



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

Welke factoren zijn belangrijk voor een goede behandeling van eetstoornissen? Een onderzoek naar de opvattingen van hulpverleners en patiënten

Welke factoren of ingrediënten in de behandeling van eetstoornissen zijn belangrijk voor het therapieresultaat? Hoewel het een essentiële vraag betreft, is onderzoek hieromtrent bij anorexia- of boulimiepatiënten schaars te noemen. Bovendien werd in het bestaande onderzoek bijna uitsluitend rekening gehouden met het standpunt van de hulpverleners. In dit verband wijzen Petterson en Rosenvinge (2002) op een fundamentele attributiefout bij vele therapeuten: als er een significante verbetering optreedt, schrijven ze dit toe aan hun therapie, maar wanneer het gewenste behandelresultaat uitblijft, wordt dit gemakkelijk toegeschreven aan de weerstand of ambivalente houding van de patiënt! Maar hebben therapeut en patiënt wel hetzelfde doel voor ogen? Bovendien kan een negatief therapieresultaat of het voortijdig afbreken van de behandeling een uitdrukking zijn van een problematische werkrelatie van de therapeut met de eetstoornispatiënt. Wellicht schuilt daar ook de belangrijkste uitdaging en is het de verklaring waarom heel wat hulpverleners het 'moeilijk' hebben met deze patiënten (Vandereycken & Noordenbos, 2008).

Hulpverleners en patiënten moeten voldoende gemeenschappelijke aspecten van de behandeling onderschrijven om een constructieve therapeutische werkrelatie te creëren. Daarvoor mogen ze onderling niet te zeer van mening verschillen over de betekenis van 'herstel' of 'genezing' (Noordenbos & Seubring, 2006). Hetzelfde geldt voor de factoren of ingrediënten die zij als essentieel beschouwen in de behandeling van een eetstoornis. Vergelijkend onderzoek over dit thema is schaars en de belangrijkste studies komen uit België en Nederland. Vanderlinden, Buis en Pieters (2004) vergeleken de opvattingen van 132 patiënten en 49 eetstoornisexperts. Voor vier algemene factoren werden geen significante verschillen gevonden: begrijpen van de eetproblemen, verwerven van autonomie, motivatie tot herstel en sociale steun. Patiënten hechten wel meer belang aan de steun die zij ervaren van de therapeut of het behandelende team, terwijl hulpverleners het doorbreken van het sociaal isolement belangrijker achten dan de patiënten zelf. In een Neder-

landse studie gingen De la Rie, Noordenbos, Donker en Van Furth (2008) de kwaliteit van eetstoornisbehandelingen na vanuit het perspectief van 73 therapeuten, 156 patiënten en 148 ex-patiënten. Ze vonden een grote overeenkomst tussen therapeuten en (ex-)patiënten wat betreft het proces en de structuur van de behandeling. Toch zijn er ook enkele significante verschillen gevonden: de therapeuten bleken meer geneigd de klemtoon te leggen op de afname van symptomen en het veranderen van het gedrag van de patiënt, terwijl patiënten vooral de therapeutische relatie hoog inschatten en meer inzicht in de onderliggende factoren wensen te verkrijgen.

We werden geïnspireerd door voorgaande studies, maar besloten toch niet tot een gewone replicatie ervan. Het onderzoek van De la Rie et al. (2009) maakte gebruik van een uitvoerige vragenlijst (zeventig items) waarin allerlei aspecten beoordeeld moesten worden als 'criterium van kwaliteit van behandeling', gaande van praktische factoren (bijvoorbeeld 'korte wachtlijsten') tot procesvariabelen (bijvoorbeeld 'vertrouwen in de therapeut'). Ook in het onderzoek van Vanderlinden et al. (2004) werden zowel doelstellingen als procesfactoren opgenomen (bijvoorbeeld 'steun van mijn therapeut'). We wilden ons beperken tot inhoudelijke factoren, die als thematische focus of doelstelling belangrijk worden geacht. Daarvoor selecteerden we uit beide onderzoeken de items die het meeste overeenstemden met deze opzet. Verder wilden we een veel ruimere groep hulpverleners en (ex-)patiënten bereiken, omdat beide voorgaande onderzoeken betrekking hadden op een vrij selectieve groep van deelnemers (veelal via gespecialiseerde therapeuten of behandelcentra). Naast een vergelijking van opvattingen wilden we ook nagaan of bepaalde kenmerken van hulpverleners en patiënten gerelateerd zijn aan het belang dat zij hechten aan een factor of element in de therapie.

METHODE

¶ Procedure

Voor dit onderzoek werden van 20 oktober tot 15 december 2010 via de KULeuven met het programma Limesurvey twee online *websurveys* opgezet: een voor hulpverleners en een voor (ex-)patiënten. Elke *survey* was opgebouwd uit twee delen. Eerst werd gevraagd naar enkele specifieke kenmerken van de invuller. In een tweede deel (identiek voor hulpverleners en patiënten) werd het belang dat men hecht aan vijftien factoren in therapie gepeild (gaande van 1 = 'helemaal niet belangrijk' tot 5 = 'zeer belangrijk'; zie bijlage). De data werden met het statistisch programma SPSS geanalyseerd.

¶ Deelnemers

► **HULPVERLENERS** Een e-mail met internetlink naar de vragenlijst en uitleg over het onderzoek werd verstuurd naar de verwijzers met wie de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen samenwerkt en ook naar de Nederlandse Academie Eetstoornissen en de Vlaamse Stichting Eetexpert.be, die elk via hun website de oproep verder hebben verspreid. Ook werd een verzoek tot deelname geplaatst op de hoofdpagina van de website van de Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen. In totaal hebben 158 hulpverleners de *websurvey* volledig ingevuld. Omdat het onmogelijk was te weten bij hoeveel hulpverleners de oproep is terechtgekomen, valt er geen responsgraad te berekenen. De kenmerken van de hulpverleners staan samengevat in tabel 1. De meerderheid (65%) heeft meer dan tien jaar ervaring in de hulpverlening en de meesten (57%) besteden minstens de helft van hun werktijd aan eetstoornissen. De grootste groep (41%) vormen de psychologen en de voorkeursmethode is cognitieve gedragstherapie (47%).

► **PATIËNTEN** Een e-mail met internetlink naar de vragenlijst en uitleg over het onderzoek werd verzonden naar e-mailadressen van (ex-)patiënten die op de therapieafdeling voor eetstoornissen van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen zijn behandeld in 2009 en 2010. De oproep werd verder verspreid via de Vereniging Anorexia Nervosa Boulimia Nervosa, de Nederlandse Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, het Nederlandse Ziezo, de website www.proud2bme.nl en de Anonieme Overeters Vlaanderen. In totaal hebben 181 (ex-)patiënten de *websurvey* volledig ingevuld. Omdat het ook hier onmogelijk was te weten bij hoeveel potentiële deelnemers de oproep was terechtgekomen, kon geen responsgraad worden berekend. Voor het gemak gebruiken we verder de verzamelterm 'patiënten'. Hun kenmerken staan samengevat in tabel 2. De gemiddelde leeftijd is 29 jaar en ongeveer de helft van de respondenten is tussen 20 en 30 jaar oud. De gemiddelde leeftijd waarop de eetstoornis aanving was 17 jaar. De meerderheid (63%) heeft zichzelf geplaatst in de categorie van anorexia nervosa. Bij 70% wordt de huidige situatie omschreven als verbeterd ten opzichte van het beginstadium van de eetstoornis. Meer dan de helft van de deelnemers is opgenomen geweest op een gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen. Op het moment van deelname aan het onderzoek was 65% van de deelnemers nog in behandeling.

TABEL 1
Kenmerken van de hulpverleners (n = 158)

Basisopleiding		Methode van behandeling	
Psychiatrie	10 (6%)	Cognitief gedrags	74 (47%)
Psychologie	64 (41%)	Patiëntgericht	9 (6%)
Verpleegkunde	24 (15%)	Psychodynamisch	7 (4%)
Geneeskunde	6 (4%)	Systeem	9 (6%)
Diëtisten	23 (15%)	Eclectisch	27 (17%)
Andere ^a	32 (19%)	Andere ^b	32 (20%)

Jaren ervaring		Keuze voor methode	
< 5 jaar	33 (21%)	Past bij eigen stijl	27 (17%)
5-10 jaar	24 (15%)	Beste uit ervaring	50 (31%)
10-20 jaar	46 (29%)	Volgens opleiding	31 (20%)
> 20 jaar	55 (35%)	Beste uit onderzoek	33 (21%)
		Andere reden ^c	17 (11%)

Tijd aan eetstoornissen		Samenwerkingsvoorkeur	
< 10%	25 (16%)	Diëtist	24 (15%)
10-20%	21 (13%)	Psychiater	31 (14%)
20-40%	22 (14%)	Psycholoog	50 (32%)
40-60%	21 (13%)	Huisarts	13 (8%)
> 60%	69 (44%)	Niemand	11 (7%)
		Andere ^d	38 (24%)

a 10% gaf geen opleiding op

b meerderheid 'diëtistisch' of 'voedingsbegeleiding'

c meestal 'methode van het team'

d meestal 'werkzaam in multidisciplinair team'

TABEL 2
Kenmerken van de (ex-)patiënten (n = 181)

Leeftijd		Aanvang eetstoornis	
< 22 jaar	44 (24%)	< 13 jaar	33 (18%)
22-26 jaar	48 (27%)	13-15 jaar	50 (28%)
27-35 jaar	45 (25%)	16-18 jaar	60 (33%)
> 35 jaar	44 (24%)	> 18 jaar	38 (21%)

Meest recente diagnose	
Anorexia nervosa restrictief	57 (31%)
Anorexia nervosa mengtype	58 (32%)
Boulimia nervosa	36 (20%)
Eetstoornis \ominus overgewicht	20 (11%)
Diagnose onduidelijk	10 (6%)

Toestand		Ooit opgenomen	
Genezen	20 (11%)	AZ/kinderziekenhuis	8 (4%)
Sterk beter	45 (25%)	Psychiatrische kliniek	18 (10%)
Verbeterd	63 (35%)	Afdeling eetstoornissen	96 (54%)
Onveranderd	41 (23%)	Geen opname	59 (33%)
Verslechterd	12 (6%)	Nog in behandeling	118 (65%)

RESULTATEN

Patiënten konden met een score van 1 (niet belangrijk) tot 5 (zeer belangrijk) aangeven hoe belangrijk bepaalde hulpverleners waren tijdens hun behandeling (zie tabel 3). De huisarts wordt wel vaak vermeld, maar scoort het laagst in belangrijkheid bij de behandeling van de eetstoornis. Dit komt overeen met de scores voor diëtisten. Ongeveer twee derde van alle patiënten vermeldt de psychiater en acht deze in het algemeen redelijk belangrijk (gemiddelde score van

3.2). Het meest vermeld (89%) en het belangrijkste geacht (score van 3.9) zijn de psychologen. Aangezien vele patiënten opgenomen zijn geweest wordt ook de verpleegkundige vermeld (60%) en deze staat dan in belangrijkheid op de derde plaats (gemiddelde 3.6). Bij de optie 'andere hulpverlener' wordt vooral verwezen naar personen uit de nabije omgeving, zoals ouders, partner of leerkracht, met daarbij de tweede hoogste score van belangrijkheid (3.8).

TABEL 3
Belangrijkheid van hulpverleners volgens patiënten (n = 181)

	Aantal ^o	Belang [*]
Psycholoog	88.9%	3.9
Huisarts	80.1%	2.4
Diëtist	79.5%	2.9
Psychiater	66.2%	3.2
Verpleegkundige	60.2%	3.5
Andere	40.3%	3.8

^o aantal keren vermeld

^{*} gemiddelde score (schaal van 1 tot 5)

Om een vergelijking te maken van opvattingen over belangrijkheid van therapiefactoren volgens hulpverleners en patiënten (tabel 4) werden de scores 4 en 5 samengenomen als 'belangrijk' tegenover 1 en 2 als 'onbelangrijk'. Voor de volgende factoren werden significante verschillen gevonden tussen beide groepen:

- ▶ Duidelijke afspraken maken over eten/gewicht ($\chi^2(2) = 11.895, p = .003$): hulpverleners beschouwen vaker deze factor als belangrijk (80.4%) dan patiënten (65.2%).
- ▶ Negatieve ervaringen uit het verleden verwerken ($\chi^2(2) = 14.289, p = .001$): patiënten vinden dit vaker belangrijk (72.9%) dan hulpverleners (53.1%).
- ▶ Eigen verantwoordelijkheid leren nemen ($\chi^2(2) = 8.846, p = .012$): dit is belangrijker voor hulpverleners (86.7%) dan voor patiënten (74.0%).
- ▶ Betere kennis verwerven over eetstoornissen ($\chi^2(2) = 22.327, p = .000$): dit wordt door hulpverleners veel vaker belangrijk bevonden (62.6%) dan door patiënten (37.6%).
- ▶ Bespreken van seksuele problemen ($\chi^2(2) = 14.088, p = .001$): dit is voor bijna de helft van de patiënten (48.1%) belangrijk, tegenover een derde van de hulpverleners (31%).

- ▶ Sociaal netwerk uitbreiden ($\chi^2(2) = 6.604, p = .037$): deze factor wordt vaker door de hulpverleners belangrijk geacht (68,3%) dan door de patiënten (59,1%).
- ▶ Inzicht verkrijgen in de oorsprong van de eetstoornis ($\chi^2(2) = 8.890, p = .012$): dit is voor patiënten vaker belangrijk (61,3%) dan voor hulpverleners (51,3%).
- ▶ Leren genieten van eten ($\chi^2(2) = 11.203, p = .004$): dit wordt vaker door patiënten belangrijk beschouwd (65,2%) dan door hulpverleners (48,7%).

Vergelijken we de percentages 'belangrijke' therapiefactoren, dan neigen hulpverleners tot algemeen hogere scores, maar bij de volgorde (zie tabel 5) staan dezelfde drie factoren vooraan als bij de patiënten: [1] 'emoties leren uiten', [2] 'positief lichaamsbeeld bevorderen', en [3] 'zelfkritiek corrigeren'. Op de vierde plaats voor hulpverleners staat het 'verantwoordelijkheid leren nemen' terwijl patiënten hier 'lichamelijk ontspannen' plaatsen. 'Opkomen voor eigen mening' is ongeveer even belangrijk, maar hulpverleners hechten meer belang aan 'afspraken over eten en gewicht', waar dit lager scoort voor patiënten, die voorrang geven aan 'perfectionisme aanpakken'.

Vervolgens werden de verkregen antwoordpercentages vergeleken met een chikwadraattoets in functie van de (tot categorieën geconverteerde) kenmerken van de deelnemers. We bespreken enkel de significante effecten.

- ▶ De basisopleiding van de hulpverlener heeft een significant effect op de factor 'sociaal netwerk uitbreiden', wat vooral door psychologen belangrijk wordt beschouwd ($\chi^2(10) = 20.653, p = 0.024$); en op het 'leren genieten van eten', wat vooral door diëtisten belangrijk wordt geacht ($\chi^2(10) = 20.336, p = .013$).
- ▶ Het aantal jaren ervaring in de hulpverlening heeft een significant effect op de factor 'sociaal netwerk uitbreiden' ($\chi^2(6) = 13.413, p = .037$), waarbij de groep met minder dan vijf jaar werkervaring dit globaal minder belangrijk acht.
- ▶ De werktijd gespendeerd aan eetstoornissen heeft een significant effect op de factor 'leren genieten van eten' ($\chi^2(6) = 13.413, p = .037$), waarbij de groep met de meeste werktijd dit minder belangrijk vindt.
- ▶ De huidige leeftijd van patiënten heeft een significant effect op drie factoren, telkens in de zin dat de globale mate van belangrijkheid afneemt naarmate de patiënten ouder zijn: 'werken aan de relatie met de ouders en/of partner' ($\chi^2(6) = 17.443, p = .008$); 'negatieve ervaringen uit het verleden verwerken' ($\chi^2(6) = 23.815, p = .001$); 'seksuele problemen bespreken' ($\chi^2(6) = 14.667, p = .023$).

- ▶ De leeftijd bij aanvang van de eetstoornis heeft een significant effect op het 'leren opkomen voor eigen mening' ($\chi^2(6) = 13.202, p = .04$), wat bij vroege aanvang het belangrijkste wordt geacht, terwijl de factor 'seksuele problemen bespreken' minder belangrijk wordt geacht bij aanvang voor 15 of na 19 jaar ($\chi^2(6) = 17.660, p = .007$).
- ▶ De diagnose heeft een significant effect op vier factoren: patiënten met restrictieve anorexia nervosa en patiënten met overgewicht hechten het meeste belang aan het 'maken van duidelijke afspraken over eten en gewicht' ($\chi^2(8) = 23.347, p = .003$); patiënten met restrictieve anorexia nervosa of boulimia nervosa hechten het meeste belang aan het 'werken aan de relatie met ouders en/of partner' ($\chi^2(8) = 22.89, p = .004$); het 'leren opkomen voor eigen mening' wordt door alle anorexia-nervosapatiënten als belangrijk genoemd ($\chi^2(8) = 23.332, p = .003$); het 'leren genieten van eten' wordt relatief het belangrijkste bevonden door patiënten met overgewicht en patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve type ($\chi^2(8) = 20.970, p = .009$).
- ▶ Het feit ooit opgenomen te zijn geweest heeft een significant effect op de factor 'uitbreiden van sociaal netwerk' ($\chi^2(6) = 23.257, p = .001$), wat vooral belangrijk wordt gevonden door patiënten die opgenomen zijn in een gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen of in een psychiatrische kliniek; de factor 'leren opkomen voor eigen mening' wordt het minst belangrijk gevonden door patiënten die nooit opgenomen zijn geweest ($\chi^2(6) = 20.257, p = .002$).

TABEL 4
Belangrijkheid van therapiefactoren volgens hulpverleners en patiënten
(scores in percentages)

	Hulpverleners			Patiënten			p
	-	0	+	-	0	+	
Afspraken over eten en gewicht	9.5	10.1	80.4	11.1	23.7	65.2	**
Perfectionisme aanpakken	3.8	16.5	79.7	5.5	15.5	79.0	
Relatie ouders/partner verbeteren	6.3	26.6	67.1	13.7	26.0	60.3	
Emoties leren uiten	0.6	5.1	94.3	1.6	7.8	90.6	
Negatieve ervaringen verwerken	10.7	36.2	53.1	6.6	20.5	72.9	**
Positief lichaamsbeeld bevorderen	2.5	5.1	92.4	3.3	9.9	86.8	
Verantwoordelijkheid leren nemen	1.9	11.4	86.7	5.5	20.5	74.0	*
Betere kennis over eetstoornissen	11.5	25.9	62.6	24.3	38.1	37.6	**
Opkomen voor eigen mening	1.9	13.3	84.8	5.0	19.8	75.2	
Seksuele problemen bespreken	20.9	48.1	31.0	22.6	29.3	48.1	**
Sociaal netwerk uitbreiden	5.1	26.6	68.3	12.7	28.2	59.1	*
Inzicht in oorsprong van eetstoornis	13.9	34.8	51.3	18.2	20.4	61.3	*
Leren genieten van eten	13.3	38.0	48.7	12.7	22.1	65.2	**
Lichamelijk ontspannen	1.3	22.8	75.9	3.4	13.7	82.9	
Zelfkritiek corrigeren	2.5	9.5	88.0	2.8	11.0	86.2	

- = score 1 @ 2 ('onbelangrijk')

0 = score 3 ('neutraal')

+ = score 4 @ 5 ('belangrijk')

chikwadraattoets: * $p < .05$; ** $p < .005$

TABEL 5
Tien belangrijkste therapiefactoren (in dalende orde) volgens hulpverleners en patiënten

Hulpverleners	Patiënten
1 Emoties leren uiten	
2 Positief lichaamsbeeld	
3 Zelfkritiek corrigeren	
4 Verantwoordelijkheid leren nemen	4 Lichamelijk ontspannen
5 Opkomen voor eigen mening	5 Perfectionisme aanpakken
6 Afspraken over eten en gewicht	6 Opkomen voor eigen mening
7 Perfectionisme aanpakken	7 Verantwoordelijkheid leren nemen
8 Lichamelijk ontspannen	8 Negatieve ervaringen verwerken
9 Sociaal netwerk uitbreiden	9 Afspraken over eten en gewicht
10 Relatie ouders/partner verbeteren	10 Leren genieten van eten

BESPREKING

Met onze enquête hebben we een grote en diverse groep respondenten kunnen bereiken. De meerderheid van de 181 patiënten behoort tot de groep anorexia nervosa. Als hulpverleners vermelden ze het meest (89%) de psychologen en geven deze ook de hoogste score van belang bij hun behandeling. Bij de 158 deelnemende hulpverleners, van wie de meerderheid meer dan tien jaar ervaring heeft, wordt ook de grootste groep (41%) gevormd door psychologen, die vaak als voorkeursmethode cognitieve gedragstherapie vermelden. Gezien deze overeenkomstige cijfers is een vergelijking tussen hulpverleners en patiënten boeiend, ook al zullen we verderop enige bedenkingen formuleren bij de representativiteit. Globaal kunnen we stellen dat er heel wat overeenkomsten zijn tussen de opvattingen van hulpverleners en die van patiënten. Naar volgorde van belangrijkheid staan dezelfde drie therapiefactoren vooraan bij beide groepen: emoties leren uiten, positief lichaamsbeeld bevorderen en zelfkritiek corrigeren. Tot de top drie belangrijkste therapiefactoren in het onderzoek van Vanderlinden et al. (2004) horen zowel bij hulpverleners als patiënten het positief waarderen van het eigen lichaam en het leren uiten van mening/gevoelens,

maar bij hulpverleners scoort het doorbreken van het isolement hoger, terwijl patiënten meer inzicht willen verwerven in de oorsprong van hun eetproblemen. De hulpverleners in ons onderzoek hechten meer belang aan: duidelijke afspraken maken over eten/gewicht, eigen verantwoordelijkheid leren nemen, betere kennis verwerven over eetstoornissen en sociaal netwerk uitbreiden. Daartegenover vinden patiënten belangrijker: negatieve ervaringen uit het verleden verwerken, bespreken van seksuele problemen, inzicht verkrijgen in de oorsprong van de eetstoornis en leren genieten van eten.

De belangrijkheid van twee factoren verschilt naargelang enkele kenmerken van de hulpverleners: het sociaal netwerk uitbreiden is vooral belangrijk voor psychologen en hulpverleners met minder dan vijf jaar praktijkervaring; leren genieten van eten wordt vooral door diëtisten benadrukt en heeft het minste belang voor hulpverleners die het grootste deel van hun werktijd aan eetstoornissen besteden. Allerlei patiëntkenmerken blijken een invloed te hebben op hun opvattingen. De diagnose heeft een significant effect op vier factoren: patiënten met restrictieve anorexia nervosa en patiënten met overgewicht hechten meer belang aan het maken van duidelijke afspraken over eten en gewicht en aan het leren genieten van eten; patiënten met restrictieve anorexia nervosa of boulimia nervosa vinden het werken aan de relatie met ouders en/of partner belangrijker; het leren opkomen voor eigen mening wordt vooral door anorexia-nervosapatiënten als belangrijk genoemd. Naarmate de patiënten ouder zijn, hechten ze minder belang aan het werken aan de relatie met de ouders en/of partner, het verwerken van negatieve ervaringen uit het verleden en het bespreken van seksuele problemen. Als patiënten ooit opgenomen zijn geweest hechten ze meer belang aan het uitbreiden van hun sociaal netwerk, terwijl zij die nooit in een kliniek verbleven, het leren opkomen voor eigen mening als minder belangrijk beschouwen.

Hier moeten we wel enkele bedenkingen uiten over het eigen en toekomstig onderzoek. Uiteraard betreft het selectieve steekproeven van deelnemers en moeten we voorzichtig blijven met het generaliseren van de bevindingen. In onze studie zijn opvallend veel anorexiapatiënten met een geschiedenis van kliniekopname. Ook vormen cognitief gedragstherapeutisch georiënteerde psychologen een groot deel van de groep hulpverleners. Dit zal de resultaten zeker gekleurd hebben en daarom is het belangrijk te streven naar voldoende representativiteit van de respondenten. Verder mogen we de invloed van 'sociaal wenselijke antwoorden' niet onderschatten: de opvattingen stemmen mogelijk niet echt overeen met de toegepaste praktijk. Daarbij is het wellicht een betere methode, zoals voorgesteld in het onderzoek van Vanderlinden et

al. (2004), de therapiefactoren door de respondenten te laten rangschikken naar volgorde van belangrijkheid zodat ze een voorkeur moeten uitspreken. Uit gemiddelde scores van ons onderzoek kunnen we immers vaststellen dat de grote meerderheid van de hulpverleners en patiënten geneigd is aan vele factoren een belangrijke score toe te kennen. Het laten rangschikken van de factoren kan de variatie in opvattingen mogelijk beter in kaart brengen. Anderzijds zou het boeiend kunnen zijn om bij lopende therapieën zowel therapeut als patiënt te bevragen en eventuele discrepanties in opvattingen of verwachtingen te toetsen aan (on)tevredenheid over het verloop van de behandeling.

We vinden enkele opvallende verschillen in opvattingen, vergelijkbaar met de bevindingen in het onderzoek van Vanderlinden et al. (2004) en dat van De la Rie et al. (2008): de resultaten suggereren dat therapeuten het belang van de therapie meer cognitief en gedragsmatig (kennis, verantwoordelijkheid, afspraken) evalueren en de patiënten meer gevoelsmatig-relationeel (ervaringen, relaties, begrijpen). Ongeacht protocollen en richtlijnen zijn het in de praktijk toch therapeut en patiënt die samen bepalen hoe de behandeling er uiteindelijk uit komt te zien. Als hierover onvoldoende overeenstemming bestaat, is de kans groot dat patiënten vroegtijdig afhaken. Zo'n drop-out wordt vaak als een negatief therapieresultaat beschouwd en niet zelden toegeschreven aan patiëntkenmerken, waaronder vooral bij eetstoornissen een verondersteld gebrekkige motivatie tot verandering. In werkelijkheid kan een 'drop-out' een signaal zijn van een problematische werkrelatie in de therapie en een daaraan gekoppeld vertrouwensprobleem (Vandereycken & Devidt, 2010). Voor en tijdens de behandeling kan de therapeut beter regelmatig de verwachtingen peilen: zitten we nog op dezelfde golflengte of moeten we de focus van de therapie bijsturen? De in de bijlage opgenomen lijst van therapiefactoren zou hierbij een nuttig werkinstrument kunnen zijn. Hier kan het bovendien erg leerrijk zijn dat zowel therapeut als patiënt inschat welk belang de andere partij in hun ogen hecht aan dezelfde therapiefactoren. Hierdoor kunnen ook verkeerde percepties van elkaars opvattingen gecorrigeerd worden! Ondanks meningsverschillen kunnen patiënt en therapeut dan naar een gezamenlijk doel toewerken, omdat beide partijen voldoende verwachtingen gemeenschappelijk hebben.

PROF.DR. WALTER VANDEREYCKEN is buitengewoon hoogleraar aan de KULeuven en hoofd van de afdeling eetstoornissen van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen.

DRS. GUNTHER HEYMANS, klinisch psycholoog, studeerde in 2011 af aan de KULeuven met een masterproef over het onderwerp van dit artikel.

Referenties

- Noordenbos, G. & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 14, 41-54.
- Petterson, G. & Rosenvinge, J.H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 61-71.
- Rie, S.M. de la, Noordenbos, G., Donker, M. & Furth, E.F. van (2008). The quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapist's and the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 307-317.
- Vandereycken, W. & Devidt, K. (2010). Dropping out from a specialized inpatient treatment for eating disorders: The perception of patients and staff. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 18, 140-147.
- Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (Red.). (2008). *Handboek eetstoornissen* (2de herziene druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanderlinden, J., Buis, H. & Pieters, G. (2004). Welke behandeldoelstellingen vinden eetstoornispatiënten belangrijk in hun genezingsproces van eetstoornissen? Een vergelijking van het perspectief van patiënten en hulpverleners. *Directieve Therapie*, 24, 175-194.

BIJLAGE BEOORDELING VAN THERAPIEFACTOREN

In de behandeling van patiënten/cliënten met een eetstoornis zijn de volgende factoren belangrijk voor een goed therapieresultaat:

Geef telkens een score van 1 (niet belangrijk) tot 5 (heel belangrijk).

- 1 Duidelijke afspraken over eten en gewicht
- 2 Aanpakken van perfectionisme of prestatiedrang
- 3 Relatie met ouders of partner verbeteren
- 4 Emoties leren uiten
- 5 Negatieve ervaringen uit het verleden verwerken
- 6 Een positief lichaamsbeeld bevorderen
- 7 Eigen verantwoordelijkheid leren nemen
- 8 Betere kennis verwerven over eetstoornissen
- 9 Leren opkomen voor eigen mening
- 10 Bespreken van seksuele problemen
- 11 Sociaal netwerk uitbreiden
- 12 Inzicht in de oorsprong van de eetstoornis
- 13 Leren genieten van eten
- 14 Lichamelijk kunnen ontspannen
- 15 Zelfkritiek corrigeren