

Behandeling van eetstoornissen

dag 4



Inhoud

Thema

- Eetbuistoornis / Binge eating disorder

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

1. *Missie Obesitas*. Keynote, congres NIP, A. Jansen. De Psycholoog, feb 2014, pg 33-43

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- Welk % is vanuit genetische aanleg verantwoordelijk voor het ontstaan van obesitas?
- beschrijf je eigen mening over de relatie tussen biologische factoren, omgevingsfactoren en leefstijlfactoren op het ontstaan van obesitas
- de schrijfster van dit artikel beschrijft een aantal 'leerprocessen' die ervoor kunnen zorgen dat mensen gemakkelijk teveel eten. Noem er 2.

2. *Influence of negative affect on choice behavior in individuals with Binge Eating pathology*.

Danner U.N. et al.: Psychiatry Research, 2013 May 15;207(1-2):100-6

Bestudeer het artikel en beantwoord het volgende:

- beschrijf het verschil in keuze strategieën tussen participanten met BED of BN in vergelijking met een controle groep
 - na het induceren van een negatieve stemming tijdens het onderzoek.
 - na het verbeteren van de stemming tijdens het onderzoek

3. *Extra informatie behorend bij dag 4*

Bestudeer de bijgeleverde informatie en beantwoord het volgende:

- beschrijf het verschil tussen boulimia nervosa en binge eating disorder
- je brengt een casus mee voor de intervisie oefening deze dag.

Programma cursusdag 4

Dagvoorzitter is Monique Reuver, diëtist bij Centrum voor Eetstoornissen Ursula, Leiden

9:00 - 9:30	Ontvangst met koffie/thee
9:30 - 10:00	Bespreking huiswerk
10:00 - 11:00	Presentatie eetbuistoornis en de beleving van de patiënt (door Monique Reuver, diëtist Centrum voor Eetstoornissen de Ursula te Leiden)
11:00 - 11:15	Koffiepauze
11:15 - 12:00	Presentatie 'grensvlak obesitas – eetbuistoornis' (door Tiny Geerets), met stukje film

12:00 – 12:30	Inleiding intervisie door Tiny Geerets
12:30 - 13:15	Lunchpauze
13:15 - 14:45	Onderlinge intervisie met een eigen casus (o.b.v. Monique en Tiny in 2 groepen). Plenair nabespreken (door Tiny of Monique)
14:45 - 15:00	Theepauze
15:00 - 16:15	Presentatie over PMT en oefeningen o.l.v. Eljen Schoemaker, PMT-therapeut, Centrum voor Eetstoornissen de Ursula, Leiden - Leidschendam)
16:15 - 16:45	- Inleveren van het huiswerk - evaluatie en afsluiting van de scholing

Huiswerkopdrachten na de vierde scholingsdag

De huiswerktopdrachten kunnen gebundeld ingeleverd worden of binnen 2 weken ingestuurd naar Psydi-Scholingen, Goeman Borgesiuslaan 77, 3515 ET Utrecht of naar info@psydi.nl.

Indien de opdracht voldoende wordt beoordeeld en de cursist alle 4 de dagen aanwezig is geweest, worden de punten bijgeschreven in het accreditatie register voor diëtisten.

Korte Introductie eetbuistoornis oftewel binge eating disorder

Een cliënt kan doorverwezen worden met de diagnose eetbuistoornis, maar het komt vaker voor dat er tijdens een consultaanvraag voor overgewicht/obesitas, duidelijk wordt dat de cliënt daarnaast ook een eetbuistoornis heeft.

Het is niet altijd makkelijk deze eetstoornis te diagnosticeren aangezien de scheidslijn tussen overeten en eetbuien vaak niet duidelijk is.

Een praktisch hulpmiddel biedt het assessment interview voor eetstoornis psychopathologie (EDE) van Fairburn waarin een schema wordt gehanteerd waarbij er onderscheid gemaakt kan worden tussen objectieve en subjectieve eetbuien en objectief en subjectief overeten.

Daarnaast kan in de diëtisten praktijk gebruik gemaakt worden van de REO (vragenlijst ter beoordeling van onderscheid tussen een eetbuistoornis en overgewicht)

Over de incidentie van een eetbuistoornis weten we steeds meer daar ook de DMS V de eetbuistoornis als diagnosecriterium is opgenomen.

Men schat dat 1-3% van de algemene bevolking te maken heeft met een eetbuistoornis.

Factoren die kunnen bijdragen aan het ontwikkelen en in standhoudende liggen op uiteenlopende gebieden (sociaal-cultureel, psychologisch, lichamelijk). Zo ook de diverse complicaties, die echter wel veelal te maken met (de mate van) het overgewicht.

Behandeling van de eetbuistoornis: er zijn verschillende therapievormen voor mensen met eetbuistoornis. Cognitieve gedragstherapie is de meest onderzochte en effectief gebleken psychologische behandeling bij eetstoornissen om het verstoorde eetgedrag en de irreële cognities te normaliseren.

Daarnaast kan men denken aan gerichte behandeling met medicatie (psychiater) of lichaamsgerichte therapie (PMT).

De diëtist is een belangrijk onderdeel van de behandeling om de voeding- en gewichtsproblemen in kaart te brengen en een passend behandelplan op te stellen te normalisering van het eetgedrag en het voedingspatroon. Een belangrijk hulpmiddel tijdens de behandeling is het bijhouden van een eetdagboek waarin ook o.a. gedachten en gevoelens worden geregistreerd.

Eetbuistoornis wordt ook wel Binge Eating Disorder (BED) genoemd. Bij binge-eating is er sprake van het hebben van eetbuien waarbij een grote hoeveelheid voedsel gegeten wordt in korte tijd. Stoppen lukt niet en je proeft eigenlijk niet wat je eet. Het is eigenlijk een soort roes.

Een eetbui kan worden uitgelokt door emoties als woede of verdriet, maar het kan ook een manier zijn om met spanningen en stress om te gaan. Het eten gebeurt stiekem. Na de eetbui ervaart men vaak een hevig schuldgevoel en schaamte.

Veel voorkomende symptomen zijn:

- binnen korte tijd (een half uur tot twee uur) heel veel achter elkaar eten
- geen honger hebben maar toch het gevoel hebben dat je moet eten
- geen controle hebben, niet kunnen stoppen, sneller eten dan normaal en niet stoppen bij een vol gevoel
- overgewicht of snelle gewichtstoename.

Korte introductie over 'grensvlak obesitas-eetbuistoornis'

Voor diëtisten is het lastig om in de dagelijkse praktijk een onderscheid te maken tussen cliënten met obesitas en cliënten die daarbij ook een eetstoornis hebben. Ook obesen met een eetbuistoornis melden zich met de vraag om hulp bij het afvallen.

Uit verschillende onderzoeken is naar voren gekomen dat er een aantal factoren zijn die een relatie hebben met een verhoogd risico op EBS. Deze risicofactoren zijn:

- pre-occupatie met gewicht en uiterlijk
- te laag of onrealistisch streefgewicht
- frequent lijnverleden
- eetbuien en/of een verstoord eetpatroon
- eten om emoties te reguleren
- verstoring of inperking van het psychosociaal functioneren
- morbide obesitas
- somberheid / depressie
- impulsiviteit

Deze risicofactoren worden uitgebreid besproken.

Met deze risicofactoren zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd waarvan het onderzoek dat is afgerond in 2016 de laatste is. Zij hebben een grote correlatie gevonden van hun vragenlijst, gebaseerd op deze risicofactoren, en algemeen erkende psychologische vragenlijsten die diëtisten niet kunnen gebruiken. Implicaties voor de behandeling in de diëtistenpraktijk worden aangestipt in de presentatie.

Inleiding intervisie

Het doel van intercollegiale kwaliteitstoetsing is het verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Echter niet alle onderwerpen zijn geschikt voor intercollegiale kwaliteitstoetsing. Een andere, vaak gebruikte methode is intervisie. Deze methode kan ter afwisseling van intercollegiale kwaliteitstoetsing worden gebruikt.

Wat is intervisie?

Intervisie is een kwaliteitsbewakend en –bevorderend instrument waarmee een groep hulpverleners (bij voorkeur niet meer dan 8 per groep) om beurten en op voet van gelijkheid¹ het functioneren als hulpverlener ter discussie stellen aan de hand van een ingebrachte casus. Bij voorkeur werken deelnemers vanuit een zelfde theoretisch referentiekader voor het vakinhoudelijk handelen. Het besprokene tijdens intervisiebijeenkomsten valt onder het beroepsgeheim. Focus in de intervisie is het *persoonlijk, beroepsmatig functioneren* en het *individueel hanteren van de beroepsrol* van de deelnemers.

Het is de bedoeling dat de hulpverlener van de andere deelnemers feedback krijgt over zijn of haar functioneren in de relatie tot de cliënt. De ingebrachte casus wordt in de optimale omstandigheden zo concreet mogelijk ingebracht tijdens de bijeenkomst, bijvoorbeeld via handgeschreven verslagen, band- of video-opnamen².

Intervisie en intercollegiale kwaliteitstoetsing lijken op het eerste gezicht veel op elkaar, In beide gevallen is sprake van een groep “beroepsgenoten” die onderling gelijkwaardig zijn en gezamenlijk aan kwaliteitsverbetering werken.

Intervisie en intercollegiale kwaliteitstoetsing verschillen wat betreft doelstelling en toepassingsmogelijkheid. Intervisie is een methode voor kwaliteitsverbetering voor individuele beroepsbeoefenaren die feedback krijgen van collega’s op de gehanteerde werkwijze/aanpak, de grondhouding van de hulpverlener of de bejegening van patiënten.

Als voordelen van intervisie worden gezien: vooral reflectief, niet-oordelend kijken naar het eigen handelen, een flexibele toetsingsvorm die ruimte geeft aan de behandeling van complexe vraagstukken, gericht op het stapsgewijs verbeteren van de persoonlijke behandelwijze van een hulpverlener, passen in een groei model voor de individuele beroepsuitoefening.

Nadelen zijn vrijblijvend van de toetsing, gebrek aan gezamenlijkheid en een niet te controleren effect. De hulpverlener die aan de beurt is om een casus te brengen, kan namelijk de feedback van collega’s over zich heen laten komen zonder er enige consequenties aan te verbinden wat betreft het eigen handelen. Voor intercollegiale kwaliteitstoetsing gaat min of meer een tegengestelde redenering op wat betreft voor- en nadelen. Een conclusie uit de voor en nadelen kan zijn dat intervisie en intercollegiale kwaliteitstoetsing beslist geen overlappende kwaliteitsinstrumenten zijn, maar elk op hun eigen merites moeten worden ingeschat en benut. Intercollegiale kwaliteitstoetsing is niet per definitie beter of slechter dan intervisie. Het is onverstandig om intervisie zonder meer te vervangen door intercollegiale kwaliteitstoetsing, omdat dat dan verbeteringen die individuele beroepsbeoefenaren met

intervisie bereiken verloren zullen gaan. De doelstellingen van intercollegiale kwaliteitstoetsing en intervisie zijn complementair te noemen.³

Intervisie en Intercollegiale kwaliteitstoetsing vergeleken:

.....	Intervisie	Intercollegiale toetsing
Verantwoordelijk	Groep hulpverleners	Groep hulpverleners
Positie deelnemers	Gelijkwaardig	Gelijkwaardig
Doel	Reflectie eigen handelen	Toetsbare verbetering
Focus	Werkwijze individuele beroepsbeoefenaar	Gezamenlijke werkwijze groep beroepsbeoefenaren
Onderwerpen	Complexe vraagstukken	Enkelvoudige vraagstukken, eenduidig
Criteria	Impliciet	Expliciet
Hantering norm	Niet-oordelend, flexibel	Oordelen, toetsend
Beperkingen	Vrijblijvend, effect niet te controleren	Minder geschikt voor complexe vraagstukken

-
1. Vergelijk supervisie: bij supervisie is er sprake van toezicht en begeleiding door een ervaren en gekwalificeerd beroepsbeoefenaar.
 2. Verbeek, G. Het spel van kwaliteit en zorg. Uitgeverij LEMMA BV, Utrecht, 1993.
 3. Verbeek, G. Intercollegiale toetsing in de GGZ: theorie wordt praktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1992.

Model voor intervisie

Het beschreven model voor een intervisie bestaat uit vijf stappen en een optionele zesde stap.

Stap 1: inbrengen casus/probleem (5 minuten)

De beroepsbeoefenaar legt aan de collega's een casus voor. Deze casus zal vaak een probleem zijn waarmee hij/zij zit. Van collega's wil hij/zij leren hoe zij zo'n situatie zouden aanpakken. De 'casusinbrenger' geeft achtereenvolgens aan waarom het een probleem is, een kort historisch feitenrelaas, wat hij/zij er al aan gedaan heeft en wat hij/zij wil weten of op welke vragen hij/zij antwoord wil hebben. Dit kan bijvoorbeeld een advies of oplossing zijn, maar ook tips om een volgende stap te zetten. De collega's maken tijdens de presentatie van de casus aantekeningen.

Stap 2: verhelderen (5 minuten)

De collega's vragen om toelichting. Door middel van het stellen van open vragen krijgen zij een nadere toelichting over punten die werkelijk niet duidelijk zijn. In deze stap zijn discussie, het stellen van suggestieve vragen niet toegestaan.

Stap 3: korte denkpauze (3 minuten)

Dit is een 'stille' stap. De collega's verplaatsen zich in de positie van degene die de casus heeft ingebracht en stellen de vraag: Wat zou ik doen in deze situatie?

Stap 4: adviesronde (15 minuten)

Iedere collega geeft aan wat hij/zij zou doen in deze situatie. In deze adviesronde gaat het vooral om wat een collega zou doen en niet om wat degene die de casus heeft ingebracht had moeten of kunnen doen. De inbrenger van de casus mag om toelichting vragen. Vervolgens selecteert de inbrenger de voor hem/haar aantrekkelijke adviezen of onderdelen van adviezen. De inbrenger kan dit bijvoorbeeld in de vorm van een aantal leermomenten formuleren.

Ter afsluiting van deze stap vindt een (korte) discussie en dialoog plaats te uitwerking van de gekozen opties.

Stap 5: evaluatie (3 minuten)

In deze laatste stap vindt een evaluatie plaats. Iedere collega geeft aan wat hij/zij heeft gewaardeerd en welke veranderingen en/of verbeteringen mogelijk zijn voor een volgende keer.

Optioneel: feedbackronde (10 minuten)

Tussen stap 4 en 5 kan een feedbackronde komen. In deze feedbackronde is gelegenheid gedoseerd en zowel positieve als negatieve feedback aan de inbrenger te geven. Deze feedback moet wel aan de behoefte van de inbrenger voldoen. De inbrenger is bereid feedback te ontvangen en vraagt zondig om opheldering.

Aandachtspunten bij het geven van feedback:

- beschrijvend
- houd het tot hier en nu;
- maak het concreet;
- geef het effect aan van de inbrenger van de casus op jezelf;
- dien de behoefte van de ontvanger;
- geef feedback selectief, zorg voor dosering van de feedback.

Aandachtspunten bij het ontvangen van feedback:

- wees bereid feedback te ontvangen;
- vraag om positieve en negatieve feedback;
- vraag om opheldering van de feedback;
- schiet niet in de verdediging of in argumenten;
- vraag naar effecten van je gedrag.

Tijdens een volgende bijeenkomst kan aan de orde komen wat er met de tips, die tijdens de intervisiebijeenkomst naar voren zijn gebracht is gebeurd. De inbrenger van de casus kan zelf beslissen of en op welk moment en in welke vorm (mondeling/schriftelijk) hij/zij die doet.

Tot slot nog enkele opmerkingen:

- het initiatief ligt steeds bij de inbrenger, hij/zij kan onder andere grenzen aangeven;
- het aanstellen van een procesbewaker is nuttig om te voorkomen dat de verschillende stappen door elkaar gaan lopen en om de vaart er in te houden.

Literatuur dag 4

Gebruikte en aanbevolen literatuur

- Jutta R. de Jong, Anouk Keizer, Manja M. Engel, H. Chris Dijkerman (2017). *Does affective touch influence the virtual reality full body illusion?* Exp Brain Research 235:1781-1791.
- Anouk Keizer, H. Chris Dijkerman, Annemari van Elburg, Albert Postma, Monique A.M. Smeets (2015). *Lichaamsbeleving 2.0: een neurowetenschappelijke kijk op 'jezelf dik voelen' bij anorexia nervosa*. Tijdschrift voor neuropsychologie jaargang 10, 15-26.
- Marieke Q. Werrij *, Sandra Mulkens, Harm J. Hospers, Anita Jansen (2006). *Overweight and obesity: The significance of a depressed mood*. Patient Education and Counseling 62 (2006) 126–131
- Anita Jansen. *Missie Obesitas*. De Psycholoog, feb 2014, 33-34.
- Werrij M.Q., Mulkens S., Hospers H.J., Jansen A.; 'Weighty Thoughts – a cognitive approach to the treatment of obesity'; Chapter 2: 'Dietary treatment reduces BMI and improves eating psychopathology, self-esteem and mood'; Proefschrift Universiteit Maastricht; 2005; Page 26-32; Maastricht.
- Miltenburg, E., Geerets, T., Verwegen, C., Mohnen, E., Balke, P. (2008). *Dieetbehandelingsrichtlijn Eetstoornissen*, Elsevier.

- Vandereyken W., Noordenbos G., et al (2008). *Handboek eetstoornissen*; de Tijdstroom, Utrecht.
- Bruna, T., Balke, P., Reuver, M. *Informatorium voor voeding en dietetiek* , hoofdstuk eetstoornissen, 2008.
- Fairburn e.a. *Binge Eating, Nature, assesment and treatment*.
- Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. (2006). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen*.
- Dingemans, A., *Binge or Control. Assessment of the validatie, treatment and underlying mechanisme of Binge Eating Disorder* (2009).
- Gewichtige lichamen van Eljen Schoemaker en Marlies Rekkers.

Verplichte en interessante toegevoegde literatuur: zie website

Bijlage A: Nuttige websites en boeken

Nuttige websites

Informatie op de websites is gebaseerd op raadpleging in maart 2017

- werkgroep VIE (www.dietisten-eetstoornissen.nl)
- Psydi Scholingen (www.info.psydi.nl)
- Kenniscentrum Eetstoornissen Nederland (www.naeweb.nl / www.eetstoornis.info)
- patiëntenvereniging eetstoornissen (www.weet.info)
- Zelfhulp en nazorgzelfhulp (www.ixtanoa.nl)
- Rintveld eetstoornissen in Zeist (www.altrecht.nl/rintveld)
- Centrum eetstoornissen de Ursula in Leidschendam (www.centrummeetstoornissen.nl)
- Novarum, centrum voor eetstoornissen en obesitas (www.novarum.nl)
- Mumc
- psychologenpraktijk voor eetstoornissen in Utrecht (www.geerets-kuypers.nl)
- diëtistenpraktijk Sjerty Peeters voor eet- en gewichtsproblemen (www.sertypeeters.nl)

Bijlage B: Informatie over de sprekers

Hr. Drs. J. van Trier, psychiater

Jan van Trier werkt als psychiater bij het St Antoniusziekenhuis te Utrecht, afdeling Psychiatrie en Psychologie. Hij is verbonden aan een dagbehandeling voor ernstige eetstoornissen. Hij is groepstherapeut en EMDR-therapeut.

Mw. I. Elszakkers, psychiater

Jarenlange ervaring als psychiater bij Rintveld Eetstoornissen. Momenteel werkzaam als zelfstandig gevestigd psychiater en bij Altrecht.

Mw. Drs. O.W. Easton, huisarts

Oriana Easton is huisarts en sinds 1999 werkzaam bij psychiatrisch ziekenhuis Altrecht, waar zij o.a. werkt voor Rintveld Eetstoornissen te Zeist (kliniek en ambulante).

Zij beoordeelt de lichamelijke conditie van eetstoornispatiënten en begeleidt bij het hervoeden, het stoppen met laxeren etc. Ook houdt ze zich bezig met deskundigheidsbevordering van artsen in het land.

Zij heeft meegewerkt aan de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen die in 2006 is uitgegeven.

Mw. Drs. M. Geerets, psycholoog/cognitief gedragstherapeut

Tiny Geerets is psycholoog/gedragstherapeut en diëtist met een jarenlange ervaring in de behandeling van eetstoornispatiënten (anorexia en boulimia nervosa en binge eating disorder). Ze werkt in bij Geerets & Kuypers een psychologenpraktijk die zich uitsluitend richt op behandeling van eetstoornissen, zowel individueel als in groep. Vanuit haar sportdiëtetiek achtergrond behandelt ze ook vaak met (top)sporters met een eetstoornis. Bij haar eigen scholingsbureau Psydi-scholingen verzorgt zij diverse bij- en nascholingen voor diëtisten gericht op eetstoornisbehandelingen, gesprekstechnieken en cognitieve gedragstherapie. Deels worden deze scholingen ook in samenwerking met de Hogeschool van Amsterdam gegeven. Ze werkt regelmatig mee aan onderzoek bij eetstoornis patiënten.

Publicaties:

- Screening for Binge Eating Disorder in people with obesity, Obes REs in Clin Prac 2018 May - Jun;12(3):299-306
- NTvD: Obesitas in de diëtistenpraktijk, E. Miltenburg, H. Hornsveld, T. Geerets, april 2005
- NTvD: screeningsinstrument REO, vrij verkrijgbaar voor diëtisten via www.psydi.nl
- meegewerkt aan het schrijven van de behandelstandaard eetstoornissen van Elsevier
- vanaf 2001 heeft ze met een collega 4 boeken over sportvoeding gepubliceerd. Sportvoeding, Sportvoeding deel 2, Sportvoedingswijzer, Sportvoedingsatlas.

Mw. A.R. van Veen, Diëtist en Behandelaar

Anne-Ruth is in 2010 afgestudeerd in Groningen aan de Hanze Hogeschool voor Voeding en Diëtetiek. Tijdens haar studie heeft ze stage gelopen bij Novarum, Centrum voor Eetstoornissen en Obesitas in Amsterdam. Daar is ze na haar studie aan het werk gegaan. Door de jaren heen zijn haar werkzaamheden verschoven. Momenteel werkt ze als diëtist in de kliniek waar patiënten met Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa en Eetstoornis NAO worden opgenomen. Daarnaast werkt ze als diëtist op de polikliniek waarbij zij patiënten met

alle eetstoornissen of obesitas voorbij ziet komen. In 2016 heeft Anne-Ruth een training gevolgd om patiënten met een eetstoornis te kunnen behandelen volgens het Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced protocol. Dit maakt haar werk binnen Novarum afwisselend. Vanaf 2012 is Anne-Ruth lid van de werkgroep VIE (VoedingsInterventie Eetstoornissen). Een door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten erkend gespecialiseerd netwerk.

Publicaties / Medewerking:

2015: Herzien van Dieetbehandelingsrichtlijnen Eetstoornissen

2015: Herzien van Artsenwijzer

Mw. S. Peeters, diëtist

Sjerty Peeters is diëtist en in 1987 afgestudeerd aan de Hogeschool voor Voeding en Diëtetiek te Nijmegen. In 1992 is ze gaan werken als diëtist (voor 1992 heeft ze als onderzoeksassistent, medewerkster voedingsadministratie en etagehoofd gewerkt). Van 1992 tot 2006 is ze werkzaam geweest in een psychiatrisch ziekenhuis (Altrecht, locatie Zeist) en daarnaast voor kortere periodes in een algemeen ziekenhuis, verpleeghuis en een zelfstandige diëtistenpraktijk vervangen. In het psychiatrische ziekenhuis worden o.a. patiënten met een eetstoornis behandeld. In de loop van de jaren nam het aantal patiënten met een eetstoornis toe en in 1996 werd Rintveld geopend. Hier worden zowel anorexia nervosa, boulimia nervosa als eetstoornis NAO patiënten behandeld. Als diëtist was ze betrokken bij de diagnostiek en de behandeling van alle eetstoornissen, zowel klinisch, poliklinisch als dagbehandeling.

In 1999 is Sjerty lid geworden van de VIE, een door de NVD erkend gespecialiseerd netwerk. Momenteel is ze contactpersoon van de VIE: sjertypeeters@gmail.com. Ze heeft deelgenomen aan de werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, die in 2006 is uitgegeven.

In 2006 is ze gestopt bij Rintveld, centrum voor eetstoornissen en verhuisd. In 2007 is ze gaan werken in het AZM (Academisch Ziekenhuis Maastricht). Hier behandelde ze patiënten met een eetstoornis, voornamelijk anorexia nervosa en morbide obesitas. Per 2013 werkt ze alleen nog maar in haar eigen praktijk in Sittard met als aandachtsgebied eet- en gewichtsproblemen. Tevens is ze lid van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE) en zit ze in de redactie van de NAE nieuwsbrief.

Mw. M. Reuver, diëtist

Monique is in 1989 afgestudeerd aan de Hogeschool Voeding en Dietetiek te Nijmegen. Na haar afstuderen is ze gaan werken voor GGZ Rivierduinen, voor de algemene psychiatrie en voor het specialistische centrum voor Eetstoornissen de Ursula. In de loop der jaren heeft ze hiervoor de specifieke deskundigheid verkregen en veel ervaring opgedaan met zowel de behandeling van psychiatrische stoornissen als behandeling van alle typen eetstoornissen (AN, BN en BED).

In 2014 is ze naast haar werk bij de Ursulakliniek, een eigen praktijk gestart samen met een GZ psycholoog om cliënten ook beter in de eerste lijn te kunnen helpen. Deze praktijk heet Groepspraktijk-IK en is gelegen in Leidschendam.

Vanaf de oprichting (1998) is Monique lid van de werkgroep VIE (VoedingsInterventie Eetstoornissen). Deze werkgroep is gestart om de ervaring te kunnen delen en uitwisselen met collega's daar er nog niet veel gespecialiseerde diëtisten werkzaam waren binnen de

behandeling van eetstoornissen. Deze werkgroep is uiteindelijk ook een door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten erkende gespecialiseerde werkgroep geworden.

Door haar deels ook specifieke werkzaamheden voor de psychiatrie, is ze ook actief lid van de DPN (Dietetiek in de Psychiatrie Nederland).

Monique Reuver, diëtist

GGZ Rivierduinen, Centrum Eetstoornissen de Ursula te Leiden

GGZ Rivierduinen, GGZ Haagstreek te Leidschendam

Groepspraktijk-Ik, praktijk voor behandeling van eet- en gewicht problematiek te Leidschendam

Linda Hover, diëtist

Linda is in 1998 afgestudeerd als diëtist aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Sinds die tijd werkt zij als diëtist in het Maastricht UMC+. Linda begon haar loopbaan met specialisatie nierziekten en hoofdhalsoncologie. Na 8 jaar fulltime als diëtist gewerkt te hebben, heeft zij 2 jaar lang deeltijd als docent aan de HAN gewerkt en daarnaast nog wat poliklinisch werk gedaan in Maastricht. In 2007 kwam er een plek vrij in de diëtetiek bij de unit eetstoornissen in het MUMC, waarop zij besloot haar baan als docent te beëindigen en te kiezen voor deze nieuwe, uitdagende stap. Er wordt bij de unit eetstoornissen multidisciplinair gewerkt met patiënten, zowel ambulante als ook middels dagbehandeling en klinische opnames. Daarnaast werkt Linda voor de afdeling psychiatrie en heeft zij diagnostische consulten bij kinderen met overgewicht en volwassenen met spierziekten. Linda heeft de Post HBO eetstoornissen gedaan, en tevens bijscholing gevolgd o.a. op het gebied van motivational interviewing, ACT, cognitieve gedragstherapie voor diëtisten. Sinds januari 2017 is Linda lid van de VIE.

Mw. E. Schoemaker, Psycho-Motore Therapeut

Eljen Schoemaker, psychomotore therapeut bij Centrum Eetstoornissen Ursula, werkzaam sinds 1979.

Met eetstoornisbehandelingen ben ik actief sinds 1984 toen in de voormalige Ursula Kliniek in Wassenaar de eerste groepsbehandelingen voor cliënten met eetstoornissen opgestart werden.

Ik heb gewerkt met alle eetstoornisproblemen, momenteel ligt mijn focus op behandeling van cliënten met een langdurende eetstoornis in doorgaans kortdurende, zgn boosterbehandelingen. Daarnaast behandelen wij sinds ongeveer 2 jaar kinderen en jeugdigen met eetstoornissen in deeltijd en poliklinische groepen, en werk ik voor de volwassen deeltijdbehandeling.

Ik kan met enig recht zeggen dat ik wel wat ervaring heb en dat ik nog steeds met veel plezier en motivatie met deze cliënten werk, het verveelt nooit en ik vind ook dat er een zekere gevoeligheid moet zijn en blijven om met cliënten met deze problematiek te werken.

Ik heb in de afgelopen jaren op binnen en buitenlandse congressen presentaties gedaan over PMT bij eetstoornissen (New York, AED congres, Londen Europees Eetstoorniscongres) lezingen op basis en middelbare scholen, dansopleidingen en bij andere eetstoorniscentra in het kader van (bij)scholing.

Met Marlies Rekkers, psycholoog en psychomotore therapeut werkzaam in een eigen praktijk, heb ik in 2002 het boek Gewichtige Lichamen geschreven, waarin kennis en ervaringen beschreven staan zoals de pmt er op dat moment voor de behandeling van eetstoornissen voor stond. Inmiddels zijn een aantal inzichten en visies, mede door onderzoek en ander ervaringen, veranderd en heeft dit boek bijgedragen aan het doen van evaluatief onderzoek en een bredere visie op de behandelpraktijk van cliënten met eetstoornissen.

Ik ben 54 jaar, woon in Den Haag, ik heb een lieve partner en geniet (met hem) in mijn vrije tijd van kunst, muziek, lezen, lekker eten, contact met vrienden voor wie ik graag kook, ik speel golf en ben van plan op zangles te gaan na de zomer.

Ervaringsdeskundigen: Shiannah Danen en Sacaja Tjeerdsma