

Projectvoorstel behandeling boulimia nervosa in de vier grote steden van Nederland

Joke Tacoma
Hoge Filterweg 180
3063 KC Rotterdam
010-452 1923
tacoma@tiscali.nl
studentnummer 835936894
productiedatum: 29 september 2005
Gezondheidspsychologische interventies

Met dank aan de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa voor hun gastvrijheid tijdens de lotgenotendag op 21 mei 2005.

Met dank aan Hennie, die de achteraf vrijwel onmogelijke opdracht kreeg om literatuur in Utrecht te zoeken: het artikel was alleen met chipcard toegankelijk en het boek is na haar verzoek om hulp als 'zoek' gedefinieerd.

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	5
2	Analyse van kwaliteit van leven en gezondheid	6
	2.1 Sociale analyse	6
	2.2 Epidemiologische analyse	7
3	Analyse van gedrag en omgeving	8
	3.1 Risicofactoren	8
	3.2 Gedrags- en omgevingsfactoren	9
4	Determinanten van gedrag	10
	4.1 Gedragsdeterminanten van boulimia nervosa	10
	4.2 Gewenst gedrag	12
5	Ontwikkeling van de interventie	13
	5.1 Doelgroepen	13
	5.1.a Doelgroep	13
	5.1.b Omgeving van de doelgroep	13
	5.2 Doelen	13
	5.2.a Algemene gedragsdoelen	13
	5.2.b Termijn	14
	5.2.c Specifieke programmadoelen	14
	5.2.d Matrix van specifieke programmadoelen	14
	5.3 Theoretische methodieken en praktische technieken	15
	5.3.a Methodieken uit theorie en literatuur	15
	5.3.b Methodieken bij de programmadoelen	16
	5.3.c Vertaling methodieken in technieken	16
6	Implementatie	17
	6.1 Programma ontwerp	17
	6.1.a Voorbereiding van het programma	17
	6.1.b Tijdens de uitvoering van het programma	17
	6.2 Verbindingsgroep	17
	6.3 Implementatiedoelen	18
	6.4 Verspreidingsplan	18
7	Evaluatie	19
	7.1 Opzet van het project	19

7.2	Tests	19
7.3	Incidentie	20
7.4	Effectevaluatie	20
7.5	Procesevaluatie	21
	Literatuur	22
	Bijlage 1: Diagnostische criteria boulimia nervosa	25
	Bijlage 2: Behandelprotocol boulimia nervosa	26

1 Samenvatting

Dit projectvoorstel is gemaakt in het kader van een opdracht van het vak 'Gezondheidspsychologische Interventies' van de Open Universiteit Nederland. De opdracht is om een preventieproject te schrijven met betrekking tot de behandeling van boulimia nervosa voor de Stuurgroep Eetstoornissen Nederland.

Boulimia nervosa is een eetstoornis die gekenmerkt wordt door het piekeren over lichaamsvormen, beperking van de voedselinname, eetbuien en compenserende maatregelen, zoals braken, laxeren en overmatige lichaamsbeweging. In dit project is er gekozen voor tertiaire preventie met als doel dat 80% van de doelgroep na 1 en na 5 jaar is gestopt met eetbuien en compenserende maatregelen.

Om dat te bereiken is een sociale en een epidemiologische analyse gemaakt waaruit blijkt dat boulimia nervosa het meest voorkomt bij vrouwen van 20-24 jaar die wonen in grote steden. De doelgroep is hieraan gerelateerd: patiënten van 20-24 jaar die wonen in de vier grote steden van Nederland, die voldoen aan de diagnostische criteria van boulimia nervosa. Verder richt het project zich op de broers en zussen van de patiënt, de huisarts en de behandelend therapeut.

De behandeling is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie met als theoretisch model het ASE-model. De aanknopingspunten van de behandeling komen uit een analyse van risicofactoren en gedragsdeterminanten van boulimia nervosa. De specifieke programmadoelen voor het project zijn: stoppen met eetbuien en compenserende maatregelen. Per programmadoel zijn er specifieke gedragsdoelen. Per gedragsdoel zijn methodieken geformuleerd die weer vertaald zijn in modules van het behandelprotocol.

Aan het begin van de implementatie wordt een verbindingsgroep gevormd, die bestaat uit huisartsen, therapeuten, patiënten en hun broers en/of zussen. Bij die groep begint de eerste evaluatie: een effectevaluatie die gebaseerd is op objectieve metingen en subjectieve belevingen en een procesevaluatie die de subjectieve belevingen van de verschillende deelprocessen in kaart brengt. In het begin is de evaluatie iedere drie maanden, later elk half jaar. Op grond van de uitkomsten van de evaluatie kan de uitvoering van het project bijgesteld worden.

2 Analyse van kwaliteit van leven en gezondheid

2.1 Sociale analyse

Boulimia nervosa is een eetstoornis waarbij twee vicieuze cirkels in het spel zijn (Jansen, 2002):

- 1 piekeren over lichaamsvormen → beperking van de voedselinname → eetbui → piekeren over lichaamsvormen, enz.
- 2 eetbui → compenserende maatregelen (bijvoorbeeld braken, laxeren) → rigide vorm van lijnen → eetbui, enz.

Het piekeren over lichaamsvormen kan volgens Spaans en Bloks (2002) veel oorzaken hebben, bijvoorbeeld cultureel (de media laten slanke mensen zien die gelukkig lijken), omgeving (het gezin waarin de patiënt opgroeit) en individueel (perfectionisme, onzekerheid). De patiënt wil niet dik worden of zijn en beperkt daardoor op een rigide wijze de voedselinname. Daardoor wordt honger geleden en volgt een eetbui. Het braken gaat makkelijker als de maag helemaal vol is, zodat de eetbuien groter worden. In plaats van braken zijn ook andere compenserende maatregelen mogelijk, bijvoorbeeld overmatig bewegen of laxantia. De diagnostische criteria voor boulimia nervosa staan in bijlage 1.

Boulimia nervosa ontwikkelt zich volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 april 2005) vaak in stilte, omdat de patiënt haar gedrag verborgen houdt. Sociaal isolement volgt als ze de situaties waarin gegeten of gedronken wordt, gaat vermijden. Doorgaans ontwricht de eetstoornis het leven dusdanig dat werken of studeren niet meer mogelijk is. Fairburn, Stice, Cooper, Doll, Norman en O'Connor (2003) constateren dat boulimia nervosa de neiging heeft chronisch te worden. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 april 2005) geeft aan dat de gevolgen van boulimia nervosa voornamelijk worden veroorzaakt door veelvuldig braken: aangetast gebit, zwellingen van de speekselklieren, beschadigde slokdarm en een tekort aan kalium (geeft hartritmestoornissen). Overmatig laxeremiddelengebruik tast de dikke darm, nieren en lever aan.

Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich en Masters (2004) merken op dat de prevalentie van angststoornissen veel hoger is bij vrouwen met boulimia nervosa dan in een controlegroep van vrouwen in de samenleving. Bloks en Spaans (2002) geven aan dat ongeveer de helft van de patiënten met boulimia nervosa last heeft van depressieve stoornissen. Stice, Burton en Shaw (2004) schatten dat 20% voldoet aan de criteria van een ernstige depressie. Manley en Leichner (2003) ontdekten dat 26% van de 358 vrouwelijke patiënten die ze onderzochten ruim 26% minimaal één poging tot suicide heeft gedaan.

Het is niet bekend hoeveel patiënten herstellen van boulimia nervosa. D'Abundo en Chally (2004) tonen aan dat de veelbelovende resultaten van de korte termijn onderzoeken in de weinige longitudinale onderzoeken niet bevestigd worden.

2.2 Epidemiologische analyse

Vrouwen lijden vaker aan boulimia nervosa dan mannen en jongeren vaker dan ouderen. De precieze aantallen zijn niet bekend. In tabel 1 staat een samenvatting van de schattingen van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 april 2005).

Tabel 1

Schattingen van de prevalentie van boulimia nervosa in Nederland (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 23 april 2005)

Groep	Schatting op basis van:	Vrouwen	Mannen	Totaal
13-18 jaar	bevolkingsonderzoek 6-maandsprevalentie			2.230
18-64 jaar	bevolkingsonderzoek NEMESIS	16.900	7.000	23.900
18-64 jaar	jaarprevalentie	30.240	10.400	40.640
15-24 jaar	Hoek (1993)	13.910		
alle leeftijden	huisartsenregistraties			3.250*

* Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 april 2005) zijn de schattingen op basis van huisartsengegevens onderschattingen, omdat patiënten met boulimia nervosa niet altijd contact hebben met de huisarts en als ze dat wel hebben, presenteren ze vaak lichamelijke klachten die een arts niet altijd herkent als symptomen van eetstoornissen; uit schaamte verzwijgen patiënten vaak de gedragsstoornis.

Fairburn en Harrison (2003) schatten de prevalentie van boulimia nervosa op 1-2% bij vrouwen van 16-35 jaar. De incidentie is volgens hen per 100.000 per jaar 29 voor vrouwen en 1 voor mannen. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 april 2005) houdt het op een incidentie van 11,5 per jaar (voor 1985-1989), wat omgerekend voor het jaar 2000 neerkomt op 1840 nieuwe gevallen van boulimia nervosa en geeft verder aan dat de incidentie onder vrouwen tussen de 20 en 24 jaar het hoogst is. Currin, Schmidt, Treasure en Hershel (2005) melden dat de incidentie van boulimia nervosa in Engeland toeneemt.

3 Analyse van gedrag en omgeving

Het doel van deze analyse is vast te stellen wat de oorzaak is van boulimia nervosa. Als bekend is wat de oorzaak is, kan de interventie daarop ingrijpen zodat ze effectiever wordt.

3.1 Risicofactoren

Fairburn en Harrison (2003) zetten de belangrijkste risicofactoren voor boulimia nervosa op een rijtje:

- algemene factoren: vrouw, adolescentie en vroege volwassenheid, blank en leven in een westerse samenleving
- individuele factoren:
 - gezin: eetstoornis, depressie, verslaving (vooral alcoholisme) en overgewicht
 - voorgeschiedenis: ouders met hoge verwachtingen, ouderlijke ruzies, weinig contact, seksueel misbruik, gezinsleden die willen afvallen en kritisch commentaar over eten, lichaamsvorm of gewicht van familieleden en anderen
 - voordat de ziekte zich openbaart: weinig zelfvertrouwen, perfectionisme, angst en angststoornissen, overgewicht en vroege menstruatie

Noordenbos (2002b) werkt de risicofactoren voor boulimia nervosa verder uit:

- cultureel: slankheidsideaal in westerse geïndustrialiseerde landen. Doordat de voeding en bescherming tegen kinderziekten beter is, zijn de mensen langer en voller geworden, terwijl juist slanker het lichaamsideaal is geworden. Deze discrepantie tussen feitelijk en ideaal gewicht leidt al op jonge leeftijd tot ontevredenheid over het eigen lichaam en tot angst om dik te worden. Veel meisjes doen al op jonge leeftijd een eerste poging om af te vallen. Met name extreem lijngedrag is een belangrijke risicofactor.
- sociaal: veranderende positie van vrouwen in de samenleving, de nadruk op het leveren van prestaties en het ontwikkelen van een carrière, evenals de vrijere seksuele moraal en de toenemende individualisering in de westerse samenleving. Meer specifiek worden pesten met het uiterlijk en seksuele intimidatie of seksueel misbruik gezien als relevante risicofactoren.
- psychologisch: gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst, perfectionisme, moeite om emoties en conflicten te uiten en ineffectieve coping zijn belangrijke risicofactoren. Het gebrek aan zelfvertrouwen is een van de sterkste voorspellers van het ontwikkelen van boulimia nervosa.

- biologisch: vóórkomen in de familie van depressie, stemmingsstoornissen, verslaving, misbruik van alcohol of drugs, zwaarlijvigheid

Stice et al. (2004) geven aan dat de comorbiditeit tussen boulimia nervosa en depressie bij adolescente vrouwen veroorzaakt wordt doordat het één een risicofactor is voor het ander. Ze stellen dat de symptomen van depressie het risico op boulimia nervosa vergroten: vrouwen krijgen eetbuien om zich prettiger te voelen en de negatieve stemming weg te houden. En andersom: herhaalde eetbuien en compensatiegedrag geven gevoelens van schaamte, schuld en angst en die verhogen het risico op depressie. Ze geven tenslotte aan dat een effectieve behandeling van boulimia nervosa minder negatieve gevoelens geeft en een effectieve behandeling van depressie het vóórkomen van boulimia nervosa vermindert.

Het Nationaal Kompas Volksgezondheid (23 april 2005) laat zien dat de prevalentie van boulimia nervosa in de grote steden (meer dan 100.000 inwoners) bijna zes keer zo groot is als op het (verstedelijk) platteland en twee keer zo groot als in verstedelijkte gebieden. Daarnaast hebben sommige subculturen een hoog risico (Noordenbos, 2002a): modellen, balletdansers en topsporters.

3.2 Gedrags- en omgevingsfactoren

Samengevat gaat het om de volgende risicofactoren bij boulimia nervosa:

- individueel: gebrek aan zelfvertrouwen, faalangst, perfectionisme, moeite om emoties en conflicten te uiten, ineffectieve coping, depressie
- het gezin: eetstoornis, depressie, verslaving (vooral alcoholisme) en overgewicht, ouders met hoge verwachtingen, ouderlijke ruzies, weinig contact, seksueel misbruik, gezinsleden die willen afvallen en kritisch commentaar over eten, lichaamsvorm of gewicht
- sociaal: toenemende individualisering, prestatiedruk, het ontwikkelen van een carrière, de vrijere seksuele moraal, gepest worden met het uiterlijk, seksuele intimidatie of seksueel misbruik
- demografisch: vrouw, adolescentie en vroege volwassenheid, blank, westerse samenleving, grote steden

De individuele factoren hebben vooral te maken met gedrag, de sociale en demografische factoren vooral met omgeving en de gezinsfactoren zijn zowel gedrag- als omgevingsgerelateerd.

4 Determinanten van gedrag

Determinanten van gedrag zijn de factoren die het gedrag bepalen, de achtergronden van het gedrag.

4.1 Gedragsdeterminanten van boulimia nervosa

Waarom doet een vrouw met boulimia nervosa wat ze doet? In de literatuur zijn de determinanten van gedrag niet uitgebreid beschreven. Om een goed begrip te krijgen van het gedrag en de determinanten heeft de auteur op 21 mei 2005 een lotgenotendag van de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN) bijgewoond en daar met patiënten en hun sociale omgeving gepraat en geluisterd naar hun ervaringen. De determinantenanalyse is gebaseerd op gegevens uit de literatuur (Noordenbos, 2002b; Stice et al., 2004; Vervaeke & De Jonge, 2002) en op deze gesprekken en wordt uitgesplitst naar de beide vicieuze cirkels van boulimia nervosa. Het gedrag dat nodig is om een eetbui te laten plaatsvinden wordt apart besproken.

Vicieuze cirkel 1

piekeren over lichaamsvormen* → beperking van de voedselinname → eetbui → piekeren over lichaamsvormen, enz.

- piekeren over lichaamsvormen: het lichaam wordt als te dik ervaren
- het lichaam wordt dunner door minder te eten
- minder eten geeft honger
- veel honger dwingt tot overmatig eten

* het piekeren over lichaamsvormen kan komen door:

- de leeftijd: het lichaam verandert in de puberteit, het wordt ronder
- gebrek aan zelfvertrouwen
- perfectionisme
- ouders die negatief oordelen over het uiterlijk
- vriendinnen en vriendjes die negatief oordelen over het uiterlijk
- de media, die laten zien hoe gelukkig jonge vrouwen met een body mass index (bmi, [kg/m²]) van rond de 20 zijn, bijvoorbeeld door het eten van een snack
- het slankheidsideaal van de westerse cultuur

Eetbui

Een eetbui moet voorbereid worden: er moet voldoende voedsel zijn om een eetbui te kunnen laten plaatsvinden. Bovendien moet het voedsel ongestoord gegeten kunnen worden. Angst voor ontdekking. Om voldoende voedsel te hebben, moet het in huis zijn en er moet voldoende geld zijn om het te betalen. Chronologisch:

- voldoende geld hebben om voedsel te kunnen kopen, bij heel zieke patiënten gaat de gedachte al snel uit naar geld van een ander (partner, ouders, diefstal), omdat de patiënt te verzwakt is om zelf geld te verdienen
- verplaatsen (fietsen, lopen, auto) naar de winkel
- het kiezen en kopen van het voedsel voor de eetbui. Bulimia nervosa patiënten vertellen dat ze het voedsel op veel verschillende plaatsen kopen, omdat ze bang zijn herkend te worden en vragen te krijgen van winkelpersoneel.
- terug naar huis of een andere plek waar de eetbui kan plaatsvinden
- het bewaren van het voedsel tot de eetbui
- het bepalen wanneer de eetbui kan plaatsvinden. De eetbui zelf kan, als er eenmaal een goede plaats is gevonden, nog wel op verschillende momenten plaatsvinden, maar er moet ook ruimte zijn voor de compenserende maatregelen. Dat betekent in het geval van purgeren en laxeren dat er een toilet in de buurt is dat ongestoord gebruikt kan worden. Zowel de plaats van de eetbui als het ongestoorde gebruik van het toilet zijn voorwaarden voor het bepalen van het juiste tijdstip van de eetbui.
- de eetbui: zo snel mogelijk zoveel mogelijk voedsel naar binnen werken
- de compenserende maatregelen: purgeren en laxeren vinden vooral op het toilet plaats, overdreven bewegen daarbuiten. Er mag niet te veel tijd tussen de compenserende maatregel en de eetbui zitten, want dan neemt het lichaam te veel op volgens de patiënt en wordt ze te dik.

Vicieuze cirkel 2

eetbui → compenserende maatregelen (bijvoorbeeld braken, laxeren) → rigide vorm van lijnen → eetbui, enz.

- na de eetbui krijgt de patiënt spijt van haar gedrag en is bang aan te komen
- de angstgevoelens worden gereduceerd door compenserende maatregelen
- compenserende maatregel: meestal braken, laxeren of overdreven bewegen
- het eten van de eetbui verlaat versneld het lichaam, met name bij braken en laxeren

- opluchting over het eten dat niet meer in het lichaam zit en dus geen overgewicht kan veroorzaken, maar ook walging over de compenserende maatregel
- de walging werkt het vasten in de hand, behoefte aan controle
- als het vasten lang wordt volgehouden, volgt erge honger
- de cyclus begint opnieuw, mede door ineffectieve copingtechnieken om met de gevoelens van honger, spijt en walging om te gaan
- gevoelens van onzekerheid en waardeloosheid: 'ik kan niks, niet eens minder eten', het gebrek aan zelfvertrouwen wordt versterkt
- herhaalde gevoelens van waardeloosheid kunnen leiden tot depressie: 'ik zie het niet meer zitten'
- herhaalde gevoelens van 'het niet meer zien zitten' kunnen leiden tot een suïcidepoging, die in het ergste geval slaagt

4.2 Gewenst gedrag

De determinanten die tot nu toe zijn behandeld, gaan over ongewenst gedrag. Een andere benadering is kijken naar determinanten van gewenst gedrag, met andere woorden: waarom hebben de meeste mensen geen boulimia nervosa? De belangrijkste determinant van dit gedrag is dat de meeste mensen opgevoed worden met een normaal eetpatroon, zonder compenserende maatregelen; zij wijken gedurende hun hele leven niet af van dit patroon. Het is automatisch gedrag dat niet verandert.

De potentiële patiënt met boulimia nervosa is op een bepaald moment bewust bezig om een 'adequate' reactie op haar voedselinname te bepalen door haar eetgedrag te beperken en door compenserende maatregelen te bedenken en uit te voeren. Dat is gecontroleerd gedrag. Dit gecontroleerde gedrag kan na verloop van tijd overgaan in automatisch gedrag, afhankelijk van motivatie en gelegenheid. Dit gedrag moet weer omgebo- gen worden naar een normaal eetpatroon, zonder compenserende maatregelen.

5 Ontwikkeling van de interventie

5.1 Doelgroepen

5.1.a Doelgroep

Indachtig de 80/20 regel (80% van het probleem kan aangepakt worden met 20% van de totale inspanning) richt de interventie zich op:

- patiënten in de vroege volwassenheid (20-24 jaar)
- die voldoen aan de diagnostische criteria van boulimia nervosa (zie bijlage 1)
- en wonen in een van de vier grote steden van Nederland

Het preventieniveau van de interventie is tertiair, het is gericht op het behandelen van patiënten die al aan boulimia nervosa lijden, met als doel genezing of, als dat niet mogelijk is, het beheersen van de ziekte.

5.1.b Omgeving van de doelgroep

Op de lotgenotendag (21 mei 2005) van de SABN bleek dat er veel programma's zijn voor ouders en school, maar dat er niets is voor broers en zussen van patiënten met boulimia nervosa. Daarom wordt in dit projectvoorstel gekozen voor broers en zussen. Als professionele omgeving wordt gekozen voor de direct betrokkenen: de huisarts en de in boulimia nervosa gespecialiseerde therapeut.

5.2 Doelen

5.2.a Algemene gedragsdoelen

De algemene gedragsdoelen zijn gebaseerd op de gedragsgerelateerde criteria voor boulimia nervosa van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994): stoppen met eetbuien en compenserende maatregelen. Dit is in lijn met Fairburn en Harrison (2003) die aangeven dat stoppen met eetbuien het beste aanknopingspunt is om het gedrag te veranderen, want als er geen eetbuien meer zijn, zijn compensatiemaatregelen niet meer nodig.

5.2.b Termijn

Indachtig de teleurstellende resultaten van de longitudinale onderzoeken (D'Abundo & Chally, 2004), richt de interventie zich zowel op de korte (1 jaar) als op de lange (5 jaar) termijn. Jager, Liedtke, Lamprecht en Freiburger (2004) geven aan dat van de 80 vrouwen die zij na 7-9 jaar opnieuw onderzochten, er 29% voldeden aan de criteria voor

boulimia nervosa. Het doel van deze interventie is daarom dat 80% van de patiënten die meedoen aan het project na 1 en na 5 jaar gestopt zijn met eetbuien en compenserende maatregelen.

5.2.c Specifieke programmadoelen

Wat moet de patiënt doen om geen eetbuien en geen compenserende maatregelen meer te vertonen? De gedragsdeterminanten van 4.1 zijn hierbij leidraad.

Specifieke programmadoelen per gedragsdoel voor de doelgroep:

stoppen met eetbuien:

- uitleggen welke vicieuze cirkels boulimia nervosa in stand houden en met welke risico's dit gepaard gaat
- uitlokkers van eetbuien (h)erkennen en daar met actief en adequaat copinggedrag zo mee omgaan dat ze niet tot een eetbui leiden
- een regelmatig eetpatroon hebben, niet overmatig eten, geen eetbuien

stoppen met compenserende maatregelen:

- zelfvertrouwen en positieve lichaamsbeleving
- verantwoord bewegen, geen compenserende maatregelen
- actief copinggedrag om om te gaan met problemen en oordelen van anderen

Wat verandert er in de omgeving van de patiënt? Huisartsen moeten boulimia nervosa herkennen en diagnosticeren en therapeuten moeten behandelen volgens protocol (zie bijlage 2). Broers en zussen moeten kennis hebben over boulimia nervosa en de bijbehorende risico's. Daarnaast moeten ze hun zus stimuleren in het opbouwen van haar zelfvertrouwen, het veranderen van haar attitude en geven ze haar steun bij het veranderingsproces naar het gewenste gedrag.

5.2.d Matrix van specifieke programmadoelen

Om de programmadoelen 'stoppen met eetbuien' en 'stoppen met compenserende maatregelen' en de bijbehorende gedragsdoelen te realiseren moeten per determinant specifieke programmadoelen gedefinieerd worden. Deze staan in tabel 2.

De keuze voor de bijbehorende methodieken wordt toegelicht in 5.3.

Tabel 2

Specifieke programmadoelen voor de doelgroep

Determinant	Doel	Methodieken
kennis	<ul style="list-style-type: none"> - kunnen uitleggen welke vicieuze cirkels boulimia nervosa in stand houden - de risico's van boulimia nervosa kunnen noemen - alternatieven voor eetbuien kunnen noemen 	<ul style="list-style-type: none"> - informatieoverdracht - risico-informatie - evaluatie eigen gedrag, confrontatie
risicoperceptie	<ul style="list-style-type: none"> - uitlokkers van eetbuien (h)erkennen - stoppen met eetbuien en compenserende maatregelen - een regelmatig eetpatroon hebben, niet overmatig eten - verantwoord bewegen 	<ul style="list-style-type: none"> - risico-informatie - angstaanjagende voorlichting - confrontatie - evaluatie eigen gedrag - geanticipeerde spijt
attitudes	<ul style="list-style-type: none"> - de zelfwaardering los zien van de eetstoornis - alternatieven voor eetbuien toepassen 	<ul style="list-style-type: none"> - zelf(her)evaluatie - begeleid leren - geanticipeerde spijt
sociale steun	<ul style="list-style-type: none"> - de patiënten zijn in staat voldoende sociale steun te verkrijgen - de patiënten gaan adequaat en makkelijk met andere mensen om - (h)erkennen eigen gevoelens en kunnen zo nodig voldoende sociale steun zoeken 	<ul style="list-style-type: none"> - sociale vergelijking - versterking assertiviteit en weerbaarheid - modelling - evaluatie eigen gedrag
eigen-effectiviteitsverwachting	<ul style="list-style-type: none"> - zelfvertrouwen en positieve lichaamsbeleving - patiënten lossen de meeste problemen die ze tegenkomen zelf op, adequaat en effectief copinggedrag 	<ul style="list-style-type: none"> - begeleid leren en feedback - modelling en demonstratie - herattributie

5.3 Theoretische methodieken en praktische technieken**5.3.a Methodieken uit theorie en literatuur**

De cognitieve gedragstherapie wordt herhaaldelijk in de literatuur als meest effectieve behandeling voor boulimia nervosa gezien (Pieters, 2002; Fairburn & Harrison, 2003; VanderLinden, Pieters, Probst & Norré, 2004). Bij boulimia nervosa gaat het om de attitude (bijvoorbeeld 'ik ben dik, ik moet afvallen'), de sociale invloed (van het gezin, de school, de media) en om de eigen effectiviteitsverwachting (bijvoorbeeld 'ik moet braken, anders gaat alles fout') die veranderd moeten worden. Daarom is voor het ASE-model gekozen als basis voor de cognitieve gedragstherapie.

5.3.b Methodieken bij de programmadoelen

Eerst wordt het bewustzijn veranderd met informatieoverdracht, risico-informatie, evaluatie eigen gedrag en confrontatie. Daarna worden de eigeneffectiviteitsverwachting en attitude veranderd door begeleid leren, geanticiperde spijt, sociale vergelijking, het versterken van de assertiviteit en weerbaarheid, modelling en herattributie. De sociale invloed komt primair van de broers en zussen die betrokken zijn bij de behandeling.

5.3.c Vertaling methodieken in technieken

Fairburn en Harrison (2003) geven aan dat als de focus ligt op het veranderen van het gedrag en de manier van denken die de boulimia nervosa handhaven er ongeveer 20 sessies in 5 maanden nodig zijn. Ongeveer 1/3 tot de helft van de patiënten herstelt dan volledig. Om het doel van 80% herstel na 1 en na 5 jaar te kunnen halen, is het nodig om na die 20 sessies niet te stoppen, maar de patiënt elke twee maanden terug te laten komen. Dan kan er zo nodig bijgestuurd worden.

De behandeling is gebaseerd op het ASE-model en is modulair opgebouwd. De relatie tussen de elementen van het ASE-model en de modules staat in tabel 3.

Tabel 3

Relatie tussen de modules van de behandeling en het ASE-model

Module	Attitude	Sociale invloed	Eigen effectiviteit
voorlichting	x		x
behandelcontract	x		x
sociale context		x	
tests	x		x
motivatie	x		x
eetdagboek	x		x
regelmatig eetpatroon			x
zelfcontroletechnieken	x		x
stoppen met braken en laxeren	x		
alternatieven voor eetbuien	x		x
zelfevaluatie	x	x	x
positieve lichaamsbeleving	x	x	x
vergroten zelfvertrouwen			x
terugvalpreventie	x	x	x
zelfstandigheid vergroten	x	x	

6 Implementatie

6.1 Programma ontwerp

6.1.a Voorbereiding van het programma

- huisartsen bereid vinden mee te doen en eventueel bijgeschoold te willen worden
- organisaties waar de huisartsen normaal naar verwijzen bereid vinden mee te doen en vergelijkende metingen te verrichten
- therapeuten opleiden om te behandelen volgens protocol (zie bijlage 2)

6.1.b Tijdens de uitvoering van het programma

- de patiënt komt bij de huisarts, de aanleiding voor het bezoek kan verschillend zijn
- de huisarts herkent en diagnosticeert de boulimia nervosa
- de huisarts verwijst altemeerend naar de organisatie waar ze altijd naar verwijst en naar de therapeut die behandelt volgens protocol
- de patiënt moet bereid zijn mee te doen, afhankelijk van de verwijzing samen met haar broer en/of zus
- de organisatie waar de huisarts altijd naar verwijst behandelt volgens eigen protocol, maar doet dezelfde metingen op dezelfde tijdstippen als de therapeut
- de therapeut behandelt volgens protocol (zie bijlage 2)
- minimaal elk half jaar worden er metingen verricht

6.2 Verbindingsgroep

Deze manier van werken wordt uitgetest bij tien huisartsen in Rotterdam die naar drie in boulimia nervosa gespecialiseerde therapeuten kunnen verwijzen. In deze testfase is er elke drie maanden een evaluatie met deze verbindingsgroep. Daarbij komen in ieder geval aan de orde:

- bijscholing van huisarts en therapeut
- de gevolgde modules en de volgorde daarvan, aanpassing van het protocol
- resultaten van de metingen

De patiënten en hun broers en zussen worden, als ze daar prijs op stellen, actief betrokken bij de evaluatie. Alle deelnemers aan de verbindingsgroep hebben regelmatig contact met de projectcoördinator, bijvoorbeeld via individuele gesprekken en door groeps-sessies. Andere partijen, zoals de SABN, kunnen naar wens bij de evaluatiemomenten uitgenodigd worden.

6.3 Implementatiedoelen

Als na 2,5 jaar blijkt dat 80% van de patiënten die behandeld worden door de therapeut gestopt is met eetbuien en compenserende maatregelen, wordt het ontwerp verspreid over de vier grote steden van Nederland.

6.4 Verspreidingsplan

Bewustwording en adoptie: huisartsen en therapeuten in de vier grote steden moeten op de hoogte gesteld worden van dit project. Dat gaat door deze groep aan te schrijven en daarna te bellen of ze mee willen werken. Ze kunnen de leden van de verbindingsgroep bellen voor meer informatie. Daarnaast wordt er in tijdschriften die als doelgroep artsen en therapeuten hebben gepubliceerd over het project.

Implementatie: de huisartsen en therapeuten worden opgeleid, zodat ze op een juiste manier meewerken aan het project. Als ze meewerken aan het project krijgen ze ondersteuning van mensen uit de verbindingsgroep.

Continuering: als de programmadoelen behaald zijn, kan het project uitgerold worden over de rest van het land. De huisartsen verwijzen niet meer alternerend, maar uitsluitend naar de in boulimia nervosa gespecialiseerde therapeuten.

7 Evaluatie

7.1 Opzet van het project

Een patiënt met boulimia nervosa komt bij de huisarts. De huisarts herkent en diagnosticeert de boulimia nervosa en verwijst alternerend naar de organisatie waar ze altijd naar verwijst en naar de therapeut die gespecialiseerd is in boulimia nervosa. Zo ontstaan er twee gelijkwaardige en even grote groepen die met elkaar vergeleken kunnen worden.

De therapeut behandelt volgens het protocol (zie bijlage 2). In de eerste sessie doet hij vier tests (zie 7.2) en bespreekt hij het gedrag van de patiënt. Elk half jaar worden de vorderingen van de behandeling gemeten door:

- de vier tests opnieuw af te nemen
- te bepalen of de patiënt nog eetbuien heeft en/of nog compenserende maatregelen treft
- de subjectieve beleving van de patiënt, haar broers en/of zussen en de therapeut te bepalen

Deze manier van werken wordt vijf jaar lang gedaan.

7.2 Tests

Om een zo objectief mogelijk beeld van de vorderingen van de behandeling te krijgen worden er regelmatig tests afgenomen. Noordenbos & Seubring (2005) constateren dat er in de literatuur geen consensus over de definitie van herstel van eetstoornissen is en daarom hebben zij 41 ex-patiënten gevraagd wat zij belangrijke criteria voor herstel vinden. In de top 3 staan: geen compenserende maatregelen, durft gevoelens te uiten en realistisch zelfbeeld. Samen met wat er meestal gemeten wordt met betrekking tot de behandeling van boulimia nervosa is er daarom gekozen voor:

- de Nederlandse versie (Garner & Van Strien, 2002) van de subschaal voor het vaststellen van boulimia nervosa van de eating disorder inventory (EDI) van Garner, Olmstead, & Polivy (1983). De test-hertest betrouwbaarheid van de subschalen van de EDI varieert tussen $r = .63$ en $r = .92$; de interne consistentie tussen de $\alpha = .65$ en $\alpha = .91$ (Garner et al., 1983).
- de depressie sub-schaal van de Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Arrindel & Ettema, 1990). De test-hertest betrouwbaarheid van deze subschaal (r) is $.68$; de interne consistentie (α) is $.85$ (Lange, Terweij & Kiestra, 1999).

- de Lichaams Attitude Vragenlijst (LAV) (Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1993). De test-hertest betrouwbaarheid van de subschalen varieert tussen $r = .91$ en $r = .94$; de interne consistentie tussen de $\alpha = .88$ en $\alpha = .90$ (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Vanderlinden, 1995).
- de evaluatie boulimia therapie (EBT) (Lange et al., 1999) om te evalueren welke behandelelementen door de patiënten als de belangrijkste worden beschouwd

7.3 Incidentie

Om een verschilmeting te doen is het nodig voldoende patiënten te hebben. Als we uitgaan van een incidentie van 30/100.000 inwoners (Fairburn & Harrison, 2003) en van de vier grote steden die samen goed zijn voor 2,1 miljoen inwoners (Centrum voor Onderzoek en Statistiek, 2005), dan worden er in een jaar ongeveer 630 nieuwe gevallen gediagnosticeerd. Dit getal is een schatting, uit hoofdstuk 2 blijkt dat het getal waarschijnlijk hoger is, omdat het de grote steden betreft, aan de andere kant blijkt ook uit hoofdstuk 2 dat huisartsen boulimia nervosa niet altijd herkennen en dat patiënten met boulimia nervosa zich niet altijd bij de huisartsen melden. Misschien heffen deze beide effecten elkaar grotendeels op. Dan kunnen we uitgaan van een ruim 600 nieuwe patiënten met boulimia nervosa per jaar. Voldoende om, als er verschillen zijn in de behandeling, ze te meten.

7.4 Effectevaluatie

Doordat de huisarts altemerend verwijst, ontstaan er twee gelijkwaardige groepen patiënten die even groot zijn. De selectie- en informatiebias is hiermee uitgesloten. Deze groepen kunnen met elkaar vergeleken worden op de drie punten die in 7.1 genoemd zijn. De vergelijking is objectief bij de vier tests, middels een t-toets is statistisch aan te tonen of er verschil is in de groep patiënten die verwezen is naar de organisatie waar de huisarts altijd naar verwijst en de groep die behandeld is door de in boulimia nervosa gespecialiseerde therapeut. Door het doel van de behandeling (geen eetbuien, geen compenserende maatregelen) te scoren in wel/niet bereikt kan ook hier een statistische analyse worden gedaan om te zien of het verschil significant is. De subjectieve beleving van de patiënt en haar broers en/of zussen kan een aanwijzing geven over mogelijke verklaringen van de verschillen. De interventie wordt als effectief beschouwd als 80% van de patiënten na 1 en na 5 jaar gestopt is met eetbuien en compenserende maatregelen. De interventie wordt als meer effectief beschouwd dan een reguliere behandeling

als er een statistisch significant verschil ($p < .05$) is tussen de metingen van de beide groepen, ten gunste van de groep patiënten die volgens het protocol (zie bijlage 2) is behandeld.

7.5 Procesevaluatie

Het project kan worden opgesplitst in verschillende processen:

- werven van huisartsen en de organisaties waar ze gewoonlijk naar verwijzen bij boulimia nervosa om mee te doen aan het project
- het geven van scholing aan huisartsen en aan de organisaties waar ze gewoonlijk naar verwijzen over wat er van hen verwacht wordt als ze aan het project deelnemen
- het opleiden van therapeuten
- het behandelen van de patiënt volgens protocol
- het traject vanaf het moment dat de patiënt zich bij de huisarts meldt tot 5 jaar na het begin van de behandeling
- het traject dat de broer of zus volgt die bij de behandeling betrokken is
- de impact van de behandeling op het gezin van de patiënt
- de organisatie van het project, de mensen die het project trekken

In het begin worden deze processen per persoon geëvalueerd, dus iedereen die in de verbindingsgroep zit draagt bij aan de evaluatie. Later vormen vertegenwoordigers van deze groepen een evaluatieteam. De evaluatie is formatief: vanaf het ontstaan van de verbindingsgroep tot en met het eerste jaar van uitrollen over het land elke drie maanden, zodat tijdig bijgestuurd kan worden. Daarna is eens per half jaar voldoende. De evaluatie is kwalitatief van aard. De effectevaluatie moet uitwijzen of het bijsturen van de processen effectief is.

Bij de evaluatie van de processen komen de volgende vragen aan de orde:

- wat is het doel van het project en wat is jouw rol in het project?
- zijn er mensen die niet op de hoogte zijn van dit project die dat naar jouw idee wel hadden moeten zijn?
- welk cijfer geef je voor de uitvoering van het proces en waar baseer je dat op?
- wat kan er verbeterd worden?
- is er iets wat je niet had verwacht? Ervaar je dat als positief of negatief?

Daarnaast is het zinvol om elke twee jaar het proces door een externe auditor te laten toetsen op juiste implementatie. Het rapport van de auditor kan gebruikt worden om het proces verder te optimaliseren.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Arrindel, W.A., & Ettema, J.H.M. (1990). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Services.
- Bloks, H., & Spaans, J. (2002). Herkenning en diagnostiek. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 85-113). Utrecht: De Tijdstroom.
- Centrum voor Onderzoek en Statistiek (2005). *Kerncijfers Rotterdam: 2005*. Rotterdam: COS.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Hershel, J. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, *186*, 132-135.
- D'Abundo, M., & Chally, P. (2004). Struggling with recovery: participant perspectives on battling an eating disorder. *Qualitative Health Research*, *14*, 1094-1106.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*, 407-416.
- Fairburn, C.G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A., & O'Connor, M.E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 103-109.
- Flemminger, S. (2002). Adolescentie en ontwikkeling. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 183-205). Utrecht: De Tijdstroom.
- Garner, D.M., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *2*, 15-34.
- Garner, D.M., & Strien, T. van (vert.) (2002). *Eating disorder inventory II*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jager, B., Liedtke, R., Lamprecht, F., & Freiburger, H. (2004). Social and health adjustments of bulimic women 7-9 years following therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 138-145.
- Jansen, A. (2002). Leerprocessen en cognities. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 208-232). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2215-2221.

- Lagro-Janssen, T. (2002). Aanpak in de eerste lijn. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 367-375). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lange, A., Terweij, J., & Kiestra, J. (1999). Evaluatie van ingrediënten in de behandeling van boulimia nervosa: stoppen met compenseren, zelfcontrole en sporten. *Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose*, 19, 214-239.
- Manley, R.S., & Leichner, P. (2003). Anguish and despair in adolescents with eating disorders: helping to manage suicidal ideation and impulses. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 24, 32-36.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (23 april 2005). Gevonden op 23 april 2005 bij <http://www.rivm.nl>.
- Noordenbos, G. (2002a). Sociaal-culturele factoren. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 69-81). Utrecht: De Tijdstroom.
- Noordenbos, G. (2002b). Preventie. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 325-338). Utrecht: De Tijdstroom.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2005). Eetstoornispatiënten over criteria voor herstel. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 31, 140-153.
- Pieters, G. (2002). Prognose. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 39-49). Utrecht: De Tijdstroom.
- Probst, M., Coppemolle, H. van, & Vandereycken, W. (1997). De Lichaamsattitudevragenlijst: validering en normering. In J. Simons (red.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 79-90). Leuven: Acco.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppemolle, H. van, & Vanderlinden, J. (1995). The body attitude test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders*, 3, 133-144.
- Spaans, J., & Bloks, H. (2002). Lichamelijke aspecten. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 115-144). Utrecht: De Tijdstroom.
- Stice, E., Burton, E.M., & Shaw, H. (2004). Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 62-71.
- Tenwolde, A. (2002). Lichamelijke aspecten. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 147-169). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanderlinden, J. (2002). Het gezin. In Vandereycken W., & Noordenbos, G. (red.), *Handboek eetstoornissen* (pp. 271-288). Utrecht: De Tijdstroom.

- Vanderlinden, J., Pieters, G., Probst, M., & Norré, J. (2004). *Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol bij boulimia nervosa. Therapeutenboek. Werkboek*. Nijmegen: Cure Care Publishers.
- Vervaeke, M., & Jonge, S. de (2002). *De veilige hel. Hoe anorexia en boulimia nervosa ontstaan en behandeld kunnen worden*. Antwerpen: Uitgeverij Houtekiet.

Bijlage 1: Diagnostische criteria boulimia nervosa, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

- A Recidiverende episodes van eetbuien, een episode wordt gekarakteriseerd door:
- 1 het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten
 - 2 een gevoel van beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet)
- B Recidiverende inadequate compenserende maatregelen om gewichtstoename te voorkomen zoals zelfopgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica en klysma's of andere geneesmiddelen; vasten of overmatige lichaamsbeweging.
- C De eetbuien en de inadequate compenserende gedragingen komen beide gemiddeld ten minste tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- D Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.
- E De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Specificeer het type:

Purgerend type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa is betrokkene geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Niet purgerend type: tijdens de huidige episode van boulimia nervosa heeft betrokkene andere inadequate compensatoire gedragingen getoond zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging, maar is niet geregeld bezig met zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's.

Bijlage 2: Behandelprotocol boulimia nervosa

Het behandelprotocol is gebaseerd op Flemminger (2002), Jansen (2002), Lagro-Jansen (2002), Lange et al. (1999), Manley en Leichner (2003), Pieters (2002), Tenwolde (2002), Vanderlinden et al. (2002, 2004) en Vervaeke en De Jonge (2002).

De patiënt vertelt met welke broer(s) en/of zus(sen) ze deze behandeling wil ingaan. Als de patiënt geen broers of zussen heeft, kan ze iemand anders uitkiezen, bijvoorbeeld een vriend(in).

Doel van de behandeling: de patiënt is na 1 en na 5 jaar gestopt met eetbuien en compenserende maatregelen.

sessie 1

- een broer of zus is aanwezig
- toetsen of de patiënt voldoet aan de diagnostische criteria voor boulimia nervosa
- module voorlichting
- module behandelcontract en behandelcontract afsluiten
- module sociale context
- module lichamelijk onderzoek
- module tests

de behandeling bestaat uit 20 sessies:

- fase 1: 10 sessies, interventies worden gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkels en het herwinnen van de controle over en normaliseren van het eetgedrag
- fase 2: 10 sessies, focussen op overige factoren die de eetstoornis in stand houden en die als afzonderlijke modules worden aangeboden
- bij voorkeur de eerste vier weken twee keer per week, later eens per week en aan het eind eens per twee weken
- na 20 sessies komt de patiënt eens per twee maanden

modules:

voorlichting

- uitleg over boulimia nervosa, kenmerken, lichamelijke klachten, risico's, oorzaken, vicieuze cirkels en behandeling
- uitleg over het behandelprotocol

behandelcontract

- personalia patiënt, informatie over het doel van het behandelcontract, algemene regels over het bijwonen van de sessies, een beschrijving van de algemene behandelingsprincipes en bij wie de behandelverantwoordelijkheid ligt
- benadrukken dat de behandeling alleen kans van slagen heeft wanneer de patiënt bereid is de therapie prioriteit te geven in haar leven en actief mee te werken
- in het eerste jaar elke drie maanden evaluatie van het behandelingsresultaat, de behandeling wordt gestopt als er na 12 sessies geen vooruitgang is

sociale context:

- zijn er belangrijke personen die de patiënt vertrouwt
- zijn er goede contacten met de ouders
- zijn er goede contacten met de broers en/of zussen
- heeft de patiënt een stabiele liefdesrelatie
- is de patiënt in een isolement geraakt
- zijn er problemen op het werk, op school of bij andere activiteiten
- wordt er verzuimd of loopt het leven min of meer normaal door
- hoe reageren belangrijke anderen op de eetproblemen, of heeft de patiënt het aan niemand verteld

lichamelijk onderzoek

- hoe vaak en sinds wanneer doen zich eetbuien voor
- frequentie braken, gebruik laxantia en/of diuretica
- keel, gebit, klieren in de hals, bepaling kaliumtekort, vochtbalans, braakreflex en bloedarmoede
- comorbiditeit: automutilatie, depressieve klachten, suïcidaal gedrag, alcohol- of drugsverslaving, seksueel misbruik
- bmi [kg/m^2] bepalen

tests (zie 7.2)

- eating disorder inventory (EDI)
- depressie sub-schaal van de Symptom Checklist-90 (SCL-90)

- lichaamsattitude vragenlijst (LAV)
- evaluatie boulimia therapie (EBT)

motivatie

- bepaal bereidheid om te stoppen met eetbuien en compenserende maatregelen
- bepaal mogelijke voordelen van boulimia nervosa
- laat de patiënt een motivatieplan opstellen met argumenten voor en tegen
- uitleg over de verschillende fasen van het motivatieproces en evaluatie met de patiënt over in welke fase zij zich bevindt: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie, handhaving, terugval

eetdagboek

- eetpatroon en de daarmee gepaard gaande gevoelens en gedachten, compenserende maatregelen

regelmatig eetpatroon

- wijs op de gevaren van diëten
- vraag de patiënt wat ze zou kunnen eten, stel aan de hand hiervan een menu op, begin met het ontbijt
- suggereer drie maaltijden op vaste tijden en drie tussendoortjes, bijvoorbeeld om 10, 15 en 21 uur (yoghurt, koekjes, appel)
- 'verboden' voedsel geleidelijk introduceren

zelfcontroletechnieken:

- maak de eetbuien minder aantrekkelijk door te kiezen voor eentonig en niet zo geliefd eten, bijvoorbeeld droog brood of bonen in tomatensaus, leg van dit voedsel een voorraad aan op een bepaalde plaats in huis, de voorraadkast. Leg uit dat tijdens eetbuien alleen voedsel uit de voorraadkast gebruikt mag worden.
- maak afspraken over het verminderen van de hoeveelheid voedsel, plaats en tijdstip waarop een eetbui mag plaatsvinden, bijvoorbeeld alleen aan een gedekte tafel en niet meer stiekem op de slaapkamer
- stimuleer eten in aanwezigheid van anderen, met name calorierijk voedsel, graduele exposure-in-vivo
- gedragsverandering via cue-exposure: de laatste eetbui tot in detail bespreken, vaak is het soort voedsel een belangrijke cue. De patiënt wordt aan zoveel mogelijk cues tegelijk blootgesteld in een zo waarheidsgetrouwe nabootsing van de werkelijkheid, al het mogelijke eetbuivoedsel is aanwezig. Terwijl de patiënt aan de signalen en situaties is blootgesteld, alle stimuli in kaart brengen die de eetbui uitlokken: het zien

van chocolade, de afwezigheid van derden. Vervolgens voordoen hoe je met zo'n situatie omgaat, jezelf toespreken en zeggen: 'ik kan de situatie aan, ik wil de eetbui niet, ik voel me beter als ik nu niet snel al dat voedsel naar binnen werk, ik kan het beter meteen weggooien'. Daarna nadrukkelijk wijzen op het gevoel van tevredenheid vanwege de manier waarop op de eetbui prikkels is gereageerd. Zorg ervoor dat de patiënt niet van het eetbuivoedsel eet, ook niet na de sessie. In eerste instantie het voedsel opruimen en buiten het bereik van de patiënt houden. Naarmate de therapie vordert en zijn vruchten afwerpt, zal de patiënt zelf meer voor het bewaren van het eten instaan. In de laatste fase de patiënt vragen vijf van de zeven dagen thuis zichzelf aan cues bloot te stellen, stapsgewijs naar steeds 'moeilijker' voedsel. Het oefen voedsel mag nooit worden opgegeten, na de oefening wordt het voedsel weggegooid en onbruikbaar gemaakt.

stoppen braken, laxeren en diuretica

- uitdrukkelijk vragen het braken en laxeren stop te zetten, bespreek de nadelen van deze compensatiemaatregelen uitvoerig, maak patiënt duidelijk dat het laxeren en braken alleen resulteren in een toename van eetbuien en op termijn in een toename van gewicht
- aan patiënt vragen zelf een afbouwschema op te stellen
- zorg voor medische begeleiding, het stoppen met laxeermiddelen of plaspillen kan tijdelijk leiden tot vochtophoping (oedeem), meestal ter hoogte van de voeten en benen met als gevolg een tijdelijke gewichtstoename
- bij braken: de patiënt vragen de tijd tussen het einde van de eetbui en het braken geleidelijk uit te breiden, eerst 10 minuten en geleidelijk naar twee uur na de maaltijd

alternatieven voor eetbuien

- doen (gedragsstrategieën): kies voor activiteiten die moeilijk of niet te combineren zijn met het hebben van eetbuien, bijvoorbeeld iemand opbellen, wandelen, tekenen, muziek maken, schrijven, schoonmaken
- denken en voelen (cognitieve en emotionele strategieën): luisteren naar ontspannende muziek, nadenken over de nadelige gevolgen van boulimia nervosa en deze opschrijven, een voorwerp knuffelen, zeggen dat je de moeite waard bent, denken aan gelukkige momenten
- stapsgewijze blootstelling aan situaties die eetbuien uitlokken, stappenplan maken
- negatieve gedachten uitdagen met alternatieve gedachten

- aan patiënt uitleggen dat door geleidelijke blootstelling aan deze situaties (en negatieve cognities en gevoelens) de drang naar een eetbui zal uitdoven zodra de negatieve emotie en/of cognitie niet meer gevolgd wordt door een eetbui en dus geen eetbui meer voorspelt. De koppeling tussen negatieve emoties en eetbuien dient ongedaan gemaakt te worden.

zelfevaluatie

- bespreken depressiviteit en stemmingsschommelingen, zich waardeloos voelen, controleverlies, perfectionisme, een schijnleven met schaamte- en schuldgevoelens, sociale isolatie

positieve lichaamsbeleving

- het lichaam tonen aan anderen, bijvoorbeeld de bloes of trui in de broek dragen, gemeenschappelijke kleedkamer, bikini aandoen. Kijk ook naar lichaamscontroles, bijvoorbeeld in de spiegel kijken, aan anderen geruststelling vragen. Trek een strak truitje aan en vraag niet aan anderen hoe dat staat.

vergroten van zelfvertrouwen

- vraag de patiënt zichzelf bij elke vooruitgang, hoe klein ook, te belonen (nieuw kledingstuk kopen, bioscoop bezoeken)
- laat de patiënt een lijst van mogelijke beloningen maken
- patiënt feliciteren als die er in geslaagd is een dag zonder eetbuien te plannen
- informeren over het ontstaan van zelfvertrouwen en nagaan welke invloeden en/of ervaringen uit het verleden en in het hier en nu het zelfvertrouwen afremmen en bevorderen

terugvalpreventie

- denkfouten: zwart-wit redeneren, meten met twee maatstaven, veralgemeniseren, negatief denken, moeten
- beschouw elke eetbui als een leermoment: ga na wat de eetbui heeft uitgelokt en zet de nodige stappen om verdere eetbuien te voorkomen
- kwetsbaarheid: een van de belangrijkste factoren die patiënten kwetsbaar maken voor een terugval is het opnieuw starten met een dieet, de kans op een eetbui is dan zeer groot
- factoren die een terugval kunnen uitlokken: opmerkingen over het uiterlijk, het uiterlijk vergelijken met anderen die slanker en mooier lijken, onregelmatig leven met

de daaruit voortvloeiende vermoeidheidsklachten, calorieën tellen, elke dag op de weegschaal staan, alleen magere producten eten, alcoholgebruik, ruzie maken

- maak een plan om terugval te voorkomen: wat heeft je vooruit geholpen, welke aspecten blijven belangrijke aandachtspunten
- overleggen bij welke misstappen of risicofactoren welke maatregelen worden ingezet en hoe lang deze van kracht moeten blijven
- aan patiënt vragen een verhaal op te schrijven waarin ze op gedetailleerde wijze één of meerdere situaties beschrijft waarin ze terugvalt. Welke soort gedachten of gedragingen kunnen in deze situatie een terugval uitlokken? Hoe gaat ze haar eetpatroon aanpakken? Wat gaat zij doen om de verkeerde gedachten omtrent haar gewicht en uiterlijk aan te pakken? Gaat ze hulp inroepen, bij wie en hoe? Laat haar deze informatie gedetailleerd opschrijven.

zelfstandigheid vergroten

- assertiviteitstrainingen in groepsverband: feedback krijgen, eigen mening en gevoelens uiten
- leren herkennen, beheersen en adequaat uiten van negatieve emoties

broers en zussen

- steun en psycho-educatie
- contacten met lotgenoten in broers en zussen groepen
- specifieke adviezen over de aanpak van de problemen (aparte sessies met alleen de broers en zussen of juist met de patiënt erbij)
- afzonderlijke gesprekken met broers en zussen die bij de behandeling betrokken zijn
- vanaf het begin van de therapie wordt aan de broers en zussen de boodschap gegeven dat er samen met hen gezocht wordt naar oplossingen en dat hun medewerking bij de behandeling nodig is
- broers en zussen groepen: tien tot veertien broers en zussen die regelmatig bij elkaar komen; i.h.a. zijn vier sessies voldoende om psycho-educatie te geven en herkenning en erkenning te vinden bij elkaar
- broers en zussen kunnen agressief reageren op hun zus, die alle aandacht naar zich toetrekt, besteed hier aandacht aan en probeer het om te buigen