



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 in een geprotocolleerde groepsbehandeling voor boulimia nervosa ¹

Venu van den Assem en Hanneke Rijken*

Dit artikel is geschreven naar aanleiding van een voordracht, gehouden op de VGT-najaarsconferentie 1997, en een hieraan gekoppelde n = 8 studie.

Samenvatting

De toepassing van cue-exposure als onderdeel van een groepsbehandeling van patiënten met boulimia nervosa wordt onder de loep genomen. Het behandelprogramma omvat vijftien zittingen. Het is opgebouwd uit: contractmanagement, psycho-educatie, zelfregistratie, systeeminterventies, ketenanalyse, stimulus-responscontrole, cognitieve herstructurering, cue-exposure, rollenspel en exposure in vivo, en terugvalpreventie. Na de behandeling volgt een oefenfase van zes maanden waarin de groep zonder therapeuten bijeenkomt. Testresultaten en klinische indrukken wezen uit dat de behandeling succesvol is voor de tien patiënten die de behandeling hebben afgemaakt. De eetbuien, de angst voor dikker worden en gewichtscompenserende gedragingen namen af. De lichaamsbeleving, de zelfbeleving en het algemeen functioneren verbeterden aanzienlijk. Ook bij follow-up na twee en zes maanden werd blijvende verbetering op genoemde klachtgebieden gerapporteerd. Ten slotte worden praktische implicaties en overwegingen omtrent de toepassing van cue-exposure in een groep besproken.

Inleiding

Chronisch lijnen, slankheidsobsessies, toenemend oncontroleerbare eetbuien, purgeren of ander gewichtscompenserend gedrag en een negatief lichaamsbeeld vormen de hoofdingrediënten van boulimia nervosa. De diversiteit en ernst van deze problematiek roept vragen op over de bestanddelen waaruit een ambulante behandeling voor deze patiënten het beste kan worden opgebouwd. Net als andere eetstoornissen gaat boulimia nervosa vaak vergezeld van andere psychische stoornissen (Vanderlinden & Vandereyken, 1989; Yager, 1984). Zo heeft meer dan de helft van de patiënten een persoonlijkheidsstoornis (Johnson & Connors, 1989). Ook stemmings- en dissociatiestoornissen komen frequent voor. Bovendien neigt boulimia nervosa naar een recidiverend of chronisch beloop (Columbien & Beretty, 1997).

Boulimia nervosa heeft een ingewikkelde ontstaansgeschiedenis waarin biologische factoren, aangeleerde culturele opvattingen en persoonlijkheidsfactoren een rol spelen. Er zijn verschillende modellen in omloop: onder meer het angst-, het depressie- en het verslavingsmodel.

* DRS. E.D. VAN DEN ASSEM is als gz-psycholoog/psychotherapeut verbonden aan 'De Grote Rivieren' en werkzaam in de projectgroep eetstoornissen.

DRS. J.M. RIJKEN is als klinisch psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg 'De Geestgronden', locatie polikliniek 'De Janspoort' te Haarlem.

Volgens Glas (1995) is een van de bronnen voor het ontwikkelen van een eetstoornis een extreem onzeker of negatief zelfbeeld en een zwak besef van eigen identiteit. Men is daardoor vatbaarder voor de slankheidsidealen die in het Westen worden gepropageerd. Het nastreven van een aantrekkelijk uiterlijk wordt begerenswaardiger dan het ontwikkelen van interne identiteit. Ook Spanjers (1989) en Nicolai (1992) signaleren bij boulimia nervosa als kernprobleem een zwak of negatief zelfgevoel, een chronisch gebrek aan zelfvertrouwen en een geringe eigenwaarde. Zelfwaardering en lichaamsbeleving worden zo volledig afhankelijk van overtrokken normen omtrent uiterlijk en gewicht (Elfredge, 1993; Elgersma, 1998; Vanderlinden & Vandereyken, 1989). Disfunctionele cognities (selectieve waarneming, beoordelingsfouten) versterken nog eens de angst om dikker te worden en om door anderen negatief beoordeeld te worden op grond van uiterlijk en gewicht. Ook het niet onderkennen of uiten van gevoelens, grenzen en behoeften, en sociaal vermijdingsgedrag houden de angst in stand. Dit is weer een voedingsbodem voor het ontstaan van depressiviteit. Voor een blijvende gedragsverandering is het essentieel dat de disfunctionele cognities worden behandeld (Fairburn & Cooper, 1989).

Cognitieve-gedragstherapie en interpersoonlijke therapie leveren op lange termijn vergelijkbare behandelresultaten op (Fairburn, 1995). Gemiddeld heeft 40% van de cliënten na de behandeling geen eetbui meer. Bij follow-up metingen na twee tot tien jaar is de helft van de patiënten klachtenvrij, 30% ervaart alleen periodiek nog klachten en 20% blijft onveranderd (Hsu, 1995).

Naast cognitief-gedragstherapeutische behandelmethoden, heeft men de laatste jaren meer oog gekregen voor de fysiologische aspecten die ten grondslag liggen aan eetverslaafd gedrag. Specifieke stimuli, zoals het zien en het daadwerkelijk in contact komen met bepaald voedsel, gaan steeds vooraf aan een eetbui en gaan als zogenaamde 'cue' fungeren, die de excessieve drang naar een eetbui opwekken. Daarbij veronderstelden Jansen, Merckelbach en Van den Hout (1992) dat blootstelling aan dergelijke externe stimuli gepaard zou gaan met dalingen van de bloedsuikerspiegel, hetgeen het fysiologisch ontstaan van trek, de zogenaamde *craving*, zou verklaren. Maar aangezien nog steeds niet is aangetoond dat craving wordt veroorzaakt door verlaging van de bloedsuikerspiegel, worden deze fysiologische aspecten niet langer als enige verklaring gehanteerd (Overduin & Jansen, 1997).

Naast externe cues, zoals het zien en ruiken van voedsel, spelen interne cues een rol bij het ontstaan van de drang om te eten. Hierbij valt te denken aan vermoeidheid, aan een fase in de menstruatiecyclus en vooral aan negatieve emoties en stemmingen (angst, somberheid). Zowel interne als externe cues gaan fungeren als klassiek geconditioneerde voorspellers, c.q. uitlokkers van een eetbui. Vanderlinden (1998) wijst erop dat negatieve emoties als voorspeller van een eetbui een veel directere en krachtiger rol zouden spelen dan tot nog toe werd aangenomen.

Jansen en Meyboom (1997) passen de inmiddels bekend geworden cue-exposure methode toe om eetdrang te verminderen. Hansen en De Haan (1997) hebben deze methode verder uitgewerkt. In cue-exposure protocollen wordt uitgebreid beschreven onder welke condities de cliënt zich mag verlekken aan heerlijke spijzen, dranken en andere stimuli die normaliter de eetbuien opwekken. Hiervan mag nu echter niets worden genuttigd, zodat geleidelijk extinctie kan optreden van de drang om veel te eten. Hoewel er nog geen resultaten bekend zijn over deze behandelmethode op langere

termijn, worden op kleine schaal inmiddels veelbelovende resultaten gerapporteerd (o.a. door Hansen & De Haan, 1995; Jansen, 1993; Jansen & Meyboom, 1997).

De huidige cue-exposure protocollen voor de behandeling van boulimia nervosa beperken zich tot het beïnvloeden van het eetpatroon. Aanvankelijk lag de nadruk vooral op het blootstellen aan externe cues (het eetbuivoedsel). Jansen en Meyboom (1997; zie ook Meyboom en Jansen, 1998) menen echter dat de ontremmende automatische gedachten die ten grondslag liggen aan voedselinname, eveneens moeten worden beïnvloed om het ontstaan van eetbuien blijvend terug te dringen. Gelijktijdig met het blootstellen aan eetbuivoedsel moet men gestimuleerd worden om bij ontremmende gedachten rondom het voedsel stil te staan. Zo worden ook de 'verborgen' cues in de exposure-behandeling opgenomen. Vanderlinden (1998) benadrukt het belang van het gelijktijdig aanbieden van externe en emotionele cues, hetgeen tijdens de therapieessessie vaak moeilijk te realiseren is. Wanneer de cue-exposure echter in de eigen omgeving wordt uitgevoerd, kunnen emotionele cues wel worden meegenomen.

Bij het bespreken van de resultaten die met cue-exposure zijn behaald, wordt het succesvol reduceren van eetdrang en eetbuien benadrukt. Cognities omtrent zelfbeleving, zelfwaardering en lichaamsbeleving blijven echter buiten beschouwing, terwijl is gebleken dat deze sterk correleren met terugval. Voor blijvende gedragsverandering is het volgens Cooper en Fairburn (1993) nodig dat deze dieperliggende schema's worden beïnvloed. Ook Elgersma (1998) noemt het beïnvloeden op schema-niveau van gedachten omtrent zelfwaardering. Rosen, Reiter en Orosan (1995) kwamen tot de conclusie dat verandering van eetgedrag en lichaamsbeeld tot betere resultaten leidde dan alleen het aanpakken van het eetpatroon zelf. Als in een behandeling veranderingen in lichaamsbeeld worden bewerkstelligd, verbetert ook de negatieve zelfwaardering. Het laten voortbestaan van negatieve zelfbeleving leidt tot inadequaat sociaal functioneren (onder andere overmatig conformeren en zich isoleren), tot gebrekkige emotieregulatie en perfectionisme (Vanderlinden & Vandereyken, 1989). Het lijkt ons duidelijk dat deze aspecten in een behandelprotocol aandacht behoeven om terugval te voorkomen. Lange, De Vries en Gest (1994) en Lange, Terweij en Kiestra (1999) beschreven individuele behandelingen waarin interventies, gericht op zelfwaardering, zelfcontrole en cue-exposure, als succesvolle ingrediënten werden gecombineerd.

De protocollen voor boulimia nervosa zijn geschreven met het oog op individuele behandelingen. Er zijn voorzover ons bekend nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar over groepsbehandelingen met cue-exposure. Groepstherapie is echter wel een probaat middel bij de behandeling van deze klachten. Zo werd in de loop der jaren door diverse auteurs beschreven dat patiënten met boulimia nervosa profiteren van onderlinge herkenning, uitwisseling en steun in een groepsbehandeling (Hoek, 1993; Glas, 1995; Nicolai, 1992). Vooral doordat men met lotgenoten het heimelijke eetgedrag kan bespreken, vermindert de schaamte die een voedingsbodem vormt voor het voortbestaan van de eetbuien (Lacey, 1983). Als bezwaar tegen een homogene groep kan worden ingebracht dat er een versterking kan optreden van disfunctionele gedragspatronen. In de behandeling bij eetstoornissen blijkt dit over het algemeen goed te worden opgevangen (Moreno, 1994). Ook zullen groepsleden correctie van cognities over voedsel, lijnen, uiterlijk en gewicht eerder van elkaar aannemen dan van een therapeut (Vanderlinden en Vandereyken, 1989). Kortom, een behandeling in groepsverband van boulimia nervosa biedt voordelen.

Om meer zicht te krijgen op cue-exposure in een groep voerden wij met een pilot-groep, voorafgaand aan het hier beschreven onderzoek, een experiment uit. In deze allereerste groep van acht deelnemers begonnen wij, direct na de kennismaking en introductie van de cue-exposure methode, al in de derde zitting aan groepsgewijze cue-exposure, gedurende acht zittingen. Het uitstellen van het eetbuivoedsel in bijzijn van anderen werd als uitermate beschamend en aversief beleefd. Hierdoor ontstond bij sommigen aanvankelijk inhibitie van eetdrang, die na de zitting vaak alsnog tot bloei kwam en dan leidde tot een eetbui thuis. Bij anderen ontstond wel onmiddellijk een gelijksoortige drang als in de eetbuisituatie thuis, maar sterke negatieve gevoelens overheersten. Men voelde zich te veel een proefkonijn. Het negatieve effect van deze werkwijze (aversie of uitgestelde eetdrang) op de behandeling en op het groepsproces was zo groot, dat wij besloten om de cue-exposure in een latere fase van de behandeling (vanaf de tiende zitting) toe te passen.

De vraag is nu of cue-exposure op deze wijze een werkzaam onderdeel kan zijn van een groepstherapeutische behandeling. Hierna beschrijven wij een protocol dat wij hebben samengesteld voor een kortdurende, cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling binnen een ambulante setting. In dit model worden verschillende technieken, waaronder cue-exposure, gecombineerd.

Methode

Deelnemers

Iedereen die voldoet aan de DSM-IV-criteria voor boulimia nervosa (American Psychiatric Association, 1994) wordt aangenomen voor de groepsbehandeling. Dat wil zeggen dat patiënten met frequente en grote, onbeheersbare eetbuien, gewichtsobsessie en gewichtscompenserend gedrag, die bovendien geschikt en gemotiveerd zijn voor groepsbehandeling, kunnen meedoen. Uitgesloten van deelname worden diegenen bij wie een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een onverwerkt trauma) eerst voor behandeling in aanmerking dient te komen. Ook zwangere vrouwen, personen bij wie een schildklierafwijking of prednisongebruik een rol speelt, of die in een zorgwekkende lichamelijke toestand verkeren (bijv. met een gewicht van 40 kg of minder), vallen af. Exclusiecriteria zijn ook psychose, suïcidaliteit, automutilatie, antisociaal gedrag, of een onveilige of crisisachtige gezins- of leefsituatie.

Acht vrouwen namen deel aan de eerste groepstherapie volgens deze opzet. Hierna volgde een tweede groep van zes deelnemers. In dit artikel worden de resultaten van deze twee groepen beschreven.

De meeste deelnemers waren tussen de 19 en 33 jaar oud, één vrouw was 43. Het gemiddelde van de hoogst genoten opleiding lag op MBO-niveau. Twee vrouwen volgden nog een opleiding, drie van hen zorgden thuis voor de kinderen en negen hadden een al dan niet parttime baan. De klachten waren tussen de twee en de zeventien jaar geleden ontstaan. Geen van de deelnemers had eerder een behandeling in verband met boulimia nervosa gehad. Wel waren twee vrouwen uit de tweede groep ooit begeleid door een diëtist vanwege fors overgewicht.

Alle veertien deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria, behalve twee uit de eerste groep. Zij hadden circa tien kilogram ondergewicht ten opzichte van de gehanteerde BMI-norm en voldeden aan de criteria voor anorexia nervosa van het purgerende type.

Naast de groepsbehandeling kregen zij extra afspraken met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige die hen begeleidde bij gewichtsvermeerdering. Met hen werd afgesproken dat zij alleen aan de cue-exposure konden deelnemen als hun gewicht op normaal niveau was gebracht. Dit bleek een haalbaar doel binnen de zittingen die aan de cue-exposure voorafgingen.

Twee patiënten uit de eerste groep stopten halverwege met de groepsbehandeling. Bij een van hen waren de eetbuien plotseling verminderd als gevolg van een fluoxetinebehandeling, die buiten de groepsbehandeling om was gestart. Zonder eetbuien viel haar motivatie voor deelname weg. Toen dit antidepressivum later werd gestaakt, bleek overigens dat de eetbuien terugkwamen, waarna zij zich opnieuw aanmeldde. De andere patiënte wilde om haar moverende reden in korte tijd veel afvallen, waardoor zij de behandeling staakte. In de tweede groep moest een deelnemer abrupt de behandeling staken vanwege een operatie met een lange herstelperiode. Een andere deelnemer was gedurende de gehele behandeling actief aanwezig, maar zij voelde zich door een nieuwe werkkring genoodzaakt de behandeling na twaalf zittingen te beëindigen. Bij de berekening van de resultaten werden de gegevens van deze vier uitvallers niet meegeteld.

T-toetsen wezen uit dat deelnemers uit groep 1 en 2 niet van elkaar verschilden op demografische variabelen, symptomatologie en scores op de vragenlijsten bij voormeting. Bij de beschrijving van de resultaten gaan we daarom uit van een samengevoegde groep van tien patiënten. In tabel 1 zijn de gegevens van deze groep vermeld voorafgaand aan de behandeling. Ter vergelijking zijn ook de gegevens van de patiënten uit het onderzoek van Jansen (1993) en van Hansen & De Haan (1997) opgenomen.

Tabel 1 Gemiddelde leeftijd, Body Mass Index (bmi) en aantal eetbuien in de genoemde onderzoeken en het hier beschreven onderzoek. De bmi is een maat voor het lichaamsgewicht, gecorrigeerd voor de lengte (gewicht/lengte x lengte).

	Jansen (1993)	Hansen & De Haan (1997)	Van den Assem & Rijken
Gem.leeftijd	28	29	29
BMI	27.9	21.5	26.8
Eetbuien/week	2.6	10.1	5.6

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$ bij tweezijdige toetsing

Bij de voormeting hebben zes van de tien deelnemers die de behandeling afmaken, een score hoger dan 50,5 op de Personality Disorder Questionnaire-Revised (Hyler et al., 1988). Dit duidt op persoonlijkheidsproblematiek. Bij deze vrouwen spelen afhankelijke, ontwijkende, dan wel dwangmatige of borderline trekken een rol.

Metingen en meetinstrumenten

De vrouwen vullen voorafgaand aan en direct na de behandeling de volgende vragenlijsten in:

Symptom Checklist-90 (SCL-90; Nederlandse aanpassing door Arrindell & Ettema, 1986). Deze lijst meet diverse klachtgebieden. De totaalscore is een maat voor psychoneuroticisme, waaruit de mate van algemeen onwelbevinden blijkt. De betrouwbaarheid en validiteit van de SCL-90 blijkt goed (Arrindell & Ettema, 1986).

Inventarisatielijst voor Dagelijkse Bezigheden (IDB; Kraaimaat & Van Dam-Baggen, 1976). Deze lijst meet diverse subcategorieën van obsessief-compulsief gedrag. Een score van > 86 op deze lijst duidt op de aanwezigheid van dwangsymptomen. De betrouwbaarheid en de validiteit van de lijst is goed (Kraaimaat, 1994).

Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, 1994; Vanderlinden, Van Dyck, Vertommen, & Vandereyken 1992) geeft een indicatie voor dissociatieve klachten, zoals identiteitsverwarring en fragmentatie, verlies van controle, psychogene amnesie en verhoogde concentratie. De betrouwbaarheid, construct- en criteriumvaliditeit zijn goed tot zeer goed (Vanderlinden et al., 1992).

Eating Disorder Evaluation Scale (EDES; Vandereyken, 1993) is een korte vragenlijst om de ernst van een eetstoornis te evalueren. De betrouwbaarheid en de validiteit van deze lijst zijn goed (Vanderlinden et al., 1997). De lijst bestaat uit vier subschalen: anorectische preoccupatie, boulemisch gedrag, seksualiteit en psychosociaal functioneren. De lijst meet zowel specifieke als algemene psychosociale aspecten. De totaalscore van de EDES kan worden gebruikt als maat voor het algemeen functioneren van de betrokken patiënt. Anders dan de overige vragenlijsten in dit onderzoek duidt een lagere score juist op de aanwezigheid van meer psychopathologie. Patiënten met een score van > 54 kunnen worden beschouwd als 'behoorlijk functionerend', zowel wat betreft hun eetproblemen als hun sociale aanpassing en houding ten aanzien van seksualiteit.

Lichaamsattitude Vragenlijst (LAV; Probst, Van Coppenolle, & Vandereyken, 1992; Probst, Vandereyken, Van Coppenolle, & Vanderlinden, 1995) geeft de negatieve waardering voor lichaamsomvang en het tekort aan vertrouwdheid met het eigen lichaam weer, waarbij de totaalscore de lichaamsbeleving van eetstoornispatiënten weergeeft. De betrouwbaarheid en validiteit zijn voldoende tot zeer goed (Probst et al., 1992, 1995).

Personality Disorder Questionnaire-Revised (PDQ-R; Hyler et al, 1988), in de Nederlandse vertaling door Ouwersloot, Van den Brink, De Boer en Hoogduin (1989). Deze lijst is een screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen. Een score >50 is een indicatie voor de aanwezigheid van één of meer stoornissen. Aangezien het stabiele persoonlijkheidstrekken betreft, is deze lijst alleen ingevuld bij de voormeting.

Bij aanvang en aan het einde van de behandeling bepalen we met behulp van een vragenlijst wat gedurende de twee weken daarvoor de frequentie is van reguliere maaltijden, van vreetbuien en van braken of laxantiagebruik. Ook houden deelnemers tijdens de cue-exposure cravingscores bij. Deze cravingscores zijn niet in het onderzoek

betrokken. De behandeling werd uitgevoerd door de eerste auteur met een mannelijke co-therapeut. De zittingen zijn op videoband vastgelegd en in tweewekelijkse supervisie besproken.

Behandeling

De behandeling bestaat uit vijftien zittingen van drie uur. De eerste vier zittingen vinden wekelijks plaats om het groepsproces goed op gang te brengen, daarna tweewekelijks. Tijdens de zesde bijeenkomst komen partners of familie mee. Na de zevende zitting vindt een individuele tussenevaluatie plaats, evenals aan het einde van de behandeling. Follow-up zittingen in de groep vinden plaats na twee en na zes maanden.

Het programma ziet er als volgt uit:

In de *eerste zitting* maken de deelnemers kennis met elkaar. Zij vertellen over hun eetgeschiedenis aan de hand van de volgende aandachtspunten: ontstaan, beloop, huidig aantal gebruikte maaltijden per dag, aantal eetbuien, frequentie van purgeren, lichamelijke klachten, streefgewicht, gebruik van een weegschaal, lichaamsbeleving, en omgang met eten in relatie tot hun omgeving. De therapeuten stimuleren reacties van onderlinge herkenning en betrokkenheid. Daarnaast krijgt ieder een contract uitgereikt waarin regels met betrekking tot deelname en uitsluiting, crisisinterventie, medisch onderzoek, aanwezigheidsverplichting en gezamenlijke behandeldoelen, zoals het normaliseren van eetgedrag en het staken van purgeergedrag, staan vermeld. Als huiswerk krijgt men een opdracht mee, die bedoeld is om de therapiemotivatie te vergroten: het beschrijven van de voor- en nadelen van het stoppen met de vreetbuien, van lijnen en van braken en van laxantiagebruik.

In de *tweede zitting* wordt eerst de huiswerkopdracht besproken. Therapeuten bekrachtigen eigen inzichten over stoppen met dit eetgedrag. Vervolgens leggen zij uit hoe angst, depressie, en fysiologische mechanismen boulimia nervosa doen ontstaan en versterken. Het disfunctionele eetgedrag wordt gelabeld als overlevingsstrategie. Daarna volgt een globale uitleg van de verschillende behandeltechnieken die zullen volgen en het te verwachten resultaat. Dagelijks registreren van het eigen eetgedrag (tijdstip en plaats waarop eetbuien, purgeergedrag en overige drank en voedselinname plaatsvinden) is de volgende huiswerkopdracht. Het uitwerken van voor- en nadelen van braken, maaltijden overslaan en laxeren blijft staan als huiswerk. Patiënten ontvangen schriftelijke informatie over de rationale en de behandelwijze.

In de *derde zitting* worden aan de hand van de huiswerkopdrachten de eetpatronen en cognities over gewichtscompenserend gedrag geïnventariseerd. Het bijhouden in het dagboek van de hoeveelheden eten en drinken, tijdstip en situatie, purgeergedrag en cognities wordt verder ontwikkeld. De fysiologische en cognitieve mechanismen die een rol spelen bij lijnen, afvallen, onder- en overgewicht worden besproken. Nu men begrijpt dat doorgaan met lijnen het verstoorde eetpatroon instandhoudt, worden afspraken gemaakt over regelmatig en voldoende eten. Als huiswerk krijgt men een schrijfofdracht mee waarin men fantaseert hoe het leven zonder eetstoornis eruit zal zien.

In de *vierde zitting* worden struikelblokken bij het normaliseren van het eetgedrag en het invullen van de dagboeken uitgebreid besproken. Angstige cognities over aankomen worden op socratische wijze uitgedaagd. Er volgt gedetailleerde uitleg over de lichamelijke gevolgen en medische risico's van braken, laxeren, hongeren en overgewicht. Met het bespreken van de opdracht hoe het leven zonder eetstoornis eruit zal zien, wordt de zitting weer wat verluchtigd. Men krijgt vanaf nu registratieformulieren mee waarop naast de hoeveelheden verbruikt voedsel, drank en purgeergedrag, de cognities worden bijgehouden. Over de negatieve gevolgen van purgeergedrag krijgt men leesmateriaal mee naar huis.

In de *vijfde zitting* worden de dagboekregistraties in twee subgroepen besproken. De therapeuten leggen nadruk op mechanisch eten (vaste tijden, voldoende hoeveelheden). De angst om aan te komen als men niet meer purgeert of geen maaltijden overslaat, komt in een socratische dialoog aan de orde. Met de deelnemers wordt overlegd wat voor informatie over de behandeling de therapeuten in de volgende bijeenkomst aan partners en familie zullen verstrekken en op welke wijze ze dat zullen doen. De deelnemers bereiden zich in subgroepjes voor op deze bijeenkomst door te discussiëren over de wijze waarop hun partner of familie hen kan ondersteunen bij de behandeling. Het uitwisselen van opvattingen, vooroordelen of misplaatst commentaar ten aanzien van het eetgedrag, die ieder in zijn omgeving meemaakt, komen hierbij aan de orde. Er wordt gezocht naar een gezamenlijke vorm voor het uiten van wensen en behoeften ten aanzien van partner of familie. Als extra huiswerkopdracht voor de zevende zitting krijgen de deelnemers het 'mythenformulier' mee (bijlage), een invuloefening om integratie van de kennisoverdracht over verstoord eetgedrag te bevorderen.

In de *zesde zitting* nemen de deelnemers hun partner, een familielid of een andere vertrouwenspersoon mee. De therapeuten geven een korte uitleg over de kenmerken van boulimia nervosa en de psychologische en fysiologische mechanismen die deze stoornis versterken. De groepsleden uiten de wensen en adviezen die ze hebben voorbereid. De therapeuten geven informatie over stimulus-responscontrole, cue-exposure en rollenspel die de deelnemers in de loop van de behandeling, al dan niet met medewerking van hun partner of familie, zullen toepassen. De partners worden uitgenodigd om bij het individuele eind-evaluatiegesprek mee te komen.

In de *zevende zitting* wordt de partner- en familiebijeenkomst geëvalueerd. Vervolgens wordt het 'mythenformulier' uitvoerig besproken. Het belang van stoppen met braken en laxeren wordt hiermee nog eens duidelijk onderstreept. Regelmaat in het eetpatroon en kritieke momenten waarna vreetbuien optraden, komen bij het doornemen van het huiswerk aan de orde. Er volgt uitleg over de ketenanalyse; het kritieke moment waarop men nog iets had kunnen doen ter voorkoming van de eetbui wordt nader bepaald. Als voorbereiding op het tussenevaluatiegesprek wordt aan ieder gevraagd om thuis voor zichzelf stil te staan bij de verwachtingen van de behandeling en veranderingen die tot nu toe in gang zijn gezet.

Bij de *tussenevaluatie* worden met elke deelnemer in een individueel gesprek de testresultaten, therapieverwachtingen, behandelverloop en knelpunten besproken. Dit gesprek vormt tevens een moment waarop kan worden onderhandeld over stagnerend eetgedrag.

In de *achtste zitting* gaan de deelnemers aan de hand van de ketenanalyse in twee subgroepen onderzoeken waar de kritieke momenten lagen voor het optreden van eetbui. Zij gaan na wat iemand naast regelmatig en voldoende eten had kunnen doen om de eetbui te voorkomen. Ook het geleidelijk opnemen van kleine hoeveelheden 'verboden voedsel' in het reguliere eetprogramma komt aan de orde. Aan de hand van een aantal praktische eigen voorbeelden wordt uitgewerkt hoe eetbui-uitlokkende situaties kunnen worden voorkomen of ingeperkt, bijvoorbeeld door de automatische eetbui-ontremmende gedachten te couperen en alternatieve activiteiten te ondernemen. Ook responscontrole, zoals het doen van iets onaangenaams of nuttigs als men toch een eetbui heeft gehad of heeft gebraakt, wordt uitgelegd. Vervolgens wordt afgesproken wat men dan zal ondernemen.

Verder introduceren de therapeuten een 'Goed en Nieuw-ronde' waarin iedereen iets kan meedelen waarover zij de afgelopen week tevreden waren. We benadrukken hierbij alternatieve wijzen waarop mensen zichzelf kunnen waarderen en belonen. Het uitspreken van tevredenheid of zelfwaardering, ook al is het over nog zoiets kleins, is voor velen moeilijk. Waardering van de groep vormt een krachtige bevestiging. Naar aanleiding hiervan staan we in de psycho-educatie ook stil bij negatieve automatische gedachten en denkfouten die tijdens dit onderdeel naar voren zijn gekomen. Als leesmateriaal krijgt men schriftelijke informatie mee over denkgewoonten en gedragspatronen die vaak een rol spelen bij boulimia nervosa, zoals perfectionisme, generaliserend en dichotoom denken en conformeren. Men krijgt naast de gebruikelijke eetdagboekregistratie de opdracht om een opstel te schrijven over positieve eigenschappen.

In de *negende zitting* komen manieren om jezelf meer te belonen en te waarderen opnieuw aan de orde. We bespreken de invloed hiervan op zelfbeleving, lichaamsbeleving en eetgedrag. Eén of twee deelnemers lezen hun opstel voor. In de huiswerkbespreking gaat men met behulp van de ketenanalyse na welke stimuli voorafgegaan zijn aan de laatste eetbui. De cliënten gaan in tweetallen stimulus- en responscontrole-maatregelen (wanneer en hoe in te grijpen in de keten) uitwerken, voor het inperken van de eetbui, van braken en laxeren. We stimuleren zelfwerkzaamheid en het nemen van eigen verantwoordelijkheid in het uitwerken van een realistisch en haalbaar stappenplan.

In het educatieve gedeelte bereiden we de deelnemers voor op de cue-exposure zittingen. De voorwaarden voor deelname hieraan zijn bij ieder bekend: voldoende en regelmatig eten, geen ondergewicht hebben. We leggen uit dat men controle over de eetdrang verwerft door zichzelf systematisch bloot te stellen aan factoren die deze drang oproepen en voorspellen. Ook leggen we uit dat de drang zal afnemen als de koppeling tussen voorspellende cues en eetbui wordt doorbroken. In deze zitting benadrukken wij het succes van deze methode en de inspanning die deze vergt.

In de groep noteert iedereen de drie of vier belangrijkste producten die altijd deel uitmaken van de eetbui. Gevraagd wordt om deze producten naar de volgende zitting mee te nemen, inclusief eventuele vaste attributen (zoals een bepaald schaaltje of tijdschrift). Van tevoren spreken we duidelijk af dat het eten na de zitting gezamenlijk wordt weggegooid. We vragen na hoe iedereen eten op weg naar de zitting kan voorkomen, of het nodig is samen met iemand de inkopen te doen, enzovoort. Tevens voorspellen we dat na afloop van de zitting een vergrote kans op een eetbui bestaat. Er wordt gevraagd alternatieve activiteiten voor die avond te bedenken om dat te

voorkomen. Afspraken hierover worden genoteerd. Ook spreken we af dat men ander voedsel zal nemen dan het gebruikelijke eetbuivoedsel, mocht men onverhoopt toch een eetbui krijgen. Daarnaast komt het eten van geringe hoeveelheden eetbuivoedsel in een niet-eetbuisituatie, waarin geen koppeling bestaat tussen uitlokkende factoren en een eetbui, aan de orde.

De cliënten worden geacht gedurende een beperkte periode ten minste tien keer deze techniek moet toepassen. We leggen uit dat de eerste keren in de groep bedoeld zijn om de procedure van uitstallen, bezig zijn met voedsel en registreren van de drang te oefenen. Dat zal thuis op het gebruikelijke tijdstip voor een eetbui een andere ervaring opleveren. In eerste instantie dient het thuis oefenen te geschieden in aanwezigheid of nabijheid van iemand die van de procedure op de hoogte is. De deelnemers krijgen een schriftelijke instructie voor de helper mee naar huis. Het huiswerk bestaat uit het thuis bespreken van de cue-exposure procedure, het verstrekken van de instructie aan de begeleider en het samen met de begeleider plannen van de uitvoering.

In de *tiende zitting* vindt, na een korte herhaling van de rationale, de cue-exposure met responspreventie plaats, met het meegebrachte eetbuivoedsel dat ieder voor zich uitstalt.

Na gezamenlijke nabespreking komen in het tweede gedeelte opstellen ter sprake. Deelnemers krijgen de instructie dit opstel thuis nog eens door te lezen, belangrijke zinnen hieruit op een kaartje te schrijven en dit de komende weken regelmatig door te nemen, vooral op moeilijke momenten. In het laatste gedeelte van de zitting worden assertieve responsen in situaties waarin men zich negatief beoordeelt of onzeker voelt, met elkaar geoefend in rollenspelen. Ook exposure in vivo aan angstwekkende sociale situaties waarin lichaamsbeleving een rol speelt, bijvoorbeeld sportactiviteiten als zwemmen, het dragen van strakke kleding in gezelschap, of kleding passen in de winkel, wordt als gedragsexperiment voorgesteld. De verwachte reacties van zichzelf en anderen worden in de zitting uitgewerkt. Voorts maken we afspraken over de twee tijdstippen waarop men de komende week thuis gaat oefenen met cue-exposure.

In de *elfde zitting* gaan we na de cue-exposure in de groep bij de huiswerkbespreking na hoe de cue-exposure thuis is verlopen. Hoe waren de eetbuidrang, of craving-scores in beide situaties, waren er voldoende gelijkenissen met echte eetbuisituaties? Bij een geringe drang kan de gelijkenis worden opgevoerd, bijvoorbeeld door de cue-exposure op een ander tijdstip uit te voeren. Cognitieve herstructurering vindt plaats naar aanleiding van de gedragsexperimenten. In het tweede gedeelte komen de zelfwaarderingsoptellen opnieuw ter sprake en moeilijke of schaamtevolle sociale situaties worden weer in rollenspelen geoefend. De therapeuten passen zo nodig cognitieve herstructurering toe en zorgen ervoor dat nieuw functioneel gedrag door de groep wordt bekrachtigd. Hierna volgen weer suggesties voor gedragsexperimenten, zoals afspraken over het dragen van een bepaald kledingstuk in de eigen omgeving.

In de *twaalfde zitting* en *dertiende zitting* bespreken we alleen nog de cue-exposure thuis en de invloed daarvan op eten. Daarbij laten de therapeuten de vrouwen geleidelijk aan moeilijker momenten uitkiezen waarop ze de cue-exposure thuis toepassen, bijvoorbeeld juist wanneer er sprake is van een negatieve gemoedstoestand. Ook het uitvoeren of geleidelijk kunnen loslaten van stimuluscontrolemaatregelen, komt aan de orde. Deze zittingen bieden ruimte voor rollenspelen, voor een 'Goed en Nieuw-ronde'

en voor beknopte individuele werktijd. Naast het cue-exposure huiswerk krijgt men de opdracht opnieuw gedragsexperimenten uit te voeren in het beter voor zichzelf opkomen en het verminderen van vermijdingsgedrag omtrent schaamtevolle situaties (bijvoorbeeld kleding gaan kopen, sporten, enz.).

In de *veertiende zitting* en *vijftiende zitting* bereiden we de deelnemers voor op het einde van de therapie. Tijdelijke terugval in het oude eetgedrag onder stressvolle omstandigheden benoemen we als normaal verschijnsel. Cognities als 'Zie je wel, ik kom er nooit van af', worden herlabeld. De groepsleden nemen met elkaar door welke zelfcontrole-stappen in dat geval nodig zijn om het eetgedrag weer te reguleren.

Diverse auteurs wijzen op het belang van onderlinge steun en netwerkgroepen om terugval te voorkomen (o.a. Harper-Gouffre & MacKenzie, 1992; Nicolai, 1992; Voskuil, 1994). Om die reden stellen we aan de groep voor om regelmatig contactbijeenkomsten te houden zonder de therapeuten. De opzet voor deze bijeenkomsten wordt in deze laatste twee zittingen uitgewerkt. Verslagleggen, begrenzen van het contact en hulp bij een eventuele crisis zijn punten waarover men met elkaar afspraken maakt. Ten slotte worden twee follow-up bijeenkomsten gepland, na twee en zes maanden, waarbij de therapeuten wel aanwezig zullen zijn. Daarin worden de netwerkbijeenkomsten geëvalueerd. Aan het einde van de vijftiende zitting vindt met behulp van de vragenlijsten een nameting plaats.

Bij de *eindevaluatie* nemen de therapeuten in een individueel gesprek met iedere deelnemer belangrijke punten uit de eetdagboeken, de cue-exposure/craving-formulieren en de testgegevens door. De laatste instructies komen aan de orde. Bij de follow-up zittingen van de groep na twee en zes maanden bespreken we de resultaten die men door zelf verder te oefenen, heeft bereikt. De vragenlijsten worden dan niet opnieuw afgenomen.

Resultaten

De behandeling leidde tot een significante daling van de gemiddelde totaalscores op alle vragenlijsten (tabel 2).

Tabel 2 Scores op scl-90, idb, dis-q, edes en lav, vooraf en direct na afsluiting van de behandeling (n = 10).

			<i>gem.</i>	<i>sd</i>	<i>t(9)</i>
SCL-90	Totaal	Voor	22,14	46,63	
SCL-90	Totaal	Na	161,20	53,124	5,84 ***
IDB	Totaal	Voor	88,33	26,28	
IDB	Totaal	Na	71,11	16,55	2,54 *
DIS-Q	Identiteit	Voor	60,00	16,25	
DIS-Q	Identiteit	Na	36,50	7,35	4,73 ***
DIS-Q	Totaal	Voor	152,50	25,06	
DIS-Q	Totaal	Na	99,40	16,365	5,95 ***
EDES	BMI	Voor	26,83	9,21	
	BMI	Na	27,23	8,48	-0,860
Anorect.	Preoccupatie	Voor	5,75	4,59	
Anorect.	Preoccupatie	Na	12,50	3,67	-3,02*
	Boulimisch Gedrag	Voor	9,00	4,66	
	Boulimisch Gedrag	Na	14,00	1,50	-3,67**
	Sex.beleving	Voor	12,00	3,02	
	Sex.beleving	Na	13,25	4,26	-1,11
	Psych.Klachten	Voor	16,25	2,90	
	Psych.Klachten	Na	18,75	1,48	-1,78
EDES	Totaal	Voor	43,00	3,02	
	Totaal	Na	58,50	5,92	-6,20 ***
LAV	Neg. Waarden lichaams-omvang	Voor	25,25	6,84	
	Neg. Waarden lichaams-omvang	Na	16,88	11,12	3,89 **
	Tekort vertrouwdheid met lichaam	Voor	8,00	1,77	
	Tekort vertrouwdheid met lichaam	Na	7,00	1,51	2,00
	Vermijden confrontatie lichaam	Voor	15,88	11,25	
	Vermijden confrontatie lichaam	Na	11,25	60,089	2,72 *
LAV	Totaal	Voor	67,88	13,41	
	Totaal	Na	45,88	23,38	4,69

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ bij tweezijdige toetsing

De totaalscore van de SCL-90, die zich bij de voormeting in het zesde en zevende deciel bevond in vergelijking met de poliklinische normgroep, was bij de nameting gezakt naar het tweede en derde deciel. Dit duidt op een aanzienlijke stijging van algemeen welbevinden. Op de subschalen Depressie, Somatisatie, Insufficiëntie in denken en handelen, Interpersoonlijke Sensitiviteit en Hostiliteit scoorden de deelnemers gemiddeld tot bovengemiddeld bij de voormeting en bij de nameting zeer laag tot onder gemiddeld.

Bij de EDES duidt een lagere score juist op de aanwezigheid van meer pathologie. Uit de totaalscore bij de nameting bleek dat de eetstoornispatiënten zowel qua eetgedrag als qua sociale aanpassing behoorlijk functioneerden. De body mass index (BMI) was gestegen bij nameting. Aangezien twee personen met ondergewicht (>10 kg) deel uitmaakten van de groep, was deze gewichtstoename een gunstige ontwikkeling. De

scores op seksualiteitsbeleving gaven een niet significante, lichte mate van verbetering weer. De anorectische preoccupatie was aanzienlijk verminderd, evenals het boulimisch eetgedrag. Dit werd bevestigd door een schriftelijke zelfinventarisatie, waaruit bleek dat bij iedereen vreetbuien en purgeren in de laatste maand tot nul waren gedaald (tabel 3).

Drie deelnemers gebruikten bij aanvang tien laxeertabletten per dag, één deelnemer dertig per dag. Geen van hen maakte na afloop van de behandeling nog gebruik van laxantia.

Tabel 3 Schriftelijke inventarisatie per deelnemer van de eetbuien en de wekelijkse frequentie van het braken, aan het begin en aan het einde van de behandeling.

Dnrs.	Eetbuien per week		Braken per week	
	Voor	Na	Voor	Na
1	7	0	3	0
2	3	0	3	0
3	8	0	28	0
4	7	0	3	0
5	6	0	0	0
6	5	0	8	0
7	3	0	3	0
8	7	0	0	0
9	3	0	4	0
10	7	0	1	0

Op de IDB hadden vier van de tien deelnemers bij voormeting een score boven 86, wat duidt op obsessief-compulsief gedrag. Naast dwangmatig denken en handelen inzake eten, hadden zij ook in algemene zin last van dwangmatig functioneren. Bij de nameting was nog wel een verhoging zichtbaar ten opzichte van de anderen, maar de klachten waren dusdanig gereduceerd dat er bij niemand meer sterk obsessief-compulsief gedrag aanwezig was.

Op de DIS-Q had de gehele groep bij de voormeting gemiddelde scores in het zevende en achtste deciel, die naar het tweede en derde deciel waren gezakt bij nameting. Vooral op de identiteitsschaal, die de kernproblematiek van een gebrekkige zelfbeleving, identiteitsverwarring en fragmentatie weergeeft, was significante verandering waarneembaar.

Uit de LAV bleek bij voormeting dat iedereen last had van een negatieve lichaamsbeleving. Bij nameting was dit bij allen veranderd in een relatief gunstige tot gunstige lichaamsbeleving.

Bij mondelinge evaluatie, twee en zes maanden na de behandeling, bleek dat de resultaten van blijvende aard waren. Een halfjaar na afsluiting hebben beide behandelgroepen laten weten dat het nog steeds goed met hen ging, niet alleen wat betreft het eetgedrag, maar ook op de andere klacht- en probleemgebieden. De ene groep heeft na beëindiging van het behandelprogramma regelmatig bijeenkomsten gehouden waarin zij hun eetgedrag met elkaar evalueerden, zo nu en dan afgewisseld met ontspannende activiteiten. De andere groep is regelmatig met elkaar naar aqua-aerobics gegaan.

Beschouwing

Dit protocol voor een groepsbehandeling is in eerste instantie sterk gericht op het eetgedrag. In tweede instantie komen achterliggende probleemgebieden aan de orde. In de loop van de behandeling verandert het karakter van de zittingen van een directieve trainingsgroep naar een groep waar vanuit eigen verantwoordelijkheid wordt gewerkt en groepsinteracties gestimuleerd worden. Het actief leveren van een inhoudelijke bijdrage aan de partner- of familiebijeenkomst is de eerste stap in het leren uiten van behoeften. De assertiviteitsoefeningen vormen hierop een aanvulling. De groepsleden waardeerden de volgorde van het protocol, waarin eerst het eetgedrag wordt gereguleerd, dan ketenanalyse en zelfcontrole-procedures worden aangeleerd en vervolgens cue-exposure wordt toegepast. Het rollenspel en de gedragsexperimenten gericht op het vergroten van assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfwaardering, zien de groepsleden als een welkome aanvulling.

Dit protocol voor een groepsbehandeling heeft veel overeenkomsten met de individuele behandelingen van Lange, Terweij en Kiestra (1999). Zo blijkt ook in onze opzet de sessie met de partners voor deelnemers belangrijk te zijn. De cognitieve interventies en aanbevolen zelfcontrole-maatregelen vertonen eveneens veel gelijkenis. In tegenstelling tot de aanpak van Lange et al. spreken wij niet reeds in de eerste sessie af om te stoppen met compensatiemaatregelen. Wel wordt dit vanaf de tweede zitting dringend aanbevolen. Dat dit effect heeft, moge blijken uit het feit dat aan het eind van de groepsbehandeling geen van de deelnemers nog braakt of laxantia gebruikt. Sporten wordt door ons niet verplicht gesteld, wel sterk aangeraden (behalve bij degenen met ondergewicht). Ademhalings- en ontspanningsoefeningen worden niet in de groep gedaan. Wel stimuleren we de groepsleden om na beëindiging van de behandeling het contact met elkaar voort te zetten, om de kans op terugval te verkleinen. Interessant is dat een van de behandelgroepen in de follow-up periode regelmatig met elkaar naar aqua-aerobics bleek te gaan.

Overwegingen bij cue-exposure in een groep

Het alleen thuis zijn blijkt voor de meeste groepsleden als geconditioneerde stimulus (cue) te werken voor het ontstaan van eetdrang en eetbuierespons. De eetbuien worden niet alleen door deze situatie uitgelokt, maar ook door het zien, ruiken, proeven en denken aan het eetbuivoedsel zelf. Nu kan men zich afvragen of een groepszitting van een therapeutische behandeling waarin het eetbuivoedsel wordt uitgesteld, wel voldoende overeenkomt met de eetbuisituatie thuis. Met andere woorden: blijven er in een groepssituatie genoeg cues over die de eetdrang in voldoende mate opwekken? Jansen en Meijboom (1997) stellen dat deconditioneren van het eetbui-gedrag ofwel plaats kan vinden als men te midden van de eetbui-cues niet mag eten, ofwel als men juist wat van het eetbuivoedsel moet eten wanneer er geen cues zijn die de eetdrang opwekken. Zo wordt de koppeling tussen drang en eetbuivoedsel doorbroken. In een groepstherapie zou dit laatste kunnen worden bewerkstelligd door bijvoorbeeld in bijzijn van anderen een beperkte hoeveelheid eetbuiconsumpties te nuttigen, zonder dat dit van tevoren uitgebreid wordt uitgesteld.

Onze ervaringen met de eerste groep waarin cue-exposure werd toegepast, hebben ertoe geleid dat we cue-exposure in verkorte vorm pas hebben toegepast in het laatste

stadium van de groepsbehandeling. De groepsleden kennen elkaar dan beter, waardoor de exposure minder beschamend is en deconditionering van de eetdrang beter kan plaatsvinden. Voortaan wordt slechts in twee groepszittingen, bij wijze van *shaping*, deze groepsgewijze cue-exposure toegepast. Verder worden de groepszittingen alleen benut voor het gezamenlijk bespreken van de thuis uitgevoerde cue-exposures. Hoewel in onze huidige werkwijze de twee groeps-cue-exposures toch nog angst en aanvankelijk onbegrip oproepen, put men uit het uitwisselen van ervaringen wel voldoende vertrouwen om dit naderhand thuis zelf toe te passen. Ook kan het thuis toepassen van cue-exposure in de groepszitting verder worden geshaped naar steeds moeilijker (emotioneel beladen) situaties. Het gezamenlijk bespreken van de ervaringen lijkt ook te leiden tot verandering in opvattingen over de werking van craving en het kunnen doorstaan van, c.q. omgaan met trek.

De resultaten van groepstherapie met deze vorm van cue-exposure zijn positief, evenals de subjectieve evaluatie van de groepsleden. Ofschoon het een ongecontroleerde studie betreft en het aantal patiënten niet groot is, hopen wij een aanzet te leveren tot meer onderzoek naar de toepassing van cue-exposure in een breedspectrum-groepsbehandeling voor boulimia nervosa.

ABSTRACT

Cue-exposure as part of a standardized group treatment for patients with bulimia nervosa is studied. The treatment protocol consists of fifteen sessions and includes contractmanagement, psycho-education, selfregistration, systemic interventions, chain analysis, stimulus-response control, cognitive restructuring, cue-exposure, role playing and exposure in vivo, and relapse prevention. During a period of six months after treatment, the group assembles without the therapists, to enhance motivation for lasting changes. Test results and clinical impressions revealed that treatment was successful for ten patients who completed the treatment. Binge eating, anxiety about gaining weight and weight compensating behaviors decreased. Body experience, self-awareness and general functioning improved considerably. At follow-up after two and six months improvement sustained. Finally, some theoretical dilemmas and practical implications of cue-exposure in a group treatment are discussed.

Noot

- 1 Onze dank gaat uit naar drs. R. Postema, gz-psycholoog/psychotherapeut en collega bij 'De Grote Rivieren', voor zijn inzet als co-therapeut, en naar drs. P. Sandijck, klinisch psycholoog, voor zijn bijdrage aan het verwerken van de testgegevens.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, A.E., & Ettema, J.H.M. (1986). Klachtenlijst SCL-90. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Columbien, E.C.A., & Beretty, E.A. (1997). Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling en het onderzoek van eetstoornissen. Congres georganiseerd door de stuurgroep eetstoornissen Nederland (SEN) 8 november 1996 te Oegstgeest. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 23, 197-203.

- Cooper, P.J., & Fairburn, C.G. (1993). Confusion over the core psychopathology of boulimia nervosa. *International Journal of Eating disorders*, 13, 385-389.
- Elfredge, K.L. (1993). An investigation of the influence of dieting and self-esteem on dietary disinhibition. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 57-67.
- Elgersma, H. (1998). Cognitieve therapie. In A. Jansen & A. Meyboom, *Behandelstrategieën bij boulimia nervosa* (pp. 23-33). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P. (1989). Eating disorders. In K.Hawton, P.M. Salkovskis, J.Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric patiënts. A practical guide* (pp. 277-314). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. A self-help book designed to contribute to the secondary prevention of binge eating problems. New York: Guilford Press.
- Glas, G. (1995). Psychotherapiegroepen voor patiënten met anorexia en boulimia nervosa. In T.J.C. Berk, M.P. Bolten, E. Gans & H.G.Y. Koksma, *Handboek Groepspsychotherapie* (pp. 1-36). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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, 31-39.
- Harper-Gouffre, H., & MacKenzie, K.R. (1992). *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Press.
- Hoek, H.W. (1993). Groepstherapie bij boulimia nervosa. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 702-715.
- Hylar, S., Rieder R., Williams J., Spitzer R., Hendler J., & Lyons M. (1988). The personality diagnostic questionnaire: development and preliminary results. *Journal of Personality Disorders*, 2, 229-237.
- Hsu, L.K. (1995). Outcome of boulimia nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn, (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Jansen, A., Merckelbach, H., & Hout, M.A, van den (1992). *Experimentele psychopathologie*. Assen: Van Gorcum
- Jansen, A. (1993). *Boulimia nervosa effectief behandelen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A., & Meyboom, A. (1997). Cue-exposure voor mensen met vreetbuien: meer protocol. *Directieve therapie*, 17, 209-229.
- Johnson, C., & Connors, M.E. (1989). Techniques for symptom management. In C. Johnson & M.E. Connors (Eds.), *The etiology and treatment of boulimia nervosa* (pp. 282-291). New York: Basic Books.
- Kraaimaat, F.W., & Dam-Baggen, C.M.J. van (1976). Ontwikkeling van een zelf-beoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar grensgebieden*, 31, 201-211.
- Kraaimaat, F.W. (1994). De 'Inventarisatielijst Dagelijkse bezigheden' (IDB) *Gedragstherapie*, 27, 149-154.
- Lacey, J.H. (1983). An outpatiënt treatment program for boulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 209-214.
- Lange, A. de, Vries, M. de, & Gest, A. (1994). Behandeling van boulimia nervosa door middel van een zelfcontroleprogramma: Verantwoording en casuïstiek. *Directieve therapie*, 14, 5-25.
- Lange, A., Terweij, J., & Kiestra, J. (1999). Evaluatie van ingrediënten in de behandeling van boulimia nervosa: stoppen met compenseren, zelfcontrole en sporten. *Directieve therapie*, 19, 214-239.
- Meyboom, A., & Jansen, A. (1998). Struikelblokken bij cue-exposure voor mensen met eetbuien. *Directieve Therapie*, 18, 378-389.
- Moreno, J.K. (1994). Group treatment for eating disorders. In A. Fuhriman & G.M. Burlingame (Eds.), *Handbook of grouppsychotherapy. An emperical and clinical synthesis* (pp. 416-457). New York/Chichester: John Wiley & Sons.
- Nicolai, N. (1992). Eten en eetstoornissen en het zelfgevoel van vrouwen. In *Vrouwenhulpverlening & psychiatrie*. Amsterdam: Sua.
- Overduin, J., & Jansen, A. (1997). Conditioned insulin and blood sugar respon-ses in humans in relation to binge eating. *Physiology and Behavior*, 61, 569-575.
- Probst, M. Copenolle, H. van, & Vandereyken, W. (1992). De lichaams-attitude vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: Onderzoeksresultaten. *Bewegen & Hulpverlening*, 4, 286-299.

- Probst, M., Vandereyken, W., Coppenolle, H. van, & Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders*, 3, 133-144.
- Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic examination. *Behavior research and Therapy*, 1, 77-84.
- Spanjers, T. (1989). De opzet en aanpak van groepspsychotherapie. In T. Spanjers, *Hier ben ik. Over anorexia nervosa en boulimia nervosa* (pp. 66-92). Nijmegen: An Dekker.
- Vandereyken, W. (1993). The eating disorder evaluation scale (EDES). *Eating disorders*, 1, 115-123.
- Vanderlinden, J. (1994). *De Dissociation Questionnaire (DIS-Q)*. Amsterdam: academisch proefschrift Vrije Universiteit.
- Vanderlinden, J. (1998). Boulimia nervosa, cognitieve gedragstherapie, cue-exposure en de rol van negatieve gevoelens: een aanvulling. *Directieve therapie*, 18, 236-244.
- Vandereyken, W. (1989). Directieve groepstherapie bij anorexia en boulimie. In K. van der Velden (hoofdred), *Directieve Therapie*, 3, pp. 278-301. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vanderlinden, J., & Vandereyken, W. (1997). Patiënten met een eetstoornis – met en zonder psychotraumageschiedenis: een vergelijkende follow-up studie. *Directieve Therapie*, 17, 192-208.
- Vanderlinden, J., Vandereyken, W., & Dyck, R. van (1992). Trauma en dissociatie bij patiënten met eetstoornissen. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 331-349). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vertommen, H., & Vandereyken, W. (1992). De dissociation questionnaire (DIS-Q). Ontwikkeling en karakteristieken van een dissociatievragenlijst. *Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 47, 134-142.
- Voskuil, L. (1994). *Eetverslaving. Een handleiding om ervan af te komen*. Amsterdam: Babylon-De Geus.
- Yager, J. (1984). The treatment of boulimia: an overview. In P.S. Powers & R.C. Fernandez (Eds.), *Current treatment of anorexia and boulimia* (pp. 63-91). Basel: Karger.

Bijlage: 'mythenformulier'

Mythen zijn verhalen, stellingen of beweringen die we graag willen geloven, maar die maar al te vaak niet waar blijken te zijn. Hier volgen een aantal voorbeelden van zulke mythen. Werk voor jezelf uit waarom deze mythen niet kloppen.

Ze zullen in de zevende bijeenkomst uitgebreid worden besproken.

Als ik minder eet, blijf ik vanzelf afvallen.

Slank zijn en blijven is een kwestie van wilskracht.

Als ik een maaltijd oversla, voorkom ik dat ik dikker word.

Als ik laxeer, voorkom ik calorie-opname en aankomen.

Als ik stop met lijnen, blijf ik doorvreten.

Als ik niet meer braak, word ik dik.

Al ik geen eetstoornis meer heb, moet ik voortaan altijd afgepast blijven eten.

Als ik geen eetbuien meer heb, heb ik geen eetstoornis meer.

Die drang voor een vreetbui ontstaat zomaar vanzelf.

(Misschien weet je er zelf nog wel een.)