Stappenplan

Eetstoornissen voor de gespecialiseerde eerstelijnspsycholoog (G-ELP)

Eetexpert, 2023

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

RIZIV

Eetexpert
Kenniscentrum eet- en gewichtsproblemen

Stappenplan eetstoornissen voor de gespecialiseerde eerstelijnspsycholoog (G-ELP)

Dit draaiboek wil ondersteuning bieden aan de G-ELP medewerker bij de herkenning en behandeling van mensen met signalen van een eetstoornis, meer concreet anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis of een variant daarvan. Bij elk onderdeel zullen ook verwijzingen aangebracht worden naar basiskennis en uitbreidingsmateriaal.

Referentie: Eetexpert (2023). *Draaiboek G-ELP: Eetstoornissen.* Met steun van de Federale Overheidsdiensten binnen de conventie eerstelijnspsychologische zorg. Verkrijgbaar via Eetexpert.be vzw

Op **deze pagina** vind je telkens de geüpdate informatie in verband met het zorgtraject eetstoornissen en obesitas.

Inhoudstafel:

Inhoudstafel: 2
Deel 1: Kenniskaders 3
Eetproblemen en eetstoornissen: een continuüm 3
Van haperend eetgedrag tot eetstoornissen 3
Een eetstoornis heeft een invloed op de hele groei van een persoon 6
Noodzaak aan multidisciplinair samenwerken 12
Diëtist 12
Huisarts 13
G-ELP psycholoog 13
De G-ELP in het stepped care model van eetproblemen en eetstoornissen 14
Verklaringsmodellen 16
Deel 2: Concrete handvaten in de G-ELP praktijk 20
Ernst inschatten 20
Diagnostiek 21
Gedragsdiagnose 21
Testmateriaal 21

Hetero- en ontwikkelingsanamnese 24
Behandeling 24
Psycho-educatie 25
Invoegen en motiveren 25
Individueel behandeltraject 29
Gezinsbegeleiding 37
Groepsbehandeling 47
Terugvalpreventie 48
Referenties 50

Deel 1: Kenniskaders

Eetproblemen en eetstoornissen: een continuüm

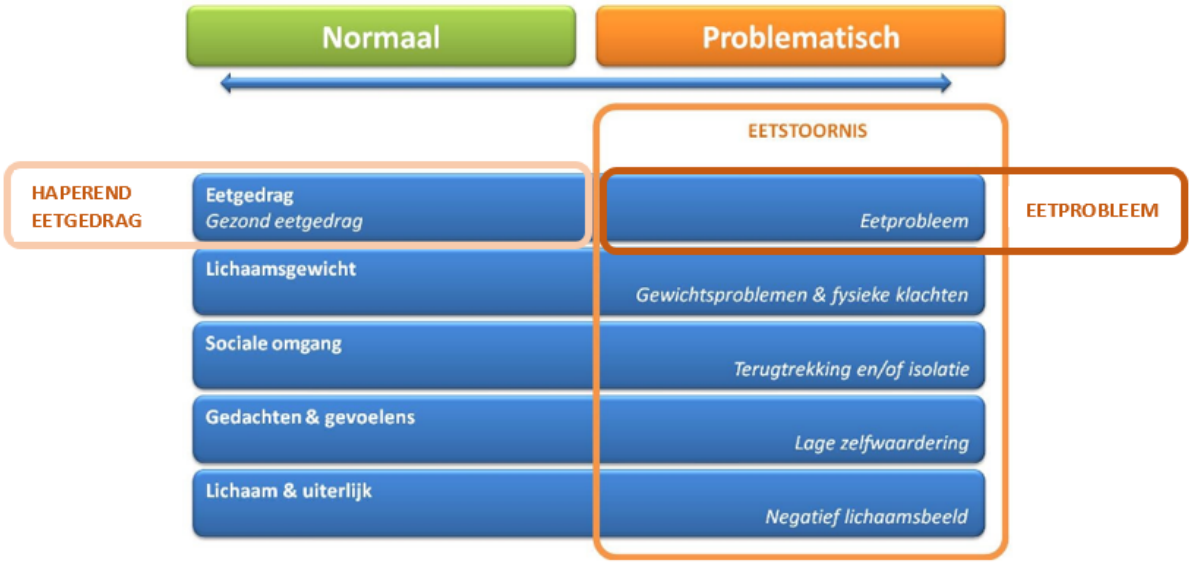
Van haperend eetgedrag tot eetstoornissen

In de literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen normaal eetgedrag, haperend eetgedrag, eetproblemen en eetstoornissen:

- Een normaal eetgedrag uitbouwen dient gezien te worden als een van de groeitaken binnen de ontwikkeling. Per leeftijdsfase komen ook rond het domein voeding en eten specifieke ontwikkelingstaken op ons af. Denk maar aan neofobie bij kleuters, ontwikkeling van een breed smaakpallet, gewoon worden aan verschillende densiteit en bereidingswijzen, ontwikkeling van de regulatie mbt hoeveel genoeg is, maar ook eigen snackgedrag reguleren is een groeitaak bij tieners,… Meer info over de ontwikkeling van normaal eetgedrag, kan je vinden op **deze pagina** en in **de groeiwijzer**.
- Veel kinderen en jongeren maken tijdelijke haperingen door in de ontwikkeling van hun eetgedrag. Meestal zijn die te plaatsen binnen een normaal ontwikkelingstraject. Ook fluctuaties in de voedselinname zijn eigen aan de ontwikkeling van het kind en vallen niet onder de noemer ‘eetproblemen’ of ‘eetstoornissen’. Deze haperingen in het eetgedrag kunnen aangemeld worden binnen een behandeltraject bij de B-ELP. Meer informatie kan teruggevonden worden in het B-ELP basisdraaiboek (mei 2023)
- Een ‘eetprobleem’ is een verstoring in het gezonde eetgedrag, waardoor het eetgedrag niet meer ontspannen en natuurlijk verloopt. Voorbeelden zijn te veel eten, lijngedrag, maaltijden overslaan en eetbuien. Een eetprobleem kan op zichzelf staan maar ook kaderen binnen een eetstoornis.
- Een ‘eetstoornis’ bevat verschillende componenten. Hierbij is er niet alleen sprake van een verstoring in het eetgedrag aan tafel (een eetprobleem), maar het

eetprobleem heeft ook impact op andere groeithema's; bv. het zorgt ook voor problemen in sociale omgang, in gedachten en gevoelens (bijv. een laag zelfbeeld), fysieke problemen (zoals een te laag of te hoog lichaamsgewicht) en een negatief zelf- en lichaamsbeeld.

Meer informatie en referenties omtrent de begrippen eetproblemen, eetstoornissen en gewichtsproblemen is terug te vinden in **het basisdraaiboek**. Meer informatie over de prevalentie van eetstoornissen is terug te vinden op **deze pagina** in het basisdraaiboek. Normaal eetgedrag, haperingen in het eetgedrag, eetproblemen en eetstoornissen kunnen op een continuüm geplaatst worden. De onderstaande figuur geeft een overzicht:

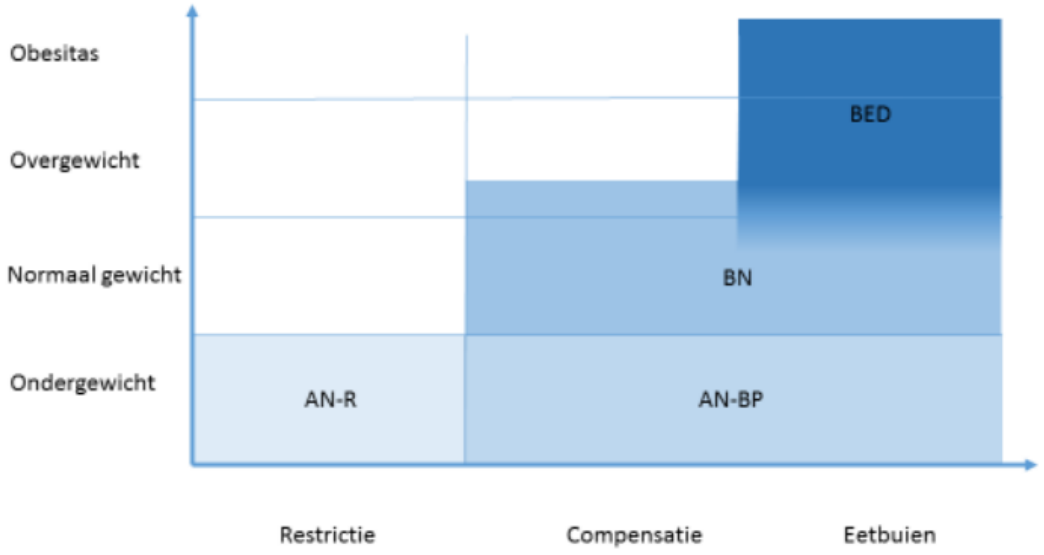


Figuur 1: continuüm van eetproblemen en eetstoornissen

De DSM-5 beschrijft binnen de categorie 'Voedings- en eetstoornissen' zes stoornissen: pica, ruminatiestoornis, vermijdend/restrictieve voedselinnamestoornis, anorexia nervosa (AN) met twee subtypes (een restrictief type (AN-R) en een eetbuien/purgerend type (AN-BP, binge/purge)), boulimia nervosa (BN) en de eetbuistoornis (BED). De grootste groep betreft echter de categorie 'andere gespecificeerde voedings- of eetstoornissen', die gekenmerkt worden door een deel van de symptomen van AN, BN of BED, maar waarvan het klinisch beeld niet minder ernstig hoeft te zijn (APA, 2014). Pica, ruminatiestoornis en vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis zijn eetstoornissen die voornamelijk bij kinderen worden gediagnosticeerd, anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis vooral vanaf de adolescentie.

Samengevat: AN-R wordt gekenmerkt door restrictief eetgedrag en een sterke controledrang. Bij AN-BP en BN, zien we twee verstoorde eetgedragingen, namelijk purgeergedrag en eetbuien. Bij de BED zien we enkel eetbuien, zonder compensatiegedrag (APA, 2014). De aard van de eetbuien verschilt wel enigszins. Bij AN-BP gaat het eerder over subjectieve eetbuien, waarbij er controleverlies is maar de hoeveelheid voedsel die gegeten wordt géén objectief grote hoeveelheid is. Bij BN en de BED gaat het om objectieve eetbuien, waarbij er controleverlies optreedt én een objectief grote hoeveelheid voedsel wordt gegeten (Goossens, Jansen, Braet, 2014).

Eetstoornissen kunnen gepaard gaan met ondergewicht, een normaal gewicht of met overgewicht/obesitas. Bij AN is er ondergewicht, BN kan voorkomen bij een normaal gewicht of kan gepaard gaan met overgewicht, de BED gaat vaak gepaard met overgewicht of obesitas. Verder zien we bij al deze eetstoornissen een verstoord lichaamsbeeld, waarbij de zelfevaluatie overdreven beïnvloed wordt door het gewicht en de lichaamsvormen (Goossens et al., 2014). Onderstaande figuur geeft de kernsymptomen, alsook de verhouding ten aanzien van gewicht weer.



Figuur 2: Kernsymptomen & gewicht als dimensie voor eetstoornissen

Meer informatie omtrent de typologie van eetstoornissen volgens de DSM-5 is terug de vinden in **het basisdraaiboek**.

Een eetstoornis heeft een invloed op de hele groei van een persoon

Een eetstoornis uit zich niet enkel in gewicht/ somatische klachten en moeilijkheden aan de eettafel maar ook in het denken rond gewicht en lichaamsvormen, via psychologische problemen, sociale isolatie, extreem beweeggedrag. Als hulpverlener is het belangrijk om op elk van deze domeinen signalen te kunnen opvangen, alsook om deze actief te bevragen.

In de onderstaande tabel kan je een kort overzicht vinden van mogelijke signalen op verschillende (levens)domeinen. Echter, dit is geen allesomvattende tabel. Uitgebreidere info kan teruggevonden worden in **het basisdraaiboek**, **op de website (intrapsychische impact)** en op **deze checklist**.

Lichamelijke signalen	• Verandering in gewicht: afnemen of toenemen • Somatische klachten: hoofdpijn, vermoeidheid, menstruatie die uitblijft, koud hebben, slaapproblemen, …
Voeding en eetgedrag	• Overdreven bezig zijn met voeding • Dagstructuur staat in het teken van eetmomenten • Te weinig of te veel eten • Preoccupatie met voeding: zwart-wit denken • Rituelen rond eten ontwikkelen (vb. voeding in bepaalde volgorde opeten) • Eten in bijzijn van anderen vermijden • Selectief eten • Niet luisteren naar honger- en verzadigingsgevoel
Beweeggedrag	• Overdreven veel bewegen en sporten • Rigiditeit in frequentie en duurtijd beweging: wordt alsmaar intensiever • In dagelijks leven sedentair gedrag vermijden
Psychologische signalen	• Overdreven gevoelens van controle • Negatief zelfbeeld en lichaamsbeeld • Het extreme lijngedrag wordt de kern van de identiteit • Angst om dik te worden • Body – checking voor de spiegel • Perfectionisme, faalangst

	• Somberheid
Sociale signalen	• Sociaal isolement • Eenzaamheid • Problemen op school / werk • Financiële problemen ➔ stelen van voedsel of geld (bv. voor eetbuiten)

Meer informatie rond elk van deze symptomen kan teruggevonden worden op **onze infodesk**.

Lichamelijke gevolgen

AN wordt gekenmerkt door een ondergewicht en ondervoeding. Ondervoeding (via lijngedrag en/of purgeergedrag) is de grootste oorzaak voor de beginnende lichamelijke symptomen bij AN. De ondervoeding verstoort het metabolisme van een persoon: het lichaam past zijn energieverbruik aan aan de beperkte voedselinname. De verlaagde stofwisseling van het lichaam die dan ontstaat is een beschermingsfunctie van het lichaam (Rosen, 2010). Echter, wanneer deze verlaagde stofwisseling langdurig aanwezig blijft, slaagt het lichaam er niet langer in om de ondervoeding te compenseren en ontstaan er lichamelijke klachten (Scanelli, Schlagenauf & Degli Esposti, 2013; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Trimbos-instituut, 2006). Een aantal voorbeelden zijn: de lichaamstemperatuur kan niet op peil gehouden worden, onze organen werken minder goed, ons honger- en verzadigingsgevoel is ontregeld en er kan osteoporose ontwikkeld worden ten gevolge van hormonale veranderingen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Trimbos-instituut, 2006). Deze lichamelijke symptomen zijn vaak omkeerbaar wanneer het eetgedrag zich normaliseert en herstelt. Ondervoeding is niet alleen terug te vinden bij cliënten met ondergewicht. Ook cliënten met een normaal gewicht of overgewicht kunnen te maken krijgen met ondervoeding omwille van een onevenwichtig eetpatroon of compensatiegedrag, waardoor ze niet voldoende voedingsstoffen innemen.

Mogelijke somatische klachten ten gevolge van ondervoeding:

- Pre-pubertair kan de menarche uitgesteld worden. Bij oudere cliënten kunnen menstruatiestoornissen optreden. Amenorroe kan optreden vóór gewichtsverlies, en de menstruatie hervat niet altijd bij gewichtsherstel.
- Daling van het basaal metabolisme: de ademhaling en de hartslag worden trager (een polsslag van minder dan 60 per minuut) en de bloeddruk daalt. Als gevolg hiervan voelen cliënten zich dikwijls erg moe, duizelig, lusteloos.

- Het verlaagde metabolisme speelt ook een rol bij gastro-intestinale problemen. Vertraagde maaglediging en spijsvertering dragen bij aan een opgeblazen gevoel bij de cliënten en constipatie. Dit kan het herstel van een normaal voedingspatroon hinderen.
- Doordat de stofwisseling vertraagt, daalt de lichaamstemperatuur. Hierdoor kunnen de handen en de voeten blauw kleuren en koud aanvoelen.
- Bij een slechte voedingstoestand ziet men uitdroging van de huid en verstoring van de haargroei: het hoofdhaar valt gemakkelijk uit, terwijl elders sprake is van een donsachtige beharing (gezicht, armen, borst en rug).
- Door de eenzijdige of beperkte voedselinname kan constipatie optreden. De cliënt kan dan grijpen naar laxeermiddelen, met mogelijk misbruik hiervan wat de constipatie nog erger maakt.

In onderstaande tabel staan merkbare risico's weergegeven van ondervoeding, op zowel korte als lange termijn.

Merkbare risico's op korte termijn	**Merkbare risico's op lange termijn**
Hypoglycemie • = Te laag suikergehalte in het bloed • Symptomen: zweten, trillen, verwardheid, duizeligheid, slecht zien, hoofdpijn, irritatie	Groeivertraging Uitblijven van de lengtegroei
Uitdroging • Cliënten beperken vaak ook vochtinname naast voedselinname • Gevolg: nierschade • Symptomen: droge mond, bloeddrukval bij opstaan, duizeligheid, flauwvallen	Hormonale veranderingen leiden tot • Stoornissen in de puberteitsontwikkeling • Vruchtbaarheidsproblemen
Tekort aan natrium	Blijvende osteoporose

• Cliënten drinken soms teveel water om hongergevoel te 'doden' • Natrium daling	
Cardiovasculaire problemen • Lage bloeddruk en hartslag • Kunnen aanleiding geven tot hartgeleidingsproblemen	Veranderingen in de hersenen

Bronnen: Athey, 2003; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Trimbos-instituut, 2006; Rosen, 2010; Vandereycken & Noordenbos, 2008.

Ook purgeergedrag kent heel wat somatische gevolgen. Er wordt in het algemeen een onderscheid gemaakt tussen 3 vormen van purgeergedrag: braken, misbruik van laxeermiddelen, en misbruik van diuretica.

- Door braken, laxeren en gebruik van diuretica ontstaan stoornissen in de elektrolytenhuishouding, in het bijzonder een tekort aan kalium. Dit kan leiden tot nier- en leverbeschadiging, spierkrampen en hartritmestoornissen en tot hartfalen. Het kaliumgehalte moet zeker gecheckt en opgevolgd worden door een arts bij elk vermoeden van purgeergedrag.
- Door braken en laxeren gaat er veel vocht verloren. Dit kan leiden tot uitdrogingsverschijnselen (duizeligheid en flauwvallen) en ook tot oedeem *(= vochtophoping)*. Gebruik van diuretica leidt ook tot uitdroging en tot oedeem en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer plasmiddelen innemen.
- Veelvuldig laxeren leidt tot constipatie en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer laxeren.
- Het herhaaldelijk contact met het zure braaksel tast het gebit, de keel en de slokdarm aan. Gevolg: aantasting tandglazuur, ontstekingen, keelpijn, heesheid, …

Ook eetbuien gaan gepaard met heel wat somatische klachten. Zo kunnen eetbuien maag- en darmklachten veroorzaken, zoals een opgeblazen gevoel, buikpijn, maagzweren en zweren van de dunne darm. Ook ontsteking van de slokdarm is een mogelijk gevolg. Deze aandoeningen kunnen ernstig zijn (acute maagverwijding of scheur van de maagwand) en kunnen in sommige gevallen (pancreatitis) dringend medisch handelen vereisen. Opvolging door een arts is dan ook altijd aangewezen.

Hoewel de lichamelijke opvolging door de arts essentieel is bij de opvolging van eetstoornissen, zijn de meeste klachten omkeerbaar bij herstel van eetgedrag en normalisatie van het gewicht. Gelukkig sterven niet veel jongeren aan de medische impact van eetstoornissen. Een verhoogd sterftecijfer zien we bij de groep cliënten met een langdurige ziektegeschiedenis, middelenmisbruik, laag gewicht en slecht psychosociaal functioneren (Franko, et al., 2013). AN-cliënten sterven voornamelijk aan natuurlijke oorzaken die nauw samenhangen met hun eetstoornis (zoals circulatiestilstand, cachexia, orgaanfalen, infectie), maar bij 1 op de 5 personen met AN die sterft, is dit ten gevolge van suïcide (Arcelus et al., 2011). Bij alle eetstoornisdiagnoses is er een verhoogd risico op suïcide (Fichter & Quadflieg, 2016).

Meer informatie over het somatische luik van eetstoornissen kan teruggevonden worden via **in de infodesk op onze website**.

Psychologische gevolgen en psychiatrische comorbiditeit

De ondervoeding geeft ook gevolgen op vlak van denken, voelen en gedrag:

- Bepaalde gedragsmatige symptomen van anorexia nervosa zoals bewegingsdrang, onderdrukking van de eetlust, slaapstoornissen en verminderd libido kennen hun oorsprong in de lichamelijke adaptatie aan de ondervoeding.
- Ondervoeding geeft ook (reversibele) cognitieve effecten: vertraagde informatieverwerking, moeilijkheden met het korte termijn geheugen, verminderde cognitieve flexibiliteit, concentratieverlies en aandachtsproblemen, alsook obsessief denken aan eten (kan lang aanwezig blijven).
- Ook depressieve symptomen en angstklachten worden uitgelokt door het effect van ondervoeding op de werking van de hersenen.

Verschillende studies geven aan dat er een significante overlap is tussen eetstoornissen en ontwikkelingsstoornissen, en dat deze comorbiditeit van invloed kan zijn op de behandeling en prognose van de cliënt (Huke et al., 2013). Zo voldoet naar schatting een kwart van volwassen vrouwen met AN aan de criteria van autismespectrumstoornis (Anckarsäter, et al., 2012; Wentz, et al., 2009; Nielsen et al., 2015) en vertonen cliënten met BN vaak symptomen van ADHD (Seitz et al., 2013).

Eetstoornissen gaan vaak samen met andere psychische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Hudson et al, 2007; Godt, 2002). Volgens een Europese studie rapporteert meer dan 70% van de individuen met een eetstoornis comorbide stoornissen (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Uit onderzoek blijkt bv. dat tussen 40% en 60% van de cliënten met een eetstoornis aan zelfverwonding doet (Claes et al., 2014; Peebles, Wilson, & Lock, 2011). Dit komt iets vaker voor bij cliënten met eetbuien en pureergedrag (AN-BP en BN; Riley et al., 2016). BN wordt ook vaker geassocieerd met problemen van middelenmisbruik en AN met obsessief-compulsieve symptomen (Krug et al., 2009; Turner et al., 2014).

Meer informatie over eetstoornissen en hun comorbiditeiten (psychologisch en ontwikkelingsstoornissen) kan teruggevonden worden via **in de infodesk op onze website**.

Sociale gevolgen

Het hebben van een eetstoornis heeft een belangrijke impact op iemands leven. Door de obsessie met voedsel, het eigen lichaamsbeeld en het eigen gewicht neemt de belangstelling voor andere zaken vaak sterk af en kan sociaal isolement ontstaan. Mensen met een eetstoornis voelen zich vaak sociaal ongewenst en onkundig en het verstoord eetgedrag kan gaan fungeren als een manier om zich sociaal aanvaard te voelen (Anckarsäter et al.,2012; Wentz et al., 2009).

Een eetstoornis heeft vaak invloed op de rolprestaties van cliënten thuis, op school en/of op het werk (Preti et al., 2009). Tijdens de adolescentie ontwikkelen jongeren onafhankelijkheid van hun ouders en zoeken ze steun en gezelschap bij leeftijdsgenoten. Bij jonge cliënten met een eetstoornis wordt dit ontwikkelingsproces onderbroken en dit gaat vaak gepaard met academische problemen en slechte sociale relaties (Bühren et al., 2014).

Maar de eetstoornis is het sterkst voelbaar in de directe omgeving van de cliënt(e). Bij jongeren gaat het voornamelijk over de ouders en siblings, maar ook andere familieleden en vrienden. Bij volwassenen gaat het vaak over de partner en eventueel eigen kinderen. De eetstoornis zorgt vaak voor spanning aan de eettafel, maar komt daarnaast ook centraal te staan binnen het gezinsleven en het gezinsfunctioneren. Het ganse gezinsleven wordt gedomineerd door de eetstoornis (Eisler, 2005).
Binnen de behandeling is het belangrijk om de dichte omgeving van de cliënt actief te betrekken in het herstelproces. Actuele behandelrichtlijnen wijzen op grotere herstelkansen van de jongere wanneer het gezin actief betrokken wordt in de behandeling, en er via het gezin groeigericht en ondersteunend gewerkt kan worden naar het kind toe.

Verdiepende informatie kan verder in dit draaiboek gevonden worden, in het stuk rond de gezinsbegeleiding (zie bij behandeling), in **het informatiepakket voor ouders** en de **toolkit voor ouders**.

Noodzaak aan multidisciplinair samenwerken

Gezien een eetstoornis zowel lichamelijke, psychologische, sociale problemen kent; alsook wordt gekenmerkt door problemen in het eetpatroon, is multidisciplinair samenwerken een absolute noodzaak in het ambulant en residentieel behandeltraject. Een eetstoornis vereist de opvolging van zowel een diëtist, psycholoog als arts. Als G-ELP psycholoog is het noodzakelijk om te bekijken of er een multidisciplinair team betrokken is in de behandeling van de cliënt. Zo niet, dan is het noodzakelijk om deze te installeren. In het geval dat meerdere disciplines betrokken zijn bij de behandeling, is het van belang om doel en planning af te spreken, via overleg, verwijsbrief of telefonisch gesprek.

Diëtist

De diëtist is noodzakelijk om een diëtistisch onderzoek uit te voeren. Hierin dient de diëtist gegevens te verzamelen omtrent antropometrie (gewichtsevolutie, groeicurven, …), medische gegevens (comorbiditeiten, medicatie, …), voeding en eetgedrag, fysieke activiteit en motivatie. Doel is om vervolgens een diëtistische diagnose te formuleren.

De diëtist zal motivatieversterkend werken: tijd maken voor invoegen in het leven van de cliënt, actief bevragen van de veranderwens van de cliënt, versterken van al aanwezige motivatie en dat alles in een groeibevorderende werkstijl die de basisnoden van de cliënt versterkt (autonomie, verbondenheid en competenties). Daarna zal de diëtist, op basis van de gegevens uit het diëtistisch onderzoek en de diëtistische diagnose, in overleg met de cliënt realistische en haalbare diëtistische behandeldoelen formuleren.
De diëtistische behandeling van eetstoornissen kan volgende aspecten omvatten (Barneveld, Brand, Groot, Peeters & van Veen, 2015; Noordenbos & van Elburg, 2018).

- Motiveren voor behandeling
- Normaliseren van het eetpatroon
- Gewichtsstabilisatie of -herstel indien medisch wenselijk;
- Afbouwen en/of stoppen van eventueel compensatoir gedrag
- Psycho-educatie rond voeding, voedingsgerelateerde onderwerpen, gewicht, en de lichamelijke, psychologische en sociale gevolgen van de eetstoornis
- Terugvalpreventie

Belangrijk is dat relevante informatie uit de diëtistische consulten steeds naar de huisarts en psycholoog teruggekoppeld wordt, na toestemming van de cliënt. Dit kan via een kort verslag of idealiter in een kort gemeenschappelijk overleg. In principe kunnen verschillende disciplines parallel werken, na afstemming rond de (volgorde van) de doelstellingen.

Voor meer informatie omtrent de rol van de diëtist verwijzen we graag naar het draaiboek voor **gespecialiseerde (EL) diëtisten**.

Huisarts

Een goede (somatische) screening en medische opvolging door de huisarts is van cruciaal belang bij de behandeling van een eetstoornis. Het lichamelijk functioneren kan immers in belangrijke mate verstoord zijn. De huisarts zorgt niet alleen voor lichamelijke en eventuele medicamenteuze opvolging, maar vervult ook de scharnierrol in het multidisciplinair samenwerken. Voor meer informatie omtrent de detectie en somatische opvolging van eetstoornissen: **Detectie en somatische opvolging eetstoornissen - Behandeling en medische opvolging (eetexpert.be)**.

G-ELP psycholoog

De klinisch psycholoog (of psychiater, klinisch orthopedagoog) met bekwaming in eetstoornissen zal een grondige psychosociale anamnese uitvoeren om zicht te krijgen op het algemeen functioneren en welbevinden van de cliënt, op de symptomen van de eetstoornis en op achterliggende problematiek (bv. depressieve klachten of ernstige stemmingswisselingen, een negatief zelfbeeld, verstoord lichaamsbeeld, angsten en vermijdingsgedrag, sterke stigmatisering of sociaal isolement)

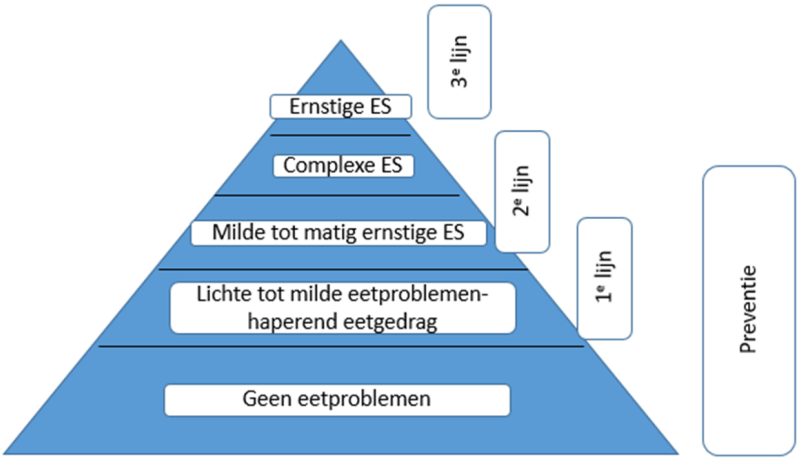
De klinisch psycholoog zal tevens een inschatting maken van de ernst van de problematiek en de motivatie van de cliënt voor gedragsverandering. De bereidheid tot verandering van gedrag en leefstijl zal immers een cruciale factor zijn in het verdere behandelverloop. Op basis van deze psychosociale anamnese en ernstinschatting voert de psycholoog interventies uit op maat van de cliënt, gebaseerd op evidence-based behandelprotocollen, afgestemd op de aanwezige eetstoornispathologie (APA, 2012; Akwa, 2017; National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Haute Authorité De Santé, 2010; Herpertz, 2018; Hay et al., 2014).

Naast de voedingsanamnese, de medische anamnese zal ook de info van de psycholoog een cruciale basis zijn in het multidisciplinair samenwerken en in het opstellen van het

verdere behandelplan. Meer informatie rond het multidisciplinair samenwerken kan je lezen in **het basisdraaiboek** en op de **fiche rond multidisciplinair samenwerken**.

De G-ELP in het stepped care model van eetproblemen en eetstoornissen

Zoals hierboven reeds aangegeven zijn eetstoornissen het uiterste van een continuüm, maar kunnen eetstoornissen ook variëren van milde tot zeer ernstige verschijningsvormen. Daarom verloopt het zorgaanbod bij eet- en gewichtsproblemen volgens het model van 'stepped care': het zorgaanbod wordt afgestemd op de ernst van de problematiek. Zo wordt de intensiteit van het zorgaanbod verhoogd wanneer de problematiek ernstiger is, maar wordt er ook niet méér hulp aangeboden dan nodig. Voor duurzame resultaten is continuïteit van zorg noodzakelijk. De aanpak van de problemen gebeurt op lange termijn, en de cliënt wordt van opvolging voorzien. Een overzicht van het stepped care zorgpad bij eet- en gewichtsproblemen is weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 3: Stepped care behandelmodel voor eet- en gewichtsproblemen.

De Basis eerste lijn psycholoog (B-ELP verder afgekort) richt zich op groeiversterkende thema's bij kinderen, jongeren en volwassenen die haperen in de ontwikkeling van hun eetgedrag of reeds milde eetproblemen vertonen. Groeiversterkend werkt de B-ELP vooral op leefstijlthema's of de A.L.L.E.S thema's: Afwisselend eten, Leuk Bewegen, Lief zijn voor jezelf, Emotieregulatie en Slaap. Hiervoor verwijzen we graag naar het draaiboek voor de B-ELP en **de ALLES fiche**. Uitgediept kan je ook over elk thema van de ALLES-fiche meer informatie vinden op de volgende fiches: **Afwisselend eten**, **Leuk bewegen**, **Lief zijn voor je lichaam**, **Emotieregulatie** en **Slaap**. Extra informatie kan je ook lezen in **onze infodesk over een gezonde leefstijl**.

De Gespecialiseerde eerste lijn psycholoog (G-ELP verder afgekort) kan zich richten op cliënten (kinderen, adolescenten en volwassenen) met een eetstoornis. Met dit draaiboek bieden we de G-ELP medewerkers handvaten in de aanpak bij deze problematiek. Op dit ogenblik gebeurt de aanpak van eetstoornissen in de ambulante praktijk vaak individueel. De aanvullende inspiratiegids voor groepsbehandeling bij adolescenten met een eetprobleem/eetstoornis (mei 2023) wil de G-ELP ondersteunen die ook groepsgericht wil werken. Dit wordt verderop in dit draaiboek ook kort besproken (zie behandeling).

Ambulante zorg is bij eetproblemen en eetstoornissen de standaard behandeling: er wordt bij voorkeur gekozen voor de minst ingrijpende vorm van hulp voor cliënt, zo dicht mogelijk bij het gewone leef-, leer- of werkmilieu (Athey, 2003; WHO, 2009). Alleen wanneer de fysische, psychologische of sociale gezondheid in gevaar is en als ambulante hulp niet voldoende ingrijpt, wordt gekozen voor opschaling via residentiele zorg, al of niet met opname (3^{e} lijn).

Om een inschatting te maken wanneer bij eetstoornissen een psychiatrische en/of medische opnamefase aangewezen is, worden volgende aspecten mee in rekening gebracht (risicotaxatie):

- BMI < 15
- Snel gewichtsverlies
- Ernstige zelfverwonding, suïciderisico
- Ongecontroleerd purgeren, extreme beweegactiviteit
- Overschrijden draagkracht systeem
- Geen evolutie na 3 maanden ambulante zorg

De beoordeling gebeurt op basis van de evolutie en combinatie van de verschillende factoren. Een arts dient betrokken te zijn voor de opvolging van de medische indicatoren, zoals hartslag, lichaamstemperatuur, bloeddruk, kalium, natrium,… Bij jongeren in volle groei met sterk ondergewicht wordt gesuggereerd om een kinderarts te betrekken.

Daarnaast is het ook belangrijk om het algemeen psychosociaal functioneren te beoordelen. Indien dit zo ernstig verstoord is dat de ontwikkeling van de cliënt helemaal stagneert, is dat een indicatie voor opname, ook los van fysieke risico’s. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een 16-jarige die reeds een significante periode niet meer naar school gaat, geen hobby’s heeft, geen sociale contacten heeft en met een depressief beeld thuis zit.

Bij een BMI van minder dan 13 of bij een gewichtsverlies van meer dan 1 kg/week of meer dan 30% gewichtsverlies op 6 maanden tijd of ernstige medische complicaties is een urgente medische opname aangewezen, met input vanuit psychiatrie, tot medische stabiliteit hersteld is (Athey, 2003; Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physiscians, 2010; National Institute for Clinical Excellence, 2004).

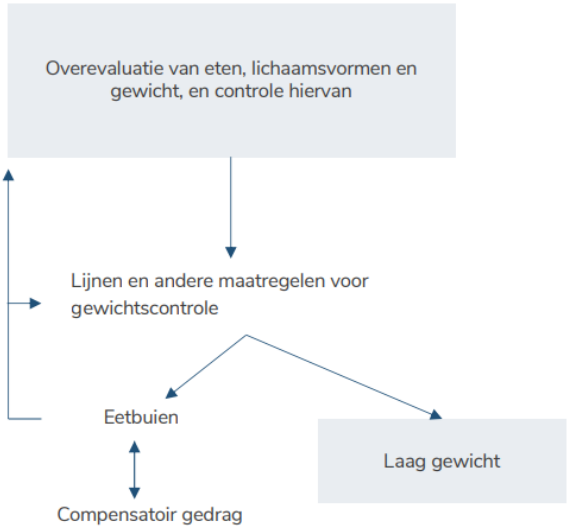
Bij overgewicht en obesitas staat ook een inschatting van het algemeen gezondheidsrisico voorop. Hierbij kan het Edmonton Obesity Staging System (EOSS) gebruikt worden. Dit is een recent en belangrijk klinisch hulpmiddel bij de inschatting van de ernst bij overgewicht en obesitas. Hierbij kan je ook **extra informatie op de website** lezen en een **EOSS-samenvattingsfiche** vinden.

Verklaringsmodellen

Het transdiagnostisch model ter verklaring van eetstoornissen (Fairburn et al., 2003; Fairburn, 2008) verklaart verschillende eetstoornissen (AN en BN) aan de hand van gelijkaardige transdiagnostische psychopathologische processen. Het model vertrekt van een overwaardering van gewicht en lichaamsvormen in de zelfbeoordeling. In tegenstelling tot de meeste mensen, die hun zelfwaarde aan de hand van verschillende domeinen (werk, relaties, sportieve vaardigheden…) beoordelen, baseren mensen met een eetstoornis hun zelfbeoordeling bijna exclusief op basis van hun eetgewoonten, gewicht, of lichaamsvormen en de mogelijkheid om deze onder controle te houden (Fairburn et al., 2003).

Deze controle gaat gepaard met gedachten en gedragingen gefocust op lijnen en gewichtsverlies. Het extreme lijngedrag kan echter leiden tot controleverlies met eetbuien. Deze eetbuien kunnen dan weer gecompenseerd worden door misbruik van laxeermiddelen, braken, overmatig bewegen…

AN en BN delen bijgevolg dezelfde kernaspecten. Welke diagnose er uiteindelijk gesteld wordt, hangt af van al dan geen ondergewicht en de balans tussen lijngedrag, eetbuien en compensatiegedrag.



Het Transdiagnostisch Model van Fairburn, Cooper & Shafran (2003)

De auteurs stelden zich ook de vraag hoe het komt dat een eetstoornis vaak (hardnekkig) blijft bestaan, ondanks therapie (Fairburn, et al., 2003; Fairburn, 2008). Ze beschreven in dit verband 4 instandhoudende mechanismen die kunnen interageren met de kernmechanismen die hierboven werden beschreven. Deze leiden tot een belemmering van het therapiesucces.

1. Perfectionistische houding met zelfkritiek
2. Laag algemeen zelfwaarde/lichaamsgevoel
3. Maladaptieve emotieregulatie
4. Interpersoonlijke problemen

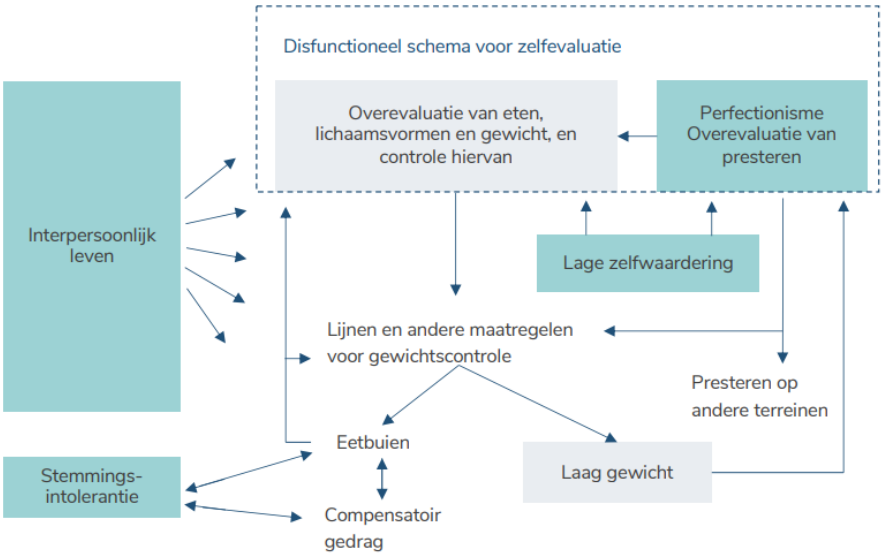
Een perfectionistische houding wordt gedefinieerd als “het overmatig belang hechten aan het streven naar en bereiken van hoge doelstellingen, ondanks negatieve gevolgen”. Ten gevolge van deze perfectionistische houding kampen deze cliënten vaak met faalangst en een zelfkritische houding. Wanneer ze zich niet aan hun dieetregels kunnen houden, wordt dit vaak geïnterpreteerd als een falen, getoond in een gewichtstoename.

Dit falen kan ook doorgetrokken worden naar andere levensdomeinen, waarbij sommige cliënten niet enkel een negatief zelfbeeld ontwikkelen op het niveau van gewichtscontrole en lichaam, maar waarbij ze zichzelf over de ganse lijn negatief beoordelen.

Ook blijken sommige cliënten niet te kunnen omgaan met bepaalde (doorgaans negatieve) emoties en stemmingen. Hierbij ontwikkelen ze disfunctionele copingmechanismen aan de hand waarvan ze de negatieve stemming op korte termijn proberen te neutraliseren.

Voorbeelden zijn zelfverwonding of middelenmisbruik, maar ook eetbuien, purgeergedrag, of intensief sporten.

Daarnaast kunnen interpersoonlijke problemen controlegedrag en eetbuien uitlokken en het zelfbeeld ondermijnen. Het kan gaan om een drang naar en nood aan controle ten gevolge van gezinsspanningen, opgroeien in een omgeving die veel druk legt op slankheidsidealen, overgevoelig zijn in het contact met anderen (Fairburn, et al., 2003; Fairburn, 2008).



Het Transdiagnostisch Model omtrent de instandhouding van eetstoornissen (Fairburn et al., 2003).

Maar in de etiologie moeten we ook stilstaan bij **biologische factoren**, zowel genetisch als neurobiologisch (hersenen). De kwetsbaarheid voor eetstoornissen blijkt deels erfelijk bepaald te zijn. Zo komen eetstoornissen 3 tot 5 keer zoveel voor in families waar al een diagnose is gesteld (Bulik, Slof-Op't Landt, van Furth & Sullivan, 2007). Tegelijk zal in welke familie dan ook de overgrote meerderheid geen eetstoornis hebben. Ook komen bepaalde persoonlijkheidskenmerken zoals perfectionisme, obsessief gedrag, afhankelijkheid en een vermijdende ingesteldheid die samenhangen met eetstoornissen vaker voor in families waardoor iemand ook indirect vatbaarder kan zijn voor de ontwikkeling van een eetstoornis.

Daarnaast toont onderzoek aan dat de **hersenen** een belangrijke rol spelen in het ontstaan van een eetstoornis (Frank, DeGozzman & Shott, 2019). Tijdens de puberteit is het brein in volle ontwikkeling en vindt er een grote reorganisatie plaats die doorloopt tot tenminste

het 25ste levensjaar. Echter, niet alle hersengebieden ontwikkelen zich tegelijk. Zo zullen de onderste hersengebieden die instaan voor de emoties (amygdala) zich eerst ontwikkelen en zullen de hogere hersengebieden die instaan voor het denken en de ratio (prefrontale cortex) zich pas later ontwikkelen. Daardoor zijn de hersenen van pubers tijdelijk niet in balans en zullen de emoties het vaak winnen van het verstand. Tieners ervaren emoties vaak heel intens en tegelijk voelen ze zich onzeker over hoe ze deze emoties kunnen opvangen, verdragen of onder controle houden. Hun intern controlemechanisme is dus nog niet goed ontwikkeld. Het beloningsgebied in de hersenen is op dat moment wel al heel actief. Pubers zijn daardoor erg gevoelig voor een onmiddellijke beloning of bekrachtiging wat betekent dat ze gevoelig zijn voor alles wat belonend aanvoelt. Beloning kunnen ze vinden in een schouderklopje of elke kleine aanmoediging van buitenaf. Maar ook wel/niet eten kan helpend aanvoelen wanneer emoties (te) intens zijn. Sommige jongeren doen dat door heel weinig te gaan eten maar ook een grote hoeveelheid eten op korte tijd kan heel even een aangenaam gevoel geven. Frank, DeGuzman & Shott (2019) stelden recent een **nieuw ziektemodel voor met betrekking tot AN** die zowel psychologische als biologische factoren bevatten. Binnen dat model wordt een conflict beschreven tussen tegengestelde motivaties: Enerzijds is er de bewuste motivatie om voedselinname te beperken, anderzijds is er een homeostase gedreven motivatie om voeding te benaderen als reactie op het gewichtsverlies. Deze tegengestelde motivaties triggeren de onderliggende angst bij de cliënt, waardoor de vicieuze cirkel van een beperkte energie-inname en gewichtsverlies in stand gehouden wordt.

Ten slotte geven we graag mee dat er heel veel aanvullende verklaringsmodellen zijn uitgewerkt, die allen zeer interessante bijdrages leveren ter verklaring van de complexiteit van eetstoornissen. In dit draaiboek focussen we voornamelijk op het transdiagnostisch model, met aanvullingen van nieuwe inzichten ivm transdiagnostische thema’s zoals identiteit, hechting, emotieregulatie… Gezien het belang van het gezin in het herstelproces van een cliënt met een eetstoornis, zullen we binnen de verdere uitwerking van het draaiboek ook uitgebreide aandacht besteden aan de gezinsbegeleiding.

Deel 2: Concrete handvaten in de G-ELP praktijk

Ernst inschatten

Na een uitgebreide bevraging rond de aanwezige symptomen en klachten op verschillende domeinen (eetgedrag, beweeggedrag, psychologisch, sociaal, somatisch,…) is het van belang om een ernstinschatting te maken. Dit is met name belangrijk in kader van de indicatiestelling voor gepaste zorgtoewijzing en de uitwerking van prioriteiten in het behandelplan, met name de vraag naar dringendheid.

Hier een aantal richtlijnen die de ernstinschatting mee bepalen:

- Medische ernstinschatting:
  Zoals al aangegeven zorgen eet- en gewichtsproblemen voor heel wat lichamelijke gevolgen. Inschatting door een arts is aangewezen om een goede ernstinschatting te doen: Welke lichamelijke gevolgen zijn aanwezig? Een heel aantal somatische klachten verdwijnen bij herstel van het gewicht. Andere gevolgen zijn onomkeerbaar (bv. osteoporose) of levensbedreigend (bv. kaliumtekort). Zie hierboven.
- Duur en voorgeschiedenis:
  Hoe langer de eetstoornis aanwezig is, hoe hardnekkiger deze wordt en des te moeizamer is het herstel.
- Inschatten comorbiditeit:
  Optreden van andere problemen naast het eet/gewichtsprobleem, met name misbruik van alcohol/drugs, stemmingsstoornissen, suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornis, PTSD, angststoornissen. Zie uitgediepte informatie op **de pagina rond comorbiditeiten op de website**.
- Wat is de impact van de eetstoornis op het psychosociaal functioneren?
  Hoe meer dit verstoord is, hoe ernstiger de problematiek. Gaat cliënt nog naar school of naar het werk ? Of is het sociaal netwerk erg versmald? Hoe centraal staat de eetstoornis bij de omgeving? Hoe is het met de draagkracht van het gezin/de omgeving? Zie hierboven
- Motivatie tot verandering:
  Niet zelden treedt ontkenning of minimalisering op bij ernstige problemen. Hoe staat de cliënt tegenover behandeling/verandering? In de beginfase van een eetstoornis neemt het zelfvertrouwen en gevoel van controle sterk toe. Lijnen en afvallen is op dat moment nog een ‘efficiënte oplossing’ om met allerlei moeilijkheden om te gaan die een cliënt niet zomaar zal loslaten. De meeste cliënten met een eetstoornis geraken pas gemotiveerd als ze geconfronteerd worden met

allerlei ongewenste lichamelijke, psychische, sociale en financiële gevolgen (Ulfvebrand, 2015). De motivatie blijkt nog wel een lange tijd ambivalent omdat de cliënt vaak nog erg bang is om de gevonden 'oplossing' los te laten. Voldoende erkenning en oprecht begrip voor deze gehechtheid aan het symptoom zijn belangrijk.

- Eerdere behandelingspogingen:
  Wat werd er reeds aan aanpak geprobeerd, wat werkte, wat niet en waarom?
- Beschermende factoren:
  Zijn er 'buffers'? Wat zijn de krachten van de cliënt zelf? Wat zijn krachten in de omgeving van de cliënt?

Verdiepende informatie rond ernstinschatting en indicatiestelling kan je terugvinden op

- **de fiche ernstinschatting en indicatiestelling van eetstoornissen**
- **de checklist signalen eetstoornissen**
- **de checklist signalen en klachten van een eetstoornis**

Diagnostiek

Gedragsdiagnose

Vanuit gesprek kan je al heel wat informatie verzamelen mbt bovenstaande thema's (signalen en symptomen). Een eetstoornis zoals AN, BN of BED diagnosticeren is een gedragsdiagnose en is gebaseerd op het klinisch oordeel. Hierbij kan je als G-ELP psycholoog gebruik maken van **de checklist met signalen van een eetstoornis**, **de fiche met zichtbare en onzichtbare signalen van een eetstoornis** en **onze samenvattingsfiche met risicoprofielen voor het ontwikkelen van een eetstoornis**. Er bestaan ook enkele vragenlijsten die hierbij kunnen helpen. Je dient zowel de cliënt als de omgeving te bevragen en waar mogelijk op verschillende manieren. Bijkomende testen kunnen hulpmiddelen zijn om relevante beschermende, risico- en onderhoudende factoren in kaart te brengen.

Testmateriaal

Vanuit handelingsgericht oogpunt kunnen onderstaande testen een meerwaarde zijn. Dit is geen exhaustief overzicht van alle mogelijke relevante meetinstrumenten. Daarvoor verwijzen we je naar **www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments**.

Symptomen in kaart brengen

- Screeningsvragenlijsten

  - Test for detecting eating disorders - SCOFF – Morgan, Reid & Lacey. (1999). De 5 vragen op deze screeningsvragenlijst peilen naar 'sick', 'control', 'one stone', 'fat' en 'food'.
  - Eating disorder screen for primary care - ESP – Cotton, Ball & Robinson (2003).

  Beide screeningsvragenlijsten kunnen teruggevonden op **onze fiche voor de screening van eetstoornissen**.
- Verstoord eetgedrag en verstoorde cognities
  - Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q, Fairburn & Beglin, 1994
  - Vragenlijst Eetproblemen – vertaling EF Furth (2000): gratis Eetvragenlijst voor kinderen (chEDE-Q) – vertaling Mulken& Jansen (2007) – 8 tot 18 jaar: gratis op te vragen bij **lien.goossens@ugent.be**
  - Inventarisatie van eetstoornissymptomen - EDI-3, Garner & Van Strien, 2016 – 13 tot 39 jaar
- Eetstijl

  Bijkomend informatie over de eetstijl geeft handvatten voor de behandeling: Bij iemand met een emotionele eetstijl ga je werken aan alternatieve copingstrategieën; bij iemand met een externe eetstijl komen zelfcontrole en contact maken met lichaamssignalen rond honger en verzadiging aan bod. Bij iemand met een lijngerichte eetstijl ga je onder meer in op het zwart-wit denken over gezondheid.
  - Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag NVE, Van Strien, 1986, 12 – 70 jaar maakt onderscheid tussen emotioneel eten, extern eten en lijngericht eten.
  - Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag bij Kinderen … NVE-K, 1997, Van Strien, 7 – 12 jaar
- Eetdagboek

  Bij een eetdagboek is het belangrijk om zicht te krijgen op het moment en de plaats van de maaltijd/tussendoortjes, welk & hoeveelheid van voedsel en drank. Ook compensatiegedrag dient bevraagd te worden. Het eetdagboek geeft ook zicht op de aanwezige eetcompetenties (gestructureerd, gevarieerd, genoeg en genieten). Voor meer info over de eetcompetenties verwijzen we graag naar **deze pagina op de website** en **de fiche rond eetcompetenties**.

Comorbiditeiten op vlak van As I en As II klachten

Hier is het van belang om zowel internaliserende en externaliserende gedragsproblemen te onderzoeken aan de hand van bijvoorbeeld

- Symptom Checklist SCL-90-R, 2003, vanaf 12 jaar

- Brief Symptom Inventory BSI, verkorte versie van SCL-90-R, 2011, vanaf 18 jaar
- Child Behavior Checklist CBCL,1,1/5-5 jaar, 6-18 jaar, 18+
- Strengths and difficulties Questionnaires, gratis te downloaden, 2-4 jaar, 4-17 jaar, 18+

Daarnaast is het van belang om de persoonlijkheid in kaart te brengen (bij cliënten vanaf volwassenheid). Er is een hoge comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en eet- en gewichtsproblemen. De mate van impulsiviteit en/of rigiditeit vragen elk een andere aanpak. Controlegedrag en impulsiviteit komen ook vaak samen voor. Dit patroon zien we bijvoorbeeld bij cliënten met BN, waarbij controle gezocht wordt in restrictie van eetgedrag, na eetbuien die gekenmerkt worden door impulsiviteit. Als vragenlijst kan bv. de Quick Big Five persoonlijkheidstest (QBF, Vermulst &Gerris, 2005) gebruikt worden. Bij kinderen en jongeren kan bv. via de HIPIC vragenlijst (Mervielde, De Fruyt & De Clercq, 2009) zicht gekregen worden op persoonlijkheidskenmerken die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling en instandhouding van eetstoornissen. In het algemeen kan het interessant zijn om te focussen op temperamentsprofielen via bv. de BIS-BAS vragenlijst (Carver & White, 1994).

Coping en emotieregulatie

Gebrekkige emotieregulatie is een belangrijke risicofactor voor eet- en gewichtsproblemen. Aanleren van adequate coping- en emotieregulatiestrategieën maakt doorgaans deel uit van de behandeling. Om deze in kaart te brengen kan gebruik gemaakt worden van

- De Utrechtse Copinglijst (UCL, 1993), vanaf 14 jaar
- De FEEL-KJ (Grob & Smolenski, 2005; Cracco, Van Durme & Braet, 2015).
- De Emo-check (Grant, Salsman, & Berking, 2018; Braet & Berking, 2019)

Gezinscontext en ruimere context

De kwaliteit van de gehechtheidsrelatie is zowel een risicofactor als een belangrijke factor in de ernst van de problematiek.

In eerste instantie kan 'gehechtheid' een belangrijke variabele zijn om in kaart te brengen:

- Experiences in Close Relationships Questionnaire – ECR, Fraley, Waller & Shaver (2000) – vertaling Buysse & Dewitte (2004)
- People in my life, PIML, 10-11j
- Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA, 12-19j
- My memories on upbringing, EMBU

Daarnaast is het ook van belang om zicht te krijgen op de ruimere context:

- Vragenlijst Belastende Ervaringen – VBE, Nijenhuis et al (2002), vertaling van Traumatic Experience Checklist.
- Zelfinventarisatie Posttraumatische stressstoornis – ZIL, Hovens et al. (2001)

Hetero- en ontwikkelingsanamnese

Een heteroanamnese, of het verzamelen van informatie over de achtergrond van de cliënt bij relevante zorgfiguren, is erg relevant in het kader van eetstoornissen. Zeker bij jongeren kunnen ouders informatie verstrekken omtrent verschillende belangrijke domeinen, zoals bv. eetsymptomen, verloop van maaltijden thuis maar ook omtrent het temperament van het kind, schools- en sociaal functioneren,….Daarnaast kan een ontwikkelingsanamnese informatie geven over mogelijke haperingen in de ontwikkeling van het kind. Gezien de hoge comorbiditeit tussen eetstoornissen en ontwikkelingsstoornissen is dit een noodzakelijk onderdeel van de diagnostiek.

Behandeling

Er wordt in dit draaiboek geen onderverdeling gemaakt per eetstoornis. De elementen die aan bod komen, bouwen verder op de transdiagnostische componenten van Pennesi en Wade (2016), gebaseerd op het transdiagnostisch model van Fairburn et al. (2003), en het dual pathway model van Stice (2001). Afhankelijk van de aard van de eetstoornis en specifieke symptomen bij de cliënt zullen bepaalde elementen meer of minder aan bod komen in de behandeling.

De behandeling van eetstoornissen is meestal een langdurig en intensief proces. Het volledig herstelproces duurt verschillende jaren. Bij de meeste cliënten gebeurt dit zorgtraject volledig ambulant. Maar ook wanneer de eetstoornis tijdelijk intensievere residentiele behandeling vraagt is een ambulant traject vereist, zowel voor én na een tijdelijke residentiële behandelingsfase.

Bij de behandeling van kinderen en jongeren met eetproblemen dienen ouders of andere zorgfiguren betrokken te worden. Gezinstherapie voor eetstoornissen wordt aanbevolen in behandelrichtlijnen voor jongeren met anorexia nervosa of boulimia nervosa. Maar ook bij (jong)volwassenen met eetstoornissen kan het waardevol zijn om naasten te betrekken bij ambulante therapie. De **federale werkgroep eetstoornissen** en de multidisciplinaire richtlijn voor het betrekken van naasten in de geestelijke gezondheidszorg (**MDR**; zie ook www.familiereflex.be) stellen dat hulpverleners zich moeten inspannen om ervoor te zorgen dat naasten hun rol als partner in de zorg op adequate wijze kunnen vervullen. Een kwalitatief hoogstaand zorgtraject voor eetstoornissen zal dus steeds rekening houden met

de driehoek van cliënt, context en therapeut. Als therapeut voor jongeren en (jong)volwassenen met een eetstoornis dien je dus oog te hebben voor de behoeften van ouders en hen indien mogelijk bij de behandeling betrekken.

Psycho-educatie

Het is aanbevolen om zo snel mogelijk na de diagnose te beginnen met het verstrekken van informatie en voorlichting over de eetstoornis, bij voorkeur zelfs vóór de start van het eigenlijke behandeltraject. Er kan stapsgewijs informatie worden gedeeld over wat de ziekte inhoudt, welke behandeling er zal worden ingezet en wat de effecten zijn van de eetstoornis en het herstelproces op het dagelijks leven. Het is aanbevolen dat zowel kinderen als jongeren deze informatie samen met hun ouders krijgen aangeboden. Daarnaast is het belangrijk dat deze psycho-educatie tijdens de behandeling regelmatig wordt herhaald en dat er ook schriftelijk en digitaal informatiemateriaal beschikbaar is. Bij ouders kan bv. **het informatiepakket voor ouders** gebruikt worden en de **Eetexpert toolkit voor ouders**. Voor kinderen en jongeren kan gebruik gemaakt worden van bestaande protocollen, zoals bv. 'eten zonder angst' (Tobias en Beer, 2011).

Concreet dienen zowel cliënten als naasten geïnformeerd te worden over:

- De kenmerken van de eetstoornis
- Het ontstaan van een eetstoornis
- De gevolgen van een eetstoornis
- De behandeling van een eetstoornis

In een vervolgfase is het belangrijk dat betrokken zorgverleners geïnformeerd worden over:

- Helpende en niet-helpende reacties van zorgverleners
- De rol van ouders bij communicatie en emotieregulatie
  De rol van ouders bij het ondersteunen van maaltijden

Psycho-educatie kan op verschillende manieren worden ingezet, bijvoorbeeld door het aanbieden van relevante literatuur, filmmateriaal, een informatiepakket en/of het verwijzen naar een oudertraining of familiegroep. De vertaling van de informatie naar de individuele situatie van de jongere gebeurt via individuele ouder- en gezinsgesprekken.

Invoegen en motiveren

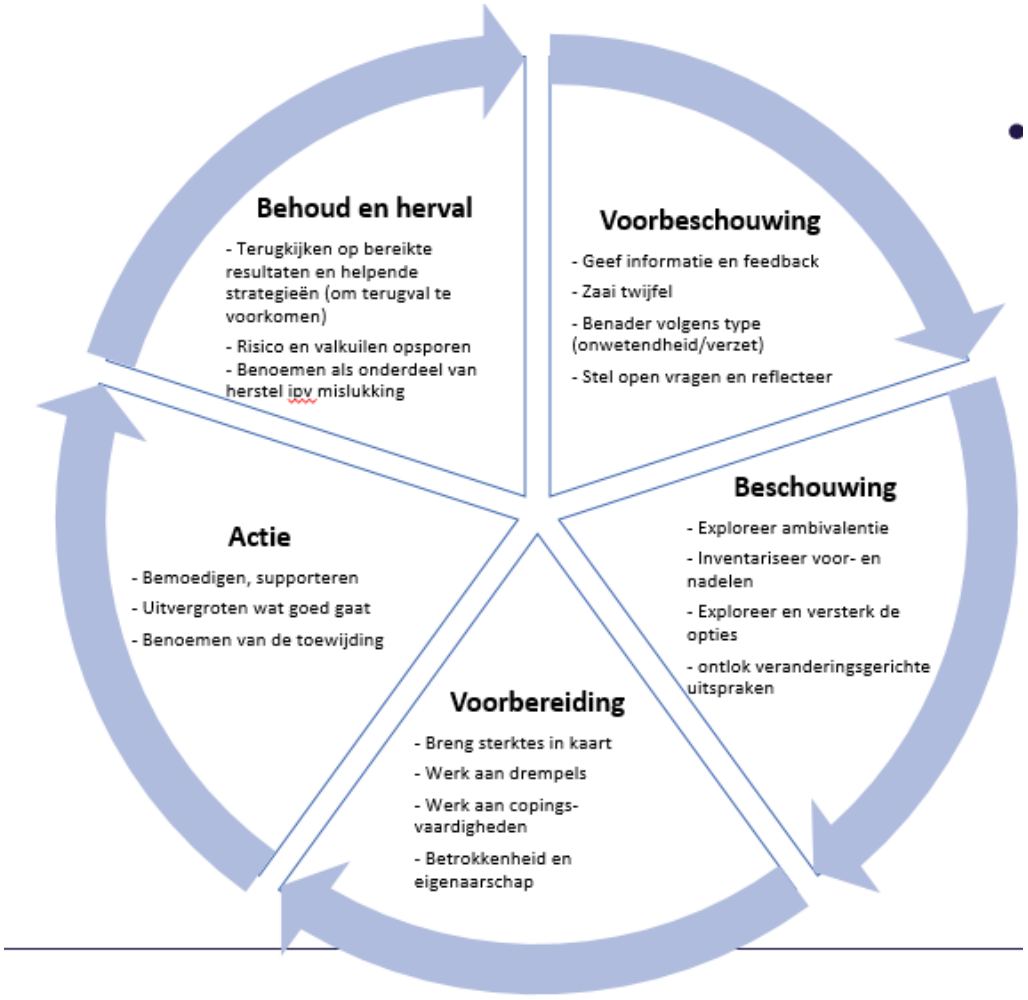
Cliënten met een eetstoornis ervaren vaak in eerste instantie zelf geen probleem. Vaak is het de omgeving die komt aankloppen bij hulpverlening omdat ze zich grote zorgen maken

rond de cliënt. Een belangrijk aspect binnen de hulpverlening van eetstoornischeliënten betreft dan ook het opmerkzaam zijn en versterken van waar de jongere zelf toe gemotiveerd is. Bijkomend dienen dan ook de therapeutische technieken aangepast te worden aan de motivationele fase waarin de cliënt zich bevindt, en dat afstemmen dient voortdurend te gebeuren. Een cliënt kan switchen tussen verschillende motivatiefasen, waardoor niet elke sessie in dezelfde motivatiestatus gebeurt.

Een helpend kader hierbij is **het model van Prochaska en DiClemente (1986)**: "**Stadia van gedragsverandering"**. De veranderingscirkel, horend bij dit model wordt in de figuur hieronder weergegeven. Verandering van gezondheidsgedrag verloopt over verschillende stadia:

- Voorbeschouwing (precontemplatie): de cliënt stelt zich weinig of geen vragen bij het huidige gedrag en overweegt geen gedragsverandering
- Beschouwing: de cliënt begint voor- en nadelen af te wegen maar op vlak van gedrag is er nog niet veel verandering
- Voorbereiding: de cliënt neemt de beslissing om het gedrag te veranderen (hoe klein ook) en maakt voornemens
- Actie: de cliënt levert zichtbare inspanningen om te veranderen door 'vallen en opstaan'
- Consolidatie (handhaving): na voldoende succeservaringen heeft de cliënt zich de nieuwe gewoontes eigen gemaakt, het begint meer 'vanzelf te gaan'

Afhankelijk van de fase waarin de cliënt zich bevindt, dient de therapeutische aanpak anders te zijn. In volgende figuur wordt aangegeven welke therapeutische interventies per motivatiefase helpend kunnen zijn:



Een tweede kader dat helpend kan zijn bij het motiveren van cliënten om tot verandering te komen is **de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000)**. De zelfdeterminatietheorie stelt dat het niet de vraag is of mensen gemotiveerd zijn, maar wel 'waarvoor' ze gemotiveerd zijn. Het gaat er dus om, om bij onze cliënten de intrinsieke motivatie te pakken te krijgen. Dit kader schuift het belang naar voren van de persoonlijke overtuiging en keuze van de cliënt om naar verandering toe te werken. Om tot dit 'zelf willen' te komen werkt de zelfdeterminatietheorie voornamelijk in op 3 psychologische basisbehoeften: nood aan autonomie, nood aan competentie en nood aan verbondenheid (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010).

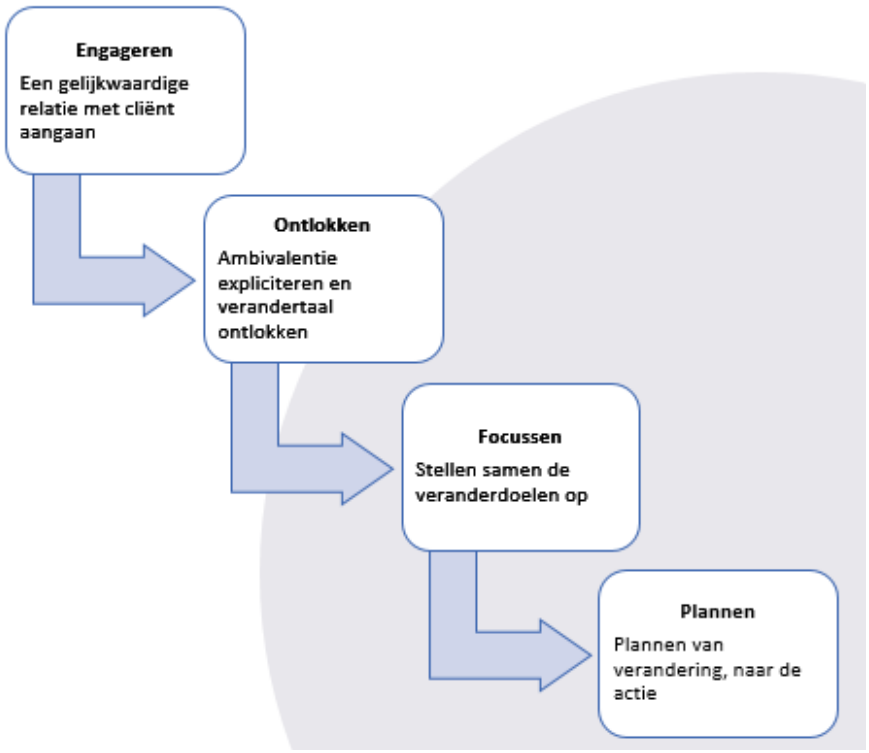
- Autonomieondersteunend werken kan door oprecht en nieuwsgierig te luisteren naar waar de cliënt naartoe wil. Hierbij is het noodzakelijk om te erkennen en

aanvaarden dat de cliënt zelf verantwoordelijk is om het eigen gedrag te veranderen. Uiteraard zijn er ook regels en afspraken nodig, maar het is erg belangrijk dat er tijd wordt genomen voor uitleg en duiding, 'waarom' deze afspraken nodig zijn.

- Competentieversterkend werken kan door realistische, maar uitdagende tussenstappen te formuleren om te komen tot waar de cliënt wil komen. Moeilijke momenten worden voorbereid en ondersteund. Expliciteren van positieve feedback, concrete werkpunten en vertrouwen en geloof in de cliënt (aanmoediging) zijn van belang.
- Verbondenheid wordt bevorderd door het aannemen van een respectvolle houding en onvoorwaardelijke betrokkenheid. Hierin familieleden betrekken is van cruciaal belang.

Een derde en laatste kader binnen de motivering van cliënten is de **motivationele gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2014)**. Het biedt een antwoord op de vraag welke gespreksvoering motiverend is. De motiverende gespreksvoering gebeurt via 4 sequentiële thema's:

- Eerst moet er een engagement komen van therapeut en cliënt obv een gelijkwaardige relatie om met elkaar het thema te verkennen.
- Daarna komt het verkennen van de veranderwens, het expliciteren van ambivalentie, en het ontlokken van verandertaal
- Vervolgens het focussen op veranderdoelen
- Daarna concrete verandering plannen



Weerstand voelen is als G-ELP feedback krijgen dat je wat te snel gaat, en betekent dat je een stapje dient terug zetten. Verdiepende informatie rond 'invoegen en motiveren' kan je terugvinden in **het basisdraaiboek** en **de samenvattingsfiche rond motivatiekaders**.

Individueel behandeltraject

In eerste instantie dient er psycho-educatief en motivationeel gewerkt te worden, zoals hierboven uitgewerkt. Dit is noodzakelijk om drop-out en niet-succesvolle behandeling te voorkomen. Hierbij is het noodzakelijk om intensief te investeren in het tot stand brengen van een therapeutische relatie. (zie motivationeel werken: zie supra.)

Herstellen van een eetstoornis situeert zich verder op 3 grote domeinen, die hand in hand gaan met elkaar. Er is **symptomatische en lichamelijk herstel** vereist waarbij de focus ligt op het afbouwen en stabiliseren van symptoomgedrag en lichamelijk herstel. Daarnaast is er **psychologisch herstel** nodig waarbij de focus ligt op het aanpakken van psychologische, mogelijks in-stand-houdende thema's en tenslotte is **sociaal herstel** aangewezen in de relaties met betekenisvolle anderen.

Op basis van de verzamelde informatie tijdens de indicatiestelling, ernstinschatting en specifieke diagnostiek kan je –voor goede zorg op maat- een geindividualiseerde probleemsamenhang uitwerken die het gezonde stuk van jouw cliënt houvast geeft om de eigen situatie te begrijpen en gerichte acties uit te werken. Op basis van deze

probleemsamenhang kunnen specifieke doelstellingen voor het behandeltraject geconcretiseerd worden, en dit op de drie aangegeven domeinen (lichamelijk, psychologisch en sociaal herstel). Gezien de ingrijpende gevolgen van het verstoord eetgedrag op deze drie domeinen, zal herstel van eetgedrag een centrale plaats krijgen in de behandeling van eetstoornissen (Yager et al., 2015). Het delen van de probleemsamenhang met de andere betrokken hulpverleners (arts en diëtist) kan helpend zijn. Op die manier kunnen bij de verschillende hulpverleners concrete doelen samen bepaald worden en afgestemd op elkaar.

Op weg naar lichamelijk herstel

- Herstel eetgedrag

Door de verstoring in het normale honger- en verzadigingsgevoel kunnen de meeste cliënten niet rekenen op de signalen van hun lichaam om te bepalen wat, hoeveel en wanneer ze moeten eten. Voor het herstel van een gezond bioritme is het nodig een regelmatig eetpatroon op te bouwen. Het herstellen van een regelmatig eetpatroon gaat voor op wat er precies gegeten wordt. Als leidraad wordt uitgegaan van een dagstructuur met 3 hoofdmaaltijden en 2 à 3 tussendoortjes, wat neerkomt op ongeveer 3 uur rust tussen de maaltijdmomenten. Bij de uitbouw van een regelmatig eetpatroon behoort uiteraard de directe aanpak van eetbuien, braken of laxeren. Uit onderzoek blijkt dat cliënten die erin slagen tijdens de eerste twee maanden van de behandeling het aantal eetbuien en purgeergedrag (braken en laxeren) significant te verminderen, een veel grotere kans hebben op een goed behandelresultaat (Marronne, Crosby, Wonderich & Jollie-Trottier, 2009).

Bij voorkeur worden met behulp van een gespecialiseerde diëtist afspraken gemaakt over herstel van een goed eetpatroon: afspraken over tijdstip, plaats, hoeveelheid en kwaliteit van het voedsel. Maar ook het eetgedrag zelf wordt besproken: snel, schrokkerig, doorslikken zonder te proeven, of heel traag, met kleine hapjes…

Een bijkomende uitdaging is dat vele cliënten met een verstoord eetpatroon, vaak zeer rigide en zwart/wit denken over voeding: ‘gezond’ vs. ‘ongezond’, ‘verboden’ voedsel,… wat soms leidt tot extreme angst voor bepaalde voedingsproducten. Het doorbreken van dit zwart/wit denken en het uitbouwen van een gevarieerd voedingsaanbod komen dan ook aan bod, maar dit eerder later in de behandeling.

Extra informatie kan gevonden worden op **de consensustekst rond evenwichtige voeding en beweging en deze tool in het basisdraaiboek.**

- Lichamelijk herstel

Het is eigen aan eet- en gewichtsproblemen dat het lichamelijk functioneren in belangrijke mate verstoord kan zijn (zie ook supra). Deze kunnen te wijten zijn aan onder- of overgewicht ten gevolge van de eetstoornis, en aan de compensatiemechanismen van eetbuien (braken, laxeren…). Hieruit kunnen gerichte doelstellingen voortkomen (bv. herstel van verstoorde elektrolytenbalans ten gevolge van braken en/of laxeren).

Bij het bepalen van doelen rond gewichtsherstel gaat men bij kinderen en jongeren uit van het normale groeiproces (ontwikkeling lengte en gewicht over jaren). Groeicurves geven een duidelijk overzicht van het individuele groeitraject van de jongere en worden bijgehouden door elk CLB (op verzoek van de ouders te verkrijgen) of door Kind en Gezin (bij jonge kinderen), alsook door de huisarts. 'Normale' gewichtsgrenzen obv groepsvergelijking in functie van geslacht, leeftijd en lengte zijn indicatief, maar een vergelijking binnen het eigen groeitraject van de jongere staat voorop. Bij kinderen en jongeren is het vrijwaren of herstellen van het normale groeitraject het uitgangspunt. Bij volwassenen gebruikt men de Body Mass Index, met als streefdoel een BMI tussen 18,5 en 25.

Bij overgewicht blijft het hoofddoel het aanleren van een gezondere levensstijl. Hiertoe behoort naast een evenwichtig eetpatroon en genoeg beweging, ook lichaamstevredenheid, emotieregulatie en slaap (zie ALLES-fiche). Het inzetten op leefgedrag is haalbaarder dan rechtstreeks werken aan gewicht. In geval van obesitas kan een verantwoord gewichtsverlies een (secundair) doel zijn, dit echter steeds binnen een leefstijlbehandeling waarbij gezondheidswinst primair is. Hiervoor kan een diëtiste en/of psychologe worden ingeschakeld en is samenwerking met een huisarts aanbevolen.

In geval van ernstig ondergewicht kan het nodig zijn een minimum toename binnen een vaste periode af te spreken. Ook wordt vooraf afgesproken wat de mogelijke gevolgen zijn als dit doel niet tijdig wordt bereikt (of als de cliënt verder achteruit gaat). Bij ernstig ondergewicht (< BMI 16,5 of het equivalente percentiel voor ernstig ondergewicht bij jongeren) kan dit betekenen dat fysieke inspanningen (fietsen, sporten, fitness) beperkt of gestopt worden tot een bepaald minimaal gewicht bereikt is. Aanbevolen wordt dit soort afspraken schriftelijk vast te leggen en bij kinderen en jongeren de ouders te betrekken in deze overeenkomsten.

Er dient steeds een arts betrokken te worden voor de somatische opvolging. Specifieke richtlijnen hierover zijn terug te vinden in de ondersteuningstekst voor (huis)artsen rond **de somatische opvolging van eetstoornissen**.

- Compensatiegedrag stoppen

Aangezien elke vorm van purgeergedrag (braken, laxeren, diuretica) ernstige medische gevolgen heeft, dient ook het stoppen van eventueel purgeergedrag voorrang te krijgen. Dit is de eerste stap om het medisch risico te beperken (kaliumgehalte, etc) .

Cliënten die er reeds in de eerste fase van de behandeling in slagen om gewichtsreducerende strategieën zoals braken en laxeren drastisch te verminderen, hebben meer kans op een succesvolle behandeling. De therapeut moet de cliënt hierover goed inlichten. Pas als de cliënt bereid is om hiermee te stoppen, is een positief behandelresultaat mogelijk. Soms zitten cliënten zo vast in deze gedragspatronen dat ze een zeer grote ambivalentie vertonen ten aanzien van het stopzetten van deze compenserende maatregelen. Indien er na drie maanden behandeling geen enkele vooruitgang is geboekt op dit vlak, wordt dan ook aangeraden de ambulante behandeling tijdelijk 'on hold' te zetten, en hindernissen en behandelalternatieven te bespreken (Levine, Piran & Jasper, 2015).

In het stoppen of afbouwen van laxeermiddelen en diuretica is het advies van een arts absoluut noodzakelijk. Doordat het lichaam tijdens het purgeren (misbruik van laxeermiddelen/diuretica, braken) geleerd heeft om vocht vast te houden, treedt vaak een sterk reflexmatige vochtophoping (oedeem) op na stoppen met purgeergedrag. Na enkele dagen tot een tweetal weken verdwijnt dit oedeem. Het kan helpen om niet te veel zout te eten. Sommige cliënten moeten vaak plassen, ook 's nachts. Bij het stoppen met laxeermiddelen kunnen constipatieklachten optreden. Ook deze zijn meestal na één à twee weken terug verdwenen. Het helpt om voldoende vezels te eten (groenten en fruit, volkoren brood), voldoende te drinken, en (matig) te sporten. Aangezien het gaat om lastige en vaak beangstigende gevolgen is het belangrijk de cliënt hier goed op voor te bereiden, bv. door psycho-educatie.

- In functie van comorbiditeiten

Een ernstig ondergewicht kan obsessieve gedachten en gedragingen versterken, prikkelbaarheid vergroten en de stemming vervlakken of terneerdrukken. Daarom verdient een verbetering van het gewicht voorrang te krijgen in plaats van te snel een behandeling te starten voor een mogelijks aanwezige depressie of dwangstoornis.

Boulimia nervosa kan gepaard gaan met grote stemmingswisselingen en problemen in impulscontrole. In dergelijke gevallen tracht men eerst wat meer stabiliteit in het eetpatroon te brengen in plaats van overhaast interventies te voorzien voor een veronderstelde bipolaire stoornis of borderline-persoonlijkheidsstoornis.

In het kader van het voorkomen van drop-out of mislukken van een behandeling is het belangrijk om steeds opmerkzaam te zijn voor de impact van een psychotrauma. Uit onderzoek blijkt dat 20-40% van de cliënten met boulimia nervosa een posttraumatische stressstoornis heeft. Wanneer blijkt dat de eetstoornis duidelijk verband houdt met een traumatische levenservaring, wordt toch aangeraden om in de eerste fase van de behandeling te werken aan normalisering van het eetgedrag. Pas als de cliënt voldoende zelfcontrole herwonnen heeft, kan in een tweede fase ingegaan worden op de verwerking van de traumatische ervaring. Anders dreigt de cliënt overspoeld te worden en vormt dit een risico voor drop-out of het mislukken van de behandeling (Vanderlinden & Norré, 2013).

Bij ernstig misbruik van alcohol en drugs krijgt de aanpak hiervan voorrang op therapeutische maatregelen gericht op het eetgedrag of gewicht.

Omwille van de gebrekkige impulscontrole en zelfregulatie die typerend is voor kinderen met ADHD zijn deze kinderen vaak ook gevoeliger om overgewicht te ontwikkelen. Weerstand bieden tegen verleidingen is voor hen moeilijker. Indien het overgewicht of obesitas tezamen voorkomt met ADHD geeft dit minder goede therapieresultaten: langere therapieduur, minder gewichtsverlies, meer herval. Daarom is het belangrijk om ook de ADHD-symptomen te behandelen. Indien er geen symptoombehandeling van ADHD wordt voorzien, vermindert dit de kans op een succesvolle leefstijlbehandeling.

Mensen met ASS kunnen zowel hyper- als hypogevoelig zijn voor smaakprikkels. Bovendien hebben ze vaak een strak beeld over hoe voedsel er dient uit te zien, te smaken, te ruiken. Hier dient rekening mee gehouden te worden.

Wees aandachtig voor symptoomverschuiving**:** bv. (toename in) zelfverwonding, compulsief kopen, alcoholmisbuik, dwanghandelingen… (Claes, Bijttebier, Mitchell, de Zwaam & Mueller, 2011; Claes & Muehlenkamp, 2014; Ulfvebrand et al., 2015).

Welke symptomen dienen voorrang te krijgen binnen de behandeling?

Het onder controle krijgen van het symptoomgedrag dient binnen een behandeling voorop te staan. Bij de volgorde of timing van aanpak spelen o.a. volgende factoren een rol:

- Purgeergedrag afbouwen
- Herstel evenwichtig eetpatroon
- In functie van comorbiditeiten
    - Herstel eetgedrag en eetpatroon alvorens behandeling van depressie/dwang/persoonlijkheidsproblemen (tenzij suïcidaliteit overheerst)
    - Eerst middelenmisbruik aanpakken, dan eetpatroon en gewichtsherstel
    - Ondersteuning voorzien bij ADHD of ASS; interfereert met behandeling van problematisch eetgedrag
    - Aandacht voor symptoomverschuiving

Psychologisch herstel

Hieronder bouwen we verder op de transdiagnostische componenten Pennesi en Wade (2016), gebaseerd op het transdiagnostisch model van Fairburn et al. (2003), en het dual pathway model van Stice (2001).

- Preoccupatie met gewicht en lichaamsvormen

Mensen met een eetstoornis (en ook bij gewichtsproblemen) hebben vaak een negatieve lichaamsbeleving. Zolang er sprake is van een negatieve waardering van het eigen lichaam, bestaat ook het risico op terugval. Deze negatieve lichaamsbeleving bevat drie componenten:

- Een cognitief-emotioneel aspect
    - Ontevredenheid
    - Overmatig belang hechten aan gewicht en lichaamsvormen in de zelfwaardering
- Een perceptueel aspect
    - Lichaamsomvang overschatten
- Een gedragsmatig aspect
    - Vermijding
    - "Body checking"
    - Verbergen

Het streven naar een slanker uiterlijk of mooier figuur kan beschouwd worden als een poging om een negatief zelfbeeld te verbeteren vanuit de gedachte: "als ik er beter uitzie dan zal ik me ook beter voelen". Ook los van het algemeen zelfwaardegevoel vormt de (her)opbouw van een realistischer lichaamsbeeld in vele gevallen een centrale doelstelling in de behandeling van eet- en gewichtsproblemen. Velen hebben een vervormde perceptie van hun lichaam en/of schuwen lichaamscontact. Relaxatietraining en het stimuleren van ontspannende fysieke activiteiten ('sport voor plezier') kunnen bijdragen tot een positievere lichaamsbeleving.

Veel mensen met een eetstoornis blijken hun lichaam niet meer te kunnen of te willen voelen. Ze sluiten zich af voor allerlei lichamelijke sensaties, niet alleen voor honger en verzadiging, maar ook voor warmte en kou, vermoeidheid en pijn. Voor herstel is het van groot belang dat cliënten weer in contact komen met hun lichaam en de lichamelijke sensaties (Noordenbos, 2007; Waller et al., 2003).
Een negatieve lichaamsbeleving en dissociatie van de signalen die het lichaam uitzendt kan het resultaat zijn van een negatieve leergeschiedenis: een kille opvoeding en/of fysiek en seksueel misbruik zorgen voor negatieve associaties (Claes & Muehlenkamp, 2014; Waller et al., 2003). Verwerking hiervan staat dan ook voorop zodra de cliënt lichamelijk en psychisch hiertoe in staat is. De angst voor seksualiteit kan ook een uiting zijn van een meer algemene angst voor volwassenheid (mogelijk binnen een separatie-individuatieproces eigen aan de adolescentie). Deze thematiek kan dus zowel voorwerp zijn van een individuele therapie als aanleiding vormen om het relatiesysteem (ouders, partner) bij de behandeling te betrekken.

- Negatief affect en gebrekkige emotieregulatie

Personen met een angstig/depressief reactiepatroon lopen een groter risico om een eetstoornis te ontwikkelen. We zien dit ook in de hoge comorbiditeit met angst- en stemmingsstoornissen, en in perfectionistische persoonlijkheidskenmerken bij de eetstoornispopulatie. Eén van de mechanismen die eetstoornissen onderhoudt is een gebrekkige emotieregulatie (Fairburn et al., 2003). Vaak zien we dat niet eten of eetbuien functioneren als een manier om met een aantal problemen of moeilijke gevoelens om te gaan. Zo kunnen boulimische symptomen (eetbuien, purgeergedrag) dienen als afleiding van of troost bij negatief affect (Waller et al., 2003; Puccio, Fuller-Tyszkiewicz, Ong & Krug, 2016). Uitbreiden van het copingrepertoire met een aantal 'gezondere' strategieën kan een belangrijke doelstelling worden.

Omdat een eet- of gewichtsprobleem vaak een rol speelt bij coping met allerlei gevoelens of emoties (onzekerheid, eenzaamheid, verdriet, kwaadheid) (Fairburn et al., 2003; Braet & Van Winckel, 2001) is bewustwording van eigen emoties en stemmingswisselingen belangrijk om vervolgens gepaste copingstrategieën te kiezen. Dit geldt ook voor de subgroep kinderen met overgewicht die emotioneel eten hanteren als copingstijl om met angst om te gaan, bij gebrek aan andere emotieregulatiemechanismen.

- Problemen in het zelfbeeld

Bij cliënten met een eet- of gewichtsprobleem blijkt vaak een laag zelfbeeld of gering zelfwaardegevoel voor te komen. Deze kan zowel oorzaak als gevolg zijn van het eet- of gewichtsprobleem. Een negatieve zelfbeoordeling staat vaak centraal: in vergelijking met anderen voelt men zich meestal de mindere. Typisch komt dit tot uiting in negatief gekleurde denkpatronen. Kenmerkend is ook dat stemming en zelfwaardering kunnen schommelen volgens het gewicht op de weegschaal.

Doelstelling is dan het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld en een betere zelfwaarde. Het verkennen en corrigeren van dergelijke cognitieve disfuncties vormt een belangrijke component van de behandeling. In het algemeen gaat het om de ontwikkeling van een realistischer (genuanceerder en positiever) beeld van de eigen persoon (identiteit, eigenwaarde) zoals dat ook weerspiegeld kan worden in het lichaamsbeeld. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het stimuleren van verschillende domeinen van het zelfbeeld (bv. werk, relaties, hobby's…). Zelfaanvaarding is één van de belangrijke factoren voor herstel van een eetstoornis (Espindola & Blay, 2009).

Sociaal herstel

Bij de behandeling van eetstoornissen is het belangrijk om ook te focussen op het verbeteren van het sociaal functioneren en het herstellen van relaties. Het bevorderen van sociaal herstel kan op verschillende manieren gebeuren, afhankelijk van de individuele behoeften van de cliënt. Vaak is er sprake van een sociaal isolement. Een belangrijke stap is dan het identificeren van sociale belemmeringen en het verbeteren van sociale vaardigheden. Daarnaast kan het inzetten op positieve sociale activiteiten helpen bij het verbeteren van het sociaal functioneren. Denk hierbij aan het stimuleren van cliënten om deel te nemen aan sociale activiteiten, zoals een hobby, een jeugdbeweging of vrijwilligerswerk. Ook het betrekken van familie en vrienden bij de behandeling kan bijdragen aan het bevorderen van sociaal herstel. Het is uitermate belangrijk om de omgeving te betrekken bij de behandeling, zodat de cliënt niet alleen steun krijgt van de behandelaar, maar ook vanuit zijn of haar sociale omgeving.

Gezinsbegeleiding

In dit onderdeel beschrijven we hoe het betrekken van (plus)ouders of andere zorgfiguren bij de behandeling van eetstoornissen er concreet uit kan zien. We baseren ons daarbij op de recente ontwikkelingen met betrekking tot gezinstherapie bij eetstoornissen vanuit de Maudsley groep (Eisler, Simic, Blessit, Dodge, & team, 2016; Simic, Baudinet, Blessitt, Wallis, & Eisler, 2021) en op de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn voor het betrekken van naasten in de geestelijke gezondheidszorg (**MDR)**.

Bij de behandeling van kinderen en jongeren met een eetstoornis is het betrekken van het gezin als hulpbron de gouden standaard. Bij de start van elk behandelingstraject voor een eetprobleem is het dus belangrijk om te communiceren hoe (plus)ouders of andere zorgfiguren en eventuele broers/zussen betrokken zullen worden bij de therapie. Voor jongeren bevelen we aan om in de opstartfase minstens één oudergesprek te plannen en om vervolgens minstens maandelijks een gesprek met de ouders (met of zonder de jongere) te laten plaats vinden. Ook bij (jong)volwassenen is het heel waardevol om de context te betrekken. De intensiteit van de betrokkenheid van het gezin kan individueel variëren en dient per gezin afgestemd te worden.

Tijdens gezins- en oudergesprekken zal de nadruk liggen op het doorbreken van de vicieuze cirkel waarin gezinnen terechtkomen wanneer ze vanuit heftige emoties proberen het eetprobleem aan te pakken. De focus zal liggen op het ontwikkelen van een helpende dynamiek die gericht is op het versterken van de gezinsrelaties en het benutten van de krachten van het gezin.
Tijdens de gesprekken met het gezin zal er worden gestreefd naar het creëren van een veilige basis, zowel in het gezin als in de samenwerking met de hulpverlening. De aanwezigheid van de eetstoornis verstoort doorgaans de veilige basis die voorheen binnen het gezin aanwezig was. Concreet betekent dit:

(1) Er zal worden ingezet op een heldere samenwerking tussen de hulpverleners, de cliënt en de gezinsleden. Dit is vooral in de beginfase van het behandeltraject belangrijk voor zowel de jongere als de ouders.

(2) Er zal aandacht worden besteed aan de veiligheid en betrouwbaarheid van de onderlinge gezinsrelaties door ouders voldoende kennis en handvatten aan te reiken in het omgaan met de eetstoornis in de thuissituatie. Het creëren van voldoende voorspelbaarheid is een belangrijk startpunt in de therapie.

De start van een gezinsgericht behandeltraject

In deze paragraaf wordt beschreven op welke manier en met welke frequentie ouders of andere belangrijke zorgfiguren betrokken dienen te worden bij een behandeltraject voor eetstoornissen.

- In kaart brengen

Van bij de eerste kennismaking met de cliënt is het belangrijk om te achterhalen wie de belangrijke personen en steunfiguren zijn in het leven van de cliënt. Waar woont de cliënt en wie zijn de personen die daarbij betrokken zijn? Op welke manier wordt de cliënt emotioneel ondersteund? Hoe ziet de gezinssituatie eruit en welke relaties zijn er aanwezig? Wat is de invloed van de eetstoornis op deze gezinsrelaties? Het is van belang om deze informatie te verzamelen om zo een goed beeld te krijgen van de context waarin de eetstoornis zich afspeelt en om te kunnen bepalen hoe de omgeving betrokken kan worden bij de behandeling.

- Uitleggen **waarom** het belangrijk is om ouders te betrekken

Het is belangrijk om uit te leggen dat (plus)ouders betrokken worden in het herstelproces van een eetstoornis omdat het herstellen van een eetstoornis niet alleen kan gebeuren. De steun van ouders is nodig om tot een duurzame gedragsverandering te komen. Vaak weten ouders niet hoe een eetstoornis in elkaar zit, hoe ze moeten reageren in bepaalde situaties of wat ze kunnen doen om te helpen. Daarom is het belangrijk om ouders te informeren over de eetstoornis en hen te betrekken in het behandeltraject. Bovendien heeft de eetstoornis niet alleen invloed op de persoon zelf, maar ook op het gezin en kan dit leiden tot niet-helpende dynamieken die steeds hardnekkiger worden naarmate ze langer bestaan. Vaak worden deze dynamieken in stand gehouden door gevoelens van schuld en schaamte. Ouders hebben nood aan erkenning en aanvaarding van deze gevoelens. Het is daarom belangrijk om in de therapeutische houding een niet-beschuldigende houding aan te nemen en om het gezin zo snel mogelijk te betrekken bij de behandeling met oog voor de aanwezigheid van deze onderliggende gevoelens bij gezinsleden.

- Uitleggen en afstemmen **hoe** je ouders gaat betrekken

Vervolgens leg je uit op welke manier je doorgaans met ouders en/of gezinsleden aan de slag gaat. Een mogelijke structuur is om individuele sessies af te wisselen met gezamenlijke sessies (bijvoorbeeld elke maand ontmoet je de ouders met of zonder de cliënt). Je onderzoekt in welke mate de jongere zich hierin kan vinden, welke betrokkenheid passend is voor hem/haar en voor wie (bijvoorbeeld in nieuw samengestelde gezinnen). Afspraken hierover maak je in overleg met je cliënt en vervolgens ook met de

(plus)ouders. De manier waarop zij betrokken worden kan verschillend zijn, afhankelijk van de zorgfiguur, variërend van het verstrekken van informatie over eetstoornissen tot actief samenwerken.
Wij raden aan om bij jongeren in de beginfase ten minste één oudergesprek te houden en vervolgens bij voorkeur elke maand een gesprek met de ouders te organiseren, al dan niet met de jongere erbij.

De samenwerking en intensiteit ervan kan variëren afhankelijk van de fase van het behandeltraject en het herstelproces:

- In de opstart- of intakefase is het belangrijk om ouders te betrekken bij het verzamelen van informatie (zoals heteroanamnese, zie supra) en het opbouwen van een duurzame werkrelatie met ouders. Ouders hebben vaak ook nood aan 'op verhaal komen'. Ze ervaren vaak veel stress en machteloosheid in de thuissituatie en het is belangrijk dat ze daarin gehoord worden.
- Tijdens de behandelfase kunnen ouders betrokken worden bij het opstellen en bespreken van doelen en stappenplannen, en bij het opstellen van een crisisplan. Ouders kunnen ook mogelijk bijdragen aan het stappenplan zelf.
- Bij het afronden van de begeleiding of bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, afdeling of voorziening is het belangrijk dat ouders worden betrokken bij de verwijzing of bij het opvolgen van het terugvalpreventieplan.

- Vertrouwelijkheid

In het werken met eetstoornissen is het samenwerken met ouders iets evident en een essentieel onderdeel van de behandeling: Jongeren hebben er alle baat bij dat ouders door gerichte informatie ondersteund worden in het uitbouwen van een helpende context. Maar door de vaak al opgebouwde spanning thuis, kan het werken met ouders bij sommige jongeren onzekerheid geven. Daarom is het belangrijk aan de cliënt te expliciteren waarom je ouders uitnodigt en welke info wel en niet gedeeld wordt.

Bij het delen van informatie is het belangrijk om onderscheid te maken tussen persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie. Persoonsgebonden informatie betreft informatie over de cliënt zelf, zoals zijn/haar gedachten, gevoelens en gedragingen. Deze informatie kan alleen worden gedeeld mits akkoord van de cliënt. Niet-persoonsgebonden informatie kan in principe altijd worden gedeeld, zoals informatie over het ziektebeeld en het behandeltraject.

Vertrouwelijkheid werkt in beide richtingen. Ouders kunnen je informatie geven die niet bedoeld is voor je cliënt. Maak hierover vooraf afspraken.

In de praktijk kunnen sommige gesprekken apart gebeuren in functie van het gespreksdoel: er zijn gesprekken met de jongere apart als het gaat over de eigen noden van de jongere tav de context, met de ouder(s) apart in functie van de noden en vragen van de ouder(s), en er kunnen gesprekken gepland worden met iedereen samen.

Voor meer informatie over het beroepsgeheim en de juridische grenzen bij het betrekken van naasten, verwijzen we naar de verdiepende module '**Juridische hefbomen en grenzen bij het betrekken van naasten**' door dr. Tim Opgenhaffen binnen de Familiereflex.

Helpende principes in de behandeling met het gezin

- Externaliseren

Eén ding is zeker, niemand wordt geboren met een eetstoornis en op veel van wat je cliënt maakt tot wie ze is heeft de eetstoornis geen invloed. Het is goed om je cliënt en zijn/haar naasten aan te leren om met afstand naar de eetstoornis te kijken. Dit 'externaliseren' van de eetstoornis in de therapie kan op verschillende manieren en in verschillende gradaties gebeuren.

(1) Louter het geven van informatie geven over de eetstoornis en de gevolgen van ondervoeding kan nuttig zijn om afstand te creëren tussen de persoon en de eetstoornis. Hoewel deze informatie niet persoonsgebonden is, kan het de cliënt en zijn/haar naasten helpen om sommige gedragingen en ervaringen die gepaard gaan met eetproblemen anders te bekijken. Bijvoorbeeld door de Minnesota-effecten (stemmingswisselingen, prikkelbaarheid, obsessie met voeding, angst om controle te verliezen, enz.) te bespreken en parallellen te trekken met iemand die lijdt aan anorexia, kan anorectisch gedrag minder gezien worden als een bewuste keuze en meer als een logisch gevolg van cognitieve veranderingen bij ondervoeding waarbij de steun van het gezin nodig is om deze gedragingen te doorbreken.

(2) Daarnaast kan er gebruikgemaakt worden van 'externaliserende conversaties' waarbij de eetstoornis benoemd wordt als los van de persoon. Aanvankelijk kan dit door louter taalgebruik van de therapeut ("Wanneer heb je voor het eerst opgemerkt dat de anorexia je dochter ging beïnvloeden?" "Hoe heeft de eetstoornis effect gehad op je contacten met vrienden?").

(3) Bij het toepassen van externalisatie kan de therapeut aan de jongere en het gezin vragen om de eetstoornis een naam te geven en deze te beschrijven als een persoon

of entiteit die de controle uitoefent over de jongere. Op die manier kunnen zij de eetstoornis zien als iets dat los staat van henzelf en dat zij kunnen bestrijden.

Hoe en in welke mate je het externaliseren gaat gebruiken, zal afhangen van de visie van de jongere en het gezin op de eetstoornis als een externe controlerende kracht. Sommige ouders beschrijven zichzelf en hun kind spontaan als 'overgenomen door de anorexia', terwijl een jongere eerder een interne kritische stem kan beschrijven die zijn/haar gedrag controleert. Anderen geven aan dat ze zich niet kunnen vinden in het beschrijven van de eetstoornis als iets losstaand van henzelf, vooral wanneer ze het gevoel hebben dat dit wordt opgelegd of als een vrijgeleide voor hun ouders om controle over te nemen. In dat geval kunnen ze zich betutteld of onbegrepen voelen. Daarom is het belangrijk om zorgvuldig te onderzoeken en af te toetsen aan hoe de jongere dit ervaart en hierbij rekening te houden met hun beleving (bv. '*Veel van de jongeren waarmee ik werk geven aan dat de eetstoornis soms een beetje is als een soort stem, waarbij ze wel weten dat het hun eigen gedachten zijn maar waar ze toch moeilijk tegenin kunnen gaan; andere jongeren ervaren dit anders, hoe is het voor jou?*).
Dit kan een belangrijk moment zijn om de therapeutische relatie te versterken en dit zowel met de jongere als met het gezin/ouders die getuige zijn van de conversatie tussen therapeut en jongere. Als de jongere zich verzet tegen het idee van het externaliseren of zich er nog niet in kan herkennen, is het belangrijk dat je als therapeut voorzichtig en gedoseerd te werk gaat bij het gebruik van deze techniek in je werk met het gezin.

Door de eetstoornis te externaliseren en het gevoel van schuld te verminderen, kan de therapeut stapsgewijs onderzoeken hoe de eetstoornis het gezinsleven, relaties, specifiek gedrag en overtuigingen beïnvloedt. Deze externaliserende conversaties kunnen belangrijk materiaal opleveren voor de ontwikkeling van een probleemsamenhang (zie hoger). Bovendien kunnen ze ook intacte levensdomeinen aan het licht brengen, evenals uitzonderingen waarin de jongere wel in staat is om weerstand te bieden tegen de eetstoornis of wanneer ouders in staat waren om hun kind veerkrachtig te maken tegen de eetstoornis.

- Toewerken naar 'veilige onzekerheid'

Jongeren met een eetstoornis hebben vaak een sterke hechting aan de eetstoornis en een ambivalente houding ten opzichte van gedragsverandering. Dit kan leiden tot gevoelens van onbegrip en frustratie bij ouders en hulpverleners, en kan ervoor zorgen dat jongeren zich op afstand houden en weinig vertrouwen hebben in de zorg van hun ouders. Bovendien

ervaren zij veel onzekerheid in het leven en klampen ze zich in deze fase vast aan de zekerheid die de eetstoornis hen biedt.
Om deze reden is het belangrijk om in het begin van de behandeling in te zetten op voorspelbaarheid en zekerheid. Ouders kunnen hierbij helpen door structuur en voorspelbaarheid te brengen in het gezinsleven, in het bijzonder met betrekking tot de maaltijden (zoals maaltijdondersteuning). Dit gevoel van veiligheid en voorspelbaarheid is nodig voor de jongere om te kunnen herstellen van de eetstoornis.

Naarmate de behandeling vordert en de jongere sterker wordt, zal het gevoel van veiligheid en vertrouwen in de zorg van ouders weer toenemen. Dit biedt ruimte om de jongere uit te dagen om te oefenen met onzekerheden en uitdagingen in een veilige omgeving. Zie onderstaande figuur, gebaseerd op Barry Mason (1993), die deze twee dimensies weergeeft en hoe de focus van de behandeling daarin verschuift.

- Maaltijdondersteuning

De maaltijden zijn vaak de moeilijkste momenten voor jongeren met een eetstoornis. Tijdens de gezinsbegeleiding is het van belang dat ouders concrete handvaten krijgen in hoe ze kunnen omgaan met de maaltijdmomenten. Ouders kunnen hiervoor verwezen worden naar de toolkit voor ouders en het informatiepakket voor ouders maar daarnaast is het van belang om de jongere zelf hierbij te betrekken in een dialoog samen met de ouders.

Fasering in het traject met het gezin

De gezinsbegeleiding voor eetstoornissen verloopt in verschillende fasen die elkaar opvolgen en in elkaar overlopen. Het kan voorkomen dat bepaalde thema's uit een voorgaande fase opnieuw worden besproken tijdens het traject van gezinstherapie, bijvoorbeeld wanneer er nieuwe uitdagingen of problemen ontstaan.

In de eerste fase van de behandeling wordt voornamelijk ingezet op het creëren van een therapeutische relatie zowel met de jongere als met de ouders. In de volgende fase wordt er voornamelijk gewerkt aan het verminderen van de symptomen. Het ontstaan, verloop en de specifieke gevolgen van de eetstoornis worden onderzocht en ouders worden geholpen om het herstelproces van hun kind te ondersteunen door onder andere voorspelbaarheid en structuur te bieden. Wanneer er voldoende stabiliteit of vooruitgang in symptoomgedrag is geboekt, zal er meer aandacht worden besteed aan het omgaan met heftige emoties, hulp zoeken op moeilijke momenten en leren omgaan met uitdagingen en onzekerheden. In de afrondingsfase ligt de focus vooral op het uitwerken van toekomstplannen en het bespreken van een hervalpreventieplan.

Hieronder geven we een uitgebreider overzicht van de verschillende fasen (zie ook: Simic, Baudinet, Blessitt, Wallis, & Eisler, 2021)

- Fase 1. Engagement – therapeutische relatie

Tijdens de eerste sessies richt je je voornamelijk op het creëren van een veilige basis voor zowel de cliënt als de ouders en zichzelf als behandelaar. Bij het betrekken van het gezin ligt de focus op het aanpakken van problemen en symptomen en niet op het achterhalen van de oorzaak.

Je probeert inzicht te krijgen in de aard van de eetstoornis, inclusief details zoals gewichtsverandering, de aanwezigheid van eetbuien, compensatiegedrag, bewegingsdrang, effecten op de stemming, mentale toestand, sociaal functioneren op school en andere aspecten. Daarnaast kijk je ook naar de voorgeschiedenis en het verloop van de eetstoornis, inclusief eventuele voorgaande behandelingen.
Je combineert deze inschatting van de aard en ernst van het probleem met het geven van informatie over de effecten van ondervoeding, de invloed hiervan op de stemming en cognitieve processen van de jongere. Ook het bespreken van fysieke risico's en andere fysiologische effecten maakt deel uit van een gedetailleerde medische en risicobeoordeling van de jongere, wat een belangrijke rol speelt bij het opbouwen van de therapeutische relatie.

Je stelt vragen die de eetstoornis in context plaatsen. Zo kan je bijvoorbeeld in plaats van vragen te stellen als "Wanneer begon de eetstoornis?" ook vragen stellen als "*Wie heeft als eerste opgemerkt dat je gewicht verloor?*", "*Wie maakte zich als eerste zorgen over jou?"* en "*Wie nog meer?".*
Het is belangrijk om te achterhalen hoe ieder familielid, inclusief de jongere zelf, het eetprobleem van de cliënt ziet en ervaart. Het is ook van belang om aandacht te besteden aan visies die misschien minder op de voorgrond staan. Op deze manier kan je alle visies valideren, zelfs als ze onderling verschillen of tegenstrijdig zijn.

Vaak zijn er intense emoties aanwezig. Als therapeut is het belangrijk om deze emoties te erkennen en waar nodig te herkaderen. Bijvoorbeeld: "Een eetstoornis kan vaak leiden tot heftige emoties en diepe angsten, en deze kunnen zich uiten in boosheid en frustratie. Weten de anderen in het gezin hoeveel zorgen jij je maakt over je dochter?" Hierbij toon je als therapeut empathie en stel je tegelijkertijd grenzen bv. door te zeggen: "Om goed naar elkaar te kunnen luisteren en elkaar te begrijpen, zullen we op zoek moeten gaan hoe we de volumeknop van de emoties wat lager kunnen leren zetten."
Het is ook mogelijk om psychoeducatie in te zetten om begrip te creëren voor de gezinsleden die op hun eigen manier omgaan met de machteloosheid die gepaard gaat met een eetstoornis en hoe gezinnen zich vaak herorganiseren wanneer ze worden geconfronteerd met deze problematiek.

Je streeft ernaar om samen met het gezin een overeenstemmende probleemformulering en visie te ontwikkelen, waarbij er sprake is van gedeelde inzichten over de instandhouding van de eetstoornis en het belang van de betrokkenheid van het gezin in het herstelproces.

- Fase 2. Hoe kan het gezin helpen in de strijd tegen de eetstoornis?

Al vrij snel in het proces zal de focus verschuiven naar de concrete aanpak van de eetstoornis. Desondanks blijven alle interventies die in fase één zijn gestart, zoals het definiëren van de betekenis van nabijheid en toezicht van ouders bij de maaltijd als een daad van ouderlijke zorg, psychoeducatie, externaliseren en het ontwikkelen van een gedragen probleemformulering, ook in de tweede fase van toepassing.

In de tweede fase is het belangrijk om niet alleen de angsten van de ouders op te vangen en te ondersteunen, maar ook om hen aan te moedigen om de zorgnood van hun kind met betrekking tot alles wat met eten en gewicht te maken heeft te accepteren. Het coachen van de ouders in hoe ze tijdens de maaltijden kunnen omgaan met de angsten van hun

kind is hierbij van groot belang. Hierbij verken je het verloop van de maaltijden en de ouderlijke reacties daarbij. Je ondersteunt de ouders bij het opstellen van duidelijke en voorspelbare afspraken rond de maaltijden, het creëren van een rustige sfeer aan tafel en het bieden van gepaste afleiding tijdens de maaltijd. Het is daarbij belangrijk dat de ouders vastberaden en meelevend blijven ten aanzien van de angsten en noden van hun kind.
In de tweede fase verken je verder de impact van de eetstoornis op de relaties binnen het gezin. Daarnaast blijf je gericht op het opbouwen van een goede therapeutische relatie met de jongere en het versterken van de stem van de jongere in het herstelproces, zowel tijdens de sessies als daarbuiten.
Tijdens deze fase onderzoek je de specifieke rol van elke ouder, zowel moeder als vader, tijdens de maaltijd en hoe ze elkaar onderling kunnen ondersteunen door pauzes in te lassen en als een team samen te werken.

De focus ligt op het bieden van structuur en voorspelbaarheid, zodat de jongere opnieuw leert om regelmatig te eten in het bijzijn van de ouder(s) en lichamelijk kan herstellen. Het doel is om het onderlinge vertrouwen tussen jongere en ouders geleidelijk te herstellen.

- Fase 3. Teruggeven van meer autonomie en verantwoordelijkheden aan de jongere

In deze derde fase zal je focus in de begeleiding meer liggen op het teruggeven van verantwoordelijkheid aan de jongere en dit op vlak van eten maar ook in het leven in het algemeen. Er komt een shift in de therapie waarbij de focus verschuift van ‘voorspelbaarheid en zekerheid’ naar het leren omgaan en leren verdragen van onzekerheid, en het toewerken naar meer flexibiliteit. Daarnaast wordt ook ingezet op zelfacceptatie en het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen acties.

Met een nieuwe lens worden de temperamentsfactoren en kwetsbaarheden van de jongere onderzocht en er wordt gezocht naar nieuwe, gezonde manieren om met deze emoties om te gaan, anders dan door symptoomgedrag te vertonen.

Het gezin wordt gestimuleerd om samen plezier te hebben en zich te richten op de individuele ontwikkeling. De focus van de therapie ligt op hoe het gezin als geheel en elke individuele persoon verder kan gaan in hun levenscyclus en herstelproces.

In deze fase zal je als therapeut steeds minder een centrale rol spelen. De actieve expertrol die je had bij het aanpakken van de eetstoornis zal worden verlaten en er wordt meer nadruk gelegd op een niet-directieve rol, waarbij de gezinsleden worden gestimuleerd om

hun eigen oplossingen te vinden voor de problemen waarmee ze in het dagelijks leven worden geconfronteerd.

- Fase 4. Hervalpreventie en afronding

In de laatste fase van de therapie is het belangrijk om voldoende tijd te nemen om terug te kijken op het proces dat het gezin heeft doorgemaakt in het herstel van de eetstoornis. In deze fase worden mogelijke signalen van terugval besproken en wordt bepaald wie verantwoordelijk is voor welke actie in geval van een terugval. Het terugvalpreventieplan en de manieren om indien nodig opnieuw hulp te zoeken worden besproken. Verder in dit draaiboek wordt meer specifiek aandacht gegeven aan het opstellen van een terugvalpreventieplan.

Mogelijke complexiteiten

- Geen toestemming van je cliënt

Een beslissingsbekwame minderjarige kan ervoor kiezen om zijn/haar ouders niet te informeren.
Respecteer deze keuze maar vraag regelmatig opnieuw om de ouders te informeren. Voer een exploratief gesprek naar de redenen om de ouders niet te betrekken en/of informeren. Vaak is er sprake van een tweestrijd waarbij er enerzijds het verlangen is om geholpen te worden en anderzijds de angst om gekwetst te worden. Ook andere redenen kunnen bijdragen: de ouders willen ‘sparen’, ouders niet willen ontgoochelen, schaamte of het ideale kind willen zijn.. . Maar soms is deze toestemming er niet omdat je cliënt onvoldoende ziekte-inzicht heeft of omdat de relatie met de ouders op het moment van de behandeling onder druk staan.

Ook in dat geval hebben zorgfiguren ondersteuning nodig om ervoor te zorgen dat ze het goede doen en bovendien kan ook een slechte of verstoorde relatie centraal staan in het hersteltraject. In dit geval is het belangrijk dat je deze ouders literatuur aanreikt en hen verwijst naar een andere therapeut of organisatie die ondersteuning of ouderbegeleiding kan aanbieden (bv. ANBN, Eetexpert, privé therapeut met expertise eetstoornissen).

Blijf intussen je cliënt ondersteunen om de relatie met zijn/haar ouders te verbeteren of te herstellen. Een aanklampende aanpak wordt aanbevolen, gezien de ouders meestal de thuiscontext vormen waarin de jongere leeft.

Dit wil uiteraard niet zeggen dat naasten altijd betrokken moeten worden want soms kan herstel ook betekenen dat er net afstand genomen moet worden van specifieke naasten.

- Onveilige gezinssituaties

Tijdens de begeleiding is het van groot belang om alert te blijven op signalen van onveilige opvoedingssituaties, zowel bestaande als situaties die kunnen ontstaan. Psychische problemen bij jongeren kunnen het risico op verbaal en fysiek geweld of misbruik binnen het gezin vergroten. De stress die gepaard gaat met de zorg voor een ziek kind en de verwachting dat ouders een belangrijke rol spelen bij het herstelproces van de jongere, kan bestaande familieproblemen verergeren en het risico voor de jongere vergroten.

Als er sprake is van geweld of misbruik of vermoedens van misbruik, moet je als therapeut flexibel zijn in je aanpak. Het is belangrijk om in deze gevallen overleg te voeren met het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling en nauw samen te werken met andere betrokken zorgverleners, zoals de huisarts.

Groepsbehandeling

Groepsgericht werken blijkt binnen de behandeling van eetproblemen en eetstoornissen krachtig te zijn. Literatuur geeft aan dat de behandeling van eetstoornissen in eerste instantie gebaat is bij een individuele stabilisatiefase (Wanlass et al., 2005; McGilley, 2006; zie hierboven) in combinatie met een gezinsbegeleiding. Daarna blijkt groepsgericht werken krachtig omwille van het groepsproces: de cliënten laten leren van elkaar, de cliënten patronen laten ontdekken en benoemen bij elkaar, en hen stimuleren om hierover in gesprek te gaan met elkaar (Norré, Verheyen, Beterams & Van Assche, 2021; Norré & Vandeputte, 2022). De groepstherapie kan zich richten op thema's als identiteit, emotieregulatie, lichaamsbeeld en communicatiepatronen met anderen (Wanlass et al., 2005; McGilley, 2006). Deze thema's zijn cruciaal in de verklaringsmodellen bij eetstoornissen (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Fairburn, 2008; Stice, 2001; zie in Deel 1 van dit draaiboek).

Groepstherapie (2e lijnszorg) bij eetstoornispatiënten heeft verschillende voordelen:

- Een groep geeft een gevoel van verbondenheid, waarbij cliënten zich emotioneel verbonden voelen met andere groepsleden. Op deze manier fungeert de groep als een veilige haven waarbinnen nieuw (interpersoonlijk) gedrag uitgetest kan worden (Wanlass et al., 2005; McGilley, 2006). Meer specifiek blijkt groepstherapie daardoor de kansen op interpersoonlijke groei te vergroten, alsook kunnen cliënten zelf steun verlenen aan andere groepsleden waardoor ze zelf in hun kracht komen te staan (Wanlass et al., 2005; Brennan, Emmerling & Whelton, 2015).

- Groepstherapie installeert ook hoop, waarbij de inzichten die cliënten opdoen omtrent zichzelf gefaciliteerd worden door het groepsgebeuren (Wanlass et al., 2005; Brennan, Emmerling & Whelton, 2015).
- Groepstherapie werkt normaliserend. Cliënten ervaren dat ze niet alleen deze klachten ervaren en hieraan lijden. Ze leren hun schaamte opzijzetten om te spreken over hun gevoelens en hun ervaringen (Brennan et al., 2015).

Deze voordelen, alsook het belang van groepstherapie bij eetproblemen en eetstoornissen worden in de internationale literatuur onderschreven (Wanlass, Moreno & Thomson, 2005; McGilley, 2006).

Meer informatie en concrete handvaten in het groepsgericht werken rond eetproblemen en eetstoornissen, kan gevonden worden in de inspiratiegids "Groepsbegeleiding eetproblemen en eetstoornissen"

Terugvalpreventie

Doorheen de behandeling is het absoluut noodzakelijk om zich voor te bereiden op terugval en signalen signalen van terugval te leren herkennen. Er wordt gesproken van een terugval wanneer de klachten en symptomen van de eetstoornis terug toenemen zodat (professionele) hulp terug noodzakelijk wordt (Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen, 2006). Een meer operationele definitie van terugval definieert een terugval obv diagnostische kernsymptomen (Pike, 1998): "Er is een terugval wanneer, na enige respons op de behandeling, de volgende diagnostische (kern)symptomen terug optreden:

- Gewichtsverlies tot onder een BMI Standaarddeviatie -1 van het normale gewicht, passend bij leeftijd en geslacht
- Toename van restrictief eten, zodanig dat het leidt tot gewichtsverlies
- Toename van gedragssymptomen zoals het overevalueren van lichaam en gewicht
- Toename van compenserend gedrag
- Uitblijven van de menstruatie
- Medische klachten, ten gevolge van de eetstoornis

Literatuur wijst een viertal factoren aan die voorspellend zijn voor een terugval (Carter et al., 2004; Keel et al., 2005):

- Een overevaluatie van lichaam en gewicht, bij stopzetten behandeling
- Een grote bewegingsdrang bij stopzetten behandeling
- Langere duur van de ziekte
- Psychosociale moeilijkheden, weinig psychosociale vaardigheden

Een terugval verloopt in verschillende fasen. Doorheen de fasen worden de voortekenen en signalen van een herval frequenter en ernstiger. Wanneer er op dat moment geen actie ondernomen wordt, kan een terugval in de ziektesymptomen optreden. De voortekenen komen niet zomaar, maar zijn een reactie op 'uitlokkers', vb.: stresserende, belastende gebeurtenissen. De vier fases van een terugval (Berends, Van Meijel & Van Elburg, 2022) zien er als volgt uit:

- Stabiel: Er zijn geen noemenswaardige problemen. Gewicht is goed, psychosociaal functioneren is goed. De cliënt kan om met eventuele eetstoornisgedachten.
- Lichte terugval: de eetstoornisgedachten worden sterker en kleine gedragssymptomen treden af en toe op
- Matige terugval: de eetstoornisgedachten worden nog sterker en cliënten handelen meer en meer naar de eetstoornisstem in hun gedrag en in compensatie. Gewicht begint te dalen, en omgeving merkt signalen op
- Volledige terugval: Gewichtsverlies lager dan 85% van het gezonde gewicht. De eetstoornisgedachten overheersen, psychosociale problemen treden terug op, vb. sociale isolatie.

Uitlokkers van een terugval kunnen voor elke persoon anders zijn. Het zijn factoren uit de omgeving van de cliënt zelf die het eetstoornisgedrag uitlokken, en daardoor een terugval in de hand kunnen werken. In de literatuur kunnen voorbeelden van zo'n uitlokkers teruggevonden worden (Bloks et al., 1999):

- Minder fijne emoties
- Mislukkingen
- Emoties & successen
- Sociale moeilijkheden
- Aanmoediging van anderen om te lijnen
- Stressvolle werk of schoolsituaties
- Overlijden
- Verhuizing,
- Gewichtstoename
- Opmerkingen over uiterlijk
- Financiële problemen
- ….

Vroege voortekenen van de eetstoornis kunnen dan bv. volgende symptomen zijn:

- Veranderend eetpatroon
- Excessief bewegen

- Compensatiegedrag
- Lichamelijke veranderingen
- Verminderd psychosociaal functioneren

Om aan terugvalpreventie te doen, is het van belang om een terugval – preventieplan op te stellen. Hierbij worden verschillende richtlijnen naar voren geschoven (Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen, 2006):

- Elke actie om een terugval te voorkomen of terug te draaien, dient per stadia bepaald te worden. Er zijn dus acties bepaald per fase van een terugval
- Er dienen acties geformuleerd te worden op elk van de volgende gebieden:
    - Eetpatroon
    - Bewegingspatroon
    - Compensatiegedrag
    - Lichamelijk functioneren
    - Psychosociaal functioneren
- Hou bij het opstellen van het terugval – preventieplan rekening met de mate waarin de cliënt zelf in staat zal zijn om deze acties uit te voeren, en de mate waarin externe hulp inschakelen van belangrijke anderen helpend kan zijn

Referenties

Akwa GGZ (2017). GGZ Zorgstandaard Eetsoornissen.

American Psychiatric Association (2012). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of

patients with eating disorders, 3rd edition.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.),

Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2014.

Anckarsäter, H., Hofvander, B., Billstedt, E., Gillberg, I. C., Gillberg, C., Wentz, E., & Råstam, M. (2012). The sociocommunicative deficit subgroup in anorexia nervosa: autism spectrum disorders and neurocognition in a community-based, longitudinal study. *Psychological medicine*, *42*(9), 1957-1967.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 724-731.

Athey, J. (2003). Medical complications of anorexia nervosa. Primary Care Update OB/GYNS, 10, 110-

115.

Barneveld, D., Brand, J. Groot, J., Peeters S., & van Veen, A (2015). Dieetbehandelingsrichtlijn Eetstoornissen. 2010 Uitgevers, Rotterdam, Nederland.

Berends, T., Van Meijel, B. & Van Elburg, A. (2022). Richtlijn terugvalpreventie Anorexia Nervosa Deel 2. Beschikbaar via Kenniscentrum KJP – NL: https://www.kenniscentrumkjp.nl/professionals/behandelmethoden/richtlijn-terugvalpreventie-anorexia-nervosa-deel-1-2/

Bloks, J.A., Furth, E.F. & Hoek, H.W. (1999). Behandelingsstrategieën bij Anorexia Nervosa. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Braet C. & van Winckel, M. (2001). Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Braet, C., & Berking, M. (2019). *Emotieregulatie-training bij kinderen en adolescenten*. Bohn Stafleu van Loghum.

Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *22*, 39-44.

Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C., van Furth, E. F., & Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annu. Rev. Nutr.*, *27*, 263-275.

Carter, J.C., Blackmore, E., Sutander-Pinnock, K. & Woodside, D.B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. Psychological Medicine, 25, 143-156

Carver, C. & White, T. (1994). Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, and affective response to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319-333.

Claes L. en Muehlenkamp J. (2014). Non-suicidal self-injury and eating disorders: dimensions of self-harm. *Non-Suicidal Self-Injury in Eating Disorders, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag,* pp. 3-18

Claes, L., Luyckx, K., Bijttebier, P., Turner, B., Ghandi, A., Smets, J., Norre, J., Van Assche, L., Verheyens, E., Goris, Y., Hoksbergen, I., & Schoevaerts, K. (2014). Non-suicidal self-injury in patients with eating disorder: associations with identity formation

above and beyond anxiety and depression. *European Eating Disorders Review, 123,* 119-125.

Claes, L., Bijttebier, P., Mitchell, J., de Zwaam, M., en Mueller, A. (2011). The relationship between

compulsive buying, eating disorder symptoms, and temperament in a sample of female students. *Comprehensive Psychiatry, vol. 52,* pp. 50-55.

Cotton, M., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating

disorders. Journal of General Internal Medicine, 18, 53-56.

Cracco, E., Van Durme, K., & Braet, C. (2015). Validation of the FEEL-KJ: an instrument to measure

emotion regulation strategies in children and adolescents. *PloS one*, *10*(9), e0137080.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge E., en Le Grange, D. (2000). Family therapy for

adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 41*, pp. 727-736

Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy

for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy, 27,* 104–131

Eisler, I., Simic, M., Blessit, E., Dodge, L. & team (2016). Maudsley service manual for child and

adolescent eating disorders. King's College Hospital: South London and Maudsley

Espindola C.R., en Blay, S.L. (2009). Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a

metasynthesis of qualitative studies. *Annals of Clinical Psychiatry, vol. 21*, pp. 38-48.

Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. Guilford Press

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a

"transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 41, 509-528.

Fichter, M. M., & Quadflieg N. (2016). Mortality in eating disorders. Results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 49*, 391–401.

Frank, G. K., DeGuzman, M. C., & Shott, M. E. (2019). Motivation to eat and not to eat–The psycho-

biological conflict in anorexia nervosa. *Physiology & behavior*, *206*, 185-190.

Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 917-925.

Godt, K. (2002). Personality disorders and eating disorders: The prevalence of personality disorders in 176 female outpatients with eating disorders. *European Eating Disorders Review, 10,* 102-109.

Goossens, L., Jansen, A., Braet, & C. (2014). Eetproblemen in de adolescentie. In *P. Prins & C. Braet*

(Eds). Handboek klinische ontwikkelingspsychologie, Revisie (pp. 443-466). Houten, Nederland: Van Loghum

Grant, M., Salsman, N. L., & Berking, M. (2018). The assessment of successful emotion regulation

skills use: Development and validation of an English version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *PloS one*, *13*(10), e0205095.

Grob, A., & Smolenski, C. (2005). FEEL-KJ. *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei*

Kindern und Jugendlichen. Bern: Huber.

Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S., Field, A. E., & Austin, B. (2010). Examination of shared

risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164, 336-343.

Haute Authorité De Santé (2010). Clinical Practice Guidelines. Anorexia Nervosa: management. Haute

Authorité De Santé, FR.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., en Ward W. (2014).

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 48*, pp. 977-1008.

Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., Zeek A., & et al. (2018). S3-

Leitlinie Diagnostik un Behandlung der Essstörungen.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*, 348-358.

Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. F. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: A systematic review. *European Eating Disorders Review, 21*(5), 345–351.

Keel, P.K., Dorer, D.J., Franko, D.L., Jackson, S.C & Herzog, D.B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. American Journal of Psychiatry, 162, 2263-2268.

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion Psychiatry, 29,* 340–345.

Krug, I., Pinheiro, A. P., Bulik, C., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E., ... & Fernández-Aranda, F. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/dependence and novelty seeking in eating disorders: comparison study of eating disorder subgroups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*, 82-87.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; Trimbos-instituut. (2006). Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut in opdracht van Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ .

Levine, M., Piran, N., & Jasper, K. (2015). *Eating disorders.* In T.P. Gullotta et al. (eds.), Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment (pp. 305-328). New York: Springer Science+Business Media.

Marronne, M. J. S., R. Crosby, S. Wonderich en T. Jollie-Trottier (2009). Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *International Journal of Eating Disorders, vol. 42*, pp. 222-227, 2009

Mason, B. (1993). Towards positions of safe uncertainty. *The Journal of Systemic consultation and management, 4,* 189 – 200.

Mervielde, I., De Fruyt, F. & De Cleecq, B. (2009). HiPIC Persoonlijheidsvragenlijst. Handleiding.

Miller, W., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering. Mensen helpen veranderen/ Derde editie.* Ekklesia

Morgan, J. F., F. Reid and J. H. Lacey. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool
for eating disorders. BMJ. 319: 1467 - 1468, Dec 1999.

National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment*
and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. UK: The British Psychological Society and Gaskell.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2017). Eating disorders – Recognition and
treatment. *Clinical Guidelines NG69*. London: NICE

Nielsen, S., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. (2015). Effects of autism spectrum disorders on outcome in teenage-onset anorexia nervosa evaluated by the Morgan-Russell outcome assessment schedule: a controlled community-based study. *Molecular autism*, *6*, 1-10.

Noordenbos, G. (2007). Gids voor herstel van eetstoornissen, Utrecht: De Tijdstroom

Noorderbos, G. (2014). Een eetstoornis overwinnen, kan dat?, Utrecht: De Tijdstroom

Noordenbos G., van Elburg A. (2018). Handboek Eetstoornissen, Utrecht: De Tijdstroom

Peebles, R., Wilson, J.L., & Lock, J.D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health, 48,* 310-313.

Pennesi, J., & Wade, T. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do
they inform the development of effective interventions? Clinical Psychology Review, 43, 175-192.

Pike, K.M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission and recovery.
Clinical psychological review, 18, 447-475

Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMeD-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, *43*, 1125-1132.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. Treating
addictive behaviors: Processes of change, 3-27.

Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong D., en Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis

on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders , vol. 49*, pp. 439-454. .

Riley, E. N., Davis, H. A., Combs, J. L., Jordan, C. E., & Smith, G. T. (2016). Nonsuicidal self-injury as a risk factor for purging onset: Negatively reinforced behaviours that reduce emotional distress. *European Eating Disorders Review*, *24*, 78-82.

Rosen, D. S. (2010). Clinical report: Identification and management of eating disorders in children and

adolescents. Pediatrics, 126, 1240-1253.

Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physiscians. (2010). *Marsipan: Management of really sick patients with anorexia nervosa.* UK: MARSIPAN group

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation,

social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Scanelli, G., Schlagenauf, P., & Degli Esposti, L. (2013). Endocrine abnormalities in eating disorders. In

R. Strumia (ed.), Eating Disorders and the Skin (pp. 31-36). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Schmidt, U., Startup H., & Treasure, J. (2020). Mantra-werkboek voor (jong)volwassenen met anorexia

nervosa. Amsterdam: Boom uitgevers.

Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One*, *8*(5), e63891.

Simic, M., Baudinet, J., Blessitt, E., Wallis, A., & Eisler, I. (2021). *Multi-family therapy for anorexia*

nervosa: a treatment manual. Routledge.

Snoek, H. M., Engels, R. C., van Strien, T., & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained

eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. Appetite, 67, 81-87

Snouckaert, V. C., & Spek, A. A. (2020). Het ontstaan van anorexia nervosa bij mensen met een

autismespectrum-stoornis; een kwalitatief en retrospectief onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (2020/9), 760-767.

Steinhausen, H-C, (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of*

psychiatry, vol. 159, pp. 1284-1293.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. Journal of Abnormal Psychology, 110, 124-135.

Tobias, K., & Beer, R. (2011). *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis: eten zonder angst*. Bohn Stafleu van Loghum.

Turner, B. J., Claes, L., Wilderjans, T. F., Pauwels, E., Dierckx, E., Chapman, A. L., & Schoevaerts, K. (2014). Personality profiles in eating disorders: Further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Research*, *219,* 157 – 165.

Ulfvebrand, S., Birgegard, A., Norring, C., Hogdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. Psychiatry Research, 230, 294-299

Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2008). *Handboek eetstoornissen.* Utrecht: de Tijdstroom

Vanderlinden J. en Norré J. (2013). Behandeling van cliënten met boulimia nervosa. In P. Emmelkamp & K. Hoogduin (eds.), Van mislukking naar succes in de psychotherapie., Amsterdam, Boom, pp. 369-386

Vansteenkiste, M., & Neyrinck, B. (2010). Optimaal motiveren van gedragsverandering: Psychologische behoeftebevrediging als motor van therapiesucces. Tijdschrift voor Psychotherapie, 36, 171-189.

Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C. Meyer, C. en Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy , vol. 41*, pp. 619-627.

Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C., & Råstam, M. (2009). Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(2), 168-174.

Whitney J., en Eisler, I. (2005). Theorectical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The recognization of family life and interpersonal maintenance factors. *Journal of Mental Health, vol. 14*, pp. 575-585.

World Health Organization. (2009). *Improving health systems and services for mental health.* Genève: World Health Organization.

Yager, J., Halmi, D. M. J., K. A. , Herzog, D. B. , Mitchell III, J. E. , Powers, P., en Zerbe, K. (2015).

Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition, Guideline Watch.

Zorgstandaard Eetstoornissen Nederland. www.ggzstandaarden.nlhttps://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen