



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

Motivering voor behandeling bij anorexia nervosa

Jaap Spaans en Hans Bloks*

Samenvatting

Patiënten met anorexia nervosa staan vaak ambivalent ten opzichte van behandeling. Hoewel zij veel last ondervinden van de gevolgen van de anorexie, zijn zij bang om de 'voordelen' ervan op te geven. Om patiënten te motiveren tot verandering is het van belang aan te sluiten bij de fase waarin hun motivatie zich bevindt en een goede therapeutische werkrelatie te ontwikkelen. In dit artikel worden per motivatiefase een aantal technieken beschreven waarmee de bereidheid om aan therapie deel te nemen bevorderd kan worden. De uitgangspunten van het zogenaamd 'motivationale interviewen' zijn hierbij de belangrijkste leidraad.

Inleiding

Anorexia nervosa is een hardnekkige stoornis, die zich bovendien moeilijk laat behandelen. Patiënten wachten in de regel lang voor zij in behandeling gaan en als zij dit doen dan is het vaak onder druk van de omgeving. De hardnekkigheid en gereserveerdheid tegenover behandeling houden verband met sterke instandhoudende factoren. Een hiervan is de positieve betekenis die het vasten of lijnen voor hen kan hebben: het geeft een gevoel van beheersing en zelfwaardering. Het is zelfs een bewijs van wilskracht. Voor de patiënte is de anorexia in zekere zin de 'perfecte oplossing' (Bruch, 1985). Zij kan zich niet voorstellen zich sterk te voelen zonder te lijnen. Anorexiapatiënten geven verder de volgende positieve betekenissen aan hun toestand: controle over anderen, afwezigheid van seksuele gevoelens, opvallen door slankheid, morele verhevenheid, het niet meer menstrueren (Bliss, 1982). Serpell, Treasure, Teasdale en Sullivan (1999) stelden de volgende factoren vast: bescherming, controle, aantrekkelijkheid en beter zijn dan anderen als positieve aspecten van de anorexia. De anorexia kan ook een defensieve betekenis of functie hebben. Zij kan helpen pijnlijke gevoelens te verdoven, moeilijke situaties te vermijden en verantwoordelijkheden te ontlopen. Het wilskrachtige gedrag van de patiënte kan gezien worden als een krachtig antwoord van iemand die angstig, gekwetst en ongelukkig is met zichzelf en haar situatie (Sargent, 1992). Stressvolle levensgebeurtenissen gaan vaak vooraf aan het ontstaan van anorexia nervosa (Schmidt et al., 1997). In het lijnen vindt de anorexiapatiënte iets waar ze goed in is. Anorexia nervosa kan ook een meer organiserende betekenis of functie krijgen; het leven wordt teruggebracht tot voeding en lijnen (Vitousek & Watson, 1998).

* DRS. J.A. SPAANS, psycholoog/psychotherapeut, is werkzaam op Rintveld, een gespecialiseerd centrum voor adolescenten en jongvolwassenen, afdeling eetstoornissen. Dit centrum is onderdeel van de H.C. Rümke Groep, locatie Zeist. Correspondentieadres: drs. J.A. Spaans, H.C. Rümke Groep, afdeling Rintveld, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist.
DRS. J.A. BLOKS, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is als behandelcoördinator werkzaam op de afdeling eetstoornissen van psychiatrisch ziekenhuis Endegeest/Jelgersmakliniek te Oegstgeest.

Een andere instandhoudende factor is de egosyntone beleving die in de hand wordt gewerkt door een vertekende waarneming van het eigen lichaam, onrealistische interpretaties van lichamelijke sensaties en emoties en onrealistische gedachtevorming over het zelf en de omgeving. Deze zijn mede het gevolg van de voedingstoestand waarin de patiënte zich bevindt, ook wel de 'ondervoedingsneurose' genoemd.

Ondanks alle negatieve gevolgen biedt anorexia de patiënte dus bescherming, houvast en een krachtig gevoel van controle. De symptomen zijn zowel het nastreven waard als beklemmend. De patiënte staat dus vaak ambivalent ten opzichte van verandering.

Het motiveren van patiënten voor het beginnen en volhouden van een behandeling is een van de moeilijkste aspecten van de therapie. Motiveringstechnieken die gebruikt worden bij de behandeling van alcoholverslaving (Miller & Rollnick, 1991) lijken ook nuttig te zijn bij de behandeling van anorexia nervosa (Garner, Vitousek & Pike, 1997; Treasure & Ward, 1997). In hun onderzoek naar het veranderingsproces in therapie stelden Miller en Sanchez (1994) vast dat confrontatie vaak tot meer verzet leidt. De therapeut kan de motivatie voor verandering beter beïnvloeden door aan te sluiten bij de visie of zienswijze van de patiënte.

Vanuit de gedachte dat motivatie mede ontstaat in de relatie tussen therapeut en patiënt, is het *motivationale interviewen* ontwikkeld. Erkenning, respect en begrip van de therapeut vormen het uitgangspunt. Op de belangrijkste aspecten van dit motivationeel interviewen zullen wij nu ingaan.

Motivationale interviewen

Prochaska en DiClemente (1992) onderscheiden vijf fasen in de ontwikkeling van motivatie: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie en handhaving.

In de precontemplatiefase hebben de patiënten nog geen belangstelling voor verandering en ontkennen zij dat er iets mis is. In de contemplatiefase zijn zij bereid hun eetprobleem en de gevolgen van eventuele verandering te onderzoeken. Dit betekent niet dat zij al verandering willen. In de preparatiefase zijn patiënten bereid te veranderen, zij hebben behoefte aan hulp, maar kunnen nog geen goed plan maken. Tijdens de actiefase gaan zij met de nodige steun en aanmoediging over tot actie. Tijdens de handavingsfase worden veranderingen geconsolideerd en wordt bepaald hoe terugval voorkomen moet worden.

Wanneer de therapeutische interventie niet aansluit bij de motivatiefase van de patiënte leidt dit tot verzet (Rollnick, Kinnersley, & Scott, 1993). Bij patiënten met anorexia is dit soms moeilijk te herkennen omdat zij vaak ook de therapeut te vriend willen houden (Treasure & Ward, 1997).

De motivatiefasen houden in dat ook de therapeut fasegewijs dient te werken.

Het motivationeel interviewen werd oorspronkelijk toegepast bij alcohol- en drugsverslaafden, maar lijkt ook effectief te zijn bij het verhogen van de motivatie voor behandeling bij patiënten met anorexia (Treasure & Ward, 1997; Garner, Vitousek & Pike, 1997). Het bevat de volgende vijf elementen: 1 objectieve feedback, 2 acceptatie

van persoonlijke verantwoordelijkheid voor verandering, 3 directe adviezen, 4 het aanbieden van alternatieve behandelstrategieën, 5 empathie en aandacht voor 'zelfefficiëntie' (Miller & Sanchez, 1994). De therapeut vecht samen met de patiënte tegen het eetprobleem. Hij besteedt veel aandacht aan de weerstand en het totstandkomen en handhaven van een goede therapeutische werkrelatie. Volgens Treasure en Ward (1997) dient de therapeut tijdens het motivationeel interviewen onder meer op het volgende te letten: Laat patiënte zelf haar argumenten voor verandering geven. Begin met de zorgen die patiënte zich maakt. Benadruk persoonlijke keuze en verantwoordelijkheid voor toekomstig gedrag. Laat de patiënte zelf de kosten en baten van de eetstoornis en de behandeling benadrukken. Onderhandel over doelen en strategieën. Ga in op de eigen opvattingen van de patiënte. Reflecteer empathisch en selectief de gevoelens, zorgen en motivatie-uitspraken van patiënte. Maak korte samenvattingen aan het begin en einde van iedere sessie. Herstructureer de uitspraken van patiënte positief.

Hierna wordt een aantal interventies besproken die de motivatie kunnen verhogen. Deze interventies worden per motivatiefase beschreven. De motivatiefasen van Prochaska en DiClemente en het motivationeel interviewen dienen hierbij als de belangrijkste uitgangspunten.

Precontemplatiefase

In eerste instantie heeft de patiënte met anorexia weinig tot geen ziektebesef en is zij niet geïnteresseerd in verandering van haar eetgewoonten. Zoals gezegd is het vaak de omgeving die haar naar de therapeut drijft. In deze fase dient de patiënte tot een 'cognitieve en affectieve herwaardering' van haar situatie te komen.

Ingaan op de visie van patiënte en selectief reflecteren

Er moet een sfeer ontstaan waarin patiënten zich vrij voelen hun eigen visie te vertellen. Dit kan doorgaans het best gebeuren door een empathische en begrijpende opstelling. De vragen van de therapeut zijn vooral gericht op de zorgen die de patiënten zich maken. Waar maakt u zich zorgen over? Waar heeft u last van? De zorgen en problemen die de patiënten in eerste instantie presenteren, hoeven niet altijd direct betrekking te hebben op de eetstoornis. De therapeut accepteert de probleemomschrijvingen, zoals hij ook de persoonlijke theorieën van patiënten over hun situatie aanvaardt. Vervolgens onderzoekt hij of de patiënten een verband leggen tussen hun moeilijkheden/zorgen en het eetprobleem. Worden je moeilijkheden groter of kleiner door het vasten?

De therapeut maakt gebruik van non-directieve gesprekstechnieken zoals open vragen en reflecties op inhouds- en gevoelsniveau. Reflectief luisteren is een belangrijk element in het motivationeel interviewen. De therapeut zal met name de uitspraken die wijzen op ziektebesef en motivatie tot behandeling reflecteren. Indien mogelijk kunnen negatieve uitspraken van patiënte over haar motivatie positief worden geherstructureerd. Bijvoorbeeld de uitspraak 'Mij lukt toch nooit iets', kan worden geherformuleerd in 'Je stelt je bescheiden op over je vermogen om te veranderen.'

Het stilstaan bij de eigen visie van patiënte kan worden gevolgd door het geven van voorlichting.

Voorlichting over de stoornis

Het geven van 'objectieve feedback' en voorlichting over de symptomen en de lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van anorexia nervosa heeft als belangrijkste doel het beleven van de klachten meer egodystoon te maken (voor een voorbeeld van een overzicht van de symptomen en gevolgen van anorexia nervosa: zie bijlage). Het kan verhelderend werken om patiënten op de hoogte te stellen van het onderzoek van Keys et al. (1950, in Garner & Garfinkel, 1997, pp.153 t/m 161). Uit dit onderzoek bleek dat veranderingen bij mannelijke vrijwilligers die langere tijd vastten, overeenkwamen met de symptomen van anorexia nervosa. Met het geven van dergelijke informatie wordt beoogd dat patiënte haar klachten gaat toeschrijven aan het vasten en, bijvoorbeeld, niet aan een lichamelijke ziekte.

Het informeren over symptomen en gevolgen van anorexia nervosa kan ook door het afnemen van vragenlijsten. De EDES (Eating Disorder Evaluation Scale, Vandereycken, 1993) en EDI (Eating Disorder Inventory, Garner, 1993; Garner & Olmsted, 1984; Van Furth, 1991) blijken hiervoor met name geschikt te zijn. Deze vragenlijsten zijn in eerste instantie een diagnostisch hulpmiddel voor de therapeut. Wanneer de in deze vragenlijsten beantwoorde vragen worden nabesproken kan dit bijdragen tot het ontstaan van ziekte-inzicht. Wanneer patiënte een symptoom of gevolg niet herkent, kan de therapeut op een neutrale manier benadrukken dat deze kunnen optreden als het vasten wordt gecontinueerd. Wanneer de therapeut de ernst van de stoornis benadrukt en voorbeelden geeft over de consequenties en risico's van anorexia nervosa, en tevens meedeelt dat deze voorkomen kunnen worden, kan dit motiverend werken.

Naast informatie over de symptomen en gevolgen kan de therapeut onder andere informatie geven over: het beloop, de instandhoudende factoren, het zelfbekrachtigend mechanisme, de ineffectiviteit van vasten, het pathologische karakter, de gevolgen van laxantiagebruik, enzovoort. Hij kan bijvoorbeeld uitleggen dat de angst voor gewichtstoename en voedselgebruik wordt bekrachtigd door het vermijden van voedsel. Hij kan bij deze uitleg de vergelijking maken met watervrees. De vermindering van water geeft op korte termijn afname van angst, maar op de lange termijn neemt de angst voor water toe. Zo geeft de vermindering van voedsel in eerste instantie vermindering van angst, wat prettig is, waardoor de angst voor voedsel op den duur helaas steeds groter wordt.

Wanneer de anorexiapatiënte in discussie wil treden met de therapeut en hem wil overtuigen van de geringe ernst van haar klachten, doet hij er goed aan deze discussie te vermijden. Hij kan stellen dat het zijn taak is voorlichting te geven en dat hij begrijpt dat de informatie enigszins moeilijk te aanvaarden is.

Het verdient de voorkeur de informatie gedoseerd te verstrekken. Patiënten met anorexia nervosa zijn bij aanmelding immers vaak in een slechte conditie, waardoor zij cognitief (denk aan concentratiegebrek) en fysiek (denk aan vermoeidheid) minder goed functioneren. Het geven van de informatie over symptomen en gevolgen van de

stoornis wordt steeds afgewisseld met het vragen naar de visie van patiënte op de gepresenteerde informatie.

Geschreven feedback

Naast verbale feedback tijdens de zitting kan schriftelijke feedback worden gegeven (Treasure & Ward, 1997). Deze schriftelijke feedback geeft, zoals de mondelinge feedback, selectieve reflecties van uitspraken van de patiënte over haar ziektebesef en motivatie, met als doel deze te vergroten. De schriftelijke feedback kan gepresenteerd worden als een samenvatting van de belangrijkste besproken onderwerpen (de therapeut selecteert echter vooral onderwerpen die te maken hebben met ziektebesef en motivatie). De schriftelijke feedback kan in de vorm van een brief na de zitting aan patiënte meegegeven of toegezonden worden.

De schriftelijke feedback kan helpen om wat tijdens de zitting werd besproken thuis te overdenken. Verder kan de brief te lezen worden gegeven aan belangrijke personen uit de omgeving; later kan er in de therapie naar worden verwezen.

Een voorbeeld:

Sonja is een twintigjarige patiënte. Zij studeert kunstgeschiedenis. Door de anorexia nervosa is zij echter niet meer in staat colleges te volgen. Zij woont in een studentenhuis en heeft weinig vrienden. Via de huisarts is zij aangemeld bij de polikliniek. Aan het eind van de derde sessie geeft de therapeut de volgende brief mee:

'Beste Sonja,

Hierbij een samenvatting van enkele van de belangrijkste onderwerpen die we tot nu toe bespraken. Je kwam bij mij omdat de huisarts je verwezen had. Zelf maak je je enige zorgen over je lichamelijke conditie. Wat je vooral zorgen baart is dat je het zo vaak koud hebt en dat je haar uitvalt. Wat je het meest dwarszit is dat je je niet meer voldoende kan concentreren om een boek te lezen. Je hebt de neiging om veel oefeningen te doen en te gaan hardlopen. Je hebt het gevoel dat je dit moet doen. Je beleeft er weinig plezier aan.

Voedsel en uiterlijk kunnen jouw stemming flink bederven. Je reageert daardoor vaak geprikkeld op anderen. Je bent ook geneigd het contact met anderen te vermijden.

Je voelt er weinig voor om meer te gaan eten en in gewicht aan te komen. Je onderkent dat je allerlei symptomen van anorexia nervosa hebt. Je onderkent ook dat de lichamelijke klachten die je hebt een gevolg zijn van te weinig eten. Een van de belangrijkste dingen in je leven is het afstuderen in de kunstgeschiedenis en het krijgen van een vriendenkring en als het kan een partner. Voor deze zaken heb je veel over.

We hebben gezien hoe anorexia nervosa zichzelf instandhoudt zolang men vermijdt te eten. Voorts stonden we erbij stil dat alleen jij kan besluiten of je wel of niet iets gaat veranderen in je eetpatroon.

Ik zie ernaar uit de volgende week verder met je te werken.'

Motivatie-evaluatie: Is de patiënte toe aan de contemplatiefase?

Alvorens over te gaan naar de contemplatiefase dient er expliciete overeenstemming met patiënte te zijn over de volgende aspecten: Er is enige relatie tussen haar moeilijkheden en het dieet houden (vasten). Er zijn ten minste enige kenmerken van anorexia nervosa. Ze is bereid gevolgen en betekenis van de eetstoornis verder te onderzoeken en na te gaan welke gevolgen veranderingen in haar eetpatroon zouden hebben. De therapeut kan de volgende vragen stellen: 'Zijn jouw klachten te vergelijken met de symptomen van anorexia nervosa? Ben je bereid verder te onderzoeken welke gevolgen anorexia nervosa voor je leven heeft? Ben je bereid stil te staan bij wat voor betekenis anorexia nervosa voor je heeft?' Enzovoort.

Wanneer patiënte op deze vragen bevestigend reageert geeft zij aan een werkrelatie met de therapeut te willen aangaan en toe te zijn aan de zogenaamde contemplatiefase.

Contemplatiefase

In de contemplatiefase wordt de patiënte geacht enig ziektebesef ontwikkeld te hebben. Ze is echter nog niet bereid om tot actie over te gaan; daarvoor houdt zij nog teveel van de symptomen. Deze ambivalentie dient eerst opgelost te worden.

Ingaan op de ambivalentie

Het 'bewerken' van de ambivalentie vraagt meestal meerdere zittingen. Er zijn verschillende manieren om dit te doen. De therapeut kan vragen naar de positieve en negatieve aspecten van het vasten. Ook kan gevraagd worden naar een beeld van de toekomst – met en zonder anorexia nervosa. Nog een andere manier is het benaderen van patiënte alsof deze uit twee delen bestaat: een anorectisch deel en een gezond deel. De therapeut kan benadrukken dat hij samen met de patiënte het anorectisch deel wil begrijpen en neutraliseren.

De therapeut probeert de ambivalentie bij patiënte te herkennen en er begripvol op te reageren: hij voorkomt het gebruik van het woord 'maar' zoals in: 'Anorexia geeft je het gevoel van controle *maar* tegelijkertijd herken je dat dit je problemen geeft.' Beter is het gebruik van 'en': 'Anorexia geeft je het gevoel van controle *en* tegelijk...' Hiermee erkent hij dat de twee delen van de uitspraak naast elkaar kunnen bestaan. Dit helpt de patiënte haar ambivalentie eerst zelf te accepteren.

Het bespreken van de ambivalentie kan worden gecombineerd met het geven van opdrachten: bijvoorbeeld brieven schrijven aan anorexia nervosa (als was de stoornis een persoon), projectie in de toekomst, de balans van voor- en nadelen. Deze opdrachten hebben ook als doel de ambivalentie uit te werken. Bij het bespreken van deze opdrachten accepteert de therapeut de meningen van patiënte en typeert haar overtuigingen en gedragingen als 'overlevingsstrategie' en niet als defect of tekort.

Door naar de positieve en negatieve aspecten van haar gedragingen te kijken, ontstaat ook ruimte voor het inventariseren van nieuwe vaardigheden. De therapeut kan bijvoorbeeld vragen: 'Zijn er ook andere manieren om dit doel te bereiken?'

'Brieven aan de anorexia nervosa'

Patiënte wordt verzocht twee brieven te schrijven aan haar stoornis, als was het een persoon. Eén wordt gericht aan de eetstoornis als een vriendin en één aan de eetstoornis als een vijand. Het doel van de oefening is het expliciet maken van zowel de positieve bekrachtigers en betekenissen als de meer negatieve aspecten. Het schrijven van de brieven geeft patiënte de gelegenheid emotioneel uiting te geven aan haar beleving van anorexia nervosa. Overtuigingen over anorexia nervosa worden zodoende geëxternaliseerd. Dit bevordert het meer egodystoon beleven van de klachten.

Voorbeeld:

Sonja, de twintigjarige studente kunstgeschiedenis, schreef op advies van haar therapeut tussen de vierde en de vijfde sessie twee brieven. Hieronder volgt een passage uit de brief aan anorexia als vriendin.

'Beste Anorexia,

Bedankt dat je altijd bij me bent. Je hangt altijd om mij heen als een goede vriendin. Als ik eens iets moeilijks meemaak zorg jij ervoor dat mijn gedachten naar het eten gaan. Dat is een grote steun. Jij zorgt ervoor dat ik me beschermd voel. Jij bent mijn veilige plaats waar ik kan schuilen.

Jij geeft mij het gevoel dat ik controle kan hebben over wat ik denk en voel. Dat is erg fijn. Jij zorgt ervoor dat ik me speciaal voel. Dat ik me anders voel dan anderen...'

Bij het bespreken van de brieven vraagt de therapeut naar haar gevoelens en gedachten tijdens het schrijven. De betekenis die anorexia nervosa voor patiënte heeft wordt aldus verder geëxpliciteerd.

Toekomstprojectie

De patiënten wordt gevraagd na te denken over hoe hun leven er over een aantal jaren zal uitzien wanneer zij vasthouden aan hun huidige eetgewoonten. Vervolgens wordt gevraagd zich een toekomst zonder anorexia nervosa voor te stellen. Doel van de oefening is het expliciteren van de langetermijn-levensdoelen. De therapeut vraagt de patiënte haar ideeën over de toekomst in de vorm van een kort verhaal op papier te zetten.

Voorbeeld:

Dorien is een 23-jarige vrouw met een zeven jaar bestaande anorexia nervosa. Zij werkt twee avonden per week als serveerster in een restaurant. Bij de vierde sessie van de poliklinische behandeling levert zij haar geschreven toekomstprojectie in bij de therapeut. Een passage uit de toekomstprojectie bij het in stand blijven van anorexia:

'Bij mij gaat alles zo zijn gangetje. Ik heb plannen om mijn studie weer op te pakken. Tot nu toe heb ik helaas nog niet de energie gehad om dit ook te doen. Ik denk dat ik zo moe ben omdat ik zo weinig slaap. Als ik op bed ga liggen heb ik namelijk vaak pijn in mijn botten. Hierdoor slaap ik vaak maar een paar uur. Ik moet ook vaak naar de tandarts omdat ik veel gaatjes in mijn kiezen heb. Verder gaat alles goed. Ik woon samen met Henk. Hij is erg zorgzaam voor mij. Hij vindt nog steeds dat ik te weinig eet. Het eten is een probleem. Wij eten altijd apart omdat ik zo gespannen word van zijn manier van eten. Verder zie ik niet zoveel mensen. Ik ga niet zoveel uit omdat het me niet interesseert. Laatst werden we uitgenodigd door Jan en Marieke om mee uit eten te gaan. Eerst had ik wel zin. Later heb ik er toch maar van afgezien. Deze dingen geven ook wel eens spanningen tussen Henk en mij...'

Nadat patiënte haar toekomstige leven met en zonder anorexia heeft beschreven, bespreekt zij dit met de therapeut. Hij kan de volgende vragen stellen: Bereikt ze met anorexia nervosa haar langetermijn-levensdoelen? Voelt ze zich dan zelfverzekerder? Heeft ze dan controle over haar leven? Is ze dan nog in staat de huidige manier van leven te continueren?

Balans van voor- en nadelen

Het opstellen van een balans van voor- en nadelen van zowel de status quo als van de verdwijning van anorexia nervosa, kan patiënten helpen zich te realiseren waarom het tot nu toe zo moeilijk was iets te veranderen in het eetpatroon. Zij kunnen zich ook bewust worden van de voor- en nadelen die zij willen behouden of opgeven. Vaak ontstaat er twijfel of anorexia nervosa wel de aangewezen weg is om belangrijke levensdoelen te bereiken. Het opmaken van de balans kan zo startpunt worden van een herwaardering van de gebruikte cognitieve strategieën.

Door te beginnen met de inventarisatie van de voordelen van leven met anorexia nervosa zullen patiënten zich minder defensief opstellen. Het veroorzaakt een positievere houding bij patiënten die gewend zijn alleen de nadelen en gevaren te horen. Patiënten zullen hierdoor ook meer bereid zijn de nadelen te onderkennen.

Persoonlijke theorieën worden bij het opstellen van de balans gerespecteerd (Vitousek, & Watson, 1998). Wanneer de therapeut merkt dat patiënte ernstige misvattingen of te weinig kennis heeft over de eetstoornis kan hij hierover voorlichting geven.

Bij het inventariseren van de voor- en nadelen kan gelet worden op korte- en lange-termijneffecten alsook de externe en interne voor- en nadelen. Bij interne voor- en nadelen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan consequenties voor het zelfbeeld en zelfwaardering. De patiënte kan ieder voor- en nadeel een waardering geven (van 0 tot 10). Door het optellen van de waarderingen van de voordelen enerzijds en de nadelen anderzijds krijgt zij een indruk of de voordelen of de nadelen zwaarder wegen. Wanneer de patiënte bereid is om over verandering na te denken, kan er ook een balans van worden gemaakt.

Voordelen:	
– Gedachten over eten en gewicht leiden mij af wanneer ik boos of verdrietig ben.	9 punten
– Twee vriendinnen bewonderen mijn slanke lijn.	8 punten
– Mijn ouders zijn meer thuis.	5 punten
– Er wordt thuis meer met elkaar gesproken sinds ik anorexia nervosa heb.	5 punten
– Doordat ik heel actief ben, maak ik een hoop mee.	4 punten
– Enzovoort.	
Nadelen:	
– Ik heb allerlei lichamelijke klachten, waardoor ik niet altijd kan doen wat ik wil.	8 punten
– Ik heb ruzies met mijn ouders over eten.	7 punten
– Ik word steeds meer als een patiënte beschouwd.	5 punten
– Ik voel me soms erg somber.	5 punten
– Ik durf niet meer uit eten te gaan met mijn vriendinnen.	3 punten
– Enzovoort.	

Figuur 1 Voorbeeld van een balans van voor- en nadelen van de huidige situatie.

Motivatie-evaluatie: Is onze patiënte toe aan de preparatiefase?

Als de ambivalentie voldoende doorgewerkt is kunnen patiënten gemotiveerd raken om hun situatie te veranderen en de voor hen moeilijke stap te zetten om de anorectische levenswijze los te laten. De therapeut gaat met de patiënte na of zij bereid is verandering te overwegen. De belangrijkste bevindingen uit de contemplatiefase worden andermaal bestudeerd. De therapeut kan er een schriftelijke samenvatting van maken en deze aan patiënte meegeven. De therapeut doet er goed aan duidelijk te stellen welke mate van verandering hij bij deze patiënte realistisch vindt. De volgende vragen kunnen de revue passeren: 'Ben je bereid iets te doen aan de anorexia nervosa? Hoe ver wil je daarin gaan? Hoe gemotiveerd ben je voor verandering (uitgedrukt in een cijfer van 1 tot 10)? Welke argumenten heb je om de strijd tegen anorexia nervosa aan te gaan?' Pas wanneer de patiënte expliciet aangeeft gemotiveerd te zijn voor verandering gaat de therapeut over tot het gebruik van de motivatietechnieken uit de preparatiefase.

Preparatiefase

Tijdens de preparatiefase zijn patiënten bereid om tot actie over te gaan. Er is ziektebesef en men realiseert zich wat de gevolgen van de eetstoornis zijn. Er is behoefte

aan hulp, maar men kan moeilijk bepalen welke actie moet worden ondernomen. De preparatiefase heeft als doel patiënten voor te bereiden op het zetten van de eerste stappen op weg naar verbetering. De therapeut stelt zijn patiënte voor een eetdagboek bij te houden zodat beiden zicht krijgen op het huidige eetpatroon, de mate van angst bij het eten en de cognities die angst veroorzaken.

Omgaan met angst voor registratie

De therapeut dient te onderkennen dat patiënten met anorexia aanvankelijk bang zijn hun eetgedrag te registreren. Zij schamen zich voor wat ze gegeten hebben en zijn ervan overtuigd dat de therapeut een negatieve mening zal hebben over de hoeveelheden genuttigd voedsel. De therapeut moet deze gevoelens accepteren en op empathische wijze bespreken. Hij kan stellen dat te verwachten valt dat de angst en de schaamte zullen afnemen wanneer er langer geregistreerd wordt.

Wanneer de patiënte het bijhouden van een eetdagboek te tijdrovend vindt, kan de therapeut voorrekenen hoeveel tijd de registratie per dag zal kosten en benadrukken dat dit een fractie is van de totaal beschikbare tijd. Wanneer aan de hand van het eetdagboek voldoende informatie is verkregen, geeft de therapeut inlichtingen over de aard van de behandeling en worden er doelen gesteld.

Informatie over de behandeling en het stellen van doelen

Er dienen duidelijke en heldere afspraken te worden gemaakt over de behandeling. Enerzijds dient de therapeut duidelijke informatie te geven over de meest geschikte aanpak. Anderzijds dient hij open te staan voor onderhandelingen over de doelen van de behandeling en de toegepaste technieken.

De therapeut legt uit dat in de behandeling twee sporen worden gevolgd. Het eerste spoor is het normaliseren van het eetpatroon en het aankomen in gewicht. Het tweede spoor richt zich op psychische aspecten zoals de zelfwaardering, het lichaamsbeeld, het uiten van gevoelens, de assertiviteit, het vermogen moeilijkheden op te lossen, enzovoort. De therapeut legt uit dat in de eerste fase van de behandeling vooral aandacht wordt besteed aan het eerste spoor. Pas wanneer patiënte fysiek in een betere toestand verkeert heeft het zin de aandacht te richten op psychische aspecten.

Bij het stellen van de therapiedoelen maakt de therapeut duidelijk wat wel en geen realistische doelen zijn. Wanneer patiënten chronische anorexia nervosa hebben, zal hij uitleggen dat beperkte doelen realistisch zijn. Hij geeft echter ook ruimte voor onderhandeling. De doelen hebben bijvoorbeeld betrekking op: de hoeveelheid te nuttigen voedsel, het aan te komen gewicht, het streefgewicht, de toename van de zelfwaardering, de toename van sociale vaardigheden en de afname van conflicten met anderen.

Het aanmoedigen van patiënten

Nadat de doelen zijn vastgesteld kan de patiënte gaan opzien tegen het aanpakken van de eetstoornis: 'Ik kan er niet tegen vijf kilo meer te wegen.' Zij heeft dan aanmoediging van de therapeut nodig. Hij zal beamen dat de behandeling zwaar en ook langdurig kan zijn. Overleg over de te nemen maatregelen zal er echter voor zorgen dat de behandeling haalbaar zal zijn. Extreme zwart/wit uitspraken van patiënte zoals: 'Dit lukt mij nooit', zal de therapeut herformuleren in: 'Je ziet ertegen op om te beginnen en je vraagt je af of het je gaat lukken.'

Voorts worden positieve eigenschappen en eerder succesvol toegepaste veranderingsstrategieën van de patiënte als aanwijzing voor te verwachten succes opgevoerd. Eerder gedane uitspraken van de patiënte over haar gemotiveerdheid kunnen nogmaals worden besproken. Eerder gegeven schriftelijke feedback van de therapeut over deze uitspraken kan doorgenomen worden. Aan patiënte kan nogmaals worden uitgelegd dat de angst voor haar gewicht en uiterlijk tijdelijk zal toenemen en daarna afnemen, net zoals de angst bij iemand met watervrees eerst toeneemt en daarna afneemt, wanneer hij/zij het water durft te trotseren.

De therapeut kan patiënte uitleggen dat het tot actie overgaan niet hoeft te betekenen dat zij al haar bedenkingen tegen verandering overboord hoeft te zetten. Zij mag deze behouden. Te verwachten valt dat zij gaandeweg de therapie meer voordelen van verandering zal gaan ontdekken. Dit is gebleken bij eerdere behandelingen van patiënten met deze stoornis.

Vorbereiden op stagnatie

Het verdient aanbeveling om op voorhand zo concreet mogelijke afspraken te maken over de gang van zaken bij stagnatie. Dit kan met behulp van een zogenoemd stagnatieprotocol. Hierin staat duidelijk omschreven waaruit de stagnatie zal blijken (bijvoorbeeld achterwege blijven van gewichtstoename) en welke actie dan zal worden ondernomen. Er kan gekozen worden voor een stagnatieprotocol met verschillende stappen. Bijvoorbeeld: *stap 1* opnieuw inventariseren van alle symptomen en gevolgen van anorexia nervosa, *stap 2* opnieuw maken van de balans van voor- en nadelen, toekomstprojectie en/of het schrijven van brieven, *stap 3* bijstellen van de therapiedoelen, *stap 4* maken van extra telefonische afspraken, *stap 5* intensivering van therapie en *stap 6* aanmelding voor opname. De therapeut kan met patiënte tot overeenstemming trachten te komen over de vraag welke stap uit het stagnatieprotocol wanneer wordt toegepast. Bijvoorbeeld: er wordt overgegaan tot aanmelding voor opname wanneer zij langer dan drie weken minder dan een bepaald gewicht heeft of: er kunnen extra telefonische afspraken worden gemaakt wanneer ze eetbuien krijgt. De gemaakte afspraken kunnen schriftelijk worden vastgelegd.

Aangezien anorexia nervosa-patiënten vaak perfectionistisch en prestatiegericht van aard zijn, zullen ze het niet-behalen van een therapeutische doel als een persoonlijk falen beschouwen. Menig patiënte verwacht in zo'n geval straf. De therapeut legt uit dat het stagnatieprotocol bedoeld is om patiënte te helpen en niet om haar te straffen. Stagnatie moet niet worden gezien als een totaal mislukken. Het kan beter worden

bekeken tegen de achtergrond van de totale ontwikkeling op dat moment. Een stagnatie is meestal tijdelijk.

Motivatie-evaluatie: Is patiënte toe aan de actiefase?

De eerste adviezen die de patiënte krijgt hebben meestal betrekking op 'dieetmanagement'. De therapeut stelt bijvoorbeeld voor om iedere ochtend om 8.00 uur een ontbijt te gebruiken. Vervolgens vraagt hij naar haar beweegredenen om het advies uit te voeren: 'Ben je bereid dit advies op te volgen? Welke argumenten heb je om dit advies op te volgen?' Indien patiënte het advies vervolgens uitvoert, mag de therapeut ervan uitgaan dat zij zich inmiddels in de actiefase van de therapie bevindt. Bleek het niet gelukt te zijn dan dient hij samen met patiënte te onderzoeken of dit te maken heeft met haar gemotiveerdheid. Wanneer dit het geval is, onderzoekt hij in welke motivatiefase ze zich bevindt en stemt hij zijn interventies hierop af. Mist zij bijvoorbeeld nog informatie over de stoornis? Dan geeft de therapeut deze. Is ze nog ambivalent over verandering? Dan werkt de therapeut dit verder met haar uit. Is het haar niet duidelijk wat het doel van het gegeven advies is? Dan geeft de therapeut hier voorlichting over.

Vanuit de preparatiefase is patiënte nu in de fase van actie terechtgekomen. Tijdens de actie- en handhavingfase kan de therapeut trouwens ook verschillende van de besproken motiveringstechnieken gebruiken.

Slot

Er werden motiveringstechnieken beschreven die speciaal in de pretherapeutische fasen (voor de actiefase) kunnen worden toegepast. De boodschap aan de therapeut is: respecteer uw patiënte en neem de tijd om de situatie waarin zij is beland te begrijpen en probeer vervolgens om te komen tot zowel een cognitieve als een affectieve herwaardering daarvan.

De geboden motiveringstechnieken bieden niet alleen handvaten voor de patiënte om haar motivatie te verhogen, maar zeker ook voor de therapeut om niet gefrustreerd te raken.

Stagnatie in de behandeling van anorexia nervosa komt vaak voor. Menig therapeut wordt er door ontmoedigd. Argumenten als: 'Zij is toch niet echt gemotiveerd', of 'Zij wil haar anorexia niet echt loslaten', liggen dan voor de hand. Onzes inziens zegt de stagnatie echter vooral iets over de motivatiefase van de patiënte en dient de therapeut er met passende reacties op in te gaan.

Een aantal van de gepresenteerde motiveringstechnieken werden eerder beschreven bij de behandeling van boulimia nervosa (Vanderlinden, Norr & Vandereycken, 1989). Er zijn accentverschillen tussen de toepassing van deze technieken bij de behandeling van boulimia nervosa en anorexia nervosa. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat patiënten met anorexia hun klachten hardnekkiger vasthouden en egosyntoner beleven dan patiënten met boulimia. Bij de behandeling van anorexia nervosa is het daarom noodzakelijk de motiveringstechnieken meer fasegewijs en langduriger aan te

bieden. Er zal langer stilgestaan moeten worden bij de ambivalentie en nauwkeuriger nagegaan moeten worden in welke motivatiefase de patiënte zich bevindt.

De gepresenteerde motiveringstechnieken zouden kunnen worden opgevat als een eenvoudige manier om patiënten aan het werk te krijgen. Wanneer de therapeut niet tegelijkertijd basale psychotherapeutische vaardigheden gebruikt om de therapeutische relatie goed te krijgen, zal de werkzaamheid van de motiveringstechnieken gering zijn. Uitgebreide kennis van het ziektebeeld en begrip voor deze stoornis zijn noodzakelijke voorwaarden voor een therapeut die met deze patiënten werkt.

Voor het gemak spraken wij steeds van 'hij, de therapeut' en 'zij, de patiënte'. De lezer mag hier ook naar believen 'zij, de therapeute' en 'hij, de patiënt' lezen.

Abstract

Patients with anorexia nervosa often have an ambivalent attitude towards treatment. Although they suffer from the consequences of anorexia, they are afraid of losing its benefits. To motivate them to change it is important to relate to the stage of motivation they are in and to create a good therapeutic relation. This article describes a number of motivational techniques in the different stages of motivation. The principles of motivational interviewing are in this the main guide.

Referenties

- Bliss, E.L. (1982). The psychology of anorexia nervosa. In M. Gross (Ed.), *Anorexia nervosa: A comprehensive approach*. Lexington, MA: The Collamore Press.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia* (pp. 7-18). New York: Guilford Press.
- Furth, E.F. van (1991). *Parental expressed emotion in eating disorders*. Elinkwijk: Utrecht.
- Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D.M., & Olmsted, M.P. (1984). *Manual for Eating Disorders Inventory (EDI)*, Odessa.
- Garner, D.M., Vitousek, K.M., & Pike, K.M. (1997). Cognitive-Behavioural Therapy for Anorexia Nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel, *Handbook of treatment for eating disorders, sec. edition*. New York: Guilford Press.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation (2 vol.)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Miller, W.S., & Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in Alcohol Use and Misuse by young Adults* (pp. 55-82). Notre Dame: University Notre Dame.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing People to change Addictive Behaviours*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical model of change. In J.C. Norcross and M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 300-334). New York: Basic Books.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Rollnick, S., Kinnersley, P., & Scott, N. (1993). Methods of helping patients with behaviour change. *British Medical Journal*, 307, 188-190.
- Sargent, J. (1992). Teaching housestaff about eating disorders. *Paediatrics Annals*, 21, 720-727.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., & Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia Friend or Foe, *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.

- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical Guide to the Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa. In *European Eating Disorders Review*, 5, 102-114.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders, The Journal of Treatment & Prevention*, 2, 115-122.
- Vanderlinden, J., Norr, J., & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van boulimia nervosa, een gids voor de praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vitousek, K., & Watson, S. (1998). Enhancing motivation for change in treatment resistant-eating disorders, *Clinical Psychology Review*, 18, 391-420.

Bijlage: voorbeeld van overzicht van symptomen en gevolgen van anorexia nervosa.

Symptomen

•Ondergewicht	•Vertekend lichaamsbeeld	•Dwangmatigheden
•Vasten	•Gebrekkige zelfwaardering	•Overactiviteit
•Ernstige vermagering	•Uitblijvende menstruatie	•Braken en laxeren
•Angst voor gewichtsstijging		•Schijnbare gezondheid

Lichamelijke gevolgen

•Onregelmatige menstruatie	•Vermoeidheid	•Haaruitval
•Uitblijvende menstruatie	•Donsbehandling	•Droge, schilferige huid
•Slecht concentratievermogen	•Jeuk	•Duizeligheid
•Hoofdpijn	•Lage bloeddruk	•Hartkloppingen
•Onregelmatige of lage hartslag	•Vermoeidheid	•Koude blauwe handen en/of voeten
•Lage lichaamstemperatuur	•Opgeblazen gevoel	•Buikkrampen
•Tandbederf	•Bloedarmoede	•Toevallen
•Verstoord hongergevoel	•Verstopping	•Bloed bij de ontlasting
•Darmuitstulping	•Nierklachten	•Vochtophoping in de onderbenen
•Botafbraak	•Groeiaachterstand	•Onvruchtbaarheid
•Pijn bij zitten of liggen	•Zelfopgewekt braken	•Bloed spugen

Psychische gevolgen

•Gevoelsarmoede	•Andere verslavingen	•Angstigheid
•Verminderde concentratie	•Depressiviteit	•Dwangmatigheid
•Het lichaam voelt vreemd		

Sociale gevolgen

•Steeds meer uitvluchten moeten bedenken met betrekking tot eten en gewicht	•Vereenzaming en isolatie
•Steeds meer conflicten rond eten	•Toenemende controle door de omgeving
•Toenemend wederzijds wantrouwen	•De rol van patiënt
	•Moeten stoppen met werk of studie