

Evaluatie van ingrediënten in de behandeling van boulimia nervosa: stoppen met compenseren, zelfcontrole en sporten

Alfred Lange ·

Samenvatting Er wordt verslag gedaan van de effecten van een geprotocolleerde breedspectrum behandeling van boulimia nervosa en van de evaluatie van de verschillende onderdelen door patiënten van een psychiatrische polikliniek. Maatregelen ter vergroting van zelfcontrole, cognitieve interventies en exposure werden pas genomen nadat de patiënten in de tweede zitting hadden toegestemd geen compensatiemaatregelen meer toe te passen. Al vroeg in de behandeling van tien zittingen bleken alle onderzochte patiënten gestopt te zijn met compensatoire acties als braken en laxeren. Na afloop van de behandeling hadden negen van de tien onderzochte patiënten geen excessieve eetbuien meer. Een van hen viel in de follow-up periode van twaalf weken blijvend terug. De resultaten en de evaluaties van de patiënten achteraf ondersteunen de conclusie dat de afspraak om niet te compenseren, het stimuleren van (niet excessief) sporten, het herstellen van goede voedingsgewoonten en zelfcontrole, een cruciale rol spelen in de daling van eetbuien. Bestudering van de deelnemers die niet op de behandeling reageerden, wijst uit dat dezen aan ernstiger psychopathologie lijden en een negatiever beeld hebben van hun lichaam dan degenen die wel baat vinden bij de therapie.

Inleiding

Voor de behandeling van boulimia nervosa staan momenteel twee behandelmodellen in de belangstelling: het verslavingsmodel en het cognitief-gedragstherapeutisch model. In de verslavingsvisie staat het doorbreken van de keten 'cues → eetbui → compenseren' centraal. De neiging om excessief te gaan eten zou voornamelijk worden opgewekt door externe cues zoals het zien, ruiken of proeven van voedsel. Een belangrijke aanname in dit model is dat de externe cues een lichamelijke 'craving' opwekken. De behandeling dient volgens dit model dan ook te worden gericht op het doorbreken van de cyclus 'externe cue → craving → eetbui' door middel van cue-exposure in combinatie met responspreventie (Hansen & De Haan, 1995 ; Jansen & Meijboom, 1997 ; Jansen, Broekmate & Heymans, 1992 ; Meijboom & Jansen, 1998). Er is echter niet aangetoond dat lichamelijke craving, in de vorm van verlaging van de bloedsuikerspiegel, daadwerkelijk optreedt bij cue-exposure bij patiënten met boulimia nervosa. Op grond van een serie experimenten concludeert Overduin (1996) zelfs dat de 'conditioning theory of binge eating' (de craving-hypothese) waarvan hij aanvankelijk uitging, verworpen dient te worden als exclusieve verklaring voor boulimia nervosa. Terecht waarschuwt Vanderlinden (1998 ; 1999) voor het zich alleen concentreren op externe cues. Interne cues, zoals depressieve gevoelens zijn minstens zo belangrijke uitlokkers van eetbuien (zie ook Lange, De Vries, Gest & Van Oostendorp, 1994 ; McManus & Waller, 1995 ; Ten Klooster, 1993). Om de keten van cues en respons te doorbreken zal dus meer moeten geschieden dan alleen (cue-)exposure aan de begeerde voedselsoorten. Patiënten moeten ook leren om zich te beheersen als zij zich naar voelen en naar het vertrouwde voedsel

Alfred Lange (✉)
PROF. DR. A. LANGE is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Adres: Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. Fax 020-639 1369. E-mail-adres: kp_Lange@macmail.psy.uva.nl

grijpen (Vanderlinden & Vandereycken, 1997). Het is geen wonder dat Meijboom en Jansen (1998) een groot aantal problemen met de methode van externe cue-exposure rapporteren. Hun oplossingen gaan ons inziens voorbij aan hun grootste probleem, namelijk dat er vaak andere dan externe cues zijn. Externe cue-exposure zou dan zelfs averechts kunnen werken, doordat er een patroon van 'intermittent reinforcement' kan optreden.

Cognitieve gedragstherapie richt zich op voorlichting, onder meer over voedingsgewoonten en gewichtscntrole en het stimuleren van een gangbare lichaamsbeleving. Het belang hiervan wordt onderstreept door studies die aantonen dat begeleid lezen over het onderwerp (een soort zelfhulp) al relevante, positieve effecten oplevert (Carter & Fairburn, 1998). Naast de voorlichting en de beïnvloeding van de cognities wordt aandacht besteed aan vaardigheden voor het oplossen van problemen die zonder die vaardigheden interne cues in stelling blijven brengen (Fairburn & Wilson, 1993).

Er zijn ook veel behandelingen die technieken uit beide modellen gebruiken, de zogenaamde breedspectrumbehandelingen. Vergroten van zelfcontrole, veranderen van cognities en exposure aan zowel interne als externe cues worden dan gecombineerd (Mitchell, Raymond & Specker, 1993).

In de keten van cues en eetbuien speelt het compenseren door braken, laxeren, het gebruik van diuretica, of perioden van vasten een belangrijke rol. Patiënten hebben door de compensatie het gevoel dat zij in ieder geval hun gewicht weer op een aanvaardbaar peil hebben. Zij gaan eraan voorbij dat dergelijke gewichtsafname zeer tijdelijk is en zij gaan ook voorbij aan de negatieve lichamelijke gevolgen van dit compenseren. Compensatoire maatregelen ontregelen bovendien de normale honger/verzadigingscyclus en maken de psychologische barrière voor een volgende eetbui kleiner: je kunt immers compenseren (Guertin, 1999; Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1992). Het is merkwaardig dat aan deze belangrijke schakel in het boulimisch proces relatief weinig aandacht wordt besteed. De onderzoekers die er wel op ingaan maken de aanpak ervan bovendien nodeloos ingewikkeld. Dat geldt bijvoorbeeld voor Leitenberg, Gross, Peterson en Rosen (1984) en Leitenberg en Rosen (1989). Zij zien braken en laxeren als egodystoon vermijdingsgedrag, vergelijkbaar met dwangrituelen bij obsessieve-compulsieve stoornissen. Hun aanpak is dan ook gebaseerd op blootstelling aan de angst. Aan het standaardpakket van cognitieve gedragstherapie voegen zij een lange zitting toe, die volledig is gewijd aan blootstelling (erg veel eten van het gewraakte voedsel) met respons-preventie (wegnemen van de mogelijkheid om te compenseren). Merkwaardigerwijs passen zij deze interventie pas in de tweede helft van de behandeling

toe. De resultaten lopen dan ook uiteen (Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1991). Agras, Schneider, Arnow, Raeburn en Telch (1989) rapporteren zelfs negatieve gevolgen.

Het lijkt of Leitenberg c.s. voorbijgaan aan het ego-syntone karakter van compenseren. Anders dan bij de angststoornis, zijn braken, laxeren of het gebruik van diuretica geen op irrationele angst gebaseerde acties, maar bewust genomen beslissingen om de gevolgen van het gedrag dat men niet onder controle heeft, te corrigeren. In tegenstelling tot de eetbuien die een gevolg zijn van verstoorde impulscontrole, hebben patiënten wel degelijk controle over het al of niet compenseren (Lange et al., 1994).

In de nu gepresenteerde studie berichten wij over een geprotocolleerde breedspectrum-behandeling. In de tweede zitting wordt afgesproken dat de patiënten na deze therapieessie niet meer compenseren. De reden en de noodzaak van deze afspraak wordt uitgebreid met de patiënten besproken. Anders dan bij Leitenberg en Rosen (1989), is de afspraak geen doel van de behandeling, maar 'slechts' een onderdeel van het behandelcontract dat zij sluiten. Doordat zij geen compensatiemaatregelen toepassen, verwachten wij dat zij zich beter aan hun zelfcontroleprogramma houden en de drang tot een eetbui beter weerstaan. In de paragraaf over de methoden komen we hierop terug.

Er is ons geen onderzoek bekend waarin patiënten met boulimie zelf aangeven hoe nuttig de verschillende therapieonderdelen voor hen zijn geweest. Om in deze lacune te voorzien, hebben wij de vragenlijst 'Evaluatie Boulimia Therapie' (EBT) ontwikkeld. Naast de gebruikelijke criteria om de resultaten en predictoren te meten, zoals het aantal eetbuien, de drang om excessief te eten en de Lichaams Attitude Vragenlijst, kunnen de patiënten na afloop van de behandeling met behulp van de EBT aangeven hoe belangrijk zij de verschillende onderdelen van de therapie vinden en hoe tevreden zij zijn over het bereikte resultaat. Exploratief wordt onderzocht of er variabelen zijn die een rol spelen in de kans op terugval na een aanvankelijk positief resultaat.

Methode

Deelnemers

Vijftien vrouwelijke patiënten met boulimia nervosa hadden zich voor het onderzoek aangemeld bij de polikliniek Johan Weijer Instituut van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam te Amsterdam. Uit het diagnostisch interview bleek dat zij voldeden aan de DSM-IV-criteria voor

boulimia nervosa (APA, 1994). Geen van allen leed aan alcohol- of drugsverslaving (exclusiecriteria voor deze studie). Van de vijftien patiënten hebben tien de geprotocolleerde therapie afgemaakt. Een van de uitvallers uit het onderzoek maakte de behandeling wel af, maar het tempo van het protocol lag voor haar te hoog. Zij zegde afspraken vaak af, waardoor de behandeling in tijd driemaal zo lang duurde als het protocol beoogde. Bij de tiende zitting was zij wel vrij van eetbuien en compensatiemaatregelen. Een van de andere drop-outs was vroegtijdig gestopt omdat zij het goed vond gaan (ze had geen eetbuien meer en er viel uiteraard ook niets te compenseren). De andere drie drop-outs hadden bezwaren tegen de aangeboden behandeling. Een van hen wilde afvallen in verband met een geplande operatie en wilde eerst andere moeilijkheden in haar leven proberen op te lossen voordat de eetstoornis aan de beurt zou komen. Een andere patiënte zag op tegen de kosten van de diëtiste en wilde bovendien eerst problemen uit het verleden aanpakken. De derde van de niet voor de behandeling gemotiveerde patiënten zei de eetbuien niet op te willen geven; zij heeft de behandeling na acht sessies beëindigd.

De gemiddelde leeftijd van de tien overgebleven patiënten was 28 jaar (range: 22-44 jaar, $SD = 6$). Het gemiddelde van de hoogst gevolgde opleiding lag op mbo-niveau. Acht van de tien hadden werk dat paste bij hun opleidingsniveau, één patiënt volgde een opleiding, één was thuis met ziekteverlof. Hun gemiddelde gewicht was 69 kg ($SD = 22$) bij een gemiddelde lengte van 168 cm ($SD = 7$). De gemiddelde 'Body Mass Index' was 25 ($SD = 7$); zij wogen gemiddeld 15% meer dan het ideale gewicht op basis van hun leeftijd. Dit is hoger dan men in het algemeen bij boulimie-patiënten aantreft. Allen trachtten te compenseren voor de eetbuien door geforceerd braken of laxeren. Per week hadden ze gemiddeld zeven eetbuien en pasten zij zes compensatiemaatregelen toe. Braken was verreweg de meest gebruikte compensatiemaatregel; één patiënte gebruikte daarnaast ook laxeremiddelen. De klachten waren gemiddeld acht jaar geleden begonnen (range van de duur liep van 1 tot 28 jaar). Een van de tien aangemelde patiënten was slachtoffer geweest van ernstig seksueel misbruik (meerdere keren een ander ongewenst met de mond hebben moeten bevredigen, en anaal en vaginaal verkracht).

De ernst van de boulimia nervosa werd vastgesteld met vier schalen van de Eating Disorder Inventory-I (Vandereycken, 1998) en de drie schalen van de Lichaams Attitude Vragenlijst (Probst, Vandereycken & Van Coppenolle, 1997). De scores op de EDI voorafgaand aan de behandeling laten zien dat de deelnemers wat betreft de symptomen van boulimie nauwelijks verschillen van wat meestal wordt gevonden bij patiënten met boulimie in psychiatrische (poli)klinieken (zie tabel 1).

Tabel 1 Gemiddelden (M)* en standaardafwijkingen (SD) in de algemene normgroep van patiënten met boulimia nervosa en onze onderzoeksgroep (n = 10).

	Normgroepscores		Scores onze onderzoeksgroep	
	M	SD	M	SD
Boulimia: drang tot overeten en braken, EDI-1 ¹⁾	11.2	5.7	9.7	3.9
Tekort aan besef van lichaamssensaties, EDI-1 ¹⁾	11.7	6.1	9.1	5.1
Drang om mager te worden, EDI-1 ¹⁾	14.4	5.4	14.2	4.5
Ontevredenheid met het eigen lichaam, EDI-1 ¹⁾	16.8	7.9	15.6	6.5
Negatieve waardering lichaamsomvang, LAV ²⁾	24.8	8.8	16.4	7.0
Tekort vertrouwen met eigen lichaam, LAV ²⁾	21.3	8.5	13.6	6.0
Vermijding confrontatie lichamelijk uiterlijk, LAV ²⁾	15.2	5.5	12.8	4.4

* Hoe hoger de scores des te ernstiger.

¹⁾ Normgroepscores uit: Probst, Vandereycken en Vanderlinden, 1998.

²⁾ Normgroepscores uit: Probst et al., 1997.

De scores op de LAV verschillen wel van de normgroepen. In vergelijking met een 'normale' populatie scoorden de patiënten hoog op alle subschalen van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1990), behalve op de subschalen 'Slaapproblemen' (boven gemiddeld) en 'Agorafobie' (iets beneden het gemiddelde). In vergelijking met de populatie van poliklinische psychiatrische patiënten scoorden zij laag op de angst- en agorafobieschaal, beneden gemiddeld op de depressie-, somatisatie-, insufficiëntie-, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteits- en slaapproblemenschaal, en gemiddeld op de hostiliteitschaal.

De gemiddelde itemscore op de subschalen Identiteitsverwarring (ID) en Amnesie (A) van de dissociatie-vragenlijst DIS-Q (Vanderlinden, 1994) waren respectievelijk 2.01 en 1.51 (range respectievelijk 1.32-3.40 en 1.07-2.43; SD respectievelijk .64 en .45). Onze deelnemers bevinden zich hiermee gemiddeld iets beneden het gemiddelde van de populatie van eetstoornispatiënten, zoals vastgesteld door Vanderlinden (1994).

Onderzoeksprocedure

De behandelingen werden uitgevoerd door een psycholoog, een psycholoog in opleiding of een arts-assistent psychiatrie. De behandelaars werden voor de start van

een behandeling individueel getraind in het toepassen van het protocol. Tijdens de behandeling kregen zij maandelijks één uur supervisie. De sessies met de patiënten duurden 45 minuten. Tot sessie zes was de behandel-frequentie één keer per week. Vanaf sessie zes tot tien (laatste behandelsessie) was de frequentie één keer per twee weken. Eén maand en drie maanden na het einde van de behandeling waren er follow-up zittingen.

Er waren vier meetmomenten. Bij de intake werd patiënten gevraagd naar hun gewichtsschommeling (hoogste minus laagste gewicht) gedurende het halfjaar voorafgaand aan de intake en het gemiddeld aantal eetbuien en compensatiemaatregelen per week gedurende de maand voorafgaand aan de intake. Voor de start van de behandeling, direct na de dertien weken durende behandeling en drie maanden na het einde van de behandeling vulden de deelnemers vragenlijsten in (zie de paragraaf meetinstrumenten).

Meetinstrumenten

De volgende metingen werden verricht om het effect van de behandeling vast te stellen:

'Baseline' van eetbuien en compensatiemaatregelen: De patiënten schatten het gemiddeld aantal eetbuien en compensatiemaatregelen per week gedurende de maand voor de intake.

Gewichtsschommelingen: De patiënten schatten de gewichtsschommeling (hoogste minus laagste gewicht) in kilogrammen gedurende het halfjaar voor de intake.

Registratie van eetbuien en compensatiemaatregelen: Van de eerste therapiesessie tot de laatste follow-up registreerden patiënten per week het aantal eetbuien en het aantal keren dat zij een compensatiemaatregel toepasten. De registratie in de laatste week van de therapie (week 13) geldt als de nameting van eetbuien en compensatiemaatregelen.

Eating Disorder Inventory (EDI-1; Garner, Olmsted & Polivy, 1983 ; Nederlandse adaptatie door Vandereycken, 1998). De acht subschalen meten respectievelijk:

1. drang tot excessief eten en braken ('boulimia');
2. drang om mager te worden;
3. ontevredenheid met het eigen lichaam;
4. tekort aan 'besef van lichaamssensaties' zoals veroorzaakt door honger, verzadiging en emoties;
5. angst voor volwassenheid (om de verantwoordelijkheid van volwassenen te moeten dragen);
6. gevoelens van ineffectiviteit (inadequatheid, onveiligheid en geen controle hebben over het eigen leven);
7. perfectionisme;
8. interpersoonlijk wantrouwen in intieme contacten.

Voor alle subschalen geldt: hoe hoger de score hoe ernstiger de stoornis. De test-hertestbetrouwbaarheid van de subschalen varieert tussen $r = .63$ en $r = .92$, de interne consistentie tussen de $\alpha = .65$ en $\alpha = .91$ (Garner & Olmsted, 1983).

De depressie sub-schaal van de Symptom Checklist-90(SCL-90; Derogatis, 1977 ; Nederlandse aanpassing door Arrindell & Ettema, 1990). Voor de beschrijving van de patiëntengroep is de totale SCL-90 gebruikt, met de subschalen angst, agorafobie, depressie, somatisatie, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. De test-hertestbetrouwbaarheid van deze schalen varieert tussen de $r = .68$ en $r = .95$ en de interne consistentie tussen de $\alpha = .65$ en $\alpha = .94$. Aangezien vaak is gedemonstreerd dat behandeling van de boulimie de meestal verhoogde depressiviteit doet afnemen en het behandelprotocol ook ten dele daarop is gericht, is de subschaal depressie (test-hertestbetrouwbaarheid $r = .76$) ook als effectmaat gebruikt. De interne consistentie van de schaal is $\alpha = .85$.

De volgende metingen werden gebruikt voor exploratieve doeleinden en om de patiëntengroep te vergelijken met de normgegevens voor patiënten met boulimie:

Lichaams Attitude Vragenlijst (LAV; Probst et al., 1997). De totaalscore meet de attitude ten opzichte van het eigen lichaam. De drie subschalen hebben betrekking op:

1. negatieve waardering voor eigen lichaamsomvang;
2. tekort aan vertrouwdheid met het eigen lichaam;
3. het vermijden van confrontatie met het eigen uiterlijk.

De test-hertestbetrouwbaarheidscoëfficiënt voor de drie schalen varieert van $r = .91$ tot $r = .94$ en de interne consistentie van $\alpha = .88$ tot $\alpha = .90$ (Probst, Vandereycken, Coppennolle & Vanderlinden, 1995). Aangezien het protocol niet gericht is op de lichaamsbeleving is deze vragenlijst niet opgenomen als effectmaat, maar om de steekproef qua ernst te vergelijken met klinische groepen en om te onderzoeken of de aanvangssituatie met betrekking tot deze variabelen het succes van de behandeling voorspelt.

Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, 1994 ; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1993). Aangezien de subschaal Identiteitsverwarring en fragmentatie (test-hertestbetrouwbaarheid $r = .92$ en interne consistentie $\alpha = .94$) en de subschaal Amnesie (test-hertestbetrouwbaarheid $r = .93$ en interne consistentie $\alpha = .88$) een goede afspiegeling zijn van de totale dissociatiescore, zijn hier alleen deze subschalen gebruikt.

Vragenlijst Ongewenste Seksuele Ervaringen in het Verleden (OSEV; Lange et al., 1999). Met behulp van

deze lijst wordt stapsgewijs informatie ingewonnen over: het vóórkomen van ongewenste seksuele ervaringen in het verleden, de gevolgen ervan voor het psychische en lichamelijke functioneren en eventuele schuldgevoelens over de gebeurtenis(sen).

Evaluatie Boulimia Therapie (EBT). Deze lijst werd voor dit onderzoek ontwikkeld om te evalueren welke behandellementen door de patiënten als belangrijkste worden beschouwd. Na afloop van de behandeling beoordelen de patiënten de 38 elementen van de behandeling op een schaal van 0 (onbelangrijk) tot 10 (belangrijk). Voorbeelditem: ‘Stapsgewijze blootstelling aan situaties die risicovol zijn voor het verkrijgen van een eetbui’. In het tweede deel van de vragenlijst (10 items) kunnen de patiënten aangeven hoe (on)tevreden zij zijn met wat zij hebben bereikt ten aanzien van de diverse doelen, bijvoorbeeld ‘Het optreden van eetbuien’.

Elementen van de behandeling

Voor een gedetailleerde beschrijving van het protocol verwijzen wij naar Terweij (1998) en naar Lange et al. (1994). Hieronder vatten wij de belangrijkste elementen kort samen.

Uitnodigen voor één sessie van een persoon uit de omgeving

Patiënten met boulimia nervosa vertellen uit schaamte vaak weinig tot niets over het eetprobleem aan hun omgeving. Zodoende krijgen zij weinig begrip en steun. De patiënten wordt daarom verzocht hun partner, of als ze deze niet hebben, een vriend(in)/familielid, uit te nodigen om mee te komen bij de tweede sessie. De visie en de reactie van deze persoon op het probleem worden dan in die sessie besproken. Door voorlichting over de stoornis en de behandeling kan de partner of vriend(in)/familielid de patiënte wellicht meer steunen.

Cognitieve interventies

Patiënten met boulimie hebben vaak irrationele gedachten over voedsel, eten, uiterlijk, gewicht en hun eetprobleem. De volgende interventies zijn hierop gericht:

Psycho-educatie. De patiënten krijgen zowel schriftelijk als mondeling informatie over de werkelijke (vaak ongunstige) invloed van compenseren op het gewicht, en over de gevolgen van gewichtsschommelingen voor de stofwisseling op de lange termijn. Verder krijgen zij informatie over de schadelijke effecten van braken op het lichaam (waaronder aantasting van het tandglazuur, haaruitval en verstoring van het kalium/natrium evenwicht met kans op hartritmestoornissen) en de positieve invloed van gezonde en regelmatige voeding op het

gewicht. In de eerste sessie krijgen zij een informatiebrochure en literatuur mee (zie Terweij, 1998). Bovendien krijgen de patiënten drie afspraken met een diëtiste. Deze geeft verdere informatie over voeding en gewicht.

Het onderscheiden van het eetprobleem van andere problemen. Patiënten met boulimia nervosa vermijden vaak de behandeling van hun eetprobleem omdat zij menen dat dit pas mogelijk is als zij al hun andere problemen, die vaak van depressieve aard zijn, hebben opgelost. Zij willen eerst die problemen oplossen en daarna zal, zo denken zij, het eetprobleem vanzelf verdwijnen, of zal het mogelijk zijn dit aan te pakken. Deze aanpak is zelden succesvol. De beïnvloeding tussen het eetprobleem en andere problemen is vaak wederzijds. Schuldgevoelens na een eetbui versterken bijvoorbeeld minderwaardigheidsgevoelens en vice versa. Als patiënten controle hebben over hun eetpatroon is het gevaar geringer dat zij met eetbuien reageren op de stress die het oplossen van problemen met zich meebrengt.

Het oplossen van het eetprobleem kan vaak met succes onafhankelijk worden gemaakt van het oplossen van andere problemen. De patiënten wordt uitgelegd dat het vaak beter is zich eerst te richten op de boulimia nervosa. Wanneer de eetproblemen onder controle zijn, kan aan het einde van de protocolbehandeling aandacht geschonken worden aan mogelijke andere problematiek. Mocht een niet-eetprobleem in een eerder stadium dringende aandacht vragen, dan kan hiervoor in een behandelsessie maximaal tien minuten worden uitgetrokken.

Irrationele cognities veranderen. Irrationele gedachten over eten, voedsel, gewicht en uiterlijk hebben een negatieve invloed op het eetprobleem (Fairburn, 1997). De gedachte ‘Ik ben dik en lelijk en zal daarom nooit een vriend krijgen’, kan een eetbui uitlokken door het negatieve gevoel dat deze gedachte oproept. Patiënten wordt gevraagd de cognities voorafgaand aan een eetbui op te schrijven. De gevolgen van de irrationele gedachten op gevoel en gedrag worden besproken. Vervolgens worden de irrationele cognities samen met de therapeut herschreven in rationele gedachten volgens de methode van de Rationeel Emotieve Therapie (Bernard, 1991; Ellis, 1993).

Stoppen met braken en laxeren

Met de patiënten wordt besproken dat de eetbuien zich veelal onttrekken aan hun controle. Het zijn impulsen die zij nog niet kunnen beheersen. Daarvoor zijn zij in behandeling. Braken, laxeren, en het gebruik van diuretica zijn daarentegen handelingen die zij bewust kiezen en die zij achterwege kunnen laten. Door deze compensatoire maatregelen wordt het moeilijker om de eetbuien onder controle te krijgen (Guertin, 1999). In de eerste

sessie wordt dan ook afgesproken dat stoppen met de compensatiemaatregelen een vast onderdeel van het behandelingscontract vormt. Patiënten worden voorbereid op een eventuele tijdelijke toename in gewicht als gevolg van het niet mogen compenseren. Als patiënten gewend zijn om laxantia te gebruiken wordt aangeraden om het stoppen daarvan te combineren met het opnemen van extra vezelrijk voedsel in het dieet om de kans op obstipatie te verkleinen (Mitchell & Boutacoff, 1986).

Het ontwikkelen van een regelmatig eetpatroon

Op grond van een uitgebreid literatuuroverzicht concludeert Guertin (1999) dat patiënten met boulimie minder maaltijden eten dan anderen. Net als het purgeren door braken of laxeren is dit een manier waarmee zij denken gewichtstoename te voorkomen, en waardoor zij gemakkelijker tot eetbuien komen. Samen met de diëtiste stellen de patiënten derhalve dagmenu's op met een afgesproken aantal calorieën voor door de week, het weekend en de feestdagen. Zowel het ontbijt, middag- en avondeten als de tussendoortjes worden hierin opgenomen. Patiënten dienen zich aan deze menu's te houden, ook al hebben zij een eetbui gehad. De maaltijden moeten bij elkaar genoeg calorieën bevatten om niet af te vallen. Wanneer dit erge angst oproept kan men een opbouwschema afspreken waarbij een patiënte bijvoorbeeld start met 1600 calorieën per dag en afspreekt drie weken later 1900 calorieën te consumeren.

Zelfcontrole

Om de kans te verkleinen dat de patiënten ondanks de cognitieve interventies en het regelmatige eetpatroon toegeven aan de drang tot excessief eten worden de volgende maatregelen getroffen:

Registratie en grafische representatie. Vanaf de eerste sessie noteren de patiënten per dag wat en hoe laat ze iets eten. Ze rekenen dit vervolgens om in calorieën en maken hiervan wekelijks een grafiek. Ook de eetbuien en de compensatiemaatregelen worden in deze grafiek opgenomen. Om een goed inzicht in hun eetpatroon te krijgen worden zij verzocht hun eet- en compensatiegewoonten gedurende de eerste week niet te wijzigen.

Stimuluscontrole. In het begin van de behandeling is het van belang om de externe cues te minimaliseren. Zij kopen in het begin bij voorkeur per dag hun voedsel en halen geen grote hoeveelheden in huis, zeker geen 'risicovoedsel'. Zij gaan met een boodschappenlijstje naar de winkel op een tijdstip dat zij geen trek hebben en geen neiging om excessief te gaan eten. Later in de

behandeling wordt de stimuluscontrole geleidelijk afgebouwd (zie behandellement 'opheffen van stimuluscontrole').

Responspreventie. Samen met de therapeut stelt de patiënte een op haar maat toegesneden programma op, dat zij uitvoert als zij de neiging krijgt om excessief te gaan eten. Het programma bevat een aantal vaste onderdelen:

1 Het hardop lezen van een kaartje met *positieve zelfverbalisatie*. Hierop heeft patiënte positieve eigenschappen van zichzelf geschreven en de redenen waarom zij niet toe zal geven aan een eetbui. Als zij de neiging tot excessief eten voelt opkomen is het lezen van dit kaartje de eerste stap om de impuls te bedwingen (Lange, 1994; Lange, Richard, Gest, De Vries & Lodder, 1998; Lange, Richard, Kiestra & Van Oostendorp, 1997).

2 Als de eerste maatregel niet genoeg is gaat de patiënte een of meerdere *prettige activiteiten uitvoeren*. Van te voren heeft zij een aantal geschikte activiteiten geselecteerd, zoals lezen, lichamelijke beweging, ontspanningsoefeningen, een bad of douche nemen of uit huis gaan. De geschikte activiteiten worden nauwkeurig omschreven en de patiënte zorgt ervoor dat zij, indien nodig, ook mogelijk zijn. Bijvoorbeeld: een boek dat haar boeit klaarleggen om te lezen, of, als patiënte ervoor kiest op zulke momenten naar buiten te gaan, te bedenken naar wat voor plekken of personen. Ligt er een snoepwinkel of snackbar op de route dan kan ze in het begin beter een andere route nemen.

3 Als stappen 1 en 2 niet genoeg zijn, dan gaat zij de *omgeving inschakelen*, iemand opbellen of opzoeken. Vastgesteld wordt welke gespreksonderwerpen patiënte het beste helpen om niet excessief te gaan eten (de neiging tot overeten kort noemen, afleidende onderwerpen bespreken of vertellen hoe het die dag gegaan is). Patiënte zal de persoon die ze belt, of opzoekt, instrueren haar niet te weerhouden van het excessief eten; de verantwoordelijkheid blijft bij patiënte.

Beloning en straf. Hoewel het niet hebben van eetbuien patiënten een grote intrinsieke bevrediging geeft, wordt er toch ook afgesproken dat patiënte zich extrinsiek beloont als zij een week geen eetbuien heeft. Het kopen van een cd, een boek, een abonnement op een krant nemen of naar de film gaan zijn goede voorbeelden. Deze beloningen zijn financieel mogelijk doordat de patiënten flink wat geld uitsparen als zij niet excessief eten, een argument dat hen meestal aanspreekt. Er wordt echter ook een (zelf)straf afgesproken die patiënte zal uitvoeren als zij wel een eetbui heeft. Dit moet een onaangename maar wel nuttige straf zijn, bijvoorbeeld: een half uur opruimen en schoonmaken. Zowel de beloning als de straf verhogen het bewust gericht zijn op de behandeldoelen.

Sporten en ontspanningsoefeningen

De patiënten gaan twee keer per week een uur (niet excessief!) sporten, om positievere ervaringen met hun lichaam op te doen dan zij gewend zijn. Naast lichamelijke inspanning leert patiënte vanaf de vierde sessie ademhalingsoefeningen om te ontspannen. Sporten en ontspanningsoefeningen kunnen als stappen in het zelfcontroleprogramma worden opgenomen.

Opheffen van stimuluscontrole en exposure

Wanneer de patiënten voldoende zelfcontrole hebben, wordt geleidelijke exposure ingevoerd. Cue-exposure is hier een onderdeel van. Samen met de therapeut wordt een hiërarchie opgesteld van wat vermeden wordt in verband met de angst voor een eetbui. Patiënte haalt risicovoedsel in huis of neemt het mee naar een behandelsessie en staat zichzelf toe hiervan een afgesproken hoeveelheid te eten, of ruikt eraan en proeft het zonder verder voedsel in te nemen. Andere onderdelen van het exposure-programma kunnen bijvoorbeeld zijn: in de spiegel kijken, op de weegschaal staan, naar het strand gaan, op bezoek gaan. Wanneer de neiging tot overeten groot wordt, gebruikt patiënte het zelfcontroleprogramma.

Voorkomen van terugval/bestendigen van het behandelresultaat

Veel patiënten met boulimia nervosa zien terugval als een onoverkomelijk kwaad (Vanderlinden, Norré & Vandereycken, 1989). Dit maakt hen kwetsbaar. Het is daarom van belang om patiënten voor te bereiden op een eventuele terugval en deze te leren zien als een incident en niet als een ramp.

Tijdens de laatste behandelzitting worden de bestanddelen van de therapie die voor de patiënte het meeste effect hadden op een rij gezet zodat de patiënte deze bij eventuele terugval weer kan oppakken. Na de zesde sessie vermindert de frequentie van de therapie van één keer per week naar één keer per twee weken. Er zijn twee follow-up zittingen: één maand en drie maanden na de laatste behandelsessie. Patiënten vertellen dan hoe het gaat, maar er wordt niet behandeld. Zodoende kunnen zij ervaren hoe het is om zich 'zonder de therapeut te redden', wat de angst voor het beëindigen van de behandeling vermindert.

Motiveringstechnieken

Een therapieprogramma voor eetstoornissen vraagt veel van de patiënten. De behandelaar dient dan ook veel aandacht en tijd in te ruimen om hen te motiveren (zie

Vitousek, Watson & Wilson, 1998). De behandelaar vertelt in de eerste sessie dat het een intensief en zwaar therapieprogramma is waar patiënte aan gaat meedoen, maar waar wel goede resultaten mee te behalen zijn. Het laten meedenken bij de invulling van de details van het programma, het checken of patiënten zich aan het programma houden en het geven van steun en complimenten zijn van essentieel belang.

Behandelcontract

In de eerste zitting krijgen de patiënten informatie over de therapie-elementen, het nut van elk van hen, het aantal behandelsessies, de follow-ups en de duur van elke zitting. Zij krijgen bovendien informatie over eventuele voortzetting als de geprotocolleerde behandeling is afgelopen. Indien er dan wat de boulimie betreft verbetering is, maar nog niet voldoende, kan de therapie na de laatste follow-up voortgezet worden. Als er na de tweede follow-up geen verbetering heeft plaatsgevonden dan is verdere behandeling volgens deze methode waarschijnlijk niet zinvol.

In de tweede zitting beslissen de patiënten of ze wel of niet akkoord gaan met de aangeboden behandeling.

Verwerking van de gegevens

Voor vergelijken van de patiënten voorafgaand aan, na afloop van de behandeling en na de follow-up periode werden variantie-analyses en t-toetsen uitgevoerd over de gemiddelden van de effectmaten (de gedragsmetingen, de Eating Disorder Inventory en depressiesubschaal van de SCL-90). Waar mogelijk is de grootte van het effect uitgedrukt in Cohens *d* (Cohen, 1988). Bovendien werd met betrekking tot de variabelen waarvan normgegevens bekend zijn onderzocht in hoeverre de verbeteringen klinisch relevant waren (Jacobson & Truax, 1995). De scores op de Lichaams Attitude Vragenlijst en de subschaal Fragmentatie en Identiteitsverwarring van de DISQ zijn gebruikt om te zien of zij inzicht geven in voor wie de behandeling wel of niet geschikt is. Van de Evaluatie Boulimia Therapie vragenlijst werd voor elk onderdeel de rangorde bepaald, afhankelijk van de mate waarin men een bepaalde interventie belangrijk vond in het behandelprogramma.

Resultaten van de behandeling

Eetbuien en compenseren

De gemiddelden en t-toetsen in tabel 2

Tabel 2 Gemiddelden per week, standaardafwijkingen en gepaarde t-testen voor eetbuien en braken voor en na aanvang van de therapie en tijdens de follow-up periode.

Per week	Voor		Na		Follow-up		Voor – Na	Voor – f.u.
	M	SD	M	SD	M	SD	t(9)	t(9)
Eetbuien	7.0	3.5	0.1	0.3	0.3	0.5	6.16**	5.79**
Compenseren	5.6	4.2	0.0	0.0	0.5	1.1	4.19**	3.85*

** p < .001

* p < .005

laten zien dat de aantallen eetbuien en compensatiemaatregelen per week voor aanvang van de therapie beduidend en significant groter waren dan na de behandeling (gemeten in de laatste therapieweek) en gedurende de follow-up periode. Omdat de standaarddeviatie van de voormeting sterk verschilt met die van de nameting en de follow-up is het niet verantwoord om de verschillen uit te drukken in Cohens maat voor effectgrootte d (Cohen, 1988).

Negen van de tien patiënten waren na de therapie vrij van eetbuien. De tiende patiënte rapporteerde tijdens de nameting slechts één eetbui. Geen van allen maakte na afloop nog gebruik van braken, laxeren, diuretica of iets vergelijkbaars. Vijf van de tien patiënten vielen tijdens de follow-up periode (tijdelijk) terug. Men spreekt van terugval als een patiënt minimaal drie eetbuien en/of compensatiemaatregelen vertoont binnen een periode van vier achtereenvolgende weken (APA, 1994). Drie van de vijf patiënten die volgens dit criterium waren teruggevallen, herstelden zich tijdens de follow-up periode zelfstandig. Van een van de twee anderen is bekend dat zij de terugval kreeg nadat zij en haar partner, in verband met woningnood, tijdelijk bij haar moeder waren gaan wonen. Twee maanden later woonde zij in een eigen huis en was ze weer vrij van eetbuien en compensatiemaatregelen. Een kwalitatieve analyse geeft aan dat de frequenties van eetbuien en compenseren in bijna alle gevallen aan het begin van de behandeling sterk daalden. Deze dalingen vonden plaats in de week nadat de afspraak niet ‘braken/laxeren’ was aangekondigd en in de week nadat de afspraak daarover was ingegaan. Voor

een grafisch weekoverzicht van alle patiënten van begin tot en met de follow-up zij verwezen naar Terweij (1998).

Scores op de Eating Disorder Inventory (EDI-1)

De gemiddelden in tabel 3

laten zien dat de drang om te eten en te compenseren, de ‘drang om mager te worden’, de ‘ontevredenheid met het eigen lichaam’ en het ‘tekort aan besef van lichaams-sensaties’, zijn afgenomen na de therapie en dat er geen terugval is geweest gedurende de follow-up periode. Toetsing met behulp van variantie-analyses laat zien dat deze afnames voor alle subschalen significant zijn. De effectgroottes tussen de voormeting en de follow-up zijn voor alle vier de EDI-1 schalen zeer groot volgens de norm van Cohen (1988).

Aparte toetsing van de verschillen tussen voor en meteen na de behandeling laat voor de vier schalen t -waarden zien die variëren van $t(9) = 3.06$ ($p = .007$) tot $t(9) = 4.69$ ($p = .001$). De verschillen tussen vooraf en na de follow-up komen hiermee overeen: de t -waarden variëren tussen $t(9) = 3.12$ ($p = .006$) en $t(9) = 4.41$ ($p = .001$). De verschillen tussen nameting en follow-up zijn verwaarloosbaar klein. De klinische relevantie van de verbetering op de EDI-1 schalen is berekend volgens de methode van Jacobson en Truax (1995). Hierbij zijn twee criteria toegepast: de Reliable Change Index (RC) en de cut-off score c waarboven men de patiënten als hersteld kan beschouwen. De noodzakelijke normgegevens voor deze berekeningen zijn afkomstig van studies van Garner

Tabel 3 Gemiddelden, standaardafwijkingen, en variantie-analyses (F) met betrekking tot de verschillende tijdstippen, en effectgroottes (d) voor de vier EDI-1 schalen ($n = 10$).

Subschalen EDI-1	Voor		Na		Follow up		Voor-na-f.u.	Voor-f.u.
	M	SD	M	SD	M	SD	F (2,31)	d
Drang tot vreten en braken	9.7	3.9	2.3	3.2	3.0	3.0	17.6***	2.7
Drang om mager te worden	14.2	4.5	7.3	6.1	6.9	5.5	7.0**	1.6
Ontevredenheid eigen lichaam	15.6	6.5	8.3	7.2	9.0	7.7	4.1*	1.4
Tekort besef lichaamssensaties	9.1	5.1	4.2	5.1	3.8	4.5	5.5*	1.9

Voor alle metingen geldt: hoe hoger de score, hoe ernstiger.

* $p \geq .05$; ** $p \geq .01$; *** $p \geq .001$ bij eenzijdige toetsing.

Tabel 4 Aantal patiënten dat is hersteld, veranderd maar niet hersteld, of onveranderd bleef, berekend voor elk der subschalen van de EDI-1.

Subschalen EDI-1	Hersteld	Veranderd maar niet hersteld	Onveranderd
Boulimia: drang tot vreten en braken	7	1	2
Drang om mager te worden	7	1	2
Ontevredenheid met het eigen lichaam	6	1	3
Tekort aan besef van lichaamssensaties ⁸⁰²			

en Olmsted (1983), Probst et al. (1998) en Van Furth (1991). Tabel 4

laat zien dat voor elk der drie subschalen verreweg de meeste van de patiënten volgens deze criteria zijn veranderd en zelfs als hersteld kunnen worden beschouwd.

Resultaten met betrekking tot depressie

De depressiescores namen tijdens de behandeling significant af ($t(9) = 2.67$; $p < .05$). De verschillen tussen voormeting en follow-up zijn nog groter ($t(9) = 3.27$; $p < .05$). Gedurende de follow-up periode nemen de verbeteringen dus nog toe. De effectgrootte tussen de voormeting en de follow-up is volgens de norm van Cohen (1988) zeer groot ($d = 1.5$).

Om een idee te krijgen van de klinische betekenis van de afname van depressie vergeleken wij de scores met de normscores (Arrindell & Ettema, 1990). Bij aanvang van de therapie vielen acht van de tien patiënten binnen de categorieën hoog tot zeer hoog depressief in vergelijking met de normale populatie. Drie maanden na afloop van de behandeling vielen slechts vier patiënten binnen deze categorieën, waarvan er nog slechts één zeer hoog depressief scoorde. De anderen scoorden rond of zelfs lager dan het gemiddelde van de normale bevolking.

Exploratie: voorspellende variabelen

Terugval

Zoals we eerder vermeldden waren vijf van de tien patiënten na aanvankelijke vooruitgang teruggevallen. Drie van hen hadden zichzelf weer binnen de follow-up periode hersteld. Bij deze drie konden wij geen gegevens vinden die de tijdelijke terugval zouden kunnen

verklaren. Dat is wel het geval bij de twee patiënten die aan het einde van de follow-up nog niet waren hersteld. Hun gewicht was in het halfjaar voorafgaande aan de therapie aan een schommeling van meer dan zes kilogram onderhevig geweest. Bij de patiënten die geen enkele terugval hadden gehad was dit maar bij één van de vijf het geval. Verder valt op dat deze terugvallers extreme gevoelens van ineffectiviteit hadden (zij scoorden in vergelijking met een normale populatie boven het 95ste percentiel op de betreffende subschaal van de EDI-1 schaal). Slechts twee van de vijf patiënten die niet terugvielen hadden dergelijke extreem negatieve gevoelens over zichzelf. Een gelijksoortig patroon geldt voor een hoge mate van Identiteitsverwarring en fragmentatie.

Drop-out

Zoals bij de beschrijving van de deelnemers is aangegeven hadden twee van de vijf 'drop-outs' wel degelijk baat bij de therapie gehad; bij afsluiting van hun behandeling vertoonden zij geen eetbuien en compensatiemaatregelen meer. Voor de drie 'onverbeterde' drop-outs is naar mogelijke voorspellende variabelen gezocht. Zij zijn vergeleken met de tien patiënten die duidelijk positieve effecten hebben ondervonden van de behandeling; dit zijn de acht patiënten die het protocol hebben gevolgd en zijn verbeterd zonder of slechts tijdelijk terug te vallen, plus de twee drop-out-patiënten die het protocol in ander tempo hebben gevolgd en zijn verbeterd.

De drie 'onverbeterde' drop-outs waren extreem bang voor de volwassenheid (percentielscore op deze EDI-1 schaal is groter dan 95 in vergelijking met de normale populatie). Niemand uit de 'effectieve' groep had deze angst in extreme mate. De gewichtsschommeling van alle drie drop-outs was het afgelopen halfjaar groter dan zes kilogram, slechts één vijfde van de patiënten uit de 'effectieve' groep had een dergelijk grote schommeling. Een extreem negatieve lichaamsattitude en veel gevoelens van ineffectiviteit kwamen bij alle drie de drop-outs voor (percentielscore voor LAV-totaal en ineffectiviteitschaal van EDI-1 is groter dan .95 in vergelijking met de normale populatie). Slechts de helft van de patiënten uit de 'effectieve' groep scoorde zo hoog op deze schalen.

Evaluatie Boulimia Therapie (EBT)

Subjectieve evaluatie van het belang van de verschillende behandel-elementen

De deelnemers gaven na afloop van de behandeling met behulp van de EBT-vragenlijst aan hoe belangrijk zij elk

Tabel 5 Gemiddelden en standaarddeviaties van de items uit de evaluatie-vragenlijst (EBT), gerangordend van 1 (belangrijk) naar 38 (onbelangrijk).

In hoeverre zijn de verschillende componenten van de behandeling voor u belangrijk geweest?			
	Omcirkel het getal van uw keuze.	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	Twee keer per week sporten	8.3	1.7
2	Dagelijks registreren van het aantal vreetbuien	7.9	1.6
3	Leren loskoppelen van de eetproblematiek van andere problemen	7.8	2.9
4	Niet meer mogen braken/laxeren/liijnen	7.6	2.2
5	Het eten van drie vaste maaltijden per dag	7.6	1.8
6	Andere spanningsbronnen dan de eetproblemen bespreken met de therapeut(e)	7.5	3.2
7	Evalueren met de therapeut(e) hoe het sinds de vorige afspraak is gegaan	7.4	1.7
8	Het in eerste instantie vermijden van situaties die risicovol zijn voor het krijgen van een vreetbui	7.3	2.5
9	De aandacht van de therapeut(e)	7.3	2.9
10	Per week een grafiek maken van de calorieënnname	7.1	2.6
11	Analyseren wanneer vreetbuien zich voordoen en wat risicovolle situaties zijn	7.1	2.8
12	Stapsgewijze blootstelling aan situaties die risicovol zijn voor het krijgen van een vreetbui	7.0	1.9
13	Voorbereiden op en bespreken van een mogelijke terugval	6.9	1.6
14	Gemotiveerd worden door de therapeute	6.8	3.3
15	Dagelijks registreren van de calorieënnname	6.7	2.6
16	Het meedenken met de invulling van de therapie	6.7	1.5
17	Uitvoeren van het zelfcontrole 'hindernissen'-programma, bij de neiging tot een vreetbui	6.6	3.0
18	Je verhaal kwijt kunnen	6.6	3.4
19	Opschrijven van positieve gedachten over uzelf	6.6	2.6
20	De schriftelijke informatie over klachten en behandeling	6.5	3.0
21	Per dag een vaststaand aantal calorieën moeten innemen	6.5	2.1
22	Registreren van gedachten voorafgaande aan een vreetbui	6.4	2.5
23	Het betrekken van een persoon uit de directe omgeving in de therapie	6.4	2.8
24	De beloning voor uzelf als u een vreetbui heeft weten te voorkomen	6.2	2.6
25	Bellen van een vriend(in) bij een onbedwingbare neiging tot vreten	5.9	3.0
26	Lezen van de kernachtige tekst over uzelf bij de neiging tot een vreetbui	5.9	2.8
27	Krijgen van informatie over voeding en lijnen	5.9	3.5
28	De uitdaging door het feit dat de therapie uit een beperkt aantal zittingen bestaat	5.6	2.4
29	Elke dag lezen van het kaartje met de positieve tekst over jezelf	5.4	2.9
30	Het invullen van de verschillende vragenlijsten	5.4	2.7
31	Uitsparen van geld door minder eten en/of door het stoppen met het gebruik van laxemiddelen	5.2	3.9
32	Het straffen van uzelf als u een vreetbui niet heeft weten te voorkomen	5.2	2.6
33	Partner/omgeving reageert anders op uw eetproblemen door het advies van de therapeut(e)	5.0	3.2
34	Als de wens tot braken bestaat, dit uitstellen met een halfuur	4.9	1.9
35	Bezoeken aan de diëtist(e)	4.8	3.9
36	Drie maal per dag uitvoeren van de ademhalingsoefeningen ter ontspanning	4.6	3.4
37	Uitvoeren van ademhalingsoefeningen bij de neiging tot een vreetbui	4.3	3.2
38	De drie ontwerpen voor maaltijden (doordeweekse dag/weekend/feestdag)	4.2	2.8

van de onderdelen hadden gevonden. Hiervoor maakten zij gebruik van tienpuntsschalen, van helemaal niet belangrijk naar zeer belangrijk. Tabel 5

geeft gerangordend voor elk behandelement de gemiddelde belangrijkheidsscore (range: 1-10): van wat de patiënten meest belangrijk vinden (1) naar wat zij het minst belangrijk vinden (38).

Zoals verwacht vonden de patiënten het leren eten van drie gewone maaltijden per dag en het niet mogen compenseren van eetbuien zeer belangrijk: de op drie na meest belangrijke onderdelen. Bij aanvang van de therapie hadden de meesten er veel moeite mee, vooral met niet braken. Enkele patiënten zeiden dat zij geen controle hadden over hun braakneiging. Toch bleken ook zij te

kunnen stoppen met braken. Een aantal patiënten was al opgehouden met compenseren nadat zij wisten dat zij één week later moesten stoppen met braken als zij de behandeling wilden volgen.

Opvallend was dat het twee keer per week sporten uit de bus kwam als de maatregel die het meest belangrijk werd gevonden. Bij een kwalitatieve analyse per persoon blijkt er geen relatie te vinden tussen de 'drang om mager te worden' of 'ontevredenheid over het eigen lichaam' en het belangrijk vinden van deze 'sportopdracht'. Patiënten vertelden het sporten prettig te vinden, omdat zij hun lichaam zo op een prettige manier ervoeren, in tegenstelling tot de negatieve beleving ervan bij excessief eten en compenseren.

Het niet onderkennen van het belang om eetproblematiek los te koppelen van andere problemen (nummer 3), lijkt samen te hangen met terugval: alle vijf patiënten die dit onafhankelijk maken belangrijk vonden waren na afloop van de behandeling hersteld. Slechts een van hen was enige tijd teruggevallen.

Het registreren van het aantal eetbuien werd door de patiënten als zeer belangrijk beoordeeld (rangnummer 2), veel belangrijker dan het registreren van calorieën (rangnummer 15). Hoewel patiënten veel waarde hechtten aan het genereren van een regelmatig eetpatroon (rangnummer 5), vonden zij het bezoek aan de diëtiste (rangnummer 35) waar zij ontwerpen voor maaltijden maakten (rangnummer 38), niet zo'n waardevol element van de therapie. Blijkbaar vonden de patiënten het bespreken van de exacte inhoud van de maaltijden minder belangrijk dan het plannen van de maaltijden. Naast hulp bij het ontwerpen van maaltijden gaf de diëtiste informatie over voeding en lijnen. Ook aan de algemene informatie van de diëtiste over voeding hechtten zij in verhouding geen grote waarde (rangnummer 27).

We zagen al dat de patiënten het sporten het meest waardevolle element vonden. Stimuluscontrole (rangnummer 11) en responspreventie (rangnummer 17) werden nog wel als belangrijk beschouwd, maar minder. Aan zelfbeloning / straf werd nog minder belang gehecht. Het minst belangrijke van de zelfcontrolemaatregelen vonden zij de ademhalingsoefeningen (rangnummer 36). Het opheffen van de stimuluscontrole door stapsgewijze blootstelling aan risicovolle situaties vonden zij een vrij belangrijke stap (rangnummer 12). Cognitieve interventies zoals het opschrijven van positieve gedachten over zichzelf nam een middenplaats (rangnummer 19).

Tevredenheid met de resultaten

Tabel 6

laat zien hoe tevreden de patiënten waren met de resultaten. Zij waren het meest tevreden over de

Tabel 6 Gemiddelden en standaarddeviaties (range: 1-10) van de items uit de vragenlijst EBT, over de tevredenheid ten aanzien van het bereikte therapieresultaat; gerangordend van 1 (tevreden) naar 8 (ontevreden).

	Hoe tevreden bent u met wat u door middel van de therapie bereikt hebt ten aanzien van:	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	Het braken en/of gebruik maken van laxeermiddelen/diuretica.	8.1	1.9
2	Het optreden van vreetbuien.	8.0	2.0
3	Het verkrijgen van een normaal eetpatroon.	7.5	2.0
4	Het loskoppelen van spanningen en eetgedrag.	6.2	2.3
5	Het optreden van perioden van vasten.	6.0	2.0
6	Het tevreden zijn met uw lichaam.	4.7	2.5
7	Het verminderen van de obsessie met uw gewicht.	4.5	2.8
8	Het verkrijgen van uw streefgewicht.	4.0	2.6

veranderingen in gedrag: vermindering van braken en laxeermiddelen, vermindering van eetbuien en het verkrijgen van een normaal eetpatroon. Zij waren minder tevreden over de veranderingen in hun denkpatronen met betrekking tot de tevredenheid met hun lichaam en de obsessie met hun gewicht.

Beschouwing

De resultaten van de behandeling van tien sessies waarin de afspraken om normale maaltijden te eten en niet meer te braken en laxeren gecombineerd worden met zelfcontrole, cognitieve interventies en exposure, zijn positief. Negen van de tien patiënten die de behandeling volgens protocol volbrachten waren na de behandeling vrij van eetbuien. Geen van hen paste nog compensatiemaatregelen toe. Twee van hen vielen in de follow-up-periode terug waarvan één blijvend. Het succespercentage (80%), gerekend tot en met de follow-up, is hoger dan in andere onderzoeken waarin patiënten met gelijke ernst van boulimia nervosa werden behandeld (bijvoorbeeld Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993; Keel & Mitchell, 1997; Mitchell et al., 1993). Als we de drop-outs meetellen worden de cijfers iets minder gunstig. Van de vijf drop-outs waren er drie die niet voor de behandeling gemotiveerd waren. De twee anderen waren geen drop-outs uit de behandeling, maar wel uit het onderzoek. Zij voerden het behandelprogramma uit in een ander tempo, de één sneller en de ander langzamer dan het onderzoeksprogramma toestond. Beiden waren na afloop vrij van eetbuien. Van de vijftien personen die de behandeling waren aangegaan en deze hadden kunnen afmaken, waren er dus uiteindelijk vier die niet met succes zijn behandeld en elf die als hersteld konden worden beschouwd (73%). Bij het beschouwen van deze percentages dienen we de ernst van de psychopathologie in

aanmerking te nemen. Uit tabel 1 blijkt dat onze patiënten iets lager scoorden op ernst van de boulimia en op negatieve lichaamsbeleving dan de gemiddelden van de eetstoornispatiënten van Probst et al. (1997) en van Probst et al. (1998). Daar staat tegenover dat zij ernstiger vormen van boulimie (meer eetbuien en waarschijnlijk ook meer psychopathologie) vertoonden dan de deelnemers uit de studie van Jansen (1992). Onze deelnemers komen wat de ernst van de klachten betreft waarschijnlijk overeen met die van Hansen en De Haan (1995).

Bij aanvang van de therapie zagen de meeste patiënten op tegen het stoppen met compensatiemaatregelen. Niettemin hielden negen van de tien patiënten zich goed aan deze afspraak. Dit bevestigt het idee dat compenseren in de vorm van braken, laxeren of het gebruiken van diuretica bewust gedrag is dat men, indien daartoe gemotiveerd, zonder andere hulpmiddelen onder controle kan houden. Na afloop gaven de patiënten aan dat de afspraak om te stoppen met compenseren een zeer belangrijk onderdeel van de therapie was. De frequentie van de eetbuien en het braken daalde sterk, nadat deze afspraak was gemaakt. Opvallend is dat de frequentie van eetbuien en braken al daalde na de eerste sessie, nog voordat de afspraak te stoppen met braken in werking was getreden. Sommige patiënten vertelden na de eerste sessie alvast gestopt te zijn met braken of laxeren, omdat zij wisten dat dit na de tweede sessie toch moest gebeuren. Het is aannemelijk dat het relatief grote effect van het behandelpakket voor een deel op het conto van de anti-compensatie maatregel geschreven kan worden.

Behalve het niet-compenseren heeft het registreren waarschijnlijk een grote rol gespeeld. Patiënten vertelden dat zij zich door het registreren veel bewuster werden van hun drang tot excessief eten en van de frequentie waarmee zij eetbuien hadden en braakten of laxeerden. Ook stimuluscontrole werd door de patiënten als een belangrijk onderdeel van de therapie beschouwd.

De behandeling had een aanzienlijke vermindering van depressieve gevoelens tot gevolg, zonder dat expliciet aan de vaak heersende depressieve stemming aandacht was geschonken. Dit gegeven is in overeenstemming met de bevindingen uit de literatuurstudie over gecontroleerde onderzoeken van Mitchell et al. (1993). Zij vonden duidelijke aanwijzingen dat boulimia nervosa geen afgeleide is van een depressieve stoornis, maar dat de samenhang eerder andersom ligt. Niettemin kan het zijn dat sommige interventies niet alleen positief werkten voor het verminderen van de boulimiesymptomen, maar ook rechtstreeks de stemming positief beïnvloedden. We kunnen hierbij denken aan het regelmatig sporten, waarvan al vaker is gesuggereerd dat het een positieve uitwerking heeft op de stemming (Kleinsman & Bosscher, 1995) en op de cognitieve interventies in het programma. De

combinatie van dit soort algemene op de stemming en het zelfbeeld gerichte interventies en de typisch op de eetstoornis gerichte interventie lijkt een goede keuze te zijn. Temeer daar regelmatig terugkerende negatieve stemmingen vaak de interne cues zijn die eetbuien uitlokken (McManus & Waller, 1995; Vanderlinden, 1999).

Naast een forse daling in eetbuien en compensatiemaatregelen (tot nul) toont de meerderheid van de patiënten een klinisch relevante afname in de neiging tot excessief eten en braken, de neiging om mager te willen worden, de ontevredenheid met het eigen lichaam en het tekort aan besef van lichaamssensaties. Toch waren zij vooral tevreden over hetgeen ze bereikt hadden ten aanzien van hun gedrag (regelmatig eetpatroon, geen eetbuien en compensatiemaatregelen) en niet over de afname van het obsessief bezig zijn met gewicht, eten en zelfbeeld.

Bestudering van de gegevens over de terugvallers en de drop-outs laat zien dat deze breedspectrum cognitieve gedragstherapie minder goed aanslaat bij patiënten die sterk fluctueren in gewicht of die zich extreem incompetent voelen. Bovendien lijkt de therapie in deze korte vorm minder geschikt voor patiënten die een grondige afkeer hebben van hun eigen lichaam of die volwassen verantwoordelijkheden absoluut niet aan (willen) kunnen. Bij deze patiënten moet in de behandeling meer aandacht worden besteed aan het veranderen van ideeën over hun lichaam, hun gewicht, of over het dragen van verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag.

Het is opvallend dat sporten als interventie nummer één uit de bus kwam. We hadden dit niet verwacht. Het is nog niet duidelijk op welke manier dit heeft gewerkt. Het zou te maken kunnen hebben met het feit dat onze deelnemers gemiddeld nogal zwaar van gewicht waren. Hun Body Mass Index lag duidelijk boven het gemiddelde van patiënten met boulimie. Het – regelmatig maar niet excessief – sporten werd bovendien door de meeste patiënten beschouwd als een gezonde manier om calorieën te verbranden en het lichaam te verzorgen. Bovendien heeft het sporten, zoals we hierboven bespraken, waarschijnlijk een positieve invloed op zelfbeeld en stemming, waardoor de kracht van kwaadaardige interne uitlokkende cues als depressie en eenzaamheid vermindert. Het kan echter ook zijn dat het sporten direct gevolgen heeft voor een normalere honger-verzadigingscyclus. We zullen trachten in toekomstig onderzoek hierop nader in te gaan. Het relatief geringe belang dat aan de positieve zelfinstructie werd gehecht, was voor ons eveneens verbazingwekkend. In een aantal vroegere gevalsstudies leken de patiënten juist hier grote waarde aan te hechten.

De resultaten van deze breedspectrumbehandeling zien er goed uit, maar de studie kent een aantal

beperkingen. Het relatief kleine aantal deelnemers maakt het onmogelijk om de gegevens met betrekking tot de exploratieve variabelen (de mogelijke voorspellers van succes) te toetsen. We kunnen er hooguit hypothesen aan ontleen. In onderzoek met grotere groepen zal meer aandacht besteed kunnen worden aan kwantitatieve gegevens over de drop-outs, de terugvallers en de deelnemers die geen baat hadden bij de behandeling. Onze kwalitatieve gegevens doen vermoeden dat deze groepen meer psychopathologie vertonen, en een negatievere lichaamsbeleving hebben dan degenen die van de behandeling profiteren. Waarschijnlijk hebben zij een langere, eventueel klinische, behandeling nodig.

Om vast te kunnen stellen of de behandeling inderdaad zo effectief is als dit onderzoek suggereert, is uiteraard gecontroleerd onderzoek noodzakelijk. Dit kan inhouden dat het gehele pakket van de breedspectrumbehandeling wordt vergeleken met een wachtlijst of placebo controle-conditie. Het lijkt ook zinnig om in vergelijkende studies te onderzoeken welke elementen in de behandeling meer en welke minder noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld de vergelijking van de behandeling met en zonder de anti-compensatie-afspraken.

Abstract

The effects of a broad spectrum cognitive-behavioral protocolled treatment of bulimia nervosa are reported. In addition to the outcome measures, the patients (out-patient treatment at a psychiatric hospital) rated the importance of the different therapeutic interventions that are included in the program. Cognitive interventions and self-control measures were only taken after the patients had agreed in the second session to stop purging after binge eating attacks. Early in the ten-session treatment all patients had stopped with purging behavior such as vomiting and taking laxatives. After treatment, nine out of the ten patients ceased having binge eating attacks. Two of them relapsed in the follow-up period of twelve weeks. The results and subjective evaluations by the patients supported the hypothesis that the agreement not to purge, the establishment of healthy food intake patterns, physical exercise (not excessive), and self-control measures were crucial. Inspecting the data of the non-responding patients suggests that they suffer from more psychopathology and even more negative views of their body than the patients who responded well to treatment.

Referenties

- Agras, W.S., Schneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D., & Telch, C.F. (1989). Cognitive-behavioral therapy with and without exposure plus response prevention in treatment of bulimia nervosa: A reply to Leitenberg and Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 778-779.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: APA.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1990). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Swets Test Services.
- Bernard, M.E. (red.) (1991). *Using rational-emotive-therapy effectively. A practitioner's guide*. New York: Plenum Press.
- Carter, J.C., & Fairburn, Chr.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 616-623.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90 Revised: Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the R(vised) Version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 199-201.
- Fairburn, Chr.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark & Chr.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209-241). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., & Wilson, G.T. (Eds.) (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Furth, E. van (1991). *Parental Expressed Emotion and Eating Disorders*. Utrecht: Rijksuniversiteit.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 2(2), 15-33.
- Guertin, T.L. (1999). Eating behavior of bulimics, self-identified binge eaters, and non-eating disordered individuals. What differentiates these populations? *Clinical Psychology Review*, 19(1), 1-24.
- Hansen, A., & Haan, E. de (1995). De behandeling van bulimia nervosa met cue-exposure; ervaringen uit de praktijk. *Directieve Therapie*, 15(4), 279-291.
- Hansen, A., & Haan, E. de (1997). Behandelingsprotocol voor 'cue-exposure' bij bulimia nervosa. *Directieve Therapie*, 17(1), 31-38.
- Jacobson, J., & Truax, P. (1995). Clinical significance: A statistical Approach to Defining Meaningful Change. In A.E. Kazdin (Eds.), *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research*. Washington: American Psychological Association.
- Jansen, A. (1992). Bulimia nervosa en de bekoring van cue-exposure. *Directieve Therapie*, 12(2), 127-149.
- Jansen, A., Broekmate, J., & Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 235-241.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1997). Cue-exposure voor mensen met eetbuien: meer protocol. *Directieve Therapie*, 17(3), 209-229.
- Keel, P.K., & Mitchell, J.E. (1997). Outcome in Bulimia nervosa. *American J. of Psychiatry*, 154, 313-321.
- Kleinsman, A., & Bosscher, R. (1995). Hardlopen als behandeling: ervaringen in een RIAGG. *Directieve Therapie*, 1(1), 76-84.
- Klooster, G. ten (1993). Een literatuurstudie naar verbanden tussen eetstoornissen en depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35(5), 351-363.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lange, A., Beurs, E. de, Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(3), 150-158.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction; A controlled trial. *Cognitive Therapy and Re-search*, 22(3), 225-236.

- Lange, A., Richard, R., Kiestra, J., & Oostendorp, E. van (1997). Cognitive treatment through positive self-verbalization, A multiple case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 161-171.
- Lange, A., Vries, M. de, Gest, A., & Oostendorp, E. van (1994). A Self-Management Program for Bulimia nervosa: The Elements, the Rationales, and a Case Study. *Eating Disorders*, 2(4), 329-340.
- Leitenberg, H., & Rosen, J. (1989). Cognitive behavioral therapy with and without exposure plus response prevention in treatment of bulimia nervosa: Comment on Agras, Schneider, Arnow, Reburn, and Tech. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 776-777.
- Leitenberg, H., Gross, J., Peterson, J., & Rosen, J.C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 15, 3-20.
- McManus, F., & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge-eating. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 845-864.
- Meijboom, A., & Jansen, A. (1998). Struikelblokken bij cue-exposure voor mensen met eetbuien. *Directieve Therapie*, 18(4), 378-388.
- Mitchell, J.E., & Boutacoff, L.I. (1986). Laxative abuse complicating bulimia: Medical and treatment implications. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 325-334.
- Mitchell, J.E., Raymond, N., & Specker, S. (1993). A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 229-247.
- Overduin, J. (1996). Pavlovian conditioning and binge eating. Some empirical explorations. Maastricht: Academisch proefschrift, RUL.
- Probst, M., Vandereycken, W., & Coppenolle, H. van (1997). *Manual of the Body Attitude Test*. Leuven: Katholieke Universiteit/Kortenberg: Universitair Centrum Sint Josef.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. van, & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating disorders*, 3(2), 133-144.
- Probst, M., Vandereycken, W., & Vanderlinden, J. (1998). *Normering en validering van de Eating Disorder Inventory*. Kortenberg: Intern rapport.
- Terweij, J. (1998). *Behandeling van bulimia nervosa met een zelfcontroleprogramma*. Amsterdam: Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Vandereycken, W. (1998). *Eating Disorder Inventory, EDI-1*. Leuven: Katholieke Universiteit/Kortenberg: Universitair Centrum Sint Josef.
- Vanderlinden, J. (1994). *De Dissociation Questionnaire (DIS-Q)*. Amsterdam: Academisch proefschrift Vrije Universiteit.
- Vanderlinden, J. (1998). Bulimia nervosa, cognitieve gedragstherapie, cue-exposure en de rol van negatieve gevoelens: een aanvulling. *Directieve Therapie* 18(3), 236-245.
- Vanderlinden, J. (1999). Welke triggers lokken eetbuien uit? Een exploratief onderzoek met de Binge Eating Trigger Questionnaire. *Directieve Therapie*, 19(3), 304-314.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1992). *A practical guide to the treatment of bulimia nervosa*. New York: Brunner/Mazel.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1989). *De behandeling van bulimie; Eengids voor de therapeutische praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. Londen: Brunner/Mazel.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1993). Dissociatieve ervaringen bij Vlamingen en Nederlanders; Een studie met de dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Directieve Therapie* 13(1), 57-77.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorder. *Clinical Psychological Review*, 18(4), 391-420.
- Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioural treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research & Therapy*, 29(6), 575-583.