



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Behandeling van eetstoornissen: wie bepaalt de doelstellingen?

Jan Norré en Walter Vandereycken\*

---

## Samenvatting

*In de literatuur over de behandeling van eetstoornissen wordt weinig verteld over vroegtijdig afhaken en mislukkingen. De begrippen 'succes' en 'mislukking' worden vaak enkel omschreven in termen van symptomen. Daarbij kan de vraag gesteld worden of vroegtijdig afhaken als mislukking moet worden bestempeld. Aan de hand van casuïstiek wordt aangetoond dat er een opmerkelijk verschil kan bestaan tussen de beoordeling van het behandelingsresultaat door de patiënte en de therapeut. In de omschrijving van de behandelingsdoelstellingen verwachten we van eetstoornispatiënten een dubbele bereidheid (gedragmatig en functioneel). Als deze tweede verwachting cruciaal is in de behandeling, wordt van de therapeut verwacht dat hij hier consequent naar handelt.*

Psychotherapie wordt verondersteld te berusten op een gezamenlijk engagement van patiënt en therapeut om binnen een formeel overeengekomen werkrelatie één of meer vooraf bepaalde doelstellingen te bereiken. Bij de behandeling van eetstoornissen kan niet altijd worden aangenomen dat deze veronderstelling klopt. Immers, bij aanvang van de behandeling van anorexia nervosa (AN) is het risico op conflict bij het bepalen van de doelstellingen groot. Zo is voor de meeste AN-patiënten hun te laag gewicht geen probleem, en kan dit dus ook geen therapiedoelstelling voor hen zijn. Het vooropstellen van een streefgewicht ervaren ze als een 'dwangmaatregel' van de behandelaar (en/of de ouders). Bij de behandeling van boulimia nervosa (BN) is een conflict over de behandeldoelen evenmin uitgesloten. Deze patiënten komen vaak met de wens zo snel mogelijk te stoppen met vreten en braken, terwijl de therapeut een normalisering van het eetpatroon noodzakelijk vindt om het vreten en braken te kunnen stoppen (Norré & Vandereycken, 1993). De doelstelling met betrekking tot de eetsymptomatologie kan dus voor therapeut en patiënte erg verschillend zijn.

Als de therapeut erin slaagt deze eerste hindernis te omzeilen, betekent dit niet dat in het verdere verloop van de behandeling gelijkaardige 'onenigheden' kunnen ontstaan over andere doelstellingen, die dan verwijzen naar de functie(s) van de eetstoornis. Als patiënten en therapeut het eens zijn over de andere therapiedoelstellingen, dan is er geen probleem. Als zij het blijvend oneens zijn over de behandeldoelen, leidt dit vaak tot vroegtijdig afhaken door patiënten. Vaak gebeurt dit zonder een voor de therapeut aanvaardbare verklaring, zodat hij het voortijdig afhaken van patiënte enkel met behulp van zijn eigen referentiekader kan duiden. Bovendien is niet duidelijk hoe de patiënte de therapie heeft ervaren en in welke mate deze ervaring een al dan niet bevorderende stap is in haar genezingsproces. Vroegtijdig stoppen met de behandeling

---

\* JAN NORRÉ is als psycholoog-psychotherapeut werkzaam in een privé-praktijk in Leuven en als seksuoloog verbonden aan het Medisch Centrum voor Vruchtbaarheidsdiagnostiek in Leuven.

WALTER VANDEREYCKEN is hoogleraar psychiatrie aan de Katholieke Universiteit Leuven; hij is daarnaast verbonden aan de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen en aan het Universitair Centrum in Kortenberg.

rangschikken onder het klachtenpatroon of de psychopathologie van patiënten is te gemakkelijk. Op die manier wordt niet ter discussie gesteld in welke mate therapeutische interventies ertoe leiden dat patiënten besluiten de therapie te beëindigen. Schort er wat aan de therapeutische relatie? Zijn bepaalde interventies inhoudelijk verkeerd, onjuist geformuleerd, of niet op het geschikte moment ingebracht door de therapeut?

De vraag naar de definitie van 'mislukking' en 'succes' bij de behandeling van eetstoornissen dringt zich op. Vaak worden in effectiviteitsstudies specifieke 'symptomatische' criteria als maatstaf gebruikt: gewicht bij AN, frequentie van vreten/braken/laxeren bij BN. Wie vertrouwd is met de behandeling van patiënten met eetstoornissen weet dat er ook een 'anorectische/boulimische levenswijze' aanwezig is, een herkenbaar patroon van omgaan met zichzelf en anderen. Het resultaat van een behandeling kan daarom in vier groepen worden ingedeeld. Bij een eerste groep patiënten verdwijnen de symptomen en verandert de levenswijze. In een tweede groep verbeteren of verdwijnen de symptomen, maar de aard of kwaliteit van de levenswijze blijft grotendeels onveranderd. In de derde groep hebben patiënten drastische veranderingen aangebracht in hun leven, maar hebben zij nog restsymptomen, zonder dat deze noemenswaardig interfereren met het dagelijks functioneren. In de vierde groep patiënten is er weinig of niets veranderd in zowel symptomen als levenswijze. De eerste mogelijkheid is duidelijk een succes en de vierde een mislukking. Maar hoe moet men het tweede en derde resultaat omschrijven?

In de literatuur over de effectiviteit van therapieën voor eetstoornissen wordt het aantal drop-outs vaak niet vermeld of niet verrekend in de resultaten, laat staan gerelateerd aan het behandelingsprogramma (Herzogen et al., 1992). Men kan zich natuurlijk afvragen of een drop-out wel als vanzelfsprekend tot mislukkingen moet worden gerekend (tenzij men de frustratie van de behandelaar als criterium hanteert). In de weinige publikaties over vroegtijdig afbreken van de therapie bij AN of BN worden de karakteristieken van de drop-outs vaak vergeleken met deze van patiënten met een negatieve prognose. Is het ondenkbaar dat sommige patiënten 'voortijdig' afhaken omdat ze inmiddels (al dan niet spontaan) genezen zijn? Het idee van 'spontane genezing' blijkt voor vele therapeuten een bedreiging van hun competentie te betekenen (Vandereycken & Meermann, 1984).

Weinig is geschreven over preventie van drop-outs en voor menig therapeut blijft het een toevallig leerproces van gissen en missen. Bestaan er specifieke indicaties in het verloop van de therapie die het vroegtijdig afhaken aankondigen? Riebel (1990) bespreekt op basis van haar therapeutische ervaring met eetstoornissen drie aanwijzingen: (a) patiënten protesteren tegen de structurele aspecten van de therapie (bijv. duur van sessies, honorarium); (b) ze hebben reeds verschillende therapeuten gehad; en (c) ze koesteren onrealistische verwachtingen over de therapie. Dit zijn evenwel zulke algemene indicaties dat de vraag of er bij eetstoornissen geen specifieke factoren bestaan die succes of mislukking mede bepalen, onbeantwoord blijft.

In een recente studie (Rorty, 1993) werden veertig vrouwen die reeds een jaar of meer hersteld waren van BN, ondervraagd over de factoren die bijgedragen hadden tot het herstel. Uit dit onderzoek bleek dat de volgende therapie-ervaringen als het meest hulpvol werden omschreven: empathie en zich begrepen voelen, contacten met lotgenoten, en het werken aan de 'onderliggende problemen'. De meest storende therapie-ervaringen waren in de eerste plaats verbonden met de kwaliteiten en/of

gedragingen van de therapeut: een te overdreven persoonlijke inbreng van de therapeut en het niet ernstig nemen van de eetstoornis. Een opmerkelijke vaststelling was dat deze vrouwen uiteenlopende wegen bewandeld hadden in hun genezingsproces en dat heel wat vrouwen na verschillende behandelingspogingen wél hersteld waren van BN, terwijl zij in sommige studies als ‘mislukking’ geregistreerd stonden. Zijn wij dan te streng in onze beoordeling of zijn (ex-)patiënten te optimistisch? (Vanderlinden & Vandereycken, 1989) De volgende voorbeelden illustreren het probleem van beoordeling van succes en mislukking.

## Martine

---

*Martine is een 27-jarige, gehuwde vrouw die reeds tien jaar stiekem vreet en braakt. Sinds enkele weken heeft ze haar probleem opgebiecht aan de huisarts. Zij stemde onmiddellijk in met een verwijzing. Haar motivatie was een onvervulde kinderwens sinds drie jaar. Omwille van een eerder vastgestelde subfertiliteit bij haar man, waren ze reeds twee jaar in behandeling. Desondanks ervaaarde zij zich nu als schuldig aan het falen van de medische behandelingen vanwege haar verborgen eetstoornis. Net voor aanmelding heeft ze ook haar man voor het eerst ingelicht over haar eetgewoonten. Hij reageerde erg boos en voelde zich bedrogen, omdat ze dit probleem jaren voor hem verborgen had gehouden. Bovendien vond hij haar gedrag dermate ‘absurd’ dat hij het niet kon begrijpen. Zij was erg ontdaan door zijn reactie en vreesde dat haar eetprobleem hun goede relatie zou vertroebelen. Immers, ze had een panische angst dat zij hetzelfde zou meemaken als haar ouders, die uit elkaar gingen toen zij zestien jaar oud was. Voor haar was dat de oorzaak van haar eetstoornis. Ze vertelde dat in die tijd van heftige ruzies tussen haar ouders haar maandstonden uitbleven.*

*In die periode onderhield Martine met haar moeder een gespannen relatie. Ze vond haar moeder zelfingenomen, met te weinig aandacht voor haar. Met vader had ze geen enkel contact meer. Daarentegen zijn haar schoonouders steeds bereid geweest om haar op verschillende manieren te helpen. Zij voelde zich ook tegenover hen schuldig dat ze een dergelijk probleem had.*

*Toen haar man de ernst van de situatie inzag (hij dacht dat het probleem na enkele gesprekken zou zijn opgelost), uitte hij zijn ontgoocheling over het feit dat hij er tot nu toe alles aan gedaan had om haar gelukkig te maken, maar daarin blijkbaar had gefaald. Het gesprek met beide partners, een gebruikelijk onderdeel van de intake-fase, weigerde hij met de boodschap dat het haar probleem was en dat hij toch niets méér voor haar kon doen dan hij al deed.*

*Hierdoor voelde zij zich door hem in de steek gelaten. Ze leek vastberaden en wilde aantonen dat ze haar boulimie ook zonder hem kon overwinnen. De therapeut ervaaarde deze motivatie als overtuigend en veronderstelde bovendien dat de echtgenoot op een later tijdstip (als hij over zijn eerste emoties heen zou zijn en zou vaststellen dat het met zijn vrouw beter ging) wél bereid zou zijn om aan de therapie mee te werken.*

*De doelstellingen tijdens de eerste fase van de therapie waren het herstel van een gezond en evenwichtig eetpatroon en het onder controle brengen van de vreetbuien. Dit herstel van Martines eetpatroon verliep drastisch: ze stopte meteen met vreten en braken. Ze kon ook snel ‘verboden’ voedingsprodukten in haar maaltijden opnemen en de preoccupatie met eten en gewicht nam af. Ook haar houding tegenover haar lichaam werd positiever. Daarop werd ze neerslachtig (wat vaker voorkomt bij het stoppen van het vreten en braken) en dit gaf aanleiding tot nieuwe problemen in de relatie. Hij kon er niet tegen dat zijn vrouw depressief rondliep als daar geen duidelijke reden toe was. Ook deze gelegenheid om samen met zijn vrouw bij de therapeut te komen praten wimpelde hij af. Nu werd voor haar duidelijk dat het*

*onderwerp kinderloosheid al even moeilijk bespreekbaar was, waardoor haar ideaalbeeld van haar relatie in gevaar kwam. Ondertussen startte de tweede fase van de therapie, waarbij ze deelnam aan een groepstherapie. Ze formuleerde zelf nieuwe doelstellingen: verder werken aan haar positieve houding tegenover haar lichaam; haar zelfzekerheid opbouwen; zoeken naar een voor haar aanvaardbare houding tegenover haar moeder; de communicatie verbeteren in de relatie met haar man.*

*Met de vrouwenarts was Martine overeengekomen dat ze slechts met een nieuwe behandeling om zwanger te worden zou beginnen als zij zes maanden geen eetproblemen meer zou hebben. Zelf was ze tot het besef gekomen dat haar vreetbuien en braken risico's inhielden voor de zwangerschap. Na zes maanden 'symptoomvrij' te zijn werd de fertiliteitsbehandeling hervat, terwijl zij verder deelnam aan de groepstherapie. Daar twee groepsleden ondanks hun boulimie toch moeder waren, verdwenen haar schuldgevoelens over het mislukken van eerdere pogingen. Nauwelijks een maand later bleek ze zwanger te zijn, waarop haar man verdere afspraken afbelde omdat de therapie 'niet langer nodig' was.*

*Vanuit symptomatisch standpunt is deze therapie een succes. In enkele maanden stoppen de vreetbuien, verandert het eetpatroon en wijzigt zich de beleving van lichaam en gewicht.*

*Voor Martine was het verlangen naar een kind zo intens, dat ze in staat bleek een tien jaar oud patroon prompt te doorbreken. Dat ze dit niet alléén kon, is een indicatie dat de therapie haar toch geholpen heeft; ze gaf regelmatig te kennen dat het voor haar erg belangrijk was zich gesteund en begrepen te voelen bij haar eetprobleem. Dat ze als 'beloning' uiteindelijk zwanger werd, was voor haar man (en voor haar?) het teken dat ze 'gezezen' was. Ook de huisarts en behandelende vrouwenarts spraken van een succes.*

*Voor de therapeut geldt dit niet. Immers, de afspraken van het groepscontract leefde ze niet na en ze werkte nauwelijks aan de door haar opgestelde doelstellingen. Was de belangrijkste misrekening van de therapeut dat hij té weinig oog had voor het feit dat zijn therapie slechts een middel was om een ander doel (zwangerschap) te bereiken? Had hij kunnen voorspellen dat Martine, eenmaal zwanger, zou afhaken?*

*Opmerkelijk was dat niemand van de groep Martine wilde opbellen om haar te motiveren om naar de groep terug te komen. Dit was op zichzelf uitzonderlijk, daar het praktisch routine is dat een groepslid een afwezige opbelt of opzoekt om haar te motiveren de therapie voort te zetten. De groep voelde zich 'genomen'. Bovendien bleef de therapeut met de vraag zitten of het op komst zijnde kind al de gestelde verwachtingen wel zou kunnen inlossen. Op basis van haar inbreng tijdens de sessies en haar dagboek had hij de (verkeerde?) indruk gekregen dat Martine een kind nodig had als bewijs of bevestiging een volwaardige vrouw te zijn en een perfect gezin te kunnen vormen; zo kon ze tonen het beter te doen dan haar moeder. Uit een recente studie (Woodside et al., 1993) blijkt dat een eetstoornis een ingrijpende negatieve impact heeft op de gepercipieerde bekwaamheid ouder te zijn; de fundamentele onzekerheden omtrent zichzelf tasten ook de perceptie van ouderlijke bekwaamheden aan. Daarom kan in de casus van Martine verondersteld worden dat deze emotionele factoren haar 'kwetsbaar' zouden kunnen maken, waarbij de toekomst zal moeten uitmaken of zij dit kan hanteren zonder haar vertrouwde coping-strategie (stiekem vreten en braken).*

*Achteraf beoordeelde de therapeut de therapie als een mislukking. Heeft de therapeut zich laten beïnvloeden door de sfeer in de groep of was het een persoonlijke krenking voor de therapeut dat patiënte het therapiecontract verbrak en niet verder wenste te werken aan haar behandelingsdoelstellingen? Was de therapeut te kwetsbaar in zijn perfectionisme (net zoals patiënten met een eetstoornis), omdat hij moet leren omgaan met patiënten die niet doen wat hij van hen verlangt, zoals Martine de eerder gemaakte afspraken niet naleefde? Ook de positie van de partner bleef voor de therapeut onduidelijk. Hij achtte zijn medewerking essentieel. Uit de individuele gesprekken met Martine bleek dat hun relatie enkele typische kenmerken vertoonde, die vaak voorkomen bij koppels van wie één partner een eetstoornis*

heeft (Van den Broucke & Vandereycken, 1989; Woodside et al., 1993). Zo was de man van Martine de voorbeeldige echtgenoot die zich uitermate inspande opdat zij zich gelukkig zou voelen na haar ongelukkige jeugd. Door deze overbescherming bepaalde hij zijn rigide positie binnen de relatie. Daar eetstoornispatiënten vanuit een gebrekkig ontwikkelde autonomie (individuele-separatie) de neiging hebben anderen te behagen, voelde Martine zich verplicht zich steeds 'gelukkig' te voelen. Desondanks stond de therapeut toe dat de man niet aan de behandeling deelnam. Hij had zich ook duidelijk misrekend in de volharding van de echtgenoot om zich niet in de therapie te engageren. Was voor de man de doelstelling bereikt, namelijk vader worden, en was voor haar therapie niet langer nodig? Was zij onvoldoende in staat om een persoonlijk standpunt in te nemen en, ondanks een mogelijk conflict in de relatie, de therapie af te maken? Wanneer de partner uit de therapie afwezig blijft, blijven heel wat vragen onbeantwoord, en heeft de therapeut minder 'controle' over de gang van zaken – als hij die controle al zou hebben, als de partner wél actief deelgenomen zou hebben aan de therapie....

## Valerie

Valerie, 25 jaar, woonde bij aanmelding door de week op kamers en in het weekend bij haar ouders. Sinds haar vijftiende jaar was ze gepreoccupeerd met haar uiterlijk en gewicht. Nadat ze op kamers was gaan wonen, nu vijf jaar geleden, kon ze het diëten tijdens de weekends niet langer volhouden. Zolang ze werkte en actief bezig was, had ze het vreten en braken goed onder controle, maar in het weekend liep het meestal uit de hand (meerdere vreetbuien per dag). Aanvankelijk schreef ze deze toe aan het in huis hebben van voedsel. Tijdens de therapie beseftte ze dat de buien te maken hadden met de gespannen verhouding tussen haar ouders en de controlerende houding van haar moeder. Met haar had Valerie vaak ruzie over haar al of niet vermeend gebrek aan sociaal leven: ze leefde vrij geïsoleerd en legde moeilijk contacten, terwijl moeder haar met alle mogelijke middelen tot meer uitgaan wilde bewegen.

Kort voor aanmelding was de relatie met haar vriend verbroken. Door haar ontredde heen gaf ze te kennen weinig aan haar eetprobleem te willen doen. Toen het besef groeide dat de boulimie haar in een isolement gevangen hield en haar negatieve zelfbeeld versterkte, vond ze de moed om aan de therapie te beginnen. Meteen doken er problemen op rond de gemaakte afspraken: schema's in haar dagboek bleven blanco, afspraken over maaltijden werden maar gedeeltelijk opgevolgd.

Zij verborg dit 'falen' niet. Tijdens de sessies werd uitvoerig ingegaan op de redenen en de betekenis ervan. Valerie hield het op 'luiheid', verder kwam ze niet. Suggesties van de therapeut dat wellicht een 'deel' van haar er belang bij had dat ze zou blijven vreten en braken, werden heftig afgewezen. Zij zou opnieuw haar best doen en haar bereidwilligheid tot verandering tonen. Dit verliep enkele weken goed tot het patroon zich herhaalde. Daarop stelde de therapeut de haalbaarheid van een ambulante behandeling ter discussie. Valerie reageerde opvallend boos en weigerde dit te bespreken. Intussen had ze een nieuwe vriend leren kennen. De daaropvolgende sessie bleef ze weg, zonder nog iets van zich te laten horen.

Zowel het niet naleven van afspraken als het niet kunnen bespreken hiervan waren mogelijke indicaties voor een vroegtijdig afhaken. Uit ervaring weten we dat het 'aanslaan' van de therapie tijdens de eerste maanden van cruciaal belang is voor het verdere verloop van de behandeling (Vanderlinden et al., 1989). De therapeut is er niet in geslaagd om de behandeling te doen aanslaan en Valerie te motiveren. Misschien heeft hij te vaak gewerkt met congruente, in plaats van paradoxale strategieën. Hij heeft Valerie steeds het voordeel van de twijfel gegeven daar ze wel in staat bleek – zij het voor kortere periodes – om gezond en evenwichtig

*te eten en haar vreetbuien onder controle te houden. Met het oog op deze doelstellingen van de eerste fase leek de therapie toch kansen op succes in te houden.*

*Achteraf beschouwd vindt de therapeut de behandeling over de hele lijn een mislukking: als er al enige verbetering op symptomatisch vlak zou zijn opgetreden is deze toch erg onstabiel; daarnaast is er aan haar zelfbeeld en omgang met belangrijke mensen uit haar omgeving – haar aanvankelijke motivatie om de behandeling te starten – niets veranderd. Blijkbaar zag zij haar belangrijkste doel bereikt, namelijk een nieuwe vriend vinden en zo uit haar eenzaamheid geraken. Dit bepaalde voor haar in belangrijkere mate haar geluk dan het stoppen met vreten en braken. Dat brengt de therapeut tot de conclusie dat Valerie de behandeling gehanteerd heeft als 'hangmat' tussen twee relaties.*

## Beschouwing

Het herstelproces bij eetstoornissen kan een langdurig verloop kennen met vallen en opstaan. Gezien de kwetsbaarheid van het zelfbeeld is het van cruciaal belang dat zowel therapeuten als patiënten tijdens de therapie leren omgaan met 'falen' in de behandeling zelf: bijvoorbeeld het niet naleven van therapieafspraken, het niet (snel genoeg) bereiken van doelstellingen. De therapeut moet beschikken over frustratietolerantie en ervan uitgaan dat patiënten op de eerste plaats het voordeel van de twijfel verdienen. Zogenaamd 'verzet' en 'gebrek aan motivatie' moeten in constructieve zin worden opgevat en niet als bewuste ondermijning van de behandeling (en van de autoriteit van de therapeut), maar als angst voor ingrijpende veranderingen (Vandereycken, 1993). Toch zal een behandeling slechts kans op positief resultaat hebben als de therapeut er zelf in blijft geloven. Dit wil onvermijdelijk zeggen dat hij het gevoel moet hebben te kunnen slagen in het nastreven van therapeutische doelen.

In verband met het omschrijven van behandeldoelen huldigen wij niet zonder meer het principe 'de klant is koning', maar verwachten we van patiënten met eetstoornissen een dubbele bereidheid: *gedragmatig* te veranderen wat betreft gewicht en/of eetpatroon, en *functioneel* wat te doen aan de eetproblemen, dat wil zeggen de functie ervan onder ogen te zien en de levenswijze zodanig te veranderen dat recidive niet langer optreedt, omdat de eetstoornis niet langer 'nodig' is. De grootste problemen treden uiteraard op bij het omschrijven van de tweede verwachting. Hoewel we de motivatie trachten te stimuleren door hen zelfstandig hun doelstellingen te laten formuleren, is het niet uitgesloten dat normen en waarden van de therapeut toch een doorslaggevende rol gaan spelen. Als we dan over 'succes' en 'mislukking' praten, kunnen we ons afvragen of we uitgaan van de verkeerde criteria, namelijk of *onze* doelen wel bereikt zijn in plaats van die van de patiënte. Laten we ons te vaak leiden door de kennis van het wetenschappelijk onderzoek dat patiënten géén karakteristieken meer mogen vertonen van een ongunstige prognose en vragen we ons te weinig af of zij wel 'gelukkig' zijn? Soms confronteren patiënten ons hiermee, als ze er bewust voor kiezen om enkele 'resten' van hun problematiek te behouden en als ze zelfs vinden dat ze daar best mee kunnen leven. Als er daarbij toch 'misrekeningen' optreden – zoals in de aangehaalde voorbeelden – dan ligt dit op de eerste plaats aan de therapeut. Want als deze de tweede verwachting essentieel acht, moet hij deze duidelijk expliciteren en er consequent naar handelen.

### **Abstract**

*In literature on treatment of eating disorders little is written about drop-outs and failures. Frequently 'success' and 'failure' are only described in terms of symptoms. The question arises if premature drop-out must be considered as a failure. The presentation of two cases illustrates a remarkable difference in interpretation between patient and therapist about the succes of the therapy. In our approach we expect from patients a twofold commitment (symptomatic and functional). If this second expectation is so crucial, it is the responsibility of the therapist to handle consequently.*

### **Referenties**

- Herzog, W., Deter, H.C., & Vandereycken, W. (red.) (1992). *The course of eating disorders*. Berlijn/ New York: Springer-Verlag.
- Norré, J., & Vandereycken, W. (1993). *Ambulante behandeling van eetstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Riebel, L.K. (1990). The drop-out problem in outpatient psychotherapy groups for bulimics and compulsive eaters. *Psychotherapy*, 27, 404-409.
- Rorty, M. (1993). Why and how do women recover from bulimia nervosa? The subjective appraisals of forty women recovered for a year or more. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 249-260.
- Van den Broucke, S., & Vandereycken, W. (1989). Eating disorders in married patients. In: W. Vandereycken, E. Kog & J. Vanderlinden (red.), *The family approach to eating disorders* (pp. 173-188). Londen/New York: PMA Publishing.
- Vandereycken, W. (1993). Naughty girls and angry doctors: eating disorder patients and their therapists. *International Review of Psychiatry*, 5, 13-18.
- Vandereycken, W., & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa: A clinician's guide to treatment*. Berlijn/New York: Walter de Gruyter.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van boulimie: een therapeutische gids voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1988). Perception of changes in eating disorder patients during group treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49, 160-163.
- Woodside, D.B., Shekter-Wolfson L.F., Brandes, J.S., & Lackstrom J.B. (1993). *Eating disorders and marriage. The couple in focus*. New York: Brunner/Mazel.