



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

Mogelijkheden tot behandeling bij langdurige anorexia

Michel Reinders, Iet van de Craats en Iris Panders

SAMENVATTING De ziektegeschiedenis van anorexia is vaak een langdurige. Er treedt vaak terugval op en veel patiënten blijven (een deel van de) klachten behouden. Over de groep patiënten met langdurige klachten is weinig geschreven en vaak is de hulpverlening een frustrerende bezigheid voor zowel patiënt als therapeut. In dit artikel hebben we een aantal mogelijkheden voor de behandeling voor de 'chronische' groep van anorexiapatiënten op een rij gezet. Met de nodige creativiteit en een op maat gemaakte aanpak zijn er voor veel patiënten voldoende mogelijkheden om de kwaliteit van hun leven te verbeteren.

Inleiding

Anorexia nervosa is een hardnekkig probleem. Volgens Steinhausen (2002) wordt iets minder dan de helft van de patiënten beter. Ongeveer 30% verbetert maar houdt klachten, en 20% blijft chronisch ziek. Uit de studie van Russell (1992) komt naar voren dat de kans op herstel na twaalf jaar sterk afneemt. Sommige auteurs noemen het beloop van anorexia chronisch op het moment dat de ziekte langer dan tien tot vijftien jaar duurt (Theander, 1992). Het woord 'chronisch' suggereert dat er geen kans is op herstel, niettemin is er casuïstiek bekend van patiënten die na langere tijd herstellen (Strober, 2004). Vandaar dat wij liever de term 'langdurige problematiek' gebruiken dan het woord 'chronisch'.

Wat is er bekend over patiënten met langdurige anorexia? De meeste gegevens over hun problematiek komen uit follow-uponderzoek. Steinhausen (2002) vindt in een overzichtsstudie naar de prognose van eetstoornissen bij follow-up veel psychische problema-

DR. M.J. REINDERS is als klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut werkzaam in het PaaZ Kennemergasthuis te Haarlem. E-mail: Reinders@kg.nl.

DRS. A. VAN DE CRAATS is klinisch psycholoog/psychotherapeut bij het Centrum Vrouwenhulpverlening 'Henny Verhagen', Stichting Buitenamstel Geestgronden te Haarlem.

DRS. I. PANDERS is als psychotherapeut verbonden aan de Kliniek voor Eetstoornissen 'Novarum' (Mentrum/Jellinek) te Amsterdam.

tiek, waaronder angststoornissen (fobieën, obsessief compulsieve problemen), depressie, persoonlijkheidsstoornissen (vooral borderline-problematiek) en middelenmisbruik. Daarnaast vond hij de specifieke problemen bij eetstoornissen, zoals gewicht, eetpatroon en menstruatie.

Noordenbos, Oldenhave, Terpstra en Muschter (2000) interviewden patiënten die langer dan tien jaar een eetstoornis hadden. Deze patiënten rapporteerden veel lichamelijke klachten, zoals moeheid, kouwelijkheid, verstoppingen, duizeligheid, slapeloosheid en een lage bloeddruk. Ook noemden ze veel psychische klachten: weinig zelfvertrouwen, een hoge mate van perfectionisme, een negatief lichaamsbeeld, een obsessie met eten, depressiviteit en suïcidale gedachten. Daarnaast meldden ze veel sociale problemen zoals gezinsproblemen, isolement en het verwateren van contacten, financiële problemen en de (tijdelijke) onmogelijkheid te werken of te studeren. Veel patiënten uit dit onderzoek waren gedemoraliseerd: men had weinig hoop op herstel en weinig vertrouwen in de mogelijkheid tot behandeling.

Fichter, Quadflieg en Hedlund (2006) onderzochten hoe anorexia-patiënten er na twaalf jaar voor stonden. Zelfs bij patiënten die als genezen werden beschouwd, vonden zij nog aanzienlijke problemen rond lichaamsbeleving en slankheidsideaal. Ook constateerden zij bij deze groep aanzienlijk meer psychopathologie dan bij een controle-groep van gezonde personen.

Ook Eckert, Halmi, Marchi, Grove en Crosby (1995) vinden na tien jaar bij 70% van de onderzochte patiënten nog aanzienlijke problemen die gerelateerd zijn aan de eetstoornis. Van Furth et al. (1999) vergeleken patiënten met langdurige problematiek (twintig jaar en langer) met patiënten die veel korter een eetstoornis hadden. Patiënten met langdurige problemen rapporteerden meer en zwaardere behandelingen: meer klinische opnames en sondevoeding. Bovendien gaven mensen met een langdurige eetstoornis in zelfrapportage aan dat ze er slechter aan toe waren dan de mensen die korter aan een eetstoornis leden. Ook had de groep met langdurige problemen minder hoop op verbetering. Zij waren tamelijk negatief over de behandelingen die zij kregen.

Noordenbos et al. (2000) concludeerden dat hun onderzoek aantoonde dat er een aantal factoren is dat het herstelproces bemoeilijkt, zoals ernstige problemen in de jeugd, angst voor dik zijn, een late en inadequate behandeling, kleinering door therapeuten en het opgeven van hoop op herstel. Hoe vaker de behandeling ineffectief was, des te minder raakten de patiënten gemotiveerd om opnieuw in behandeling te gaan. Zij kregen het gevoel ongeneeslijk te zijn, zeker als ook de therapeuten hen beschouwden als onbehandelbaar, en vonden dat er weinig aandacht was voor andere psychische proble-

men die voor hen belangrijk zijn en dat er te veel aandacht was voor de problemen rond het eten. Patiënten in gespecialiseerde klinieken voor eetstoornissen hadden op dit punt betere ervaringen. Behandelingen die vooral als negatief werden beoordeeld, waren sondevoeding, psychoanalyse, gezinstherapie, gedragstherapie en alternatieve geneeswijzen. Na de behandeling bleek dat gedragstherapie soms werd beleefd als een methode om mensen dik te maken en te straffen. Zelfhulpgroepen, psychotherapie en psychomotore therapie kregen echter een overwegend positieve beoordeling.

Concluderend stellen wij dat bij patiënten met langdurige problematiek vaak veel problemen spelen, en dat zij weinig hoop op verbetering hebben. Zelfs bij patiënten die verbetering tonen op de kernsymptomen van anorexia, is vaak nog veel problematiek aanwezig. Het lijkt erop dat patiënten en waarschijnlijk ook hulpverleners niet blij van elkaar worden als de problemen langer duren en er nauwelijks vooruitgang geboekt wordt. Het gevaar is groot dat er processen in de therapie ontstaan die de patiënte van de wal in de sloot helpen.

Het is dus zaak te voorkomen dat anorexia een langdurige geschiedenis wordt. Veel factoren die het beloop van de ziekte negatief beïnvloeden, zijn niet te veranderen, zoals de aanvangsleeftijd en een traumatisch verleden (Bronckaers, Probst, Schotte, & Vanderlinden, 2007; Pieters, 2002). Andere factoren zijn wel te beïnvloeden. Wellicht helpt het om patiënten in een vroeg stadium te stimuleren om te stoppen met gedragingen die het beloop negatief beïnvloeden, zoals het gebruik van laxantia, eetbuien en braken. Daarnaast is het zinvol om alert te zijn op comorbiditeit en deze problematiek vroegtijdig bij de behandeling te betrekken.

Een korte ziekteduur heeft een betere prognose (Russell, 1992). Dat betekent dat patiënten snel adequate hulp moeten krijgen. Huisartsen spelen een belangrijke rol in de (snelle) verwijzing van patiënten. Omdat huisartsen gemiddeld één patiënte met anorexia in hun praktijk hebben (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, 2006), kunnen zij geen ervaring opdoen met de diagnostiek en behandeling van de ziekte. Anorexia nervosa wordt door huisartsen nog niet bij de helft van de patiënten herkend en uiteindelijk komt ongeveer een derde van de patiënten in de GGZ terecht (Hoek & Van Hoeken, 2002).

Noordenbos et al. (2000) vonden dat patiënten met langdurige problematiek weinig lovend zijn over de rol van de huisarts. Meer dan de helft van de vrouwen noemt problemen met het stellen van de diagnose. Ze bezochten vrijwel allemaal in eerste instantie hun huisarts met klachten die verband houden met hun eetstoornis, maar voelden zich vaak niet serieus genomen. De behandeling bestaat

meestal uit het advies om te stoppen met lijnen en aan te komen in gewicht. Daarna richt de behandeling zich vooral op een aantal symptomen, zoals fysieke klachten (o.a. verstopping en vermoeidheid) en psychische klachten (o.a. depressiviteit en slapeloosheid) en wordt medicatie voorgeschreven. De behandeling door de huisarts is meestal niet succesvol en 70% van de patiënten wordt, soms na maanden of jaren, doorverwezen naar een gespecialiseerde behandeling.

In hoeverre dit een compleet beeld geeft van de manier van aanpak van huisartsen is onduidelijk. Het gaat hier om patiënten die niet beter zijn geworden en zij zijn uiteraard ontevredener dan genezen patiënten. Eén ding is duidelijk: zodra een huisarts constateert dat een patiënte aan anorexia lijdt, is een snelle verwijzing naar een bekwaame hulpverlener wenselijk.

Het zijn echter niet alleen de huisartsen die voor vertraging zorgen; ook patiënten zelf hebben vaak moeite om te erkennen dat zij een probleem hebben (Spaans & Bloks, 2002). Schaamte over hun eetstoornis en ambivalentie over het zoeken van hulp dragen ertoe bij dat zij hun eetstoornis dikwijls niet noemen en alleen klachten presenteren die indirect verband houden met een eetstoornis.

In dit artikel proberen we in kaart te brengen wat de hulpverlening kan betekenen voor patiënten met een langdurige geschiedenis van eetproblemen en wat verstandig lijkt te zijn in hun behandeling. Ter illustratie beschrijven we twee patiënten met langdurige eetproblematiek.

Beperkingen van de behandeling

Er is opvallend weinig gepubliceerd over de behandeling van patiënten met een langdurige eetstoornis (Strober, 2004). Gecontroleerd onderzoek ontbreekt mede door allerlei methodologische problemen die het onderzoek naar anorexia met zich meebrengt. Het is bijvoorbeeld ingewikkeld om een onderzoeksgroep bijeen te brengen die groot genoeg is; behandelingen duren erg lang waardoor uitval groot is en zelfrapportage is niet altijd betrouwbaar (Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007; Wilson, Vitousek, & Loeb, 2000). Ook in de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) ontbreken aanbevelingen voor de behandeling van chronische eetstoornissen. Dat betekent dat we moeten beslissen op basis van klinische ervaring en gezond verstand.

Wanneer een patiënte in therapie is en alle interventies voortdurend stuklopen, leidt dit tot een gevoel van mislukking en hopeloosheid. Dit gevoel is wijdverspreid onder patiënten met langdurige problema-

tiek (Noordenbos et al., 2000). Het is dus zinvol om van tevoren na te gaan of behandeling zinvol kan zijn.

Soms houdt de therapie de status quo in stand. Veel patiënten staan onder grote druk van de familie om iets aan hun problemen te doen. Om die druk te vermijden, gaan ze in therapie, om daar echte verandering te saboteren: om aan de angst voor de verandering te ontsnappen, gebeurt er in de therapie niets. Pas als de patiënte in de therapie of daar buiten voldoende geconfronteerd wordt met de ellende die de eetstoornis oplevert, ontstaat motivatie voor verandering. Lukt dat niet, dan heeft het als therapeut weinig zin te werken aan doelstellingen die niet dezelfde zijn als die van de patiënte. En als een patiënte zich hopeloos en mislukt voelt, is het verstandig om deze therapie te stoppen, al is het begrijpelijk dat veel therapeuten het moeilijk vinden om een patiënte met veel problemen los te laten.

Niet alleen een gebrek aan resultaat of een averechts resultaat kunnen een overweging zijn om de therapie te stoppen, ook frustratie bij de therapeut kan belemmerend werken. Ook dan kan de behandeling beter worden stopgezet. Er zijn weinig psychiatrische ziektebeelden te noemen die vergelijkbaar sterke emotionele reacties oproepen bij hulpverleners als anorexia (Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). Dat is voorstelbaar. Hulpverleners kunnen het gevoel hebben dat patiënten met hun leven 'spelen', of gefrustreerd raken omdat zij niet tot patiënten doordringen. Behandelaren kunnen onrealistische verwachtingen van de patiënte hebben en hen uit frustratie van onwil gaan betichten.

Uit onderzoek blijkt dat een al te kritische houding bij ouders in een slechte prognose resulteert (Van Furth et al., 1996; Le Grange, Eisler, Dare, & Russell, 1992). Het is aannemelijk dat een te kritische of te betrokken houding bij de hulpverlener evenmin tot goede resultaten leidt. Van Furth, Noordenbos, Jacobs, & Van Elk (1999) pleiten ervoor dat de therapeut een non-normatieve en accepterende houding aanneemt.

Ook patiënten kunnen onrealistische verwachtingen hebben van zichzelf en de resultaten van de therapie. Volgens Fairburn, Cooper, & Shafran (2003) is perfectionisme een van de mechanismen die anorexia in stand houdt. Dit perfectionisme kan ertoe leiden dat patiënten hoge verwachtingen van zichzelf en de therapie koesteren die zij vervolgens niet kunnen waarmaken. Wanneer het niet lukt om patiënte te motiveren om in de therapie een minder hoog en meer realistisch doel te stellen en de therapeut meegaat in een onrealistische verwachting, wacht de volgende mislukking. Dit versterkt het gevoel van falen bij de patiënte. Het is goed de patiënte hiervoor te behoeden.

Daarnaast zijn er patiënten die hun eigen manier gevonden hebben om met hun eetproblemen om te gaan. Hoewel dat op eerste gezicht soms tenenkrommende oplossingen zijn, blijken patiënten zich op hun eigen manier al jaren te handhaven. Soms blijven patiënten op een dusdanig ondergewicht zodat ze nog dingen kunnen doen als vrijwilligerswerk of het opvoeden van een kind. Dat gewicht handhaven ze ondanks een verstoord eetpatroon waarbij ze bijvoorbeeld overdag niet eten en 's avonds (soms tot diep in de nacht) eetbuien hebben, waarna ze overgeven. Therapeutisch gemorrel aan deze oplossingen levert soms meer stress en problemen op dan de oorspronkelijke oplossing van de patiënt. Herstel van het patroon kan zoveel spanning opleveren dat patiënten gaan automutileren. In die gevallen is het veelal verstandig op patiënten te complimenteren met het feit dat ze zich ondanks alle problemen die ze ervaren al jaren staande weten te houden en af te zien van therapie.

Steun geven in plaats van aandringen op verandering

In sommige gevallen kan men langdurige anorexia beschouwen als een chronische aandoening. In zulke gevallen is het belangrijk om te erkennen dat het leven met een chronische ziekte ingewikkeld is en moet men de patiënte credit geven voor alle moeite die zij moet doen om zich staande te houden. In therapie ligt de nadruk veelal op de dingen die de patiënte niet kan. Therapeuten denken regelmatig in termen van symptomen of weerstand. Het kan de patiënte erkenning en steun geven door hun gedrag in een positieve context te plaatsen (Strober, 2004; Jacob-Doreleijers, 2007). Iemand die al dertig jaar anorexia heeft, kan men een 'chronisch zieke' noemen, maar ook een 'overlever'.

Het is belangrijk te realiseren dat veel patiënten niet zelf voor therapie kiezen, maar onder druk van bezorgde familie en vrienden bij een therapeut belanden. Er is veelal geen hulpvraag of een ambivalente hulpvraag. De klachten hebben voor sommige patiënten een overlevingswaarde. Ondervoeding maakt het voor veel patiënten ingewikkeld om hun situatie rationeel te bekijken. Anorexia kan een oplossing zijn voor onderliggende problemen: een depressieve patiënte voelt haar negatieve stemming minder als ze hongerit; een seksueel misbruikte of mishandelde patiënte voelt haar lichaam niet en voorkomt daarmee dat zij aan het trauma herinnerd wordt; onzekere patiënten hoeven niet om te gaan met situaties die voor hen ingewikkeld zijn. Andere patiënten hebben positieve gevoelens bij anorexia. Ze hebben het gevoel dat ze de juiste levenswijze volgen door uitsluitend verantwoorde dingen te eten. Soms voelen ze zich krachtig door

wat zij op het gebied van voeding en lichaamsgewicht presteren (Vitousek et al., 1998).

Het krijgen van (emotionele) steun is een belangrijke peiler voor patiënten om hun strijd tegen een chronische aandoening vol te houden. In de vakliteratuur is weinig te vinden over 'behandelingen' die gericht zijn op steun voor anorexiapatiënten. Een uitzondering vormt het artikel van Van Furth et al. (1999). Zij beschrijven een groepsprogramma dat speciaal ontwikkeld is voor patiënten met langdurige anorectische problematiek. Patiënten krijgen de gelegenheid over hun dagelijkse problemen te praten. Daarnaast komen diverse thema's ter sprake, zoals omgang met familie, sociale contacten, eenzaamheid en lichamelijke conditie. Veel patiënten vinden het belangrijk dat men de problemen van elkaar herkent en dat er niet bestraffend of veroordelend wordt gereageerd. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan de acceptatie van de eetstoornis: 'Acceptatie is niet de moed verliezen en bij de pakken gaan neerzitten. Acceptatie is onder ogen zien dat je een eetprobleem hebt, maar niet een eetprobleem bent' (Van Furth et al, 1999). Ook worden patiënten gestimuleerd om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de verbetering van de kwaliteit van hun leven. Voor sommige patiënten vormt de groep een stimulans om alsnog het eetpatroon te veranderen.

Waar liggen de kansen voor verandering?

Gelukkig is het niet in alle gevallen nodig om af te zien van behandeling of te kiezen voor louter ondersteuning. Zelfs na jaren kan een patiënte zich realiseren dat haar leven zich op een dood spoor bevindt en dat het aan haar is om daarin verandering te brengen (Strober, 2004). Hierdoor kan een nieuwe fase in de motivatie ontstaan.

De therapeut kan motivatietechnieken toepassen die aansluiten bij de fase waarin de patiënte zich bevindt (Spaans & Bloks, 2002). Volgens Vitousek et al. (1998) zijn de houding en opvattingen van de therapeut daarbij van essentieel belang. Zij noemen empathie, niet doodstaren op 'weerstand' en openheid. Dat klinkt als een open deur, maar in het geval van anorexia is het voor veel therapeuten moeilijk begrip op te brengen voor mensen die zichzelf in gevaar brengen door nauwelijks te eten of voor mensen die volharden in hun angst voor dikte, terwijl zij er broedmager uitzien. Het kan lastig zijn zich te realiseren dat anorexia in hoge mate ego-syntoon is. Veel patiënten zouden nooit willen aankomen als zij niet geconfronteerd zouden worden met de negatieve gevolgen van hun magerte. Met anorectische symptomen probeert een angstig en ongelukkig individu zich te beschermen tegen problemen die zij ondervonden heeft. Aan 'weer-

stand' moet men niet te veel waarde hechten, aldus Vitousek et al. (1998). Iedereen die erg angstig is, zal rare bokkensprongen maken om die angst te ontlopen. Vanuit dat oogpunt is het ook te begrijpen dat patiënten water drinken voor een weegmoment, sjoemelen met eten en de registratie daarvan, of uit het zicht van de verpleging buikspieroefeningen doen. De open communicatie hierover en de erkenning dat verandering moeilijk is, bieden mogelijkheden de patiënte te helpen.

Alvorens aan een hernieuwde behandeling te beginnen, lijkt het nuttig om uitvoerig te kijken naar eerdere behandelingen die de patiënte heeft ontvangen (Yager, 2002). Zijn er in het verleden succesvolle interventies gebruikt die opnieuw toegepast kunnen worden? Of zijn er dingen over het hoofd gezien die de kans op een effectieve interventie verminderen, zoals een comorbide depressie? Te hoge verwachtingen bij hulpverlener of patiënte kunnen een reden zijn geweest voor mislukking van eerdere behandeling. Soms lagen de doelen van de patiënte en de hulpverlener niet op één lijn, waardoor de behandeling vastliep en voelde de patiënte zich gedwongen tot dingen waar ze niet aan toe was.

Patiënten met langdurige problemen, zijn vrijwel altijd eerder behandeld. Wellicht was dat langgeleden en is er niet volgens de laatste aanbevelingen behandeld? Om een voorbeeld te noemen: volgens Fairburn et al. (2003) is het onvermogen om met negatieve stemmingen om te gaan, een belangrijk kenmerk van patiënten met eetstoornissen. De laatste jaren zijn voor borderlinepatiënten diverse modules ontwikkeld om te leren hun stemmingswisselingen te reguleren. Deze worden tegenwoordig succesvol toegepast bij anorexiapatiënten (Daansen, 2006). Ook zijn er nieuwe inzichten als het gaat om motiveren voor behandeling (Spaans & Bloks, 2002), het ontwikkelen van een positievere lichaambeleving (Rekkers, 2005), het verbeteren van zelfwaardering (Olij et al., 2006) en de behandeling van comorbide klachten.

Haalbare en bescheiden doelen stellen

Aan het begin van de therapie stelt men samen met de patiënte de doelen van de behandeling op. Hoewel het voor de hand ligt om bij patiënten met anorexia doelen te stellen rond gewichtstoename en een regelmatig eetpatroon, is het de vraag of dit bij patiënten met langdurige problematiek wel zo zinvol is. Sommige auteurs raden het zelfs af om doelen te stellen rond gewichtstoename (Van Furth et al., 1999; Strober, 2004). Zo ver willen wij niet gaan: de hulpverlener ontkomt

er niet altijd aan om enig gewichtsherstel na te streven, omdat de patiënte een dusdanig ondergewicht heeft dat er kans op overlijden bestaat. Soms ook heeft de patiënte zelf wensen waarvoor enig gewichtsherstel nodig is, zoals deelnemen aan het sociale verkeer, werken of de wens in leven te blijven.

Het is vooral van belang een haalbaar doel te formuleren – te ambitieuze doelen leiden snel tot mislukking en verdere demoralisatie. Patiënten zijn geneigd tot zwart-witdenken: er is wel of geen genezing mogelijk, er is wel of geen hoop. Nuancering van deze visie kan de patiënte vooruithelpen door te stellen dat voor iedere patiënte wel iets te bereiken valt, mits men realistische doelen stelt. Je kunt die houding omschrijven als realistisch optimisme (Yager, 2002).

Neem als uitgangspunt van de behandeling een doel dat leidt tot enige verbetering in de situatie van de patiënte, dus geen ambitieuze doelstellingen als gewichtsherstel of herstel van het eetpatroon. Deze gedachtegang sluit aan bij de discussie over de herstelcriteria voor anorexia (Noordenbos et al, 2000; Noordenbos & Seubring, 2005; Russell, 1992). Meestal wordt het verdwijnen van de kernsymptomen als herstelcriterium gebruikt. Onder kernsymptomen verstaat men: ondergewicht, een verstoord eetpatroon en het uitblijven van de menstruatie.

Diverse auteurs pleiten ervoor op de herstelcriteria voor anorexia te verbreden. Men zou niet alleen moeten kijken naar gewichtsherstel, een genormaliseerd eetpatroon en herstel van de menstruatie. Aanvullende criteria zouden moeten zijn: verbeteringen op het gebied van de lichaamsbeleving, verbetering van de zelfwaardering en herstel van sociale contacten (Van Furth et al., 1999; Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, 2006). Ex-patiënten vinden de aanvullende criteria van groot belang (Noordenbos & Seubring, 2005). Ook lijkt het belangrijk om bijkomende klachten, zoals depressie, angst- of persoonlijkheidsproblematiek en middelengebruik te betrekken bij de beoordeling van het herstel (Robin et al., 1999; Steinhausen, 2002). In de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) wordt aanbevolen te streven naar herstel volgens de brede definitie, dus inclusief de psychosociale herstelcriteria. Als hier, na gemiddeld 6,6 jaar, aan wordt voldaan, blijkt terugval nauwelijks meer voor te komen.

Bij patiënten met langdurige problematiek is het verstandig om elk realistisch doel waarvoor de patiënte gemotiveerd is, tot uitgangspunt van behandeling te nemen. Gaandeweg de therapie kan de patiënte erachter komen dat wellicht andere doelen (zoals gewichtsherstel) nodig zijn om haar aanvankelijke doelstelling te bereiken.

Het is van belang uitvoerig stil te staan bij wat de patiënte zelf wil bereiken en duidelijk te maken dat de patiënte een klant is die zelf

mag bepalen wat 'gerepareerd' gaat worden. Daarbij is het soms nodig dat de hulpverlener zijn of haar redderfantasieën stevig aan banden legt. Haalbare doelen in de behandeling kunnen diverse terreinen bestrijken, zoals een bescheiden gewichtsherstel, kleine verbeteringen in het eetpatroon, een bescheiden herstel van sociale contacten, verlichting in de gezinssituatie, en behandeling van een laag zelfbeeld, trauma's of andere psychische klachten. Het zijn de kleine stappen die verandering voor patiënten minder bedreigend of haalbaar maken.

Beperkt gewichtsherstel

In het Academisch Ziekenhuis Maastricht ontwikkelde men een programma voor gewichtsherstel bij patiënten met een langdurige geschiedenis van anorexia en diverse mislukte eerdere behandelingen. Dit is het Gefaseerd Gewichtsherstel Programma (Wojciechowski, 2004). Dit programma gaat ervan uit dat het bij gewichtsherstel verstandig is om kleine stappen te maken. Te veel of te snel aankomen leidt tot veel angst, waardoor meer weerstand tegen de verandering ontstaat. Patiënten worden voor circa zes weken opgenomen met als doel een beperkt aantal kilo's aan te komen. Wojciechowski gaat uit van drie tot vijf kilo per keer. Daarna volgt een pauze waarin de patiënte de tijd krijgt om aan het toegenomen gewicht en de veranderde lichaamsvorm te wennen. Na vier tot zes maanden volgt een nieuwe opname. Deze aanpak heeft een aantal voordelen. Patiënten hebben tijd om te wennen aan hun nieuwe gewicht en lichaamsomvang. Daarnaast is de opnameduur beperkt.

In de variant die wij toepassen in het Kennemer Gasthuis te Haarlem gaan patiënten na zes weken met ontslag zonder dat hun ontslag is gekoppeld aan het bereiken van een bepaald gewicht. Wanneer iemand de afgesproken gewichtstoename niet heeft bereikt, constateert de therapeut dat de tijd klaarblijkelijk nog niet rijp was voor verandering en mag de patiënte na een aantal maanden terugkomen voor een nieuwe poging. De verantwoordelijkheid voor de verandering ligt bij de patiënte en de taak van de therapeut ligt in het steunen van patiënte haar doel te bereiken. Deze ontkoppeling van gewicht en opnameduur voorkomt veel strijd (Reinders, 2006).

Niet altijd is het mogelijk om rond gewichtsherstel een vrijblijvende houding aan te nemen. Sommige patiënten verliezen zoveel gewicht dat er een fysiek-kritieke toestand ontstaat. Bij een extreem laag gewicht is een goede samenwerking tussen internist, huisarts, psychotherapeut, patiënte en familie van groot belang. Uiteraard is een regelmatige fysieke screening, waaronder bloedonderzoek, noodzake-

lijk. Het is overigens opvallend hoe lang bloedwaarden in orde blijven bij een sterk ondergewicht, zeker wanneer patiënte niet overgeeft.

Crisisplan

Bij een extreem laag gewicht kan er de nodige commotie ontstaan tussen enerzijds de patiënte en anderzijds familie, kennissen en betrokken artsen en hulpverleners. Patiënte moet van tevoren duidelijk worden gemaakt dat hulpverleners er soms niet aan ontkomen om zich met patiënte te bemoeien, simpelweg omdat men betrokken is en de verplichting heeft levensreddend op te treden dan wel te toetsen of een patiënte in staat is beslissingen te nemen voor het geval zij niet wil dat er levensreddend wordt opgetreden. Duidelijkheid hierover kan rust en structuur geven aan betrokkenen.

In een crisisplan kan worden vastgelegd wat er dient te gebeuren, indien het gewicht daalt beneden een bepaald minimum. In het crisisplan kan vermeld worden bij welk gewicht patiënte zich moet laten opnemen, wie het gewicht controleert, waar en wanneer patiënte zich kan laten opnemen en tot welk gewicht zij moeten stijgen om van deze vorm van bemoeizorg af te komen. Veelal is een herstel met een beperkt aantal kilo's voldoende om de patiënte uit de gevarezone te halen, al blijft patiënte een flink ondergewicht houden. Sondevoeding kan een onderdeel zijn van dit crisisplan, met name als een internist op basis van de bloedonderzoek meent dat er een levensbedreigende situatie is ontstaan.

Ondersteuning van de lichamelijke conditie

Langdurige ondervoeding, langdurig laxeermiddelengebruik, een eenzijdig eetpatroon of veelvuldig overgeven, kunnen schadelijke gevolgen hebben voor de gezondheid. Om een voorbeeld te noemen: patiënten die veelvuldig braken kunnen een tekort aan kalium ontwikkelen, wat gevaar oplevert voor het functioneren van het hart. Kaliumsuppletie kan daarvoor een oplossing zijn. Vereiste voor zo'n interventie is uiteraard dat de patiënte onder controle staat van een arts.

Soms is het mogelijk om de voedingssituatie van de patiënte te verbeteren zonder dat zij het risico loopt aan te komen (Strober, 2004). Meer afwisseling in het voedingspatroon zou daartoe een goede stap zijn. Een diëtist kan daarover adviseren. Soms is een patiënte te verleiden tot een experiment op dit gebied en durft ze vanuit het experiment het voedingspatroon een fractie uit te breiden. Men kan oefenen met het eten van 'verboden voedsel' zonder dat

gewichtstoename wordt nagestreefd. De bedoeling van een dergelijke oefening is niet alleen het bereiken van een evenwichtiger voedingspatroon, maar kan patiënte ook helpen zich beter te voelen in bepaalde sociale situaties (feestjes e.d.) waar het eten van bepaald voedsel door de oefening minder problematisch wordt.

Hoewel medicatie van beperkte waarde is in de behandeling van anorexia nervosa, kan het voor sommige patiënten wel enig effect opleveren. In de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) wordt aanbevolen om bij therapieresistentie een proefbehandeling met medicatie te starten, bijvoorbeeld met atypische antipsychotica. Ook wordt aanbevolen om een selectieve serotonineheropnameremmer (fluoxetine) voor te schrijven, indien wordt ingeschat dat er na gewichtsherstel een aanzienlijke kans op terugval is.

Herstel sociaal contact

Patiënten zijn een groot deel van hun leven bezig met activiteiten die gerelateerd zijn aan eten, gewicht en afvallen. Dat neemt veel tijd in beslag, waardoor patiënten in een sociaal isolement terechtkomen. Ook kunnen patiënten vaak niet deelnemen aan normale sociale activiteiten, zoals uit eten gaan, of kunnen zij door energiegebrek niet sporten of werken. Het bezig zijn met eten en gewicht is een frustrerende aangelegenheid waarin patiënten nooit een punt bereiken waarop ze tevreden zijn over zichzelf. De patiënt komt in een cirkel terecht waarin haar toch al geringe zelfwaardering steeds verder afneemt. Het is verstandig om patiënten te stimuleren hun aandacht te richten op andere bezigheden, zoals hobby's of studie (Strober, 2004). Als de patiënte zichzelf hierin haalbare doelen stelt, kan ze daaraan plezier beleven of een gevoel van competentie ontwikkelen. Kortom, de therapeut probeert de patiënte te stimuleren een leven naast de eetstoornis te ontwikkelen.

In diverse publicaties wordt het herstel van sociaal contact als belangrijk doel gesteld bij langdurige problematiek. Patiënten zijn van mening dat steunende relaties (buiten de familie) een belangrijke bijdrage leverden aan hun genezing (Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie, & Bulik, 2003). In de studie van Manz, Deter en Herzog (1992) wordt een relatie gelegd tussen de ernst van de eetproblematiek en de kwaliteit van sociale relaties. Manz et al. concluderen dat een steunende partner bescherming lijkt te bieden tegen anorectisch gedrag. Het is de vraag of je dit kunt concluderen uit hun studie. Wellicht ligt de relatie (ook) andersom en zijn patiënten met minder ernstige eetproblemen beter in staat relaties te onderhouden. Er zijn aanwijzingen

dat een verstoord sociaal functioneren een slechte uitkomst van de behandeling voorspelt (Fairburn et al., 2003).

Verlichting van spanningen in het gezin

Het leven met een kind met een eetstoornis vormt een grote belasting voor de ouders. In vergelijking met ouders van kinderen die lijden aan een psychotische stoornis, rapporteren ouders van patiënten met anorexia meer moeilijkheden. Ze noemen vaak schuld- en schaamtegevoelens (Treasure et al., 2001). Ouders, vooral moeders, voelen zich somber en angstig en hebben vaak last van slaapproblemen. Veel ouders denken dat de situatie hopeloos is en dat zij hulpeloos zijn. Daarnaast zijn er vaak nog andere kinderen in het gezin, voor wie ouders zich ook sterk verantwoordelijk voelen (Honey & Halse, 2007; Whitney et al., 2005). Frustratie kan tot een kritische houding leiden en bezorgdheid tot overbescherming. Daarmee neemt de emotionele lading (*expressed emotion*) in het gezin toe.

Naarmate de eetstoornis langer duurt, raken sommige anorexiapatiënten meer en meer geïsoleerd van leeftijdgenoten en worden steeds afhankelijker van hun ouders. Dit versterkt het gevoel van incompetentie van de patiënte en vergroot de angst voor een toekomst met volwassen verantwoordelijkheden (Vanderlinden, 2002). Vanderlinden beveelt een gezinsgerichte aanpak aan. Naast (leeftijdafhankelijke) afspraken over de gezinsmaaltijden zou er ook gewerkt moeten worden aan open communicatie en aan versterkende copingmechanismen. Whitney en collegae stellen voor om met de ouders te werken aan niet-helpende cognities, zoals de gedachte 'wat we ook zeggen of doen, het haalt toch niets uit'. Ook kunnen irrationele gedachten over schuld aan de orde komen (Whitney et al., 2005). Veel patiënten geven zelf aan dat zij het belangrijk vinden dat hun familie bij de behandeling betrokken wordt (Noordenbos et al., 2000).

Behandeling van comorbiditeit

Een groot percentage patiënten heeft last van comorbide psychische klachten, waaronder angsten, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, trauma's en depressiviteit. Over het algemeen zijn therapeuten niet geneigd om psychotherapie te starten bij patiënten met een ernstig ondergewicht, omdat men ervan uitgaat dat ondervoeding een remmende werking heeft op de cognitieve functies. Patiënten vinden aandacht voor hun gevoelens vaak wel een belangrijk onderwerp.

In de behandeling van patiënten met langdurige problematiek zijn

over het algemeen de meest voor de hand liggende behandelingen reeds geprobeerd, zoals het benadrukken van gewichtsherstel. Als een patiënte daarvoor bij aanvang van het contact niet gemotiveerd is, kan men minder gebruikelijke stappen nemen door bijvoorbeeld toch te starten met psychotherapie in de hoop een goede werkrelatie met de patiënte op te bouwen. Daardoor ontstaan er later in de therapie wellicht mogelijkheden om onderwerpen in te brengen waarvoor patiënte aanvankelijk niet gemotiveerd was. Ook kan de patiënte tijdens de psychotherapie ontdekken dat enig gewichtsherstel nodig is om doelen te realiseren die zij belangrijk vindt in haar leven.

Soms ook kan gewichtsherstel door psychotherapie in een ander kader komen te staan, zoals bij Margreet.

Casus Margreet: lessen uit het verleden

Margreet is een 43-jarige vrouw. Op het moment van aanmelding weegt ze 40 kilo bij een lengte van 1 meter 63. Daarmee is haar BMI 15. Van huis uit is Margreet mager en heeft ze altijd moeite gehad om op gewicht te blijven. Voornaamste oorzaak van het gewichtsverlies is dat ze nauwelijks eet en erg dwangmatig met haar eten omgaat. Volgens eigen zeggen eet ze weinig 'omdat ze er niet mag zijn'. Ze heeft een achtergrond van ernstige verwaarlozing en seksueel misbruik. Ze vertoont borderlinegedrag en heeft vele suïcidepogingen ondernomen. Daarnaast heeft ze veel last van lichamelijke klachten en depressiviteit. Margreet heeft een behandeling achter de rug in een gespecialiseerde kliniek voor eetstoornissen. Voor de depressiviteit is zij uitvoerig medicamenteus behandeld met antidepressiva en MAO-remmers zonder dat dit blijvend resultaat opleverde. Bij hoge doseringen antidepressiva en de MAO-remmers had ze veel last van bijwerkingen. Ze gebruikt al lange tijd tranquillizers. Ook klaagt ze over lichamelijke klachten, komt ze thuis tot weinig en ligt ze veel op bed.

Margreet heeft een man en drie kinderen. Het huishouden en gezinsleven putten haar uit. Het wordt duidelijk dat uitputting een belangrijke rol speelt in de suïcidepogingen. De uitputting leidt ook tot gewichtsverlies. In eerdere therapieën probeerde therapeuten Margreet te leren grenzen te stellen, rust te nemen en assertief te worden. Deze pogingen strandden, omdat zij het niet de moeite waard vindt om voor zichzelf op te komen. Eén interventie had in het verleden wel succes: zij werd één week per maand opgenomen en dat maakte dat het beter met haar ging. Wij nemen deze interventie over. In de maanden daarop blijkt dat Margreet geen suïcidepogingen meer doet en haar

gewicht stabiliseert. Ze komt zelfs iets aan. De opnames worden tevens gebruikt om haar te helpen met de tranquillizers te stoppen. Op aandringen van Margreet zelf starten we met een antidepressivum dat zij nooit eerder gehad heeft (Remeron). Dit geeft een lichte verbetering. Op basis van de ervaringen in het verleden houden we de dosering laag.

Margreet vraagt regelmatig om behandeling van haar jeugdtrauma's. Ze heeft veel last van herbelevingen. Omdat ze inmiddels al een tijd stabiel is en niet eerder voor haar trauma's is behandeld, starten we hiervoor een therapie. Deze focust zich op de gevolgen van het trauma in het hier en nu. In de therapie wordt gekeken hoe ze kan voorkomen dat ze zichzelf verwaarloost, zoals ook haar ouders haar verwaarloosd hebben. Ze probeert zichzelf dingen te gunnen. Ook zichzelf rust gunnen en niet doorjakkeren in het huishouden worden als thema (opnieuw) geïntroduceerd. Nu heeft dit iets meer effect. De tussenposen tussen de opnames zijn inmiddels vergroot van vier naar zes weken. Het laatste jaar weegt Margreet tussen de 46 en 49 kilo. Crises doen zich niet meer voor. Het leven van patiënte en haar familie is tot ieders opluchting een stuk rustiger geworden.

Casus Lydia: een voorbeeld van een gezinsinterventie

Lydia is een 29-jarige vrouw, die al jaren lijdt aan anorexia nervosa, een ernstige vorm van smetvrees en controledwang. Ze woont thuis bij haar ouders, en heeft een oudere zus en broer die al jaren uit huis zijn. Lydia zelf is volledig afhankelijk van haar moeder en durft uitsluitend te eten wat haar moeder kookt. Ze wordt door haar moeder gewassen en aangekleed. Ze kan niet als laatste het huis verlaten, omdat haar controledwang dan opspeelt. Ze voelt zich gelukkig als ze tijd met haar moeder doorbrengt. Met haar vader heeft ze vaak conflicten. Hij heeft veel commentaar op haar eetgedrag en kan niet begrijpen waarom ze niet gewoon mee kan eten. Overigens heeft hij zelf angstklachten.

Als haar moeder tijd met anderen doorbrengt, wordt Lydia verdrietig. Dit geeft conflicten tussen haar en haar zus en broer, met wie ze het niet goed kan vinden. Ook gezamenlijke etentjes met het gezin brengen vaak ruzies teweeg tussen Lydia en de andere gezinsleden. De gang van zaken is voor iedereen heel belastend, vooral voor de moeder, die zich somber en moe voelt. Lydia voelt zich schuldig over het verdriet van haar moeder; daarom heeft ze ermee ingestemd hulp te zoeken. Ze probeert

haar moeder verder emotioneel te steunen door met haar te praten.

De aanpak wordt met een metafoor geïntroduceerd. Aan het gezin wordt gevraagd hoe men twee in elkaar gegroeide planten zou moeten scheiden, zonder dat ze doodgaan. Voorzichtig lospeuteren is het antwoord. Zo gaan we ook te werk. Wat betreft de dwang lukt dat redelijk. Wat betreft de emotionele symbiose is het lastiger. We proberen om Lydia meer en beter contact met haar zus en broer te laten opbouwen, maar dit loopt stuk op onderlinge gevoelens van wrok. In de relatie met haar vader lukt dit beter. Lydia en hij hebben gemeenschappelijke interesses en het lukt hem, vanuit zijn eigen angst, om meer begrip voor zijn dochter te op te brengen en minder kritiek op haar te uiten.

Lydia blijft zeer gehecht aan haar moeder. Er wordt niettemin een datum afgesproken, ver vooruit, dat ze uit huis zal gaan. In de tussentijd oefent ze met zelfzorg, zoals de was doen, koken en douchen.

Uiteindelijk gaat zij op de afgesproken datum uit huis. Daarna is het voor haar ouders een hele klus om Lydia niet voortdurend te controleren: eet ze wel, houdt ze zichzelf en het huis wel goed schoon, gaat ze wel op tijd naar bed? Dit is begrijpelijk omdat Lydia nog steeds ernstige symptomen heeft van haar eetstoornis en dwangstoornis. Haar ouders staan voor de opgave te accepteren dat hun dochter moet leren leven met een psychiatrische handicap. Deze worsteling is met de therapie niet verholpen. Wel is er enige ruimte teruggekomen voor de eigen ontplooiing van de gezinsleden en krijgt Lydia meer waardering en minder kritische aandacht van het gezin.

Discussie

Wanneer een anorexiapatiënte al jaren klachten heeft en diverse behandelingen achter de rug heeft zonder dat verbetering optreedt, heeft dit proces voor verschillende partijen waarschijnlijk tot gevoelens van frustratie, machteloosheid of wanhoop geleid. Het is dan ook de vraag of het verstandig is om opnieuw een behandeling te starten die gericht is op gedragsverandering. Soms is het beter de patiënte te steunen de dagelijkse strijd tegen de anorexia vol te houden en te erkennen dat de patiënte haar best doet te leven met een chronische aandoening.

Wanneer een patiënte langdurige problemen heeft, is het wijs om

aan bescheiden, realistische doelen te werken. Die doelen hoeven niet altijd op het gebied van gewichtsherstel en eetpatroon te liggen, maar kunnen ook gaan over het herstel van sociale contacten of vermindering van sociale isolatie, verbetering van zelfwaardering of herstel van het verstoorde lichaamsbeeld. Daarnaast kan men kijken naar verbetering van het steunsysteem, verlichting in de relatie met de familie, verbetering van de voedingssituatie en het voorkomen van crises. Bij het vaststellen van behandeldoelen is het zaak om vooral te kijken naar elke verbetering ten opzichte van de huidige situatie en niet te veel uit te gaan van de ideale, gezonde toestand.

Voor veel patiënten is een interventie te bedenken om hun leven te verbeteren. Voor de therapeut zijn, naast het stellen van bescheiden doelen, empathie, geduld en een accepterende houding van belang. Uit de literatuur zijn ook aanbevelingen te destilleren voor de andere betrokkenen. Voor de patiënte is het van belang de strijd aan te gaan met verlamme 'alles-of-niets-redenaties'. Voor de omgeving is het belangrijk om overdreven betrokkenheid bij de patiënte te beperken. Ook voor hen is het de moeite waard om te werken aan verlamme gedachten over herstel, machteloosheid en schuld. Voor de huisarts is het belangrijk om de patiënte serieus te nemen wanneer hij geconfronteerd wordt met een patiënte met symptomen van anorexia nervosa, en haar snel door te verwijzen naar een deskundige. Op deze manier kan voorkomen worden dat de patiënte een deuk oploopt in haar motivatieproces, lang rond blijft lopen met het probleem en de prognose voor herstel verslechtert.

Er is meer onderzoek nodig naar de kenmerken van de groep patiënten met langdurige anorexia; onderzoek naar de manieren waarop zij van de hulpverlening gebruikmaken en de redenen waarom eerdere hulpverlening niet het gewenste succes heeft gehad. Wat zijn de mogelijkheden om stagnerende behandelingen weer vlot te trekken? Wat helpt de patiënten om de kwaliteit van hun leven te verbeteren?

Binnen de patiëntenvereniging (SABN) en de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE) is steeds meer aandacht voor de behandeling van patiënten met langdurige en (veelal) complexe problematiek. Hopelijk kunnen deze ervaringen gebundeld worden en op den duur leiden tot richtlijnen die toegevoegd kunnen worden aan de huidige richtlijn voor deze groep patiënten.

ABSTRACT Anorexia is often a long-lasting illness. There is a lot of relapse and patients continue to have a lot of symptoms. Little is written about the group of patients with long-lasting problems. For both patients and therapists therapy with this group is a frustrating

job. In this article we put a number of possibilities together in the treatment of this 'chronic' group. With some creativity and tailor made interventions it is often possible to improve the quality of life of patients with long standing problems.

Referenties

- Bronckaers, B., Probst, M., Schotte, C., & Vanderlinden J. (2007). Het verband tussen traumatische ervaringen en psychopathologie bij eetstoornissen. *Directieve Therapie*, 27(4), 270-294.
- Daansen, P. (2006). Eetbuien en affectregulatie: het gebruik van dialectisch-gedragstherapeutische principes bij de behandeling van eetstoornissen. *Directieve Therapie*, 26(2), 162-183.
- Eckert, E.D., Halmi, K.A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive therapy of eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 87-100.
- Furth, E.F. van, Strien, D.C. van, Martina, L.M.L., Son, M.J.M. van, Hendrickx, J.J.P., & Engeland, H. van (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 19-31.
- Furth, E.F. van, Noordenbos, G., Jacobs, M., & Elk, B. van (1999). De behandeling van chronische anorexia en bulimia nervosa. In: A.H. Schene (ed.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*, 6, 238-250.
- Hoek, H.W. & Hoeken, D. van (2002). Epidemiologie. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Honey, A. & Halse, C. (2007). Looking after well siblings of adolescent girls with anorexia: an important parental role. *Child care health development*, 33(1), 52-58.
- Jacob-Doreleijers, F. (2007). *Recept voor oplossingen, eetstoornissen oplossingsgericht behandelen*. Amsterdam: Harcourt.
- Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., & Russell, G.F.M. (1992). Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 347-357.
- Manz, R., Deter, H.C., & Herzog, W. (1992). Social support and long-term course of anorexia nervosa. In: W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vandereycken, *The course of eating disorders*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006). Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Noordenbos, G., Oldenhavé, N., Terpstra, J., & Muschter, J. (2000). Kenmer-

- ken en behandelingsgeschiedenis van patiënten met chronische eetstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42(3), 145-155.
- Noordenbos, G. & Seubring, A. (2005). Eetstoornispatiënten over criteria voor herstel. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 31(2), 140-153.
- Olij, R., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Jong, M. de, Cloin, N., Maarsingh, M., & Paumen, B. (2006). De module zelfbeeld in een groep: werkwijze en eerste bevindingen. *Directieve Therapie*, 26, 307-324.
- Pieters, G. (2002). Prognose. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Reinders, M. (2006). Kortdurende klinische behandeling van eetstoornissen. *Medisch Journaal Kennemer Gasthuis*, extra editie, 20-25.
- Rekkers, M.E. (2005). Opvallen of afvallen: spiegel- en video-exposure ter versterking van positieve lichaamsbeleving bij patiënten met eetstoornissen. In: De Lange & Bosscher (red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Dennis, A.B., & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1482-1489.
- Russell, G.F.M. (1992). The prognosis of eating disorders: a clinician's approach. In: W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vandereycken, *The course of eating disorders*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Spaans, J. & Bloks, H. (2002). Motivering tot verandering. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.
- Strober, M. (2004). Managing the chronic, treatment resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 245-255.
- Theander, S. (1992). Chronicity in anorexia nervosa: results from the Swedish long-term study. In: W. Herzog, H.C. Deter, & W. Vandereycken, *The course of eating disorders*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Tozzi, F., Sullivan, P.F., Fear, J.L., McKenzie, J., & Bulik, C.M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: the patients perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7):343-347.
- Vanderlinden, J. (2002). Het gezin. In: W. Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J.

- (2005). The experience of caring for someone with anorexia nervosa: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 444-449.
- Wilson, G.T., Grilo, C.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216.
- Wilson, G.T., Vitousek, K.M., & Loeb, K.L. (2000). Stepped Care Treatment for Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 564-672.
- Wojciechowski, F.L. (2004). Als aankomen te bedreigend is: een gefaseerd gewichtsherstelprogramma voor anorexia nervosa. *Kind en Adolescent Praktijk*, 2, 35-39.
- Yager, J. (2002). Management of patients with intractable eating disorder. In: C.G. Fairburn & K.D. Brown (red.), *Eating disorders and obesity; a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.