonceptie dient nagevraagd te worden, dit omdat hierdoor niet kan worden vastgesteld of er normaal gemenstrueerd wordt.

Medicijnen die vaak misbruikt worden door eetstoornispatiënten zelf zijn:

- laxeermiddelen;
- diuretica, afslankpillen;
- stackers en medicijnen voor lichamelijke en psychische klachten (practice based).

Stackers zijn vetverbranders; pillen met de capaciteit vet te verbranden en meer energie te geven. De ingrediënten efedrine, synefedrine en cafeïne zorgen mogelijk voor een sterk verhoogde hartslag, trillende handen en voeten, problemen met praten en een verminderde nachtrust. Minder zichtbaar is dat er hartproblemen kunnen ontstaan en infarcten (Chen et al. 2004, Haller & Benowitz 2000). Tegenwoordig wordt er minder gebruikgemaakt van stackers onder andere omdat ze in Nederland niet te koop zijn, wees erop bedacht dat ze nog wel via internet verkrijgbaar zijn.

Laboratoriumgegevens en ECG

Aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek en ECG, heeft geen toegevoegde waarde voor het vaststellen van de diagnose eetstoornis. Aanvullend onderzoek kan wel informatie geven over de mate van katabolie en andere complicaties. Aanvullend onderzoek dient ook gedaan te worden als bij anamnese en lichamelijk onderzoek verdenking is ontstaan van een andere verklaring van de klachten.

Er dient minimaal een keer laboratoriumonderzoek te worden gedaan bij een patient met een eetstoornis. Bij patiënten die niet worden doorverwezen naar de tweede lijn, maar waarbij wel sprake is van ondervoeding en/of purgeren, dient de huisarts een ECG te laten maken. Dit is noodzakelijk om de hartfunctie te meten en/of er tekenen zijn van hypokaliëmie (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006).

Omdat het regelmatig voorkomt dat de huisarts de eetstoornis niet herkent, kan het gebeuren dat mensen met een niet-gediagnosticeerde eetstoornis op het spreekuur van de diëtist komen in de eerste lijn. De diëtist dient in dit geval het initiatief te nemen om de huisarts te benaderen over de benodigde onderzoeken.

Tabel 1 Aanbevolen laboratoriumonderzoek in de eerste lijn bij patiënten met een Eetstoornis

| | |
|--|--|
| Leukocyten, Hb Lichte leukopenie en anemie | bij ondervoeding |
| Na, K, bicarbonaat, Cl | Gestoord bij purgeren |
| Ureum, creatinine | Kunnen verhoogd zijn bij ondervoeding en/of dehydratie |
| ASAT, ALAT | Kunnen stijgen tot twee keer de normaalwaarde bij ondervoeding |
| Totaal eiwit, albumine | Verlaagd gehalte kan duiden op ondervoeding |
| Glucose | Hypoglykemieën |

Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006

Medische behandeling en doel van de behandeling

Voedingsmanagement bij eetstoornissen

Om patiënten te motiveren tot veranderen van hun eetgedrag is voedingsmanagement een belangrijk hulpmiddel. Herstel van het eetgedrag is een noodzakelijke voorwaarde voor herstel van het gewicht en de lichamelijke gevolgen (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006). Voedingsmanagement is het geven van voorlichting over voeding, eetgedrag en voedingsgerelateerde onderwerpen en over de gevolgen van een eetstoornis voor het lichaam. Het helpt de patiënt zich bewust te worden van het afwijkende eetpatroon en/of de irrealistische gedachten omtrent voeding en gewicht.

Voedingsmanagement wordt gecontinueerd tot de patiënt een normaal eetpatroon heeft ontwikkeld en weet te behouden. Het eetdagboek kan een hulpmiddel bij voedingsmanagement zijn.

Doelen van voedingsmanagement zijn:

- herstel van een slechte voedingstoestand aan de hand van een voeding met voldoende energie en voedingsstoffen om de bestaande tekorten op te heffen;
- toename van gewicht tot een gezond gewicht of stabilisatie van gewicht;
- normaliseren van het eetpatroon met daarin uitbreiding en variatie in het aantal en soort voedingsmiddelen;
- stoppen met compensatiegedrag (zoals braken, laxeren, vasten, overmatig bewegen);
- bewerken van irrationele gedachten die gerelateerd zijn aan voeding (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen 2006);
- voedingsvoorlichting met als doel gezonde voedselkeuzes en gezond eetgedrag;
- voorkomen van terugval.

Multidisciplinaire behandeling van boulimia nervosa

In de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen wordt er bij de behandeling van boulimia nervosa van uitgegaan dat:

- de meerderheid van patiënten met boulimia nervosa ambulans (poliklinisch of in deeltijd) behandeld kan worden met cognitieve gedragstherapie, al dan niet samen met psychofarmaca;
- in een dergelijke setting eventuele lichamelijke gevolgen van boulimia nervosa onderzocht kunnen worden;
- bij ernstige suïcidaliteit of zelfverwonding een kortdurende klinische opname op een algemene psychiatrische afdeling of in een gespecialiseerd centrum overwogen kan worden;
- patiënten met boulimia nervosa aangemoedigd kunnen worden een (al dan niet begeleid) zelfhulpprogramma te volgen.

Met het oog op mogelijke somatische complicaties bij boulimia nervosa wordt aanbevolen het purgeergedrag in kaart te brengen. Uit onderzoek van Fairburn et al. (2004) blijkt dat een snelle vermindering van het purgeergedrag de beste voorspeller was van een effectieve behandeling.

Er is bewijs uit een onderzoek dat de combinatie van dieetcounseling met antidepressiva meer effect heeft op remissie bij follow-up dan dieetcounseling alleen (NICE-richtlijn 2004). Meerum Terwogt-Reijnders & Koster-Kaptein (2001) noemen de eerste stap in de behandeling van een eetstoornis het normaliseren van het eetpatroon. Om een normaal en gezond eetpatroon te bereiken is het noodzakelijk dat er een einde komt aan het compensatiegedrag. De auteurs van deze richtlijn zijn van mening dat de diëtist een belangrijke rol kan spelen bij de behandeling van boulimia nervosa, naast cognitieve gedragstherapie. Vooral bij angst voor obstipatie en het stoppen met laxeremiddelen zijn het adviseren van een vezelrijke voeding en psycho-educatie van groot belang.

Diëtistische gegevens

Tijdens het eerste en eventueel het tweede consult zal tijd worden besteed aan het in kaart brengen van de symptomen van de eetstoornis. Dit is voornamelijk van belang om het type eetstoornis en de ernst ervan te kunnen vaststellen. Verder wordt de diëtistische diagnose gesteld en bepaald in welke motivatiefase de patiënt zich bevindt.

Algemene anamnese

Tijdens de anamnese bij boulimia nervosa kan gebruikgemaakt worden van de anamnesechecklist.

Naast persoonsgegevens, verwijsgegevens, gewichtsverloop en beweegpatroon kunnen medische gegevens (medicatie) nagevraagd worden.

Externe factoren

Externe factoren die een rol spelen bij het diagnostische onderzoek zijn de volgende:

- De effecten van de symptomen/klachten, gerelateerd aan de eetstoornis, op het dagelijkse leven (school, arbeidsomstandigheden, sociale contacten) en op eventuele financiën (hoe ernstiger de eetstoornis, hoe meer impact dit heeft op het dagelijks leven. Als de patiënt niet meer functioneert op school, werk en in sociale contacten, kan een klinische opname overwogen worden).
- Zijn er familieleden die bekend zijn met eetstoornissen?
- Welke rol speelt de eetstoornis binnen het gezin/de familie/de directe omgeving?

- Welke houding hebben de gezinsleden ten opzichte van de eetstoornis?
- Welke houding hebben de andere gezinsleden ten opzichte van het zoeken van hulp bij de behandeling voor de eetstoornis?
- Zijn er andere mensen in de directe omgeving die lijnen?
- Hoe is de houding ten opzichte van het slankheidsideaal?
- Is er sprake (geweest) van pesten, emotionele verwaarlozing of mishandeling, fysiek geweld of seksueel misbruik?
- Is de directe omgeving sterk gericht op prestaties en uiterlijk?

Persoonlijke factoren

Negatieve lichaamsbeleving, zorgen over het gewicht, extreem lijngedrag en angst om dik te worden zijn de belangrijkste risicofactoren (Jacobi et al. 2004, Stice 2002). Het uitvragen van vrijetijdsbesteding en sociale contacten geeft een indruk van het sociaal functioneren van de patiënt.

Beweging of sport kan gebruikt worden als compensatiemechanisme voor de voedingsinname.

Het is daarom belangrijk om bewegingsgewoonten (soort beweging of sport, traplopen, oefeningen enzovoort) na te vragen, waarbij frequentie en duur extra aandacht verdienen. Extreem sporten kan duiden op een eetstoornis. Daarbij wordt de volgende omschrijving gebruikt (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, 2006):

- dwangmatig sporten;
- steeds dezelfde toestellen gebruiken;
- rond etenstijd sporten;
- geen opbouw, maar direct resultaat nastreven;
- over grenzen gaan;
- geen contact met anderen tijdens het sporten;
- blessures negeren;
- prestatiedrang vertonen;
- suggesties van instructeurs in de wind slaan.

Info over Cognitieve Therapie en Zelfcontrole Methode

Wat is cognitieve therapie?

Cognities is een mooi woord voor **gedachten**. Cognitieve therapie gaat ervan uit dat psychische klachten (nare gevoelens, problematisch gedrag) verband houden met de gedachten die mensen hebben in de situatie waarin ze verkeren.

Stel u de situatie voor dat u een grote hond op straat tegenkomt. Wat denkt u in zo'n situatie?

Wellicht denkt u: wat een mooi beest. Hierdoor voelt u zich rustig. U loopt dan gewoon door of gaat de hond even aaien. Het kan ook zijn dat u denkt: oh jee, die gaat me bijten. In dat geval voelt u zich gespannen of angstig. Daarom houdt u de hond aandachtig in de gaten, of steekt u de straat over om uit zijn buurt te blijven.

Met dit eenvoudige voorbeeld willen we laten zien dat niet zozeer de situatie (de hond die u tegenkomt), maar uw interpretatie van de situatie bepaalt hoe u zich voelt en gedraagt. Dit betekent dat als u uw interpretatie van situaties leert veranderen ook uw gevoel en gedrag zullen veranderen.

situatie → gedachten → gevoel en gedrag

Cognitieve therapie is voor een aantal eetstoornissen zoals de boulimia nervosa en de eetbuistoornis de eerst aangewezen therapievorm. Ook bij obesitas helpt cognitieve therapie om het behandelresultaat op langere termijn te verbeteren.

wat is nu precies de rol van gedachten?

Net als iedereen heeft u in allerlei situaties gedachten die uw gevoel en gedrag beïnvloeden, zowel in positieve als in negatieve zin. Van de meeste gedachten bent u zich helemaal niet meer bewust; u hebt ze in bepaalde situaties zo vaak gedacht dat het nu **automatisch** gaat. Een voorbeeld is de situatie dat u met de auto op een kruispunt afrijdt. Toen u rijles had dacht u in zo'n situatie heel bewust na over uw handelingen: nu moet ik afremmen, de koppeling intrappen en terugschakelen. Nu, na vele malen op een kruispunt te zijn afgereden, denkt u daar niet meer bewust over na, u doet het automatisch. Zo gaat het ook bij psychische klachten. In het voorbeeld van de angst voor honden heeft de cliënt in een aantal situaties waarin hij/zij een hond tegenkwam bewust gedacht: die gaat me bijten. Na vele ontmoetingen met een hond is deze gedachte niet meer bewust. Er wordt alleen nog maar een gevoel van angst ervaren. Het gedrag is als het ware automatisch (een straatje omlopen of de hond nauwlettend in de gaten houden). Omdat we ons niet meer zo bewust zijn van onze gedachten is het vaak lastig om de automatische negatieve gedachten op te sporen. Hier komen we later op terug.

Misschien heeft u zich bij het lezen van het bovenstaande voorbeeld afgevraagd waarom de ene persoon denkt dat de hond gaat bijten en een andere persoon dezelfde hond mooi of lief vindt. Dit heeft te maken met de **kennis** over honden die beiden hebben. Deze kennis wordt verkregen door leerervaringen in de loop van het leven. Hierbij spelen onder meer opvoeding, belangrijke en indrukwekkende gebeurtenissen en belangrijke anderen een rol. Heeft iemand van jongs af aan positieve ervaringen met honden, dan zal hij/zij positieve opvattingen over honden ontwikkelen, zoals: honden zijn lief en honden zijn leuk en mooi. Heeft iemand daarentegen negatieve ervaringen met honden dan zal hij/zij waarschijnlijk negatieve opvattingen over honden ontwikkelen, zoals: honden bijten of voor honden moet je altijd

uitkijken, want ze zijn onbetrouwbaar. Vaak zijn één of enkele negatieve ervaringen al genoeg om tot negatieve opvattingen te leiden. Negatieve opvattingen kunnen ook worden gevormd zonder zelf een negatieve ervaring te hebben gehad. Zo kan het getuige zijn van bijtende honden, nieuws in kranten of op tv over bijtende honden of het hebben van een ouder die bang is voor honden, leiden tot de vorming van negatieve gedachten over honden. Het gevoel en gedrag, dat iemand vertoont in een situatie, hangen samen met de opvattingen die hij/zij heeft over die situatie. Angstige opvattingen over honden leiden zoals beschreven tot ander gedrag en andere gevoelens dan positieve of neutrale opvattingen.

De belangrijkste opvattingen worden in de cognitieve therapie kernopvattingen genoemd. Ze zijn, samen met de verschillende leefregels die we in het dagelijks leven hanteren, opgeslagen in het geheugen in wat we **cognitieve schema's** noemen. Mensen hebben schema's over allerlei aspecten van het leven: ook u heeft een schema over moeder, maar ook over bijvoorbeeld vliegen, tuinen en mannen met baarden en snorren. Van deze schema's bent u zich doorgaans niet bewust. Als u bij voorbeeld naar uw moeder toegaat, wordt het schema moeder automatisch geactiveerd, eigenlijk zonder dat u zich er heel bewust van bent. Toch zou u het kunnen merken aan hoe u zich voelt en gedraagt. Heeft u overwegend positieve ervaringen met uw moeder, dan zal de activering van het schema leiden tot positieve gevoelens en gedragingen. Heeft u negatieve ervaringen met uw moeder, dan zal de activering van het schema leiden tot een vervelend gevoel en/of vermijdend of agressief gedrag. De geactiveerde schema's zijn dus bepalend voor uw gevoel en gedrag in de situatie.

Schema's zijn op zich nuttig. Ze bevatten geordende kennis, die situaties overzichtelijk maken en u in staat stellen meer te zien dan alleen de feitelijkheden. Als u bijvoorbeeld een auto ziet, gaat u ervan uit dat er bepaalde onderdelen inzitten, zoals een stuur, motor, benzinetank, stoelen en een hoedenplank. U bent echter niet geboren met kennis over auto's. Die kennis heeft u in de loop van het leven opgedaan en opgeslagen in het 'autoschema'. Schema's zorgen er dus voor dat u niet alle aspecten van een situatie rechtstreeks hoeft waar te nemen, om een situatie te kunnen interpreteren. Over het algemeen zijn schema's dus **nuttig en helpend**.

Geactiveerde schema's **beïnvloeden** de manier waarop u situaties interpreteert en de wijze waarop u informatie verwerkt. Wanneer u in een restaurant zit zult u het woord menu heel anders interpreteren dan wanneer u achter uw computer zit. Schema's beïnvloeden de interpretatie op de volgende manieren:

Schema's beïnvloeden welke informatie u waarneemt en welke u negeert (selectie);

Op basis van de schema's wordt aan de geselecteerde informatie een betekenis toegekend (interpretatie) en wordt de informatie verder verwerkt tot nieuwe betekenissen (transformatie);

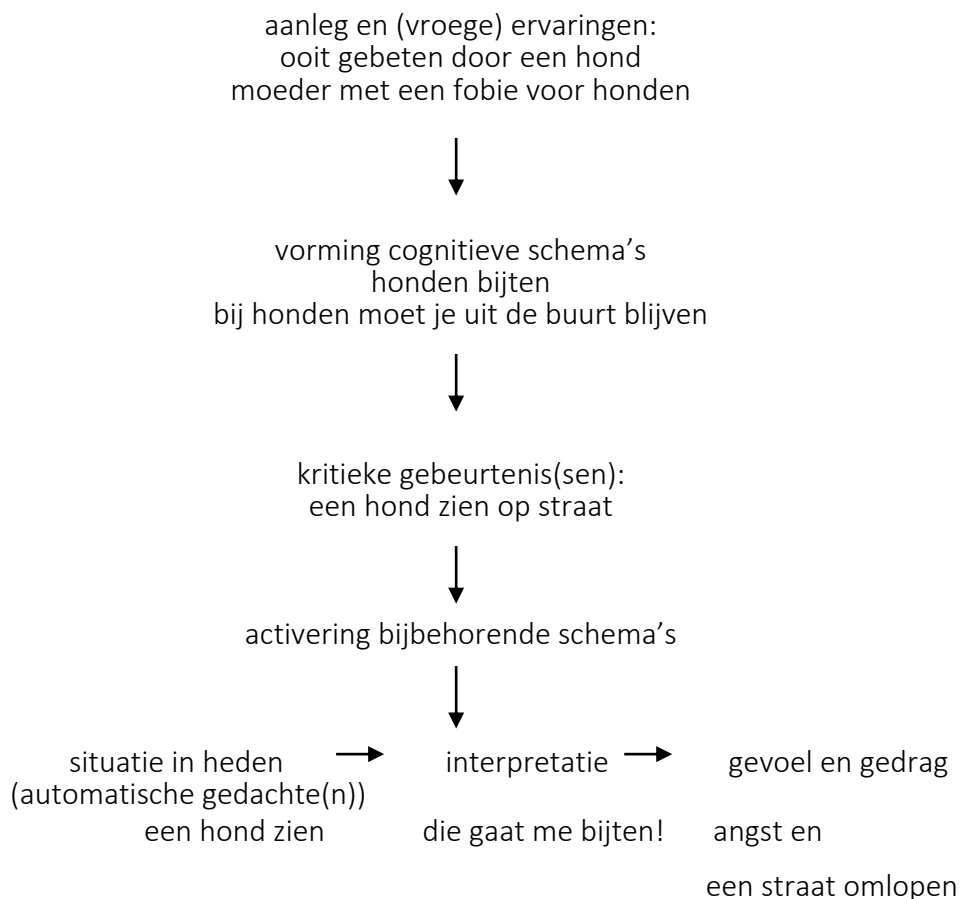
Schema's beïnvloeden welke informatie u uit uw geheugen kunt ophalen en welke betekenis aan die herinneringen wordt toegekend (herinnering);

Schema's beïnvloeden de acties die u onderneemt (actie).

We zullen dit aan de hand van een voorbeeld verduidelijken. Als u somber bent, zijn zogenoemde depressogene schema's geactiveerd. Als u op dat moment een bos bloemen krijgt, dan valt uw oog precies op die ene geknakte bloem, in plaats van op de prachtige andere bloemen; 1). Normaal vindt u een geknakte bloem waarschijnlijk niet zo erg; u verwijderd hem en houdt een prachtige bos over. Nu u somber bent (en uw depressogene schema's actief zijn) vindt u het wel erg (betekenis), waardoor uw stemming verslechtert. U denkt vervolgens: dat moet mij ook altijd overkomen, zelfs zoiets gaat mis (transformatie); 2). U denkt dan mogelijk terug aan andere keren dat er iets mis ging met een bos bloemen, of zelfs aan andere mislukkingen in uw leven, wat uw indruk verder bevestigt: zie je wel, het gaat altijd mis, ik ben voor het ongeluk geboren; 3). U besluit de bos uiteindelijk maar weg te gooien: want het heeft toch geen zin meer, de lol is er wel af; 4). Op deze manier worden de

(actieve) depressogene schema's bevestigd en verder versterkt; er is een zogenaamde **viciuze cirkel** ontstaan.

In schema ziet het cognitieve model van overmatige angst voor honden er zo uit:



Nogmaals willen we benadrukken dat schema's en de functies van schema's normaal en over het algemeen nuttig en helpend zijn. Soms zijn schema's zelf, of is de werking van schema's echter lastig of nadelig voor u. Dat wil zeggen dat ze steeds tot onjuiste of niet helemaal juiste interpretaties van situaties en/of tot nare gevoelens of problematisch gedrag leiden. In de cognitieve therapie noemen we dit **systematische vertekeningen of fouten in het denken** van mensen, wat kan leiden tot psychische stoornissen.

Onderstaand worden enkele voorbeelden van systematische vertekeningen in het denken gegeven. Mogelijk herkent u er één of meer:

Zwart-wit denken: situaties worden in uitersten beoordeeld in plaats van op een continuüm. Deze gedachten zijn te herkennen doordat ze woorden als altijd, iedereen, alles of nooit bevatten. Voorbeelden zijn: iedereen ziet dat ik rood word, of ik deug nergens voor.

De toekomst rampzalig voorspellen: van toekomstige situaties wordt absoluut zeker geacht dat ze negatief zullen aflopen. Aan andere, wellicht positievere mogelijkheden wordt niet gedacht of geen aandacht geschonken. Voorbeelden zijn: als ik naar de bioscoop ga, krijg ik last van mijn hart, of op die verjaardag zal iedereen zien dat ik koffie mors door het trillen en dan zullen ze me raar vinden.

Stickers plakken: er wordt snel een globaal, negatief oordeel over de eigen persoon geveld, zonder te bedenken dat het bewijs hiervoor redelijkerwijs tot een minder negatief oordeel zou kunnen leiden. Voorbeeld: als iets mislukt uzelf meteen een loser of mislukkeling vinden.

Gedachten lezen: de gedachten van anderen worden voor hen ingevuld, zonder te weten wat de ander eigenlijk vindt. Voorbeeld: als de gesprekspartner gaapt denken: zie je wel, hij vindt me saai. Aan de mogelijkheid dat de ander moe is, slecht geslapen heeft of onbeleefd is, wordt niet gedacht.

Personaliseren: gebeurtenissen of gedrag van anderen worden sterk op de eigen persoon betrokken. Voorbeeld: mijn chef was natuurlijk chagrijnig omdat ik die fout heb gemaakt.

Moet denken: strenge, vaststaande regels en eisen hanteren, waarbij het niet voldoen aan deze regels of eisen als heel erg of verschrikkelijk wordt geïnterpreteerd. Voorbeelden: ik mag niet dik zijn, anders ben ik onaantrekkelijk of ik moet de voordeur altijd drie keer controleren en het slot daarbij aanraken, anders wordt er ingebroken en dat is dan mijn schuld.

Negatief denken: neutrale of zelfs positieve gebeurtenissen worden negatief geïnterpreteerd. Voorbeelden: een goede prestatie als zijnde puur geluk interpreteren of een uitnodiging om mee uit te gaan interpreteren als: dat vragen ze alleen maar omdat ze me zielig vinden.

De behandeling wordt dan ook gericht op deze systematische denkfouten, niet op incidentele negatieve gedachten (want die heeft iedereen wel eens en die horen bij het leven). Als u af en toe bij een bepaalde hond (bijvoorbeeld een loslopende pitbull, die met ontblote tanden op u afkomt, terwijl zijn baasje in geen velden of wegen te bekennen is) denkt: die kan me wel eens bijten, dan hoeft u geen cognitieve therapie te ondergaan. Cognitieve therapie is bedoeld voor mensen die telkens als ze worden geconfronteerd met een hond (of bijvoorbeeld ver weg een hond horen blaffen) denken dat die hond hen gaat bijten en de kans hierop heel hoog inschatten. Dan gaat het namelijk om een systematische fout in het denken, want de kans dat een hond bijt is uiteraard niet nul, maar absoluut veel kleiner dan 90 of 100%. Als iemand met angst voor honden de kans dat hij/zij door een hond gebeten wordt dus reëler leert inschatten, dan zal zijn/haar angst afnemen tot 'normale' proporties. Uiteraard hoeft hij/zij niet te gaan denken dat de kans dat een hond bijt nul is. Een hond kan bijten, dus enige angst (of beter: alertheid) kan helemaal geen kwaad.

Wat is het doel van cognitieve therapie?

Het doel van cognitieve therapie is situaties weer **reëler, functioneler of evenwichtiger** te leren beoordelen. Hierdoor veranderen uw gevoelens en gedrag ook in een positieve of minder lastige richting.

Cognitieve therapie is, zoals uit het bovenstaande blijkt, er niet op gericht u alleen nog maar positief te leren denken en alleen nog maar positieve gevoelens te laten ervaren; dat is ten eerste onmogelijk maar ten tweede naar onze mening ook onwenselijk. **Normale negatieve emoties** horen bij het leven en zijn ook nuttig; zoals gesteld is enige alertheid bij honden nuttig, en is verdriet na een nare gebeurtenis (zoals ontslag of het overlijden van een belangrijke ander) van belang om de ervaring te verwerken.

Uiteraard blijven reële problemen (zoals een vervelende baas, gevaarlijke honden of lichamelijke ziekten) ook na cognitieve therapie bestaan. Door het toepassen van de geleerde technieken leert u **minder last** te hebben van deze problemen en er **beter mee om te gaan**. Daardoor ervaart u een groter gevoel van controle over deze situaties en wellicht ook over uzelf.

Kortom: wat vervelend is, blijft ook met cognitieve therapie vervelend, maar is geen ramp meer.

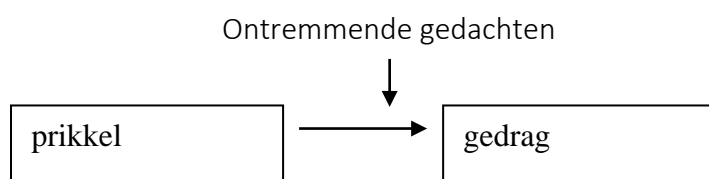
Hoe werkt cognitieve therapie?

Cognitieve therapie is eigenlijk een **training** in het anders leren aankijken tegen lastige of vervelende situaties. Om dit te leren is oefenen belangrijk; van u wordt daarom veel zelfwerkzaamheid verwacht, zowel in de sessies als tussentijds.

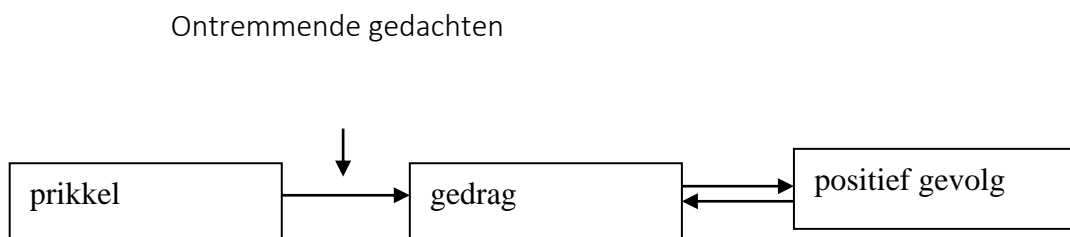
Zelfcontrole Methode

Deze methode is bedoeld als hulp bij het afleren van gedrag waar je last van hebt. Als je last hebt van eetbui en/of braken kan deze methode je helpen om ermee te stoppen. De methode kan ook gebruikt worden bij het afleren van ander gedrag zoals roken, nagelbijten etc. Nieuw gewenst gedrag, zoals studeren of op tijd naar bed gaan kun je ook via deze methode aanleren. De Zelfcontrole Methode kan je dus zowel helpen bij het afleren van gedrag als het aanleren van gedrag.

Bij de zelfcontrole methode gaan we ervan uit dat bepaald gedrag wordt uitgelokt door een bepaalde situatie. Deze situatie noemen we de 'prikkel' tot dat gedrag. Zo kan een eetbui worden uitgelokt door het zien van bepaalde voedingsmiddelen. Die voedingsmiddelen zijn dan de prikkel tot een eetbui. Vaak zit tussen de prikkel en het gedrag nog een (soms heel) korte tijd waarin je bij jezelf nagaat of het wel zal doen. De gedachten die uiteindelijk ervoor zorgen dat je toch kiest voor die eetbui, noemen we de ontremmende gedachten



Gedrag heeft ook altijd gevolgen. Wanneer het gedrag gevolgd wordt door iets wat prettig is, zal het zich gaan herhalen. Bijvoorbeeld: als je na een eetbui ontspannen voelt, zal je geneigd zijn de eetbui te herhalen. Je leert als het ware dat een eetbui een prettig gevoel geeft. Wanneer het gedrag gevolgd wordt door iets wat vervelend is, zal het meestal afnemen. Als je je heel rot voelt na een eetbui, vermindert dat de kans dat je het nog eens doet. Gedrag wordt dus beïnvloedt door de gevolgen. Positieve gevolgen hebben een belonende (bekrachtigende) werking en negatieve gevolgen hebben een bestraffende (remmende) werking.



Meestal zijn er meerdere gevolgen. Wanneer er ten minste één positief gevolg is, bestaat er al een kans dat het gedrag wordt beloond en hierdoor in stand gehouden. De gevolgen verschillen niet van elkaar in positieve of negatieve zin, maar ook in de tijdsduur waarop ze werkzaam zijn. Sommige gevolgen treden direct na het gedrag op (bijvoorbeeld meteen een ontspannen gevoel). Andere gevolgen treden pas veel later op (bijvoorbeeld lichamelijke klachten door de eetbuien op langere termijn).

Bij elk van de 3 punten (prikkel, gedrag en gevolg) kun je ingrijpen om controle te krijgen over een bepaald gedrag. Hoe eerder je in de reeks ingrijpt, hoe effectiever het is. Hieronder wordt verteld hoe dit ingrijpen in zijn werk gaat aan de hand van het onder controle krijgen van eetbuien.

Ingrijpen bij de prikkel

Wanneer je weet wat de prikkel tot een eetbui is kun je deze proberen te beïnvloeden. Het komt erop neer dat je de prikkel verandert of vermijdt. Bijvoorbeeld:

Wanneer je eetbuien hebt voordat je ongewenst bezoek krijgt, kun je dit bezoek afzeggen.

Wanneer je eetbuien krijgt nadat je irritaties hebt ingeslikt, kun je proberen deze te uiten.

Wanneer je eetbuien krijgt wanneer je alleen thuis bent, kun je er naar streven niet alleen thuis te zijn. Wanneer je eetbuien krijgt bij het zien van een schaal koekjes, kun je er voor zorgen geen koekjes in huis te hebben.

Bij het vermijden of veranderen van de prikkel is het belangrijk dat je jezelf de volgende vraag stelt: Is het realistisch dat ik een bepaalde prikkel vermijd of verander? Met andere woorden, kan ik een leven leiden zoals ik dat wil als ik deze prikkel blijf vermijden?

Als je naar bovenstaande voorbeelden kijkt, kun je je afvragen of het inderdaad realistisch is om te streven naar nooit alleen te zijn of nooit koekjes in huis te hebben. Als het niet realistisch is, kun je beter je energie richten op een van de volgende manieren om in te grijpen.

Ingrijpen bij het gedrag

Nadat je geprikkeld bent tot bepaald ongewenst gedrag, kun je dingen gaan bedenken waardoor de kans zo klein mogelijk wordt dat je het gedrag ook daadwerkelijk uitvoert. Je kunt jezelf motiveren om het ongewenste gedrag niet uit te voeren door bijvoorbeeld de hulp van iemand anders in te roepen of iets gaan doen waardoor je het gedrag niet kunt uitvoeren. Je kunt nadat je geprikkeld bent tot een eetbui (een eetdrang ervaart) het volgende doen:

- Schrijf op een kaartje waarom het beter is geen eetbui te hebben, bijvoorbeeld: het is gezonder, ik houd geld over, ik voel me sterker, ik hoef niet te braken, ik waardeer mezelf meer en lees dit kaartje als je eetdrang voelt.
- Spreek met iemand die je vertrouwt af dat je hem of haar mag bellen als je eetdrang krijgt. Spreek dan af dat hij of zij je rustig de negatieve gevolgen van een eetbui voorhoudt en je vertelt wat je wel kunt gaan doen.
- Ga iets plezierigs doen waarbij je geen eetbui kunt hebben, bijvoorbeeld hardlopen, fietsen, op visite gaan.

Ingrijpen bij de gevolgen

Probeer de positieve gevolgen van ongewenst gedrag zoveel mogelijk te beperken. Probeer iets te ondernemen wat minder prettig is maar wel zinvol. In geval van eetbuien kun je jezelf een taak opleggen die niet zo leuk is, maar na afloop wel voldoening geeft zoals niet tv kijken of naar bed gaan na een eetbui, maar juist de kamer opruimen en schoonmaken of de administratie bijwerken of foto's inplakken of een van de vele andere klussen die nog gedaan moeten worden.

Op deze manier kan het je helpen om het ongewenste gedrag af te leren.

Wanneer je de Zelfcontrole Methode wilt toepassen, is het verstandig eerst een overzicht te maken van de prikkel, het gedrag en de gevolgen die bij jou van belang zijn. Wanneer je dit overzicht hebt gemaakt, kun je bedenken hoe je gaat ingrijpen. Gebruik hiervoor het

Zelfcontrole formulier

| <i>Prikkels</i> | <i>Ontremmende gedachten</i> | <i>Gedrag</i> | <i>Gevolgen</i> |
|-----------------|------------------------------|---------------|-----------------|
| 1. | 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |
| 4. | 4. | 4. | 4. |
| 5. | 5. | 5. | 5. |
| 6. | 6. | 6. | 6. |
| 7. | 7. | 7. | 7. |

| <i>Ingrijpen</i> (veranderen/vermijden/ zorgen dat de prikkel niet optreedt) | <i>Ingrijpen</i> (remmende gedachten) | <i>Ingrijpen</i> (noodplan/hulp vragen iets anders doen) | <i>Ingrijpen</i> (pos. gevolgen verminderen neg. verhogen) |
|---|---|--|---|
| 1. | 1. | 1. | 1. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |
| 4. | 4. | 4. | 4. |
| 5. | 5. | 5. | 5. |
| 6. | 6. | 6. | 6. |
| 7. | 7. | 7. | 7. |

Literatuur dag 3, boulimia nervosa

Verplichte en interessante toegevoegde literatuur: zie website

Gebruikte en aanbevolen literatuur

- Meerum Terwogt-Reijnders, C., Koster-Kaptein, L. (2001). *Werkboek Anorexia en Boulimia nervosa*. Uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum. Diverse relevante pagina's.
- Riccardo Dalla Grave, Simona Calugi, Massimiliano Srtirana, Christopher Fairburn (2015). *Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight*. Behaviour Research and Therapy 73 (2015) 79e82
- Barneveld, D., Brand, J., Groot, J., Peeters, S., Veen van, A. (2015). *Dieetbehandelingsrichtlijn Eetstoornissen*
- Vandereyken W., Noordenbos G., et al (2008). *Handboek eetstoornissen; de Tijdstroom*, Utrecht.
- Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. (2006). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg en het Trimbos-instituut. Utrecht: Trimbos-instituut, te downloaden via www.ggzrichtlijnen.nl
- Zorgstandaard Eetstoornissen, oktober 2017. Kwaliteitsontwikkeling GGZ, netwerk voor goede zorg.
- Broeke, E. ten, Heiden, C., van der, Meijer, S., Schurink, G. (2004). *Cognitieve therapie; de basisvaardigheden*. Cure & Care Publishers, Nijmegen.
- Spaans, J. (1999). *Ik eet als niemand het weet*. Uitgeverij Boom.
- Schmidt, U. & J. Treasure (1997), *Beetje bij beetje beter. Een overlevingspakket voor mensen met bulimia nervosa of een eetbuistoornis*. SWP, Utrecht.
- Vanderlinden, J. (2001), *Boulimie en eetbuien overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en hulpverlener*. Lannoo, Tiel.
- Fairburn CG. (2016): *Overwin je eetbuien*. Uitgeverij Nieuwezijds
- Beer, R., Tobias, K. (2011) *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis en werkboek "eten zonder angst"*. Uitgeverij Bohn, Stafleu en van Loghum

Verplichte en interessante toegevoegde literatuur: zie website