



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

Cue exposure voor mensen met eetbuien: meer protocol

Anita Jansen en Anja Meijboom*

Samenvatting

Alhoewel behandeling van eetstoornissen door middel van 'cue exposure' nog in de kinderschoenen staat, zijn de eerste gegevens uit klinische experimenten veelbelovend. In dit artikel wordt een up-to-date protocol voor cue exposure gepresenteerd, toe te passen bij patiënten met eetbuien. Praktische kwesties worden uitvoerig besproken. Er wordt uitgelegd hoe de theorie duidelijk te maken, hoe alle 'cues' voor de eetbuien van de cliënt te inventariseren en hoe de keten cue-eetbui te doorbreken.

Inleiding

Het is nuttig om in een tijdschrift als dit deugdelijke protocollen te publiceren. Wellicht wakkert zo'n publicatie het heilige vuur in de lezer aan en neemt hij de methode over. Alweer een jaar of vijf terug schreven wij over boulimia nervosa en de bekoring van cue exposure (Jansen, 1992) en onlangs lieten Hansen en De Haan het 'cue exposure protocol' afdrucken (Hansen & De Haan, 1997). Wij houden wel van kort, krachtig en kordaat optreden. Toch menen we dat Hansen en De Haan net iets té kort, krachtig en kordaat zijn geweest. Gezien de grote belangstelling in het veld voor deze heilzame techniek, leek het ons goed om een 'up-to-date' versie van ons protocol te publiceren en u iets meer achtergrondinformatie te geven, zodat u beter met het protocol uit de voeten kunt. De behandeling is puntsgewijs in 10 'ramen' samengevat. Het laatste raam omlijst het totale protocol en in de tekst worden alle punten ruimschoots toegelicht.

De theorie

De therapie komt niet zo maar uit de lucht vallen. Zij volgt dwingend uit het 'reactiviteitsmodel' van eetbuien. Voor een uitgebreide bespreking van dit model verwijzen we naar Jansen (1992, 1994), hier houden we het kort. Een eetbui wordt meestal ingeluid door een sterke, vrijwel onweerstaanbare drang om te eten. Deze drang weerspiegelt vermoedelijk allerhande lichamelijke reacties die ervaren eters voorbereiden op voedselinname. De drang is aangeleerd: door steeds weer te eten in de aanwezigheid van bepaalde stimuli, verworden deze stimuli tot signalen voor voedselinname (= 'cues'). Te denken valt aan cues als het zien, ruiken en proeven van voedsel, maar ook plaats, tijdstip, stemmingen, cognities en handelingen kunnen de signaalstatus verwerven. Zodra er een signaal of, anders gezegd, cue om te eten wordt

* DR.A.JANSEN is universitair hoofddocent bij de vakgroep Psychologie van de Universiteit Maastricht.
DRS.A.MEIJBOOM is assistent in opleiding bij de vakgroep Differentiële & Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht en als psychotherapeut i.o. verbonden aan de Riagg Maastricht, afdeling Psychotherapie. Correspondentie: dr. A. Jansen, Universiteit Maastricht, vakgroep Psychologie, Postbus 616, 6200

waargenomen, reageren vlees én geest; er vinden lichamelijke veranderingen plaats die worden 'gevoeld' als drang. De twee reacties vatten we samen in de term 'cue reactiviteit'. Sterkere reacties op cues vergroten de kans op voedselinname.

Zolang de cues een eetbui blijven signaleren, zullen zij drang (*cue-activiteit*) blijven uitlokken. Als de mate van drang gerelateerd is aan de kans op inname (en dat is-ie: sterkere drang, grotere kans), dan zou een effectieve therapie een daling van de drang moeten bewerkstelligen. De drang dooft uit zodra de cues de eetbui niet meer voorspellen. Ontkoppeling van cues en eetbuien, bijvoorbeeld door blootstelling aan de cues zonder dat er gegeten mag worden (exposure met responspreventie), is dan de koninklijke weg tot vermindering van de drang en dus van eetbuien.

Raam 1.

Cue exposure: drieledig

- begrijpen van de rationale (het *waarom*)
- identificeren van de eetbui-cues (het *wat*)
- doorbreken van de cue-eetbuikoppeling (het *hoe*)

De behandeling: drieledig

Grofweg bestaat de behandeling uit drie elementen: het waarom, het wat en het hoe. Vooraf aan de eigenlijke blootstelling met responspreventie legt u 'het waarom' (met een lelijk woord: 'de rationale') van de therapie aan uw cliënte uit. Die uitleg moet hoe dan ook *kristalhelder* zijn; een warme aanbeveling is dat u eerst zelf probeert te snappen waarom u uw cliënte in de verleiding gaat brengen voordat u die kennis aan uw cliënte overdraagt. In het tweede raam staat kort, bondig en zeer precies weergegeven wat u kunt zeggen tegen uw cliënte. Leert u dit uit uw hoofd. Mocht u langer willen praten, raadpleeg dan Jansen (1993).

Raam 2.

Het waarom (zie voor uitgebreidere versie: Jansen, 1993)

Mensen met eetbuien zijn in zekere zin verslaafd aan eten. Ze eten meestal afwisselend veel en weinig. Veel eten wordt op die momenten als onvermijdelijk ervaren. Ze voelen dan een enorme drang om te eten en denken dat ze 'moeten' eten. Heb jij dat ook? Is het zo dat je, op het moment dat je een sterke drang om te eten voelt opkomen, het idee hebt dat je moet eten, dat je het niet kunt voorkomen? En als je bezig bent kun je waarschijnlijk niet meer stoppen? Dat klinkt als een verslaving, vind je niet? Alcoholisten bijvoorbeeld voelen ook vaak zo'n drang opkomen, dan 'moeten' ze als het ware drinken en als ze eenmaal bezig zijn kunnen ze er niet meer mee stoppen. Wetenschappers hebben vastgesteld dat die alcoholisten meestal een heel goede reden hebben om te drinken en blijven drinken. Wij denken dat mensen met eetbuien net zo'n goede reden hebben om op zijn tijd heel veel te eten. Laat ik je eerst het verhaal van de alcoholist vertellen, dan kijken we samen of zoiets ook voor jou zou kunnen gelden.

Op het moment dat de alcoholist alcohol ziet of ruikt, maakt zijn lichaam zich vast klaar om die alcohol te gaan verwerken. Het zien en ruiken van alcohol gaat bijna altijd vooraf aan het drinken, dus het lichaam weet als het ware bij het ruiken al dat er alcohol gaat komen. Het voerspelt dat er alcohol komt omdat dit vrijwel *altijd* het geval is in zo'n situatie. Nu moet je weten dat het drinken van alcohol lichamelijke gevolgen heeft: drink je alcohol, dan gaat je hart bijvoorbeeld sneller kloppen en zo zijn er nog wat effecten, zoals veranderingen in temperatuur en bloeddruk. Maar laten we het even bij die hartslag houden.

Het lichaam van de alcoholist die alcohol ruikt kan er dus vrijwel zeker van op aan dat er alcohol gaat komen. Alcohol verstoort de rust in je lichaam en daar houdt ons lijf helemaal niet van. En nu komt er iets heel wonderlijks: zodra je lichaam weet dat er alcohol gaat komen, neemt het vast maatregelen om de effecten van die alcohol tegen te gaan. Zoals we net zagen is een van die effecten een snellere hartslag. Wat denk je dat er met de hartslag gebeurt, nog voordat de alcohol ingenomen wordt, op het moment dat het alcoholische lichaam kan voorspellen dat de alcohol weldra gaat komen? Juist ja! Bij het ruiken van de alcohol *daalt* de hartslag vast. Dat spreekt tot de verbeelding, maar nog fascinerender is dat de alcoholist die dalende hartslag voelt of beleeft als een sterke, vrijwel onweerstaanbare, drang om te gaan drinken.

In wezen gaat het bij jou en alle andere mensen met eetbuien ook zo. Op het moment dat je eetbuivoedsel ruikt, ziet of er alleen al aan denkt, maakt je lichaam zich vast klaar om het voedsel te gaan verwerken. Dit gebeurt omdat het denken, ruiken, zien en proeven bijna altijd voorafgaan aan het eten. Je lichaam kan in zekere zin heel goed voorspellen dat je gaat eten, omdat dit vaak het geval is in zo'n situatie.

Je lichaam voerspelt dus dat er voedsel komt en dat voedsel heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat je bloedsuikerspiegel flink stijgt. Die stijging verstoort het inwendige evenwicht, en dat wil je lichaam juist zo veel mogelijk zien te voorkomen, dus neemt het maatregelen om de effecten van het eten tegen te gaan. Het bereidt zich voor op de inname en compenseert bij voorbaat vast voor de gevolgen van de eetbui. In dit geval zul je dus bij het denken, zien of ruiken van eetbuivoedsel vast reageren met een bloedsuikerdaling. Die bloedsuikerdaling wordt door jou ervaren als een

sterke, vrijwel onweerstaanbare, drang om te gaan eten. Aan de Universiteit van Maastricht wordt overigens uitgezocht om welke lichamelijke reacties het precies gaat. Vast staat wel dat er in het lichaam iets gebeurt en dat jij dit voelt als een sterke drang.

Niet alleen het zien, ruiken, proeven en denken veroorzaken lichamelijke reacties en dus drang. Vaak kunnen we ook nog andere voorspellers van een eetbui ontdekken. Bijvoorbeeld een rotstemming. Veel mensen voelen zich ellendig vlak voor een eetbui. Ook de plek waar je eet en het tijdstip waarop je eet kunnen signalen voor een eetbui worden. We zullen hierna, als het waarom je duidelijk is, eens proberen te ontdekken welke signalen er aan jouw eetbuien voorafgaan.

Dus, als je de voorspellers van een eetbui tegenkomt neemt je lichaam vast maatregelen om al het eten goed te kunnen verwerken. Dit voel jij als een sterke drang om te eten. Wat moeten we, denk je, dan doen om van die drang (en dus eetbuien) af te komen?

Juist ja, we moeten ervoor zorgen dat je geen voorspellers van een eetbui meer tegenkomt. Wat zeg je, een straatje om lopen? Je bedoelt dat je de voorspellers uit de weg gaat? Is dat de beste oplossing? Kun je voor altijd vermijden? Nee, er is een betere manier. Je zult ervoor moeten zorgen dat de voorspellers geen voorspellers meer zijn. Dit kun je bereiken door je bloot te stellen aan de voorspellers zonder dat je gaat eten: zo verliezen ze op den duur hun voorspellende waarde. En als een eetbui niet meer voorspeld wordt, dan zal je lichaam zich niet meer voorbereiden en dan zul jij dus geen drang meer voelen. Is het duidelijk? Heb je nog vragen?

U zult zich in gemoede afvragen waarom u begint met de theorie en waarom u Hansen en De Haan (1997) niet blindelings volgt in hun valse start: zij openen met de inventarisatie van cues en pas aan het eind van de tweede en halverwege de derde bijeenkomst vertellen ze iets over de achtergrond van de behandeling. Het antwoord op uw vraag ligt voor de hand: de theorie legt u in het begin uit, omdat uw cliënte dan van meet af aan snapt waar ze mee bezig is. Niet uitsluitend voor de blootstellingsfase, ook voor het inventariseren van de cues is dit begrip van buitengewoon veel waarde. Hansen en De Haan spannen het paard achter de wagen en leggen pas na inventarisatie van de cues uit waarom die inventarisatie nuttig is.

Minstens zo belangrijk als de transparante uitleg van de therapeut, is een min of meer heldere terugrapportage door de cliënte. Huiswerk na de eerste bijeenkomst is daarom het bestuderen van de theorie (zie raam 2; Jansen, 1992; Jansen, 1993). In de tweede bijeenkomst legt de cliënte het waarom van de behandeling aan u uit. Snapt ze het niet, dan moet het over. U continueert deze gang van zaken, totdat u tevreden bent. Als uw cliënte het waarom niet snapt, steek dan eerst uw hand in eigen boezem. Ons is herhaaldelijk gebleken dat de cliënte beter reproduceert naarmate de therapeut beter uitlegt. Dus maak er wat van, van die theorie. Ratel de inhoud van raam 2 niet onbewogen af, nee, stel vragen, laat uw pupil nadenken en stimuleer haar om zelf analogieën en gevolgtrekkingen te formuleren. Leg pen en papier klaar voor het maken van aantekeningen. U zult er beiden veel profijt van trekken, want heus, wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat behandelingen succesvoller zijn naarmate de cliënte het waarom van de behandeling beter begrijpt.

Een tweede gewichtige stap in de behandeling is 'het wat': de inventarisatie van alle voorspellers van een eetbui, de eetbui-cues of, in iets gewoner Nederlands, eetbuisignalen. Wat gaat er vooraf aan de eetbuien, wat gebeurt er tijdens de bui? En kopstuk van de therapie is 'het hoe': de toepassing van verscheidene interventies om de koppeling tussen cues en eetbuien te doorbreken. Over beide iets meer.

Het wat: eetbuivoorspellers

We zitten nog steeds in de eerste bijeenkomst en na de uitleg van het waarom wordt er een begin gemaakt met de inventarisatie van het wat: welke cues signaleren dat er een eetbui op komst is en welke cues vergezellen de eetbui? U start met een nauwkeurige analyse van de laatste eetbui. Kan ze zich nog herinneren wanneer ze die had? Ga na waar en wanneer de drang op kwam zetten, of er een bijzondere aanleiding was of dat de eetbui haar zomaar, *out of the blue*, overviel. Dit laatste is meestal niet het geval, blijf doorvragen. Zag, rook of proefde ze iets lekkers? At of dronk ze een aperitiefje? Was het een advertentie of andere reclame? Verkeerde ze in een bijzondere stemming, schoten er bepaalde gedachten door haar hoofd ('ik móét eten', of 'een klein beetje moet toch kunnen, morgen eet ik de hele dag niets'). Welke rituelen vonden plaats, zijn er sowieso handelingen die een eetbui inleiden? Trok de cliënte speciale kleding aan? Schakelde ze de telefoon uit? Schoof ze de gordijnen dicht en deed ze de deur op slot? Barricadeerde ze haar kamerdeur? Een handigheidje: suggereer om een film te maken van die allerlaatste eetbui; wat komt het eerst in beeld?

Ga na rond welk tijdstip de eetbui plaatsvond. Is dit meestal zo? Waar werd er gegeten? Eet ze altijd daar of ook wel eens ergens anders? Bepaal zeer nauwkeurig de plek(ken) waar de cliënte haar eetbuien heeft. Soms begint de eetbui al op de fiets of in de auto, na het inkopen doen. Is ze alleen tijdens het eten? Altijd? Eet ze het voedsel zo uit zakken en pakken? Of doet ze er iets mee ter voorbereiding? Eet ze uit pannen, met bestek of met haar vingers? Wordt het voedsel op een bepaalde wijze gerangschikt? Is in een bepaalde volgorde gegeten? Luistert ze tijdens het eten naar muziek? Zet ze de televisie aan? Bladert ze tijdschriften door? Tot slot gaat u heel precies na wat de cliënte tijdens haar laatste eetbui heeft gegeten. Eet zij dat altijd tijdens een eetbui? Bepaal nauwkeurig hoeveel er van de verschillende voedingsmiddelen gegeten wordt en welk merk favoriet is.

Hansen en De Haan laten ook 'activiteiten na de eetbui' registreren, wij snappen niet waarom. De term cue betekent letterlijk signaal en het signaal voor een eetbui loopt niet achter de feiten aan. Net zoals geldt voor de 'moeilijke momenten', waarvan Hansen en De Haan gedachteloos, in navolging van ons allereerste protocol waarin dit een manipulatiecheck voor de controlegroep was, de frequentie bij laten houden. Met cue exposure heeft dit niet veel, zeg maar niets, te maken en het scheelt uw drukke cliënte het nodige huiswerk. In raam 3 staan de belangrijkste eetbui-cues vermeld, u kunt ze systematisch langslopen.

Besteed ruim tijd aan de inventarisatie, die vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling. Blootstelling aan foute cues heeft geen zin. Analyseer meerdere eetbuien en ga na of het beeld dat ontstaat representatief is. Cliënten zullen het achterste van hun tong niet laten zien als ze zich te veel schamen. Bespreek dit en maak duidelijk dat u veel ervaring heeft met dit soort klachten. Ja, ook als u die ervaring niet heeft,

een leugentje om bestwil kan soms geen kwaad. (Hoed u in dit laatste geval voor grimassen zodra u hoort hoeveel cliënte eet tijdens een bui. Overdrijf flink om achter hoeveelheden te komen; als uw cliënte aangeeft dat ze koekjes eet tijdens een eetbui, dan vraagt u 'hoeveel pakken koekjes eet je?' in plaats van 'hoeveel koekjes eet je?') Als huiswerkopdracht moet de cliënte de aanloop tot haar eetbuien nog eens goed overdenken. Zijn er signalen vergeten? Een drangdagboek (registreer tijd, handelingen, gedachten en gevoelens vanaf het ontstaan van de drang tot het begin van de eetbui) kan een goed hulpmiddel zijn.

Raam 3.

Mogelijke eetbui-cues:

- eetbuivoedsel (zien, ruiken, proeven, denken)
- alleen zijn
- stemmingen (somber, angstig, eenzaam, verveeld, uitgelaten)
- cognities (disinhiberende, depressogene)
- tijdstip(pen)
- plaats(en) van handeling
- rituelen vóór het eten (kleding, televisie, muziek, e.a.)
- rituelen tijdens het eten (volgorde, manier van eten, pogingen om te stoppen, lectuur, andere bezigheden)

In de tweede bijeenkomst herhaalt u wat er tot nu toe gevonden is en u vervolgt de inventarisatie. Als aan het eind van de tweede bijeenkomst het beeld van de eetbui compleet is, maakt u duidelijke afspraken met uw cliënte over het scenario dat gevolgd gaat worden tijdens de volgende zitting, de eerste exposure. De cliënte zal in uw werkkamer blootgesteld worden aan een flinke hoeveelheid van haar eetbuivoedsel. Als er erg veel verschillende etenswaren tijdens een bui verorberd worden, kan volstaan worden met een 'top 4' van eetwaar. De 'top 4' is het moeilijkst te weerstaan en wordt vrijwel altijd gegeten tijdens een eetbui. U spreekt zeer precies door wat er tijdens de zitting gaat gebeuren. Maak duidelijke afspraken over de tijd waarop de exposure plaats gaat vinden, over wat de cliënte voor de exposure zal inkopen (ze betaalt uiteraard zelf) en wanneer zij dat zal doen (= huiswerk).

Het hoe: doorbreken van de cue-eetbuikoppeling

Er zijn grofweg twee manieren om de koppeling van cues aan eetbuien te doorbreken. Enerzijds is het mogelijk om de cues aan te bieden zonder dat de eetbui volgt, anderzijds kan er eetbuivoedsel gegeten worden in de afwezigheid van cues. Voor het eerste staan u twee technieken ter beschikking (flooding met responspreventie en graduele exposure met responspreventie), voor het tweede hebben we er ook twee bedacht (het eten van eetbuivoedsel in een niet-eetbuisituatie en de alternatieve eetbui).

Raam 4.

Doorbreken van de cue–eetbuikoppeling: 2 manieren

1 cues zonder eetbui:

- flooding met responspreventie
- graduele exposure met responspreventie, in de vorm van huiswerk

2 eetbui zonder cues:

- eetbuivoedsel eten in niet–eetbui situatie
- alternatieve eetbui

Raam 5.

Flooding met responspreventie = blootstelling aan cues zonder te eten

- zorg dat álle relevante cues aanwezig zijn
- probeer de drang steeds zo hoog mogelijk te krijgen en te houden
- wees een voorbeeldig model
- meet de drang regelmatig (bijvoorbeeld om de 10 minuten)
- voorkom cognitieve vermijding
- verdwijnen van het toneel
- aantal zittingen afhankelijk van uitdoving

Flooding met responspreventie

Er is slechts één doel dat u en uw cliënte gezamenlijk nastreven: cliëntes aandrift om te eten moet zo sterk mogelijk worden. Zodra haar drang minder wordt (uitdoving), probeert u hem weer ‘omhoog’ te krijgen. Om de cliënte zo goed mogelijk bij deze zware opgave te helpen, speelt u enkele lastige rollen:

1 De therapeut als regisseur

Uw cliënte is hoofdrolspeelster in het eetbuistuk, maar achter de coulissen bent u de spelbepaler: u regisseert de kleinkunst. U moedigt uw cliënte aan om het hele eetbuiritueel zo zuiver mogelijk na te spelen. Dit betekent dat álle cues meedoen: de blootstelling gebeurt op de gebruikelijke eetbuitijd, op de eetbuiplaats (meestal bij de cliënte thuis) en met het eetbuivoedsel. Ook overige attributen van de eetbui worden opgevoerd: denk aan speciale eetbuiplaats, –muziek, –tijdschriften, enzovoort. Gedachten die bij de eetbui horen worden opnieuw gedacht en stemmen worden, het is weinig romantisch, *georganiseerd*: Dit laatste kan op verschillende manieren gebeuren: de cliënte haalt zich tijdens de blootstelling een gebeurtenis voor de geest die onherroepelijk tot de bedoelde stemming leidt, of (tweede mogelijkheid) u leest de door uw cliënte genoteerde gebeurtenis voor, en uw cliënte leeft zich zo goed mogelijk

in. U roept de gevoelens op: '*... is gebeurd. Je voelt je overbodig en eenzaam en je weet je met je gevoelens geen raad. Wanhopig pak je de pot pindakaas. Eerst een likje, dan een lepel en vervolgens is het hek van de dam...*'. Een derde mogelijkheid is dat u muziek draait die de bewuste stemming oproept. En misschien kent u zelf nog meer manieren.

Ook de voorbereiding van de eetbui vindt volgens stramien plaats. De een rangschikt de etenswaren op een bepaalde wijze, de ander trekt gulzig de eerste de beste zak open en propt de hele inhoud met twee handen tegelijk in d'r mond, een derde nestelt zich en begint vrij rustig met het lekkerste dat er bij zit. Het wordt allemaal nagespeeld. Maar er is één verschil met een echte eetbui: er mag tijdens de exposure niet gegeten worden.

Als regisseur hebt u de ondankbare en overwrede taak op u genomen om het uw cliënte flink moeilijk te gaan maken. U moedigt haar aan om het voedsel aan te raken, erin te graaien, het beet te pakken en het onder haar neus te houden. Ze moet ruiken, flink opsnuiven. (Tip: probeert u het zelf eens vijf minuten vol te houden met iets lekkers waar u, zeg maar, aan verslaafd bent.) Het ruiken en snuiven zal een vrijwel onweerstaanbare drang om te eten opwekken, 't is harteloos en precies de bedoeling. Nogmaals, uw doel is de drang zo sterk mogelijk te laten worden. Laat de cliënte desnoods likken of een piepklein hapje nemen.

Als het spel is afgelopen gooit de cliënte het voedsel dat niet meer bruikbaar is weg. U bespreekt een tactiek om te voorkomen dat uw cliënte na uw vertrek de boel weer uit de vuilnisbak opvist en alsnog opeet. Giet bijvoorbeeld water in de bak of bedenk andere creatieve oplossingen. U bewaart het nog bruikbare voedsel op uw werkplek.

Om de blootstellingstechnieken vast een beetje onder de knie te krijgen oefenen u en uw cliënte eerst een keer in de kliniek. Tijdens die oefening zijn dus niet alle cues gerekruteerd.

2 De therapeut als model

U moedigt uw cliënte niet alleen aan tijdens de blootstelling, u doet zelf ook enthousiast mee. Van buitengewoon belang is dat u een goed model bent. Het is behoorlijk gek en beangstigend voor uw cliënte om te ruiken en likken aan al die verboden vruchten in het bijzijn van een vreemde. Ze is bang voor controleverlies (de verleiding is immers groot), ze geneert zich en het liefst zou ze zich er met een jantje-van-leiden af maken. U doet alles daarom goed voor, u graait, pakt, ruikt, snuift, likt, neemt een piepklein hapje en roept 'goed zo', 'zet hem op', 'klasse'. Op een mooi moment zal ook uw cliënte zonder schroom en vol overgave graaien, snuiven en likken.

Denkt u niet dat uw taak als model er dan op zit. U bent en blijft het animerende voorbeeld: '*Goed zo, pak nu die zak zoute drop maar eens. Hou hem dicht tegen je neus aan... kijk zo... prima, ruik maar eens goed... inhaleer eens diep, ja goed zo... en blijf nog maar even goed ruiken... inhaleer nog eens, wat ruik je? Waar doet die geur je aan denken? Voel je het speeksel lopen? Krijg je al trek? Wat kun je doen om die trek nog sterker te maken?*' En dan: '*Waar zou je nu aan willen ruiken? Pak maar...ruik maar. Concentreer je goed op die geur... Hoe staat het met je trek? Kan die nog erger? Wat zou je daarvoor moeten doen? Doe maar'... en na enkele minuten ...' kun je die chocola goed ruiken? Ruikt het beter als je de chocola door midden breekt? Doe maar eens... en ruik maar goed... lik er maar eens aan...'*

Naarmate u een beter model bent, wordt de kans groter dat het huiswerk en de blootstellingen die u niet bijwoont, goed uitgevoerd worden.

De blootstelling is vermoedelijk buitengewoon beangstigend voor uw cliënte. Wees lief! Een lieve therapeut betekent geenszins dat de blootstelling minder intensief of uitgesteld wordt. U doet – we herhalen enkele gedenkwaardige woorden van meneer Hoogduin – *lief directief*. Alleen als een van uw dames dissocieert dan doet u even rustig aan, tot het over is.

3 De therapeut op visite

Heeft uw cliënte de techniek min of meer onder de knie, dan volgen er blootstellingen op de eetbuiplek, dat is meestal bij de cliënte thuis. U gaat op bezoek bij de cliënte om gezamenlijk de exposure uit te voeren. Begint u nu niet direct te blaten dat u dat wel zou willen, als u er de tijd maar voor had en dat u die nu net niet heeft. Leest u rustig even verder.

Omdat u gewoonlijk geen deel uitmaakt van de eetbui, is uw aanwezigheid ook tijdens de blootstelling ongewenst. U bent geen cue, u bent veeleer een ‘*safety signal*’. Dit betekent dat u juist een cue bent om géén eetbui te hebben. Reden dus om zo snel mogelijk van het toneel te verdwijnen. Waarom zat u er ook alweer? Eén: om de cliënte te leren hoe exposure moet, twee: om (cognitief) vermijdingsgedrag te signaleren en de kop in te drukken, drie: om de cliënte te behoeden voor controleverlies. Met name het voorkómen van cognitieve vermijding is een belangrijke zaak. Focus de aandacht van uw cliënte op de cues en de reacties die zij oproepen. Doet u dit niet, dan zal de cue-activiteit minder intens zijn en wordt de kans op uitdoving kleiner (Drummond et al., 1995). Meestal kunnen cliënten de exposure na een keer of drie, vier wel alleen aan. Dan weten ze hoe de blootstelling moet, mits u een voorbeeldig model was, dan vermijden ze hopelijk niet meer en door de ervaren uitdoving van drang zijn ze niet meer zo bang voor controleverlies.

Zodra u en uw cliënte de indruk delen dat ze het wel alleen aan kan, verdwijnt u van het toneel. Bij voorkeur verstopt u zich eerst nog enkele blootstellingen lang in een aangrenzend kamertje. Gaat ook dat goed, dan kunt u zich weer in uw eigen ivoren praktijkkamer terugtrekken. U moet wel voortdurend goed bereikbaar zijn, en na afloop van de blootstelling komt de cliënte bij u langs om de voortgang en het huiswerk te bespreken. U reserveert voor dit gesprek ongeveer twintig minuten.

De volhouders onder u zullen blijven beweren dat ze, vanwege hun zware *case-load*, werkelijk geen tijd hebben om cliënten thuis te bezoeken. Denk na! De extra tijd die drie van zulke bezoeken u in het begin van de therapie kosten, wint u later dubbel en dwars terug vanaf het moment dat uw cliënte alleen oefent. Uw therapie schrijdt voort terwijl u rustig achter uw bureau verslagen schrijft en enig ander achterstallig onderhoud pleegt. Sommigen onder u schakelen desondanks liever een vertrouwenspersoon in. Persoonlijk vinden wij dit niet zo’n heel elegante oplossing omdat het leiden van een exposure voor veel vertrouwenspersonen niet is weggelegd. De meeste therapeuten die wij ontmoeten vinden het echter wel een goed plan. Wij twijfelen niet aan de waarde van de vertrouwenspersoon als *safety signal*. Maar nogmaals, uw voornaamste taak tijdens de blootstelling is het erop toezien dat er goed geoefend wordt. U bent model, doet flink mee, ziet er op toe dat er niet (cognitief) vermeden wordt, dat het geen

babbeluurtje wordt, en op het juiste moment geeft u het juiste duwtje. U hebt daarvoor doorgeleerd en het vriendinnetje niet.

4 De therapeut roept stop

Indien de exposure lang genoeg volgehouden wordt, zal de drang om te eten langzamerhand minder worden, ondanks al uw en haar pogingen om de drang zo hoog mogelijk te houden. Om te kunnen beoordelen of de exposure succesvol verloopt (de drang wordt hevig en dooft langzaam uit) is het nodig om herhaaldelijk (bijvoorbeeld om de tien minuten) te registreren hoe sterk de drang van uw cliënte is. Het is het handigst om daarvoor een 100% visueel-analoogschaal te gebruiken. Dit is een precies 100 mm lange horizontale lijn met daarboven de uitspraak 'ik voel *op het moment*' en dan aan het linkeruiteinde van de streep 'helemaal geen drang om te eten' en aan de rechterkant 'een onweerstaanbare drang om te eten' (zie Jansen, 1993). Registraties gebeuren steeds op een ander velletje papier, zodat cliënte niet ziet hoeveel drang ze enkele minuten eerder scoorde. Daardoor wordt de meting betrouwbaarder.

Een volgens Van den Hout en Merckelbach (1993) dubieuze vuistregel bij exposures aan angstopwekkende stimuli is dat de duur van de confrontatie afhankelijk zou moeten zijn van de snelheid van angstvermindering. Gedragsonderzoekers van het eerste uur waarschuwden dat als de blootstelling stopt terwijl de angst nog groot is, de cliënt het risico loopt dat de angst in nog sterkere mate terugkomt bij een volgende blootstelling aan de stimuli (in vakjargon *sensitisatie*). Van den Hout en Merckelbach (1993) bespreken onderzoek waaruit blijkt dat korte exposures even effectief zijn als langere en ze geven een plausibele cognitieve verklaring voor deze bevinding. Of dit ook geldt voor de uitdoving van eetdrang is ons onbekend. Uit een literatuurstudie naar de effecten van exposure bij alcohol-, cocaïne- en opiaatverslaafden concluderen Rohsenow, Monti en Abrams (1995) dat er ten minste 6 of 7 blootstellingen van 45 tot 60 minuten nodig zijn om drang te laten uitdoven, maar het moet gezegd dat systematisch onderzoek naar deze kwestie ontbreekt.

Ervaringen met tientallen cliënten leren ons dat de drang om te eten binnen zestig minuten aanzienlijk kan dalen. In enkele gevallen is er sprake van een grillig verloop: de drang blijft lange tijd hoog om dan plots, van het ene op het andere moment, uit te doven. Bij weer andere cliënten lijkt de drang niet hoog genoeg te komen: hun drang overstijgt de 50 nauwelijks. Dit laatste baart meer zorgen: als de drang niet hoog genoeg komt, dan zit er iets niet goed. Ontbreken er cues die wel drang uitlokken? Neemt de drang wel toe als u niet aanwezig bent?

Het aantal zittingen hangt, in tegenstelling tot de duur van een enkele zitting, wel af van de uitdoving van de drang. Het werd door angstonderzoekers ruimschoots gedocumenteerd dat exposure pas werkt als de blootstellingen elkaar met enige regelmaat en zonder al te lange tussenpozen opvolgen. Er is geen reden om te veronderstellen dat dit voor mensen met eetbuien anders is. Vijf keer per week is effectiever dan een minder frequente blootstelling (Drummond et al., 1995). In de vorm van huiswerk moet dit te doen zijn. Als na een aantal blootstellingen de begindrang *hoe dan ook* niet boven de 30 op een 100%-schaal komt, dan kunt u met een gerust hart stoppen.

Kort samengevat: het doel van de exposure is het opwekken van een intense drang om te eten. Zorg dat alle relevante cues zoveel mogelijk aanwezig zijn, probeer de drang

steeds zo hoog mogelijk te krijgen en te houden (meten!), wees een voorbeeldig model en voorkom (cognitieve) vermijding. De behandeling stopt als de drang herhaaldelijk niet meer boven de 30 is te tillen.

Raam 6.

Graduele exposure in de vorm van huiswerkopdrachten

- maak een hiërarchie van voedsel dat drang opwekt
- start met het voedsel onderaan in de hiërarchie
- blootstelling aan kleine hoeveelheden
- meet de drang regelmatig (bijvoorbeeld om de 10 minuten)
- de drang moet steeds zo sterk mogelijk worden
- blootstelling net zo lang tot de drang voldoende gedaald is
- voer hoeveelheden geleidelijk op

Graduele exposure met responspreventie

In de derde bijeenkomst stelt u samen met de cliënte een hiërarchie van ‘verboden’ voedsel op, gerangschikt naar de mate waarin het drang opwekt. Let wel: ook het voedsel dat onderaan in de hiërarchie staat wekt drang op. Tussen de zittingen door stelt de cliënte zich op vijf van de zes dagen bloot aan het aas, om te beginnen aan hetgeen onderaan staat. Het is niet nodig dat het huiswerk met grote hoeveelheden voedsel wordt uitgevoerd, maar de hoeveelheid moet wel voldoende zijn om flinke drang op te wekken. Organiseer het huiswerk volgens een oplopende moeilijkheidsgraad en laat uw cliënte haar drang ook tijdens deze huiswerk oefeningen om de tien minuten registreren.

Stimuleer de cliënte tot het bedenken van creatieve huiswerk oefeningen. Bewaak de hiërarchische opbouw en daarmee de moeilijkheidsgraad van de oefeningen. Als het voor uw cliënte moeilijk is om een hiërarchie op te stellen, kan een bezoekje aan de supermarkt helpen. Slenterend langs de schappen is de lijst vermoedelijk snel gemaakt.

Raam 7.

Eetbuisvoedsel eten in niet-eetbuisituatie

- een kleine hoeveelheid eetbuisvoedsel wordt geconsumeerd in afwezigheid van de cues
- direct daarna blootstelling aan de cues met responspreventie

3 Eetbuivoedsel eten in een niet-eetbuisituatie

Om de koppeling van voorspellende cues aan de eetbui nog definitiever te doorbreken, wordt tijdens de therapie enkele malen een kleine hoeveelheid eetbuivoedsel gegeten onder omstandigheden die geen eetbui voorspellen. U nodigt de cliënte bijvoorbeeld uit om mee te gaan naar een koffiehuis en zij nuttigt daar koffie (of liever nog chocolademelk) en een gebakje. Neemt u gerust ook wat. Of u spreekt af dat de cliënte gaat 'statten' en op straat een ijsje eet, of dat ze uitgaat en na afloop van de disco samen met vrienden een patatje eet in de plaatselijke frituur, of dat ze op haar werk bonbons uitdeelt en er zelf ook twee neemt. De crux is om situaties te bedenken waarin de cliënte voor geen goud een eetbui zou hebben of eetbuivoedsel zou eten. Bij een flink aantal cliënten vallen hier sociale situaties onder: zodra er anderen aanwezig zijn onthouden zij zich van calorierijk voedsel. Maak nauwkeurige afspraken: waar, hoe laat, met wie, wat, hoeveel en onder welke omstandigheden wordt er precies gegeten?

In een latere fase van de behandeling kunt u het eten van verboden voedsel in afwezigheid van de cues vooraf laten gaan aan de exposure aan eetbuivoedsel in aanwezigheid van de cues. Het eten van het verboden voedsel heeft wellicht al enige drang opgewekt die versterkt wordt als de cliënte aansluitend een exposure doet enkel in de aanwezigheid van de cues. Voor hiertoe overgegaan wordt, moet de cliënte nadrukkelijk het gevoel hebben dat zij deze extra moeilijke exposures aan kan.

4 Alternatieve eetbui

In de tweede zitting spreekt u met uw cliënte af dat ze voor de duur van de therapie geen gewone eetbuien meer heeft. Het kan natuurlijk nog steeds voorkomen dat de drang om te eten zo groot wordt, dat de cliënte er geen weerstand aan kan bieden. In zo'n geval kan ze zich te buiten gaan aan een 'alternatieve' eetbui. Deze alternatieve eetbui wordt van tevoren in detail besproken en zwart op wit gezet. Hij bestaat uit ander voedsel (evenals het gewone eetbuivoedsel niet te versmaden, betoverend lekker én onweerstaanbaar), wordt op een ander tijdstip genuttigd (probeer daarbij te forceren dat de eetbui wordt uitgesteld tot dit alternatieve tijdstip) en op een heel andere plek (vinden de 'gewone' eetbuien thuis plaats, dan spelen de 'alternatieven' zich buiten of bij vrienden af, in ieder geval niet in het eetbuihuis). Een gewone eetbui versterkt de koppeling tussen cues en eetbui, het is de bedoeling dat de alternatieve eetbui dit niet doet. U verzint dus samen met de cliënte voor alle verzamelde cues een duidelijk afwijkend alternatief.

We beklemtonen dat de alternatieve eetbui een hulpmiddel voor uw cliënte is: in geval van nood kan ze eten. Om de kans op een klassieke eetbui in zo'n noodsituatie zo veel mogelijk te beperken moet de alternatieve laagdrempelig zijn. Als er twee keer gebruik is gemaakt van de alternatieve eetbui, stelt u samen met de cliënte een nieuwe alternatieve eetbui op.

Raam 8.

Alternatieve eetbuien

- andere plek
- grote hoeveelheden
- ander voedsel (maar ook niet te versmaden, betoverend lekker en onweerstaanbaar)
- afspreken en zwart op wit stellen wat, hoeveel en waar tijdens een alternatieve eetbui gegeten gaat worden

Tot slot

Raam 10 beschrijft ons protocol puntsgewijs. U begint de behandeling met een heldere uitleg van 'het waarom'. Vervolgens inventariseert u alle eetbui-cues. Daarna beginnen de eigenlijke exposures; eerst een keer in uw praktijk, vervolgens op de *scene*. Bij de eerste exposures bent u aanwezig, daarna verdwijnt u langzaam van het toneel. Op vijf van de zeven dagen wordt er thuis geoefend en de sterkte van de drang wordt voortdurend geregistreerd. De exposures kunnen moeilijker gemaakt worden door de cliënte voorafgaande aan een blootstelling een beetje eetbuivoedsel te laten eten in afwezigheid van de overige eetbui-cues. Afgesproken wordt dat de cliënte in noodgevallen haar toevlucht neemt tot alternatieve eetbuien. Voert u de exposures zo veel mogelijk *in vivo* uit. Verschillende onderzoeken met angstpatiënten en alcoholisten tonen onomstotelijk aan dat dat aanmerkelijk effectiever is dan *in vitro*, waarbij de cues niet voorbij het geestesoog komen (Drummond et al., 1995).

Raam 9.

Algemeen

- zorg voor een goede therapeut-clientrelatie
- structureer de bijeenkomsten, maak samen met de cliënt een agenda
- bereid de cliënt goed voor op de zware oefeningen; noem het geen cursus maar therapie
- werk samen met de cliënt
- laat de cliënt veel initiatieven nemen
- geef veel controle aan de cliënt
- voer exposure *in vivo* uit en niet imaginair
- waak voor (cognitieve) vermijding

Behalve van deze technieken maakt u – natuurlijk – ook gebruik van enkele algemene therapeutische vaardigheden. Informeer uw cliënte bijvoorbeeld uitgebreid over de gang van zaken tijdens de behandeling en bereid haar voor op de zwaarte van de therapie: noem het geen intensieve cursus zoals Hansen en De Haan dat doen (p. 33), dat geeft zo'n Loi-gevoel. Noem het beestje bij zijn naam: een moeilijke therapie die

veel inzet en doorzettingsvermogen vergt en absolute prioriteit moet krijgen. Zorg ervoor dat afspraken en huiswerkopdrachten altijd helder en ondubbelzinnig zijn. Structureer de bijeenkomsten, maak elke keer weer een agenda. Koppel steeds terug naar 'het waarom' van de therapie, bij nieuwe onderdelen en als zaken niet gaan zoals ze horen te gaan. Overigens is het niet zo'n goed idee om cliënten zonder ondergewicht te wegen, tenzij u onderzoek doet. Hansen en De Haan (1997) wegen hun cliënten voor en na de therapie, wij zijn van mening dat dit de cliënte uitsluitend bevestigt in het disfunctionele idee dat haar gewicht een zaak van groot belang is. Wat maakt het u nu uit hoeveel uw cliënte weegt (dit geldt uiteraard niet voor cliënten met ondergewicht).

Niet alleen voor u, ook voor uw klanten met eetstoornissen is exposure vermoedelijk een van de moeilijkste vormen van behandeling. Deze dames zijn meestervermijders; ze blaken van diep psychologische inzichten, hebben alle boeken van Lola Verkuil en Susie Orbach gelezen en praten als Brugman over hun emoties, faalangst, relaties, zelfwaardering en jeugd. Als een snuggere therapeut het bedreigende onderwerp 'eten' toch aanroert, hebben ze hem binnen een mum van tijd weer op het spoor van de jeugdtrauma's. Als u de exposure goed uitvoert, biedt u geen gelegenheid om te vermijden.

Cue exposure is niet alleen geschikt voor mensen met boulimia nervosa. Enkele kleinschalige, voornamelijk Nederlandse, studies suggereren dat *eenieder* met eetbuien ervan kan profiteren; anorexia-nervosacliënten (Kennedy, Katz, Neitzert, Ralevski & Mendlowitz, 1995; Van Schie-Schaap, 1996), boulimia-nervosacliënten (Hansen & De Haan, 1995; Jansen & Meijboom, 1995; Jansen, Van den Hout, De Loof, Zandbergen & Griez, 1989; Schmidt & Marks, 1988; Schmidt & Marks, 1989; Van der Steen, Wippoo & Dankmeijer, 1996) en dikke mensen die lijden onder de prille eetbuistoornis (Jansen, Broekmate & Heymans, 1992; op 't Veld, 1995). Niettemin raden wij u *af* om cliënten met cue exposure te behandelen als er sprake is van ondergewicht. Die eetbuien zijn voor de magere dames vaak nog de enige bron van energie. Als ook die bron opdroogt, zijn ze niet geholpen en is hun ultieme doel bereikt; helemaal niet meer eten. U kunt uw anorectische cliënt wel in het vooruitzicht stellen dat ze een doeltreffende behandeling tegen haar eetbuien krijgt als ze weer 'op gewicht' is.

In het geval van boulimia nervosa ligt er een soortgelijk gevaar op de loer. U moet weten dat boulimia-nervosapatiënten echt lijden: ze zouden het liefst anorexia nervosa hebben, broodmager zijn zonder eetbuien. Het is niet ondenkbaar dat een goede exposure uw cliënte van het boulimische in het anorectische keurslijf helpt. Jansen et al. (1992) stelden vast dat de deelnemers na de exposures meer aan de lijn deden dan ervoor. Hansen en De Haan combineerden de exposure met een minimale dieetmanagement-interventie; zij beperkten zich tot eetafspraken en gingen aan het eind van elke zitting na of de cliënte zich daaraan hield. Ja is snel gezegd. Hoewel de dames direct na afloop van de therapie vrijwel geen eetbuien meer hadden, is niet bekend of ze normaler zijn gaan eten. Ook weten we niet of de eetbuien terugkeerden. We adviseren u vooralsnog om de cue exposure te combineren met een wat intensievere dieetmanagement-interventie. Daarvan weten we namelijk wel dat die effectief is (Laessle, Zoetl & Pirke, 1987). Voor het protocol verwijzen we u naar Jansen (1993). Gelijktijdig gebruik van serotonerge heropnameremmers raden wij daarentegen af. De geneesmiddelen zijn uiterst effectieve onderdrukkers van de drang om te eten en zullen daarom interfereren met een succesvolle uitdoving.

Ten slotte. Hoewel enkele kleinschalige, merendeels ongecontroleerde korte-termijnstudies suggereren dat cue exposure een effectieve therapie tegen eetbuien is, is het prematuur om, zoals Hansen en De Haan (1997) doen, te stellen dat cue exposure voor *boulimia nervosa* effectiever is dan andere methoden. We hebben nog een aardige klus te klaren als we willen aantonen dat de exposure beter is dan Fairburn's cognitieve gedragstherapie (zie bijvoorbeeld Fairburn, 1995). Zowel Jansen et al. (1992) als Hansen en De Haan (1995) bewerkstelligden een sterkere reductie van eetbuien, maar in beide studies werd nauwelijks naar andere symptomen gekeken. Mensen met boulimia nervosa hebben niet uitsluitend eetbuien; op bizarre wijze proberen ze gewichtstoename te voorkomen (door bijvoorbeeld hele dagen niets te eten, opzettelijk te braken en laxeermiddelen te gebruiken) en ze denken op een wel heel bijzondere manier. Of dit gedrag en het gedachtegoed ook in gunstige zin veranderen door cue exposure valt nog te bezien. Daarvoor is het nodig dat ook Hansen en De Haan meer mensen en een controlegroep onder handen nemen, lange-termijngegevens verzamelen en alle relevante symptomen, waaronder eetpatroon en gedachtegoed, meten. Wellicht blijkt dan dat niet iedere Kees in vijftien keer klaar is. Maar je weet het nooit.

Raam 10.

Protocol.

zitting 1

- bespreek 'het waarom'
- leg duur en opzet van behandeling uit
- inventariseer cues
- huiswerk: bestudeer 'het waarom' en registreer cues in drangdagboek

zitting 2

- cliënt legt de theorie aan therapeut uit
- inventariseer cues
- bespreek de alternatieve eetbui en laat hem zwart op wit zetten
- huiswerk: koop 'top 4' voedsel (spreek af wat, hoeveel en wanneer)

zitting 3

- indien nog niet af: ga door met theorie, cues en/of alternatieve eetbui
- oefen met de top 4 in kamer therapeut
- bespreek de oefening, terugkoppelend aan 'het waarom'
- stel een hiërarchie van drangopwekkend voedsel op
- huiswerk: oefen 5 van de 7 dagen met voedsel uit de hiërarchie tot drang is uitgedoofd

zitting 4, 5 en 6

- spreek huiswerk kort door
- flooding op eetbuiplek in aanwezigheid van de therapeut
- huiswerk: oefen 5 van de 7 dagen met voedsel uit de hiërarchie tot drang is uitgedoofd

zitting 7 en verder

- spreek huiswerk kort door
- flooding op eetbuiplek in afwezigheid van de therapeut (therapeut is langzaam van het toneel verdwenen, blijft goed bereikbaar)
- huiswerk: oefen 5 van de 7 dagen met voedsel uit de hiërarchie tot drang is uitgedoofd

vóór zitting 7 invoegen

- samen met therapeut een geringe hoeveelheid eetbuivoedsel eten in een niet-eetbuisituatie
- vervolgens flooding op eetbuiplek in aanwezigheid van de therapeut

ná zitting 7 invoeren

- zonder therapeut een geringe hoeveelheid eetbuivoedsel eten in een niet-eetbuisituatie
- vervolgens flooding op eetbuiplek in afwezigheid van de therapeut (therapeut is goed bereikbaar)

Abstract

Cue exposure and binge eating

Although the work on cue exposure treatment in the field of eating disorders is still in its infancy, preliminary data from clinical trials are promising. In the present paper, an up-to-date cue exposure protocol for binge eaters is presented and practical issues are discussed in detail. Information is given on how to: 1 explain the theory, 2 make an inventory of all cues for the individual's binges, and 3 break the cue-binge bond.

Referenties

- Drummond, D.C., Tiffany, S.T., Glautier, S., & Remington, B. (1995). *Addictive behaviour: cue exposure theory and practice*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Fairburn, C., Norman, P., Welch, S., O'Connor, M., Doll, H., & Peveler, R. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 304–312.
- Hansen, A., & Haan, E. de (1995). De behandeling van boulimia nervosa met cue-exposure; ervaringen uit de praktijk. *Directieve Therapie*, *15*, 279–291.
- Hansen, A., & Haan, E. de (1997). Behandelingsprotocol voor 'cue exposure' bij boulimia nervosa. *Directieve Therapie*, *17*, 31–38.
- Hout, M.A. van den, & Merckelbach, H. (1993). Over exposure. *Directieve Therapie*, *13*, 192–203.
- Jansen, A. (1992). Boulimia nervosa en de beking van cue exposure. *Directieve Therapie*, *12*, 127–149.
- Jansen, A. (1993). *Boulimia nervosa effectief behandelen. Een handleiding voor therapeuten*, 2e herziene druk, 1996. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A. (1994). The learned nature of binge eating. In: Ch. Legg & D.A. Booth (Eds.), *Appetite. Neural and behavioural bases*, pp. 193–211. Oxford University Press, Oxford Science Publications, European Brain and Behaviour Society Series.
- Jansen, A., Broekmate, J., & Heymans, M. (1992). Cue exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, *30*, 235–241.
- Jansen, A., Hout, M. van den, Loof, C. van, Zandbergen, J., & Griez, E. (1989). A case of bulimia successfully treated with cue exposure. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *20*, 327–332.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1995). Cue exposure – how to do it. Invited workshop and abstract in the *Program book of the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen July 10–15*, p. 225.
- Kennedy, S.H., Katz, R., Neitzert, C.S., Ralevsky, E., & Mendlowitz, S. (1995). Exposure with response prevention treatment of anorexia nervosa-bulimic subtype and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 685–689.
- Laessle, R.G., Zoetl, C., & Pirke, K.M. (1987). Meta-analysis of treatment studies for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 647–653.
- Rohsenow, D.J., Monti, P.M., & Abrams, D.B. (1995). Cue exposure treatment in alcohol dependence. In: D.C. Drummond, S.T. Tiffany, S. Glautier & B. Remington (Eds.), *Addictive behaviour. Cue exposure theory and practice*, pp. 169–196. West Sussex: Wiley Series in Clinical Psychology.
- Schie-Schaap, S. van (1996). Van Overleven naar Leven. Ongepubliceerde $n = 1$ -studie over de behandeling van anorexia nervosa, eetbuien, purgerend type, in het kader van de opleiding tot gedragstherapeut.
- Schmidt, U., & Marks, I. (1988). Cue exposure to food plus response prevention of binges for bulimia: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, *7*, 663–672.
- Schmidt, U., & Marks, I. (1989). Exposure plus prevention of bingeing vs. exposure plus prevention of vomiting in bulimia nervosa. *The journal of nervous and mental disease*, *177*, 259–266.
- Stein, H. van der, Wippoo, P., & Dankmeijer, E. (1996). De zoetheid van het leven: behandeling van boulimia nervosa bij een cliënt met diabetes mellitus. *Gedragstherapie*, *2*, 111–131.

Veld, F. op 't (1995). De gedragstherapeutische behandeling van een vrouw met eetbuien, somberheid en assertiviteitsproblemen. Ongepubliceerde $n = 1$ -studie ter verkrijging van het lidmaatschap van de Vereniging voor Gedragstherapie.