



Terugvalpreventie bij Anorexia Nervosa

Samira Abdalas & Mieke Bruins

Begeleiding:
Elke van het Erve & Bas de Jong

april 2005

Probleemstelling

Hoe kan, academisch kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum Curium in Oegstgeest, de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa in unit 1 versterken en /of aanpassen, zodat de kans op terugval na de behandeling wordt verkleind?

Eline Schot (13) zit naast Klaartje aan tafel, en doet zich tegoed aan de salade-met-dressing, pasta en groentemix van gebakken spinazie, tomaat en champignons. Eline volgde een intensieve klinische therapie van 6 maanden, kwam in die maanden 12 kilo aan, at goed en had steeds minder last van dwanggedachten rondom eten. Eenmaal thuis lukte het tot haar grote frustratie echter niet de opgaande lijn vast te houden. “De overgang van klinische opname naar helemaal niks, was te groot”, zegt ze. “Ik had me wel aangemeld voor vervolgetherapie, maar daar moest ik op wachten. Toen ik eenmaal aan de beurt was, woog ik alweer tien kilo minder en dat was te weinig om mee te kunnen doen met de vervolggroep.”

Ze weet precies hoe het kwam dat ze terugviel in haar oude gedrag. “In die zes maanden kreeg ik veel begrip van de sociotherapeuten en medegroepsgenoten, er was herkenning en aandacht, en ineens stond ik er weer alleen voor. Moest ik zelf mijn lunchpakket klaarmaken, voldoende opscheppen en weer eten met vriendinnen in de buurt. Dat was moeilijk zonder de stimulans van de sociotherapeuten en medegroepsgenoten. Ik voelde me onveilig en onrustig, en juist daardoor werd het nóg verleidelijker toe te geven aan mijn eetgestoorde gedachten. Niet-eten gaf rust want ik hoefde niet meer tegen de dwanggedachten te vechten. Maar ik maakte het er alleen maar erger mee. Ik nam het mezelf kwalijk dat ik aan die ene behandeling niet genoeg had gehad, en voor mijn gevoel ‘verdiende’ ik het daarom niet om goed voor mezelf te zorgen, waardoor ik nog minder at. Die spiraal in mijn gedachten is zó moeilijk te doorbreken.”

Voorwoord

In 2001 begonnen wij aan de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool, vanuit de nieuwsgierigheid naar het antwoord op de vraag: *“Hoe begeleid je iemand die is vastgelopen in zijn leven en zorg je dat deze persoon weer zelfstandig(er) verder kan?”*

Geleidelijk aan gedurende de opleiding merkten wij dat op deze vraag niet zo'n eenduidig antwoord te geven is. We leerden over onze eigen handelwijze, over het toepassen van vaardigheden, over hoe een probleem te beoordelen en we ontwikkelden een professionele beroepshouding. Naast het leren observeren, rapporteren, diagnoses stellen en een bijpassende aanpak bedenken en uitvoeren van hulpverleningstaken, waren ook communicatie en gesprekstechnieken belangrijke onderdelen van onze opleiding. Ook basiskennis van mens en maatschappij kwam aan de orde in vakken als sociale wetenschappen, ontwikkelingspsychologie, psychopathologie, opvoedkunde, ethiek, recht en sociologie.

Bovendien deden wij in onze stages veel ervaring op over de omgang met cliënten, over werken in een team en over het begeleiden van de cliënten. In het derde jaar van de opleiding hebben wij beiden stage gelopen bij Curium, kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum te Oegstgeest. Samira heeft een jaar stage gelopen op een klinische afdeling voor jongeren met een chronische psychiatrische stoornis en Mieke heeft stage gelopen op een klinische afdeling met voornamelijk anorexia nervosa, maar waar ook jongeren met een andere psychiatrische stoornis zaten.

Deze stage-ervaring heeft er voor gezorgd dat onze interesse in het behandelen in een kliniek in de psychiatrie groeide. Beiden ondervonden wij dat het een vaag begrip kan zijn wanneer iemand uit de kliniek met ontslag kan en dat er niet veel bekend was over hoe het verder met de jongeren verging als deze Curium verlieten. Wel bleek dat vooral bij anorexia nervosa een terugval na de behandeling regelmatig voorkomt. Niet alleen binnen Curium, maar overal in Nederland is dit een probleem. Er is zelfs een speciale kliniek opgericht voor mensen die anorexia nervosa gehad hebben en weer zijn teruggevallen in hun oude gedrag. Dit alles werd ons onder meer duidelijk na een gesprek met de casemanager van de afdeling eetstoornissen bij Curium.

Vanuit onze ervaringen, maar ook vanuit het gegeven dat er een gat blijkt te zijn bij de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa wat betreffende de terugvalpreventie bij Curium heeft dit ons ertoe gebracht om onderzoek te doen naar de laatste fase van de klinische behandeling en deze te versterken en/of aan te passen ter verkleining van de kans op terugval na de behandeling

Dit resultaat was zeker niet tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal mensen. In eerste instantie willen wij onze scriptiebegeleidster, Elke van het Erve van de Haagse Hogeschool, bedanken. Zij heeft ons gedurende het onderzoek kunnen sturen en kunnen voorzien van handige tips. Daarnaast heeft zij dikwijls door haar enthousiasme en vertrouwen in ons onderzoek ons blijven kunnen stimuleren. Ook onze tweede begeleider, Bas de Jong, willen wij bedanken voor zijn begeleiding tijdens het proces. Hiernaast willen wij een aantal medewerkers van Curium bedanken voor hun inzet. Wij willen casemanager C. v/d Laan bedanken voor het helpen vinden van onze probleemstelling en voor het afnemen van het interview. L. Lagendijk, manager bedrijfsvoering, heeft ons in het begin wegwijs kunnen maken binnen de organisatie van Curium. Onze begeleidster K. van Dongen, behandelcoördinator van unit 1, heeft ons kunnen wegwijs kunnen maken in de behandeling en het faseprogramma van unit 1. Tevens willen wij haar bedanken voor het mogen afnemen van het interview. Anderen leden van Curium die wij hebben geïnterviewd en hiervoor graag willen bedanken zijn; de psychomotorische therapeute S. Appels, beeldend therapeute W. Rauh, ouderbegeleidster M. Krieger, cognitief therapeut A. Franswa en sociotherapeut M. v/d Heijden. Zij hebben het mogelijk gemaakt dat wij binnen de behandeling van unit 1 alle facetten aan de orde hebben laten kunnen komen wat een zichtbare meerwaarde aan ons onderzoek heeft gebracht en er tevens voor heeft gezorgd dat ons advies binnen de organisatie geïmplementeerd kan worden. Kinder- en jeugdpsychiater A. Theil willen wij bedanken voor het interview waarin wij kennis konden opnemen betreft de behandeling en terugval van anorexia nervosa en betreft de poliklinische behandeling van anorexia nervosa op Curium. Buiten Curium willen wij professor F. Verhey van het Erasmus MC- Sophia kindziekenhuis te Rotterdam bedanken voor het afnemen van het interview. Hij heeft ons vanuit een ander perspectief gestimuleerd dingen te benaderen en ons aangezet tot kritische analyses. Tot slot willen wij onze familie en vrienden bedanken die ons gedurende het onderzoeksproces ondersteund en gestimuleerd hebben.

Inhoudsopgave

	pagina
Inleiding	7
Probleemstelling	7
Doelstelling	7
Deelvragen	7
Opzet rapport	8
onderzoekseenheid	8
betrouwbaarheid en intersubjectiviteit	8
 Hoofdstuk 1 Anorexia nervosa	 9
§ 1.1 Kenmerken van anorexia nervosa	9
§ 1.1.1 De kenmerken	9
§ 1.1.2 Symptomen van anorexia nervosa	9
§ 1.2 Het ontstaan van anorexia nervosa	10
§ 1.2.1 Biologische verklaringen	10
§ 1.2.2 Psychologische verklaringen	11
§ 1.2.3 Sociaal-culturele verklaringen	11
§ 1.2.4 Kenmerken en ontwikkelingen die aan anorexia nervosa vooraf gingen	12
§ 1.3. Risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan van anorexia nervosa	13
§ 1.3.1 Mogelijke risicofactoren voor ontwikkeling van anorexia nervosa in de identiteitsontwikkeling van jongeren	13
§ 1.3.2 Mogelijke risicofactoren voor ontwikkeling van anorexia nervosa in het opvoedingmilieu	13
§ 1.4 Gevolgen van anorexia nervosa	13
§ 1.4.1 Lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa	13
§ 1.4.2 Lichamelijk gevolgen van het purgerend gedrag bij anorexia nervosa	14
§ 1.4.3 Psychische gevolgen van anorexia nervosa	15
§ 1.4.4 Sociale gevolgen	15
§ 1.4.5 Gevolgen voor de omgeving	16
 Hoofdstuk 2 Co-morbiditeit, ontkenning en motivatie	 17
§ 2.1 Co-morbiditeit	17
§ 2.1.1 Depressie	17
§ 2.1.2 Angststoornissen	17
§ 2.1.3 Persoonlijkheidstoornissen	18
§ 2.2. Ontkenning	18
§ 2.2.1 Ziekte-inzicht	18
§ 2.3. Motivatie	19
§ 2.3.1 Definitie motivatie	19
§ 2.3.2 Verschillende fasen van motivatie; Prochaska en DiClemente	20
§ 2.3.3 Verschillende fasen van motivatie; Vanderlinden	21
§ 2.3.4 Strategieën bewustwording en motivatie	22
 Hoofdstuk 3 Instandhoudende factoren	 25
§ 3.1 Lichaamsbeeld	25
§ 3.2 Zelfbeeld	25
§ 3.3 zelfwaardering	25
§ 3.4 Zelfrespect	26
§ 3.5 Zelfvertrouwen	26
§ 3.6 Zelfstandigheid	26
§ 3.7 Perfectionisme	26
§ 3.8 Ontspanning	27
§ 3.9 Algemeen functioneren (sociaal, beroepsmatig en emotioneel)	27
§ 3.10 Probleemoplossend vermogen	27
§ 3.11 Cognities	28
§ 3.12 Systeem en gezin	29
§ 3.12.1 De rol van de ouders en het gezin	29
§ 3.12.2 De rol van de omgeving	29
§ 3.12.3 Risicofactoren in het gezin voor het ontwikkelen en/of instandhouden van anorexia nervosa	30

§ 3.12.4 Richtlijnen voor de ouders om te helpen bij genezing	30
Hoofdstuk 4 Terugvalpreventie	31
§ 4.1 Preventie en terugval	31
§ 4.1 Preventie	31
§ 4.1 Terugval	31
§ 4.2 Terugvalpreventie	31
§ 4.2.1 Definitie	31
§ 4.2.2 Belang van terugvalpreventie	32
§ 4.2.3 Terugvalpreventie bij alcohol en drugs misbruik	32
§ 4.2.4 Terugvalpreventie tijdens klinische behandeling	33
§ 4.3 Kenmerken van terugval	33
§ 4.3.1 Terugval tijdens de klinische behandeling	33
§ 4.3.2 Voorspellers en uitlokkers van een terugval	34
§ 4.3.3 Een terugval herkennen	35
§ 4.4 Het voorkomen van een terugval	35
Hoofdstuk 5 Behandeling	38
§ 5.1 De duur van het eetstoornissenprogramma	39
§ 5.2 Doel van de behandeling	40
§ 5.3 Ontslag criteria	42
§ 5.4 Farmaceutische behandeling	42
§ 5.5 Multidisciplinair team	43
§ 5.5.1 Psychomotorische therapie (PMT)	43
§ 5.5.2 Cognitieve therapie (CT)	44
§ 5.5.3 Beeldende therapie (BT)	45
§ 5.5.4 sociale vaardigheid training (SOVA)	46
§ 5.5.5 Psychotherapie	46
§ 5.5.6 Activiteitentherapie	46
§ 5.5.7 Ouderbegeleiding	47
§ 5.5.8 Gezinstherapie	47
§ 5.5.9 Systeemtherapie	47
§ 5.5.10 De diëtist	48
§ 5.5.11 Artsen	48
§ 5.5.12 Casemanager, behandelcoördinator en sociotherapeut	48
§ 5.6 Buiten het multidisciplinaire team	48
§ 5.4 Andere instellingen	49
Hoofdstuk 6 Conclusie	51
§ 6.1 Conclusies	51
A. Oorzaak anorexia nervosa	51
B. Co-morbiditeit	51
C. Motivatie	51
D. Instandhoudende factoren	52
E. Behandeltraject	53
F. Therapieën	53
G. Psychofarmaca	54
H. Ontslagcriteria	54
I. Nazorg	54
J. Terugval	54
K. Follow-up	55
L. Ambulant versus kliniek	55
§ 6.2 generaliseerbaarheid	55
Hoofdstuk 8 Verantwoording	56
§ 7.1 Inleiding	56
§ 7.1.1 Het adviesrapport	56
§ 7.1.2 Het terugvalpreventie plan	56
§ 7.2 Waarom twee producten	56
§ 7.3 Evaluatie van de producten	57
§ 7.3.1 Evaluatie adviesrapport	57
§ 7.3.2 Evaluatie terugvalpreventie plan	57

Verklarende woordenlijst	59
Literatuurlijst 1	60
Literatuurlijst 2	62
Personalia	64
Bijlagen	65
Inhoudsopgave	65

Inleiding

Deze scriptie is het resultaat van een onderzoek van een aantal maanden, januari t/m mei 2005, naar de mogelijkheden voor versterking van de laatste fase in de klinische behandeling van anorexia nervosa ter voorkoming van terugval na deze behandeling.

Dit onderzoek zijn wij gaan uitvoeren voor Curium, klinische afdeling unit 1; 'eetstoornissen'.

We hebben interviews en literatuurstudies als methoden van dataverzameling gebruikt. Informatie hebben wij verkregen door te spreken met mensen die op Curium werken met de jongeren met anorexia nervosa, hen te interviewen en tevens een kijkje te nemen naar de werkwijze wat betreffende terugvalpreventie in een andere instelling, te weten de Adolescentenkliniek Erasmus MC–Sophia kindziekenhuis te Rotterdam.

Deze informatie hebben wij met de vele gevonden literatuur onderbouwd. Vanuit deze twee verschillende informatiebronnen en samen met onze eigen verkregen kennis en ervaringen zijn wij tot onze analyses en conclusies gekomen.

Het uitvoeren van dit onderzoek hebben wij als een rijke ervaring gezien. We hebben genoten van de interviews en zij hebben ons meer duidelijkheid gegeven in de werkwijze van de behandeling van anorexia nervosa. Tevens hebben zij ons geleerd hoe we objectief naar een bestaande behandeling kunnen kijken, hoe we voor- en nadelen hiervan in te zien en deze bij te werken in het voordeel van de algehele behandeling.

De samenvoeging van al deze gegevens heeft geleid tot deze scriptie.

Probleemstelling

Wij zijn tijdens een gesprek met de casemanager van unit 1; 'eetstoornissen' gekomen tot de volgende probleemstelling:

Hoe kan, academische kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum, Curium in Oegstgeest de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa in unit 1 versterken en/of aanpassen, zodat de kans op terugval na de behandeling wordt verkleind?

In eerste instantie hadden we in de probleemstelling verwerkt dat de weerbaarheid versterkt en/of vergroot moest worden. Later hebben wij hiervan af gezien omdat we anders van tevoren er al vanuit zouden gaan dat, om terugval te voorkomen, de weerbaarheid versterkt zou moeten worden. Dat de weerbaarheid van de betrokkene een belangrijke rol speelt in de behandeling en genezing was in eerste instantie slechts ons idee. De weerbaarheid van de betrokken is onder te verdelen in een aantal factoren (instandhoudende) die later in ons verslag uitgebreid aan de orde zullen komen.

Doelstelling

Ons doel bij deze probleemstelling is om Curium een goed en onderbouwd adviesrapport, op basis van de onderzoeksresultaten, te geven waarin staat beschreven hoe zij de laatste fase van de klinische behandeling van cliënten met anorexia nervosa kunnen versterken en/of aan te passen om terugval na de behandeling te verkleinen. Dit advies zal mogelijk geïmplementeerd kunnen worden in de organisatie van Curium.

Deelvragen

Hieronder geven wij de deelvragen weer welke wij hebben gebruikt bij het beantwoorden van onze probleemstelling:

1. Wat is Curium?
2. Wat is unit 1?
3. Wat is anorexia nervosa?
4. Hoe ziet de behandeling van anorexia nervosa op unit 1 eruit?
5. Hoe ziet de laatste fase van de behandeling op unit 1 eruit?
6. Hoe ziet de behandeling van anorexia nervosa binnen andere instellingen eruit?
7. Hoe ziet de laatste fase van de behandeling binnen andere instellingen eruit?
8. Wie zijn betrokken bij de behandeling van anorexia nervosa? En wat kan hun rol hierbij zijn?
9. Wat wordt er in de behandeling gedaan aan voorkoming van terugval na de behandeling op Curium en bij andere instellingen?
10. Wat zegt de literatuur over terugvalpreventie?
11. Hoe kun je terugval van cliënten verkleinen?
12. Wanneer is een cliënt beter, volgens de literatuur, unit 1 en andere instellingen?
13. Hoe maak je cliënten weerbaarder?
14. Hoe kunnen onze aanbevelingen daadwerkelijk geïmplementeerd worden?

Tijdens het schrijven van de scriptie hebben wij veel samen gewerkt en ook de interviews zijn samen uitgevoerd. Wat verder in het proces zijn we individueel hoofdstukken gaan schrijven en hebben deze goed doorgesproken en van feedback voorzien bij elkaar.

De scriptie is in de wij-vorm geschreven, aangezien wij het samen gemaakt hebben en heel weinig individueel gewerkt hebben. Ook zult u merken dat we het woord 'betrokkene' veel gebruiken in de tekst. Wij hebben er voor gekozen om het woord 'betrokkene' te gebruiken in plaats van kind en of jongere met anorexia nervosa, anorect, patiënt of cliënt. Wij vinden dat dit woord goed weergeeft wat we bedoelen, namelijk de persoon met anorexia nervosa, en het de persoon met anorexia nervosa niet in een vakje duwt. Om verwarring tijdens het lezen te voorkomen, verstaan wij onder het systeem het gezin en de omgeving. Wanneer we gezin of omgeving los gebruiken, doelen we op een onderdeel van het systeem. Waar wij het hebben over de ouders doelen wij op de ouders en ook op de eventuele verzorgers van de betrokkene. Verder hebben wij bij het schrijven van en over de betrokkene de zij-vorm gebruikt. Lees echter hij/zij waar zij staat beschreven en hem/haar waar haar staat beschreven. Anorexia nervosa is een stoornis die ook bij jongens voor kan komen. Omdat dit echter zelden voorkomt hebben wij ervoor gekozen om het verslag in de zij-vorm te schrijven.

Om een antwoord op onze probleemstelling te kunnen geven hebben wij onder meer gebruik gemaakt van interviews met leden binnen de organisatie van Curium zoals eerder zijn benoemd in het voorwoord. Tevens hebben wij Professor F. Verhey van het Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis te Rotterdam geïnterviewd. De kinder- en jeugdpsychiaters Verhey en Theil zullen wij bij naam noemen bij de interview verwijzingen. Dit omdat wij hen niet puur om de functie maar ook om de algemene visie hebben geïnterviewd. Verdere informatie hebben wij middels literatuurstudies verkregen.

Opzet rapport

Wij zullen de scriptie beginnen met hoofdstuk 1 '*Anorexia nervosa*', waarin beschreven staat wat anorexia nervosa inhoudt en wat de oorzaken en gevolgen hiervan kunnen zijn.

Dan wordt in hoofdstuk 2 '*Co-morbiditeit, ontkenning en motivatie*' uitgelegd wat deze begrippen betekenen, wat betreft anorexia nervosa, en hoe hiermee omgegaan kan worden in de behandeling.

Hoofdstuk 3 '*Instandhoudende factoren*' draait om alle factoren die bij anorexia nervosa meespelen en er tevens voor zorgen dat de anorexia nervosa in stand wordt gehouden.

Hoofdstuk 4 '*Terugvalpreventie*' sluit al voor een groot gedeelte aan op onze probleemstelling en legt uit wat preventie en terugval inhouden en wat het kan betekenen in en na een behandeling. Tevens wordt er uitgelegd wat factoren zijn waaraan een terugval te herkennen is en wat er aan een terugval gedaan kan worden.

Hierna volgt hoofdstuk 5 '*Behandeling*'. Hierin staat op een rijtje hoe de behandeling van anorexia nervosa eruit ziet op Curium, welke therapievormen er zijn en wat er aan terugvalpreventie gedaan wordt. Ook de behandeldoelen en de ontslagcriteria van Curium en van andere instellingen komen in dit hoofdstuk aan de orde.

Na dit hoofdstuk zullen we hoofdstuk 6 '*Conclusie*' geheel wijden aan onze conclusies.

Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 7 '*Evaluatie*' bevat een verantwoording voor ons product en tevens de mogelijkheden om ons product in de toekomst te kunnen evalueren.

Aan het einde van ons verslag is een verklarende woordenlijst te vinden. Woorden die met een ¹ teken zijn aangegeven worden hier nader in verklaard. De scriptie zal worden afgesloten met, twee literatuurlijsten een nawoord en de bijlagen, waar bijvoorbeeld het behandelprogramma in opgezocht kan worden.

Onderzoekseenheid

Ons onderzoek heeft betrekking op een bepaalde groep personen, jongeren met anorexia nervosa, en vindt dan ook plaats op mesoniveau. Onze conclusies, uitspraken en aanbevelingen zullen zich richten op wat Curium; unit 1 tijdens de klinische behandeling kan doen om de kans op terugval na de behandeling te verkleinen.

Betrouwbaarheid en intersubjectiviteit

Tijdens de interviews hebben wij gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Vervolgens hebben wij deze opnamen nauwkeurig uitgetypt. Hiermee wilden wij voorkomen dat er sprake zou kunnen zijn van indirecte of verlate registratie van de interviews. Tevens is de betrouwbaarheid vergroot omdat dit onderzoek is uitgevoerd door twee personen. Hierdoor kan methodische overeenstemming tussen de interviews bereikt worden. De juiste gegevens van de respondenten hebben we hierdoor uit de interviewgegevens kunnen halen. Tevens hebben wij gebruik gemaakt van verschillende literatuurstudies en hebben wij verschillende benaderingen naast elkaar kunnen leggen. Gedurende het onderzoeksproces hebben wij alles nauw samen overlegd waardoor de kans op kleurigheid is verminderd en we de interne geldigheid hebben gewaarborgd. Door ten slotte ook te kijken naar, en open te staan voor andere instellingen hebben wij getracht afstand te kunnen nemen van de visie en benadering die er binnen Curium wordt gehandhaafd. Dit heeft onze kritische en meer objectieve kijk op de behandeling gestimuleerd.

Hoofdstuk 1 anorexia nervosa

In dit hoofdstuk wordt uitleg gegeven over anorexia nervosa; de kenmerken, de symptomen, het ontstaan en de risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan van anorexia nervosa en de gevolgen van deze psychiatrische stoornis.

§ 1.1 Criteria van anorexia nervosa

Anorexia nervosa wordt gekenmerkt door extreem gewichtsverlies en vaak ook ondergewicht. De DSM IV, een classificatie voor psychische stoornissen, geeft voor anorexia nervosa de volgende kenmerken weer:

Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (Bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85% van het te verwachten gewicht; of het in de periode van groei niet bereiken van het te verwachten gewicht, hetgeen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85% van het te verwachten gewicht).

- a) Intense angst om in gewicht aan te komen of om dik te worden, terwijl er juist sprake van ondergewicht.
- b) Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht, of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of ontkenning van de ernst van het huidige lage gewicht.
- c) Bij meisjes, na de menarche, amenorroe¹, dat wil zeggen de afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli (Een vrouw wordt geacht een amenorroe te krijgen als de menstruatie alleen volgt na toediening van hormonen, oestrogenen).

Er zijn twee typen anorexia nervosa:

Beperkende type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is de betrokkene niet geregeld bezig met vreetbuien of laxeren.

Vreetbuien/purgerend¹ type: tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is betrokkene geregeld bezig met vreetbuien, laxeren en braken, oftewel purgerende middelen (Vandereycken, W. 2002).

Tijdens de ontwikkeling van anorexia nervosa ontstaan telkens nieuwe problemen en betrokkenen komen hierdoor in verschillende stadia onder de aandacht. Ondervoeding gaat gepaard met opvallende psychologische veranderingen, die vaak ontkend of gecamoufleerd worden door allerlei rationalisaties. Het interactiepatroon in het gezin¹ ondergaat eveneens opvallende veranderingen, waarbij niet alleen de angst en bezorgdheid steeds groter worden, maar ook de ergernis en de irritatie.

(<http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm>)

§ 1.1.1 Kenmerken van anorexia nervosa

Anorexia nervosa ontstaat gemiddeld tussen het 14^{de} en 18^{de} levensjaar en dan voornamelijk bij meisjes. Er is een grote kans op een chronisch verloop van de ziekte en co-morbiditeit speelt een grote rol (zie hierover meer in hoofdstuk 2). Hiernaast wordt ook de diagnostiek bemoeilijkt door symptomen van dwang, somberheid, bewustzijnsverandering en denkstoornissen die overigens door gewichtstoename wel weer kunnen verdwijnen (Verhulst, F.C. en Verhey, F. 2002).

Binnen de psychiatrische problematiek heeft anorexia nervosa het hoogste cijfer sterfgevallen (tussen de 5 en 15 %). De helft hiervan komt door zelfdoding, de andere helft door lichamelijke complicaties zoals ondervoeding, verstikking in het eigen braaksel en totale lichamelijke uitputting. Een snelle diagnose is hierom van belang want dit vergroot de kans op genezing. Hoe langer de ziekte duurt hoe hardnekkiger hij wordt (Vanderlinden, J. 2000).

§ 1.1.2 Symptomen van anorexia nervosa

Het meest opvallende symptoom van anorexia nervosa is de vermagering. Men verlangt naar mager zijn en ontwikkelt een ziekelijke angst om te dik te zijn. De betrokkene wordt hierdoor hyperactief, er ontstaat een abnormale bewegingsdrang en men gaat hardnekkig lijnen. Het eigen eetpatroon wordt bizar en de eetwijze van normale mensen wordt met afschuw bekeken. Buiten het aparte eetpatroon worden vaak ook de volgende zaken, ook wel purgerende middelen genoemd, gebruikt: braken, urine- (diuretica¹) of laxerendrijvende middelen, eetlustremmers en drugs (bijvoorbeeld amfetamines en speed) om het hongergevoel uit te bannen.

De menstruatie blijft na verloop van tijd uit, is onregelmatig of komt geheel niet opgang. Hoe meer de betrokkene afvalt hoe groter de angst voor gewichtstoename wordt. Men gaat zich dan ook veel wegen en de omtrek van bepaalde lichaamsdelen opmeten. Wanneer het gewicht onder een bepaalde grens is gezakt, is er haast geen weg meer terug. De betrokkene wordt minder bereikbaar en sluit zich af voor buitenwereld. De anorexia nervosa en het mager zijn bepalen dan de nieuwe identiteit.

Men groeit in een sociaal isolement en wordt onbereikbaar voor anderen, gesprekken met de betrokkene wordt moeilijk tot onmogelijk. Binnen het gezin groeit de betrokkene uit tot een tiran; beheersen, controleren, liegen, manipuleren, dominantie en zelfingenomen zijn spelen hierbij een zeer grote rol. Het afvallen wordt als zeer positief ervaren en stimuleert tot doorgaan. In gedachte is men steeds bezig met eten en uiteindelijk raakt de betrokkene hier geheel door geobsedeerd. Bij teveel eten kan men zichzelf gaan bestraffen met minder eten of het langer uitstellen van eten. Na verloop van tijd kan men eetbuien krijgen. Na een eetbui wordt het gegetene door middel van zelfopgewekt braken of door het gebruik van laxemiddelen zo snel mogelijk uit het lichaam verwijderd. Als laatste punt bij de symptomen ontwikkelt de betrokkene vaak dwangmatige controleactiviteiten. Door de obsessie van het lijnen en het vermageren wordt er een schematisch en dwangmatig eetpatroon ontwikkeld. Hiernaast ontstaan vaak dwangmatige activiteiten zoals het opruimen van de kamer, controleren van ramen en deuren, etc. Deze dwangmatige activiteiten hebben niets met eten te maken, maar worden ontwikkeld om maar niet aan eten te hoeven denken (Noordenbos, G. 1990; Vanderlinden, J. 2000).

Anorexia nervosa heeft een sluipend begin: men begint minder te snoepen en meer te sporten. Hierna komt het daadwerkelijke vasten en het extreem bewegen. Het streefgewicht wordt telkens bijgesteld en bepaalde voedingsmiddelen worden uitgesloten. Het niet meer eten kan voor de omgeving heel onopvallend gebeuren. Het lijngedrag wordt op den duur door de betrokkene niet meer gerelateerd aan de mate waarin men mager wordt en ook niet aan de mate waarin men andere doelen bereikt die men gehoopt had te bereiken, zoals aardiger gevonden worden door anderen, serieuzer genomen worden, minder verlegen en bedeesd worden en meer zelfvertrouwen krijgen, maar lijnen en vermageren zijn een doel op zichzelf geworden (Noordenbos, G. 1990; Verhulst, F.C. en Verhey, F. 2002).

§ 1.2 Het ontstaan van anorexia nervosa

Vanderlinden (2000) heeft de factoren die anorexia nervosa veroorzaken uitgebreid uitgewerkt via het bio-psycho-sociale model¹. Hij geeft hierbij aan dat de wetenschap nog niet precies weet hoe anorexia nervosa kan ontstaan.

§ 1.2.1 Biologische verklaringen

Er zijn erfelijke factoren die zorgen voor de aanleg voor de anorexia nervosa. Ook is er een afwijking te vinden in de hersenen bij mensen met anorexia nervosa, maar het is volgens Vanderlinden (2000) nog niet zeker of deze afwijking een oorzaak of een gevolg van anorexia nervosa is. Ook spelen er lichamelijke reacties mee die een rol kunnen spelen bij het instandhouden van de anorexia nervosa. Deze biologische factoren, als uithongering, zorgen voor het onderhouden van de stoornis. Verder worden de maag en de darmen luier waardoor er bij grote porties eten meer misselijkheid optreedt. Verhey (interview 2005) is geheel zeker, en zegt ook dat er meerdere onderzoeken zijn gedaan die dit kunnen bevestigen, van het feit dat anorexia nervosa een sterke genetische oorsprong heeft, welke ook niet voorkomt bij volledig negroïde mensen. Negroïde mensen krijgen dan ook geen anorexia nervosa volgens hem.

Van Elburg (2004) voegt aan de biologische factoren van Vanderlinden (2000) nog een stuk over het hormoon leptine toe dat een centrale plaats in het honger- en verzadigingsevenwicht inneemt. Bij een langdurig tekort aan voedsel daalt het leptinegehalte. Bij het vasten wordt de warmteproductie, het basaal metabolisme (de hoeveelheid energie die je lichaam in rust nodig heeft om alle lichaamsfuncties in stand te houden, zoals hartwerking, ademhaling en urineproductie) en het reproductief systeem (de geslachtsorganen) op een laag pitje gezet. Proefdieronderzoek laat zien dat dit door toediening van leptine wordt tegengegaan. Hiernaast is bij proefdieronderzoek ook aangewezen dat leptine bij muizen en ratten de seksuele rijping versnelt en door ondergewicht ontstane infertiliteit bij volgroeide dieren opheft. De kennis vanuit neurobiologisch onderzoek bij mensen in het algemeen en anorexia patiënten in het bijzonder ligt nog ver achter bij de kennis vergaard via het dieronderzoek. De interpretatie van de bevindingen die betrekking hebben op de pathofysiologie¹ wordt bemoeilijkt omdat door de combinatie van een veranderde voedselinname, uithongering, stress en menstruele status, oorzaak en gevolg moeilijk te scheiden zijn. Toch is het inmiddels mogelijk om een aantal uitspraken te doen over de rol van leptine bij mensen met eetstoornissen. Onderzoek heeft aangetoond dat anorexiapatiënten bij aanmelding vaak een extreem laag leptinegehalte in hun bloed hebben. Er blijkt een cruciaal leptineniveau te bestaan; als de leptinespiegel extreem laag wordt ontstaat amenorroe, en daarmee wordt het verband tussen voedselinname, leptine en het functioneren van de gonadale (geslachtsklieren) als zeer aannemelijk. Haar onderzoek toont ook aan dat leptinereacties bij gewichtstoename van groot belang zijn in het voorspellen van uiteindelijk herstel. Hoge leptinespiegels belemmeren verdere gewichtsstijging en onderdrukken de eetlust. Hiernaast verhogen ze bovendien de kans op recidief na ontslag. Mocht dit daadwerkelijk zo zijn, dan zou dat betekenen dat men anders tegen anorexia nervosa aan moet gaan kijken. Namelijk meer als een lichamelijke ziekte dan een psychiatrische stoornis. Wellicht is anorexia nervosa dan wel te genezen met het verlagen van het leptinegehalte.

Verhey benoemt in het interview (2005) echter dat hij nog niet helemaal zeker is van de werking van leptine en vindt dat er eerst nog meer onderzoek naar gedaan moet worden. Hij geeft hierbij ook aan dat anorexia nervosa altijd een genetische belasting over meerdere genen is, oftewel polygenetisch¹, en dat dat het ook juist zo lastig maakt, omdat hierdoor geen enkele persoon met anorexia nervosa hetzelfde is. Hierdoor kan er ook niet één zorgprogramma zijn om ze te helpen en moet je per persoon moet kijken welk traject voor die persoon het beste is om te volgen. In een interview met de sociotherapeut (2005) komt naar voren dat er inderdaad geen één behandeling dezelfde is maar dat je wel uit kunt gaan van dezelfde grote lijn, van klinische naar; soms naar huis naar; dagbehandeling, bij vrijwel alle betrokkenen. Hij benadrukt hierin dat het zorgprogramma en het bijbehorende faseprogramma wel persoonlijk gemaakt kunnen worden.

Wanneer we het hebben over de werking van leptine denken wij inderdaad dat er hier nog meer onderzoek naar gedaan moet worden. Dit omdat wij hierover, buiten A. van Elburg (2004) geen, duidelijk onderzoeken en/of gegevens hebben kunnen vinden.

§ 1.2.2 Psychologische verklaringen

Er kan op psychologisch gebied sprake zijn van een gewichtsfobie: men is bang om dik en vet te worden/te zijn. Men dieet dus uit angst en door deze angst kan men confrontaties uit de weg gaan door te vluchten in het bewegen en niet te eten.

De angst het kind-zijn op te moeten geven en vrouw te worden kan ook een grote rol spelen in de psychologische verklaring voor anorexia nervosa. De verandering naar vrouw wordt dan als bedreigend gezien, de betrokkene is nog niet voldoende losgemaakt van het thuisnest en is hierdoor vaak onzeker en afhankelijk van het gezin. Over het algemeen gaat het dan ook om een stagnatie in de (pre)puberteitsontwikkeling waarbij de autonomie wordt opgeheven of niet uitgebreid ten koste van de vermeende veiligheid van een vorig ontwikkelingsstadium.

Vaak bestaat er een verkeerd zelfbeeld. Men heeft vaak verkeerde opvattingen over voeding, diëten en gewichtscontrole en ook een misvormde lichaamsbeleving en gebrekkige vaardigheden bij het oplossen van problemen. Hiernaast heeft de betrokkene bijzondere gedachtecronkels (cognities). Deze vaak hardnekkige en negatieve gedachten zorgen voor het ontstaan en in stand houden van de anorexia nervosa. (Vanderlinden, J. 2000)

Tevens hebben, volgens Vanderlinden (2000), mensen met anorexia nervosa vaak belastende levenservaring opgedaan. Men is bijvoorbeeld emotioneel verwaarloosd door veel alleen te zijn of emotioneel misbruik of is vaak vernederd. Maar vaak is men ook belast met de zorg voor ouders, lichamelijke mishandeling, hinderlijke seksuele toenadering in gezin of daarbuiten of bekend met seksueel misbruik.

Als laatst zijn er ook nog vele gezinsfactoren die meespelen bij de psychologische verklaringen. De anorexia nervosa wordt dan gezien als een symptoom vanuit het gezin, oftewel een signaalfunctie van de zwakste schakel. Gezinskenmerken die kans op ontwikkeling van anorexia nervosa bij een gezinslid vergroten zijn:

- De aanwezigheid van een depressie, alcoholverslaving of eetstoornis bij één van de of beiden ouders.
- Regelmatig ernstige spanningen en conflicten tussen de ouders, welke vaak onrechtstreeks geuit worden.
- Een sterke sterke conflictvermijding binnen het gezin.
- Afwezigheid van open communicatie.
- Een gespannen sfeer en veel kritiek uiten op elkaar
- Een opvoeding die de nadruk legt op het presteren en succes behalen.
- Een sterke binding/band tussen het kind met anorexia nervosa en één ouder, anderzijds het bestaan van een afstand bij de andere ouder.
- Tegenstrijdige boodschappen in het gezin. Een voorbeeld hiervan is dat ouders willen dat hun kind volwassen wordt, maar dat het kind wel afhankelijk moet blijven van de ouders.

(Vanderlinden, J. 2000)

§ 1.2.3 Sociaal-culturele verklaringen

Anorexia nervosa wordt regelmatig gezien als een welvaartsziekte, het komt vaak voor in westerse landen, waar het ideaalbeeld, slank is intelligent en dik is dom, naar voren wordt geschoven. Inmiddels is echter gebleken dat anorexia nervosa ook voorkomt in arme, niet westerse landen.

Ook kunnen feministische opvattingen een rol spelen bij de sociaal culturele verklaringen. De sociale conditionering van vrouwen resulteert in onderdrukking van bepaalde behoeften en aspecten van zichzelf. Men durft alleen in stilte 'nee' te zeggen tegen de hoge verwachtingen van de maatschappij en er wordt meer verwacht door de maatschappij dan dat de betrokkene kan waarmaken. De interacties binnen de

school en wijdere omgeving en binnen de maatschappelijke cultuur leveren factoren op die mede tot het ontstaan van de stoornis hebben geleid of ze in stand houden. (Vanderlinden, J. 2000)

Claude-Pierre (1997) gaat niet uit van de eetstoornis zelf, maar ziet een onderliggende stoornis, geheten: Confirmed Negativity Condition (CNC). Zij geeft aan dat er complexe denkprocessen zijn die de geest van mensen met een eetstoornis of andere psychiatrische stoornis kwellen. De eetstoornis is het symptoom van deze eigenlijke aandoening.

De predispositie voor CNC begint al vroeg in de kinderjaren. Een CNC-patiënt kan diverse vormen (depressies, paniekaanvallen en agorafobie) tegelijk hebben, met of zonder een eetstoornis. CNC, of ook wel hypernegativiteit, is de ziekte waarvan we de patiënt met anorexia nervosa moeten helpen genezen. Zij benoemt dat de betrokkene wordt beheerst door twee geesteshoudingen; een positieve en een negatieve. Om iemands leven te redden moet men de positieve geesteshouding versterken. De negatieve geesteshouding zal namelijk al het 'voedsel' weigeren.

Er ontstaat een hevigheid van schuldgevoelens, waar de betrokkene niet tegen opgewassen is. Er zit een onbekende vijand in de geest, ook hierdoor is de betrokkene niet in staat om zelf om hulp te vragen.

Uiteengegafeld volgt de volgende formule:

Eten betekend voedsel binnen krijgen → Eten betekent leven → Ik hoor niet te leven, want ik verdien het niet → Ik verdien het niet omdat ik tegenover de mensheid tekort ben geschoten → Daarom verdien ik geen eten.

Volgens Claude-Pierre (1997) beschrijven betrokkenen zelf dat de anorexia nervosa een gevolg is van een laag gevoel van eigenwaarde. Het is een poging zichzelf tot volmaakt zijn te dwingen, alleen maar om het anderen naar hun zin te maken.

De oorzaak van anorexia nervosa kan wordt dus vanuit verschillende oogpunten bekeken. Wij zijn van mening dat alle drie de bovenstaande factoren een rol spelen in de ontwikkeling van anorexia nervosa. Wij gaan ten eerste uit van een genetische factor, welke door bijvoorbeeld sociaal culturele of psychische factoren tot uiting komt bij de betrokkene. Zo geeft Verhey (interview 2005) ook aan dat wanneer je in de stamboom van een betrokkene terug gaat kijken er vaak al eerder een eetstoornis in de familie terug te vinden is. Wij denken dat, omdat geen enkele anorexia nervosa persoon hetzelfde is, er ook geen eenduidige verklaringen voor te vinden zijn.

Hiernaast denken wij dat ieder mens wordt geboren met bepaalde karakter eigenschappen en persoonlijkheid. Hierbij sluiten we deels aan bij wat Claude-Pierre aangeeft; dat complexe denkprocessen van invloed zijn op het ontstaan van anorexia nervosa. Deze denkprocessen, de cognities, spelen naast de genetische factor in onze ogen de grootste rol in de ontwikkeling van anorexia nervosa. Wanneer je echter alleen uitgaat van de CNC mis je bovenstaande factoren welke volgens ons wel een grote rol spelen in het ontstaan en instandhouden.

§ 1.2.4 Kenmerken en ontwikkelingen die aan anorexia nervosa vooraf gingen

Van belang bij het ontstaan van anorexia nervosa zijn de kenmerken die vooraf blijken te gaan.

Onderstaande kenmerken komen over het algemeen voor bij mensen die anorexia nervosa kunnen gaan ontwikkelen.

- Gevoel van minderwaardigheid, gebrek aan eigenwaarde en zelfvertrouwen.
- Gevoel van ineffectiviteit.
- Begeleidende gedachten (bijv. als ik nu goed doorzet, kan ik straks weer eten)
Cognitieve gedachten blijken de voornaamste reden om niet te eten. Deze gedachten zijn niet corrigeerbaar en stellen nooit een duidelijke grens.
- Sterke afhankelijkheid van de goedkeuring van anderen.
- Overgevoelig voor kritische en negatieve opmerkingen.
- Innerlijke leegte, niemand te zijn en ik-zwakke.
- Geen eigen initiatieven durven nemen.
- Ontbrekend gevoel van onafhankelijkheid en autonomie.
- Sterk prestatiegericht en perfectionistisch: de beste en de liefste willen zijn om zo aandacht te krijgen en een positief zelfbeeld te krijgen.
- Sterke faalangst.
- Zwart-wit denken.
- Negatieve waardering van het eigen lichaam en van seksualiteit.
- Sterke angst om conflicten aan te gaan, subassertief gedrag.
- Voortdurend bezig zijn met het plezier van anderen en de verwachtingen die anderen over jou hebben.
- Weinig ruzie maken.
- Zeer gehoorzaam.
- Weinig individualisering in de kinderjaren.

- Innerlijke onzekerheid, om zekerheid te krijgen probeerde ze zoveel mogelijk goedkeuring van anderen te krijgen.
- Leveren van zeer hoge prestaties.
- Binnenhouden en niet uitspreken van wat er innerlijk in je omgaat.
- Verschil zelfbeeld en ideaalbeeld.
- Gevoelens van trots en zelfverzekerdheid halen uit resultaten van het lijnen.
- Manipulatie van het systeem:
Door de angst om 'ontdekt' en 'betrap' te worden moet de betrokkene echter steeds meer trucks uithalen en het systeem manipuleren.
- Niet geleerd eigen gevoelens en meningen te uiten en dus zijn de betrokkene sterk afhankelijk van de verwachtingen en de goedkeuring van anderen.

(Noordenbos, G. 1990)

§ 1.3 Risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan van anorexia nervosa

Risicofactoren kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van anorexia nervosa. Het is echter niet zo dat het bestaan van één of meerdere risicofactoren bij een persoon altijd leiden tot anorexia nervosa.

§ 1.3.1 Mogelijke risicofactoren voor ontwikkeling van anorexia nervosa in de identiteitsontwikkeling van jongeren

Meerdere zaken kunnen meespelen bij de risicofactoren in de identiteitsontwikkeling bij jongeren. Ten eerste weet de jongere vaak niet goed wat zij zelf wil en kan ze moeilijk voor zichzelf opkomen. Ten tweede is de jongere regelmatig sterk afhankelijk van de goedkeuring van anderen die voor haar belangrijk zijn en is zij voortdurend bang om door hen niet aardig gevonden te worden. Hiernaast is er sprake van een sterk perfectionistische instelling, die voortkomt uit de angst om te falen in de ogen van anderen. En ook vertoont de jongere sterk aanpassend gedrag aan de verwachtingen van anderen. De jongere ervaart een groot verschil tussen hoe zij is en hoe zij graag zou willen zijn. Een sterke identificatie met iemand die voor de betrokkenen erg belangrijk is komt regelmatig voor en als laatst kan de jongere grote moeite hebben om haar gevoelens en meningen naar voren te brengen en conflicten te uiten.

(Noordenbos, G. 1990)

§ 1.3.2 Mogelijke risicofactoren voor ontwikkeling van anorexia nervosa in het opvoedingsmilieu

Net als bij het bovenstaande punt zijn er hier wederom meerdere zaken die een risicofactor kunnen zijn. Het opvoedingsmilieu kan sterk op prestaties gericht zijn, conflicten worden zoveel mogelijk ontweken, er is moeite bij het uiten van gevoelens en er wordt vaak terughoudend en negatief gesproken over lichamelijke en seksualiteit. De moeder staat grotendeels alleen voor de opvoedingstaak, doordat er sprake is van een sterk traditionele taakscheiding tussen de ouders. Door de fysieke en emotionele afwezigheid van de vader heeft degene die anorexia nervosa ontwikkelt minder contact met haar vader, dan met haar moeder.

Er wordt ook wel eens gezegd dat anorexia nervosa zich kan ontwikkelen door de overbezorgdheid van de moeder richting haar kind. De moeder van de betrokkene is echter eerder onzeker ten opzichte van haar kinderen dan overbezorgd en dominant. Als er sprake is van overbezorgdheid bij de moeder of het geven van extra aandacht aan een kind betreft dit vaker aan een zus/broer, dan aan degene die anorexia nervosa ontwikkelt. De overbezorgdheid van de moeder is dan ook vaak een gevolg van de anorexia nervosa bij de betrokkene in plaats van, wat vaak gedacht wordt, een oorzaak van de anorexia nervosa.

(Noordenbos, G. 1990)

§ 1.4 Gevolgen van anorexia nervosa

Anorexia nervosa kent vele gevolgen. We hebben een onderscheid gemaakt tussen drie soorten gevolgen die betrekking hebben op de betrokkene, namelijk: de lichamelijke, psychische en de sociale gevolgen. Hiernaast hebben we de gevolgen voor het systeem op en rijtje gezet.

§ 1.4.1 Lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa

Anorexia nervosa geeft een groot aantal lichamelijke gevolgen. Vaak weet de betrokkene niet dat anorexia nervosa de oorzaak van deze gevolgen is en ook artsen en ouders hebben dit vaak in eerste instantie niet door. De onderstaande lichamelijke gevolgen komen bij het pure en het purgerende type voor. Deze gevolgen zijn:

- Afvallen/ vermagering.
- Amenorroe/uitblijven menstruatie: dit is vaak naast het vermageren het eerste lichamenlijk merkbare kenmerk en gevolg.
- Onvruchtbaarheid.
- Ontbreken van honger- en dorst gevoelens.
- Vertraging van de hartslag (bradycardie).
- Onregelmatige hartslag.

- Lage bloeddruk en extreme bloeddrukverschillen.
- Haaruitval.
- Lanugo (donsbehaaring die over het gehele lichaam plaats kan vinden).
- Oedeem (stoornis in de afvoer van lichaamsvocht, dat zich tussen de cellen ophoopt en zwelling in ledematen veroorzaakt).
- Obstipatie.
- Botafbraak (osteoporose).
- Groeistoornis.
- Uitdroging.
- Mogelijke nier en lever uitval.
- Buikpijn en zwelling in maag/ darmen. Wat voor bloedingen en scheuringen kan zorgen.
- Verdwijning seksuele interesse.
- Problemen met huid en tanden.
- Doorligwonden.
- Angstgevoelens.
- Neerslachtigheid en depressiviteit.
- Verslechterd functioneren van de hersenen:
 - concentratieverlies,
 - inslaap- en doorslaapproblemen/algehele slapeloosheid,
 - vertraging in reactievermogen,
 - hoofdpijnlachten,
 - rusteloosheid,
 - bewegingsdrang,
 - ontregeling van warmte regulatie in de hersenen; koud, blauwe vingers en tenen.

(Vanderlinden, J. 2000; Noordenbos, G. 1990; SEN 1998)

§ 1.4.2 Lichamelijke gevolgen van het purgerend gedrag bij anorexia nervosa

Voor het purgerende type komen er naast de gevolgen benoemd in paragraaf 1.4.1. onderstaande gevolgen bij.

- Aantasting van het gebit, de tanden verzuren en dit zorgt voor blijvende schade.
- Opzetten van de speekselklieren.
- Beschadiging darmwand/ littekenvorming in slokdarm.
- Diarree.
- Verlaging bloeddruk.
- Scheuring van de maagwand.
- Obesitas.
- Bloedinkjes in gezicht en rond de ogen.
- Verandering in samenstelling van het bloed waarbij kaliumtekort kan leiden tot:
 - hartritme stoornissen
 - hartstilstand
 - spierkrampen
 - nierbeschadiging
 - epilepsie

(Vanderlinden, J. 2000; Noordenbos, G. 1990; SEN 1998)

Als je bovenstaande lijst ziet zou je kunnen bedenken dat niemand deze gevolgen zou willen hebben en dat het dus als goede afschrikker te gebruiken is om beginnende anorexia nervosa verder te ontwikkelen. De betrokkene is echter zelf niet sterk genoeg om de anorexia nervosa stop te zetten, ook al is de betrokkene zich terdege bewust van de lichamelijke gevolgen. Ze vinden de gevolgen ook vervelend, maar beseffen toch niet geheel dat anorexia nervosa hier de hoofdrol in speelt. En ook als ze dit wel inzien, dan nog is de dwang en controle om niet te eten groter dan het oplossen van de lichamelijke gevolgen. Noordenbos (1990) zegt hierover: *“De betrokkene constateert deze fysieke aftakeling wel en kan er van schrikken. Deze schrik is echter niet groot genoeg om de anorexia nervosa stop te zetten. Hiernaast raakt men vaak verslaafd aan alcohol, valium en laxeermiddelen.”*

Belangrijk om te weten is dat vrijwel alle complicaties reversibel zijn bij herstel van het gewicht en het staken van het purgeren. Blijvende schade en lange termijn effecten blijven echter wel aanwezig, zoals de gebitsschade, eventuele onvruchtbaarheid en groeistoornissen. Vooral bij het purgerende type van anorexia nervosa is het risico van blijvend letsel vergroot (Bloks, J. A. e.a. 1999).

§ 1.4.3 Psychische gevolgen van anorexia nervosa

Naast de vele lichamelijke gevolgen veroorzaakt anorexia nervosa ook psychische effecten. We hebben deze gevolgen ingedeeld in de positieve en negatieve psychische gevolgen en ze zijn beschreven vanuit het oogpunt van de betrokkenen.

Positieve psychische gevolgen van de anorexia nervosa

In eerste instantie verwacht je niet dat anorexia nervosa ook positieve gevolgen heeft. Maar ze zijn er zeker en ze zorgen er ook voor dat de anorexia nervosa in stand gehouden wordt. Het is dus van zeer groot belang om te weten welke psychische gevolgen door de betrokkene als positief ervaren worden. Dit zodat er bij behandeling gekeken kan worden naar het gat wat er ontstaat aan positief gevoel bij de betrokkene als er gestopt moet/gaat worden met het lijnen.

De positieve psychische gevolgen van de anorexia nervosa zijn:

- Er is door het lijnen een positievere zelfbeleving en meer zelfvertrouwen ontstaan.
- De relatie naar anderen verandert; eerst voelde men zich minder dan anderen, maar na geslaagde afvalpogingen voelt men zich soms superieur en verheven boven anderen.
- De innerlijke negatieve en onzekere gevoelens kunnen worden weggedrukt en verborgen worden achter het slanke uiterlijk.
- De oplossing voor hun problemen is gevonden in het lijnen. Er zijn dus geen problemen meer volgens hen. Zij hebben alles opgelost met lijnen.
- Door de extreme vermagering en het continu bezig zijn met eten worden emoties, waarmee men zo moeilijk om kon gaan steeds minder gevoeld.
- Er ontstaat een gevoel van controle, zelfvertrouwen, zelfwaarde, kracht en trots.
- Het mager worden biedt bescherming/pantser tegen gevoelens van onzekerheid.

Na verloop van tijd maakt deze euforische stemming steeds meer plaats voor gevoelens van neerslachtigheid en depressiviteit, onder anderen door de fysieke gevolgen van vermagering (Noordenbos, G. 1990).

Negatieve psychische gevolgen van anorexia nervosa

Naast de positieve psychische gevolgen ervaren de betrokkenen ook negatieve gevolgen van de anorexia nervosa. Deze gevolgen zijn:

- De beleving van gevoelens vermindert, niet alleen emoties, maar ook fysieke gevoelens (zoals lachen en huilen).
- Soms verdwijnt ook de expressiviteit in de mimiek en in de stem.
- Seksuele ervaringen worden negatiever (door vermagering doet alles zeer en is lastig omdat men zo mager is) en verdwijnen soms geheel.
- Er volgt een toenemende gevoelens van depressiviteit en neerslachtigheid.
- Soms zijn er dissociatieve verschijnselen, oftewel de ervaring buiten het eigen lichaam te verkeren en vanuit een toeschouwers positie naar zichzelf te kijken.
- Er ontstaat een ongevoeligheid voor psychische prikkels.
- Men is voortdurend op dwangmatige wijze in gedachten bezig met eten.
- Er zijn sterke stemmingswisselingen, afhankelijk van de stand van de weegschaal en het hebben van eetbuien.
- Het vermogen om gevoelens en emoties te beleven verdwijnt.
- Er is verlies van concentratie op alle andere terreinen dan eten.
- Men is fysiek en mentaal niet in staat om te werken/studeren.
- Er volgt een toenemend gevoelens van eenzaamheid en isolement.

(Noordenbos, G. 1990; <http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm>)

De betrokkene stelt op den duur de geest boven het lichaam. Er komt een duidelijke scheiding. De geest moet het lichaam beheersen en onder uiterste controle hebben.

Paradoxaal hierbij is dat ondanks de wens om de geest boven het lichaam te verheffen, zijn mensen met anorexia nervosa vrijwel voortdurend in hun geest met lichamelijke zaken bezig en wordt hun hele denken gevuld met gedachten over eten en niet-eten.

Iemand met anorexia nervosa wil geen slaaf zijn van haar lichaam, maar desondanks heeft het denken aan haar lichaam de betrokkene volledig in haar macht (Noordenbos, G. 1990).

§ 1.4.4 Sociale gevolgen

Mensen met anorexia nervosa voelen zich vaak geïsoleerd en verlaten. Het systeem begrijpt niet dat de patiënten hun lichaam heel anders ervaren dan anderen het zien. De vermagering en het abnormale eetgedrag roepen veel onbegrip en bezorgdheid op bij familie en vrienden. Daarom proberen zij hun

eetstoornis zo veel mogelijk verborgen te houden en zullen zij allerlei smoesjes en uitvluchten verzinnen. Hierdoor kunnen zij door hun omgeving als leugenachtig of onbetrouwbaar worden ervaren. De betrokkenen zijn eigenlijk voortdurend bezig met het plannen en geheimhouden van het eetgedrag. Dit veroorzaakt veel stress. Iets gewoons als een etentje of een verjaardagsfeestje kan hen erg nerveus maken. Door de stress worden ze kwetsbaar, onzeker, dwingerig of snel geïrriteerd en hebben ze last van grote stemmingswisselingen. Ze moeten van zichzelf aan een heleboel regels voldoen en worden in hun denken en doen erg in beslag genomen door hun ziekte. Na verloop van tijd krijgt men steeds meer negatieve reacties. In plaats van minder verlegen te worden en er meer bij te horen, trekt men zich terug uit de sociale contacten. Anderen nemen hen niet langer serieus en vertrouwen hen niet meer. Uiteindelijk gaan ze zich op den duur steeds meer afzonderen van de mensen om hen heen. Ze zijn uiteindelijk alleen nog maar bezig met wel of niet eten, met dik of dun zijn, of met hardlopen, fietsen of zwemmen. Hoewel ze vaak grote moeite doen om zich zo aangepast mogelijk te gedragen, zijn zij zo door hun ziekte geobsedeerd, dat zij haast niets meer voor andere mensen of zaken kunnen voelen. Zij komen daardoor al gauw in een sociaal isolement. (<http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/folder1.htm>)

Omdat het kinderen en adolescenten zijn die een anorexia nervosa ontwikkelen stagneren zij ook in hun sociaal-emotioneel en psychoseksuele ontwikkeling. Wij denken dan ook dat de behandeling van anorexia nervosa niet kan volstaan met het streven naar gewichtsherstel, normaliseren van eetpatroon en het beïnvloeden van verstoorde cognities. Juist bij deze groep lijkt het ons belangrijk om de individuele problematiek in kaart te brengen en een beeld te krijgen van de leefwereld van de betrokkene. Het sociale isolement waar de betrokkene zich steeds meer in gaat bevinden zorgt er naar onze mening voor dat de anorexia nervosa langer in stand gehouden wordt. Dit omdat de betrokkene geen zicht meer heeft, zeker niet als deze in de kliniek is opgenomen, op het gezonde leven met betrekking tot eet- en bewegingsgewoonten. Wij hebben de ervaring dat de opgenomen jongeren op Curium ook een sociale achterstand oplopen ten opzichte van hun leeftijdsgenootjes. Dit komt deels door de stoornis, maar ook door het gebrek aan sociale contacten buiten de kliniek: wij denken hierbij aan bijvoorbeeld school, sportactiviteiten, etc. Hoe langer de jongere wordt opgenomen hoe meer het sociale isolement wordt verstoord en hoe lastiger het wordt om na de klinische opname weer terug te keren in het normale leven.

§ 1.4.5 Gevolgen voor het systeem

Leven met iemand met anorexia nervosa is zwaar en belastend. Ouders en partners voelen zich schuldig en hebben het gevoel niet door te dringen tot de persoon met anorexia nervosa. De maaltijden worden een strijdtoneel. Hiernaast kent anorexia nervosa vaak een chronisch beloop, waardoor het veel geduld vraagt van de omgeving.

De omgeving begrijpt niet waarom het contact afgehouden wordt door de betrokkene en raakt op den duur het contact met de betrokkene kwijt. Ze blijven in het ongewisse over waarom de betrokkene geen contact meer wil.

(http://www.eetstoornis.be/schoolwerk_verpleegkunde.htm#4.3%20De%20sociale%20gevolgen%20voor%20patiënt%20en%20omgeving; <http://www.trimbos.nl/default4681.html?back=1>)

De sociotherapeut geeft in een interview (2005) aan dat er binnen de behandeling veel meer gedaan moet worden aan het gezin en systeem¹. Hij denkt dan ook dat systeemtherapie, waarin het gezin en systeem meer betrokken worden bij de behandeling van anorexia nervosa, voor deze doelgroep eigenlijk altijd wel nodig is en dat dit binnen het geheel moet gaan passen. Hij geeft aan dat de gezinnen allemaal wel enigszins verstoord zijn. Dit omdat bijvoorbeeld een kenmerk van anorexia nervosa toch ook controlebehoefte is. Ouders, maar ook broers en zussen, zullen hier in eerste instantie mee om moeten leren gaan. De ouderbegeleiding doet binnen Curium ook al veel dingen in de richting van het systeem en ook hieraan is te merken dat dit in de praktijk nodig blijkt te zijn; *“want anders komt een kind uit een systeem waar het om wat voor een reden dan ook in de soep loopt en dan gaat het alsnog mis en vallen ze weer terug [...] de omgeving ook, het hoort er gewoon bij, punt. Dat dingen duidelijk worden en waar in het systeem het mis zit. Dat moet gewoon duidelijk worden”* (sociotherapeut, interview 2005). Wij vinden dat het systeem gesterkt moet worden in de omgang met de betrokkene en ook dat zij hun zorgen en irritaties moeten kunnen uiten bij bijvoorbeeld een systeemtherapeut. Hiernaast zijn wij van mening dat zeker gezien het sociale isolement waar de betrokkene in terecht komt, het contact tussen het systeem en de betrokkene gestimuleerd moet worden om dit isolement te verkleinen. Bij het systeem moet hier dan echter wel voldoende draagvlak voor zijn. Binnen Curium hebben wij ook wel het idee dat men systeemtherapie nodig acht, maar dat andere factoren, zoals de te regelen financiën, meer prioriteit hebben of ervoor zorgen dat de therapie niet in gebruik wordt genomen.

Hoofdstuk 2 Co-morbiditeit, ontkenning en motivatie

In hoofdstuk 1 'Anorexia nervosa' hebben we de kenmerken en gevolgen van anorexia nervosa belicht. In dit volgende hoofdstuk willen we deze graag aanvullen met de factoren; co-morbiditeit, ontkenning en motivatie, die tevens een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling, behandeling en de genezing van de stoornis.

§ 2.1 Co-morbiditeit

Anorexia nervosa gaat vaak samen met andere stoornissen. Wij vinden het van belang om hier stil bij te staan, omdat zij inzicht kunnen geven in factoren die de stoornis anorexia nervosa mede veroorzaakt hebben of onderhouden dan wel de behandeling frustreren (Bloks, J.A. e.a. 1999).

De definitie van Vandereycken (1997) voor co-morbiditeit die wij hanteren is: *"Het samen voorkomen van meerdere stoornissen bij dezelfde patiënt."* Volgens de casemanager (interview 2005) moet anorexia nervosa als stoornis worden behandeld en als het gewicht enigszins op peil is, is er te zien of de co-morbidestoornis blijft bestaan of niet. Als deze blijft bestaan kan er voor gekozen worden om deze stoornis als hoofdstoornis te zien, en te gaan behandelen in plaats van het blijven behandelen van de anorexia nervosa als hoofdstoornis. Vaak wordt in deze gevallen de betrokkene doorverwezen naar een ander groep en/of instelling waar de co-morbide stoornis meer voorop komt te staan in de behandeling. Wij sluiten ons bij de casemanager aan. Wel willen wij benoemen dat tijdens onze werkzaamheden op Curium het nog niet gebeurd is dat bij een betrokkene, gediagnosticeerd met anorexia nervosa, bleek dat de co-morbidestoornis de hoofdstoornis was. In de praktijk komt een doorverwijzing, in verband met de co-morbidestoornis waar de casemanager over spreekt, ons inziens dus niet vaak voor. Toch moet er naar onze mening wel rekening mee gehouden worden dat dit wel kan voorkomen. Bij Curium is hier voldoende aandacht voor in de behandeling.

Depressie, angststoornissen en obsessief-compulsieve stoornissen zijn de belangrijkste co-morbide stoornissen bij anorexia nervosa. Wij zullen deze daarom hieronder in het kort verduidelijken. (Verhulst, F.C. en Verhey, F. 2002)

§ 2.1.1 Depressie

Volgens Bloks e.a. (1999) is de meest voorkomende co-morbide stoornis bij anorexia nervosa depressie. Een depressie is een stemmingsstoornis met aanhoudende, abnormale neerslachtigheid en/of lusteloosheid, ongeïnteresseerdheid en het onvermogen te genieten (Vandereycken, W. e.a. 1997). Meer dan de helft van de mensen met anorexia nervosa lijdt ooit aan een depressie. Onze ervaring binnen Curium met anorexia nervosa is dat depressieve klachten vaak naar voren komen en verdwijnen naar mate de behandeling van anorexia nervosa vordert. Wel moet de depressie aandacht krijgen binnen de behandeling en niet genegeerd worden.

Verhulst en Verhey (2002) zeggen over depressie en anorexia nervosa het volgende: *"Het is niet altijd duidelijk wat het eerste was, maar vaak is de depressie een tijdelijk fenomeen. Wat gepaard kan gaan met depressie is zelfverminking. Zelfverminking komt dan ook vaak voor en is een manier om de spanning te kunnen uiten. De betrokkene kan vaak zelf de nadelige gevolgen, als littekens, niet inschatten."*

§ 2.1.2 Angststoornissen

Volgens Bloks (1999) is de bijkomende angststoornis vaak voorafgaand aan de stoornis anorexia nervosa. Aan de andere kant wordt er bij het Trimbos instituut benoemd dat de stoornis, net als depressie, een gevolg is van de anorexia nervosa en dan ook weer verdwijnt wanneer de betrokkene in gewicht herstelt is. Dat hier onduidelijkheid over is, is te begrijpen. Wanneer de stoornis anorexia nervosa wordt gediagnosticeerd is het lastig om te bepalen wat voorafgaand aan de stoornis van invloed is geweest. Wij gaan dan ook mee in deze vraagstelling en denken dat na herstel van anorexia nervosa meer duidelijkheid over deze co-morbide stoornis gegeven kan worden. Wanneer de stoornis niet verdwijnt wordt duidelijk dat zij een oorzaak was en niet een gevolg. Het is wel van belang om tijdens de anorexia nervosa ook aandacht te geven aan de angststoornis en deze mee behandelen. Het is volgens ons niet van belang om meteen te weten of de angststoornis oorzaak of gevolg is, maar het moet zeker wel meegenomen worden in de behandeling. Verder lijkt het ons in het kader van de terugvalpreventie een belangrijk aspect omdat deze van invloed kan zijn op het verdere herstel na de klinische behandeling en met de kans op terugval. Tevens kan op deze manier gekeken worden of de anorexia nervosa niet een gevolg van de angststoornis is (<http://www.trimbos.nl/default4694.html?back=1>).

Angststoornissen en dan met name de obsessief-compulsieve stoornis die vooral voorkomt bij het restrictieve type (komt bij 26% voor) en de sociale fobie (komt bij 30% voor).

Bij de obsessief-compulsieve stoornis treden er herhaald en storend ongewilde cognities op en worden er handelingen verricht; er treedt een sterke angst of spanning op als men deze gedachten of handelingen probeert te onderdrukken.

Bij de sociale fobie heeft men een sterke angst voor situaties waarin men kan worden beoordeeld of belachelijk gemaakt (Vandereycken, W. e.a.1997).

Verhey benadrukt in een interview (2005) ook voornamelijk de angst. Hij ziet anorexia nervosa als een stoornis die je vooral moet oppakken als een angststoornis. De betrokkene is de controle verloren over iets wat zij heel goed kon. De betrokkene heeft niet meer de controle over de ziekte anorexia nervosa en het lijnen, maar de ziekte heeft de controle over de betrokkene. En die controle, de autonomie en zelfstandigheid over de eigen ik en het leven, oftewel de zelfcontrole, moet worden teruggewonnen in de behandeling. En dat is een lang traject, want alle angsten die er bij mensen bestaan moeten geleidelijk, dus stap voor stap, overwonnen worden en dat gaat nooit snel.

Wij zijn het ermee eens dat bij anorexia nervosa de controle op het eigen leven weer langzaam aan, dit om ook de kans op succeservaringen te vergroten, dus stap voor stap moet worden terug gewonnen en dat dit een langdurig proces is. Op Curium wordt er ook op deze manier gewerkt.

§ 2.1.3 Persoonlijkeitsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis is een stoornis met starre karaktertrekken, waardoor aanpassing aan wisselende omstandigheden niet (meer) lukt en/of het sociaal functioneren wordt aangepast (Vandereycken, W. e.a.1997).

Wanneer we kijken naar de samenhang tussen de persoonlijkheidsstoornissen en anorexia nervosa zijn er verschillende visies in de literatuur te vinden. Volgens Bloks e.a. (1999) is het moeilijk om een samenwerking te vinden tussen een persoonlijkheidsstoornis en anorexia nervosa. Vooral in de puberteit is dit lastig om te zeggen.

Het Trimbos instituut benoemd echter dat de meeste mensen met anorexia nervosa een persoonlijkheidsstoornis hebben. Het gaat volgens hen vooral om de dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornis. En ook Verhulst en Verhey (2003) beschrijven de persoonlijkheidsstoornis als één van de drie meest voorkomende co-morbide stoornissen bij anorexia nervosa.

(<http://www.trimbos.nl/default4694.html?back=1>)

Het is naar ons inziens niet raar dat de dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornis vaak voorkomt bij anorexia nervosa. De typering van de vermijdende persoonlijkheidsstoornis zijn volgens Vandereycken (1997); *“Teruggetrokken zijn en overgevoeligheid voor de mening van anderen. Men heeft angst voor allerlei sociale situaties.”* Deze persoonlijkheidsstoornis kan dus erg lijken op de angststoornis; sociale fobie.

Volgens Vandereycken (1997) zijn typering van de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis dat men perfectionistisch is en een controle behoefte heeft. Deze persoonlijkheidsstoornis lijkt op de dwangstoornis, maar het grote verschil is dat men bij de persoonlijkheidsstoornis geen dwanggedachten of dwanghandelingen heeft. (Vandereycken, W. e.a.1997).

Bovenstaande kenmerken van de persoonlijkheidsstoornissen komen eigenlijk bij alle anorexia nervosa patiënten wel naar voren. De mate waarin deze kenmerken naar voren komen verschilt wel per betrokkene. Zo heeft bijvoorbeeld de ene betrokkene meer bewegingsdrang dan de andere.

§ 2.2 Ontkenning

Kenmerkend voor anorexia nervosa is dat de betrokkenen zich vaak in een situatie bevinden waarin zij zelf niet overtuigd zijn van hun stoornis en deze dan ook hardnekkig kunnen ontkennen. Ontkenning kan hierbij als instandhoudende factor een grote rol spelen. Voor de behandeling en de genezing van anorexia nervosa is het daarom van belang om bij de betrokkene de mate van ziekte-inzicht te vergroten. Want door erkenning van het eetprobleem kan er een bereidwilligheid tot verandering ontstaan (Vandereycken, W. 2002).

§ 2.2.1 Ziekte-inzicht

Wanneer we het begrip ontkennen willen verduidelijken dan kunnen we haar het beste omschrijven als het tegenovergestelde van bevestigen. Het is het meedelen dat iets niet waar is (<http://www.vandale.nl>).

Verder geeft Rigter (1998) aan dat ontkenning een mechanisme is waarbij, in tegenstelling tot bij verdringing, het niet gericht is tegen innerlijke wensen maar tegen de overrompelende werkelijkheid buiten de persoon. Het is een bekend fenomeen dat iemand bijvoorbeeld bij het krijgen van een slechte boodschap, reageert met ontkenning. Zo zal ook iemand die hoort dat zal anorexia nervosa heeft reageren met ontkenning en zeggen dat ze niet ziek is.

Mensen met anorexia nervosa ontkennen dat zij anorexia nervosa hebben, voornamelijk in het begin van de ziekte. Deze ontkenning kan een bewuste of een onbewuste ontkenning zijn. Wij denken dat ontkenning een kenmerk van de stoornis is en dan als onbewuste ontkenning gezien moet worden. Hierin komt er dan naar voren dat ze ontkennen dat ze ziek zijn en dat ze geen ziekte-inzicht hebben (<http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm>).

Wanneer we het hebben over ontkenning van de stoornis zijn er ook nog veronderstellingen over de ontwikkeling van deze ontkenning tot hulpvraag te noemen.

- Gezien de aanvankelijk positieve waardering van het lijnen en het vermageren, zal de betrokkene in de beginperiode van de anorexia nervosa niet het gevoel hebben dat er iets met haar aan de hand is.
- Ontkenning is geen blijvend kenmerk van anorexia nervosa. Bij voortdurende ervan en bij het optreden van ook voor de betrokkene ongewenste verschijnselen, zal de betrokkene op den duur wel erkennen dat er iets aan de hand is en er wat aan willen gaan doen. Als de betrokkene erkent dat zij er lichamelijk slecht aan toe is, zal zij ook erkennen dat er iets in de lichamelijke conditie verbeterd moet worden.
- Bij ontkenning is er geen motivatie om deel te nemen aan behandeling. Hierom is het ook van belang om de ontkenning te ontkrachten. Hoe eerder de betrokkene zich herkent in een beschrijving van anorexia nervosa, hoe eerder zij gemotiveerd raakt om er iets aan te doen en hoe hoger haar motivatie wordt. Wanneer de betrokkene al voor een langere tijd anorexia nervosa heeft zal het lastiger zijn om deze ontkenning te ontkrachten dan wanneer de anorexia nervosa nog in ontwikkeling is bij de betrokkene.
- Als ouders, partners of vriend(inn)en weten dat de betrokkene anorexia nervosa heeft, is dit van positieve invloed op het proces om de ontkenning te doorbreken. (Noordenbos, G. 1990)

Wij vinden het van belang om het de betrokkene langzaam zelf het ziektebeeld in te laten zien in plaats van het haar in een keer te vertellen. Dit zorgt ervoor dat de ontkenning kan worden doorbroken en er een begin kan worden gemaakt met het ontwikkelen van ziekte-inzicht. Tevens wordt hiermee een empathische houding, waarbij wordt aangesloten bij de leefwereld van de betrokken, gehandhaafd. Het ziekte-inzicht toe kan ook toenemen door af en toe eens een terugval te ervaren in de klinische behandeling en zo tegen de eigen grenzen en hieraan verbonden consequenties aan te lopen. *“Die consequenties die worden heel serieus genomen. Want ze mogen ineens een heleboel niet meer en dat kan ook helpen om te gaan beseffen dat er iets aan de hand is waar ze last van hebben,”* aldus de behandelcoördinator (interview 2005). Consequenties voor de betrokkene wanneer ze niet zijn aangekomen zijn dat ze teruggaan in het reserveprogramma of het plusprogramma (zie bijlage b).

§ 2.3 Motivatie

Het motiveren van de betrokkene is een ontwikkelingstaak. De motivatie van de betrokkene verloopt niet trapsgewijs maar is een circulair proces. De motivatie van de betrokkene is dan ook voortdurend in ontwikkeling. Motivering tot verandering is van groot belang vanwege vaak het grote en hardnekkige verzet tegen verandering van gedrag. Het hardnekkige vasthouden aan de ziekte kan verklaard worden door de sterk instandhoudende factoren (meer hierover in hoofdstuk 3). Bij anorexia nervosa lijken deze factoren, onder meer de positieve en egosyntone¹ (ik-eigen) beleving van de klachten, hierin nog het meeste een rol te spelen (<http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm>).

Wij denken dan ook dat in de behandeling, in het genezingsproces en na de behandeling de motivatie van de betrokkene om te groeien, of om stabiel te blijven op gezond gewicht, van groot belang is. Voor de motivatie is het verder van belang dat de betrokkene gelooft in haar eigen vermogens en doeltreffendheid. Zodoende denken wij dat de motivatie, en de motivatiefase waarin de betrokkene zich bevindt, ook van grote invloed zijn op de kans op terugval na behandeling.

§ 2.3.1 Definitie motivatie

Allereerst zullen wij de definitie van motivatie geven: *“Miller en Rollnick (1991) beschrijven motivatie als de waarschijnlijkheid dat een persoon deelneemt aan, doorgaat met en zich houdt aan specifieke veranderingsstrategieën.”*

Een ander kenmerk is dat motivatie, net als bijvoorbeeld emotie, tot onze verbeelding spreekt. Andere veel voorkomende synoniemen van motivatie zijn bijvoorbeeld drijfveren, driften en behoeften (Rigter, J. 1998).

Men onderscheidt drie aspecten aan het begrip motivatie:

- Het innerlijke aspect; de drijfveer.
- Het doel waar men naar streeft; een kenmerk van de omstandigheden wat een belonende waarde heeft.
- De verwachting van de betrokkene en de cognitieve schema's; vanuit de cognitieve schema's van de betrokkene heeft zij bepaalde verwachtingen van haar eigen gedrag. Zij schat de gevolgen van haar eigen gedrag volgens bepaalde cognitieve schema's in. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de verwachting van de betrokkene dat zij denkt een beter persoon te zijn en meer succes te krijgen wanneer je afvalt.

Dat we deze aspecten kunnen onderscheiden bij motivatie betekent dat in de meeste motivatie alle drie aspecten een rol spelen en in wisselwerking met elkaar staan. Het is niet de één of het andere, maar alledrie (Rigter, J. 1998).

Motivatie kan voortkomen uit een wens tot verandering ten behoeve van iets of iemand anders (extrinsiek¹), of voor zichzelf (intrinsiek¹). Voor het herstel van anorexia nervosa is vooral de intrinsieke motivatie van groot belang. De motivatie van de betrokkene kan blijken uit de mate waarin zij:

- de eetstoornisproblematiek onderkent, oftewel het ziektebesef;
- zich zorgen maakt over de eetstoornisproblematiek;
- een directe of impliciete intentie tot verandering heeft;
- optimistisch is over verandering en het eigen vermogen daartoe.

In het verlengde van de eerder genoemde ontkenning ligt de weerstand tegen verandering. Dit verzet kan moeilijk te herkennen zijn. Zo vermijden de betrokkenen bijvoorbeeld openlijk verzet omdat zij de therapeut te vriend willen houden. Openlijke vormen van weerstand kunnen bijvoorbeeld blijken uit de volgende reacties:

- het niet uitvoeren/ opvolgen van adviezen;
- herhaaldelijk niet verschijnen op afspraken;
- met vrijwel alles instemmen;
- telkens oneens zijn met de therapeut;
- slechts over koetjes en kalfjes praten;
- voortdurend klagen;

Om deze weerstand tegen verandering te bewerken en de intrinsieke motivatie te vergroten is het van belang om motiveringstechnieken (zie bijlage a) te gebruiken. In het volgende subparagraaf zullen wij hierop terugkomen (Vandereycken, W. e.a. 2002).

§ 2.3.2 Verschillende fasen van motivatie; Prochaska en DiClemente

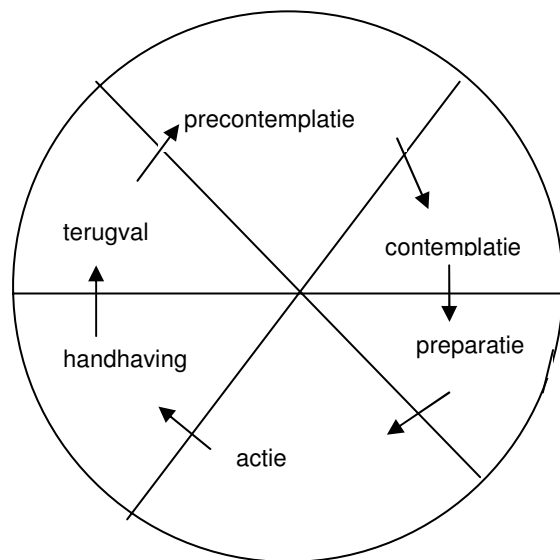
Er zijn vele instandhoudende factoren die een rol spelen bij anorexia nervosa zoals is gebleken uit bovenstaande paragrafen en verder zal blijken in hoofdstuk 3. Hierdoor is de motivatie bij de betrokkene vaak niet aanwezig, zeker niet als dit nog in de ontkenkende periode van de stoornis is. Motivatie komt dan ook tegenover weerstand te staan. Een moeizame start van de behandeling en een latere stagnatie van het veranderingsproces komen vaak voor. De gereedheid tot verandering is dan ook een gefaseerd proces. Niet alleen tijdens de behandeling, maar ook na de behandeling en tijdens een eventuele terugval, is het van belang om te kijken in welke motivatiefase de betrokkene zich bevindt en hoe zij middels motivatietechnieken een terugval kan voorkomen en stabiliteit in gewicht kan behouden.

Anorexia nervosa wordt sinds de eerste klinische beschrijvingen getypeerd als een stoornis waarbij de bereidheid om te herstellen aanzienlijk afwezig is. De motivatietechnieken van Prochaska en DiClemente, afkomstig uit het transtheoretische model van verandering voor alcohol en drugsverslaving (1992), zijn herkenbaar binnen de behandeling op Curium. Ter verduidelijking onderstaand schema:

Motivatie heeft een ontwikkeling die is in te delen in vijf fasen die te plaatsen zijn in een cirkel (zie figuur 1) wat aangeeft dat de betrokkene de verschillende motivatiefases vaak meerdere keren doorlopen:

1. Precontemplatie fase; ontkenning, geen interesse voor verandering.
2. Contemplatie fase; bereidheid tot onderzoeken van probleem en de gevolgen van verandering.
3. Preparatie fase; bereidheid tot verandering, behoeften aan hulp. Wel moeilijk bepalen wat te doen.
4. Actiefase; met steun en aanmoediging over tot actie.
5. Handhaving fase; veranderingen geconsolideerd en bezig zijn met terugvalpreventie.
6. Terugval fase; dat de terugval binnen de cirkel gevolgd wordt door de precontemplatie fase geeft aan dat een terugval ook als een startpunt voor een nieuwe motivatieronde kan dienen wat weer een stap dichterbij genezing inhoudt.

(Voor bijbehorende motivatietechnieken zie bijlage a)



Figuur 1: Motivatiefasen in ontwikkeling van Prochaska en DiClemente (Vandereycken, W. 2002).

Niet alleen tijdens, maar ook na de klinische behandeling is het van belang dat de ouders en omgeving aansluiten bij de motivatiefase van de betrokkene. Dit om weerstand te voorkomen en de kans op een eventuele terugval te verminderen. Wij denken dat dit vooral van belang is in de eerste periode van zes maanden na de klinische behandeling, waarin de kans op terugval het grootst is.

De motivatiefasen geven niet alleen de fasen van verandering bij de betrokkene aan, maar geven ook aan dat de therapeut fasegewijs dient te werken. De feitelijk manier van verandering is vaak niet lineair, maar de betrokken beweegt heen en weer tussen de verschillende fasen. De benadering van het motivationeel interviewen (zie bijlage a) gaat er vanuit dat motivatie ontstaat in de relatie tussen de betrokkenen en de therapeut. Wanneer de therapeutische interventie niet aansluit bij de motivatiefase van de betrokkene zal dit weerstand oproepen.

Motivationeel interviewen heeft als doel de intrinsieke motivatie van de betrokken te verhogen. De vijf elementen voor de therapeut hierbij zijn:

- objectieve feedback;
- acceptatie van persoonlijke verantwoordelijkheid voor verandering;
- directe adviezen;
- aanbieden van alternatieve behandelingstrategieën;
- empathie en aandacht voor zelfefficiëntie;

(voor verdere beschrijving zie bijlage a)

In de praktijk betekent dit dat de therapeut en de betrokkene een team zijn waarbij de therapeut zich empathisch, dus aan de kant van de betrokkene opstelt (Bloks, J.A. e.a. 1999; Noordenbos, G. e.a. 2002).

§ 2.3.3 Verschillende fasen van motivatie; Vanderlinden

Buiten de fasen beschreven door Prochaska en DiClemente geeft Vanderlinden (2000) aan dat het in eerste instantie van belang is dat de betrokkene zich bewust wordt van de ziekte. Deze bewustwording verloopt volgens hem in drie fasen die parallel lopen aan de fasen van Prochaska en DiClemente. Om die zes fasen te onderbouwen en tevens te verduidelijken zullen wij de drie fasen van Vanderlinden hier toelichten:

1. Fase van totale ontkenning; hulpmiddel is geduld van omgeving en blijven uiten van bezorgdheid, tevens regelmatig medische controles. Komt overeen met de precontemplatie fase.
2. Fase van twijfel; probleem niet meer egosyntoon¹ (ik-eigen) maar egodystoon¹ (ik-vreemd) zien. Bereidheid tot verandering is nog niet aanwezig. Komt overeen met de contemplatie fase.
3. Fase van erkenning en acceptatie; Komt overeen met de preparatie fase.

Na deze verschillende fasen van bewustwording kan er over gegaan worden op verandering van gedrag wat overeenkomt met de actiefase. Ook in dit proces komt er naar voren dat het overgaan naar actie volgt na verschillende fasen, die niet chronologisch afgelegd hoeven worden. Na een fase van twijfel kan dus ook weer een fase van ontkenning optreden.

Verondersteld wordt dat een positieve evaluatie van de behandeling in hoge mate samenhangt met het vertrouwen dat de betrokkene heeft in de therapeut. Zo komt ook in de doelstellingen van motivationeel interviewen naar voren dat de therapeut en de betrokkene als een team door de verschillende fasen heen moeten samenwerken.

Achteraf gezien begrijpen ex-anorexia nervosa patiënten vaak wel dat ze de behandeling nodig hadden, maar op het moment zelf niet. De motivatie moet dan ook door anderen opgewekt worden. Men ziet vaak de motivatie in een behandeling groeien bij de betrokkene. Dit hangt samen met het aanvankelijke ontkenningsgedrag en de angst om het anorectische eetgedrag op te geven. Dit komt dan ook overeen met de verschillende fases van motivatie die door de betrokkene doorlopen worden. Tijdens verschillende momenten in en na de behandeling moet gekeken en geëvalueerd worden in hoeverre de motivatie voor de behandeling en genezing toeneemt, en niet pas daarna. Op deze manier wordt de kans op terugval verkleind (Noordenbos, G. 1990).

Een verandering in de motivatiefase kan positief zijn als de betrokken meer gemotiveerd raakt om te vechten tegen de anorexia nervosa. Maar het omgekeerde, oftewel een daling in de motivatiefase, kan ook voor komen. Wij vinden dat een daling in een motivatiefase niet gezien moet worden als onwil, gebrek aan kracht of doorzettingsvermogen, maar meer als een reactie op externe factoren, door de anorectische cognities oftewel door de ziekte anorexia nervosa die weer meer controle over de betrokken krijgt. Als de externe factor of de anorectische gedachte die voor de terugval in de motivatiefase heeft gezorgd verkleind of weggehaald wordt zal de motivatie weer toenemen. Op de groep wordt er ook aandacht besteed aan mogelijke externe factoren die demotiverend kunnen werken. Zo geeft de sociotherapeut in een interview (2005) aan dat het bijvoorbeeld voor kan komen dat je twee meiden in dezelfde fase hebt zitten, omdat zij lichamelijk in dezelfde conditie verkeren, maar dat ze beiden cognitief heel anders kunnen zijn en dat de één ook cognitief verder kan zijn dan de ander. Om ze dan te blijven motiveren zul je op zoek moeten gaan naar nieuwe uitbreidingen, binnen een bepaalde fase, die bij de betrokkene aansluiten. Middels deze uitbreidingen wordt getracht de motivatie in stand te houden. Hij geeft tevens aan dat het wel een beetje tegenstrijdig is omdat de fases eigenlijk een meer cognitief uiterlijk hebben, denk hierbij aan naar school en naar huis gaan. *“Je kunt iemand meer beweging geven terwijl dat niet binnen een fase past maar je kunt iemand niet bijvoorbeeld naar school laten gaan wanneer dat niet binnen een fase past.”* Wat tevens in dit interview benoemd wordt is dat de motivatie die je op de groep bereikt hebt vast moet proberen te houden.

“Op een gegeven moment kom je op een bepaald punt waarbij het belangrijk is en waarbij je blij mag zijn met de motivatie die je hebt. Want de motivatie vergroten, nog verder vooruit is echt een stap verder. Om echt te gaan eten en om echt te willen aankomen is echt wel een stap verder [...] die ambivalente fase is wel een fase waarin de meiden bij ons vaak wel erg lang in blijven hangen. Zo van wel beter willen worden, maar toch nog niet willen of durven eten.”

§ 2.3.4 Strategieën bewustwording en motivatie

Naast bovengenoemde beschrijvingen van fasen brengt Bloks e.a.(1999) ook nog verschillende strategieën naar voren met als doel in eerste instantie de bewustwording (fase 1 en 2 Prochaska en DiClemente) te vergroten en in tweede instantie de motivatie, die voornamelijk plaats vindt in fase 3 en 4 van Prochaska en DiClemente, aan te pakken en te vergroten.

De verschillende strategieën zijn:

- Voorlichting en informatie: Patiënten zijn zich vaak niet bewust van de lichamelijke gevolgen.
- Lijstje met voor- en nadelen van anorexia nervosa: Belangrijke ambivalentie t.a.v. de verandering en genezing. Ambivalentie verder exploreren kan de motivatie verhogen. Tevens de interesse voor voordelen van buitenaf kan vertrouwend werken.
- Lijstje met voor- en nadelen van aankomen: Balans tussen voor- en nadelen kan opgemaakt worden, angsten worden duidelijk en kunnen eventueel worden weerlegt.
- Analyse van eigen anorectische gedachten: Kritische vragen hierover kunnen de motivatie verder helpen.
- Toekomstgeleide fantasie, een reis naar de nabije toekomst: Toekomst lijkt onbekend. Toekomst beschrijven met een paar kilo erbij. Luisteren naar de innerlijke wijsheid.
- Concentratieoefeningen.

Kenmerken die samengaan met de verschillende fasen zijn de verschillende gedragingen die de motivatiefase kunnen beïnvloeden. Zo dienen enerzijds gedragingen stopgezet te worden en dienen andere gedragingen aangeleerd en opgenomen te worden. Na de eerste stap van gedrag, namelijk eten, zullen ook de gevoelens en gedachten veranderen. Deze zijn dan weer van invloed op de motivatie van de betrokkene. Zo worden ook na de behandeling nieuwe gedragingen aangeleerd en oude gedragingen veranderend. Een goed voorbereiding hierop vanuit de behandeling kan van invloed zijn op de motivatie fase en handhaving hiervan en vervolgens ook op de kans op terugval na de behandeling.

Binnen de verschillende fases en de verschillende aangeleerde gedragingen kunnen zich ook nog verschillende problemen voordoen die van invloed kunnen zijn op de motivatiefasen. Deze probleemgebieden worden door Vanderlinden (2000) op drie verschillende niveaus geformuleerd, te weten:

1. de symptomen,
2. de zelfbeleving,
3. de interacties.

Buiten de verschillende problemen die zich voortdoen kunnen meerdere motivaties tegelijkertijd optreden en met elkaar in conflict raken. Ook is bij het uitvoeren van gemotiveerd gedrag belangrijk om te kijken of ze het gedrag wel uit kunnen voeren. Beschikken ze wel over voldoende competenties om het gedrag uit te voeren. Heeft de betrokkene bijvoorbeeld voldoende steun en aanmoediging vanuit de omgeving om over te gaan tot actie. Verder zijn er ook nog onbewuste motivaties, de verborgen drijfveren. Wil de betrokkene bijvoorbeeld overgaan tot actie om zo snel mogelijk weer naar huis te kunnen of wil zij daadwerkelijk overgaan tot actie omdat zij zelf beter wil worden en dus ook over voldoende ziekte-inzicht beschikt (Rigter, J. 1998).

Zoals gelezen zijn er dus meerdere manieren om betrokkenen gemotiveerd te maken om te vechten tegen de anorexia nervosa. Curium gaat hier ook vanuit en probeert, voornamelijk in therapiesessies met de betrokkenen, te komen tot een motivatie voor de klinische behandeling. Dit gebeurt als de betrokkene al klinisch is opgenomen. Ook Van Elburg (2004) gaat ervan uit dat de motivatie gecreëerd behoort te worden in de kliniek. Verhey (interview 2005) heeft echter een andere kijk hierop en vindt dat je eigenlijk weinig invloed hebt op het genezingsproces en/of de motivatie ontwikkeling van de betrokkene, maar dat dit voornamelijk door de stoornis bepaald wordt. Hij vindt dat de betrokkene al gemotiveerd moet zijn als deze klinisch wordt opgenomen, zodat je in de kliniek kunt richten op het genezingsproces en de doelen die de betrokkene wil halen in de kliniek. En dat je in een kliniek niet moet beginnen met het ontwikkelen van motivatie, omdat dit een heel lang traject kan zijn en het teveel is om in een klinische opname van 3 tot 6 maanden en voor motivatie te zorgen en te zorgen dat de betrokkene geneest. Het zou dan alleen werken als je de betrokkene voor de gehele periode van de duur van de anorexia nervosa op zou nemen. Maar dat betekent dat je, voor zover nu bekend is, je de betrokkene klinisch op zou moeten nemen voor gemiddeld 2 tot 4 jaar aangezien dit de gemiddelde duur van de anorexia nervosa is. En volgens andere bronnen is de gemiddelde duur van anorexia nervosa zelfs meer richting de 7 jaar.

Binnen Curium wordt er ook gewerkt vanuit de verschillende motivatiefasen. De sociotherapeut (interview 2005) geeft aan dat bij opname eigenlijk geen van de betrokkene gemotiveerd is. De motivatie komt in eerste instantie vaak vanuit de ouders. Gedurende de klinische behandeling werk je er voortdurend aan om de motivatie te verhogen en te verplaatsten naar die vanuit de betrokken zelf. Op een gegeven moment dan zie je wel dat ze gaan twijfelen totdat ze gemotiveerd zijn om eraan te werken en om gezond te worden. Vaak wordt er begonnen met psycho-educatie en werken naar ziektebesef om de motivatie te verhogen. De sociotherapeut geeft aan dat je terugval binnen de behandeling vooral in de ambivalente fase kan vinden, hier zitten de betrokkenen dan ook vaak gedurende de langste periode in. Over werken aan de motivatie in een ambulante vorm zegt hij het volgende: *“Ja, het past in principe ook wel bij een ambulante behandeling maar dan moet je wel thuis een goed systeem hebben, dat je bij iedere maaltijd wel iemand hebt die kan inspringen op een twijfel moment of terugval. Vooral die verstoorde cognities, dat er niet allerlei rare ideeën de kop op kunnen steken. Dat het thuis dus wel ondersteunend kan zijn.”*

Wij vinden dat er in het ambulante traject zoveel mogelijk gewerkt moet worden aan het ontwikkelen van motivatie en het wegwerken van de ontkenning. Dit is in onze ogen echter niet altijd geheel haalbaar binnen het ambulant traject. Wij denken dat in deze gevallen de kliniek ook ingezet kan worden om juist te werken aan het wegwerken van de ontkenning en de motivatie te vergroten. Wij denken dat een klinische setting, meer dan een ambulante setting, kan zorgen voor het verkleinen van de ontkenning door het 24uur aanwezig zijn van sociotherapeuten, welke de betrokkene constant op effecten van de anorexia nervosa kunnen wijzen. Hiernaast kan de motivatie vergroot worden, onder andere door te laten zien dat het met andere anorexiapatiënten beter gaat.

Hiermee wordt voorkomen dat de betrokkenen bijvoorbeeld zonder motivatie telkens in het ziekenhuis terechtkomen voor bijvoeding. Wij denken dat elke betrokkene met anorexia nervosa anders is. Wij denken dat het goed is om per individu te kijken welke behandelvorm het beste aansluit. Te beginnen met ambulante vormen heeft dan onze voorkeur. Wanneer echter blijkt dat die niet voldoende werken kan een klinische setting worden ingezet, ook om de motivatie te vergroten en de ontkenning te verkleinen en te observeren of deze betrokken meer baat heeft bij een klinische opname dan te blijven hangen in een ambulante behandeling. Omdat wij denken dat geen motivatie hebben een onderdeel van de stoornis is moet extrinsieke¹ motivatie voldoende kunnen zijn voor opname (Zie hiervoor ook inleiding H5).

Noordenbos (1990) geeft ook aan dat motivatie geen opname-eis mag zijn, maar dat de motivatie moet groeien tijdens de behandeling en dat de behandeling ook gericht moet zijn op het motiveren van de betrokkene. Verhey (interview 2005) daar in tegen geeft aan dat de motivatie wel een opname-eis mag zijn voor een klinische behandeling. Theil (interview 2005) zit met zijn mening tussen Noordenbos en Verhey in. Hij benoemt dat de betrokkene wel behandeld moet willen worden, maar dat voor opname op een klinische unit nog meer geldt dat als het gezin het niet meer trekt er goed gekeken moet worden naar de mogelijkheid tot klinische opname. Ook als het de betrokkene niet lukt om binnen de ambulante behandeling toe te nemen in gewicht of zelfs afvalt is er reden voor een klinische opname.

Iets heel anders met betrekking tot de motivatie is dat de motivatie beschreven in dit hoofdstuk bedoeld is om aan jezelf te werken en te werken aan je genezing in de kliniek, maar wij kunnen ons zo voorstellen dat de betrokkene zich laat opnemen, onder druk van bijvoorbeeld de ouders, en alleen maar eet en aankomt om weer uit de kliniek te mogen om hierna weer de draad van het anorectische gedrag op te pakken.

Dit zou een reden kunnen zijn om in de kliniek minder te letten op het aankomen en zich nog meer te richten op de cognities en de veranderingen hierin. Dit kan ons inziens nooit kwaad, maar de casemanager (interview 2005) gaf nog een andere optie. Zij gaf aan dat als een betrokkene sterk genoeg is om middels extrinsieke motivatie in de kliniek voldoende te eten/aan te komen er goed gekeken moet worden of de behandeling niet voortgezet kan worden in het ambulante traject, aangezien deze betrokkene dus nog enige controle over zijn/haar handelen heeft en voldoende eet om niet op een gevaarlijk laag gewicht te zitten.

Tot slot vinden wij het nog van belang om naar voren te brengen dat motivatie voor hulp ook afhangt van de verwachtingen die er van die hulp zijn. Goede informatie geven over de aard van de hulpverlening is hierom van groot belang. Het idee dat mensen met anorexia nervosa hebben, namelijk dat ze in de behandeling alleen hun eetgedrag moeten loslaten en hier niets voor terug krijgen, moet dan ook worden weggenomen.

Benoeming van beschrijvingen van geslaagde vormen van herstel kunnen motiverend werken, het helpt hierbij om de betrokkene in contact te brengen met iemand die al meer hersteld is of compleet hersteld is van anorexia nervosa.

Hoofdstuk 3 Instandhoudende factoren

Bij anorexia nervosa spelen meerdere factoren mee die ervoor zorgen dat de anorexia nervosa in stand wordt gehouden. Deze factoren zijn onder anderen: lichaamsbeeld, zelfbeeld, zelfwaardering, zelfrespect, zelfvertrouwen, zelfstandigheid, perfectionisme, ontspanning, algemeen functioneren, probleemoplossend vermogen, cognities en systeem & gezin. De verschillende factoren zijn niet los te zien van elkaar. Het ene kan een nauwe samenhang hebben met het anderen. Omdat deze verschillende factoren een belangrijke rol spelen bij het instandhouden van de stoornis denken wij ook dat deze factoren niet alleen een belangrijke rol spelen bij een terugval tijdens, maar ook na de behandeling.

Kennis over instandhoudende factoren is volgens Vandereycken e.a (2002) van belang omdat, wanneer er bekend is waarom een eetstoornis blijft voortbestaan, de voorspelling luidt dat wanneer deze verantwoordelijke processen gemanipuleerd worden er veranderingen optreden in het gedrag, de gevoelens en de cognities. Daarom zullen we dan ook deze factoren in dit hoofdstuk verder uitwerken.

§ 3.1 Lichaamsbeeld

Bij de betrokkene speelt over het algemeen een dualistische denkwijze ten aanzien van het lichaamsbeeld. Er is een scheiding tussen: 'zelf' en 'lichaam'. Door deze scheiding poogt de betrokkene zichzelf een identiteit te verwerven door haar lichaam zo veel mogelijk te verkleinen en te vermageren. Men werkt het lichaam als het ware weg, en poogt de behoeften van het lichaam op extreme wijze te beheersen en aan hun wil te onderwerpen. Deze lichaamsbeheersing wordt door de betrokkene als een zeer bijzondere en waardevolle prestatie gezien (Noordenbos, G. 1990).

Er bestaat helaas geen standaardbehandeling om de lichaamsbeleving aan te pakken, dit proces is echter wel in stappen aan te geven (Vanderlinden, J. 2000):

- Stap 1: De beoordeling van de ernst van het probleem: De betrokkene moet wel weer wat gewicht hebben om een beoordeling van verstoorde lichaamsbeleving te kunnen geven omdat bij laag gewicht het gevoel afgevlakt is. Dit is van belang bij de evaluatie van de lichaamsbeleving.
- Stap 2: Analyse van de manieren waarop de betrokkene geprobeerd heeft het probleem van 'te dik zijn' oplossen. Opvallend is dat de betrokkene, bij de eigen oplossing 'het lijnen' eigenlijk meer ontevreden raakt. Het besef hiervan is een stap naar de ervaring van het lichaam en op zoek gaan naar strategieën om lichaamsbeleving te beïnvloeden.
- Stap 3: Afleiding zoeken. Met toename van het gewicht neemt ook het gevoel toe, dit is een afleiding voor negatieve gevoelens. Ook kan de betrokkene in deze stap een interne dialoog (overleggen met jezelf: is het de juiste beslissing die ik neem, waar ben ik nu mee bezig, wat zal ik eerst gaan doen, etc) aangaan met eigen gevoelens ten opzichte van het lichaam en hierbij gebruik maken van logisch denkvermogen.
- Stap 4: Praten over negatieve beleving. Schaamte en angst kunnen op deze wijze worden aangepakt.

§ 3.2 Zelfbeeld

Het begrip zelfbeeld wordt gebruikt voor het cognitieve geheugenschema dat de mensen van zichzelf hebben. Een zelfbeeld ontstaat door je contacten met andere mensen en ervaringen met de wereld om je heen of waarderen van het zelfbeeld. De waardering die je van je zelfbeeld hebt wordt de zelfwaardering genoemd (Rigter, J. 1998).

§ 3.3 Zelfwaardering

Zelfwaardering is de wijze waarop het individu zichzelf beoordeelt (Beemen, van, L 1995).

De zelfwaarde van de betrokkene hangt in het begin bijna alleen af van het uiterlijk en gewicht en in iets mindere mate van prestaties op school of werk. Bij het verhogen van die zelfwaarde is het belangrijk om te kijken wat er verder nog mee kan spelen, bijvoorbeeld relaties, hobby's, huisvesting, warmte, en dergelijke. (www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm)

Ook Vanderlinden (2000) benoemt dat zelfwaardering nauw samenhangt met het gewicht. Bij daling in gewicht krijgt men het gevoel superieur te zijn. Toename van gewicht zorgt voor angst en onrust. De betrokkene voelt zich dan niet goed in haar vel, is gefrustreerd en prikkelig. De zelfwaardering daalt en ook het zelfvertrouwen krijgt hierdoor een deuk.

Bij anorexia nervosa probeert de betrokkene door het vermageren te bewijzen dat men in staat is iets op eigen kracht te bereiken en zo meer eigen waarde te creëren voor zichzelf. De verworven identiteit die door deze vermagering is verkregen heeft echter een paradoxaal karakter. Het uitgemergelde lichaam verkondigt zowel de boodschap: 'Ik heb gewonnen, ik ben iemand' als het tegendeel ervan 'ik ben gewichtloos, ik ben leeg, ik ben niemand' (Noordenbos, G. 1990).

§ 3.4 Zelfrespect

Wat nauw samenhangt met de zelfwaardering is het zelfrespect. Zelfrespect is de manier waarop we onszelf als mens waarderen en hoe we tegen onszelf aankijken. Mensen met anorexia nervosa zijn vaak fijngevoeliger en niet opgewassen tegen het leven. Het perfectionistische karakter hangt hiermee samen. Het blijft voor alsnog onduidelijk of gebrek aan zelfrespect iets is waardoor een eetstoornis ontstaat of dat het gebrek aan zelfrespect wordt veroorzaakt door een eetprobleem (Dawson, D. 2001).

§ 3.5 Zelfvertrouwen

Zelfvertrouwen verwijst naar de positieve verwachting van het individu dat het taken tot een goed einde zal brengen. Het is een persoonlijke evaluatie en beoordeling. Het resultaat van denkprocessen over zichzelf door de jaren heen vormt een cognitief schema, waarin opgenomen wordt hoe men zichzelf ziet en waardeert. Dit geeft het zelfbeeld weer (Rigter, J. 1998; Beemen van, L. 1995).

Mensen met anorexia nervosa kampen vaak met een laag zelfvertrouwen. Het zelfvertrouwen komt voornamelijk tot stand in interactie met het systeem. Het is van belang te weten waardoor het gebrekkige gevoel van zelfvertrouwen in stand wordt gehouden.

Vaak zijn de negatieve levenservaringen van belang of het gezinsklimaat waarin vaak vergelijkingen worden gemaakt met succeservaringen oftewel met prestatiegerichtheid. Afhankelijkheid en loyaliteit worden beloond en gewaardeerd, zelfstandigheid en zelfdifferentiatie¹ worden bekritiseerd en afgewezen. Dit is te verbeteren door het opbouwen van realistisch zelfbeeld. Dit kan door een positief lijstje te maken (bijvoorbeeld in een dagboek), op een positieve manier tegen jezelf praten en negatieve ervaring op een realistische wijze proberen te herbenoemen.

Dit kan men bijvoorbeeld doen via het ABC-schema (Vanderlinden, J. 2000):

A, Situatie zo objectief mogelijk beschrijven.

B, Gedachten over situatie en jezelf.

C1, Emoties die aanwezig waren beschrijven.

C2, Gedrag beschrijven. Wat deed je en hoe reageerde je?

§ 3.6 Zelfstandigheid

De betrokkene is vaak erg afhankelijk van haar ouders en omgeving. Om anorexia nervosa tegen te gaan, is het van belang om zelfstandiger te worden. De betrokkene moet weer meer alleen kunnen doen. Dit kan een hele verandering zijn na een klinische opname. Om zelfstandiger te worden moet men volgens Vanderlinden (2000):

- Hulp en steun leren vragen en aanvaarden, ook buiten de therapeutische context.
- Contacten met leeftijdsgenootjes uitbouwen om zo het sociaal isolement doorbreken.
- Contact met jongens kunnen maken, hiervoor is vaak grote angst. Seksuele voorlichting beperkt de eigen fantasieën negatief. Seksuele psycho-educatie is hierom in de behandeling van groot belang.
- Opkomen voor eigen gevoelens en mening, niet alleen maar naar verwachtingen van anderen.
- Het probleem ook met de ouders kunnen bespreken; hoe kunnen zij bijdragen aan het vergroten van het zelfbeeld?
- Problemen leren op te lossen. Dit kan volgens het onderstaande schema.
 1. Beschrijf het probleem.
 2. Maak een realistische doelstelling.
 3. Leer methoden die aangewend kunnen worden om probleem op te lossen.
 4. Probeer concrete leermethoden uit.
 5. Evalueer gestelde doelen en gekozen oplossingen.

§ 3.7 Perfectionisme

Perfectionisme is het streven naar volmaaktheid (<http://www.vandale.nl>).

Mensen met anorexia nervosa zijn vaak perfectionistisch en bezitten een enorme prestatiedrang. Ze zijn streng voor zichzelf. Prestaties richten zich vooral op het studeren, sporten, uiterlijk voorkomen, streng zijn voor zichzelf en het huishouden.

Perfectionisme ontstaat als een karaktertrek (het is dus aangeboren) die in interactie met het systeem tot stand komt. Het zit in bepaalde opvattingen, oftewel in de cognitieve schema's. Men vindt dan men eerst moet afzien alvorens men een beloning verdient, en deze beloning krijgt men pas als iets perfect is gebeurd, anders wordt het verworpen of afgewezen.

In de behandeling is het van belang om actief vanuit de betrokkene te werken. De betrokkene moet dingen eerst gaan doen, hierna zullen vanzelf veranderingen in gedachten en gevoelens volgen. Neem kleine stapjes in het maken van veranderingen, vervolgens kunnen innerlijke dialogen aangegaan worden. Hiernaast zal, naar mate het gewicht daalt en de eerste signalen van lichamelijke uitputting zichtbaar worden, zoals snel vermoeid zijn, het perfectionisme verminderen simpelweg omdat de lichamelijke en

geestelijke mogelijkheden het laten afweten. Dit gebeurt echter pas in ver gevorderd stadium van anorexia nervosa. (Vanderlinden, J. 2000)

§ 3.8 Ontspanning

Het is van belang dat je jezelf weet te ontspannen als je je vaak onrustig, gespannen en angstig voelt. Ook kunnen hierdoor stress en paniek voorkomen worden als je de kliniek verlaat. Dit kan geleerd worden door activiteiten en relaxoefeningen:

- Lijstje maken van wat je angstig maakt en/ of stress bezorgt, dit om het eigen inzicht te vergroten.
- Opnieuw normale porties leren eten. Bij het toenemen van het gewicht worden betrokkenen vaak rustiger en het inzicht in wat normale porties zijn en deze zonder stress op te kunnen eten zorgen voor meer ontspanning tijdens de eetmomenten.
- Mogelijke taken opdelen in haalbare sub-taken, dit om de prestatiestress te verminderen.
- Lijstje opstellen met ontspannende activiteiten.
- Ontspannen aanleren via een geliefde activiteit.
- Een veilige plek voorstellen, waar de betrokkene met stress heen kan gaan of in gedachte kan opzoeken.

(Vanderlinden, J. 2000)

§ 3.9 Algemeen functioneren (sociaal, beroepsmatig en emotioneel)

Bij de betrokkene met anorexia nervosa speelt vooral het schoolse leven en bijbehorende vriendinnen een belangrijke rol. Een grote motivatie om weer in gewicht aan te komen hangt vaak samen met het weer terug willen gaan naar school en het meegaan in de activiteiten van leeftijdsgenootjes. En valkuil hierbij kan tevens zijn dat de motivatie om terug te gaan naar school zo groot is dat bij andere problemen en oorzaken te weinig wordt stilgestaan. (Vandereycken, W. e.a., 2002)

Wanneer we kijken naar herstel, kijken we eigenlijk naar het algemene functioneren van de betrokkene. Is zij in staat om op verschillende niveaus; sociaal, beroepsmatig en emotioneel, te functioneren. Vaak is de stap vanuit de kliniek naar de werkelijkheid een hele grote. Hierin maken zij veel veranderingen mee en lopen tegen verschillende moeilijkheden aan die zich voordoen op bovengenoemde drie niveaus. Wat tevens de cognitief therapeut (interview 2005) aangeeft is dat door deze stap in kleinere stapjes onder te verdelen de kans op succes wordt vergroot. Tevens denken wij dat hierdoor duidelijker naar voren kan komen op welk niveau, of niveaus, de betrokkene tegen problemen aan loopt en waar zij eventueel extra ondersteuning bij nodig heeft. Het algemeen functioneren van de betrokkenen kan dan eerder als succesvol worden ervaren.

§ 3.10 Probleemoplossend vermogen

Wat volgens Vandereycken (2002) nauw samenhangt met onder andere de zelfstandigheid is het probleemoplossend vermogen van de betrokkene. Veel jonge eetstoornispatiënten vertonen pseudo-autonoom gedrag, waarbij zij vaak een zelfstandig indruk maken. De betrokkene probeert vaak erg haar best te doen om zich aan te passen aan wat er van hen verwacht wordt. De betrokkene lijkt het in de behandeling dan ook redelijk te doen. Hierdoor kan men zich soms verliezen op hoe het met de betrokkene echt gaat.

Wij denken dat succeservaringen gedurende de behandeling van groot belang zijn. De ervaringen dat ze iets goed doen en hier ook trots op mogen zijn komen ten goede tijdens de behandeling. Om deze zelfstandigheid te stimuleren denken wij dat het van belang is om aandacht te besteden aan het probleemoplossend vermogen van de betrokkene. Vragen als, 'Hoe gaan zij met moeilijke situaties om?' en, 'Hoe proberen zij de problemen die ze tegen komen op te lossen?' staan hierbij centraal. .

Wanneer we kijken naar de zojuist beschreven instandhoudende factoren te weten: lichaamsbeeld, zelfbeeld, zelfwaardering, zelfrespect, zelfvertrouwen, zelfstandigheid, perfectionisme, ontspanning, algemeen functioneren en probleemoplossend vermogen denken wij dat deze bij elke betrokken wel in meer of mindere mate aanwezig zijn. Deze factoren moeten goed in de gaten gehouden worden en de betrokkene moet geleerd worden met deze factoren om te gaan, waardoor de betrokkene minder last ondervindt van de factoren. Ook als de betrokkene in eerste instantie zegt geen last van de factoren te hebben kan het van belang zijn de betrokkene de last in te laten zien en deze pogen te verkleinen. Deze factoren spelen ons inziens ook een grote rol bij een eventuele terugval na de behandeling. Wanneer wij kijken naar onze probleemstelling denken wij dat het van belang is om al tijdens de klinische behandeling bovengenoemde factoren voldoende aandacht te geven, waardoor deze factoren niet de reden van terugval kunnen zijn/worden.

Instandhoudende factoren kunnen een overrompeld effect hebben op de betrokkene als ze hiervan op de hoogte wordt gesteld. Het is hierom van belang dat de betrokkene ook vooral steun ervaart bij het leren omgaan met deze factoren, en het leren omgaan met veranderingen van deze factoren. Dat ze hierdoor het idee krijgt dat ze het allemaal wel aankan in plaats van te verdrinken in de grote hoeveelheid zaken waar nog aan gewerkt moet worden en de motivatie voor de behandeling hierdoor te verliezen. Ook kan

hierdoor de kans op terugval verkleind worden als de betrokkene in zichzelf gelooft en de motivatie kan volhouden.

Perfectionisme, zelfbeeld, eigenwaarde en controlebehoefte, kunnen wel een aanleiding geven tot niet eten, volgens de sociotherapeut (interview 2005) en zijn hierom van groot belang in de behandeling. Probleemoplossend vermogen en zelfstandigheid worden door de sociotherapeut als iets minder belangrijk gezien. Het is wel handig voor als iemand op school of thuis is, maar de jonge leeftijd speelt hierin natuurlijk ook nog een rol. Het kan ook voldoende zijn als ouders hun kind hier verder in kunnen helpen, net zoals ouders van 'gezonde' kinderen dit zullen moeten doen. Wij denken dat stimulering van de autonomie en zelfstandigheid een belangrijke bijdrage levert aan het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van de betrokkene. Aan de andere kant is het ook van belang om de succeservaringen, die samen moeten gaan met de zelfstandigheid, te waarborgen. Vanuit deze invalshoek denken wij dan ook dat het voor deze jongeren belangrijk is dat de zelfstandigheid wel wordt gestimuleerd, maar ook dat deze vanuit bijvoorbeeld de ouders binnen de perken wordt gehouden.

§ 3.11 Cognities

Wanneer we het hebben over anorexia nervosa dan hebben we het volgens Vandereycken e.a. (2002) stereotiep over drie mechanismen, te weten het abnormale eetgedrag, het negatieve lichaamsbeeld en de al of niet succesvolle pogingen om gewicht te verliezen. De facetten die het negatieve lichaamsbeeld en het abnormale eetgedrag in stand houden komen voort uit de verstoorde anorectische cognities. Duidelijk mag zijn dat de cognities van de betrokkenen van belang zijn voor het herstel en de kans op terugval na de behandeling. Ondanks het grote belang van deze cognities blijken zij in de praktijk moeilijk te meten: hierover bestaan dan ook verschillende theorieën. Algemeen is wel dat de behandeling zich moet richten op onder andere herstel van de lichaamsbeleving en de disfunctionele cognities. Verschillende disciplines, als cognitieve therapie en op de leefgroep, houden zich dan ook bezig met deze irreële cognities en gevoelens over lichaamsafmetingen en proberen deze in situaties ook uit te dagen. Hierdoor wordt er stilgestaan bij het cognitieve schema en wordt er gekeken naar hoe deze veranderd kan worden. De betrokkene wordt als het ware over haar eigen cognities aan het denken gezet.

Over cognities en anorexia nervosa is heel veel te vertellen. Aangezien ons onderzoek gericht is op terugvalpreventie zullen we ons dan ook voornamelijk hierop richten in plaats van een algemeen verhaal over de anorectische cognities te geven.

Kijkend naar de klinische behandeling op Curium van anorexia nervosa blijkt dat de anorectische cognities het langst blijven. *“Zij gaan niet weg als het gewicht weer hersteld is. De enige aangewezen behandeling hiervoor is de gedragstherapeutische behandeling door een cognitief therapeut, waarbij de betrokkene leert dat die gedachten onzin zijn”*, aldus de casemanager (interview 2005).

De behandelcoördinator van Curium (interview 2005) zegt ook dat je niet altijd kunt verwachten dat iemand na een klinische behandeling geen anorectische cognities meer heeft, want zij denkt dat als iemand eenmaal een eetstoornis heeft gehad het wel altijd een risico blijft om nog een keer terug te vallen. Wat ook de cognitief therapeut (2005) naar voren brengt is dat tijdens de klinische behandeling een basis gelegd wordt met betrekking tot het zuiveren van de anorectische cognities. Dat de anorectische cognities binnen zo'n korte periode niet geheel kunnen verdwijnen.

De anorectische cognities zullen dus ook na de klinische behandeling nog aanwezig zijn bij de betrokkene, simpelweg omdat de opname duur van een klinische behandeling veel te kort is om het langdurige proces van de omzetting van anorectische cognities naar gezonde cognities te bevatten. Wat hierbij dan van belang is volgens ons, is dat er richtlijnen zijn die aangeven in hoeverre de anorectische cognities nog aanwezig mogen zijn bij ontslag uit een kliniek. Dit om te zorgen dat deze cognities niet gelijk na het vertrek uit de kliniek zorgen voor een terugval. Wij stuiten hierbij op het feit dat cognities voor alle personen, met of zonder anorexia nervosa, verschillend zijn en dat het dus erg lastig is om deze op papier te omschrijven.

Het is bekend dat de anorectische cognities niet geheel weg zijn na het ontslag uit de kliniek, men zou hier als behandelaars dus nog iets mee moeten doen. Op Curium merken wij dat de psychomotore therapeut of de cognitief therapeut na de behandeling nog korte tijd contact kunnen houden met de betrokkene. Er is echter geen samenwerking met het nazorgtraject. Ook loopt men tegen de leeftijdsgrens aan, want als een betrokkene 18 jaar is heeft Curium geen zeggenschap meer over deze persoon en valt de betrokkene onder de volwassenpsychiatrie. De betrokkene krijgt dan dus met andere hulpverleners te maken, als de nazorg al geregeld wordt, en zal opnieuw vertrouwen moeten opbouwen in deze relaties. Dit is echter iets wat door de betrokkenen als zeer lastig wordt ervaren en gezien kan worden als een stap terug in de behandeling, wat een uitlokker voor terugval kan zijn.

De betrokkene zal ook merken dat haar anorectische cognities niet geheel zijn verdwenen na het ontslag uit de kliniek. Zij zal ook te horen krijgen dat deze anorectische cognities nog vele jaren bij haar zullen

horen en ook als ze hiervoor in behandeling blijft bij bijvoorbeeld een cognitief therapeut. Deze wetenschap kan voor de betrokkene als onoverzichtelijk en te moeilijk gezien worden, waardoor ze het opgeeft om nog verder te vechten tegen de anorectische cognities. Wij denken dat een terugval hiervan het gevolg zal kunnen zijn. Steun en begrip hiervoor vanuit de behandelaars, maar ook vooral vanuit het systeem zijn dan ook van groot belang om te zorgen dat de betrokkene het volhoudt om tegen de anorectische cognities in te gaan in plaats van zich te schikken naar de anorectische cognities.

§ 3.12 Systeem en gezin

Het wordt de laatste tijd meer en meer duidelijk dat de behandeling van anorexia nervosa gebaat is bij het betrekken van het gezin en het systeem (Vandereycken, W. 2002). Wij zullen hieronder uitleggen waarom dit van belang kan zijn.

§ 3.12.1 De rol van de ouders en het gezin

De moderne psychologie zegt dat de schuld of oorzaak van anorexia nervosa zoeken in tekortkomingen van anderen op de lange termijn contraproductief kan zijn. De ouders kunnen de betrokkene juist leren zichzelf objectief te bekijken en een kijk op anderen te ontwikkelen. De schuld van anorexia nervosa bij ouders leggen zorgt ervoor dat essentiële steun wegvalt.

Het is van belang dat de ouders goed onderling contact hebben om de zorgen te bespreken en hun eigen gevoelens kwijt kunnen, zodat ze niet uitgeput en gefrustreerd raken (Noordenbos, G. 1990; Claude-Pierre, P. 1997).

In het gezin speelt bij het instandhouden van anorexia nervosa mee dat het gezin zichzelf vaak als probleemloos ziet. De betrokkene moet losgeweekt worden van het gezin en meer een eigen ik ontwikkelen. Dit kan bereikt worden door de ouders beter te laten samenwerken en de vader meer in de opvoeding te betrekken. De band tussen moeder en dochter kan zo losser gemaakt worden en de dochter kan aangemoedigd worden tot een zelfstandigere ontwikkeling in contact met leeftijdsgenootjes (Noordenbos, G. 1990).

Volgens Vandereycken (1997) is herstructureren van de gezinssituatie onvoldoende om veranderingen op de lange termijn te verkrijgen. Wel kan het onderdeel zijn van de integratieve benadering (voor uitleg zie hoofdstuk 5 behandeling, of verklarende woordenlijst), welke volgens hem noodzakelijk is. Anorexia nervosa wil ook niet altijd zeggen dat het gehele gezin problemen heeft. Er moet dus altijd eerst goed gekeken worden naar het gezin en de gezinsstructuren voordat gezinstherapie ingezet wordt als behandeling. Verhey (2004) geeft echter ook aan dat binnen een gezin je niet alleen aan tafel zit, de betrokkene doet dit met anderen en in het gezichtsveld van anderen. Eetproblemen geven dan ook zorgen en iedereen in het gezin merkt er iets van. Maar als je aan de betrokkene vraagt wie zij denkt dat dit probleem rond eten en gewicht op kan lossen, zal zij vaak met een autonoom antwoord 'Ik' antwoorden. Wij denken dan ook dat het gezin zeker niet los te koppelen is van de behandeling. Wat ook Verhey (2004) aangeeft is dat de betrokkene het werk zal moeten doen, maar dat dit niet zonder de steun van de ouders, de broers en de zussen is te doen.

§ 3.12.2 De rol van de omgeving

De omgeving heeft een grote invloed op de betrokkene. Na verloop van tijd krijgt de betrokkene steeds meer negatieve reacties. In plaats van minder verlegen te worden en er meer bij te horen, trekt de betrokkene zich terug uit de sociale contacten. De omgeving neemt de betrokkene niet langer serieus, ze vertrouwt haar niet meer.

Hoe groter het wantrouwen van de omgeving, hoe slimmer de betrokkene wordt in het bedenken van oplossingen en in manipulaties van de omgeving.

Naast deze negatieve kant van de omgeving, kan de omgeving ook interveniëren in het gedrag van de betrokkene. Het is hiervoor wenselijk dat de betrokkene een vertrouwensrelatie heeft met iemand uit de omgeving, die bereid is haar problemen te bespreken en te onderkennen, zonder de betrokkene direct aan te zetten om meer te gaan eten. Dwingen te eten werkt over het algemeen averechts; de betrokkene gaat het eetgedrag ontkennen en zoekt meer trucjes om de schijn op te houden, in plaats van het bespreekbaar maken van het lijngedrag en achterliggende motieven en angsten bespreekbaar maken. Deze vertrouwenspersoon kan ook iemand van school zijn. Leerkrachten moeten dan wel voldoende over de beginnende symptomen van de eetstoornis weten. Hiernaast moeten ze door de 'perfectie' van de leerling heen kijken en haar juist extra aandacht geven. Ook een schoolarts kan openlijkere vragen stellen over eetgewoonten, wens van vermageren etc. bij kinderen met een gering gewicht.

Probleem op dit moment is dat de omgeving en ook de ouders vaak pas in een heel laat stadium anorexia nervosa herkennen, als ze het al zelf herkennen.

Er zullen dus meer handvaten moeten komen voor de omgeving om anorexia nervosa te herkennen. Hiernaast moet men leren het eetgedrag niet te bestraffen, aangezien men dan alleen maar stiekemer

gaat eten, maar juist de aandacht richten op de onderliggende problemen, als perfectionisme, zelfstandigheid, zelfrespect, etc. (Noordenbos, G. 1990).

Ook tijdens en na de behandeling is het van belang om de omgeving een belangrijke rol te geven. Zo geeft de ouderbegeleidster in een interview (2005) aan dat de link naar het gezin erg belangrijk is. *“Het kind is, en blijft, toch een deel van thuis, van een systeem.”* Gedurende het ziekteproces zal dit systeem hierin betrokken moeten worden (Meer verduidelijking hierover zie hoofdstuk 5).

§ 3.12.3 Risicofactoren in het gezin voor het ontwikkelen en/of instandhouden van anorexia nervosa

Een risicofactor voor het ontwikkelen en instandhouden van anorexia nervosa is als gezinnen veel nadruk leggen op prestaties en het iets in de maatschappij moeten betekenen.

Ook de taakscheiding van ouders kan een rol spelen. Een traditionele taakscheiding (moeder zorg en huis, vader werk en straffen) waarin vaders vaak afwezig zij lijkt ook een risicofactor te zijn. Ouders die de zelfstandigheidsbevordering vooral richten op uiterlijke zaken (schoolprestaties, kleren) en op praktische zaken (kleren kopen, e.d), en in veel mindere mate met wat er in de betrokkene omgaat en waarin met name de emotionele beleving niet ter sprake komt kan een risico zijn.

Vaak blijkt dat in gezinnen waar anorexia nervosa voorkomt men sterke meningsverschillen of conflicten niet of nauwelijks uit. Ook het vermijden van conflicten speelt hierbij vaak een grote rol. Vaak wordt ook een van de ouders of beiden als emotioneel gesloten, neerslachtig of depressief ervaren.

Meestal wordt er vooral terughoudend of op negatieve wijze over seksualiteit en lichamelijkeheid gesproken. Mensen met anorexia nervosa voelen zich meer verantwoordelijk voor hun ouders dan anderen. Deze zorgen delen ze echter niet met anderen. Ze proberen ze zo min mogelijk tot last te zijn of problemen op te leveren. Ze houden er overdreven rekening mee en hebben het idee niet over hun eigen gevoelens te kunnen spreken.

Er is geen duidelijk antwoord of er een relatie is tussen seksueel misbruik en anorexia nervosa. Wel is verstoord eetgedrag een mogelijk signaal voor seksueel misbruik en veronderstellen we dat conflicten rond seksualiteit een rol spelen bij anorexia nervosa (Noordenbos, G. 1990).

Een ander belangrijk onderdeel van risicofactoren binnen het gezin zijn de Expressed Emotions (E van de ouders. Hiermee worden de onderliggende eisen en verwachtingen bedoeld. Een hoge EE wordt in verband gebracht met een slechtere prognose. En kritische houding, vijandigheid en overbezorgdheid vanuit ouders kunnen een nadelig effect hebben. Zo is het bijvoorbeeld bekend dat cliënten die een psychose hebben ondergaan niet goed opgewassen zijn tegen de geuite eisen en verwachtingen van hun dierbaren, wat vaak de ouders zijn. De casemanager (2005) geeft aan dat een hoge EE ook een slechte prognose bij anorexia nervosa heeft. De ouderbegeleider geeft hierbij aan dat je in zo'n geval moet benoemen, naar ouders toe, wat je ziet (<http://web.inter.nl.net/hcc/F.Strijthagen/liberman.html>; <http://www.gr.nl/pdf.php?ID=124>).

“Als je benoemt wat je ziet, het valt me op dat.. Op een respectvolle manier. En in de tussentijd heb je als een behandelrelatie want het kind ken je als en als het goed is kan je een boel bespreken met de ouders als de boel niet verziekt is en in de meeste gevallen kan je dat ook wel. Als je zegt wat je ziet betekent het vaak dat je daar een gesprek over aangaat of ouder zeggen dat doe ik helemaal niet. En dan kan je zeggen dit valt me op en dan moet je het ook wel kunnen beargumenteren.”

Wij vinden het belangrijk dat er binnen het gezin en het systeem mogelijke risicofactoren worden onderzocht. Wanneer er verhoogde risicofactoren aanwezig zijn zal hier tijdens de behandeling iets mee gedaan kunnen worden. Om mogelijke risicofactoren op te kunnen vangen zal er ook gekeken moeten worden naar het draagvlak van de ouders en het gezin. (Meer hierover in hoofdstuk 5; systeemtherapie) Dit om de kans op een terugval na behandeling te verkleinen.

§ 3.12.4 Richtlijnen voor de ouders om te helpen bij de genezing

De gezinsleden moeten beseffen dat anorexia nervosa geen modegril is en zij moeten de ernst van anorexia nervosa onderkennen. De betrokkene is het slachtoffer van zijn obsessie. Een goede voorlichting en informatie over anorexia nervosa zorgt ervoor dat ze zich kunnen inleven in de belevingswereld van de betrokkene en zo de betrokkene beter kunnen begrijpen en vooral ondersteunen. Men zal niet op een verwijtende manier zijn gevoelens moeten uiten, maar juist de gevoelens op een rustige wijze moeten tonen en bespreken. Hiernaast dienen ruzie, verwijten, roepen en tieren vermijden te worden.

Het is van belang om de vertrouwensrelatie met de betrokkene in tact te houden of te herstellen. Bij jongeren geen sterke controle en betrokkenheid, meer zelfstandigheid en losmaken. Vergeet zeker als ouder niet om ook aandacht aan andere kinderen te geven en te praten met hen over hun gevoelens. Daarnaast is het belangrijk te investeren in de eigen relatie, zodat je deze niet vastloopt.

Als laatst is het aan te raden om de gewichtscntrole aan een professional over te laten, zodat men zelf niet in conflict komt met de betrokkene hierover en de vertrouwensband hierdoor beschadigt kan worden (Noordenbos, G. 1990).

Hoofdstuk 4 Terugvalpreventie

In dit hoofdstuk leggen wij uit wat de begrippen preventie en terugval inhouden en wat het kan betekenen in en na een behandeling. Tevens wordt er uitgelegd wat factoren zijn waaraan een terugval te herkennen is en wat er aan een terugval gedaan kan worden.

§ 4.1 Preventie en terugval

Voordat we ons specifiek zullen gaan richten op terugvalpreventie zullen wij ter verduidelijking allereerste het begrip preventie en daarna het begrip terugval nader verklaren.

§ 4.1.1 Preventie

De definitie van preventie is: *“Het door middel van doelgerichte, georganiseerde activiteiten voorkomen van ernstige problemen bij mensen, of het voorkomen van een verergering daarvan.”*

Volgens deze omschrijving richt preventie zich op problemen die als ernstig worden ervaren door de persoon of omgeving waarbij het functioneren van deze belemmerd wordt en men zelf geen oplossing meer kan vinden.

Binnen het brede terrein van preventie is er door Caplan (1964) nog een onderscheid in aangebracht, te weten de primaire, secundaire en tertiaire preventie. De verschillende vormen van preventie die van toepassing zijn op onze probleemstelling zullen wij hier nader toelichten.

- Primaire preventie: preventie bij anorexia nervosa is te zien als een vorm van primaire preventie omdat we middels ons onderzoek willen voorkomen dat er na de behandeling een probleem, het opnieuw optreden van kenmerken van de stoornis anorexia nervosa, ontstaat. Verder richt de primaire preventie zich op het opsporen van risicofactoren die de ziekte veroorzaken of aan de ontwikkeling ervan bijdragen.
- Secundaire preventie: preventie bij anorexia nervosa richt zich tevens op het vroegtijdig herkennen van signalen die duiden op het ontstaan van een probleem. Hierdoor kunnen er stappen ondernomen worden voordat er werkelijk een probleem, het verder ontwikkelen van de stoornis anorexia nervosa, ontstaat. Ook tracht de secundaire preventie de morbiditeit en chroniciteit van de ziekte te verminderen door vroege herkenning en interventie in het begin van de ontwikkeling van de eetstoornis.
- Tertiaire preventie: preventie waarbij men zich richt op de afname van de stoornissen, door op herstel gerichte behandeling van personen die de stoornis reeds ontwikkeld hebben (Roos de, S. e.a. 2003; <http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm>).

Preventie wordt ook wel voorzorg genoemd en is erop gericht om erger worden van iets te voorkomen. Verder wordt er aangegeven dat preventie altijd zal gebeuren door interventie, oftewel via bemoeienis of tussenkomst. Tot interventie kunnen verschillende personen overgaan. In eerste instantie valt hierbij te denken aan de betrokkene zelf. Verder kan het systeem en ook de (huis)arts een belangrijke rol spelen bij deze interventie (<http://www.vandale.nl>).

§ 4.1.2 Terugval

Voor terugval zijn veel verschillende benamingen te vinden. Zo spreekt men over achteruitgang, afname, neergang, recessie, inzinking, vermindering en nog vele anderen. Wij kiezen voor het begrip terugval in omdat deze ook binnen Curium gehanteerd wordt. Hiernaast vinden wij dat dit begrip in één woord duidelijk weergeeft waar het omgaat.

De definitie die wij voor terugval na behandeling van anorexia nervosa hanteren is: *“Terugval is een hernieuwd optreden van anorexia nervosa verschijnselen na een periode van herstel. Je spreekt van terugval wanneer er weer sprake is van verschijnselen na een succesvolle behandeling en een klachtenvrije periode”* (Blok, J.A. e.a. 1999; <http://www.bumin.nl/frames.php3?f=/botp2.php3>).

§ 4.2 Terugvalpreventie

Kenmerkend voor de stoornis anorexia nervosa is dat er na behandeling regelmatig spraken kan zijn van een terugval. Wij richten ons op het voorkomen van deze terugval oftewel; terugvalpreventie.

§ 4.2.1 Definitie

De definitie van terugvalpreventie die wij gebruiken is: *“Het doelgericht en georganiseerd voorkomen van een terugval in het oude (ongewenste) gedrag door een cliënt.”* (de Roos, S. e.a. 2003)

Wanneer we het hebben over terugvalpreventie van anorexia nervosa bij jongeren is het van belang om ook de ernst en vorm van de stoornis in kaart te brengen. Al eerder is in hoofdstuk 1 naar voren gekomen wat anorexia nervosa is en wat de oorzaken en gevolgen die hieraan verbonden zijn inhouden. Wat wij

hier nog willen benadrukken is dat de stoornis bio-psycho-sociaal van aard is. Dit houdt tevens in dat wanneer we kijken naar de terugvalpreventie we deze ook vanuit een bio-psycho-sociaal model moeten benaderen.

Om preventief te werk te kunnen gaan dient men dan ook rekening te houden met risicofactoren die kunnen leiden tot een eetstoornis; culturele, sociale, psychologische en biologische factoren (Noordenbos, G. 1990).

§ 4.2.2 Belang van terugvalpreventie

Officiële cijfers geven aan dat slecht: 30% van de anorexiapatiënten goed herstelt. 40% blijft chronisch op een te laag gewicht, maar heeft een vrij normaal leven. Nog eens 30% komt nooit van de ziekte af of overlijdt eraan. Verder is bij anorexia nervosa de kans groot dat het na een behandeling een periode minder goed gaat. Eenderde van de mensen met anorexia nervosa valt na behandeling terug in het oude gedrag. Kijkend naar bovengenoemde gegevens wordt duidelijk dat het belang van terugvalpreventie in grote mate aanwezig is. Door aandacht te richten op terugvalpreventie wordt de kans dat meer dan 30% goed herstelt, vergroot. Terugvalpreventie heeft als doel dat anorexiapatiënten minder snel terugvallen in hun oude gedrag waardoor de stoornis zich niet opnieuw kan manifesteren

(http://www.eetstoornis.info/cms/cms_ken.nsf/0/f2a78f27021218b5c1256f3200305bed?OpenDocument).

Deze cijfers zijn een landelijk gemiddelde. Wij wilden graag ook de cijfers van Curium zien voor ons onderzoek. Wij kwamen er achter dat Curium helemaal geen cijfers/zicht heeft op hoe het met de betrokkene na de klinische behandeling gaat, tenzij de betrokkene nogmaals in Curium moet worden opgenomen. Alleen een arts van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) ziet betrokkene na de behandeling nog 1x per jaar om te kijken hoe het met het gewicht staat. Ook psychomotore therapie of de cognitieve therapie kan nog een korte tijd doorlopen na de klinische behandeling, maar contact hierover met de behandelverantwoordelijken van de klinische opname is er niet. Een duidelijk nazorgprogramma moet nog worden uitgewerkt.

De casemanager (interview 2005) geeft 2 redenen waarom Curium geen cijfers hierover in het bezit heeft:

1. De betrokkenen verdwijnen uit het zicht. Dat heeft voornamelijk met de leeftijd te maken want vanaf het moment dat zij 18 jaar zijn vallen zij niet meer onder de jeugdhulpverlening van Curium.
2. Curium heeft pas sinds twee jaar een afdeling voor eetstoornissen. Hierdoor zijn er weinig gegevens over terugval en verloop van de betrokkene na de opname.

Noordenbos (1990) zegt in het algemeen het volgende over het belang van preventie. Zij geeft aan dat er een toenemend aantal vrouwen met een eetstoornis zijn, dat eetstoornissen vaak langdurig van aard zijn en moeilijk herstelbaar wanneer zij eenmaal zijn ontwikkeld en dat hoe langer de eetstoornis duurt hoe moeilijker het herstel wordt en des te groter de kans op chroniciteit is. Wanneer een patiënt hersteld is, is het dan ook van belang om bovengenoemde factoren mee te nemen om zo de kans op terugval te verkleinen.

Duidelijk is dat anorexia nervosa moeilijker te genezen is. Wat Agteren H. van, psychotherapeut en medeoprichter van de Ursula-kliniek, aangeeft: *“Het probleem is dat nog steeds niemand weet hoe je anorexia nervosa moet behandelen. We weten alleen wat helpt. Een ander probleem waar behandelaars op stuiten is het feit dat vrijwel geen anorexiapatiënt hetzelfde is en ook de aard van ziekte verschilt.”* Dit geeft tevens aan dat wanneer een cliënt uit een klinische opname is ontslagen het niet gelijk inhoudt dat zij ook genezen is (psychologie magazine, juli 2000).

Het is reëel om te verwachten dat er in het begin fouten worden gemaakt bij de uitvoering van geadviseerd gedrag, of dat de betrokkene zich niet houdt aan afgesproken instructies. Dit kan tot gevolg hebben dat de betrokkene denkt dat zij het toch niet kan met als mogelijk gevolg dat het gehele advies van tafel verdwijnt. Van belang hierbij is om de weten hoe de betrokkene met deze fouten omgaat en waar zij ze aan toe schrijft. Samen met het gegeven dat de stoornis gemiddeld een paar jaar duurt (gemiddeld tussen de 3 en de 7 jaar) en dat het moeilijk is om anorexiapatiënten te genezen wordt het belang van terugvalpreventie meer duidelijk (de Roos, S. e.a. 2003).

§ 4.2.3 Terugvalpreventie bij alcohol en drugs misbruik

Een andere link vanuit anorexia nervosa naar alcohol en drugs misbruik hebben wij al eerder in hoofdstuk 2 gemaakt. Hierin is naar voren gekomen dat het vijf fasen model van Prochaska en DiClemente, en het motivationeel interviewen van Miller en Rolnick, oorspronkelijk werd toegepast bij de behandeling van alcohol en drugsmisbruik.

In de wereld van eetstoornissen werd er pas vanaf 1980 geschreven over mogelijkheden van preventie bij eetstoornissen en in 1987 werd er pas voor het eerst aandacht aan geschonken op het internationaal congres over eetstoornissen. Onderzoek naar preventieve mogelijkheden staat dan ook nog erg in de

kinderschoenen (Noordenbos, G. 1990). Ook nu nog merken wij dat het vinden van informatie en methoden over preventieve activiteiten, en dan m.n. over terugvalpreventie, in schaarste aanwezig is. Om deze redenden zijn wij voor informatie over terugvalpreventie uitgeweken naar de gebieden bij alcohol en drugs misbruik.

§ 4.2.4 Terugvalpreventie tijdens klinische behandeling

In onze probleemstelling geven wij al aan dat het van belang is om de terugvalpreventie al te starten en een vorm te geven binnen de klinische opnameperiode. Terugvalpreventie na behandeling of als onderdeel van het nazorgcircuit. Dit laatste is overigen tevens een vorm waar wij achter staan.

§ 4.3 Kenmerken van terugval

Een terugval bij anorexia nervosa kan per betrokken verschillen. Toch zijn er wel overeenkomsten binnen deze terugvallen te herkennen. Omdat wij ons richten op terugvalpreventie na de klinische behandeling zullen wij een onderscheid maken tussen de terugvallen tijdens en de terugvallen na de behandeling.

§ 4.3.1 Terugval tijdens de klinische behandeling

Ons onderzoek richt zich voornamelijk op terugval na de behandeling, maar ook tijdens de behandeling komt er regelmatig een kleine of grote terugval voor. Wij vonden dat terugval binnen de behandeling ook even aan de orde moest komen binnen dit hoofdstuk, omdat een onderdeel van terugvalpreventie het herkennen van een terugval is. Ook een terugval binnen de behandeling speelt dan een rol in het herkennen en voorkomen van een terugval na de benadeling. Vanderlinden (2000) wijst erop dat bij anorexia nervosa een langdurige behandeling nodig is en dat het een proces van vallen en opstaan is, zowel tijdens als na de behandeling.

Een belangrijk onderdeel van omgaan met een terugval is dat de patiënt weet dat de kans op terugval aanwezig is en dat dit een onderdeel van de behandeling en het herstelproces is. Op de hoogte zijn hiervan is van invloed op de motivatie voor verdere behandeling en het herstel van de patiënt. Verder denken wij dat er tijdens de behandeling gekeken kan worden hoe de patiënt de terugval ervaart en hanteert en zodoende ook welke vaardigheden zij nog onvoldoende beheerst of welke valkuilen er aanwezig zijn. In de beginfase mag er verwacht worden dat niet alles gelijk goed gaat. 'Fouten' die dan gemaakt worden hebben dan vaak een tijdelijk karakter. Zij kunnen echter wel leiden tot ontmoediging en demoralisering. Een gevolg hiervan kan zijn dat de betrokkene het nieuwe geleerde gedrag opgeeft. Wij denken dat het belangrijk is om na te gaan hoe de betrokkene haar 'fouten' attributeert. Wanneer er ontmoediging optreedt is anders leren denken, cognitieve herstructurering van belang (Bloks, J.A. e.a. 1999; Gerards, F 1989).

Op Curium wordt een terugval door de behandelcoördinator (interview 2005) gezien als een moment om te kijken wat er mis is gegaan en als een moment wat heel serieus genomen wordt, want er is wel echt een probleem en dat is ergens door veroorzaakt en dat moet worden uitgevonden. Dit wordt ook teruggegeven aan de betrokkene. De betrokkene moet, samen met het behandelend team, de rust nemen om uit te zoeken wat de oorzaak is en om te bekijken hoe het nu verder moet gaan.

De behandelcoördinator (interview 2005) is van mening dat een terugval, zowel tijdens als na de behandeling, met de motivatie te maken heeft en vaak ontbreekt het bij eetstoornispatiënten nog wel eens aan de motivatie. Ook op de groep wordt er vanuit gegaan dat afvallen niet zomaar per ongeluk gebeurt. Afvallen gebeurt als er structureel iets mis gaat en ook niet, of niet voldoende, aankomen wordt gezien als een terugval. Binnen het fasesysteem is het dus de bedoeling dat je groeit en aankomt.

Wanneer er sprake is van een terugval wordt er ook wel gekeken naar waar het nou mis ging en de cognities, en wat er nou voor de betrokkene moeilijk was. Met een sociotherapeut en de behandelcoördinator worden deze punten besproken. Er wordt overigens ook gekeken naar de dieetlijst. Dit om uit te kunnen sluiten dat de oorzaak van het afvallen buiten de betrokkene ligt.

§ 4.3.2 Terugval na de klinische behandeling

In een interview met de sociotherapeut (2005) komt naar voren dat er wel wordt gekeken naar een eventuele terugval na de behandeling. In het algemeen wordt er gekeken hoe het met de betrokkene gaat; *"Eet ze bijvoorbeeld de boterham alleen op als wij ernaast zitten of doet ze het ook wanneer wij er niet bij zijn?"* Bij ontslag ga je er wel vanuit dat ze zover zijn maar zeker weten doe je het niet. Op Curium wordt dit nu wel geprobeerd zo goed mogelijk op te vangen door de dagbehandeling in het faseprogramma te hebben toegevoegd. Je kunt op deze manier duidelijker kijken naar hoe ver ze nu daadwerkelijk zijn. Het gewicht is hiermee een duidelijke meetlat want wanneer het niet lukt buiten de kliniek, of de anorectische cognities nog te veel aanwezig blijken te zijn, zullen de betrokkenen stoppen met aankomen wanneer ze hun streefgewicht nog niet hebben behaald, of afvallen.

Wanneer we kijken naar de kans op een terugval na de klinische behandeling denken wij dat deze onder te verdelen zijn in kleine terugvallen en grotere terugvallen. Onder een 'echte' terugval verstaan wij dat de betrokkene duidelijk veel afvalt en ook weer in de gevarenzone terecht kan komen. Over deze laatste terugval geeft de sociotherapeut (interview 2005) aan dat je deze wel kunt voorkomen. Dit omdat er vaak nog een arts aan verbonden is die de lichamelijke gesteldheid in de gaten houdt. Bij Curium is de behandeld arts van het Leids Universitair Medische Centrum (LUMC) degene die deze signalen in het eetstoornissen overleg, een overleg waarbij zowel disciplines van het LUMC als van Curium aanwezig zijn, naar voren brengt. Op deze manier komt bijvoorbeeld ook de casemanager in contact met de betrokkenen. *"Het eetstoornissenoverleg is eigenlijk de eerste preventie. Tenminste zo zie ik het."*, aldus de sociotherapeut. Wij vinden dat kleinere terugvallen na de klinische behandeling wel voldoende aandacht moeten krijgen. Dit omdat een kleine terugval ook als signaal gezien moet worden dat de betrokkene nog onstabiel functioneert en zo denken wij dat deze persoon nog hulp nodig heeft.

Wij denken dat niet alleen de arts maar dat ook anderen personen als signaalfunctie zouden moeten functioneren. Zo hebben bijvoorbeeld ouders, maar ook school een belangrijke rol in het herkennen van een terugval na de klinische behandeling. Ouders en school zullen dan echter wel goed geïnformeerd moeten worden over mogelijk terugvalsignalen, maar ook over hoe hier met de betrokkene mee om te gaan.

§ 4.3.3 Voorspellers en uitlokkers van een terugval na een klinische behandeling

Het is lastig, misschien wel onmogelijk, om hier even te beschrijven wat de factoren zijn die terugval veroorzaken. Als deze factoren al bekend waren dan was de terugval al veel minder of zelf helemaal niet meer voorkomend, aangezien men dan de behandelingen er al op aan had kunnen passen. Maar er zijn natuurlijk een hoop redenen die al aanwijzen dat de kans op terugval groot is;

Volgens Vanderlinden (2000) zijn de eerste zes maanden na de klinische behandeling zijn vooral cruciaal. De kans na deze periode op blijvend herstel is groot. Dawson (2003) geeft aan dat men er in gezinnen die zijn vastgelopen en problemen hebben waar niemand een oplossing voor wil vinden, vanuit kan gaan dat de patiënt bij terugplaatsing in dit gezin een hoge kans op terugval bestaat. Verhulst en Verhey (2002) wijzen erop dat ook na de behandeling er nog anorectische cognities aanwezig zijn. Met name obsessies met betrekking tot voedsel en gewicht verhogen de kans op terugval. Wij denken dat ook de sterkte en de hoeveelheid van deze cognities zeker een reden tot terugval kunnen zijn.

Andere belangrijke voorspellers van terugval zijn:

- braken
- laaggewicht
- langere duur van de stoornis
- aanhoudende overwaarding van gewicht en figuur
- co-morbiditeit, m.n. angst en stemmingstoornissen

Naast deze voorspellers zijn er ook uitlokkers voor terugval. Bloks (1999) vult dit aan met;

"Terugval kan worden uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen. De betrokkene reageert op zo een geval snel met hulpeloosheid, hetgeen een terugval kan veroorzaken. Terugval kan ook een reactie zijn op beroepsstress, vakanties, relatieproblemen etc."

Verder kan de kwetsbaarheid voor eetstoornissymptomen kan jaren duren. Symptomen bieden vaak een houvast en bescherming. Tijdens behandeling is een toename egodystone beleving van eetstoornissymptomen. Er wordt afstand genomen van gedragingen, gevoelens en gedachten die de betrokkene als eigen ik beschouwde. Na herstel kan hier echter een verlangen naar ontstaan, wat de kans op terugval kan vergroten. Dit kan ook gepaard gaan met emotionele reacties van rouw. Te denken valt hierbij aan; angst, neerslachtigheid, vervreemding, boosheid en/ of schuld.

Kortom voorspellers en uitlokkers kunnen omgezet worden in risicosituaties. Onder risicosituaties verstaan wij: een situatie die aanleiding geeft voor anorectisch gedrag en het ontbreken van vertrouwen bij de betrokkene om met deze situaties adequaat om te gaan. Een risicosituatie zo vinden wij. Met alle beschikbare gegevens, zoals dagboeken, eetdagboeken, therapieaantekeningen e.d., kunnen per individu deze gegevens opgespoord worden.

Hoewel de risicosituaties voor elke patiënt verschillen, zijn er wel een aantal gemeenschappelijke, veel voorkomende situaties te beschrijven.

Wij zullen deze hieronder puntsgewijs benoemen (Bloks, J.A. e.a. 1999):

- Negatieve emoties; angst nervositeit, eenzaamheid, frustratie, boosheid, verdriet enz. Patiënt zoekt troost en houvast in lijnen.
- Mislukkingen; vanwege perfectionistische instelling kunnen deze extra hevige emoties oproepen. Iets goed willen doen kan verval inhouden.
- Positieve emoties en behaalde successen kunnen de patiënt op het idee brengen, 'het gaat nu zo goed dan kan ik ook wel wat minder eten.'
- Interpersoonlijke conflicten en relatieproblemen kunnen met onvoldoende vaardigheden hiervoor een terugval uitlokken.
- Aanmoedigingen van anderen kunnen verleiding om te doen uitlokken.
- Stressvolle werksituaties en onvoldoende sociale vaardigheden kunnen ervoor zorgen om; terug te grijpen naar het inadequate gedrag van de eetstoornis.
- Vakanties; het eetpatroon is hier vaak anders. Kan leiden tot verminderde voedsel inname.
- Grote veranderingen in leefsituaties; verlies, verhuizing. Betrokkenen zijn gevoelig voor acceptatie. Vanuit de wil om geaccepteerd te worden gaan ze lijnen. Het krijgen van een nieuwe partner kan dus ook een risicovolle situatie zijn.
- Schokkende gebeurtenissen; hierbij kunnen ze houvast bij de ziekte zoeken.
- Zwangerschap; de lichamelijke veranderingen zorgen voor lijnen.
- Gewichtstoename.
- Onevenwichtig eetpatroon en dagstructuur; verstoord hongergevoel zorgt voor minder voedselinname.
- Ontmoedigingen van mensen en opmerkingen over gewicht; uit evenwicht komen door personen uit het systeem
- Financiële problemen; dit vermijden door stil te staan bij voedsel, gewicht en lichaamsvorm.

§ 4.3.4 Een terugval herkennen

Om in te kunnen zien of de betrokkene een terugval heeft moet je, je bewust worden van de signalen die wijzen op terugval. De belangrijkste signalen zijn;

- gewichtsverlies
- angst om aan te komen
- vermijden van situaties die met voedselgebruik te maken hebben
- anorectische denkwijze
- verstoord lichaamsbeeld
- uitblijven van menstruatie
- eetbuien
- compensatiegedragingen
- overbezorgdheid over gewicht en uiterlijk
- lichamelijke, psychische en sociale gevolgen van anorexia nervosa kunnen ook als signalen van terugval worden beschouwd. Depressieve en angstsymptomen kunnen ook aan een terugval vooraf gaan.

Voor zowel het systeem als voor de patiënt zelf is het van belang dat deze signalen te herkennen zijn (Bloks, J.A. e.a. 1999).

§ 4.4 Het voorkomen van een terugval

De motivatie om niet weer terug te willen vallen is volgens ons bij de meeste betrokkene na de klinische behandeling zeker aanwezig. Theil benoemde ook in het interview (2005): *"Ze zijn misschien nog wel jong na de klinische behandeling, maar vergeet niet dat zij enorm goed hebben meegekregen hoe ellendig anorexia nervosa kan zijn. Sommigen zijn hier toch echt wel door gewaarschuwd en willen nooit meer terug naar de tijd dat de anorexia nervosa hen de baas was."*

Hoe langer de periode van stabiliteit is, hoe kleiner de kans op terugval aanwezig is. Voor de betrokkene is het van belang om te weten wat de kwetsbaarheden zijn en wat aanleidingen kunnen zijn voor terugval. Samen kan zij dit dan met therapeut onderzoeken, inventariseren en maatregelen opstellen. In een interview met de sociotherapeut (2005) komt ook naar voren dat terugvalpreventie al in gang gezet moet worden bij opname. Wij vinden ook dat er dan al geobserveerd moet worden, door verschillende disciplines, wat voor de betrokkene lastig situaties zijn en waar de knelpunten zitten. In een later stadium van de behandeling kunnen deze punten dan weer terugkomen.

Na de inventarisatie van risicosituaties kan de patiënt voorbereid worden op eventuele terugval in de toekomst. Belangrijk is dat de patiënt in de laatste fase voldoende vertrouwen in zichzelf heeft dat zij zelfstandig kan omgaan met moeilijke risicovolle situaties (Bloks, J.A. e.a. 1999).

Een positieve verandering in het gevoel van eigenwaarde en een positieve lichaamsbeleving aan het eind van de klinische behandeling in combinatie met herstel van een normaal gewicht en spontane terugkeer van de menstruatie, lijken allen gunstige signalen te zijn van een definitieve genezing (Vanderlinden, J. 2000).

Claude-Pierre (1997) benoemt dit ook in haar boek. Zij geeft aan dat het gevaar van terugval wegvalt als hypernegativiteit eenmaal is overwonnen. De betrokkene heeft dan een andere kijk ontwikkeld op het leven en beschikt nu over een mentale routekaart die ze kan volgen. Ze is veel beter in staat de dingen zelf naar haar hand te zetten. Zij geeft duidelijk aan dat totale genezing zonder terugval heel goed mogelijk is.

Wat van belang is om te realiseren bij het bovenstaande stuk is dat dit geschreven is met de klinische behandeling als hoofdbehandeling voor de anorexia nervosa. Dit is de wijze waarop Curium hun behandeling ook ziet. Echter in het interview met Verhey (2005) kwam er een geheel andere zienswijze naar voren. Hij ziet de ambulante behandeling als de hoofdbehandeling van anorexia nervosa en hij ziet de kliniek dan ook als een middel dat in het ambulante traject ingezet kan worden, maar wat per individu bekeken moet worden en ook lang niet voor iedereen ingezet behoeft te worden. De klinische opname wordt dan als een intermezzo gezien op het ambulante traject.

Als je op deze wijze naar de terugval na de klinische behandeling gaat kijken ziet dit er anders uit, dan dat wij eerder beschreven. Dit omdat het dan niet uit maakt of de betrokkene na de klinische behandeling weer terugvalt in ouder gedrag, als de betrokkene maar vooruit gaat in het ambulante traject. En ook benoemt Verhey (2005) dat anorexia nervosa zelf zijn verloop kiest en hier weinig in te interveniëren is, waardoor terugvallen in ouder gedrag er gewoon bij hoort en niet voorkomen kan/moet worden. Het is en blijft een proces van vallen en opstaan. Theil (interview 2005) benoemt echter dat de aangeboren kwetsbaarheid bij de betrokkene nooit zal verdwijnen, maar dat je als behandelaar absoluut kan interveniëren en zo de betrokkene sterker kan maken. In het kader van de algehele behandeling maar ook in het kader van de terugvalpreventie denkt hij dan voornamelijk aan het leren herkennen van de symptomen bij zichzelf en het aanleren van nieuw gedrag wat ze kunnen toepassen als ze het moeilijk hebben in plaats van zich weer te richten op het niet eten en het vele bewegen.

Uit het interview met de ouderbegeleider (2005) komt naar voren dat ouders vaak verwachten dat Curium het nazorgtraject opstart en verzorgt. Dit blijkt echter niet altijd het geval, waardoor de ouders met hun kind weer terugkomen bij hulpverleners waar zij onder behandeling waren voor de klinische opname. Dit kan door het kind en de ouders als een stap terug gezien worden in de behandeling van de anorexia nervosa, wat tot gevolg kan hebben dat de betrokkene weer daadwerkelijk gaat terugvallen in anorectisch gedrag. Als Curium wel de nazorg opzet blijkt dat de overdracht tussen Curium en de nazorginstantie, meestal de polikliniek van Curium, niet of nauwelijks gedaan wordt, waardoor belangrijke informatie over het hoofd kan worden gezien en dit kan volgens ons de kans op terugval weer vergroten.

Weer een geheel ander punt wat volgens ons kan meespelen bij de kans op terugval is het feit dat de betrokkenen na de behandeling in de kliniek achter liggen op hun leeftijdsgenoten. Ze hebben vaak een gedeelte school gemist, missen een stuk vriendschappen maken en onderhouden en beginnen verlaat aan hun puberteit. Zij moeten alles nog meemaken, hun puberteit nog doorlopen, de oude vriendinnen hebben deze fase al achter zich gelaten. Ook andere leeftijdsgenoten zijn deze fase voorbij. Ze hebben al jaren eigenlijk geen aansluiting gehad en het kost ook zoveel energie om dat weer in te halen. Ze lopen voor hun gevoel achter de feiten aan. En dit is natuurlijk lastig voor ze, omdat ze niets liever willen dan er weer gewoon bijhoren en verder gaan met hun leven. Terwijl deze achterstand er voor kan zorgen dat het ze niet lukt om hun leven weer goed op te pakken, wat weer kan zorgen voor een terugval.

Het blijkt best lastig te zijn om te zeggen wie er verantwoordelijk is voor een terugval, is dit de betrokkene zelf, de ouders of zijn dat toch de behandelaars?

In een interview (2005) met Theil komt naar voren dat de betrokkene de eerste verantwoordelijk is in de voorkoming van terugval. Hierna vindt hij dat het gezin en het systeem de verantwoording hebben en pas als laats benoemt hij behandelaars uit een kliniek. Wel moet er natuurlijk steun, kennis en hulp geboden worden aan de betrokkene en het gezin en systeem, zodat zij ook die verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen.

We benoemen hierboven dingen die gedaan kunnen worden om een terugval te voorkomen, maar een vraag die hier eigenlijk aan voorafgaat en die we ook graag willen beantwoorden is: *“Moet en kan een terugval voorkomen worden?”*

Wij zijn van mening dat elke betrokkene een grote kans loopt om een terugval te ervaren en dat deze terugval uiteindelijk zal zorgen voor meer ziekte-inzicht en motivatievergroting om de anorexia nervosa te

bestrijden. Voor nog een lange periode na de klinische behandeling zal de betrokkene in situaties terechtkomen waarin de stoornis anorexia nervosa weer meer op de voorgrond zal treden. Wij denken bijvoorbeeld aan een griepje waarbij de betrokkene haar eetlust verliest en wat afvalt of aan een eerste sollicitatiegesprek waarbij bij de betrokkene de onzekerheid naar voren komt. Wij denken dan tevens aan de verstoorde cognities waarmee de betrokkene nog een tijd na de behandeling mee te maken heeft. Bij bovengenoemde situaties kan de betrokkene te maken krijgen met een terugval. Belangrijk is hierbij hoe de betrokkene uit deze lastige situaties krabbelt. Wij hebben echter ook het idee dat sommige betrokkenen heel veel terugvallen ondergaan en denken dat deze juist kunnen leiden tot motivatieverlies. Dit omdat de betrokkene kan denken: *“Het gaat toch altijd weer mis, waarom zou ik nogmaals mijn best doen om tegen de anorexia nervosa te vechten?”* Een enkele terugval tijdens of na een klinische behandeling kan positief uitwerken, maar men moet uitkijken dat er niet teveel en te grote terugvallen ontstaan bij de betrokkenen. En wij vinden dat men zou moeten streven naar een volledige behandeling waarin terugval niet ‘ongepland’ voorkomt, ook al is dit misschien niet altijd haalbaar omdat elke betrokkene met anorexia nervosa anders reageert. Want zou het niet mooi zijn als de betrokkenen niet elke keer weer het gevoel hebben om opnieuw te moeten beginnen, maar juist zonder of met een enkele terugval verder kunnen met hun gezonde leven.

Tijdens ons onderzoek naar de terugvalpreventie bij anorexia nervosa zijn wij er wel achter gekomen dat er zeker dingen aan de klinische behandeling op Curium zijn toe te voegen om de kans op terugval na de behandeling te verkleinen. En die niet in het gedrang zullen komen, mocht de betrokkene een terugval nodig hebben om verder te komen op zijn traject, maar die juist een toevoeging zullen zijn voor degenen die een terugval niet nodig hebben, maar die ook verder kunnen komen door preventieve zaken.

Hoofdstuk 5 Behandeling van anorexia nervosa

Curium is een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie en is gevestigd in Oegstgeest en in Gouda. Het omvat vele soorten verschillende afdelingen, wij richtten ons in ons onderzoek op een afdeling, te weten Unit 1; eetstoornissen.

Via het Landelijk Congres Eetstoornissen in oktober 2004 is Curium op het idee gekomen om de behandeling voor unit 1, eetstoornissen te veranderen. Curium is hiermee aan de slag gegaan via het boek: 'Jongeren met een eetstoornis' van Van Elburg (2004).

Op dit moment is Curium nog bezig met het vernieuwen van de behandeling voor anorexia nervosa op unit 1. Zij zijn inmiddels hard bezig met het bespreken van het nieuwe faseplan voor de behandeling met de teamleden uit het multidisciplinaire team, de vaktherapeuten en de ouders. Wat wij hieronder als behandeling van anorexia nervosa binnen Curium aangeven is dus nog niet geheel compleet of staat nog niet in zijn geheel vast, aangezien het binnen Curium nog in ontwikkeling is.

Men is bezig een meer integratieve benadering in te zetten. Hierin worden alleen de daarin passende vruchtbare aspecten van de verschillende disciplines meegenomen. Aspecten die daar niet in passen worden weggelaten. Het vraagt om: continu en weloverwogen samenspel tussen somatotherapie (dieet, medicatie), psychotherapie (gespreks-, gedrags- en creatieve therapie), individuele en groeps- of gezinstherapie, fysiotherapie, bezigheidstherapie, maatschappelijk werk en begeleiding van ouders en verpleegkrachten.

Wat Vandereycken e.a. (2002) ook aangeeft is dat voor de behandeling van anorexia nervosa dus zeer veel verschillende deskundigen, een geïntegreerd behandelplan, veel overleg en een goede coördinatie nodig zijn. De behandeling van anorexia nervosa is binnen Curium pas recent opgestart. Gedurende de afgelopen twee jaar hebben dan ook verschillende problemen de kop op gestoken. Wat vooral naar voren is gekomen is dat een goed en regelmatig overleg van groot belang is voor de behandeling van anorexia nervosa. Zeker vanwege de manipulatieve trekken van de betrokkene en de veranderingen in behandeling die dagelijks kunnen opdoen is een nauwe samenwerking met alle desbetreffende disciplines van groot belang. Curium is hierom ook begonnen met het inzetten van een meer integratieve benadering.

Wij denken dat deze vernieuwde aanpak een grote verbetering is op het oude programma, waar er wel multidisciplinair gewerkt werd, maar men niet altijd evengoed op de hoogte was van de werkwijze van de andere collega's en de mate waarin de voortgang verliep op de vele verschillende aspecten in de behandeling. Zeker bij de behandeling van anorexia nervosa, waarbij de betrokkenen vaak manipulatief zijn en ook leugens gebruiken, is het naar ons idee van belang dat er van uit 1 lijn wordt gewerkt en iedereen op de hoogte is van waar de betrokkene op dit moment in de behandeling staat, wat wel en niet is toegestaan. Door openheid over de verschillende werkvormen kunnen zij beter op elkaar aansluiten. Momenteel is het nog wel lastig om kritisch te kunnen kijken naar wat er eventueel nog verbeterd kan worden in deze vernieuwde aanpak omdat deze nog maar recent is geïntroduceerd. Hierdoor is er nog onvoldoende tijd en ervaring opgedaan om te kunnen evalueren.

Op de unit gaat gewerkt worden met een speciaal behandelplan voor jongeren met een eetstoornis, 'het eetstoornissenprogramma'. Het eetstoornissenprogramma is een steunend hulpmiddel met als doel:

- Het verwerven van een normaal eetpatroon
- Gewichtsherstel en verbetering van de lichamelijke conditie
- Het verminderen van de symptomen (denken aan eten, jezelf te dik vinden, etc)

Het eetstoornissenprogramma bestaat uit 4 fasen, exclusief fase 0, en wordt ook wel het faseprogramma genoemd. De fasen worden gekenmerkt door stapsgewijze uitbreiding van eigen verantwoordelijkheden. Het eetstoornissenprogramma bevat regels en afspraken die voor een deel ook gevolgen hebben voor het systeem zoals ouders, broers en zussen, familie, vrienden en kennissen. De ouders worden uiteraard bij de behandeling betrokken. Het algemene advies aan de betrokkene is dan ook om de familie, vrienden en kennissen te informeren over de speciale regels van het programma. Elk kind start ook in fase 0 ook al zit zij qua gewicht al wat verder; alle fase worden doorlopen. Elk kind doorloopt het hele faseprogramma, de een wat sneller dan de ander, maar er worden geen fases overgeslagen. Dit faseprogramma wordt in Curium als een behandelcontract geïntroduceerd. De ouders moeten dit goed doornemen en ondertekenen voordat hun kind opgenomen wordt in de kliniek. Niet alleen de ouders maar ook het kind zal deze behandelovereenkomst moeten ondertekenen (behandelcoördinator 2005). (Voor meer informatie over het faseprogramma, zie bijlage b)

Bij het ondertekenen van het fasecontract gaat men er dus vanuit dat er motivatie voor de behandeling is. Wij vragen ons echter af in hoeverre deze motivatie daadwerkelijk bij de betrokkene aanwezig is. Betekent

het feit dat een kind zijn handtekening zet ook daadwerkelijk voor de behandeling gemotiveerd is, of zet het alleen die handtekening om de ouders tevreden te stellen?

Deze twee beschreven motivaties verschillen erg van elkaar. In een interview met de sociotherapeut (2005) komt naar voren dat men binnen Curium zich wel bewust is van deze verkapte motivatie. Niet alleen bij opname maar ook bij ontslag kunnen motivatieredenen verschillen.

Ook komen er tegenstrijdige gedachten voor in de motivatie van behandeling zoals bijvoorbeeld de externe motivatie om voor ouders in behandeling te gaan kan botsen met de nog niet aanwezige interne motivatie aangezien er dan nog niet voldoende ziekte-inzicht aanwezig is. Het verschil in deze redenen wordt ook wel beschreven als ambivalentie; het aan de ene kant wel willen maar aan de andere kant ook weer niet, niet durven of niet kunnen en niet inzien dat ze ernstig ziek zijn.

Dat de betrokkene iets ondertekent voor de behandeling vinden wij wel nodig, maar dit tekenen is voor ons voldoende om in behandeling te gaan. Een verder motivatie is ons inziens niet nodig. De betrokkene kan ook in behandeling komen, eventueel zelf klinische behandeling, als men geen ziekte-inzicht/motivatie heeft. Dit omdat wij vinden dat je de betrokkene de kans moet geven om te zien of de behandeling aanslaat.

Bij Curium staat op dit moment de behandeling in de kliniek centraal. Men kijkt wel steeds meer naar de patiënt en zijn weg. Er komt ook een kernteam dat eerst goed poliklinisch onderzoek gaat verrichten bij alle betrokkenen voordat deze opgenomen worden in de kliniek. Je laat zo wel de ouders en de betrokkene langer wachten voordat er een behandeling start, maar je bent zekerder van dat de juiste behandeling ingezet wordt (Casemanager, interview 2005). Ook wordt er gekeken naar de gehele zorglijn. Men probeert het onderscheid tussen de kliniek en de polikliniek op te heffen en over te gaan naar 1 groot behandelend multidisciplinair team, wat kan worden ingezet naar behoefte bij de betrokkene, aldus Theil, psychiater polikliniek (interview 2005).

Zoals al eerder benoemt gaat Verhey (interview 2005) geheel uit van een ambulant behandeltraject, waarin de kliniek bij bepaalde betrokkenen ingezet kan worden, maar nooit als hoofdbehandeling kan dienen. Want als je anorexia nervosa ambulant kan behandelen scheelt het een plek in de kliniek, maar nog belangrijker het is een zeer grote gezondheidswinst voor de betrokkene als deze niet te vaak en niet te lang in een kliniek terecht komt.

Het ambulante traject bestaat voor de klinische opname en gaat na de klinische opname weer gewoon verder. Op Curium zou, ook na het starten met het kernteam, een klinische behandeling nog wel steeds als hoofdbehandeling gezien kunnen worden.

Trimbos neigt meer naar de visie van Verhey en benoemt op de website dat bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa ambulante of dagklinische behandeling de voorkeur heeft, voornamelijk omdat het gezin, de school en vrienden erg belangrijk zijn voor de verdere ontwikkeling van het kind/jongere (<http://www.trimbos.nl/default4706.html?back=1>).

§ 5.1 De duur van het eetstoornissenprogramma

De duur van het eetstoornissenprogramma hangt af van de voortgang van elke individuele behandeling, de motivatie en het aantal kilo's dat er aangekomen moeten worden om het minimum gewicht te behalen waarbij de behandeling voortgezet kan worden in de polikliniek of de deeltijdbehandeling.

Het gewicht dat behaald moet worden om ontslagen te worden uit de klinische opname en verder te kunnen in de deeltijdbehandeling is minimaal Body Mass Index SD -1, afgekort de SD -1. Er wordt naar gestreefd dat de gemiddelde opname duur op de unit tussen de drie en zes maanden ligt.

De standaarddeviatie (SD) is een berekening die gerelateerd is aan de individuele leeftijd en lengte.

De opbouw van de SD ziet er als volgt uit:

SD 1 en hoger = overgewicht

SD 0 = gezond gewicht

SD -1 en lager = ondergewicht.

In het nieuwe behandelprogramma wordt de SD meer als leidraad genomen en ook bij alle opgenomen jongeren in kaart gebracht.

Voor de kliniek geldt dat zij betrokkenen behandelen die tussen de -3 en de -1 SD zitten. Iemand met een SD van -3 of lager gaat naar het ziekenhuis voor behandeling en iemand met een SD -1 of hoger kan naar de dagbehandeling. En de SD 0 betekend voor de betrokkene behandeling in de polikliniek en/of de nazorg, aldus de behandelcoördinator (interview 2005).

Volgens de casemanager (interview 2005) heeft anorexia nervosa de beste prognose als de behandeling plaats vindt met medewerking en steun van ouders en wanneer de behandeling en bijbehorende therapieën vlot worden opgestart. Tempo in de behandeling heeft een grote bijdrage aan de motivatie. De snelheid van de behandeling zorgt ervoor dat de betrokkene en ook de ouders voortdurend gemotiveerd blijven voor de behandeling omdat veranderingen zichtbaar duidelijk worden. Een slechte prognose kan

komen als de ouders een hoge EE bezitten. Dit houdt in dat als ouders of te over beschermend zijn of te boos worden of cynisch worden en zo met de anorexia nervosa van hun kind omgaan dan is dat een hele slechte prognose voor de betrokkene.

Wij vragen ons af of de snelheid en korte duur van de klinische behandeling wel volledig genoeg is om te zorgen dat er voldoende begeleiding en steun gegeven wordt. Zeker aangezien de casemanager (interview 2005) ook benoemt dat een duidelijk en passend nazorg traject nog moet worden opgestart. Nu denken wij echter niet dat de klinische opname veel langer moet duren in verband met de hospitalisatie¹ en het gezondheidsverlies¹ van de betrokkenen. Het ambulante hoofdtraject, zoals Verhey (interview 2005) dit beschreef (zie inleiding hoofdstuk 5) geniet meer onze aandacht.

§ 5.2 Doel van de behandeling

Het doel van de behandeling is om de betrokkene binnen 6 maanden klinische opname te kunnen ontslaan en verder laten behandelen in deeltijdbehandeling of op de polikliniek. Dit doel is, tevens naar aanleiding van het boek 'Jongeren met een eetstoornis' van A. van Elburg (2004), onderverdeeld in meerdere subdoelen, waaraan in de behandeling gewerkt zal worden.

- Het bereiken van een 'gezond gewicht', gebaseerd op de persoonlijke groeicurve en/of het terugkeren van een regelmatige menstruatiecyclus (drie opeenvolgende cycli).
- Het terugkeren van een gezonde lichaamssamenstelling (de verhouding tussen vocht, vetmassa en vetvrije massa).
- Het normaliseren van het eetpatroon en het eetgedrag.
- Het normaliseren van het bewegingspatroon.
- Het behandelen van eventuele lichamelijke complicaties.
- Het bewerken van de anorectische cognities.
- Het aanpakken van achterliggende problemen met betrekking tot psycheseksuele en sociaal-emotionele ontwikkeling.
- Het opheffen of verminderen van ontwikkelingsstagnatie op het gebied van lichamelijk, cognitief, sociaal en psychologisch functioneren.
- Het onder de loep nemen van andere psychische problemen, bijvoorbeeld depressieve, obsessieve of fobische klachten.
- Het helpen normaliseren van het gezinsfunctioneren.
- Preventie van recidief.

Op Curium zijn deze doelen overeenkomend met de overgangscriteria uit het faseprogramma (zie bijlage b). Dit zijn onder anderen gedrag, cognities, gewichtstoename, niet teveel bewegen, gezond leren denken en omgaan met je voedsel.

Het aankomen is de eerste voorwaarde om überhaupt aan andere behandelvormen toe te komen en staat dus ook voorop in het begin van de klinische behandeling. Maar aan de andere kant hebben de betrokkenen de eetstoornis niet voor niks gekregen, dus de oorzaken waarom de eetstoornis ontwikkeld is zullen per betrokkene onderzocht moeten worden en aangepakt (interview 2005 behandelcoördinator).

Tijdens de interviews en het bekijken van de lopende klinische behandelingen op dit moment komen wij er steeds meer achter dat bepaalde subdoelen meer onder de aandacht komen dan anderen. Naar onze mening staan in de behandeling het bereiken van een 'gezond gewicht', het normaliseren van het eetpatroon en het normaliseren van het bewegingspatroon voorop.

Wij vinden dat zeker in de beginfase hier de aandacht op gericht moet worden, maar zodra de betrokkene weer enigszins kan denken en voelen vinden wij het van belang om het gewicht naar de achtergrond te plaatsen en de behandeling voornamelijk te richten op de cognities, de sociaal-emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en ook veel aandacht te besteden aan het gezinsfunctioneren. Het nieuwe faseprogramma biedt hier wel meer ruimte voor.

Wij zijn namelijk van mening dat als deze zaken bij de betrokkene weer op het goede spoor zitten, het vasten en de wil om af te vallen zullen verminderen of zelfs verdwijnen.

Op dit moment is er op de afdeling ook geen specifieke aandacht over preventie voor terugval na de behandeling. Men heeft nergens op papier staan hoe terugval voorkomen kan worden. Omdat de behandeling van jongeren met anorexia nervosa binnen Curium nog maar pas (minder dan 2 jaar) van start is gegaan en omdat jongeren na hun 18^{de} uit het zicht van Curium raken, zijn er nog weinig gegevens over de terugval van jongeren die de unit hebben verlaten. Hierdoor is er ook nog geen follow-up onderzoek gedaan onder de betrokkenen die de afdeling hebben verlaten en kan men niet leren van de gemiste kansen bij eerdere behandelingen van cliënten.

Noordenbos heeft wel follow-up onderzoek gedaan en zich hierbij ook gericht op wat de belangrijkste doelen volgens ex-cliënten in een klinische behandeling moeten zijn. Deze betrokkene geven in hun top 10 van belangrijkste behandeldoelen de volgende doelen aan:

1. meer tevreden worden met jezelf
2. meer zelfvertrouwen krijgen
3. meer jezelf thuis voelen in je eigen lichaam
4. positievere lichaamsbeleving krijgen
5. leren wat je zelf belangrijk vindt
6. meer assertief worden
7. gevoelens van identiteit versterken
8. minder schuld voelen na conflicten
9. conflicten leren oplossen
10. gewicht minder belangrijk vinden

(Noordenbos, G. 1990)

Veel van bovengenoemde punten komen overeen met wat wij als belangrijke behandeldoelen zien. Wel moeten we erbij benoemen dat vele van deze doelen niet haalbaar zijn bij een te sterk ondergewicht, wederom omdat de betrokkene dan niet voldoende in staat is om na te denken en te voelen. Dus het allereerste speerpunt in de behandeling zal gewichtstoename moeten zijn, om zeker te stellen dat de rest van de behandeling aan komt bij de betrokkene en niet geheel langs deze heengaait, omdat het denkvermogen niet intact is. Zo zal het voor de betrokkene bijvoorbeeld pas mogelijk zijn om aan de anorectische cognities te werken wanneer zij in staat is om te denken. Dit zal niet mogelijk zijn wanneer zij door haar ondergewicht hier niet toe in staat is, dit omdat de concentratie en het denkvermogen zo zwak zijn.

Bloks (1999) zegt het volgende over de behandeling van anorexia nervosa bij jongeren: *“Jongeren en kinderen stagneren in de sociaal-emotionele en psychoseksuele ontwikkeling. De behandeling kan daarom niet volstaan met het streven naar gewichtsherstel, normaliseren van eetpatroon en het beïnvloeden van negatieve cognities.”* Juist bij deze groep is het van belang om in kaart te brengen:

- De individuele problematiek.
- Intelligentieniveau.
- Eventuele co-morbiditeit diagnosticeren.
- Gezins- en familie verhoudingen en relaties met leeftijdsgenootjes.

Op Curium is naar onze mening voldoende bekend over de individuele problematiek, het intelligentieniveau en de eventuele co-morbiditeit. Er zijn verschillende vragenlijsten of testen, om hier inzicht in te krijgen, die binnen Curium ook worden afgenomen. De verhoudingen met het gezin, familie en vooral ook het werken aan relaties met leeftijdsgenootjes kan naar onze mening veel verder uitgewerkt worden. Wij denken namelijk dat, zeker met het oog op voorkoming van terugval na de behandeling, de betrokkenen op dit gebied erg achter lopen en hierin gesterkt moeten worden. Dit om ervoor te zorgen dat hun sociale netwerk en hun sociale vaardigheden sterk en groot genoeg zijn om hier geen problemen in te ondervinden als ze uit de kliniek zijn. Want dan zullen ze snel het gevoel hebben dat dit onoverkomelijke problemen zijn en is de kans op teruggrijpen naar het abnormale eetgedrag ons inziens groot.

Ook is een doel van de behandeling om de betrokkene op een streefgewicht te krijgen. Bij het behalen van de SD -1 als gewicht mag de betrokkene de kliniek verlaten. Claude-Pierre is sterk tegen het zetten van een vast streefgewicht. Zij gaat ervan uit dat dit bij de betrokkene vertaald zal worden naar bij welk gewicht zij uit de kliniek mag. En dan eenmaal aan zichzelf overgelaten, heeft de anorexia nervosa weer vrij spel en zal de betrokkene weer bevolen worden te stoppen met eten. Dit verklaart volgens haar mede waarom cliënten kort na opname in recidive vervallen. Cijfers vanuit de weegschaal geven macht. Wanneer de betrokkene het gewicht niet weet is ze beschermd tegen aanvallen hierover. Daarom moet er geen streefgewicht ingezet worden in de behandeling (Claude-Pierre, P. 1997).

De beweegreden van Claude-Pierre om tegen een streefgewicht te zijn kunnen wij begrijpen. Alleen geloven wij wel dat het benoemen van een gezond gewicht voor de betrokkene een positieve invloed kan hebben op de betrokkene. Mensen met anorexia nervosa verliezen echter het volledige inzicht in wat ‘normale’ hoeveelheden zijn om te eten, maar ook wat, volgens de Nederlandse staafmaten, op dit moment het BMI, een gezond gewicht is om te hebben. Wij zijn van mening dat dit besef ze aangeleerd moeten worden, zodat zij weten wanneer ze op het juiste spoor zitten qua gewicht. Hiernaast zullen de psychotherapeuten zich bewust moeten zijn van de mogelijkheid dat de betrokkene alleen aankomt om maar uit de kliniek weg te kunnen en zal hier in de behandeling op gelet worden. Hiernaast zal de behandeling, als deze veel gericht is op cognities, de sociaal-emotionele ontwikkeling, de ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en ook op het gezinsfunctioneren aanslaan bij de betrokkene

en zal ook bij de betrokkene, het gewicht naar de achtergrond verplaatsen en zal er meer inzicht komen in het ziektebesef en zal de betrokkene ook gemotiveerd raken om niet alleen de kliniek te mogen verlaten, maar dan ook een grote stap voorwaarts gezet te hebben in de wegwerking van de anorexia nervosa.

§ 5.3 Ontslag criteria

In deze paragraaf willen wij de criteria benoemen die aangeven wanneer de betrokkene voldoende gegroeid is om de behandeling in de kliniek achter zich te laten en verder te gaan in deeltijdbehandeling, de polikliniek en/of in het nazorgcircuit. Dit gebeurt alleen als het nodig wordt geacht dat de betrokkene in behandeling blijft.

Op Curium staan volgens de behandelcoördinator (interview 2005) deze ontslagcriteria nog in de kinderschoenen, oftewel deze criteria moeten nog opgesteld worden. Het is volgens ons nog een hele klus om ontslagcriteria te benoemen, aangezien er zoveel factoren meespelen en geen enkel persoon met anorexia nervosa hetzelfde is.

Ook Vandereycken (2002) en Noordenbos (1990) benoemen dat de ontslagcriteria van anorexia nervosa niet voldoende onderzocht zijn en ook niet vaststaan.

Wel weten wij dat binnen het faseprogramma op Curium een criteria in ieder geval is dat de SD -1 moet zijn en dat men er belang aan hecht om te zien in hoeverre de co-morbidestoornis een rol speelt en behandeld kan worden. Ook aan de behandeldoelen van de laatste fase uit het faseprogramma moeten voldaan zijn en men moet zich goed staande kunnen houden binnen deze fase, wil men met ontslag kunnen. Opvallend is dat er binnen het faseprogramma op Curium en binnen de beschreven fases van Van Elburg, duidelijk de overgangscriteria naar een volgende fase worden beschreven maar niet duidelijk de overgangscriteria van de laatste fase naar huis wordt beschreven. Binnen Curium zijn er geen ontslagcriteria uitgewerkt. Dit geeft tevens aan dat het erg lastig is om ontslagcriteria te benoemen voor anorexia nervosa. De behandeldoelen zijn natuurlijk wel te zien als verkapte ontslagcriteria als deze doelen behaald zijn. Maar het grote probleem hierbij is volgens ons dat het moeilijk is in te schatten of de anorectische cognities volledig onder controle zijn, het zelfvertrouwen groot genoeg is om zich verder te kunnen redden, net als de onzekerheid en de sociale vaardigheden. Het is lastig om hier maatstaven voor te geven, zeker bij jongeren, aangezien jongeren ook nog in de puberteit zitten of deze verlaat ingaan. Wat moeten ze dan al wel kunnen en wat kunnen ze later zelf nog leren buiten de kliniek, zonder een vergrote kans op terugval. En ieder persoon die anorexia nervosa ontwikkelt, ontwikkelt deze stoornis op een eigen manier en heeft een eigen persoonlijkheid. Wie kan hierbij aangaan wat er bij de stoornis hoort en wat bij de persoonlijkheid? Het draait bij de ontslagcriteria ons inziens zeker niet alleen om het behalen van een bepaald gewicht en dit enkele maanden kunnen volhouden, maar de grote vraag blijft: waar draait het dan wel om? En misschien nog wel meer, wie kan deze criteria op stellen en daarbij rekening houden met de verschillende vormen van anorexia nervosa, de verschillende persoonlijkheden en de verschillende maatschappelijke meningen over wat een persoon op cognitief, emotioneel en maatschappelijk vlak moet kunnen?

§ 5.4 Farmaceutische behandeling

Een aantal ontwikkelingen ondersteunen de verwachtingen dat medicatie een belangrijke rol gaat krijgen in het behandel aanbod van anorexia nervosa. Onderstaande ontwikkelingen hebben deze verwachtingen ondersteund.

1. Ten eerste is er een toegenomen belangstelling voor het onderzoek naar biologische factoren die een rol spelen bij het ontstaan en het instandhouden van de eetstoornis.
2. Ten tweede worden steeds weer nieuwe psychofarmaca ontwikkeld, waarvan er een aantal op theoretische gronden interessant kunnen zijn bij de behandeling. Van sommige middelen zijn er al interessante gevalsbeschrijvingen. Van anderen wordt al op kleine schaal onderzoek gedaan.
3. Ten slotte blijken huidige behandelingen slechts in beperkte mate te voldoen, aangezien nog een belangrijk aantal eetstoornispatiënten restverschijnselen vertoont of een terugval heeft. Nieuwe of aanvullende behandelmethoden zijn dus hard nodig om de prognose te verbeteren.

(Vandereycken, W. 2002)

Anorexia nervosa is volgens ons in eerste instantie dus niet te behandelen met medicatie. Dat dit in de toekomst nog kan veranderen ligt nog geheel open. Wel kan medicatie een ondersteunende functie hebben tijdens de behandeling. Het wordt dan voornamelijk ingezet om de co-morbide stoornissen te onderdrukken/ te behandelen. Meestal wordt er medicatie gegeven voor de angststoornis en de depressieve stoornis.

De meest voorkomende psychofarmaca bij anorexia nervosa zijn:

- Antipsychotica
- Antidepressiva

Wetenschappelijk onderzoek wijst tot nu toe geen overtuigende aanwijzing aan dat het zou moeten worden voorgeschreven aan patiënten met een relatief ongecompliceerde anorexia nervosa. Deze, meestal jonge patiënten zijn allereerst toch gebaat bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie met hun behandelaar, bij psycho-educatie en bij motivatieverhogende gesprekken.

Wat tevens meespeelt is dat deze patiënten zelden bereid zijn om medicijnen te gebruiken. Het lijkt dan ook niet zinnig om hen deze op te dringen omdat deze schade aan de hulpverleningsrelatie zou kunnen opbrengen.

Medicatie wordt zinvol geacht wanneer er sprake is van ernstige co-morbiditeit of hevige angst die de behandeling frustreert (Vandereycken, W. 2002).

De casemanager (interview 2005) ondersteunt dit en benoemt dat medicatie voor de angst echt een hulpmiddel is in het begin van de klinische behandeling: *“Het is geen behandeling maar echt een ondersteuning van de behandeling.”*

§ 5.5 Multidisciplinair team

De verschillende therapievormen die in deze paragraaf worden beschreven zijn allemaal in principe op indicatie. Een aantal therapieën komen echter wel als standaardvorm binnen de behandeling naar voren. Psychomotore, cognitieve en beeldende therapie zijn hier voorbeelden van.

Uit dit hoofdstuk blijkt tot nu toe dat de behandeling van anorexia nervosa niet zal lukken zonder therapieën. Zeker de integratieve behandelwijze, die Curium aan het opzetten is, gaat uit van het werken met verschillende therapievormen. Hiernaast menen wij dat deze therapievormen een aanvulling zijn en een groot deel van de behandeling in handen hebben.

Therapie kan op meerdere manieren uitgelegd worden. Wij hanteren de volgende definitie van therapie: Door kennisoverdracht en ervaringsgerichte training mensen in staat stellen inzicht te krijgen in hun gedrag (zowel sociaal gedrag als bewegingspatroon) en te leren inschatten wat de consequenties zijn van dit gedrag voor hun herstel. Als tweede punt geldt het mensen te motiveren hun gedrag op zodanige wijze te veranderen dat herstel mogelijk wordt (<http://www.spineandjoint.nl/HTML/THERAPIE.HTM>).

Om een therapie effectief te laten zijn moeten niet alleen de symptomen hierdoor gereduceerd worden, maar ook moet het aangrijpen op die factoren die hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van anorexia nervosa. En het moet zorgen voor een betere (h)erkenning van de eigen gevoelens, waaronder ook de negatieve gevoelens en conflicten en het beter uiting durven te geven en in onderhandeling met anderen tot een oplossing weet te komen.

Een groter zelfvertrouwen kweken bij de betrokkene is ook een rol van therapie, meer gevoelens van zelfrespect ontwikkelen en meer initiatieven leren nemen. Tevens zal het ontwikkelen van een positievere lichaamsbeleving een punt moeten zijn, net als het aanleren van een het onderhouden en aanleggen van contacten en relaties met het gezin, familie en leeftijdsgenoten.

Om dit te kunnen bereiken in een therapie is een vertrouwensrelatie tussen de betrokkene en de therapeut en eventueel andere deelnemers aan de therapie van zeer groot belang (Noordenbos, G. 1990). Ook lukt het niet om aan al deze doelen te werken in dezelfde therapie. Hiervoor zijn er verschillende therapievormen opgezet.

Onderstaande therapievormen zijn alle te volgen op Curium, sommigen zijn verplicht voor alle betrokkenen en andere therapieën worden alleen op indicatie gegeven. Naast therapieën komen de betrokkenen op Curium ook in contact met een behandelend arts en een diëtist. Ook deze benoemen wij in deze subparagraaf.

De informatie en beschrijvingen van onderstaande therapieën komen uit de gehouden interviews binnen Curium en uit het boekje 'Jongeren met een eetstoornis' van Van Elburg (2004) waar het nieuwe faseprogramma op is afgestemd.

§ 5.5.1 Psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorische therapie (PMT) richt zich op het lichamelijk bezig zijn en bewegen. Hierdoor gaat de betrokkene ervaren hoe deze dingen doet en daar speelt de therapeut weer op in. Ook de lichaamsbeleving staat centraal en wordt regelmatig besproken. PMT kent vele verschillende werkwijzen en deze verschillen dan ook per cliënt. Aandacht en behandeling tijdens de PMT is er voor de aanwezige bewegingsdrang, het loslaten van de controle over het eigen lichaam en het leren zorgen voor zichzelf. Ook lichaamsbeleving en spierversterkende oefeningen komen regelmatig aan bod. Hiernaast wordt ook aandacht besteed aan zaken als emotioneel functioneren, sociaal emotioneren, zelfwaardering, zelfvertrouwen, lichamelijke klachten, co-morbiditeit, perfectionisme, zelfbeeld en lichaamsbeeld.

In de laatste fase van de klinische behandeling staat voornamelijk het sociale vlak centraal in de PMT. Vragen van de betrokkene die in deze fase een grote rol spelen zijn onder anderen: *‘Nu ben ik aangekomen en zit ik in de laatste fase, ik moet straks weer naar school en daar ben ik eigenlijk hartstikke bang voor. Wat zullen ze van me vinden? En als ik bang ben wat doe ik dan? Ga ik op een groepje af of blijf ik erbuiten staan?’*

De psychomotore therapeut benoemt (interview 2005) dat deze vragen bij vele betrokkenen spelen in de laatste fase van de klinische behandeling, maar dat de aanpak van de betrokkene blijft verschillen, omdat iedereen weer op een andere manier leert/ het best te benaderen is.

Het liefst zou de psychomotore therapeut deze laatste fase van de therapie behandelen in een groep, waarin de betrokkenen gelijk opgaan zodat ze dan met elkaar kunnen oefenen.

Het werken aan het sociale vlak in de PMT loopt tegelijk met de rest van de behandeling, vaak hebben de betrokkenen dan ook educatieve therapie (ET) en sociale vaardigheidstraining

Als de psychomotore therapeut terugval bij de betrokkene bemerkt dan doet ze ook een stapje terug in haar werkwijze. Soms, als ze bijvoorbeeld merkt dat de betrokkene niet lekker in haar vel zit, doet ze zelf een stap terug in de werkwijze en dan gaat ze terug naar het begin van de therapie. Waarin ze voornamelijk bezig is met het aanleren dat de betrokkene zich door haar laat verzorgen, bijvoorbeeld door ze in de hangmat te schommelen, of ze te masseren.

De psychomotore therapeut voelt het vaak aankomen als er een terugval aan zit te komen, zowel tijdens als na de klinische behandeling. Ze zegt dat het hard is, maar dat een terugval soms nodig is om het kwartje te laten vallen bij de betrokkene en bij een enkeling maakt ook een terugval geen verschil in de voortgang in de behandeling van anorexia nervosa.

“M. heeft heel veel van haar terugval geleerd, ze is wel heel ernstig achteruit gegaan, maar ze heeft er wel veel van geleerd. Ze kan ook dingen terughalen van de vorige keer in therapie. Maar S. kan dat dan weer niet, daar heeft de terugval weer geen leermoment voor opgeleverd.”

PMT loopt vaak nog door na de klinische behandeling, of de psychotherapie loopt door. Het heeft dan een ondersteunende functie. Betrokkenen komen dan ook zelf met concrete zaken, zoals; *“ik kan nog niet goed mijn grenzen aan geven, kun je me daar bij helpen?”*, waar in de therapie dan op in gegaan wordt. Het is goed dat de therapie dan nog doorloopt, zodat de betrokkene op de therapie nog wat kan halen wat ze in buiten de kliniek nodig heeft.

In de laatste fase van PMT, dus als de betrokkene van de kliniek weg is, komt er wat contact tussen de therapeut en de ouders. Want dan komen de ouders hun kind ophalen en kan ze de ouders spreken. Dit contact is echter zeer beperkt, want op Curium is de ouderbegeleider verantwoordelijk voor het contact met de ouders.

Het contact tussen de ouders en de ouderbegeleider wordt echter na de klinische behandeling stop gezet. De ouders hebben dan dus geen contact persoon meer.

Het zou de psychomotore therapeut en ook de ouderbegeleider mooi lijken om tijdens en na de behandeling meer met de ouders in contact te zijn en dit contact met elkaar op te bouwen. Zij denken veel te kunnen bereiken met deze samenwerking tussen de psychomotore therapeut, de ouderbegeleider, de ouders en de betrokkene. In het land gebeurt dit al in een aantal instellingen, op Curium is dit echter nog niet opgezet.

§ 5.5.2 Cognitieve therapie (CT)

De cognitieve therapie binnen Curium heeft als doel de cognitieve schema's te herstructureren. Dit wordt gedaan door het stimuleren van de betrokkene om de cognities te identificeren en te onderzoeken. Verder zijn niet alleen het beïnvloeden van de anorectische cognities, maar ook de hieraan verbonden emoties van belang. De cognitieve therapeut geeft in het interview (2005) ook aan dat de emotionele kant een belangrijk onderdeel is.

“De emotionele kant is ook absoluut belangrijk. Het is niet alleen het denken, je bent met de hele beleving bezig. Het is vaak gekoppeld aan ervaring en beleving van het gedrag en ingebed in de omgeving.. Dat moet je absoluut niet los van elkaar zien.[...] Autonomie maar ook dat ze geconfronteerd worden met heftige emoties, speelt een rol in de therapie.. Wat doen ze ermee en hoe kunnen ze er ook mee omgaan..”

In een interview (2005) met de cognitief therapeut komt naar voren dat de plek op de unit een belangrijk punt is waar ze veel kunnen leren. Zij zegt hierover: *“Ook bijvoorbeeld het gevoel van assertiviteit komt op de groep veel naar voren omdat ook de groepsleiding daar naar toe werkt en het een heel goed oefengebied is, en dat neem ik ook zeker weer mee hierheen..”*. Binnen Unit 1 krijgen dan ook alle

betrokkenen met anorexia nervosa cognitieve therapie. Deze begint niet al bij opname van de betrokkene. De cognitief therapeut zegt hierover: *“Vaak is het gehele lichaam zo verschrikkelijk verstoord en zijn het denken en de concentratie zo zwak dat het eigenlijk niet mogelijk is. Eerst dacht ik dat voorzichtig contact maken en een relatie opbouwen bij opname handig zou zijn, maar inhoudelijk kan ik nog niet zoveel met ze. En in het begin moeten ze al zoveel.”* In fase 1 wordt er begonnen met een kennismaking en de therapie duurt totdat ze met ontslag gaan. Wanneer de betrokkenen nog voldoende gemotiveerd zijn is het mogelijk om na ontslag te blijven. Zij ziet dan ook wel dat sommige betrokkenen na de klinische behandeling iets terugvallen of minder groeien dan tijdens de klinische behandeling. Bij terugvalpreventie ze denkt vooral aan; *“Wat zijn de moeilijke situaties die je tegen zou kunnen komen en hoe ga je daarmee om. Daar probeer ik wel aan te werken”*.

Wanneer we kijken naar de verschillende motivatiefasen wordt duidelijk dat dit ook binnen de cognitieve therapie een lastig punt is. De belangrijkste motivatie is volgens de cognitief therapeut (interview 2005) toch om weg te komen en weer dingen te kunnen gaan doen. Als cognitief therapeut geeft zij aan dit wel bij de betrokken te zien, maar dat ze ook wel weten dat wanneer ze van Curium weg willen ze een normaal en gezond iemand moeten zijn. Zo gebruikt zij de motiveringstechnieken en de verschillende fases om te kijken waar ze zitten betreffende de anorectische cognities.

De ervaring die de cognitief therapeut (interview 2005) heeft met een terugval na de behandeling was dat ze dan toch tegen het niet weerbaar genoeg zijn of het niet meer gemotiveerd genoeg zijn van de betrokkene aan loopt. Zij zegt dat het ook van belang is om goed te begeleiden van de unit naar school. Zij benoemt: *“Aandacht zal er ook moeten zijn voor het feit dat de wens om weer naar school te gaan en gewoon te zijn zo groot is dat anderen dingen, waar het nu eigenlijk om gaat, blijven liggen.”*

Toch moet de betrokkene zich ook niet alleen op de anorectische cognities richten na de klinische behandeling, maar ook het leven uitbreiden, zoals hobby's ontwikkelen.

Hierbij leren ze tevens dat hun succes niet afhangt van hun lichaamsgewicht. Ook hierin komt dus naar voren dat de weerbaarheid een centrale plek inneemt.

Net als bij het zelfbeeld, dat erg zwak is, denken wij dat er ook bij de weerbaarheid op alle fronten voortdurend aan gewerkt moet worden, niet alleen binnen de cognitieve therapie. Het komt overal terug en blijft een belangrijk punt. Lastig is wel dat het zelfbeeld niet zomaar te veranderen is. Volgens de cognitief therapeut blijft het ook lastig om dit te beïnvloeden. *“Je kunt er wel naar toe werken dat ze bedacht hebben van daar wil ik naar toe en, dat gedrag wil ik veranderd hebben. Het beeld dat ze zelf hebben blijft gewoon wel heel zwakjes. Al doende moet dat ook gaan groeien.”*

Naast het zelfbeeld en de weerbaarheid is ook perfectionisme een onderdeel van de therapie.

Perfectionisme is ook eigenlijk een denkfout. Momenteel komt het nog niet veel naar voren in de behandeling, maar voor in de laatste fase zou het een aandachtspunt kunnen zijn.

Om een terugval te voorkomen denkt zij dat het van belang is om de stap van kliniek naar dagbehandeling naar poli te maken. Dit omdat de stap van kliniek naar de werkelijkheid een hele grote en ook bedreigende stap kan zijn. Wanneer we kijken naar de kans op terugval zal deze in een grotere mate aanwezig zijn wanneer in eerste instantie de weerbaarheid niet voldoende is, maar ook als de omgang met de vele veranderingen na het ontslag niet goed worden opgevangen door de betrokkene. Wij denken inderdaad dat middels de tussenstappen van dagbehandeling en polikliniek het vangnet om de betrokkene wordt versterkt en moeilijke situaties ondersteunt kunnen worden.

Zij probeert in de therapie stap voor stap te bereiken dat de betrokkenen trots op zichzelf kunnen zijn, want het is volgens haar te optimistisch om te denken dat de eigenwaarde en het zelfvertrouwen zomaar te veranderen zijn.

§ 5.5.3 Beeldende therapie (BT)

Het algemene doel van beeldende therapie is om binnen een structuur te leren tot eigen handelen te komen. Het kunnen accepteren van beperkingen en het kunnen richten op het onderzoeken van de eigen mogelijkheden. Het verkrijgen van inzicht in de verbanden tussen gedachten, gevoelens, verlangens en (beeldend) handelen speelt ook een grote rol. Hiernaast is een doel om te leren sturing te geven aan het eigen (leer)proces en het ervaren van de eigen stijl, identiteit en eigenheid.

Vanuit Curium is er geen vaststaand plan wat er in beeldende therapie gedaan moet worden en op welke manier dit moet. Als therapeut moet je hier zelf naar kijken en dit zelf uitzoeken. De beeldende therapeut is op dit moment zelf bezig met het koppelen van de therapie aan de behandelstructuur. Omdat de behandelstructuur nog in de kinderschoenen staat op Curium, is het lastig voor de beeldende therapeut om de therapie hierop aan te laten sluiten. Het is volgens de beeldende therapeut algemeen bekend dat beeldende therapie goed aansluit bij anorexia nervosa.

De beeldende therapeut (interview 2005) benoemt dat de betrokkenen over het algemeen allemaal last hebben van perfectionisme, faalangst en ze kunnen moeilijk voor zichzelf opkomen. De doelen die ze samen met de betrokkene opstelt zijn onder andere: leren spelen, plezier en lol hebben en durven te hebben, ontwikkeling van een positief zelf- en lichaamsbeeld, oftewel egoversterking, zichzelf centraal durven stellen, behoeften en wensen onderkennen en uiten, het lichaam leren ervaren als een stuk van zichzelf, inzicht verkrijgen in de functie van eetgedrag, leren vragen als je iets nodig hebt, uiting van negatieve gevoelens en conflicten, vermindering perfectionisme en werken aan de ontwikkeling van de eigen identiteit.

De beeldende therapeut denk dat betrokkene zich óf overschreeuwen óf weerstand bieden als ze boven hun eigenlijke kunnen zitten. Door weerstand zie je waar de cliënt werkelijk zit in de behandeling. Ze denkt dat weerstand dan ook kan aangeven of er een terugval aan zit te komen. Tevens denkt ze dat het wel te zien is of de cognities voldoende op peil zijn om het te redden als ze met ontslag gaan. Al blijft het natuurlijk ook afhankelijk van de thuissituatie. Het lijkt haar logisch dat weerstand en terugval met elkaar in verband staan.

Bij terugval in de behandeling pakt ze eerst de band op die ze had opgebouwd, of bouwt deze band opnieuw op en zoekt weer aansluiting bij de betrokkene en poogt ze te motiveren weer verder te gaan. De betrokkenen zijn moeilijk stuurbaar en geven de controle niet af. Het heeft dus geen zin ze deze controle uit handen te nemen, want dat geeft alleen maar weerstand.

Volgens de beeldende therapeut (interview 2005) heb je geen grip op de terugval. Wel lijkt het purgerende type meer kans op terugval te hebben dan het niet purgerende type. Ook speelt de achtergrond van de anorexia nervosa mee (bijv. door incest verleden, moeder met anorexia etc) en de instandhoudenden factoren (beschreven in hoofdstuk 3).

Bij terugval staat ze niet lang stil bij de oorzaak ervan, maar richt zich op vragen als: hoe kom je hier weer uit?, wat ga je nu doen?, wat wil je voor jezelf?, etc.

§ 5.5.4 Sociale vaardigheidstraining (SOVA)

De sociale vaardigheidstraining biedt twee voorname doelen, namelijk het uitbreiden en versterken van het repertoire aan sociale vaardigheden en de psychosociale ontwikkeling weer op gang brengen. Hier wordt aan gewerkt in een groep van maximaal 8 deelnemers. Er zijn 13 bijeenkomsten en in elke bijeenkomst wordt er 1 onderwerp gekozen en besproken en wordt er een rollenspel uitgewerkt, wat ook wordt nagesproken op cognities en nieuw of ander te gebruiken gedrag. Binnen de SOVA training van Curium komen er twaalf verschillende onderwerpen aan bod. Ieder heeft een eigen werkboek waarin per bijeenkomst aandachtspunten worden opgeschreven. Verder bevat het werkboek concrete oefenmogelijkheden buiten de SOVA trainingstijd om. Zodoende kan het geleerde in de praktijk geoefend worden.

Volgens de ouderbegeleidster en de cognitief therapeut (interviews 2005) moet er in de klinische behandeling en zeker aan het eind van de klinische behandeling enorm veel aandacht zijn voor de sociale vaardigheden van de betrokkene. Volgens hen hier loopt het vaak op stuk en kan de kans op terugval worden vergroot als de sociale vaardigheden niet voldoende zijn. Wat nog wel meer een rol speelt is de oplossing op de vraag: *"Wat doe ik als dingen tegen zitten?"*. De betrokkenen zijn snel van slag en weten vaak niet hier goed mee om te gaan. Die onzekerheid, onmacht en weerbaarheid die moeten aangepakt worden. Onderwerpen bij Curium die binnen de SOVA training, aan bod komen zijn; kennismaken, laten merken dat je luistert, iets aardig zeggen over jezelf, gevoelens, gedachten, gedrag, iets vragen aan een ander, een gesprek voeren, vragen of je mee mag doen, nee zeggen, kritiek krijgen en zeggen dat je last hebt van een ander.

§ 5.5.5 Psychotherapie

Het doel van de psychotherapie is het op gang brengen van exploratie van innerlijke motieven, inzicht geven in eigen weerstand en afweer, het bevorderen van activiteit en initiatief in vertellen en als laatste de stagnatie in psychoseksuele ontwikkeling doorbreken en een gezonde ontwikkeling weer op gang brengen. Hiervoor nodigt de psychotherapeut de betrokkene uit zoveel als mogelijk is te vertellen wat haar bezighoudt. De psychotherapeut volgt en ondersteunt actief het proces van verkennen en ontdekken van conflicten die net onder de oppervlakte liggen.

§ 5.5.6 Activiteitentherapie

Activiteitentherapie wordt op indicatie gegeven en betreft een laagdrempelig aanbod van laagintensieve activiteiten. Er zijn echter geen contra-indicaties aanwezig. Het zorgt voor afleiding, positieve ervaringen bij de betrokkene en waar mogelijk wordt het zelfgevoel versterkt. Binnen Curium het beschreven als een vorm voor ontspanning en vermaak. De doelstelling van de activiteitenbegeleiding is tevens helpen

eventuele weerstanden tegen de behandeling te verminderen, afleiding bieden en eventuele bewegingsdrang te verminderen. Activiteitenbegeleiding wordt vooral dagelijks in fase 1 gegeven omdat de betrokkene dan nog weinig zelfstandig activiteiten onderneemt. In de latere fases van de behandeling kunnen zij naar eigen invullen naar de activiteitenbegeleiding toegaan en zal de begeleiding meer gedifferentieerd zijn, afhankelijk van de behoefte en doelstelling.

§ 5.5.7 Ouderbegeleiding

De ouderbegeleider is er voor de ouders en biedt de ouders ondersteuning en begeleiding. De hoofdtaken van de ouderbegeleider op Curium zijn:

- Voorbereiden en begeleiden van ouders bij de aanmelding van het kind voor behandeling.
- Houden van intake- en anamnese gesprekken en het opstellen van een plan voor ouderbegeleiding als onderdeel van het totale behandelplan.
- Voeren van adviesgesprekken, begeleiden van ouders en komen tot samenwerkingsafspraken met ouders en behandelinstelling.
- Voorbereiden en begeleiden van ouders bij beëindiging van de behandeling.

Want ons is opgevallen is dat de ouderbegeleidster ook buiten bovengenoemde taakomschrijvingen ook meer systeemgericht onderwerpen, afhankelijk van de behoefte, aan bod brengt.

§ 5.5.8 Gezinstherapie

Gezinstherapie is er om voorlichting te geven over anorexia nervosa, maar bijvoorbeeld ook over de effecten van een eetstoornis op het gezin. Het brengt ook in kaart wat de onderhoudende factoren in het gezin zijn en probeert deze te beïnvloeden. Hiernaast biedt het ook steun aan ouders en geeft het de gelegenheid om met ouders en kind samen te werken aan bepaalde factoren. Op indicatie is gezinstherapie mogelijk.

§ 5.5.9 Systeemtherapie

Er is altijd een unieke wisselwerking tussen het kind/jongere en zijn systeem. Deze wisselwerking vindt plaats binnen zogeheten systemen (gezin, school, vriendenkring). De systeemtherapie richt zich op de invloed die deze systemen hebben op de opvoedings- en ontwikkelingsproblemen van het kind of de jongere. De therapeut werkt met het systeem aan verandering. Het is dus een behandeling waarbij niet alleen de individuele cliënt, maar ook het systeem waarvan zij deel uitmaakt, geholpen wordt.

Bij een systeemtherapeut wordt het probleem zo gedefinieerd dat éénieder zich erin kan terugvinden en iedere persoon de kans ziet te evolueren naar een betere manier van omgaan met elkaar, de problemen opheffen of anders gaan beleven.

(<http://www.systeemtherapie.be/wat%20is%20systeemtherapie..htm>; <http://www.tjallingahiem.nl/systeemtherapie.html>).

Ouderbegeleiding wordt op Curium altijd gegeven, gezinstherapie en systeemtherapie worden alleen op indicatie gegeven. Wij merken dat er binnen unit 1 op dit moment geen indicaties zijn uitgegeven voor gezinstherapie en/of systeemtherapie. Toch merkten wij tijdens ons onderzoek dat gezinstherapie, maar misschien nog wel meer systeemtherapie, wel echt een gemis lijkt in de klinische behandeling van anorexia nervosa. Deze conclusie trekken wij ook uit de interviews die we met de psychomotorische therapeut en de ouderbegeleider hebben gehad, welke beiden aangeven dat zij de ouders meer bij de behandeling willen betrekken, zeker in het geval van terugvalpreventie. De ouders krijgen na de behandeling een heel ander kind terug (in veel mindere mate anorectische, maar wel volwassener geworden, soms al uitgepuberd, maar ook wel midden in de puberteit) dan dat ze bij de opname los moesten laten. De ouderbegeleidster van Curium benoemt in het interview dat volgens haar voorop moet staan dat er in de thuissituatie voldoende draagvlak is om het kind/jongere weer op te nemen als de klinische behandeling afgelopen is. Als ouderbegeleider kan zij echter in zeer mindere mate dan een systeemtherapeut zou kunnen, niet met het gehele gezin/systeem aan de slag en zorg dragen voor het ontwikkelen van dit draagvlak thuis. Ze is er zeker van dat de kans op terugval na een klinische behandeling vergroot wordt als dit draagvlak niet voldoende aanwezig is. Ook kan er middels systeemtherapie meer zicht komen op hoe het daadwerkelijk er thuis aan toe gaat en daar zou volgens haar en volgens ons dan veel beter op ingespeeld kunnen worden door de klinische behandelaars.

In het Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis, waar Verhey werkt, is systeemtherapie in het ambulante, en ook in het eventuele klinische traject, een hoofdpunt in de behandeling. Men begint daar eerst met systeemtherapie. Dit omdat zij ervan uitgaan dat het gehele systeem verandert moet worden wil de behandeling van de anorexia nervosa aanslaan bij de betrokkene. In de kliniek van heerst deze visie in veel mindere mate, of misschien is de visie er wel maar het geld niet om systeemtherapie in te zetten, waarvan wij denken dat ze hierdoor een belangrijk stuk missen in hun behandeling. Theil (interview 2005) benoemt dat men er op de polikliniek vanuit gaat dat je sowieso het systeem mee moet nemen in de behandeling, ook in de klinische behandeling, want de betrokkene zal na de behandeling weer naar huis

moeten en dan moet er gezorgd zijn dat het thuisfront hiermee om kan gaan en dat andere factoren die een negatieve invloed hadden op de ontwikkeling van anorexia nervosa bij de betrokkene zoveel mogelijk zijn weggenomen. Als laatste punt over de ouderbegeleiding op Curium willen wij zeggen dat wij het zonde vinden dat de ouderbegeleiding stopt op het moment dat de klinische opname stopt. Dit omdat de kans op terugval na de klinische behandeling de eerste 6 maanden het grootst is en de ouders daar volgens ons het meest zicht op hebben en tevens er zorg voor moeten dragen dat de betrokkene weer goed meekomt in het leven buiten de kliniek. In het nieuwe behandelprogramma gaat de betrokkene in de laatste fase van de behandeling wel veel naar huis, waardoor er wel een idee ontstaat bij de ouders van dingen waar zij tegen aan zullen lopen als hun kind weer helemaal thuis is en zij kunnen dit dan in de ouderbegeleiding nog bespreken, maar wij en ook de ouderbegeleidster zijn van mening dat het traject met ouders langer zou moeten doordraaien, voornamelijk in verband met de verkleining op de kans van terugval, maar ons inziens voor Curium eventueel ook als mogelijkheid tot follow-up onderzoek om hun behandeling te kunnen evalueren.

Hiernaast heeft de betrokkene ook contact met andere disciplines buiten de therapeuten. Omdat deze ook een belangrijke rol in de behandeling spelen benoemen we ze hieronder.

§ 5.5.10 De diëtist

Doelen van de diëtist zijn het in kaart brengen van het verstoorde eetpatroon en het eetgedrag, ook het beïnvloeden van de anorectische cognities met betrekking tot het eten, het normaliseren van het eetgedrag en het werken naar gewichtsherstel spelen een grote rol. Dit gebeurt door middel van individuele gesprekken met de betrokkene over een normaal eetpatroon en een gezond gewicht en het behalen hiervan, maar ook heeft de diëtist korte gesprekken met de ouders van de betrokkene over normalisatie van het eetpatroon binnen het gezin en het bieden van ondersteuning aan hun kind tijdens het eten. Natuurlijk maakt de diëtist deel uit van het multidisciplinaire team en heeft overleg over de betrokkene met de collega's. Binnen de behandeling is de diëtiste verantwoordelijk voor de voedingslijst. Hiermee wordt voorkomen dat er dagelijkse discussies bij de maaltijden kunnen ontstaan.

§ 5.5.11 Artsen

De betrokkene heeft consulten met de kinderarts binnen Curium die verantwoordelijk is voor de diagnose stelling en het voorschrijven van medicatie. Zij is tevens bij opname- en ontslagprocedure aanwezig. Hiernaast heeft de betrokkene ook consulten bij de arts werkzaam op het LUMC voornamelijk gericht op het monitoren van het behandelbeleid en de consulten zijn zeer sterk gericht op controle van de gewichtstoename en het in de gaten houden van de algehele gezondheid van het lichaam, in verband met de vele lichamelijke gevolgen welke anorexia nervosa veroorzaakt (zie hiervoor hoofdstuk 1).

§ 5.5.12 Casemanager, behandelcoördinator en sociotherapeut.

Om een duidelijk beeld te krijgen van het multidisciplinaire team hebben wij de casemanager, de behandelcoördinator en een sociotherapeut van unit 1 geïnterviewd. Omdat zij verspreid in ons verslag al meerdere malen naar voren zijn gekomen zullen wij hen hier niet in een aparte paragraaf beschrijven. Ter verduidelijking willen wij echter in het kort beschrijven waar binnen de organisatie zij zich bevinden en wat hun functie inhoudt.

De casemanager is de persoon die de betrokkene volgt vanaf het begin, vanaf het ziekenhuis of de poli tot en met het einde van de gehele behandeling. Omdat Curium een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling is houdt het contact op, op het moment dat de betrokkene de leeftijd van 18 bereikt. De casemanager is verantwoordelijk voor het algehele verloop van de behandeling.

De behandelcoördinator is verantwoordelijk voor het verloop van de behandeling op de unit en de sociotherapeut zorgt voor het therapeutische behandelklimaat op de unit.

Momenteel is er voor unit geen psychiater. Medio juni zal deze voor unit 1 wel gaan beginnen.

§ 5.6 Buiten het multidisciplinaire team

Buiten het multidisciplinaire team kan ook een lotgenoten- of zelfhulpgroep een rol in de ondersteuning/genezingsproces bij de anorexia nervosa spelen. Zelfhulp valt onder het overkoepelende begrip van lotgenotencontact, dat alle vormen van steun omvat die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Lotgenotencontact is niet per definitie zelfhulp. Zelfhulp betekent hulp aan elkaar door mensen die eenzelfde probleem hebben, zonder tussenkomst van professionele hulpverleners. In een zelfhulpgroep helpen mensen met eenzelfde probleem elkaar bij het oplossen van dat probleem, vooral door er met elkaar over te praten. Van een begeleidde zelfhulpgroep wordt gesproken als voor de begeleiding van een dergelijke groep ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld. Zeker na de behandeling denken wij dat deze vormen voor de betrokkenen, die nog net dat beetje extra steun nodig hebben, van belang kunnen zijn buiten klinische behandeling.

Curium werkt nog niet met lotgenotencontacten, buiten de het feit dat de betrokkenen met elkaar op de unit verblijven en hier dus ook met elkaar in contact komen. Wel is het een aandachtspunt geworden. Men wil bijvoorbeeld psycho-educatie in groepen gaan geven in plaats van individueel, net als SOVA training in groepjes (behandelcoördinator, interview 2005). Binnen Nederland zijn er verschillende zelfhulpgroepen te vinden. Deze variëren van een vijfdaagse deeltijdbehandeling bij bijvoorbeeld het Amarum, specialistisch centrum voor eetstoornissen tot zelfhulp via de internet. Zelfhulpgroepen worden wel naar de betrokkenen benoemd, maar Curium heeft hier verder geen banden mee (www.ziezozelfhulp.nl).

§ 5.7 Andere instellingen

Aangezien wij het van belang vinden dat wij tijdens het onderzoek open zouden staan voor andere behandelvisies en andere manieren van behandelen van anorexia nervosa is hieronder te lezen hoe de algemene behandellijnen eruit zien bij: De Ursula (landelijk centrum eetstoornissen, Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis (met hieraan verbonden een polikliniek en kliniek voor psychiatriepatiënten) en Emergis (centrum voor geestelijke gezondheidszorg)

De Ursula is het grootste en meest gespecialiseerde centrum voor eetstoornissen in Nederland. In nauwe samenwerking met behandelaars en andere klinieken vindt er wetenschappelijk onderzoek plaats met als doel behandelmethoden te verbeteren en nieuwe behandelmethoden te ontwikkelen (<http://www.robertfleur.nl/go?ac7736343ead17bac1256b4400600f41?OpenDocument>).

Het behandeldoel van de Ursula is tweeledig:

1. men tracht de bestaande symptomatologie zo veel mogelijk op te heffen. Dit is van belang omdat betrokkene, die zichzelf uithongert niet in staat blijkt te zijn voldoende te profiteren van de aangeboden behandelingen.
2. de betrokkene wordt geholpen om de achtergronden van haar eetstoornis te onderkennen en vervolgens veranderingen aan te brengen in haar gedrag en situatie.

Zij bieden hiervoor een veelzijdig behandelprogramma aan bestaande uit: sociotherapie, psychomotorische therapie, groepstherapie, cognitieve therapie, assertieve therapie, creatieve therapie, sport, individuele therapie en gezinstherapie

Na het ontslag uit de kliniek is een intensieve en langdurige nazorg van belang om terugval te voorkomen. Deze nazorg wordt geboden door de mogelijkheid tot deelname aan een poliklinische groepstherapie en mogelijke individuele therapie. Mocht de afstand tussen kliniek en woonplaats te groot zijn, dan wordt er gezocht naar adequate begeleiding en ondersteuning in woonplaats van de betrokkene. (Noordenbos, 2004)

De behandeling van de Ursula kliniek is niet veel verschillend van de behandeling op Curium, buiten het feit dat op de Ursula de nazorg beter in kaart is gebracht. Zoals al eerder benoemd werkt men op het Erasmus MC-sophia kinderziekenhuis vanuit de gedachte dat het ambulante traject de hoofdbehandeling moet zijn in tegen stelling tot de klinische behandeling als hoofdbehandeling te zien zoals de Ursula en Curium dat, in ieder geval op dit moment, voornamelijk zien. Toch werkt ook het Erasmus MC-sophia kinderziekenhuis voor enkele betrokkenen in hun kliniek met hetzelfde faseprogramma als bij Curium.

Bij Emergis (http://www.emergis.nl/vraag_antwoord/index.html) poogt men zoveel mogelijk betrokkenen ambulant te behandelen, mocht dit niet geheel lukken dan kan de kliniek worden ingezet.

Zij gaan ook uit van meerdere oorzakelijke factoren; een complex van biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren die leiden tot het ontstaan en in stand houden van de anorexia nervosa. In de behandeling komen deze factoren dan ook aan bod.

De ervaring leert dat er sterke instandhoudende factoren (zie ook hoofdstuk 3) een rol spelen. Bij anorexia nervosa speelt de positieve en egosyntone beleving van de klachten hierbij een belangrijke rol. De behandeling richt zich dan ook op het doorbreken van de instandhoudende factoren, het denken en doen rondom eten en gewicht. Echter, de behandeling richt zich ook op onderliggende problemen. Werkend vanuit het biopsychosociale model zijn de doelen binnen de behandeling gericht op: versterken van de motivatie tot verandering, o.a. door middel van psycho-educatie, doorbreken van de instandhoudende factoren, normalisatie van eetpatroon/gewicht, controle terugkrijgen over het eetgedrag en eventuele purgerende maatregelen, ontwikkelen dan wel versterken van het gevoel van eigenwaarde en eigen identiteit, wat gebaseerd is op meerdere levensdomeinen, ontwikkelen en aanleren van adequate coping strategieën, cognitieve herstructurering met betrekking tot cognities over eten, lichaam, gewicht & zelfbeeld, onderliggende problemen onderzoeken en behandelen, verbeteren van het functioneren van het systeem en gezin, acceptatie van kwetsbaarheid en beperkingen en het normaliseren van het beweegpatroon.

Bij alle instellingen blijkt te spelen dat men niet precies weet hoe de anorexia nervosa behandeld moet worden, ook al komen de behandeldoelen en de behoefte aan een zoveel mogelijk individueel behandeltraject, wel overeen. Er komt naar voren dat Curium en de Ursula sneller een betrokkene klinisch zullen opnemen dan bij het Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis en Emergis wordt gedaan, omdat zij de grens van het ambulante behandeltraject eerder stellen en omdat er naar onze mening verschillende visies betreffende de behandeling zijn. Bij Curium en de Ursula vind men het belangrijk om in de kliniek, als het ambulant niet snel lukt, de betrokkene uit de gevare zone te halen. Zij menen ook dat dit in een kliniek, ook zonder sterke motivatie bij de betrokkene haalbaar is. En pogen de duur van de stoornis op deze manier zo kort mogelijk te houden door snel op intensieve behandeling over te gaan. Terwijl bij het Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis en Emergis men de betrokkene veel meer tijd geeft om zelf te komen tot verbetering van hun anorexia nervosa. Dit aangezien zij er meer vanuit gaan dat men niet veel kan veranderen in het ziekteverloop en dat hierom de gezondheidswinst van het niet klinisch opnemen voorop moet staan.

Wij kunnen ons vinden in hetgeen Theil hierover benoemt in een interview (2005):

“Ik denk dat het behandeltraject bij anorexia nervosa erg afhangt van de manier waarop iemand zich staande kan houden en natuurlijk zoals altijd in de kinder- en jeugdpsychiatrie, het ontwikkelingsniveau van de betrokkene zelf. Men moet dus uitgaan van 1 team behandelaars, die allerlei soorten hulpverlening kunnen bieden. Men hoeft dan niet uit te gaan van een ambulant traject, wat vaak wel de voorkeur heeft, maar kan uitgaan van de betrokkene. En een specifiek keuze voor de betrokkene maken wat betreft het behandeltraject wat gevolgd moet worden.”

Als men van de betrokkene uitgaat kan men ervoor zorgen via vooronderzoeken dat de te kiezen behandelvorm (ambulant of klinisch) geheel bij de betrokkene past. Ook gaat men dan meer uit van het feit dat elke anorexiapatiënt anders is en dat de behandeling dus ook per patiënt zal verschillen. Logischerwijs kan men natuurlijk wel algemene richtlijnen opstellen voor de verschillende behandelvormen.

Het niet vaststaan van de beste behandeling van anorexia nervosa en de verschillende visies op de behandeling op anorexia nervosa zorgen er ons inziens voor dat de behandeling van anorexia nervosa lastig is om te bieden, zowel ambulant als klinisch, men heeft er, naar onze mening, vooral een team voor nodig dat dit beseft en de tijd en motivatie heeft om zelf goed onderzoek te verrichten naar deze punten en durft toe te geven dat hun behandeling verbeterd zou kunnen worden en hier ook voor gaat. Op Curium is dat op dit moment zeker het geval.

Hoofdstuk 6 conclusie

§ 6.1 Conclusies

Bovenstaande hoofdstukken hebben wij geschreven vanuit verschillende informatiebronnen, namelijk literatuurstudie, interviews en onze eigen verkregen kennis. Vanuit deze hoofdstukken en vanuit onze analyses die hierin zijn verwerkt zijn wij gekomen tot verschillende conclusies welke wij in dit hoofdstuk zullen beschrijven. Wij zijn van mening dat de gehele behandeling van invloed is op de kans op terugval. Daarom zullen onze conclusies op veel verschillende aspecten van de behandeling betrekking hebben. Onderstaande kopteksten zijn verkregen uit de belangrijkste onderwerpen van het verslag.

A. Oorzaak anorexia nervosa

Wij vinden dat de oorzaak van anorexia nervosa ligt in zowel de biologische en de psychologische als de sociaal-culturele verklaringen. De verschillende verklaringen beïnvloeden elkaar en versterken elkaar. Wij gaan er vanuit dat er bij de ontwikkeling van anorexia nervosa ook een genetische factor aanwezig is en dat deze, bij de ontwikkeling van anorexia nervosa, tot uiting komt onder invloed van psychologische en/of culturele verklaringen.

Ook complexe denkprocessen, oftewel de verstoorde cognities, van de betrokkenen zijn van grote invloed op de ontwikkeling van het ontstaan van de anorexia nervosa.

B. Co-morbiditeit

Co-morbiditeit komt in verschillende vormen regelmatig voor bij anorexia nervosa. Wij vinden dat de co-morbide stoornis behandeld moet worden. Hiervoor moet men de vraag: *"wat is nu de oorzakelijke stoornis en wat is het gevolg hiervan?"* even laten rusten en de symptomen bestrijden. Hierna kan men dan achterhalen wat de hoofdstoornis is en hier de verder behandeling of eventuele doorverwijzing op toespitsen.

Ons inziens heeft Curium hier voldoende aandacht voor en neemt dit ook mee in de klinische behandeling van anorexia nervosa. Wij denken ook dat een goed vooronderzoek hierbij van invloed is.

De meest voorkomende stoornis bij anorexia nervosa is de dwangmatige en vermijdende persoonlijkheidsstoornis. De kenmerken van deze stoornissen komen nauw overeen met de kenmerken die horen bij anorexia nervosa. Omdat bij alle betrokkenen deze kenmerken wel voorkomen vinden wij het van belang om deze kenmerken te kunnen behandelen binnen de klinische behandeling van anorexia nervosa.

C. Motivatie

Motivatie is bij anorexia nervosa een groot probleem. Zeker bij de beginnende anorexia nervosa is er geen ziekte-inzicht en/of motivatie bij de betrokkenen. Aangezien de motivatie van de betrokkene in de behandeling wel van groot belang is, vinden wij het werken aan de motivatie van de betrokkene om gezond te worden, aan te komen of op gezond gewicht te blijven heel belangrijk. Wij vinden dat er binnen het ambulante traject al zoveel mogelijk gewerkt moet worden aan het wegwerken van de ontkenning en het ontwikkelen van intrinsieke motivatie. Wij denken dat ontwikkelen van intrinsieke motivatie in een ambulante vorm niet voor elke betrokkene haalbaar is. Een klinische behandeling kan ingezet worden om te werken aan motivatieontwikkeling. Ook de setting met andere betrokkenen kan naar ons idee als neveneffect functioneren op het wegwerken van de ontkenning en het vergroten van het ziekte-inzicht en de intrinsieke motivatie.

Geen motivatie of alleen extrinsieke motivatie hebben zien wij als onderdeel van de stoornis anorexia nervosa. Vanuit deze invalshoek zal intrinsieke motivatie voor behandeling geen standaard opname-eis kunnen zijn. Extrinsieke motivatie, waardoor zij het behandelcontract ondertekenen, is voldoende om opgenomen te kunnen worden. Ook krijgen de betrokkenen en het behandelteam zo de kans om te zien of de behandeling aanslaat. Door een opname kan er motivatie bij de betrokkene ontstaan als zij inziets wat een klinische behandeling voor haar kan doen. Om intrinsieke motivatie te kunnen bereiken zal de betrokkenen moeten gaan geloven in haar eigen kunnen en vermogen. Wij vinden dat dit binnen de klinische behandeling van anorexia nervosa een belangrijk onderdeel moet zijn. Binnen het faseprogramma van de klinische behandeling op Curium wordt hier wel aandacht aan besteed, wij vinden echter dat dit meer uitgewerkt dient te worden omdat dit nergens staat beschreven en onduidelijkheid hierover dan kan ontstaan.

Het intrinsiek motiveren van de betrokkene voor een behandeling kan tijdens een klinische opname gebeuren. Wij denken dat dit door de nauwe samenwerking en een eenduidige lijn binnen het multidisciplinaire team moet gebeuren. Binnen Curium hebben wij we het idee dat hier naar gestreefd wordt. Aan de andere kant wordt door de veranderingen die bij de betrokkene per dagdeel kunnen optreden eenduidigheid bemoeilijkt. De behandelaars moeten streven naar intrinsieke motivatieverhoging. Om dit te ontwikkelen moet er ziekte-inzicht zijn. Dit kan met kleine, gefaseerde stapjes bereikt worden. De ontkenning wordt zo doorbroken en dan kan het ziekte-inzicht tot stand komen. Een terugval binnen de

klinische behandeling kan ook een bijdrage leveren aan het ziekte-inzicht. Wij denken dat door de terugval begrip en besef kan ontstaan van het feit dat er iets niet goed zit bij de betrokkene.

Een daling in de motivatie van de betrokkene zien wij niet als onwil of gebrek aan doorzettingsvermogen, maar als een reactie op extrinsieke factoren of als reacties op de aanwezige stoornis anorexia nervosa. Een daling van de motivatie van de betrokkene kan middels de juiste motivatietechnieken opgevangen worden en zo omgezet worden naar iets positiefs waarin de betrokkene meer gemotiveerd raakt. Wel moet men zich ervan bewust zijn dat dit nooit een snel en simpel proces zal zijn, maar de therapeuten op Curium beschikken wel over voldoende kennis en geduld hiervoor. De extrinsieke factoren die voor een daling in een motivatiefase zorgen, moeten zoveel mogelijk worden weggehaald. Als door extrinsieke motivatie de behandeling goed verloopt en de betrokkene meer inzicht krijgt in de anorexia nervosa zal de intrinsieke motivatie ontstaan/zich verder ontwikkelen. Deze intrinsieke motivatie moet, voor zover haalbaar, gestimuleerd worden, aangezien deze motivatie veel sterker is en langer blijft dan externe motivatie.

Wij vinden dat Curium voldoende aandacht heeft voor de extrinsieke factoren en deze ten goede van de behandeling weet te gebruiken. Gedurende de klinische behandeling op Curium verkeren veel betrokkenen voor een langere periode in een fase van ambivalentie. Curium erkent en behandelt deze fase goed. Ook van de soms voorkomende schijnmotivatie (als de betrokkene alleen aankomt, om zo snel mogelijk weer de kliniek te mogen verlaten) is men zich bewust en men kan hierdoor heen prikken en zorgen voor echte motivatie.

De motivatie van de betrokkene om gezond te worden en te blijven na de klinische behandeling, is van invloed op de kans op een terugval in de stoornis. Wij vinden dat niet alleen gedurende de klinische behandeling, maar dat ook na de behandeling en tijdens een eventuele terugval, er gekeken moet worden naar in welke motivatiefase de betrokkene zich bevindt om zo de bijbehorende motivatietechnieken in de interventies te kunnen toepassen.

Wij denken dat, om weerstand van de betrokkene te voorkomen, de interventies vanuit het systeem en vanuit het gezin en vanuit de behandeling moeten aansluiten bij de motivatiefase van de betrokkene. Gedurende de eerste zes maanden na ontslag vinden wij dat deze motivatiefasen en technieken extra aandacht moeten krijgen.

Om de motivatie vast te houden en te zorgen dat de betrokkene niet opgeeft/terugvalt is het van belang om de betrokkene te blijven steunen en moed te geven. Er wordt op Curium natuurlijk steun geboden aan de betrokkenen, maar hiervoor staat niet beschreven wie dit doet en hoe dit moet. Ook zullen ouders en het systeem hier meer van op de hoogte gebracht moeten worden.

Als laatste punt over de motivatie willen wij benoemen dat het beeld dat betrokkenen van de hulpverlening hebben niet altijd even juist is. Om te voorkomen dat ze hierom niet in behandeling willen of de behandeling voortijdig willen afbreken, vinden wij het belangrijk dat voorlichting over de werkwijze en behandeling wordt gegeven. Niet alleen buiten Curium, maar ook bij het begin van de klinische behandeling vinden wij openheid hierover van belang.

D. Instandhoudende factoren

Kijkend naar onze probleemstelling vinden wij dat het van belang om al tijdens de klinische behandeling de instandhoudende factoren voldoende aandacht te geven, waardoor deze factoren niet de reden van terugval kunnen zijn/worden. Op Curium is er geen duidelijk overzicht over welke factoren bij welke betrokkenen een rol spelen. Ook in het faseprogramma komen deze punten niet duidelijk naar voren. Wel besteedt Curium aandacht aan deze punten en komen ze allemaal in de behandeling voorbij. Er is naar onze mening voldoende bekend over de individuele problematiek, het intelligentieniveau en de eventuele co-morbiditeit. De verhoudingen binnen het gezin, familie en vooral ook het werken aan relaties met leeftijdsgenootjes kan naar onze mening veel verder uitgewerkt worden. Wij vinden namelijk dat, zeker met het oog op voorkoming van terugval na de behandeling, de betrokkenen op dit gebied erg achter lopen en hierin gesterkt moeten worden.

Naast deze factoren moet men zich ook bedenken dat het kinderen en adolescenten zijn die de anorexia nervosa ontwikkelen. Zij stagneren hierdoor ook in hun sociaal-emotionele en psychoseksuele ontwikkeling. Wij vinden dat de behandeling van anorexia nervosa niet kan volstaan met het streven naar gewichtsherstel, normaliseren van eetpatroon en het beïnvloeden van verstoorde cognities. Juist bij deze groep vinden wij het belangrijk om de individuele problematiek in kaart te brengen en een beeld te krijgen van de leefwereld van de betrokkene. Hiernaast gaat de betrokkene zich steeds meer in een sociaal isolement bevinden. De sociale achterstand die zij hierbij ook oplopen komt aan de ene kant door de stoornis, maar aan de andere kant ook door de klinische opname die een gebrek aan sociale contacten buiten de kliniek met zich meebrengt. De duur van de klinische opname is van invloed op het ontstaan en

instandhouden van een sociaal isolement. De duur moet dan ook zo kort mogelijk zijn. Wij vinden dat Curium het contact tussen de betrokkene en het systeem meer kan stimuleren.

Cognities en controleverlies

Duidelijk is dat de cognities van de betrokkenen van belang zijn voor het herstel en de kans op terugval na de behandeling. Ondanks het grote belang van deze cognities blijken zij in de praktijk moeilijk te meten. De anorectische cognities zijn ook na ontslag uit de kliniek nog aanwezig. Curium zal dus aan de betrokkenen goed duidelijk moeten maken dat het proces nog niet is afgelopen na de klinische behandeling en er zorg voor moeten dragen dat de betrokkene het hierdoor niet opgeeft, maar gemotiveerd blijft om na de klinische behandeling nog verder aan zichzelf te werken. Naast dit verstoorde denken voelt de betrokkene ook controleverlies over het eigen leven, dit moet gedurende de klinische behandeling weer worden teruggewonnen. Om de kans op succeservaringen te vergroten en het omzetten van de anorectische cognities in gezonde cognities te bereiken is er een langdurige proces nodig dat met kleine stapjes voltooid zal moeten worden.

E. Behandeltraject

Er is nergens bekend hoe anorexia nervosa het best behandeld kan worden. Men moet ons inziens dan ook goed naar elke individuele betrokkene kijken en er een eigen behandeling voor vaststellen. De grote lijnen in de behandeling zullen natuurlijk met elkaar overeenkomen.

Wat wij, ondanks de grote onbekendheid over hoe de behandeling eruit zou moeten zien, nodig vinden om een goede behandeling neer te zetten is een team dat beseft dat er vele vraagtekens op te vullen zijn en de tijd en motivatie heeft om zelf goed onderzoek te verrichten naar deze punten en hiernaast durft toe te geven dat hun behandeling verbeterd zou kunnen worden en hier ook voor gaat. Op Curium is dat op dit moment zeker het geval. Wij vinden het dan ook prima dat men bezig is met het vernieuwen en aanvullen van de klinische behandeling aangaande anorexia nervosa. Men zorgt hierbij ook nog voor meer overleg tussen de verschillende disciplines en zorgt voor een duidelijke behandellijn. Het evalueren van deze nieuwe behandeling en aanvullingen moet goed in het oog gehouden worden, net zoals dat er meer aandacht moet komen voor follow-up onderzoek onder de betrokkenen die reeds met ontslag zijn gegaan. Een probleem is dat als de betrokkene 18 of ouder is, Curium eigenlijk geen behandeling meer mag starten, ook niet als het een hernieuwde opname is in verband met terugval. Wij vinden echter dat Curium deze kans wel moet krijgen. Dit omdat de vertrouwensrelatie die er met de therapeuten gemaakt is in de eerdere behandeling weer opgepakt kan worden, wat de behandeling versneld en bovenal verbeterd.

Tijdsduur klinische opname

Door de korte duur (officieel 3 tot 6 maanden) van de klinische behandeling moet er voor gezorgd worden dat er in ieder geval een goede en passende nazorg geregeld wordt. Gemiddeld duurt anorexia nervosa tussen de 3 en 7 jaar, men moet zich bewust zijn van het feit dat anorexia nervosa niet genezen kan zijn bij ontslag uit de kliniek. Een ambulant hoofdtraject, met een eventuele klinische opname als intermezzo, heeft hier meer tijd voor en geniet onze voorkeur.

Behandeldoelen

Na de eerste benodigde gewichtstoename in de kliniek, moet de behandeling zich voornamelijk richten op de cognities, de sociaal-emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en ook veel aandacht besteden aan het gezinsfunctioneren. Wij zijn namelijk van mening dat als deze zaken bij de betrokkene weer op het goede spoor zitten, het vasten en de wil om af te vallen zullen verminderen of zelfs verdwijnen.

Leeftijdsgrens

De leeftijdsgrens van de klinische behandeling zorgt ervoor dat je de betrokkenen kwijt bent als zij 18 jaar zijn geworden. Het zorgt er ook voor dat er niet gemakkelijk follow-up onderzoek gedaan kan worden.

Streefgewicht/ SD

Wij vinden dat Curium er goed aan doet om het streefgewicht/SD te benoemen bij de betrokkene. Zo kunnen zij inzien wat normaal voor hen is en ondervinden dat zij veel te laag zitten.

F. Therapieën

De therapievormen (psychomotore, beeldend en cognitief) waarvoor de betrokkene altijd geïndiceerd wordt, vinden wij goed aansluiten bij de klinische behandeling van anorexia nervosa op unit 1. Tevens gaan zij mee in de ontwikkeling van het zorgprogramma van anorexia nervosa en sluiten zij aan bij de verschillende fases van de behandeling. Wij vinden deze therapievormen flexibel van karakter, op het individu aangepast en werken aan concrete doelen wat wij als positief ervaren.

Ouderbegeleiding en systeemtherapie

Curium werkt voornamelijk met ouderbegeleiding welke stopt als de betrokkene uit de kliniek ontslagen wordt. Wij vinden dat de ouderbegeleiding, juist dan, nog door zou moeten lopen. Dit om de kans op terugval te verkleinen. Ouders kunnen dan nog steun en hulp krijgen en tevens kunnen ze gelijk een signaal afgeven als het met de betrokkene minder gaat en hier kan de hulpverlening dan, meteen weer op inspringen. Tevens kan Curium hier follow-up gegevens ontvangen.

Wij vinden dat de ouderbegeleiding echter te weinig zoden aan de dijk zet. We gaan ervan uit dat het gehele systeem van de betrokkene veranderd moet worden, wil de behandeling van de anorexia nervosa aanslaan bij de betrokkene. De betrokkene keert vaak na de klinische behandeling weer terug in het gezin/systeem en iedereen zal dan op een nieuwe manier met elkaar om moeten gaan. Dit moet echter aangeleerd worden in systeemtherapie. Het systeem moet ook gesterkt worden en er moet draagvlak gecreëerd worden bij hen om zo de betrokkene te kunnen steunen. Ook kunnen risicofactoren binnen het gezin/systeem zo beter onderzocht worden en kan men hier in de klinische behandeling al mee aan de slag gaan, zowel bij het gezin/systeem als bij de betrokkene. Zeker in het geval van terugvalpreventie is het van belang dat iedereen in het gezin/systeem opnieuw met elkaar om leert te gaan en dat er voldoende draagkracht ontstaat voor als de betrokkene met ontslag gaat.

Wij vinden dan ook dat de klinische behandeling standaard zou moeten beginnen met systeemtherapie, mits er contra-indicatoren aanwezig zijn in het gezin. De systeemtherapie zal het gezin en het systeem meenemen in de behandeling. Het ontbreken van systeemtherapie op Curium is ons inziens dan ook een groot gemis. Wij hebben het idee dat Curium eigenlijk wel weet dat systeemtherapie goed bij deze doelgroep past, maar ze zetten het haast niet in. Het moet ons inziens meer naar de voorgrond treden en niet wordt tegengewerkt door de middelen.

G. Psychofarmaca

Ook al kan medicatie ons inziens niet een hoofdbehandeling zijn bij anorexia nervosa, toch kan medicatie een ondersteunende functie hebben in de behandeling. Curium zet medicatie op het juiste tijdstip in en gaat hier zorgvuldig mee om.

Wij vinden dat er te weinig informatie en gegevens over de werking van leptine en de invloed hiervan op de anorexia nervosa te vinden zijn. Er zullen dan ook meer onderzoeksgegevens voor nodig zijn om het bepaalde leptinegehalte binnen de behandeling een plaats te geven.

H. Ontslagcriteria

Het niet landelijk vaststaan van de ontslagcriteria voor anorexia nervosa zorgt ervoor dat het lastig is om passende nazorg te bieden. Dit zorgt weer voor een vergroting van de kans op terugval. Ook blijft het voor het behandelend team hierom enigszins gokken of de betrokkene met ontslag kan of niet.

Verder onderzoek naar ontslagcriteria zal moeten worden opgepakt, het liefst landelijk, maar anders binnen Curium. Het faseplan biedt hier ook niet voldoende inzicht in.

I. Nazorg

Er is vanuit Curium geen samenwerking met het nazorgtraject. Ook loopt men tegen de leeftijdsgrens aan. De betrokkene krijgt bij een terugval na de 18^{de} verjaardag dus met andere hulpverleners te maken, als de nazorg al geregeld is, en zal opnieuw vertrouwen moeten opbouwen in deze relaties. Dit is echter iets wat door de betrokkenen als zeer lastig wordt ervaren en gezien kan worden als een stap terug in de behandeling, wat een uitlokker voor een grotere terugval kan zijn. Wij vinden dat er een duidelijk nazorgplan binnen de behandeling van anorexia nervosa nodig is.

De psychomoteur therapeut of de cognitieve therapeut zien de betrokkene nog na ontslag. Contact hierover met de behandelverantwoordelijken van de klinische opname is er niet. Wij vinden dat deze therapievormen moeten worden meegenomen in een nazorgplan.

J. Terugval

Er moet rekening gehouden worden met 2 soorten terugvallen na de klinische behandeling:

- *Kleine terugvallen*; kunnen doorgroeien naar een grote terugval en moeten dus snel opgemerkt en aangepakt worden.
- *Grote terugvallen*; Curium kan meer doen om deze te voorkomen. Wij vinden ook niet dat ze benodigd zijn bij het kweken van motivatie/ziekte-inzicht bij de betrokkene.

Wij hebben echter het idee dat sommige betrokkenen heel veel kleine terugvallen ondergaan en vinden dat deze juist kunnen leiden tot motivatieverlies in tegenstelling tot een enkele kleine terugval welke juist tot ziekte-inzicht en motivatie kan leiden.

Curium zou meer moeten streven naar een volledige behandeling waarin en waarna terugval niet 'ongepland' voorkomt, ook al is dit misschien niet altijd haalbaar omdat elke betrokkene met anorexia nervosa anders reageert. Hiervoor zullen de ontslagcriteria duidelijk moeten zijn, maar zal er ook meer inzicht moeten komen in terugvallen en preventie en omgang hiermee.

Terugvalpreventie

Wij vinden dat de klinische behandeling, waar deze ingezet is om te behandelen tot genezing, al bij het begin bezig moet zijn met terugvalpreventie. Men moet pogen de betrokkene zover mogelijk te krijgen, zodat zij het na de klinische behandeling redt met nazorg en niet zover terug hoeft te vallen dat ze wederom in een kliniek of het ziekenhuis terechtkomt.

Terugvalpreventie na de klinische behandeling moet zich niet alleen richten op grote terugvallen, maar elk klein onderdeelje dat gezien kan worden als een terugval moet besproken worden en aangepakt, omdat het aangeeft dat de betrokkene nog niet geheel stabiel functioneert en dat de kans op een grote terugval dus aanwezig is. Op Curium gaat men goed om met de terugvallen tijdens de klinische opname, deze worden ingezet ter verbetering van de behandeling en ter verhoging van de motivatie bij de betrokkene. Er is echter nog niet voldoende informatie beschikbaar over terugvallen na de behandeling en de preventie hiervan. Ook ontbreken de middelen, zoals geld en visie hierop vanuit Curium, en zorgt de wet ervoor dat Curium geen contact meer kan onderhouden met betrokkenen boven de 18 jaar.

Aansluiting bij leeftijdsgenootjes/school

De betrokkenen lopen na de klinische behandeling achter op hun leeftijdsgenoten. Dit is natuurlijk lastig voor ze, omdat ze niets liever willen dan er weer gewoon bijhoren en verder gaan met hun leven. Dit kan ervoor zorgen dat ze terugvallen in anorectisch gedrag. Curium besteedt hier aandacht aan, maar ons inziens kan deze aandacht versterkt worden.

Signaalpersonen

Om een terugval eerder te herkennen kan Curium signaalpersonen inzetten, zoals ouders en school. Zij zullen dan wel voldoende geïnformeerd moeten worden over mogelijk terugvalsignalen, maar ook over hoe hier met de betrokkene mee om te gaan.

K. Follow-up onderzoek

Follow-up onderzoek is van belang om te zien of de klinische behandeling voldoende blijft hangen na het ontslag. Met gedegen follow-up onderzoek kan Curium laten zien wat de uitwerking van hun behandeling is zodat deze eventueel kan worden geëvalueerd en bijgesteld waar nodig. Het langer in stand houden van het oudercontact na ontslag uit de kliniek van de betrokkene, kan eerste follow-up gegevens verstrekken.

L. Ambulant versus kliniek

Er zou in grote mate gebruik van elkaar gemaakt moeten worden en men zou meer van elkaar af moeten weten, dit om de betrokkene de meest passende behandeling te bieden. Het grondige vooronderzoek naar welke behandeling zou aansluiten bij de betrokkene is dan ook van belang, men moet er wel voor waken dat dit onderzoek niet teveel tijd in beslag gaat nemen, waardoor de motivatie voor behandeling weer kan afnemen of het lichaamsgewicht zo af kan nemen dat men tijdens het wachten weer in het ziekenhuis terechtkomt. Mocht de behandeling ook niet klinisch kunnen worden ingezet dan moet dit traject gekozen worden. Ambulante behandeling levert veel gezondheidswinst op. Wanneer een klinische deel van de behandeling wordt afgesloten vinden wij dat niet de behandeling als geheel moet worden afgesloten. De mogelijkheid voor een ambulante behandeling moet aanwezig zijn.

Er moet gestreefd worden naar het ambulante traject als hoofdtraject. Het zou het mooist zijn wanneer er vanuit de ambulante behandeling of vanuit de polikliniek een klinische behandeling wordt ingezet. Ook wanneer in het ziekenhuis al duidelijk wordt dat klinische behandeling ingezet gaat worden vinden wij dat dit via de polikliniek zou moeten gaan. De ambulante behandelaar houdt zicht op de klinische behandeling en wordt weer ingezet op het moment dat de betrokkene de kliniek weer verlaat.

§ 6.2 Generaliseerbaarheid

Het overdragen van onze conclusies naar andere situaties achter wij grotendeels mogelijk. Een aantal conclusies hebben direct betrekking op Curium. Zij zijn niet specifiek over de plaatsen naar een andere instelling, al denken wij dat het wel mogelijk is dat een andere instelling zich hierin kan vinden. Een ander deel van de conclusies hebben meer betrekking op de doelgroep jongeren/adolescenten met anorexia nervosa, en op de problematiek terugval na een klinische behandeling. Deze achten wij wel generaliseerbaar naar andere instellingen. Deze inhoudelijke gevonden resultaten zijn overdraagbaar naar vergelijkbare instellingen waar wij geen onderzoek hebben gedaan.

Wij concluderen dat onze onderzoeksresultaten een grotere reikwijdte dan Curium hebben. Om deze reikwijdte vast te stellen denken wij dat het belangrijk is om na te gaan of de situaties te vergelijken zijn met onze onderzoekssituatie. De relevante kenmerken en criteria waarop wij vinden dat de vergelijkbaarheid moet worden vastgesteld zijn: de klinische setting, de doelgroep, behandelvorm, maar ook het wel of niet aanwezige nazorgtraject.

Hoofdstuk 7 Verantwoording

In dit hoofdstuk zullen wij de eindproducten, het adviesrapport en het terugvalpreventie plan, verantwoorden. Tevens zullen we ingaan op de mogelijkheden om onze eindproducten te gaan evalueren.

§ 7.1 Inleiding

Naar aanleiding van de resultaten van ons literatuuronderzoek en praktijkonderzoek (observaties en de interviews) zijn wij gekomen tot heldere analyses waarin de verschillende visies en inzichten met betrekking tot de probleemstelling zijn afgewogen. Deze analyses hebben geleid tot het schrijven van onze conclusies en zijn de onderbouwing hiervan.

§ 7.1.1 Het adviesrapport

De conclusies hebben geleid tot het schrijven van ons eerste eindproduct, het adviesrapport. De gevonden conclusies hebben wij omgebogen in een advies voor Curium unit 1. Omdat de gehele behandeling van anorexia nervosa van belang bleek voor de kans op terugval na de behandeling zijn onze adviezen breder gericht dan wij in eerste instantie gedacht hadden. De adviezen die wij hebben gegeven, hebben betrekking op de oorzaken, de motivatie, de instandhoudende factoren, de cognities, het behandeltraject, de therapieën, het ontslag, de nazorg en natuurlijk ook op de terugval en preventie hiervan. Om een antwoord te geven op onze probleemstelling; *“Hoe kan academisch kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum Curium in Oegstgeest de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa in unit 1 versterken en /of aanpassen, zodat de kans op terugval na de behandeling wordt verkleind?”* zullen meerdere facetten meegenomen moeten worden. Vanuit de conclusies kwamen deze naar voren, die wij het beste binnen een adviesrapport vonden passen. Tevens vinden wij dat een adviesrapport het beste past bij de doelgroep, Curium unit 1, voor wie wij het onderzoek hebben gedaan.

§ 7.1.2 Het terugvalpreventie plan

De adviezen binnen het adviesrapport zijn zo concreet mogelijk gemaakt. Wij vinden het belangrijk dat in het adviesrapport ook duidelijk wordt hoe, en door wie, de adviezen uitgevoerd kunnen worden. Op deze manier kan het adviesrapport geïmplementeerd worden binnen de organisatie van Curium en unit 1. Wanneer we naar de gegeven adviezen terugkijken zijn wij van mening dat vele adviezen binnen een terugvalpreventie plan passen. Zodoende zijn wij gekomen op ons tweede eindproduct het terugvalpreventie plan. Het terugvalpreventie plan is een concrete uitwerking van veel adviezen uit het adviesrapport. Middels het terugvalpreventie plan kunnen veel adviezen binnen Curium unit 1 uitgevoerd worden en kan de kans op terugval na de behandeling verkleind worden. Het doel van het terugvalpreventie plan is dat de kans op terugval na de klinische behandeling op unit 1 wordt verkleind. Het terugvalpreventie plan is een werkdocument dat in eerste instantie voor de betrokkene, in samenwerking met de verschillende behandelaars uit het multidisciplinaire team, is gemaakt.

§ 7.2 Waarom twee producten

Voorafgaand aan het onderzoek en aan het schrijven van de conclusies waren wij van plan om als eindproduct slecht alleen een adviesrapport te schrijven. Wel was het doel van dit rapport dat deze binnen Curium en unit 1 geïmplementeerd kan worden. Om dit waar te maken en om concreet te maken hoe de adviezen binnen de organisatie vorm gegeven konden worden zijn wij gedurende het schrijven van de conclusies en het adviesrapport gekomen tot het terugvalpreventie plan.

Wij hebben ervoor gekozen om buiten het adviesrapport ook een terugvalpreventie plan te leveren. Tijdens het schrijven van het adviesrapport merkten wij op dat de adviezen sterk op de organisatie gericht waren en niet direct in contact leken te staan voor een praktische uitwerking op de unit zelf. Aangezien wij beiden ook op Curium werken, weten wij dat het lang duurt voordat het effect van een adviesrapport duidelijk wordt op een unit. Om juist deze praktische uitwerking voor de unit te verkrijgen, zijn wij gekomen tot een terugvalpreventie plan wat voor de betrokkene geschreven is en zo is opgezet dat het per direct op de unit in gebruik genomen kan worden.

Het adviesrapport miste, voor ons gevoel, dus de directe praktische verbetering voor het werk op de unit. Het terugvalpreventie plan alleen zou echter ook niet allesomvattend zijn, aangezien dit weer de adviezen in inzichten in de behandelvisie mist en de concrete adviezen voor de gehele behandeling. Om de kans op terugval na de klinische behandeling zoveel mogelijk te verkleinen zullen alle gevonden conclusies meegenomen moeten worden in de behandeling. Vandaar dus de twee eindproducten.

Onze conclusies zijn gekomen uit een zorgvuldig literatuur en praktijk (observaties en de interviews) onderzoek. De daaropvolgende adviezen en het terugvalpreventie plan zijn goed te onderbouwen. Wij beoordelen de kwaliteit van de adviezen en het plan, tevens omdat zij binnen de organisatie van Curium

en unit 1 geïmplementeerd kunnen worden, dan ook als goed. Wel zijn wij bij het schrijven van de adviezen uitgegaan van de ideale situatie. Om sommige adviezen uit te kunnen voeren, zal ook op management niveau hierin geïnvesteerd moeten worden. Tevens zij wij ons bewust dat sommige adviezen financieel een plaatje met zich meedragen. Hierdoor zal het niet op de korte termijn mogelijk zijn, dat de veranderingen zullen plaats vinden.

Het terugvalpreventie plan daarin tegen is wel zo concreet mogelijk, zodat deze ingevoerd kan worden. Wij vinden wel dat dit werkdocument tijdens het gebruik ervan bijgesteld moet kunnen worden. De kwaliteit van de grote lijnen en doelen van het plan beoordelen wij als goed.

§ 7.3 Evaluatie van de producten

Om te zorgen dat onze producten worden gebruikt en hun doel bereiken binnen Curium is evaluatie nodig. Zeker aangezien wij producten hebben samengesteld waar veel nieuwe informatie voor de behandeling in staat en wat ook een versterkte visie op de behandeling van anorexia nervosa en terugvalpreventie kan opleveren is het van belang dat er overleg over is tussen alle behandelaars. Hieronder beschrijven we per product hoe wij de evaluatie ervan zien.

Buiten de evaluatiemomenten die wij adviseren aan Curium unit 1 zullen wij ook zelf onze producten evalueren. Beiden werken wij op het Curium. We zullen dan ook op niet officiële evaluatie momenten horen hoe het advies wordt geïmplementeerd en hoe het terugvalpreventie plan in gebruik wordt genomen. Over 6 maanden (medio december 2005) zullen wij contact opnemen met de behandelcoördinator om de producten te kunnen evalueren.

§ 7.3.1 Evaluatie adviesrapport

Omdat het adviesrapport door meerdere niveaus van de organisatie bekeken zal moeten worden denken wij dat een evaluatie hiervan op de korte termijn, wel idealistisch maar niet realistisch is. De adviezen hebben betrekking op het multidisciplinaire team, casemanager en de polikliniek. Hiernaast ook op management en financieel niveau. Andere delen van de organisatie die erbij betrokken zullen moeten worden zijn het onderzoeksbureau met betrekking tot de adviezen van het follow-up onderzoek en de wetregeling met betrekking tot de leeftijdsgrens van de opname op unit 1. Wij denken dat het middelpunt van deze verschillende organisatieniveaus de behandelcoördinator is. Verschillende evaluatiemomenten zullen dan ook in het bijzijn van de behandelcoördinator moeten plaatsvinden.

Evaluatie van het adviesrapport begint kleinschalig en zal vervolgens breder worden. De eerste evaluatie van het adviesrapport vindt plaats binnen het multidisciplinaire team. Vier weken na versturing van het adviesrapport zullen wij een referaat houden op Curium waar wij alle behandelaars bij zullen betrekken. Tijdens het referaat zal er veel overlegmogelijkheid zijn en kan het gehele adviesrapport doorgenomen worden en taken verdeeld worden. Ook zal er een evaluatiemoment gepland worden. Na dit referaat zullen wij een de verantwoordelijkheid over de uitvoer van het adviesrapport bij de behandelcoördinator leggen. Aangezien zij de persoon is die binnen Curium aan de slag kan gaan met de adviezen en dit niet tot onze taak behoort. Wel zullen wij beiden aanspreekbaar blijven voor vragen en opmerking over het adviesrapport en ook zullen wij de gang van zaken informeel blijven volgen.

Een evaluatie van het adviesrapport en de voortgang van de voorgenomen plannen die hieruit naar voren zijn gekomen adviseren wij na 6 maanden. Na een jaar zal er nogmaals naar het adviesrapport gekeken moeten worden en in de gaten gehouden moeten worden of de adviezen nog van toepassing zijn, maar vooral of de uitgevoerde adviezen het beoogde effect hebben gehad en of deze nog aan gepast moeten worden.

§ 7.3.2 Evaluatie terugvalpreventie plan

Het terugvalpreventie plan, zal na bespreking en eventuele aanvullingen ervan na een presentatie van ons hierover aan het gehele multidisciplinaire team, ingevoerd kunnen worden op unit 1. Wij zien het terugvalpreventie plan als een werkdocument. Dit houdt in dat de vorm in inhoud van het plan kan veranderen en ook per individu anders ingevuld zal worden. Wij hebben de grote lijnen uitgewerkt en meegegeven wat het doel van elk onderdeel is en hoe het plan gebruikt kan worden. We verwachten dan ook dat tijdens het gebruik van het terugvalpreventie plan meerdere malen gekeken moet worden naar de praktische mogelijkheden en de werking van het plan. Er moet gekeken worden of het doel van het plan aanslaat en of zij binnen de behandeling van unit 1 geïntegreerd kan worden. Omdat het plan vanuit het multidisciplinaire team gemaakt en ingevuld wordt, zal zij multidisciplinair geëvalueerd moeten worden. Zeker wanneer het terugvalpreventie plan net in gebruik is genomen zal afstemming hierover van groot belang zijn. Wij vinden dan ook dat de werking van het plan en hoe te gebruiken om de week op de teamdag besproken moet worden. Sociotherapeuten zullen merken welke onderdelen wel aansluiten en welke onderdelen nader gespecificeerd moeten worden, en met welke leden van het team meer samenwerking en afstemming nodig is om het plan zo volledig mogelijk in te kunnen vullen. Ook zullen zij merken dat de uitvoer van het plan meer tijd in beslag neemt dan de tijd van fase 3 inneemt. Of merken zij dat het plan meer effect kan hebben als het eerder in de behandeling al wordt ingevoerd. Het is hierbij van belang dat men weet hoe het in de praktijk werkt en hoe het ontvangen wordt door de cliënten met

anorexia nervosa. Hier is naast goede observaties van de sociotherapeuten, een evaluatiemoment voor nodig

Wanneer het plan geïntegreerd is binnen de behandeling is tweewekelijks overleg minder nodig. De werking zal dan vooral binnen het sociotherapeuten team vaker aan de orde komen. Belangrijk is ook om te kijken hoe het plan loopt na de klinische behandeling. Hierover zal afstemming met het poliklinische nazorgtraject moeten komen. Wij stellen voor dat na 3 en na 6 maanden ontslag per betrokkene wordt bekeken of het plan zijn doel behaald en of er aanpassingen nodig voor zijn. Het poliklinische nazorgtraject kan unit 1 hierover informeren. Unit 1 zal hier bij de overdracht vanuit de kliniek aandacht aan moeten geven.

Verklarende woordenlijst

In het productverslag hebben wij woorden gebruikt die naar ons idee nader verklaard moeten worden. Wij hebben ervoor gekozen om dit niet door de tekst heen te doen maar dit in een verklarende woordenlijst uit te schrijven. Woorden die wij zullen verklaren hebben in de tekst een ¹-teken gegeven. Deze echter alleen bij de eerste keer dat het woord in de tekst naar voren is gekomen. Onderstaande woorden zullen wij nader verklaren (www.vandale.nl; Beemen, L. 2001; Rigter, J. 1998; Vandereyken, W. 1997).

Amenorroe	Afwezigheid van de menstruele cycli.
Bio-psycho-sociale model	Ontleend aan systeemtherapie. In menselijk werkelijkheid is het biologische niveau (lichaam, erfelijkheid), het psychische niveaus (gedrag, cognities) en het sociale niveau (materiele en sociale omgeving) van invloed op gedrag
Diuretica	Plaspillen
EE (expressed emotions)	Vatbaarheid voor gevoelsreacties, uiten van gedachten en tonen van gevoelens. Gezinsinteracties beïnvloeden het gezinsfunctioneren.
Egodystoon	De patiënt ervaart zijn gedrag of gedachten als hinderlijk, en als iets wat niet bij hem of haar hoort.
Egosyntone	De patiënt ervaart zijn gedrag of gedachten niet als hinderlijk, maar als iets wat bij hem of haar hoort.
Extrinsiek	Extern, tot het uiterlijk behorend. Factoren/beloningen van buitenaf zijn van invloed.
Gezin	Het gezin bestaat de ouders en/of verzorgers van de betrokkene en eventuele broers en zussen. Het gezin is onderdeel van het systeem.
Gezondheidsbehoud	Behoud van toestand van welzijn in geestelijk, lichamelijk en/of maatschappelijk opzicht.
Gezondheidsverlies	Verlies van toestand van welzijn in geestelijk, lichamelijk en/of maatschappelijk opzicht
Hospitalisatie	Ziekenhuisopname. Leertheoretisch is het op te vatten als een gebrek aan sociale vaardigheden (gedragstekort) en aangeleerde hulpeloosheid.
Interne dialoog	Tweespraak, intern; tegen het eigen gericht. Binnen de persoon zelf.
Intrinsiek	Intern, tot het innerlijk behorend. Factoren vanuit de persoon zelf zijn van invloed. Individuele behoeften.
Omgeving	De omgeving bestaat uit alle anderen buiten het gezin
Pathosfysiologie	Leer van de oorzaken, aard en de gevolgen, Leer van de normale levensverschijnselen, ziekteleer
Polygenetisch	Door meerdere genen bepalend. Genetische belasting over meerdere genen
Purgerend	Braken en laxeren middels zelfopwekkende middelen.
Systeem	Het systeem zijn naast het gezin ook andere belangrijke anderen, zoals bijvoorbeeld familie, mentor van school, vrienden.
Lotgenoten of zelfhulpgroep	Praatgroep van mensen met een vergelijkbaar probleem, die dat probleem samen willen oplossen. Zelfhulp is niet gestuurd door professionele hulpverlening.
Zelfdifferentiatie	Rijping van eenvoudig naar complex. Biologische betekenis; gemeenschappelijk voor elk organisme.

Literatuurlijst 1

Onderstaande literatuur hebben wij gebruikt voor het maken en schrijven van ons verslag. Deze is ook direct terug te vinden in de tekst. Literatuur die wij gebruikt hebben als achtergrond informatie, en niet direct is terug te vinden in de tekst, zullen wij beschrijven in literatuurlijst 2.

Boeken:

- Bloks, J.A. e.a.
"Behandelingsstrategieën bij anorexia nervosa."
 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1999
- Claudde-Pierre, P.
"De geheime taal van eetstoornissen, de definitieve doorbraak in de benadering en genezing van anorexia."
 Forum; de boekerij BV, Amsterdam 1997
- Dawson, D.
"Anorexia bij jongeren."
 Vertaald uit het Engels: Yvonne, Deltas cop. 2003
- Noordenbos, G
"Eetstoornissen; preventie en therapie"
 De Tijdstroom, Lochem, 1990
- Roos, S. de
"Preventie in de sociaal-pedagogische hulpverlening."
 Coutinho, Bussem 2003
- Vandereycken, W.
"Handboek psychopathologie, Basisbegrippen deel 1."
 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Diegem 2000
- Vandereycken, W. en Deth, R. van
"Psychiatrie; van diagnose tot behandeling"
 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1997
- Vandereycken, W. en Noordenbos, G.
"Handboek eetstoornissen."
 De Tijdstroom, Utrecht 2002
- Vanderlinden, J.
"Anorexia nervosa overwinnen, een gids voor patiënt, hulpverlener en gezin."
 Lannoo NV, Tielt 2000
- Verhulst, F.C. en Verhey, F.
"Adolescenten psychiatrie."
 Van Gorcum & Gomp BV, Assen 2002

Internetsites:

- Trimbos instituut, *samenvatting resultaten effecten onderzoek.*
 URL: <http://www.trimbos.nl/default4694.html?back=1>.
 Beschikbaar 14-10-2004
- Maurits, H. *het beeld van anorexia in de media.*
 URL: <http://www.trimbos.nl/default2939.html>
 Beschikbaar 14-11-2004
- Libbers, L. *Stichting anorexia en boulimia nervosa – symposium anorexia nervosa.*
 URL: <http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/sympan.htm>.
 Beschikbaar 04-01-2005

- Claudia, Louis, Adriane, Janneke en Corina, *schoolverslag eetstoornissen*.
URL: http://www.eetstoornis.be/schoolwerk_verpleegkunde.htm#4.3%20De%20sociale%20gevolgen%20voor%20patient%20en%20omgeving
Beschikbaar 05-01-2005
- Stichting anorexia en boulimia nervosa, *verslag congres eetstoornissen*.
URL: <http://www.sabn.nl/index.html?http://sabn.nl/sympan.htm>
Beschikbaar 13-01-2005
- Stichting anorexia en boulimia nervosa, *informatie over eetstoornissen*.
URL: <http://www.sabn.nl/index.html?http://www.sabn.nl/folder1.htm>.
Beschikbaar 01-03-1005
- Trimbos instituut, *kwaliteit van leven van mensen in de omgeving*.
URL: <http://www.trimbos.nl/default4694.html?.back=1>
Beschikbaar 01-03-2005
- Ziezo, *informatie eetstoornissen, zelfhulporganisatie*
URL: www.ziezozelfhulp.nl
beschikbaar 04-03-2005
- F. Strijthagen, *Libermann, wat heb je er an?*
URL: <http://web.inter.nl.net/hcc/F.Strijthagen/liberman.html>
beschikbaar 04-03-2005
- Emergis centrum voor geestelijke gezondheidszorg, *zorgprogramma eetstoornissen*
URL: http://www.emergis.nl/vraag_antwoord/index.html
beschikbaar 04-03-2005

Rapporten:

- *"Eind rapport Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (SEN)".*
Gespecialiseerde zorg voor patiënten met een eetstoornis.
Gedrukt door: drukkerij De Bink, Leiden.
Copyright 1998 stuurgroep eetstoornissen Nederland, Leidschendam.

Tijdschriften:

- Geerdink, F. (2004)
"Twintig kilo te licht"
Psychologiemagazine, 23, nummer 12, 52-55
- Verhey, F (2004)
"Werken met jeugdigen met anorexia nervosa. Aspecten van een psychiatrisch-psychotherapeutisch werkmodel."
Tijdschrift voor psychotherapie, mei 2004

Literatuurlijst 2

Onderstaande literatuur hebben wij gebruikt als achtergrond informatie met als doel onze kennis op het gebied van anorexia nervosa uit te breiden. Informatie uit onderstaande boeken is niet direct terug te vinden in ons verslag. Zij hebben echter wel een bijdrage geleverd aan ons onderzoek, wij zullen ze daarom apart vermelden.

Boeken:

- Baarde, D.B.
"Basisboek Kwalitatief onderzoek."
 Wolters-Noordhoff BV, Groningen/ Houten 2001
- Bremer, R.
"Eetstoornissen, de meest gestelde vragen over eetstoornissen helder en overzichtelijk beantwoord."
 Tirion, Baarn 2000
- Delfos, M.F.
"De lijn kwijt."
 Swets & Zeitlinger, Lisse 2002
- Dr. F.M. Gerards
"Introductie Healt Counseling; een strategie voor het effectief begeleiden van gezondheidsadviezen."
 Vakgroep gezondheidszorg en Oopvoeding. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1989
- Hirschmann, J. en Munter, C.
"Weet waarom je eet."
 De Kern, Baarn 1998
- Hornbacher, M.
"In het rijk der schimmen."
 Asterisk, Amsterdam 1997
- Palazolli, M.S.
"Psychotische processen in het gezin."
 De Toorts, Haarlem 1996
- Peeters, S. en Klumpers, K.
"Leven met assertiviteitsproblemen"
 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Diegem 2003
- Simon, F. en Nef, F.
"Anorexia Nervosa; Hoe doorbreek ik de cirkel?"
 Aartselaar; Deltas, België/Nederland 2003
- Spaans, J.
"Slank, slanker, slankst."
 Boom, Amsterdam 1998
- Spanjers, T.
"Hier ben ik; over anorexia en boulimia nervosa"
 VITA, Amsterdam, 1993
- Vandereycken, W. en Norré, J.
"Ambulante behandeling van eetstoornissen."
 Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Diegem 1993
- Vlieland, M. en Gommeren, R.
"Anorexia de baas."
 Hoevelaken/ Verba, Soest 1999
- Vries, M. de
"Door de hel van anorexia."
 Ankh-Hermes, Deventer 2001

Internetsites:

(vele zijn tevens te vinden vanuit de internet pagina: www.eetstoornissen.pagina.nl)

- www.anbn.nl
Vereniging anorexia en boulimia nervosa Nederland.
- www.12.brinkster.com/physi/home.asp
Site voor ouders/ partners van eetstoornis patiënten
- www.eetstoornis.be
Kenniscentrum eetstoornissen België, onderzoek vanuit de Vlaamse gemeenschap wordt getoond.
- www.eetstoornis.be/k_geteugenissen.htm
Persoonlijke verhalen van mensen met een eetstoornis. Site is vanuit België.
- www.hulpguids.nl
Hulpguids voor anorexia nervosa wordt beschreven.
- www.infotrieve.com/freemedline
Wetenschappelijke literatuur en publicaties op medisch gebied.
- www.sabn.nl
Stichting anorexia en boulimia nervosa Nederland.
- www.trimbos.nl
Onderzoeks instituut met veel publicaties.
- www.ziezozelfhulp.nl
Zelfhulp site voor mensen met een eetstoornis.

Rapporten:

- GGD Amstelland- de Meerlanden
1999
"Maak je niet dik." Draaiboek Cursus meiden (12-16)
- Bureau jeugdzorg
Mei 2004
Sociale weerbaarheidstraining 12-15
- Crone, M.R. e.a
September 2004
"TNO-Rapport (PG/jeugd/2004.269); Risicofactoren van excessief lijnen door meisjes."

Artikelen:

- Schoemaker, C. en De Ruiters, C.
"Gevolgen anorexia nervosa onderschat."
Persbericht 29-01-2004
(n.a.v.: Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, Jaarboek 2003)
- Zevenhuizen, M.
"eten onder toezicht."
Algemeen Dagblad, 21 november 2004

Personalia

Onderstaande personen hebben een bijdrage geleverd aan ons praktijk onderzoek. Met allen hebben wij een open interview afgenomen. De meeste interviews namen drie kwartier in beslag.

Mevr. S. Appels

Psychomotore Therapeut Curium; unit 1
Interview donderdag 24 februari 2005

Mevr. K. van Dongen

Behandelcoördinator Curium; unit 1
Interview maandag 28 februari 2005

Mevr. W. Rauh

Beeldend therapeut Curium; unit 1
Interview woensdag 2 maart 2005

Mevr. C v/d Laan

Casemanager Curium unit 1
Interview woensdag 2 maart 2005

Mevr. M. Krieger

Ouderbegeleidster Curium; unit 1
Interview maandag 7 maart 2005

Mevr. A. Franswa

Cognitief therapeut Curium; unit 1
Interview donderdag 17 maart 2005

Dhr. F. Verhey

Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie/ hoofd patiëntenzorg en coördinator eetstoornissenpoli, afdeling Kinder en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.
Interview dinsdag 5 april 2005

Dhr. M. van der Heijden

Sociotherapeut unit 1
Interview vrijdag 8 april

Dhr A. Theil

Kinder- en jeugdpsychiater Curium, afdeling polikliniek.
Interview maandag 18 april

Bijlagen

Inhoudsopgave

	pagina
Bijlage a	66
Motivatietechnieken en motivationeel interviewen	
Bijlage b	67
Faseprogramma unit 1	
Bijlage c	74
Interviewvragen en uitwerking interviews	
1. Interview S. Appels	74
Psychomotore Therapeut Curium; unit 1	
2. Interview K. van Dongen	80
Behandelcoördinator Curium; unit 1	
3. Interview W. Rauh	87
Beeldend therapeut Curium; unit 1	
4. Interview C. v/d Laan	90
Case manager Curium unit 1	
5. Interview M. Krieger	94
Ouderbegeleidster Curium; unit 1	
6. Interview A. Franswa	98
Cognitief therapeut Curium; unit	
7. Interview Prof. Dr. F. Verhey	101
Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie/ hoofd patiëntenzorg en coördinator eetstoornissenpoli, afdeling Kinder en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, te Rotterdam.	
8. Interview M. van der Heijden	107
Sociotherapeut unit 1	
9. Interview A. Theil	111

Bijlage a

Motivatietechnieken en motivationeel interviewen

Verzet tegen verandering treed op tijdens behandeling vaak op in de vorm van ongemotiveerdheid om bepaalde acties te ondernemen. Men is bijvoorbeeld wel beried om aan te komen maar niet bereid om gewichtscntrole-strategieën op te geven. Dit kan te maken hebben met instandhoudende werking van bepaalde cognitieve gedragsfactoren. Motiverende interventies zijn dan op z'n plaats.

Motivatie ontwikkelt zich in 5 fases ('Stages of Change' van Prochaska en DiClemente):

1. Precontemplatie: Voorbeschouwing. Weinig inzicht tot geen ziekte besef en of bereidheid tot verandering.
2. Contemplatie: Beschouwing. Men is bezig de eetstoornis en de betekenis ervan te onderzoeken en is ambivalent ten aanzien van verandering.
3. Preparatie: Voorbereiding. Er is bereidheid tot verandering en behoefte aan hulp maar men kan moeilijk bepalen wat te doen en onderneemt nog geen acties.
4. Actie: Met de nodige steun en aanmoediging gaat men over tot actie.
5. Handhaving: Men stelt zich actief op om veranderingen te behouden en terugval te voorkomen.

Motiverende interventies bij eetstoornissen worden vaak gebaseerd op de uitgangspunten van 'motivationeel interviewen' (Miller en Rollnick). Doel is om de intrinsieke motivatie te verhogen.

Motivationeel interviewen bevat de volgende vijf elementen:

- Objectieve feedback.
- Acceptatie van persoonlijke verantwoordelijkheid voor verandering.
- Directe adviezen.
- Het aanbieden van alternatieve behandelingsstrategieën.
- Empathie en aandacht voor zelfredzaamheid. Er wordt op een begripvolle manier uitgebreid ingegaan op ambivalentie.

Hoe werkt het

Betrokkenen leren hun eigen beweegredenen voor verandering te vinden. Zij onderzoeken de voor- en nadelen van eetstoornissymptomen enerzijds en van genezing anderzijds. Zodoende komen zij tot een eigen afweging. Hierdoor wordt de motivatie 'van binnenuit gestuurd' in plaats van 'van buitenaf bepaald'.

Effect

Indeling in de motivatiefasen om bereidheid tot verandering te categoriseren blijkt bij eetstoornissen een juiste benadering. Interventies die motiverend bedoeld zijn kunnen dit effect hebben bij anorexia nervosa cliënten. Of pure motiverende interventies meer effect dan andere bijvoorbeeld cognitief gedragtherapeutische interventies is nog niet voldoende duidelijk. Wij adviseren deze dan ook niet te vervangen voor anderen maar toe te passen als extra hulpmiddel.

Motiverende methodes gebaseerd op motivationeel interviewen lijken op het eerste gezicht te bestaan uit eenvoudige technieken. Scholing in deze methode lijkt echter een noodzakelijke voorwaarde voor het werken met eetstoornispatiënten. Onderzoek wees uit dat hulpverleners motiverende technieken, die zij in een training eigen maakten verleren wanneer zij zich niet regelmatig laten bijscholen.

(<http://www.eetstoornis.info>)

Bijlage b**Faseprogramma Unit 1; eetstoornissen****FASE 0, OPSTARTFASE**

Alle opgenomen patiënten starten in deze fase.

Je verblijft dag en nacht op de unit, met uitzondering van de momenten dat je naar huis gaat.

maaltijden	- je zit naast de sociotherapeut tijdens de maaltijden - je eten wordt voor je klaargemaakt volgens je individuele voedingslijst - de sociotherapeut kan je helpen bij wat jou nog niet lukt - voor elke maaltijd is er een toilet bezoek
(sonde) voeding	- alles wat tijdens de maaltijd niet opgegeten wordt, wordt vervangen door Nutridrink - de Nutridrink wordt direct na de maaltijd gegeven - er bestaat een (medische) indicatie voor sondevoeding
beweging	- op de unit ben je aanwezig in de huiskamer en doe je zittende activiteiten die in je dagprogramma staan - voor vervoer buiten de unit maak je gebruik van een rolstoel
rustprogramma	- na elke maaltijd rust je een uur, zittend in de huiskamer - na elk tussendoortje rust je een half uur, zittend in de huiskamer
E.T.	- je maakt kennis met de educatief therapeut. Zij zal je uitleg geven over de educatieve therapie (E.T.)
therapie	- je krijgt activiteitenbegeleiding op de unit - met de andere therapeuten ga je kennismaken
wegen	- je wordt twee maal per week gewogen: op maandag- en donderdagochtend voor het ontbijt, in ondergoed - het streven is dat je 5 ons tot een kilo per week aankomt
bezoek	- in overleg met de sociotherapeuten mag je 1x per dag maximaal 1 uur, maximaal 2 personen bezoek ontvangen
keuken	- geen toegang, geen corvee
telefoon	- je vraagt toestemming aan de sociotherapeut om te telefoneren - je mobiele telefoon is in beheer bij de sociotherapeut of in overleg met je ouders bewaar je hem thuis
naar huis	- in overleg met je ouders mag je een keer per week 2 uur naar huis (exclusief reistijd) - in het weekend ben je onder toezicht van je ouders, je gaat nog niet alleen met vriendinnen op stap of bij hen op bezoek - tijdens de eetmomenten ben je in de unit
kleding	- we verwachten van je dat je je warm aankleedt (d.w.z. in de winter 3 lagen, in de zomer 2 lagen). De sociotherapeut overlegt met je of het voldoende is.

FASE 1, MOTIVATIEFASE

In deze fase zit je totdat je **minimaal** -2,5 SD weegt.

maaltijden	- je zit naast de sociotherapeut tijdens de maaltijden - je eten wordt voor je klaar gemaakt volgens je individuele voedingslijst - voor elke maaltijd is er een toilet bezoek
beweging	- buiten de unit ben je onder begeleiding van een sociotherapeut - op de unit ben je aanwezig in de huiskamer
rustprogramma	- na elke maaltijd rust je een uur, zittend in de huiskamer - na elk tussendoortje rust je een half uur, zittend in de huiskamer - geen toiletbezoek
E.T.	- je komt 3 keer voor observatie bij de educatief therapeut
therapie	- je gaat starten met psychomotore therapie en creatieve therapie (beeldend en/of muziek) - je mag naar de activiteitenbegeleiding in de schuur - individuele psychotherapie wordt voorbereid
wegen	- je wordt een maal per week gewogen: op donderdag voor het ontbijt, in ondergoed - je komt 5 ons tot een kilo per week aan - heb je de norm niet gehaald dan gaat het reserve programma in werking
bezoek	- in overleg met de sociotherapeuten en ouders mag je 1x per dag maximaal 1 uur, maximaal 2 personen bezoek ontvangen
keuken	- geen toegang, geen corvee
telefoon	- je vraagt toestemming aan de sociotherapeut om te telefoneren - je mobiele telefoon is in beheer bij de sociotherapeut of in overleg met je ouders bewaar je hem thuis
naar huis	- in overleg met je ouders mag je twee keer per week een halve dag naar huis tussen 13 en 17 uur - in het weekend ben je onder toezicht van je ouders, je gaat nog niet alleen met vriendinnen op stap of bij hen op bezoek - één tussendoortje thuis
kleding	- we verwachten van je dat je je warm aankleedt (d.w.z. in de winter 3 lagen, in de zomer 2 lagen). De sociotherapeut overlegt met jou of het voldoende is.

FASE 2, EXPERIMENTEERFASE

Om naar deze fase te gaan weeg je minimaal $-2,5$ SD. Dit is slechts één van de criteria om over te gaan naar deze fase. Over de andere aspecten wordt overlegd in de jongerenbespreking op donderdag.

maaltijden	- indien mogelijk zit je niet naast de sociotherapeut tijdens de maaltijden - je eten wordt voor je klaargemaakt volgens je individuele voedingslijst - je mag met de sociotherapeut overleggen over de keuze van het broodbeleg - je gaat met de sociotherapeut oefenen met het klaarmaken van de tussendoortjes
beweging	- je mag gaan oefenen met buiten de unit maar op het terrein van Curium zijn zonder begeleiding - in overleg met de sociotherapeuten mag je van je kamer gebruik maken
rustprogramma	- na elke hoofdmaaltijd rust je een uur, zittend in de huiskamer
E.T.	- je krijgt 1 keer per week individuele E.T. behandeling bij de educatief therapeut. Je krijgt een opbouw programma voor de E.T. klas, indien er plek is - je gaat oefenen met dagelijks een half uur huiswerk maken
therapie	- naast de andere therapieën ga je starten met individuele psychotherapie
wegen	- je wordt een maal per week gewogen: op donderdag voor het ontbijt, in ondergoed - je komt per week 5 ons tot een kilo aan - Heb je de norm niet gehaald dan gaat het reserve programma in werking
bezoek	- in overleg met de sociotherapeuten mag je bezoek ontvangen - in overleg met de sociotherapeuten mag je 1x per dag maximaal 1 uur, maximaal 2 personen op bezoek ontvangen
keuken	- alleen toegang tijdens corvee
telefoon	- je vraagt toestemming aan de sociotherapeut om te telefoneren
naar huis	- in overleg met je ouders ga je, volgens het opbouw programma, toewerken naar in het weekend een nacht naar huis (bv zaterdag 10 uur tot en met zondag 17 uur) - in het weekend ben je onder toezicht van je ouders, je gaat nog niet alleen met vriendinnen op stap of bij hen op bezoek - thuis beweeg en gedraag je je zoals op de groep
kleding	- we verwachten van je dat je je warm aankleedt en daar ook zelf zorg voor kunt dragen

FASE 3, OVERGANGSFASE

Om naar deze fase te gaan weeg je **minimaal** -2 SD. Dit is slechts één van de criteria om over te gaan naar deze fase. Over de andere aspecten wordt overlegd in de jongerenbespreking op donderdag.

maaltijden	- indien mogelijk zit je niet naast de sociotherapeut tijdens de maaltijden - je mag zelf opscheppen - je mag de broodmaaltijden en tussendoortjes zelfstandig klaarmaken - je gaat leren om te variëren met voedingsmiddelen onder begeleiding van de diëtiste
bewegen	- je gaat je grenzen verleggen ook buiten Curium
rustprogramma	- je rust een half uur na de maaltijd, zittend in de huiskamer
E.T. en school	- je volgt een zo volledig mogelijk E.T. klasprogramma - je krijgt 1 keer per week individuele behandeling bij de educatief therapeut - je gaat oefenen met dagelijks een uur huiswerk maken - je gaat overleggen met de E.T. en je eigen school over een opbouwprogramma naar school - Je volgt een SOVA training in de E.T.
therapie	- volledig therapieprogramma
wegen	- je wordt een maal per week gewogen: op donderdag voor het ontbijt, in ondergoed - de bedoeling is dat je 5 ons tot een kilo per week aankomt - als je de norm niet haalt ga je naar het plusweek programma
bezoek	- in overleg met de sociotherapeuten mag je bezoek ontvangen - in overleg met de sociotherapeuten mag je 1x per dag maximaal 1 uur, maximaal 2 personen bezoek ontvangen
keuken	- volledige toegang
naar huis	- in overleg met je ouders ga je uiteindelijk elk weekend naar huis (volgens opbouwprogramma)

FASE 4, OP WEG NAAR HUIS FASE

Om naar deze fase te gaan weeg je minimaal -1 SD. Dit is slechts één van de criteria om over te gaan naar deze fase. Over de andere aspecten wordt overlegd in de jongerenbespreking op donderdag.

naar huis	- in overleg met je ouders wordt een individueel opbouwprogramma gemaakt waarin je uiteindelijk geleidelijk aan elke nacht thuis slaapt. - thuis eet je nog volgens je voedingslijst
maaltijden	- opscheppen en klaarmaken doe je zelf tijdens de maaltijden volgens de voedingslijst - je gaat verder met het leren variëren met voedingsmiddelen onder begeleiding van de diëtiste
beweging	- er wordt opgebouwd naar een bewegingspatroon dat normaal is voor iemand van jou leeftijd - je mag nog niet sporten (niet eerder dan dat je 0 SD weegt, na overleg met de kinderarts)
rustprogramma	- geen
school	- in overleg met de ET en de unit ga je opbouwen naar volledig naar je eigen school gaan en huiswerk maken - je mag nog niet meedoen aan de gym totdat je 0 SD weegt - je komt een maal per week voor begeleiding naar de educatief therapeut voor begeleiding, zij onderhoudt ook contact met je school
therapie	- volledig therapieprogramma
wegen	- je wordt een maal per week gewogen: op donderdag voor het ontbijt, in ondergoed - de bedoeling is dat je 5 ons tot een kilo per week aankomt - als je onvoldoende bent aangekomen ga je naar het plusweek programma
sociaal netwerk	- je gaat oefenen met het weer oppakken en uitbreiden van je activiteiten in het dagelijks leven
keuken	- volledige toegang

RESERVEPROGRAMMA

Dit programma treedt in werking als je in fase 1 of 2 de norm niet haalt.

maaltijden	- je zit naast de sociotherapeut tijdens de maaltijden - je eten wordt voor je klaargemaakt volgens je individuele voedingslijst - voor elke maaltijd is er een toilet bezoek
beweging	- buiten de unit ben je onder begeleiding van een sociotherapeut - op de unit ben je aanwezig in de huiskamer
rustprogramma	- na elke maaltijd rust je een uur, zittend in de huiskamer - na elk tussendoortje rust je een half uur, zittend in de huiskamer
E.T. / school	- je gaan niet naar school of de E.T.
therapie	- je blijft je therapieprogramma volgen
motivatiegesprek	- je krijgt een extra gesprek met de unitleiding en je ouders over hoe je het faseprogramma weer op kunt pakken - in overleg met de diëtiste wordt gekeken of je voedingsadvies moet worden aangepast - je krijgt extra gesprekken of een opdracht over hoe je het fasen programma weer op kunt pakken
bezoek	- in overleg met de sociotherapeuten mag je 1x per dag maximaal 1 uur, maximaal 2 personen bezoek ontvangen
keuken	- geen toegang, geen corvee
telefoon	- je vraagt toestemming aan de sociotherapeut om te telefoneren - je mobiele telefoon is in beheer bij de sociotherapeut of in overleg met je ouders bewaar je hem thuis
naar huis	- in overleg met je ouders mag je een keer per week, 2 uur naar huis - tijdens de eet- en rustmomenten ben je op de groep
kleiding	- we verwachten van je dat je je warm aankleedt

Het reserveprogramma kan met een week worden verlengd indien je tijdens de eerste week alsnog de norm niet haalt.

Lukt het tijdens deze tweede week nog niet om voldoende aan te komen dan krijg je, na overleg met je ouders en de unit-leiding, een time-out van een week. Dit betekent dat je een week naar huis gaat, alwaar het ziekenhuis-thuis-programma wordt gedaan (zie aldaar). In deze week heb je geen therapieën maar kom je wel naar Curium met je ouders voor een gesprek met de unit-leiding.

“OP NAAR MEER ENERGIE”- PROGRAMMA VAN:		
GEWICHT (n.a.v. persoonlijke SD)	ACTIVITEIT	DATUM
44,5	Je mag rustig onder begeleiding lopen naar de therapieën	
45	Je mag een keer per dag 10minuten wandelen met een sociotherapeut, rustige bewegingsoefeningen bij PMT	
45,5	Je mag twee keer per dag 10 minuten wandelen met een sociotherapeut	
46	Je mag twee keer per dag 15 minuten wandelen met een sociotherapeut	
46,5	Je mag een keer per dag 15 minuten vrij wandelen, een keer per dag 15 minuten wandelen met een sociotherapeut	
47	Je mag een keer per dag 15 minuten vrij wandelen, een keer per dag 15 minuten fietsen met een sociotherapeut	
47,5	Je mag een keer per week een half uur boodschappen doen met een sociotherapeut	
48	Je mag twee keer per week een half uur boodschappen doen met een sociotherapeut en 1 nacht naar huis.	
48,5	Je mag een keer per dag 20 minuten fietsen met een sociotherapeut en 3 nachten naar huis.	
49	Je slaapt drie nachten thuis	
49,5	Je mag 20 minuten fietsen zonder begeleiding en 3 nachten naar huis.	
50	Je slaapt 4 nachten thuis	
51	Je slaapt 5 nachten thuis	
52	Je slaapt 6 nachten thuis	
53	Je gaat in dagbehandeling	

Bijlage c. 1

Interview S. Appels

Psychomotore Therapeut Curium; unit 1
Donderdag 24 februari 2005

Interviewvragen

1. Wat is jouw aandeel in de behandeling van anorexia?
2. Wat zijn de speerpunten in jouw behandeling?
3. Wat zou er vanuit jouw vakgebied nog kunnen verbeteren aan de zorg/ behandeling van anorexia, voornamelijk gericht op de laatste fase?
4. Wat is jouw aandeel op het gebied van terugvalpreventie. Wat zou je hier meer in kunnen doen? (als je daar gelegenheid voor krijgt) Een in welk stadium van de behandeling komt dit naar voren?
5. Hoe zou volgens jou deze laatste fase eruit moeten zien?
Doelvragen op de volgende punten:
 - ✓ Emotioneel functioneren
 - ✓ Sociaal emotioneren
 - ✓ Zelfwaardering/ zelfvertrouwen
 - ✓ Cognities
 - ✓ Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid
 - ✓ Lichamelijke klachten
 - ✓ Psychische co-morbiditeit
 - ✓ Beroepsmatig functioneren
 - ✓ Perfectionisme
 - ✓ Zelfbeeld en het lichaamsbeeld
 - ✓ Motivatie
 - ✓ Omgeving en gezin
6. Komen ze allemaal terug in de behandeling?
7. Wanneer komen bovenstaande punten terug in de behandeling en in welk stadium van de behandeling?
8. Zijn er vroegtijdige signalen van eventuele terugval al in de behandeling merkbaar?
9. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
10. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?

Uitwerking interview

Oh, okee, dus jullie specificeren het speciaal op jongeren.

Maar over de Ursula is heel veel geschreven, dus dan is de vraag wat kan je nog meer uit een interview halen. Maar er is niet veel over jongeren, er is sowieso niet vele over het onderwerp. Dus alles waar we info vandaan kunnen halen willen we gebruiken. Maar juist bij jongeren vind ik het bij terugval heel anders dan bij volwassenen.

Ja, zeker met die ontwikkelingsfase waar ze nog inzitten.

Wat houdt PMT in?

Moet ik helemaal vertellen wat het is? *Nee, globaal mag ook. Het gaat erom dat wij weten en kunnen verantwoorden in onze scriptie wat pmt is. We zoeken meer naar de algemene doelstelling. Gericht op anorexia*

Nou, het is in ieder geval een therapie waarvan de kern is dat je lichamelijk bezig bent en beweging en daarom ervaart hoe je dingen doet en daar ga je ook op in.

En de lichaamsbeleving. En omdat je dus dingen doet en niet het erover hebt biedt het een andere ingang. Ik denk dat dat het belangrijkste is. Het heeft volgens mij geen zin om het helemaal uit te leggen.

Nee hoor, dit is wel voldoende.

En jullie hebben die verwen module, althans die hebben jullie gezien dan. We hebben een verwenmodule geschreven speciaal voor de eetstoornissen

Oh, die ken ik eigenlijk niet. Nee die hebben we niet gezien,

Als het goed is staat die gewoon op de computer bij het zorgprogramma. Als het niet zo is dan moet je me maar mailen, dan mail ik hem even naar jullie.

We hebben een verwen programma geschreven en wat we daar in doen komt neer op het leren zorgen voor jezelf, dat gaat om het ernstige ondergewicht. En niet om de laatste fase waarin die terugvalpreventie naar voren komt. Dit is juist die eerste fase. We willen het liefst ook dat ze zo snel mogelijk op de pmt komen. Ze mogen dan natuurlijk eigenlijk helemaal niet bewegen maar dan is die eerste fase er toch op gericht wat voel je, wat vindt je eigenlijk van jezelf maar door het ervaren zelf, dus in de hangmat,

schommelen we doen dan ook ontspanningsoefeningen om te leren voelen. Die biedt ik aan en dan is het de kunst om ze te laten voelen dat ik voor ze zorg en als dat stukje er dan is, dan ze laten accepteren dat ze ook voor zichzelf kunnen zorgen./ moeten zorgen en dat dat belangrijk is. Dat is de kern van die module./

Aan het eind van deze module komt je bij wat vind je van jezelf en bepaalde patronen die je kunt herkennen bij jezelf. Waarmee ik na deze module nog verder kan behandelen.

Dan kun je de kant op gaan gericht op de lichaamsbeleving dat doen ze vaak in de volwassenenpsychiatrie. Daar is een bruin boek over geschreven van A. schoenmaker en M. rekkers (van de Ursula) staat op de unit. Dat gaat geheel over pmt, ik weet niet of daar ook nog iets over terugval preventie instaat.

Das wel leuk om even nar te kijken, ja.

Of je gaat de spierversterkende kant op. Daar ben ik nu met een aantal meisjes mee bezig. Ervan uitgaan dat ze het toch nog heel beangstigend vinden dat ze aankomen en vooral dik/vet worden en dat ze niet slap willen worden van het aankomen. Ze willen wel mooi aankomen.

en niet dat het op allemaal vervelende plekken gaat zitten.

In hun ogen is het natuurlijk heel gauw vet, maar het is natuurlijk ook waar als je niet aan je aankomt en niet beweegt dat het slap wordt.

Het gaat altijd eerst in de buik zitten en een beetje in de bovenbenen, En daar kunnen ze het goed voelen en hebben ze dan een dikke buik.

Dikkere gezichten, ja daar kan ik weinig aan doen, maar buik en bovenbenen daar wel .

Gewoon zorgen dat je beweegt en ook aankomt, en dat je spieren ook gaan aankomen en aanzetten.

Dat is waar ik nu heel erg mee bezig ben met hun.

Ja er zijn ook andere dingen als je vooral op het sociale vlak problemen hebt zou je natuurlijk groep pmt kunnen gaan doen. De kern is dan, ja je gaat dan praktisch aan de slag. Ze komen elkaar iop de unit tegen, maar hier in een spel is dat contact al heel anders. Dan is het meer richten op wat ben jij geneigd als je met anderen in contact bent, trekt je jezelf terug, treed je op de voorgrond. En dan heb je het weer over die patronen en hoe je die eventueel kunt veranderen. Dat kun je in een rollenspel, maar ook gewoon is een sportspel neerzetten.

Dus dat zijn een beetje de mogelijkheden die pmt voor deze meiden biedt.

Die lichaamsbeleving is meer bij volwassenen zei je net...

Ja daar doen ze dat veel bij anorexia, maar daar hebben ze ook echt dat als uitgangspunt als vanwaar de anorexia door ontstaan is. Niet helemaal natuurlijk, zitten een heleboel achterliggende zaken bij.

Maar het mager zijn is natuurlijk hoe ze eruit zien. Toen ze hier kwamen was dat ook een beetje het uitgangspunt. Maar het is niet altijd zo dat meisjes daarom zijn gaan afvallen. Het is vaak zo op sociaal vlak, dat ze gepest zijn, dat kan bij die volwassenen natuurlijk ooit ook wel gebeurt zijn hoor, maar dat ligt toch anders. En dat ze zich daarom te gronde willen richten en dingen met eten zijn gaan doen .

Dat zijn natuurlijk 2 hele andere dingen. Bij sommige speelt het wel een rol hoor, maar niet altijd de hoofdrol.

Je merkt dan dat het sociale meer naar voren komt.

Ja, en dat speelt dan vooral in die laatste fase een rol,. Dat je daar iets mee kunt.

Dat heb ik al een aantal keer meegemaakt, wel in de laatste fase dat

Krijgt dat dan ook meer aandacht? Ja.

Nu moet ik weer terug naar school, hoe moet het daar Ik laat de modules in elkaar over lopen. Het is niet ze de ene is afgelopen en nu begin ik de nieuwe, en dan merkt ik dat ze er ook mee komen. Nu ben ik aangekomen en zit ik in de laatste fase, ik moet straks weer naar school en daar ben ik eigenlijk hartstikke bang voor. Wat zullen ze van me vinden. En als ik bang ben wat doe ik dan? Ga ik op een groepje af of blijf ik erbuiten staan.

Dat zal averechts werken, en daar gaan we dan hier mee oefenen. Ik heb dat, ja, ik kan het op 1 hand tellen, een paar keer al meegemaakt.

En het is natuurlijk heel persoonlijk hoe ik daarmee omga en wat dat bij hen doet. We hebben nog niet genoeg meisjes gehad om dat in een groepstherapie te doen. Dat ze gelijk opgaan en dat ze dan daarin kunnen oefenen.

Ze zitten ook allemaal in verschillende fasen natuurlijk.

Wel individueel

Maar zou dat wel je voorkeur hebben om het in een groep te doen?

Ja uiteindelijk wel want dan kun je ook heel veel met elkaar oefenen.

Want in het boek (jongeren met eetstoornis) gaan ze uit van groepen, maar die moet je maar niet hebben.

Zij zijn sowieso meer groepsgericht geweest op het UMC. Zij hebben meerdere programma's ook, ook op het individueel vlak.

Ja, die staan ook in het boek.

Ik heb nu dan die verwen module gemaakt, en ik wil nu heel graag een bewegingsdrang module schrijven. Als bewegen z'n hele grote rol speelt.

En ik ga dat niet zomaar helemaal opnieuw beginnen, ik wil dat dan met hun opzet doen.

De jongen die dat heft geschreven is nu weg, maar ik mag hem wel contacten voor hulp hierbij.

Oh, dat is mooi, staat ook vrij uitgebreid beschreven in het boek.

En met S. ga ik daar dan ook mee aan de slag.

Omdat zij er veel last van heeft en we zo iets hadden van wat moeten we daar nu mee. Daar staat ook te weinig van op papier. En dan is pmt een beetje de tegenhanger van wat op de groep gebeurt. Want op de groep mogen ze natuurlijk helemaal niet bewegen. En als je z'n bewegingsdrang hebt dan is dat haast niet vol te houden, daar wordt je helemaal gek van. Dus dan probeer ik onder de pmt en mijn begeleiding daar wel iets mee te doen op een gezonde manier. Zodat ze daar mee kunnen leren omgaan. En dat is wel wat ik nu heel vele heb gedaan ook. Ze mogen dus een stuk ontlading hier uiten. Daar val je ook niet meteen van af natuurlijk.

Maar wat ik ook prebeer is van; wat is dat dan, hoe voelt dat dan en dan pas ik een stukje haptonomie toe, omdat ik die achtergrond nu eenmaal zelf ook heb.

M. heb ik bijvoorbeeld heel veel aangeraakt, gemasseerd, sensorrelatievorm (dan til ik haar heen op en zij moet dat dan toe kunnen laten, de controle af kunnen geven).

En dat geeft zoveel rust en ontspanning dat ook de bewegingsdrang afvloeit.

Het zit ook in het hoofd, voor een deel ook in er zijn onderzoeken naar gedaan he.. als ze ondergewicht hebben en ook onderzoekt raken dan krijg je bewegingsdrang, bij het onderzoek waren het dan muizen die ook gingen rennen. Dus dat ik ook wel bewezen. In de bascule in Amsterdam hebben ze nu ook een nieuwe groep en daar werken ze met warme baden en alten ze de meisjes in warme kamers liggen na het eten.

Omdat voor en na die eetmomenten hele nare momenten voor ze zijn en als ze het warmer hebben dan zijn ze rustiger. Dus warmte en massage dat doen ze dar veel.

Net zoals het warmtevest in utrecht, dat stond in de krant.

Ja, je ziet dan die bewegingsdrang afvloeien. Het is dus niet altijd zo dat je moet bewegen, dat denken die meiden wel en dat voelen ze ook en dat is ook terecht. Ja, daar ben ik dus wel mee bezig maar dat is nog niet geheel van de grond gekomen.

En het spierversterkende programma, dat staat ook nog niet op papier. Eigenlijk ben ik aan het experimenteren. En ik heb ondersteuning van een Duitse psychiater hier, die in Duitsland heel vele met anorexia patiënten gewerkt heeft. Daar deden ze aan de hand van de bmi hoe je spierversterkende oefeningen kunt opbouwen.

En het werken aan sociale contacten, loopt dat gelijk met op de unit?

Nee, dat loopt gelijk met op de unit, dan zijn ze al aardig op gewicht. Dan is op de unit ook ET, sociale vaardigheidstraining. En hier kun je individueel wat specifiek te werk gaan.

Heb je ook te maken met terugval in de behandeling?

Ja, en dat heeft ook wel soms met terugval in het gewicht te maken.

Ze willen altijd graag bewegen hier he, ze denken altijd hier mag het.

Ik heb ook wel eens gehad dat ik aan het badmintonnen was met eentje en dat de groepsleiding haar kwam halen en dat ze snel het racket neer legde van oh, van de groepsleiding mag het niet. En dan zeg ik, ja maar zo werken we hier niet, daar hebben we samenspraak over.

Maar ja, als het moet dan moet je weer terug, of als ze heel somber zijn, dat ga ik bijvoorbeeld vragen, kijk maar of je voor je kunt laten zorgen, ga maar in de hangmat. En dan schommel ik ze wat. Dan kunnen ze ook terugvallen.

Kan je dat aanzien komen?

Ja, meestal wel, dan kun je het wel zien.

Die meiden willen altijd sneller dan waar ze eigenlijk zitten en aan toe zijn. Zij kijken vooruit. Dat is steeds zo, in alle fasen. Dus ook in de laatste fase, dan willen ze hier natuurlijk zo snel mogelijk weg. En dan merk je dat je bezig bent met ze daarop voor te bereiden, maar dat zij er met hun hoofd al zijn. Dat maakt het doorlopen van die fasen ook zo moeilijk. Het heeft niet eens zozeer met terugval te maken, maar meer dat het niet beklijft wat je leert.

En dan kan het weer langer duren dan dat zij dachten. Gefrustreerd raken en door die frustratie kunnen ze dan terugvallen.

Soms bij terugval in de behandeling zie je wel dat ze het de tweede keer beter doen dan de eerste keer, ze kunnen dan dingen terughalen en nu wel gebruiken wat ze toen niet deden.

Met M. die teruggekomen is ben ik in die laatste fase van de 1^{ste} keer ben ik met haar met dingen bezig geweest, waarvan ik toen al dacht ja, dit komt niet aan, dit is niet het juiste moment. Dat heeft ze zich nog niet eigen gemaakt. Het gaf haar zoveel stress dat ze weer op school zat. Ik heb nog contact met haar gehad och ze al uit de kliniek was, de pmt liep door.

Ik heb het er ook met haar en haar moeder over gehad, maar zij wilde gewoon niet. Ze ging op school ook zeggen dat ze niet naar pmt ging, niet naar die kliniek want dat durfde ze niet te zeggen. En dan, ik vind het heel erg om te doen, maar het moet toch, dan laat je haar gaan, maar je weet dat ze het niet gaat redden.

Je voelde het dus aankomen

Ja eigenlijk kun je dat wel raden ja.

Het klinkt heel hard maar soms moet je het toch doen om het kwartje te laten vallen.

Je gebruikt het dan als een soort middel in de behandeling.

Ja het is wel heel triest.

En M. heeft daar heel van geleerd, ze is wel heel ernstig van achteruit gegaan, maar ze heeft er wel veel van geleerd. Ze kan ook dingen terughalen van de vorige keer. Maar ma. Kan dat dan weer niet, daar heeft de terugval weer geen leermoment voor opgeleverd. Haar kan ik daar ook niet in raken.

Dat is dan een voorbeeld van je bent met dingen bezig, maar zij zit aal met haar hoofd ergens anders.

Maar Ma. Wil dingen niet aangaan, dus je komt er niet doorheen. Dat vind ik ook een heel lastig kind daarin. Dat is hier al. Dan zie je ook duidelijk het in niet 1 doelgroep, maar elk individu is heel verschillend.

Ja, dat is echt het lastige van de ziekte.

En als ze uitbehandeld zijn op de unit en nog niet bij de pmt, hoe zit dat dan

Pmt loopt vaak nog door, of de psychotherapie, dat kan ook. Het is dan ondersteunend, ik wil dan gaan terughalen hoe is het nu op school en lukt het wat je hier geoefend hebt. Hoe voel je je in de groep.

R. wilde graag terug komen en kwam ook met concrete zaken, bijv. ik kan niet goed mijn grenzen aangeven. Nou dan gingen we daar aan werken. Die heeft een doorbraak gehad in dat ze dingen aan wilde gaan, kwam daardoor met eigen leerpunten.

Dat is dan een mooi stuk als je weer onder de mensen komt. Dat je dan hier nog wat kan halen wat je daar nodig hebt.

Aan het eind van de behandeling geen ik ze ook regelmatig huiswerk mee, praktische dingen om te oefenen en dan komen we er hier er op terug, op hoe het ging. En of het terug te halen is hoe het gegaan is.

Alle disciplines zijn aanvullend op de behandeling, pmt ook de gehele behandeling door. Aan het eind is dit alleen duidelijker aanwezig.

Komt je ook zaken als perfectionisme tegen? wat kunnen we ons erbij voorstellen

Ja, perfectionisme zie je overal in terug komen, ze willen alles goed doen. Ook in de bewegingsdrang. Als ze bijv. iets 10x rechts hebben gedaan dan moet het ook 10x links. Dat soort dingen, er zit een soort dwangmatigheid in, maar ook perfectionisme.

Perfectionisme kan ook doorslaan, dat zeer iets tegoed willen doen daar ben ik ook mee bezig, zo van wat maakt het nu eigenlijk uit of je het 9 of 10 x doet. We hoeven ook niet altijd onze tijd vol te maken, wel eens iets korter of iets langer blijven. Maar het is niet een onderdeel van de therapie.

Uit literatuur een heleboel belangrijke punten, kunt je daar iets over vertellen. Welke kom je tegen, waar ben je mee bezig, etc.

Emotioneel functioneren:

Heel breed, daar heb ik helemaal mee te maken

Sociaal emotioneren

ja wat ik net gezegd heb, ja vooral therapeutisch in de laatste fase

Zelfwaardering/zelfvertrouwen

Speelt natuurlijk altijd een rol, meestal vinden ze zichzelf helemaal niet, doen ze niet goed. En daar komt ook het perfectionisme dan weer bij kijken.

Cognities

Daar heb ik wel mee te maken maar daar probeer ik niet op in te gaan, want de bedoeling is dat dat bij de cognitief therapeut/psychotherapie naar voren komt en besproken wordt. Maar kom het natuurlijk wel tegen. Ook eten en eetgewoonten hou ik af. Ik geef dan aan bij wie ze daarvoor wel moeten zijn. Maar

soms heb ik natuurlijk wel een gesprekje daarover als ze het echt kwijt moeten. Heel vele over zichzelf slecht vinden/dik vinden.

Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid

Dat zie je meer op de unit denk ik wel vragen ze heel veel wat ik vindt en keuzen maken vinden ze heel moeilijk. Wel zie ik ze daar erg in groeien, dan gaan ze keuzes maken, dan worden ze zelfstandiger. Maar dan ben ik verleng stuk van de unit, niet therapeutisch.

Lichamelijke klachten,

Ja, die kom ik zeker tegen, van ondergewicht naar menstruatieklaarten, rugpijn, hoofdpijn, beharing, vocht in benen etc, Dat komt er bij mij zeker uit.

Co-morbiditeit

Ja daar da ik ook op in
Beroepsmatig functioneren
niet specifiek bij mij

Perfectionisme

Ja

Zelfbeeld lichaamsbeeld,

Ja daar is pmt voor bij uitstek. Maar als het dan om cognities gaat dan verwij ik na cognitieve therapeut. Hier vooral lichamelijk. Ik heb wel vragenlijsten en heb er ook gesprekken, maar vooral praktisch hier.

Motivatie:

Iedereen wil eigenlijk wel komen, waar ik mee bezig ben is de het omzetten om gemotiveerd te raken om aan zichzelf te werken zichzelf belangrijk te vinden en niet alleen te komen om te bewegen. Ze komen niet voor de therapie, wel om gezond te leven en bewegen voor de fase waarin ze zitten *Aan het eind zijn ze zich ook meer bewust dat pmt niet alleen om te bewegen is*

Wel willen ze op den duur van Curium af. Dus dan heb je een andere motivatie die je ook moet inperken, om wel de nodige tijd nog voor behandeling en pmt te hebben bij ze.

De een heeft eerder door wat pmt voor ze kan betekenen en hoe sneller dit gezien word hoe meer ik kan,. Een keer is het niet lukt om dit te laten inzien en dat is nu nog steeds een probleem

Omgeving

Niet veel mee te maken, pas in de laatste fase van pmt, dus als ze van de kliniek weg zijn. Tijden de behandeling hebt ik niets met ouders te maken. Pas later komen ze ze ophalen en kan ik ouders spreken. Er is ook 1 meisje waar het zusje en zij zelf vroeger topsport, wedstrijdzwemmen deden, En nu komt dat meisje weer in dat gezin terug waar alles draait om sprot. En dat het zusje nu doet wat zij eerst deed. Zij gaf aan dat ze blij was voor haar zusje, maar of dat ook waar is , weet ik niet. Maar daar ben ik natuurlijk dan wel mee bezig.

Er er is nog iemand die zoiets van topsport deed, maar kom er nu niet op.

Natuurlijk kom ik dat tegen wat zij in hun vrije tijd gaan doen. Maar ik ga niet naar ze toe ofzo.

En ouders leren wat "normaal" gedrag is

Dat gaat via ouder begeleiding, ik heb daar verder nog geen ervaring mee,. Wel zou ik dat graag erbij pakken. Want er is als ze naar huis zijn ook geen ouder begeleider meer.

Zou het eigenlijk niet meer bij jou passen, ook tijdens de behandeling ipv bij de ouderbegeleider?

Ja, in het land gebeurt het veel, op Curium niet. Maar het zou wel mooi zijn, ik heb er wel geen evagin mee. Zou wel met meerdere opgezet moeten worden kan ik niet alleen opzetten.

Je zou het ook samen kunnen doen, meeste ouderbegeleiders zijn ook systeemtherapeut, en het zou leuk zijn met ouders, kind, mijzelf en systeemtherapeut hier in de zaal bezig te zijn.

Op de poli weet ik niet hoe het zit.

Nazorg zou ik graag ook via de poli willen werken, maar dat is ng niet. Wel alles in samenwerking met andere medewerkers van Curium.

Dat zou mooi zijn, dan heb je van alle kanten goed overleg.

In het land zijn er wel plekken waar het allemaal samen gaat en dat loopt goed.

De laatste vraag

Wat mis je op Curium... of heb je alles wat je wil

Er moet nog zoveel uitgezocht worden, staat weinig vast. Ik heb er wel veel vertrouwen in. Socio's hebben dat minden. Ik ga ook makkelijker naar studiedag binnen vakgebied, ik kan me zo beter richten, de sociotherapeut is veel breder bezig. Elke maand zon uitwisselvergadering is ook goed. Dan weet je wie wat doet en wie wat vindt. Ik kan dan een uur praten over wat ik doe en waarom. Dat moeten we echt blijven doen.

Nu sluit het nog niet op elkaar aan, helaas.

Ik heb geen behoefte aan speciale studiedag, ik heb nodig dat het aansluit en dat ik weet wie wat doet en hoe en waarom. Fijn is dat ik wel iedereen ken, vrij stabiele groep sociotherapeuten en veel gemotiveerde mensen. Dat moet eerst en dan weer verder kijken.

Niet allemaal naar studiedagen buiten Curium, maar eerst eens bij elkaar kijken en bij het LUMC. We weten eigenlijk te weinig van elkaar. Het zou ook leuk zijn iedereen hier in de aal te kunnen ontvangen. Ik kan overal verder terecht voor informatie, ook bij allerlei andere instellingen, vakgroep, etc.

Ik had voor jullie nog wel meneer Maras, die heeft er ook heel vele mee gewerkt. Misschien weet die ook nog wel iets. Misschien kunnen jullie ook met hem spreken. Hij hielp mij meteen toen ik het mailde. Wel veel met volwassenen, maar ja...

Hij werkt wel voor de poli en heeft niet veel tijd, maar je kunt het altijd proberen.

Ik wil ook voorkomen dat je opnieuw het wiel moet uitvinden en die man heeft wel ervaring.

Bijlage c. 2

Interview K. van Dongen

Behandelcoördinator Curium; unit 1
Maandag 28 februari 2005

Interviewvragen

1. Wat zijn de opname eisen, zijn dit ook criteria voor ontslag en gelden deze ook voor bijvoorbeeld een tweede keer opname?
2. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?
3. Wat zijn de behandeldoelen?
4. Wat zijn de speerpunten van de behandeling?
5. Wat is de visie op de behandeling van anorexia nervosa?
6. Wie worden er door Curium allemaal bij de behandeling betrokken en met wie komen de cliënten in contact?
7. Welke verschillende disciplines denk jij kunnen een belangrijke rol spelen in de terugvalpreventie, op welke manier en wanneer?
8. Hoe ziet de behandeling eruit?
9. Hoe wordt de behandeling op het individu aangepast? Wordt er bijv. rekening gehouden met cliënten met chronische anorexia en cliënten met een anorexia die nog in ontwikkeling is? Hoe wordt dit vormgegeven?
10. Op welke manier is de ontwikkelingsfase (adolescentie) van het kind van invloed op de behandeling, op de ziekte anorexia nervosa en op het beloop hiervan?
11. Wat houdt de laatste fase van de behandeling in (uitgangspunten, criteria, kern onderwerpen)?
12. Hoe zou de laatste fase van de behandeling er volgens jou uit moeten zien? Wat zou erin verbeterd kunnen/ moeten worden?
13. Hoe ziet de terugval van meiden met anorexia nervosa binnen Curium eruit, en hoe is de controle op deze terugval vorm gegeven?
14. Wat wordt er momenteel in de behandeling gedaan aan terugvalpreventie en op welke manier?
15. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
16. Kan de laatste fase van de behandeling aangepast worden zodat de kans op terugval verkleind wordt?
17. Wanneer is iemand beter genoeg om unit 1 te verlaten? Wat zijn de criteria hiervoor? Wordt de duur van de ziekte hierin betrokken en op welke manier?
18. Welke rol kan en mag medicatie bij de ontslag fase nog een rol spelen?
19. Wat is het verband/ de samenwerking tussen de unit en de polikliniek en hoe ziet deze eruit?

Uitwerking interview

Naar aanleiding van de grote teamdag, wat de veranderingen zijn. En dan met name de laatste fase, wat daar voor een veranderingen in zijn.

Ja, misschien kan ik het er even bij pakken, dat praat wat makkelijker. Ik geef jullie ook een kopie als het af is. Het is nog niet af maar we hebben wel een kopie wat wel de basis bevat. Het is in ieder geval wel een leuke en zinvolle teamdag geweest.

Dit was de opzet die we hadden. De 0 fase is eraan toegevoegd, eerst waren er gewoon drie fases en was er geen nazorg fase. In die zin dan ben je dus weg. Want dan ga je poliklinisch verder, of ga je in dagbehandeling. Nu is het zo dat we beginnen met de 0 fase. In de 0 fase doen kinderen helemaal niks, jongeren. Ja er staat per deelgebied uitgewerkt wat ze dan nog wel mogen. Hoe vaak er gewogen wordt, hoe vaak je op bezoek mag naar huis en op welke momenten je naar huis mag en dat verandert dus per fase. In fase 0 kun je dus nog sondevoeding krijgen en kun je nog extra nutridrinks krijgen en in fase 1 is de bedoeling dat je geen sondevoeding meer krijgt en in fase 1 hoef je ook niet meer met de rolstoel ergens naar toe gebracht worden en in fase 0 nog wel. Fase 1 wordt de motivatiefase genoemd en in deze fase zit je tot je minimaal $-2,5$ SD weegt. Een SD is een standaarddeviatie en $-2,5$ is nog best een grote standaarddeviatie. Ik weet niet of je weet wat een SD is? Het is een berekening maar het is gerelateerd aan jouw leeftijd en lengte. En als je naar jouw groeicurve kijkt dan zie je dat bij iemand met $-2,5$ SD je best ver af zit van de 0, en de 0 betekent een gezond gewicht voor iemand van jouw lengte en jouw leeftijd. $-2,5$ is dus minder, nou dan heb je ook nog -1 of $-0,5$. Maar alles komt steeds dichterbij 0, en 0 is gezond. 1 is dan lichtelijk overgewicht en 2 is weer zwaarder overgewicht, dus zo moet je het een beetje zien. En we willen die SD meer als leidraad gaan nemen en ook in kaart gaan brengen van alle jongeren waar zit jij nu eigenlijk? En dat was er dus nog niet op unit 1 en dat daar mee gewerkt werd. En nu is de bedoeling dat al voor dat er gestart wordt met de behandeling duidelijk is wat het streefgewicht is, dus wat is een normaal gewicht voor jouw leeftijd en lengte en dat jongeren daar ook voor tekenen en dat we daar

dus naar toe gaan werken. Het faseprogramma wordt als een behandelcontract geïntroduceerd. Dus mensen moeten dit goed doornemen voordat hun kind of de jongeren zelf opgenomen wordt en maak je daar ook afspraken over en in principe is de verachting dat dit zo gaat werken dat de opname verkort kan worden. Dat jongeren niet maanden, ja wel maanden maar niet jaren op unit 1 zitten. In principe zou het heel goed zijn om binnen een half jaar klaar te zijn en dan door te kunnen naar dagbehandeling en eventueel poliklinisch.

Nou goed de volgende fase mag je wat meer bewegen en worden ook therapieën langzaam uitgebreid want in fase 1 kan je ook nog niet zoveel therapie aan, cognitief gezien ook niet en in deze fase ga je oefenen met een heleboel dingen, meer bewegen, meer zelfstandig bewegen, meer zelfstandig je eten klaar maken en je gaat toe werken naar weekenden 's nachts thuisslapen. En dat betekent dus dat dan ook een heel weekend bij wijze van thuis kan zijn. En zo wordt het steeds verder uitgebreid naar wat je allemaal mag. Dat moet je maar eens op je gemak een keer rustig doorlezen.

En in deze fase, die is ook toegevoegd aan het programma dat er al was, moet je minimaal $-1SD$ wegen, om in dagbehandeling te mogen gaan. En $-1SD$ betekent dat je bij wijze van nog maar 1 stap van de 0 verwijderd bent. Dus dat dit het moment moet zijn dat je naar dagbehandeling gaat toewerken en omdat wij op unit 1 ook zelf dagbehandeling geven willen wij dan geen hele duidelijke overgang maken in die zin dat het niet moet zijn dat je de ene dag fulltime bent opgenomen de andere dag in dagbehandeling zit omdat je precies op dat gewicht zit. We willen dat zo maken dat jongeren kunnen gaan oefenen met eerst twee nachtjes naar huis, dan drie nachtjes enz. En in de tussentijd moeten ze iedere keer dat gewicht blijven handhaven dus die gezichtstoename. En we streven dus naar een toename van een pond tot een kilo per week. En dat moeten ze blijven volhouden. Als het nou niet lukt dan kun je in een reserve programma terecht komen. Een reserve programma betekent geen straf maar de meisjes zullen dat soms wel zo voelen, maar dat betekent dat je een heleboel dingen niet meer mag dat je eigenlijk volgens je stappenplan al wel zou mogen. Omdat je niet genoeg bent aangekomen, en daar zijn we heel streng in dus 0,4 is te weinig. Het moet een pond tot een kilo. Een reserve programma betekent dat een heleboel beweegextra dat je gekregen hebt volgens je uitbreidingsprogramma niet meer mogen, dat je rustmomenten krijgt die ook weer na de maaltijd een uur zijn ipv een half uur. Dat je gewoon weer helemaal terug bent bij; nee je bent hier om aan te komen dus hoe kan het zo zijn dat je niet gegroeid, aangekomen bent. Dan ga je met de diëtiste kijken moet je voedingslijst soms omhoog omdat je nou zoveel extra dingen doet je dan niet genoeg energie binnen krijgt en het kan ook zijn dat je bewegen tocht teveel was en je misschien wat minder moet bewegen. Daar wordt dan kritisch naar gekeken met de bedoeling dat je na een week weer kan opstarten bij waar je gebleven was. Als na een week blijkt dat je niet de pond bent aangekomen kan het nog een keer verlengd worden. Het reserve programma wordt alleen toegepast op fase 1, 2 en 3. Als je in fase 4 zit en je krijgt dan dat je niet genoeg aankomt dan krijg je een plus programma, het voordeel hiervan is dat je wel je therapieën en activiteiten kunt blijven volgen en dat je niet alles weer kwijt bent en dat willen we de continuïteit blijven volhouden en is het niet zo een ramp als je een keer niet voldoende aankomt. Maar dan krijg je wel wat extra afspraken.

Nou dit is hoe we nu gaan willen werken, dit moeten we nog wel gaan afstemmen met de therapeuten. Dit is door de sociotherapeuten zelf gemaakt gebaseerd op dat boekje dat jullie ook hebben. Er worden nog wel wat dingen in verandert in die zin het moet nog helemaal afgestemd worden. Met ET, PMT ed. Bijvoorbeeld PMT zei heel slim nou ik kan toch ook PMT geven met leren stil zitten. En dat kan dan wel al in fase 0 terwijl wij hadden gezegd niet in fase 0 door de beweging die je maakt en daar zijn we nog niet over uit want aan de andere kant moet het ook als een verkapt beloningssysteem werken, van ik mag al dit. En geldt dat ook voor de meiden onderling als een soort van concurrentie in goede zin want vaak is de concurrentie bij anorexia in negatieve zin, wie het meeste kan afvallen heeft gewonnen. En nu is het wie is aangekomen is dus verder en mag meer. En dat ze dan ook bij elkaar de criteria weten. Die mag dat omdat ze zo en zo ver is en dat bent jij nog niet. Daar kan jij ook komen als je een pond per week aankomt.

Wat dat betreft zijn we nog aan het overleggen. 7 Maart hebben we een ouderavond en zijn alle ouders uitgenodigd om dit te gaan bespreken. Dat is ook al een verandering in die zin willen we ouders meer gaan betrekken bij de behandeling, en willen we ook dat ouders hier voor tekenen

Dan weten zij dat wij dit met hun kind gaan doen want het heeft ook consequenties voor de thuissituatie, hoe vaak hun kind naar huis mag, de voorwaarden voor wanneer iemand naar huis mag en als ze thuis zijn wat de afspraken zijn en hoe zij met hun kind om moeten gaan. Wij willen dat ouders dit zelf ook krijgen, thuis hebben en dat zij weten wat wij willen en moeten doen en weten hoeveel bijvoorbeeld hun kind mag bewegen van ons. En nu moet de ouderbegeleidster dit individueel met de ouders bespreken maar als het op papier staat is dit beter werkbaar en makkelijker te hanteren. En het feit dat ze daar voor tekenen betekent dat ze het ermee eens zijn. Dus dit gaan we ook laten functioneren als een behandelcontract.

Ik denk ook dat duidelijk is dat we strenger zijn en dit als een stok achter de deur kan functioneren. Want nu is het ook wel eens geweest vanuit medelijken omdat ze wel zo haar best doet en ze is tocht 0,3 kg

gegroeid, wat we voortaan ook aankomen gaan noemen omdat groeien klinkt alsof het in de lengte is maar wij ook in de breedte bedoelen, en het hier ook om gaat.

Over de eisen van opname en ontslag, staan deze vast?

Het gewicht is wel doorslaggevend, nou niet alleen doorslaggevend maar het speelt wel een rol want ziekenhuisopname dat is denk als iemand 3 of meer dan 3 ondergewicht heeft dat het echt zorgelijk begint te worden dan behandelen wij niet maar het ziekenhuis en als iemand -1 SD zit dan gaat ze over naar dagbehandeling en 0 betekent poliklinisch, nazorg. Dus het heeft heel veel met gewicht te maken, daarnaast heeft unit 1 ook nog een andere doelgroep en niet alleen eetstoornis patiënten en dat is nog wel eens verwarrend want wie plaats je nu bij een eetstoornis patiënt.

Maar voor de meiden met anorexia als je dan kijk naar wanneer ze met onstalg kunnen gaan dan kijk je naar gewicht maar bij mij schiet dan de vraag binnen hoe weet je dan dat ze niet zijn aangekomen voor het naar huis toe gaan.

Nou daarom willen wij ook niet dat als het zo is dat je thuis bent dat je dan thuis bent maar het bed blijft bezet zolang iemand bij Curium in behandeling is en dat is ook de doelstelling van het faseprogramma. Wat we dus niet nu hebben neergelegd en verschilt met het vorige. In die zin dat het niet meer los van elkaar gezien wordt en de afspraken dus ook thuis vol te houden zijn. Het kind moet een pond thuis blijven groeien anders komt ze in de reserve fase. En dat betekent ook dat een kind stopt met behandeling en opgenomen wordt. Je moet, de afspraken die er zijn moeten thuis ook door te voeren zijn. Als blijkt dat een kind het thuis niet trekt en toch heel veel erbij gaat bewegen of gaat sjoemelen met eten dat zul je dat zien aan het gewicht, wat gewoon gewogen blijft, en therapie en activiteiten blijven ook gewoon doorgaan. Middels de dagbehandeling en als dan blijkt dat dat tocht niet lukt dan betekent dan misschien wel weer opname.

De dagbehandeling is eigenlijk wel een vast onderdeel van de behandeling?

Ja, dagbehandeling wordt niet meer incidenteel toegepast maar is als vast afbouw onderdeel van de behandeling gezien en het toewerken naar huis.

En dan ook echt bij jullie op de unit of ook eventueel bij hun in de buurt.

In principe op de unit, dat is denk wat het meest wenselijk is en het best past bij dit programma omdat het bed dan ook vrijgehouden wordt en er ook mogelijkheid is om meteen weer op te nemen en dat niet afhankelijk is van een plekje. Zo van het gaat nu een beetje minder maar dat wil niet meteen zeggen dat het heel slecht gaat. Een beetje minder, het hoeft niet eens te betekenen dat iemand afvalt maar als iemand stopt met aankomen is dat ook een beetje minder. En dat kan wel betekenen van hé, er gaat toch iets niet goed. Maar het is niet meteen een hele grote ramp, maar het is wel de bedoeling dat je blijft groeien tot je helemaal op je streefgewicht zit. En kijk dan kan iemand poliklinisch verder, of is iemand thuis en kan eventueel stoppen met behandelen.

Dus het hoort nu wel echt bij de behandeling en is niet een stukje nazorg. Want nazorg wordt vaak toch meer gezocht bij iemand in de buurt.

Ja, de bedoeling is dat we het gaan zien als onderdeel van de behandeling en ik denk dat dat wel een hele grote verbetering is. Er zijn denk wel incidentele gevallen dat dat anders is, dat ouders het anders willen en zeggen we halen ons kind nu uit behandeling en het is nu klaar. Ja, dan hebben wij weinig te zeggen. In principe proberen we dit voor te zijn door ouders hiervoor te laten tekenen. Elk kind start ook in fase 0 ook al zit ze qua gewicht al wat verder, alle fase worden doorlopen. Elk kind doorloopt het hele faseprogramma, de een wat sneller dan de ander maar er worden geen fases overgeslagen.

En nog even terugkomend, unit 1 heeft niet alleen eetstoornissen, maar wat voor een soort jongeren zet je daarbij?

Dat is een hele lastige vraag omdat dat niet helder is, het is niet helder omschreven en is voor mijzelf ook niet helder en daar kan ik zelf ook niet helder antwoord op geven. Ik ben zelf voorstander van een unit met alleen maar eetstoornissen, omdat ik denk; wat doe je eigenlijk een ander kind aan om die bij deze meiden te zetten die de hele dag niet mogen bewegen, niets kunnen ondernemen. Je kan niet vragen ga je even mee voetballen of wandelen. Nee, dan krijg je dus kinderen die heel geïsoleerd moeten kunnen functioneren op een groep. Welke kinderen kunnen dat vaak, vaak is het dan ook voor deze kinderen een leerdoel om het leren. Kijk een autist kan wel functioneren op een groep eetstoornissen omdat ze toch niet iets willen op de groep maar kijk dat is dan ook weer vaak een van hun leerdoel en kijk iemand die depressief is wordt er ook niet beter van om de hele dag te zitten bij meisjes die niks mogen. En ja, de eetmomenten zijn niet gezellig, niet ontspannend en de donderdagen zijn ontzettend spannend omdat er dan dingen veranderd kunnen worden en er wordt gewogen. Ja ik ben er eigenlijk geen voorstander van en het beleid nu is dan toch vooral de makkelijk begeleidbare kinderen kiezen.

Een nadeel is nu vooral voor de jongeren die geen eetstoornis hebben maar voor de meiden met een eetstoornis, hoe is het daar voor?

Ik denk dat het voor de meiden met een eetstoornis soms wel eens heel leerzaam kan zijn om tussen de anderen te zitten die wel gezond eten en wel normaal doen. Het positieve effect kan heel zinvol zijn maar ik denk dat het nadeel meer voor de anderen kinderen is, want die meiden slurpen zoveel energie op, ook bij de overlegmomenten en de teamvergaderingen want er moet zoveel overlegt worden en afgesproken worden en elk detail is zo belangrijk om te bespreken en dan is het vaak zo dat de anderen jongeren even snel op het einde komen en om dit goed te structureren zou je eigenlijk aparte overlegmomenten moeten hebben voor de anderen jongeren. Maar dan kunnen niet de therapeuten erbij zijn want die hebben te weinig uren of tijd, dus ja praktisch is het moeilijk om beiden goed te combineren.

En dat hiervoor gekozen is, is dat een geldkwestie waarom het beiden zit?

Nou dat weet ik niet ik ben hier natuurlijk pas twee maanden en weet wat de overwegingen toen zijn geweest om er zo voor te kiezen. Ik weet wel dat er nu overlegvormen zijn om te bedenken of we er een complete eetstoornissen unit van willen maken en dat vindt dan ook wel op financieel niveau plaats. Kijken naar wat kost nu een eetstoornispatiënt, meer dan een normaal bed, hoeveel extra uren therapie. Want je moet wel kunnen waarmaken dat je kinderen begeleid bij het wandelen buiten. Ook in fase 1 moeten er voldoende therapeuten uren aanwezig zijn om alle jongeren te kunnen aanmelden. Of aanmelden bij ET, nu zit bijvoorbeeld de ET klas al helemaal vol. Dus als je er voor kiest om dat goed op poten te zetten kost het wel geld, en het levert misschien minder op dan dat het kost. Wat dat betreft vallen eetstoornissen niet in de zwaarste zorg categorie waardoor je wat minder geld voor krijgt terwijl ze eigenlijk qua zorgzwaarte, ja als je kijkt naar wat je voelt als je werkt met eetstoornissen het een hele zware doelgroep is maar als je kijkt naar wat het oplevert. Alleen als je inderdaad ZIZ zorg inzet kost het veel geld maar als ze gewoon het faseprogramma doorlopen. Maar goed dat is weer een hele andere discussie en daar moet ik zelf ook nog zicht op krijgen.

Terugval komt dan in weze ook terug met het plus- en het reserveprogramma, en dat loopt dan eigenlijk door het hele programma heen? Ja, iedere fase kan inhouden dat je ook weer een fase terug kunt. In principe streven we ernaar om dat te voorkomen, en daar zijn dan ook het reserve en plusprogramma voor. In plaats van dat je teruggaat naar een eerdere fase heb je nu de kans om goed na te denken over hoe om het nu dat ik niet ben aangekomen, beweeg ik teveel of eet ik te weinig. En daar krijg je dan hulp bij van de diëtist.

En zien jullie dat als een belangrijke stap, zien jullie als behandelend team dat als hè wat naar die zit in het reserveprogramma, of als hé vanuit dit reserveprogramma kunnen we weer de stap verder oppakken? Hert kan natuurlijk ook heel positief zijn.

Ja, in het vorige programma was er ook een reserve fase alleen deze werd nooit toegepast, er was altijd wel een reden waarom het niet doorging. En ik ben er zelf wel een voorstander van om dat positief te zien. Van we pakken dit aan als een moment om te kijken wat er mis ging en als een moment wat we heel serieus nemen want er is wel echt een probleem en dat is ergens door veroorzaakt en dat moeten we zien uit te vinden en op dit moment heb je daar even de rust voor nodig om dit uit te zoeken samen met ons en zie dat als een kans om en weer om aan te komen. En dat weer op te pakken.

Ik denk ook dat het met motivatie te maken heeft en vaak ontbreekt het bij eetstoornispatiënten heel erg. Dat is ook een nadeel van de ziekte, de anderen vinden wel dat jij een probleem hebt maar vaak ervaren ze dat zelf helemaal nog niet zo. Een patiënt heeft vaak nog geen ziekte inzicht en het is heel belangrijk om daar aan te gaan werken. Ik denk ook dat het ziekte inzicht toe kan nemen door af en toe eens een terugval te ervaren en tegen je eigen grenzen aan te lopen. Zo van, hé ik ben niet aangekomen en dat heeft dus consequenties. En die consequenties die worden heel serieus genomen. Want ik mag ineens een heleboel niet meer en dat kan ook helpen om te gaan beseffen dat er iets aan de hand is waar je last van hebt.

Denk jij ook dat het hierdoor moeilijker is om deze fase te doorlopen zonder dat er echt ziekte inzicht is.

Ja, ik denk dat je dan toch eerder tegen jezelf aanloopt als je geconfronteerd wordt met het feit dat het erg is als je niet aankomt, dat dit niet goed is en dat je leert mee te denken in wat je hieraan kunt doen en hoe dat dan komt dus dat je ook verantwoordelijk bent voor je eigen aankomst proces, dat je dat in de hand hebt en daar ook controle over hebt. Dat helpt ook denk voor als je weg bent van Curium als je thuis bent om het beter te doen. Je hebt het in de hand, want ik ben toen niet aangekomen en dat kwam daar en daarom. En dat willen we ook gaan bijhouden, ook een belangrijke stap. Via ene nieuwe map. Ieder kind heeft zijn eigen map waarin het streefgewicht in staat beschreven, de groeicurve, de SD. Daarna wordt er per weegmoment in die map geschreven, ik ben die datum aangekomen zoveel, ik woog toen zoveel en ik kreeg die uitbereidingen. En als iemand afvalt dan komt er ook te staan afgevallen en mijn voedingsadvies is bijgesteld. Dat ze mee leren zien welke beslissingen tot welke consequenties leiden. Een dat ze ook hun gevoelens bij op mogen schrijven. En dat wordt dan samen met de mentor ingevuld of alleen door het kind en wordt het met de mentor besproken zodat ze meer bewust worden van hun eigen problemen en eigen mentale groeiprocessen.

En dan nog even een stapje terug, de behandeldoelen is dan voornamelijk het gewicht weert terug krijgen, dat ze dat zelf behouden.

Nee, bij opname wordt afgesproken dat ze niet meer mogen afvallen. En dat er iedere week een pond tot een kilo aangekomen wordt. Dat is ook een verandering dat er ook een kilo aangekomen mag worden en dat het eigenlijk alleen maar goed is. En dat 7 ons niet teveel gegroeid is. Dat zijn van die kleine dingetjes die al gelijk een andere lading hierdoor krijgen. De bedoeling is inderdaad dat iemand qua gewicht aan blijft komen maar dat is zeker niet het enige doel. Want een eetstoornis heeft naast gewicht ook te maken met hoe je denkt, hoe perfectionistisch je bent, hoe je eigenwaarde is, hoe je in het leven staat, hoe belangrijk je uiterlijk is, hoe belangrijk je vind wat anderen van je vindt. Dat heeft er ook mee te maken en daar moet ook aan gewerkt worden. En dat heeft ook te maken met de overgangscriteria naar een anderen fase want dan gaan we dus ook kijken naar de cognities. De toegangscriteria heeft te maken met cognities, die kun je in het boekje nalezen. Nou willen we de cognities therapeut erbij betrekken om de cognities beter uit te werken en ze onder te verdelen in kleinere stapjes. Zodat beter is te meten voor de sociotherapeuten waar je nu zit. Waar ben je nu met je cognities. Los van het fase programma want het betekend niet altijd dat wanneer je aankomt in gewicht je verbeterd met je cognities. En ik denk niet dat het altijd synchroon loopt met het toenemen in gewicht, maar wel dat voordat je iemand met onstalg stuurt, dus echt helemaal naar huis moet er wel een verbetering in deze cognities zitten. Want anders is inderdaad het terugvalrisico erg groot. Als iemand in gewicht wel is aangekomen maar nog erg anorectische gedachten heeft, een erg negatief zelfbeeld heeft.

En de ontslag criteria staan hiermee dus ook in het verlengde van?

Ja, maar die criteria staan bij ons nog zo in de kinderschoenen. Dat moeten we nog gaan ontwikkelen. Het ligt er wel om dat te gaan doen en dat helder te gaan omschrijven maar dat is nog best een hele klus. En dat kan ook niet altijd even star hanteren. En je kan ook niet verwachten dat iemand de anorectische cognities niet meer heeft want ik denk wel dat als je eenmaal een eetstoornis hebt gehad het wel altijd een risico blijft om nog een keer terug te vallen.

In de literatuur komt ook wel naar voren dat er verschillende soorten anorexia zijn, chronisch of niet. Wij waren nog benieuwd hoe dat dan in de verschillende fases naar voren komt, wordt er gekeken naar wat voor een type anorexia is dit dan omdat er toch wel veel verschillen in zijn die ook mee kunnen spelen op de terugval?

Ik denk dat je daar misschien gedurende de behandeling wel achter komt maar dat je dat niet van tevoren al weet, het is zo een soort patiënt en die gaan we zo behandelen. Tijdens de behandeling kom je denk wel te geven bepaalde problemen aan en ik denk dat daar wel een soort overlap in te vinden is. Ik denk dat bij alle eetstoornissen er in de basisgevoel al een bepaalde onveiligheid is met je nieuwe lichaam en hoe zich dit dan uit, je hebt zo ook het purgerende type. Allemaal hun eigen probleemgebieden en hoe ze daar mee omgaan maar in principe is het behandelprogramma toepasbaar op alle verschillende soorten. Zelf op bijvoorbeeld obesitas maar dan omgekeerd. Het is dus wel bij iedereen toepasbaar maar je zal wel bij elk individu verschillende leerdoelen maken. Nu hebben wij ook de discussie of je cognities als strikt toegangscriteria mag meten want hoe bepaal je nou in hoeverre ze die cognities nog heeft. Dat is lastig want die meisjes kunnen ook zeggen dat ze daar geen last van hebben. De cognities zijn heel anders dan hoe je je gedraagt. Je kan wel zeggen, ik weet dat ik ziek ben en alles mooi verwoorden, want dat hebben ze vlug snel door hoor. Maar of je zover bent zie je veel meer aan het gedrag op de leefgroep zelf. Dat is wel lastig om hard te maken en daar zijn we nog over aan het onderhandelen.

Wie worden er door Curium zelf allemaal bij de behandeling betrokken?

Ja, we hebben daar wel een schema voor en misschien is het handig om te kopiëren. En dat is de wenselijke situatie, niet zoals het nu is maar zoals het zou moeten zijn volgens ons. Dat lukt niet altijd omdat we niet altijd genoeg uren hebben. Maar daar zie je wel duidelijk op wie er op welk moment van de behandeling bij betrokken zijn. Roel en Bart zijn cluster overstijgende zorgmanagers voor het gehele eetstoornissen programma terwijl Lilian Lagendijk over cluster unit 1 manager is maar omdat het een clusteroverstijgend zorgprogramma is, is Bart daar ook bij betrokken. Die dan ook weer voor de polikliniek verantwoordelijk is en voor de samenwerking met het LUMC. Hun zijn ervoor om te kijken hoeveel extra uren heb je nou nodig voor een eetstoornis patiënt en daar zijn we nu ook over in overleg. Maar dan denk ik dan kan je het beste uitgaan van de wenselijke situatie want waarschijnlijk is het over een tijdje zo.

De speerpunten van de behandeling?

Daar zou je dus de overgangscriteria van de fase voor kunnen gebruiken. Dus gedrag, cognities, gewicht toenam. Niet teveel bewegen, gezond leren denken en omgaan met je voedsel. Maar een gezond gedachten een leefpatroon aanleren. En dat kost heel veel tijd en de eerste insteek is richten op het gewicht en dan komt de rest hopelijk mee. We gaan dus niet eerst een depressie behandelen, we gaan eerst aankomen en als het goed is gaat deze wanneer je aankomt ook weer weg. Wat als je aankomt leer je anders voelen en anders denken, vaak is bij die meiden het gewicht zo zorgwekkend laag dat je allerlei

andere symptomen erbij krijgt, zoals huilen niks willen. En je kunt er altijd nog op inspringen mocht blijken dat deze symptomen niet verdwijnen. Dus aankomen is de eerste voorwaarde om überhaupt aan anderen behandelvormen toe te komen maar aan de andere kant heb je de eetstoornis niet voor niks gekregen dus de oorzaken waarom je de eetstoornis hebt gekregen heeft heel veel te maken met hoe je over jezelf denkt en daar willen we ook aan gaan werken. We willen vanaf september dan ook een competentie training voor het gehele multidisciplinaire team geven en dat betekend ook consequent gaan belonen. En niet alleen maar op dingen die met eten te maken hebben maar ook op bijvoorbeeld leuke initiatieven of beter in je vel zitten.

Dus er wordt ook meer gekeken naar de oorzaken die ten grondslag aan de eetstoornis liggen, hoe is het nou gekomen dat jij deze stoornis ontwikkeld hebt?

Ja, het is wel zo dat het gewicht in eerste instantie het belangrijkste is en hopelijk komt er dan een heleboel vanzelf ook. Kijk, de oorzaak bestaat niet, het is altijd een combinatie van factoren maar het is wel de bedoeling dat je de combinatie duidelijk, helder naar voren krijgt. Wat heeft er bij dit kind toe geleid dat het zover gekomen is. Kijk de ene is topsporter geweest en de ander heeft weer een traumatische ervaring gehad. Dat is toch een heel anderen reden. Of altijd gepest op school dat is toch een heel ander type eetstoornis en zal ook ander benadert, anderen probleem gebieden, worden.

Hoe ziet terugval binnen Curium eruit, zijn er cijfers over bekend?

Ik denk niet dat het er echt is. Je kunt wel puur kijken wie er op unit 1 terug zijn gekomen. Kijk een patiënt wordt niet gevolgd, het kan zijn dat iemand na zijn 17^{de} op een andere kliniek is opgenomen, wel teruggevallen is. Ze willen wel ernaar toe om patiënten beter te volgen maar in hoeverre dat er nu al is. Volgens mij niet. Ik denk dat dan het LUMC hier wellicht wel een uitspraak over kan doen of de polikliniek. Dan zou je Arjan Theil hierover moeten vragen of aan Ciska van de Laan, want die zijn onze link. Ik denk dat zij dat wel weet alleen als je echt puur kijkt naar wat ik nu weet dan denk ik dat de terugval best groot is bij deze ziekte, terugvalrisico. Als je kijkt naar unit 1 naar wie er de afgelopen anderhalf jaar zijn teruggekomen dan zijn dat er misschien 2 of 3, je zit dan natuurlijk om met de leeftijd. Kijk je krijgt het niet vaak voor je 12^{de} en het grootste risico komt vaak na je 18^{de} en als je dan risico loopt dan is deze ook wel ernstiger. Na het echte ontslag houdt het contact op? Je hebt wel poliklinische nazorg mogelijk, in principe is dat ook wel de bedoeling maar als iemand 18 is verliest Curium vaak het oog op de patiënt terwijl dat juist de meeste ernstige categorie is. Meer controle ligt dan bij de poli of het LUMC.

Doen jullie ook nog iets met lotgenoten groep als je hier weg gaat?

Dat is nog niet echt van de grond gekomen. Het is wel een aandachtspunt. We willen bijvoorbeeld psychoeducatie in groepen gaan geven in plaats van individueel, net als SOVA in groepjes. Zodat ze van elkaar leren. Op unit 1 komt wel steeds meer het besef dat je als groep kunt gaan werken, als groepsdynamisch proces en daar willen we aandacht aan gaan besteden. Alleen aan lotgenoten na opname, dat weet ik niet. Ik denk het niet.

Geven jullie medicatie, hoe zit het hiermee?

Er werd gedacht dat je geen depressie kunt behandelen met antidepressiva zolang er nog zo een ondergewicht aanwezig is. Want dan kan de depressie verklaard worden vanuit de eetstoornis en was er dus geen depressie voor de eetstoornis kwam en keizen we er dus voor om geen medicatie te geven. Soms heeft iemand wel zoveel last van angst dat zij hierdoor juist afvalt en dan kunnen we ervoor kiezen om hiervoor wel medicijnen te geven. Van belang is om per individu te kijken wat heeft er bij deze persoon veroorzaakt dat ze zich nu zo voelt en gedraagt en eventueel kan er dan angstremmende medicatie voorgeschreven worden. En als iemand aangekomen is in gewicht en toch nog depressieve kenmerken blijft vertonen kan je er toch nog voor kiezen om iemand in een later stadium medicatie voor te schrijven. Dus in principe geven wij wel medicatie.

En wat voor een rol kan dit dan nog spelen in de laatste fase, bij het naar huis gaan? Bijvoorbeeld dat je medicatie krijgt voor angstgedachten waardoor je eigenlijk nog niet klaar bent om naar huis te gaan omdat je hiervoor nog medicatie nodig hebt.

Ik denk dat jongeren daar niet lang genoeg hier voor zijn. Als iemand maar drie maanden hier is ga je niet helemaal medicatie opbouwen en meteen afbouwen. Ik ben geen dokter maar dat denk ik niet. Voordat we medicatie voorschrijven gaat er vaak al een bepaalde tijd overheen. Er zit al een traject vooraf van dingen proberen. We gaan er niet automatisch vanuit om er pillen in te gooien. We proberen zolang mogelijk eerst uit te sluiten wat is dat en dan toe werken naar. Ik kan me voorstellen als je veel angst hebt dat je dan wel medicatie krijgt en dat het misschien helpt om het voor te zetten en om het thuis te laten slagen. Als je al naar huis gaat en je gaat ook stoppen met medicatie kan ik me voorstellen dat de kans dat het dan mis gaat groter aanwezig is. Risico dat je weer terugvalt. Bij psychose zeggen ze bijvoorbeeld je moet vijf jaar medicijnen blijven slikken voordat je het weer afbouwt. Nou is dat met een eetstoornis wel anders. Maar eerlijk gezegd heb ik daar te weinig ervaring voor, ik ben natuurlijk ook pas twee maanden behandelcoördinator van unit 1. En medicatie laat ik dan ook wel aan de dokter over. Ik denk dat je dit het

beste aan Maras en Arjan Theil kunt vragen want Mariska is wel arts maar hierbij geen psychiater. Een psychiater kijkt nog naar een ander stukje. Zeker Maras heeft zolang in Duitsland gewerkt met eetstoornissen dat die daar veel ervaring in heeft.

Wat is de samenwerking met de poli?

Wij nemen op vanuit de poli. Poli is onderdeel van Curium. Het hoort zo te zijn dat we een eenheid zijn ieder wel met zijn eigen cliënten populatie maar daar hoort wel een doorstroom in te zijn. Als kinderen te moeilijk te begeleiden zijn bij de poli omdat het bijvoorbeeld thuis moeilijk loopt, niet genoeg aankomt. Ja een heleboel risicofactoren die tot een opname kunnen leiden als poliklinisch niet genoeg hulp kan bieden.

Worden bijvoorbeeld de fases ook op elkaar afgestemd?

Ik weet eigenlijk niet waar de poliklinische behandeling uit bestaat maar het is natuurlijk wel een zorglijn, en daar is Ciska van de Laan ook voor, om te bewaken dat het met elkaar afgestemd is. Zij is ook verantwoordelijk voor de contacten met het LUMC, de poli en ik ga er vanuit, zij is ook betrokken geweest bij dit project, dat dit dan ook zal worden afgestemd met de poli. Dat is ook niet mijn werk. Ik ga er vanuit dat ze dat dus wel zou afstemmen. Ik denk ook niet dat zij ermee akkoord zou zijn gegaan als dit niet zou passen binnen het algehele plaatje ook met de poli.

Is er tijdens de behandeling contact met de poli, want ze komen dan van de poli af?

We hebben eetstoornissen overleg en Arjan Theil is van de poli, niet specifiek van de eetstoornissen, de bedoeling is dat we een psychiater krijgen die dat gaat doen, maar die is er niet en dat is het lastige eraan. Bij het eetstoornissenoverleg is de poli ook vertegenwoordigd, het eetstoornissenoverleg is 1x in de twee weken. En het LUMC is daar ook bij en de diëtiste is daar ook bij dus in die zin is er wel onderlinge afstemming, 1x in de twee weken is er dus overleg met z'n allen. Maar dan gaat het meestel alleen om de gewichten. Ik kan je wel eens een notulen laten lezen maar daar gaat het om nou dat meisje weegt zoveel en er moet zoveel bij en daar gaan we dit voor doen en daar worden ook de patiënten van de poli besproken. En dat zijn er heel wat, veel meer dan wij. Dan zijn er soms wel 20 tot 30 die poliklinisch behandeld worden en uiteindelijk zijn er maar een paar 8 of 9 die wij op de unit behandelen en opgenomen zijn. En dat betekent dat wel de meeste dringende gevallen zijn.

En diegene die op de poli zijn en daar therapieën hebben gehad, nemen ze die dan mee of gaat dat allemaal over naar hier? Dat gaat eigenlijk wel allemaal over. Dus eigenlijk raken ze dan de vertrouwensband die ze hebben opgebouwd kwijt?

Ja,... Op indicatie kan er wel voor gekozen worden om te kijken of dat kan maar dat heeft ook wel weer te maken met geld. We zijn wel bezig met een poliplus programma, dat je wel bij de poli loopt en wel je therapieën hier volgt of andersom maar omdat het gescheiden budgetten zijn is dat niet zo makkelijk te realiseren. Dat gaan ze nu herzien maar dat is nog in de kinderschoenen, het is wel wenselijk om te bedenken ik pik daar die therapie en hier deze, dat zou mooi zijn.

Als ik ook hoor dat er daar zoveel zijn, die waarschijnlijk ook wel wat verder zijn, dan zou je dat misschien ook mooi dezelfde therapie groep kunnen zetten, dat ze ook van elkaar kunnen leren en zien.

Ja, maar ik denk echt dat je voor je vragen over wat ze op de poli doen bij Ciska in eerste instantie moet zijn, daar weet ik gewoon te weinig vanaf. Dat is ook haar werk eigenlijk, zij is verantwoordelijk voor de relatie tussen de poli en de kliniek en de afstemming tussen de patiënten heirbaan. En ik ben aangenomen voor de klinische groep, daar geef ik leiding aan. Ik ben er natuurlijk pas twee maanden dus ik weet ook nog niet alles en sommige dingen moet ik ook nog achter komen, en ik heb ook nog weinig contact met deze mensen.

Bijlage c. 3

Interview W. Rauh

Beeldend therapeut Curium; unit 1
Woensdag 2 maart 2005

Interviewvragen

1. Wat is jouw aandeel in de behandeling van anorexia?
2. Wat zijn de speerpunten in jouw behandeling?
3. Wat zou er vanuit jouw vakgebied nog kunnen verbeteren aan de zorg/ behandeling van anorexia, voornamelijk gericht op de laatste fase?
4. Wat is jouw aandeel op het gebied van terugvalpreventie. Wat zou je hier meer in kunnen doen? (als je daar gelegenheid voor krijgt) Een in welk stadium van de behandeling komt dit naar voren?
5. Hoe zou volgens jou deze laatste fase eruit moeten zien?
Doelvragen op de volgende punten:
 - ✓ Emotioneel functioneren
 - ✓ Sociaal emotioneren
 - ✓ Zelfwaardering/ zelfvertrouwen
 - ✓ Cognities
 - ✓ Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid
 - ✓ Lichamelijke klachten
 - ✓ Psychische co-morbiditeit
 - ✓ Beroepsmatig functioneren
 - ✓ Perfectionisme
 - ✓ Zelfbeeld en het lichaamsbeeld
 - ✓ Motivatie
 - ✓ Omgeving en gezin
6. Komen ze allemaal terug in de behandeling?
7. Wanneer komen bovenstaande punten terug in de behandeling en in welk stadium van de behandeling?
8. Zijn er vroegtijdige signalen van eventuele terugval al in de behandeling merkbaar?
9. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
10. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?

Uitwerking interview

Ik ben mezelf aan het verdiepen in de therapie voor anorexia en maakt hier een ontwikkeling in door. Ik leer er steeds meer over. Ik krijg supervisie bij het LUMC, daar kan ik mij nog beter ontwikkelen wat mijn therapie betreft. Anorexia is een zeer lastige stoornis, het is een moeilijke doelgroep om mee te werken, aangezien anorexia bij geen enkel persoon hetzelfde is. Vanuit Curium is er geen vaststaand plan wat er in creatieve therapie gedaan moet worden en op welke manier dit moet. Als therapeut moet je hier zelf naar kijken en dit zelf uitzoeken, Ik ben nu zelf veel over anorexia aan het leren en lezen. Ik ben nu bijvoorbeeld zelf bezig met het koppelen van mijn therapie aan het behandelstructuur. Er is alleen op Curium nog geen behandelstructuur. Vandaar dat ik zelf moet kijken hoe het aansluit bij de behandeling. Het is algemeen bekend dat creatieve therapie goed aansluit bij anorexia. De laatste jaren is er een verschil ontstaan tussen de behandeling van jongeren en volwassenen met anorexia. Dit geeft wel aan dat het nog erg in de kinderschoenen staat.

Vaktherapie:

Ik noem creatieve therapie meestal beeldende therapie, maar algemeen heet het vaktherapie. Daar vallen dan ook muziek, beeldend, dans, drama en PMT onder.

Non verbaal:

In mijn therapie werk ik veel non-verbaal. Dit is een andere ingang dan die je in de leefgroep hebt. Ik kan hier snel teruggeven wat ze doen of hun gedrag spiegelen. Hiernaast leer ik ze wat voldoende is. Want vaak weten ze niet wat voldoende is en gaan ze voor perfect (wat haast nooit iets wordt). Ik heb eens een keer een cliënt een kaars laten maken. Zij was heel erg netjes en geconcentreerd bezig. Alles ging precies. Ik heb nog nooit iemand zo een kaars zien maken. Toen hij klaar was, was het niet geworden wat ze had verwacht, de kaars had een matte glans en was niet perfect, vond ze. Ze vertelde dat ze ook geen plezier had gehad aan het maken, het ging om het perfect te af te leveren. Ik probeer op zulke momenten de cliënt in te laten zien dat ze best plezier mogen beleven in het knutselen en weer te geven dat de kaars wel mooi is en mooi genoeg.

Individueel en groepstherapie:

Op dit moment werk ik alleen individueel met de cliënten. Zo kan ik kijken naar de opstelling van de cliënt en mee daaraan aanpassen. De een laat ik bijvoorbeeld zelf een activiteit kiezen om te stimuleren dat ze zelf keuzes leren maken, een ander die bijvoorbeeld moet leren de controle wat te verminderen, daar kies ik dan een activiteit voor. Punten waar ze over het algemeen allemaal last van hebben zijn:

perfectionisme, faalangst en ze kunnen moeilijk voor zichzelf opkomen.

Ik ben bezig om een groep op te richten in eerste instantie alleen voor de IKB. Omdat ik denk dat ik in groepstherapie kan bereiken dat ze de mening van elkaar horen. En niet alleen de mijne, waarvan ze kunnen denken dat ik alleen maar zeg dat iets mooi is, omdat dat nu eenmaal mijn werk is. Ik denk dat dit ook bij de behandeling van anorexia een mooie aansluiting zou zijn. Je kunt dan bijv. leren hoe je met anderen omgaat, wat jou zelfbeeld is en wat de anderen van jou vinden en of tussen deze twee veel verschillen zitten, leren grenzen stellen, etc.

Cognitie

Op cognitief gebied ben ik vooral bezig met ze te laten werken en denken in het hier en nu, hoe pak ik dingen aan, hoe werkt dit voor mij, wat doe ik nu, wat voel ik, etc. Ook creëer ik soms dingen waar ze tegenaan gaan lopen, om zo te kijken hoe ze daar mee omgaan en ze dit weer terug te geven.

Motivatiefase:

In de motivatiefase begin ik met observeren en laat ik de cliënten een vragenlijst invullen met de onderwerpen: lichaamsbeeld, behandeling en behandeldoelen, school en angsten.

Vanuit deze lijst probeer ik dat iets te halen wat er moeilijk gevonden wordt en werk hieraan in de therapie. Het is dus een hulpmiddel bij het ontwikkelen van leerdoelen. Dit gaat samen met de cliënt, ze hebben door de lijst het meer het idee dat het bij ze past. Een voorbeeld is dat ik zeg dat ze nooit wisten wat ze leuk vonden of dat ze nooit iets met klei hebben willen doen. Dit soort punten grijp ik dan aan. Doordat dat de punten zelf aangeven heb ik meteen een goede ingang.

Ik sluit me dus bij hun aan, zij hoeven niet te doen wat ik vind.

Soms lukt het niet om samen tot voldoende of goede doelen te komen, dan heb ik wel meer invloed op hetgeen we in de therapie gaan doen.

De cliënten vinden het leuk om te komen, het is vrij laagdrempelig ook om hier te komen. In de 1^{ste} fase wordt het ook pas concreter. Eerst moeten ze zich veilig voelen.

Weerstand

Het kan confronterend zijn om leerdoelen te maken, hier zie ik dan ook vaak weerstand optreden.

Heeft weerstand iets met terugval te maken?

Ja, ik denk, weet het niet zeker, dat cliënten zich of overschreeuwen of weerstand bieden als ze boven hun eigenlijke kunnen zitten. Door weerstand zie je waar de cliënt werkelijk zit in de behandeling. Ik denk dat weerstand dan ook kan aangeven dat er een terugval aan zit te komen. Als de cliënten naar huis kunnen kun je denk ik ook zien of de cognities voldoende zijn om het te redden later. Het blijft natuurlijk ook afhankelijk van de thuissituatie. Maar het lijkt me logisch als weerstand en terugval met elkaar in verband staan.

Een cliënte heeft letterlijk gezegd: als ik niet aan kom, moet ik naar huis. En thuis is het nu leuk want mijn moeder en mijn zusje zijn ook thuis. Dus ik ga maar wat afvallen. En als het dan na een weekje wel weer mooi is geweest thuis kom ik weer wat aan en dan mag ik weer terug naar hier. Ze manipuleren dus met hun gewicht.

2^{de} fase:

Doelen die ik hierin met de cliënten opstel hebben meestal betrekking op:

- Leren spelen, plezier en lol hebben en durven hebben is van groot belang
- Ontwikkeling van een positief zelf- en lichaamsbeeld, oftewel egoversterking
- Zichzelf centraal durven stellen
- Behoeften en wensen onderkennen en uiten
- Het lichaam leren ervaren als ene stuk van zichzelf
- Inzicht verkrijgen in de functie van eetgedrag
- Leren vragen als je iets nodig hebt
- Uiting van negatieve gevoelens en conflicten
- Vermindering perfectionisme
- Ontwikkeling eigen identiteit.

3^{de} fase:

Deze fase zou uitgewerkt kunnen worden in bijv. groepstherapie ipv individueel.

De fasen in de behandeling en in de therapie komen volgens mij wel overeen.

Terugval in de behandeling

Met terugval in de behandeling kun je iets doen, maar ik weet er nog niet veel van af. Teveel bovenop de terugval gaan zitten en ze hierop aanspreken werkt niet. Dus eerst pak ik weer de band op die ik had opgebouwd, of bouw die opnieuw op en zoek dan weer bij hen aansluiting en poog ze te motiveren weer verder te gaan. Ze zijn moeilijk stuurbaar en geven de controle niet af. Het heeft dus geen zin ze deze controle uit handen te nemen, want dat geeft alleen maar weerstand.

Voorkomen terugval

Ik weet niet of je dit kunt voorkomen, volgens mij heb je er geen grip op, kun je er weinig tegen doen. Ook lijkt het type mee te spelen, het purgerende type lijkt meer kans op terugval te hebben dan de niet purgerende. Ook speelt de achtergrond van de anorexia mee (bijv. door incest verleden, moeder met anorexia etc) en de instandhoudenden factoren. Ik kijk wel naar oorzaken als ze dit toelaten, maar meer om van daar uit weer verder te gaan. Ik blijf er niet te lang bijilstaan. Ik werk hier mee om dan te kijken en hoe kom je hier weer uti, wat ga je nu doen, wat wil je voor jezelf, etc. Dit komt bijvoorbeeld naar voren in het drieluik, wat ik ze laat maken, verleden, heden en toekomst.

Gevoelens

De gevoelens komen weer terug als het gewicht aankomt, hier ga ik natuurlijk op in in de therapie. Er is voldoende tijd om hier verbaal mee aan de slag te gaan, soms zit ik van het uur therapie een half uur met ze te kletsen. Ik heb voldoende tijd met de cliënten met anorexia, ook krijgen ze allemaal creatieve therapie aangeboden en gaat het niet alleen op indicatie. Wel moet er niet meer op bezuinigd worden, want dan komt ik tijd te kort.

Bijlage c. 4

Interview C v/d Laan

Casemanager Curium unit 1
Woensdag 2 maart 2005

Interviewvragen

1. Hoe zie jij de invloed van het bio-psycho-sociale model bij anorexia?
2. Wat is de invloed van de ontwikkelingsfase (adolescentie) op de ziekte en op welke manier wordt hier rekening mee gehouden in de behandeling?
3. Hoe wordt de behandeling op het individu aangepast? Wordt er bijv. rekening gehouden met cliënten met chronische anorexia en cliënten met een anorexia die nog in ontwikkeling is? Hoe wordt dit vormgegeven en op welke manier staat dit in verhouding tot terugvalpreventie?
4. Wanneer is iemand beter genoeg om de kliniek te verlaten? Wat zijn de criteria hiervoor?
5. Geloof jij in ondersteuning van medicatie in de laatste fase van de behandeling?
6. Welke rol kan en mag medicatie bij de ontslag fase nog een rol spelen?
7. Hoe ziet de terugval van meiden met anorexia nervosa binnen Curium eruit, en hoe is de controle op deze terugval vorm gegeven?
8. Zijn er vroegtijdige signalen van eventuele terugval al in de kliniek merkbaar?
9. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
10. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?
11. Hoe zou de laatste fase van de behandeling in de kliniek er volgens jou uit moeten zien?
Doorvragen op de volgende punten:
 - ✓ Emotioneel functioneren
 - ✓ Sociaal emotioneren
 - ✓ Zelfwaardering/ zelfvertrouwen
 - ✓ Cognities
 - ✓ Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid
 - ✓ Lichamelijke klachten
 - ✓ Psychische co-morbiditeit
 - ✓ Beroepsmatig functioneren
 - ✓ Perfectionisme
 - ✓ Zelfbeeld en het lichaamsbeeld
 - ✓ Motivatie
 - ✓ Omgeving en gezin
12. Wat kan jij vertellen over terugvalpreventie bij andere instanties. In welke mate is er sprake van terugvalpreventie bij andere instanties?
13. Hoe is de controle op terugval binnen anderen instellingen gehandhaafd.

Uitwerking interview

Terugvalpreventie binnen Curium;

- Zijn geen gegevens over omdat zij vaak ook uit het zicht verdwijnen. Dat heeft ook wel met de leeftijd te maken want wanneer zij 18 jaar zijn vallen zij niet meer onder de jeugdhulpverlening van Curium.
- Curium heeft pas net een afdeling voor eetstoornissen, ook hierom zijn er weinig gegevens over terugval en verloop van het meisje na de opname.

Momenteel is de beste controle door de kinderarts 1x per jaar, verder worden ze niet gevolgd. Een duidelijk nazorg programma moet nog worden uitgewerkt.

Annegien van den Bos: Werkzaam bij Rintveld. Heeft een onderzoek gehouden waarbij zij 101 interviews heeft afgelegd met ex-patiënten. Zij heeft onderzoek gedaan naar wat de behandeling nou heeft gedaan en heeft hierom ook gegevens over de terugval bij anorexia nervosa.

Telefoonnummer terugvalgroep jongvolwassenen (is ook een afdeling jeugd): 030-6965477

Ons onderzoek betreft wat nog meer te doen in de behandeling om te voorkomen. Ciska geeft aan dat de beste prognose is wanneer de behandeling plaats vindt met medewerking en steun van ouders en wanneer de behandeling en bijbehorende therapieën vlot worden opgestart. Tempo in de behandeling heeft een grote bijdrage aan de motivatie. De snelheid van de behandeling zorgt ervoor dat d patiënt en

ook haar ouders voortdurend gemotiveerd blijven voor de behandeling omdat veranderingen zichtbaar duidelijk worden.

Belangrijk tijdens de behandeling is psycho-educatie. Wat de ziekte inhoudt en wat het met je doet. Dit is ook van belang voor wanneer ze zijn uitbehandeld. Life-events kunnen worden ingekaderd.

Invloed op het sociaal functioneren, bijvoorbeeld het vele contact met volwassenen. Van belang is om te kijken naar wat de invloed van de eetstoornis en de behandeling op zich is. Ook hierin komt naar voren dat een korte behandeling van belang is om zo niet al te lang uit de eigen sociale omgeving te zijn. Hierdoor wordt het gemakkelijker om weer terug te keren en weer de draad op te pakken.

Even kijken wat wouden wij nog meer weten... Over medicatie, kan en mag medicatie nog een rol spelen. Bijvoorbeeld medicijnen voor de angst. In het kader van de terugvalpreventie kan medicatie dan nog een rol spelen wanneer zij naar huis gaan?

Kijk, medicatie voor de angst, die zyprexa, dat is echt een hulpmiddel in het begin. En de meiden die het zo eng vinden dat de angst dan een beetje wordt afgezwakt. Het is geen behandeling maar echt een ondersteuning van de behandeling. Eigenlijk moet je wel gaan kijken dat ze daar niet al te lang aan blijven zitten en ook wanneer ze weer richting huis gaan dat je dan gaat experimenteren met afbouwen en het doen zonder medicatie. Ja, en het hele verhaal van de antidepressiva bij jongeren is helemaal terug. En dat was toch altijd al een hype omdat je eigenlijk niet weet wat dat allemaal doet bij dat kleine dunne lijfje. Kijk eigenlijk is het heel erg belangrijk om er van uit te gaan dat je weer gaat richting gezondheid en ook weer de thema's over gezondheid gaan en de thema's weer bij de leeftijd gaan passen. En daarin kunnen natuurlijk ook in het systeem thema's zijn die de situaties belemmeren.

En hoe komt dat dan na de behandeling, als ze thuis zijn en ja, het zit in het systeem.

Ja de ouderbegeleider speelt ook een grote rol, en zij is ook opgeleid tot systeemtherapeut. Ja, weet je ik denk dat heel erg belangrijk daarin is dat je, dat is ook aan het faseprogramma verboden, dat je heel veel observaties doet. En ook de observaties van de ouders. Dat als er een instandhoudende factor is in het gezin, dan moet je gaan afwegen of je die als eetstoornissenkliniek gaat behandelen of heeft dat ook iets te maken met het functioneren van de ouders zelf. Dan moet je misschien wel bij een volwasseneninstituut of een gezinstherapeutisch instituut in behandeling gaat. Je moet ook niet denken dat je de hele eetstoornis zelf moet behandelen. Dan wordt het ook zo verwarrend. Hetzelfde geldt voor co-morbiditeit als bijvoorbeeld iemand daarnaast wel een angststoornis ontwikkeld of iets kunnen krijgen, de persoonlijkheidskant de eetstoornissen kant is, dan moet je heel erg overwegen of je die zelf wel gaat behandelen. Want anders vertroebelt het ook zo.

Wij hebben dan ook wel een aantal punten gevonden die buiten de eetstoornis factoren zijn die als instandhoudende factor kunnen spelen. Maar die hoeven dus niet allemaal binnen de behandeling van Curium naar voren te komen.

Kijk ik heb altijd bij mij, we zijn heel erg aan de eetstoornis gebonden. Kijk het emotionele functioneren, en meestal gaan ze ook heel erg terug, ze omschrijven angst ook vaak als je ziet van dat patiëntje is 14, als je 12 zou zeggen zou je het ook geloven. Daar zitten ook valkuilen, dat je dat niet meer goed ziet. En dan zijn dingen die heel erg aan de eetstoornis verbonden zijn. Zoals jullie zelf hebben; het vertrouwen, de cognities, het probleemoplossend vermogen, zelfstandigheid. Maar lichamelijke klachten buiten de stoornis zou je weer misschien voor doorverwijzen. En psychische co-morbiditeit, daar gaat het dan om. Daar kan je van zeggen moet je dat dan nog hier blijven behandelen of moet je dat doorsturen naar een specialistische kliniek waar die co-morbiditeit thuishoort.

Dat is dan wanneer de symptomen niet weg gaan bij het aankomen in gewicht, dat als dat blijft aanhouden dat je het dan doorstuurt?

Ja, precies. Daarom is het ook zo belangrijk dat je zo goed observeert. En dat ook benoemt en ziet.

De eerste fase is vooral de motivatie en hierop inspelen maar hoe werkt dat wanneer bijvoorbeeld de motivatie om aan te komen is om weer snel weg te kunnen naar huis.

Ik denk als je dat ziet, dat zijn dingen, kijk je behandeld in lagen en dat zijn dingen die je op de groep observeert en dat zijn hele belangrijke observaties. En dan is het bijvoorbeeld erg belangrijk dat je dat goed bespreekt in de behandeling.

Maar als ik dan kijk naar het faseprogramma en de toegangscriteria, die hangen wel weer aan het gewicht.

Niet alleen. Kijk je hebt natuurlijk, het programma heb je nodig om een gestructureerde afdeling te creëren en er zullen altijd patiënten zijn die zich er niet aan houden. Maar je moet ook altijd creatief blijven, ook in je denken en in het bijstellen daarvan.

Kan je dan ook zo kort door de bocht stellen dat de kans op terugval na de behandeling wel aanwezig is? Als iemand het zo doet, ja zeker. Maar goed dan kan je ook zeggen en dan zou zo'n meisje nog eens

onderzocht moeten worden om te kijken hoeveel anorectische cognities heeft dit meisje nog. Of je geeft ze het voordeel van de twijfel, kijk als iemand het kan, als iemand zich de kliniek uit kan eten, dat is heel knap. En dan kan je ook zeggen nou misschien hoor je niet in deze kliniek en moet je dan ergens anders behandeld worden.

En als je dan kijkt naar bijvoorbeeld M dat is wel een voorbeeld van een terugval, ja die is toch op een gegeven moment met ontslag gegaan.

Ja, waar je ook altijd naar moet kijken is dat in deze leeftijd eetstoornis patiënten ontmoet waarbij de eetstoornis ook nog in ontwikkeling is, de stoornis op zich. Wat je ziet bijvoorbeeld is dat de hele jongkies die verbaliseren die anorectische cognities nog niet zo en die hebben veel vaker bewegingsdrang en dan, het is dus ook heel goed om te kijken in welke levensfase zit dit kind en waar past het bij. En je merkt ook bij dit kind, dat het zo goed past zo'n programma en we er heel alert op zijn hoe gaat dit verder. En ik denk dat als je ziet dat iemand zich de kliniek uit eet ze in een goed nazorg programma komen, een verdere behandeling. En ik weet niet of toen zij wegging of gecheckt is of zij anorectische cognities had.

Want dat is dan de meest voor de hand liggende iets waar je op kunt checken of,

Ja daar moet goed onderzoek naar worden gedaan.

Wat jij ook aangaf bij die persoon die interviews met 101 personen heeft gedaan is dat anorectische cognities vaak nog lang blijven.

Maar dat is ook algemeen bekend. Eerste komt gezond eten weer op de rug en weer goed functioneren maar die anorectische cognities blijven het langst. Die buigen op den duur wel af omdat de behandeling daar op blijft. En de enige aangewezen behandeling daarvoor is een gedragstherapeutische behandeling door een cognitief therapeut waarbij je leert dat die gedachten onzin zijn.

Kan je hier tijdens de behandeling al chronische patiënten eruit halen?

Als je natuurlijk in de literatuur terugkijkt, kijk bij M haar moeder werd ziek in die tijd en haar ouder hadden helemaal geen goede, Vader had een cynische manier van omgaan met de eetstoornis. Dat is ook een hele slecht hè, als ouders een hoge EE (expressed emotion), dat is een hele slechte prognose. Als ouders of te over beschermend zijn of te boos worden of cynisch worden en er zo mee omgaan dan is dat een hele slechte prognose voor iemand. Dat zijn ook allerlei dingen die in een behandeling behandeld moeten worden. EE komt ook bij patiënten hebben, bijvoorbeeld patiënten roepen irritatie bij je op of je wordt overbezorgd. Dat zie je bijvoorbeeld ook in het ziekenhuis, dokters worden boos en de zuster worden overbezorgd. En dat is iets waar ouders zich ook bewust van moeten worden, dat doet het met mij. En dat moet bij de ouderbegeleiding ook naar voren komen.

En dat zijn allemaal punten die in het nieuwe programma veel meer naar voren komen?

Ja, meer zijn uitgewerkt. En daarom is het ook zo goed om bij je zelf te durven realiseren wat het met je doet. En dat je daar ook jezelf in durft te corrigeren en elkaar ook in durft te corrigeren. Ja en het manipuleren, heeft ook te maken met hoe je het ziet. Dat zag je ook mooi op het eetstoornissencongres. We hopen dat we het met z'n allen ermee eens zijn dat het niet een ziekte is die je kiest. Ook al lijkt het soms zo.

Hoe gaat het tijdens de behandeling, en zij dan natuurlijk ook wel terugvallen, kleine terugvallen. Wat wordt daar mee gedaan. Want een terugval hoeft natuurlijk helemaal niet erg te zijn het kan ook een moment zijn om te kijken naar het gaat nu minder met je en waar is dat door gekomen?

Ja, dat zie je ook aan die twee extra reservefasen dat er ruimte is voor terugval. De ene fase is voor als je nog heel wankel is en het andere programma is voor als je al wat steviger bent. En dat je zelf kunt meekijken waar komt het nu door. Krijg ik te weinig calorieën binnen, beweeg ik teveel. Zij er toch nog dingen die ik weg laat. Daarin zie je dat je probeert de patiënt verder mee te laten denken. En zelf weer eigen verantwoordelijkheid geven.

Dan had ik nog een vraagje over de polikliniek, hoe verloopt de samenwerking daartussen?

Kijk de bedoeling is dat als je het zorgprogramma leest. Kijk een zorgprogramma is dat als je hier binnenloopt dat. Kijk als er straks een psychiater komt, wat de bedoeling is, kijk je moet een zorgprogramma, je kijkt niet zozeer naar de kliniek maar naar de patiënt en zijn weg. Dat is nog wel aan het ontwikkelen. Arjan Theil, de psychiater van de polikliniek die altijd de consulten deed, en ik doen nu nog samen het onderzoek, dat proberen we ook te verbeteren door meer info over de eetstoornissen te verkrijgen. Maar de bedoeling is dat als je binnen een zorgprogramma bent dat je eigenlijk in een team bent. Zowel de mensen van de opgenomen plek als de mensen van de nazorg. Wat op 1 plek aangestuurd wordt. En waar je dan in de eetvergadering (1x per 14 dagen op donderdag), nu veel meer gestroomlijnd. Dat staat ook in dit boekje, een term die heel erg belangrijk is in de behandeling van eetstoornissen; duidelijkheid en uitgewerkt. Geen 'als' en 'maren'. En in ons zorgprogramma staat ook zo'n schemaatje, en wij wijzen patiënten ook wel uit. Een meisje die bijvoorbeeld volgend jaar 18 wordt. En zo gaat het zich ook een beetje uitselcteren dat Curium in deze regio de jongkies gaat krijgen. En niet als bijvoorbeeld Parnassia vanaf 16. Kijk iemand van 16 die erg achterloop en jong is kan dan wel weer binnen Curium. Dat gaat dus allemaal een beetje vorm krijgen.

Gaat dat ook meer bekend worden?

Nou, ik moet eerst wel wat patiënten uitbehandeld hebben van de unit. We hebben een uitwisseling met Parnassia, maar we hebben weinig opname mogelijkheden op dit moment. He maar; In dit schema zie je dan nog, dit ziet er wel ingewikkeld uit, Dit is dan het kernteam, en daar komen nu ook alle patiënten die aangemeld zijn en die proberen dat bij alle patiënten toch een goed poliklinisch onderzoek te doen. Die meisjes kunnen een hoop hulpverleners voor de gek houden. Opnemen zonder dat het meisje weet wat haar doelen zijn en dat ouders weten wat er aan de hand is. Wanneer bijvoorbeeld kinderarts en diëtist er bovenop zitten wil het soms ook lukken om aan te komen en is opname dus niet nodig. Daarom is het van belang dat we met z'n allen zeggen we gaan eerst goed dat vooronderzoek doen. Ook om het meisje en de ouders te leren kennen en niet zomaar paniek situaties van anderen overnemen ook al is het een beetje risicovol. En Joachiem Schweizer gaat daar ook wel in meer, stel dat ze even een week in het ziekenhuis moeten worden opgenomen. Kijk ze zijn wel onder controle. En daarna ga je ook kijken wat moet ik nou nog verder behandelen. En daarin denk je ook altijd in lagen. En je kan er ook van leren, en in dit geval kan je ervan leren dat een meisje je zo kan manipuleren dat ze een hele bende volwassenen om de tuin leidt. Een goed uitgebreid onderzoek ook gericht op de eetstoornis maar ook op de behandel mogelijkheden voordat je begint met behandelen. Veel mensen vinden dat ook moeilijk om te doen omdat je ouders laat wachten. Ouders zeggen dan ook dat ze vinden dat er nog zo weinig gebeurd en dat is ook zo. Maar het is een valkuil dat je snel gaat behandelen en dan ook niet goed weet waar je gaat behandelen.

Soms lopen deze dingen ook erg door elkaar heen, dat geeft niet als je maar weet waar je naar toe werkt en met wat voor een doel. Kijk je werkt met zo'n schema en het is van belang dat je wel jezelf terug kan vinden in dat schema. Laats was er ook een meisje waarvan niet duidelijk was of het nou boulimia of anorexia was. Kijk dan stuur je gelijk door naar de Ursula. Want daar hebben we op de unit gewoon geen programma voor.

Wat ik altijd erg belangrijk vindt, kijk eetstoornis patiënten lokken altijd uit om te discussiëren, maar op een gegeven moment je ook las team zeggen, zo gaan we het doen. En als jij nou individueel een afwijkende mening hebt denk er dan nog eens over na voordat je gaat discussiëren. Daar wordt je zo moe van. En dat is ook naar de patiënten toe van alles wat ze bij je oproepen gaat discussiëren, duidelijkheid. Kijk als een meisje gaat menstrueren, oké dat is goed, dat zit je hier in de curve en dan moet je drie keer menstrueren voordat je kunt zeggen dat het terug is en dan gaan we met de arts ernaar kijken waar je nu zit en welk gewicht je naar toe moet. Zij zeggen dat het dan goed is maar als je daar dan in mee gaat dan is het einde zoek. En dan is het ook zo dat bepaal ik niet maar ligt bij de arts en de diëtist. Bepaalde regels moeten ervoor gelden.

Soms denk ik wel eens daar is ook nog wel iets aan te bewerken. Op de unit, dat heeft ook te maken met dan vroeger niet gewend was om mee te denken, dat alles van bovenaf kwam. Op unit moet je ook durven en dingen gewoon doen zonder daar altijd tijd aan overleg te hebben. Er was eens een meisje die binnen kwam op de afdeling met een sondevoeding. Op het moment dat ze wou gaan eten heeft de groepsleiding in een opwelling de sonde eruit gehaald, want ja als je gaat eten heb je ook de sonde niet nodig en dat slikt ook wat beter zonder de sonde. Dit was op het juiste moment en zij ging op haar gevoel af van dit is de juiste timing zonder overleg. Het had ook mis kunnen gaan maar ja dan moet ie er weer in. En dat is een beetje de manier zoals men denkt in de eetstoornisklinieken. Je moet ook een beetje risico kunnen nemen. Dat vraagt natuurlijk ook wel een aantal vaardigheden en het opbouwen van een vertrouwensrelatie die heel erg uniek is. Misschien moeten we daar in het fasen programma ook nog aan leren. Kijk, wat is een therapeutische relatie. Ook erg op ze gaan zitten als het wat beter gaat, humor en gezelligheid en op de kant van gewoon.

Oké, nog een vraagje denk je dat ik het beste kan gaan naar Arjan Theil of naar Maras of allebei? Ja, zet je dat ding uit?

Bijlage c. 5**Interview M. Krieger**

Ouderbegeleidster Curium; unit 1

Maandag 7 maart 2005

Interviewvragen

1. Wat zou vanuit jouw functie nog bijgedragen kunnen worden aan de laatste fase van de behandeling?
2. Komen verwachtingen van ouders overeen met de werkwijze van de unit en met het behaalde resultaat bij de cliënt?
3. Waar richt jij je in de begeleiding van de ouders op?
Doorvragen naar:
 - ✓ Aanpassingsvermogen van het gezin
 - ✓ Conflicthantering in het gezin
 - ✓ Grenzen stellen in het gezin
4. De literatuur schrijft veel over de invloed van systeemtherapie, wat is jouw visie hierop? Vindt dit plaats in Curium, of zou dit moeten plaats vinden?
5. Op welke manier kan systeemtherapie een bijdrage leveren aan de terugvalpreventie van anorexia nervosa?
6. Wat zijn volgens jou de criteria die moeten gelden als iemand de kliniek wil verlaten?
7. Sluiten de gehanteerde criteria van de unit aan op de eisen die ouders stellen aan hun kind/ het te behalen eindresultaat?
8. Hoe wordt er vorm gegeven aan het verschil wat de ouders zien bij hun kind, voor opname een zorgenkindje en na de opname een kind wat al in de puberteit zit en behoort te streven naar zelfstandigheid. Hoe gaan ouders met dit verschil tussen opname en ontslag om? Wat is jouw rol hierbij? Is dit naar jouw idee van invloed op de terugvalpreventie?
9. Hoe ziet de terugval van meiden met anorexia nervosa binnen jouw medium eruit, en hoe is de controle op deze terugval vorm gegeven?
10. Zijn er vroegtijdige signalen van eventuele terugval al in de kliniek/ thuis merkbaar?
11. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
12. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?
13. Welke rol kunnen ouders spelen bij terugvalpreventie?
14. Worden volgende rollen herkend en hoe kunnen deze rollen volgens jouw een rol spelen in de terugvalpreventie?
 - ✓ Rol moeder vaak beschreven als adviserend, gericht op gezond eten/ niet op lijnen
 - ✓ Rol vader vaak negatief geïnterpreteerd, opmerkingen worden als stimulans gebruikt
 - ✓ Rol vriendinnen vaak veel meisjes van hun leeftijd waar veel waarde aan wordt gehecht
15. Welke rol kan en mag medicatie bij de ontslag fase nog een rol spelen?

Uitwerking interview

Wat zou met jij functie bijgedragen kunnen worden aan de laatste fase van de behandeling, dus echt in de kliniek? Is er iets dat je mist, dat nog bijgedragen kunnen worden? Mag ook over andere functies hoor.

Oh, nou dan weet ik wel iets wat beter kan en of mijn functie daar ook een rol in zou spelen dat zou best eens kunnen. Veel meer de link naar de thuissituatie leggen, dus we zijn hier op de kliniek bezig. En ik heb wel contact met ouders en het systeem maar hoe het nou daadwerkelijk thuis gaat daar zou veel meer aandacht aan besteed moeten worden. Bij bijvoorbeeld een privé, daar gaan ze ook echt naar huis, de sociotherapeuten gaan daar echt naar huis om daar te kijken. Ik denk dat dat echt een groot gemis is. *Jullie doen geen thuisbezoeken?*

Nee.

Je ziet alleen ouders hier dan?

Ja.

Even nog ter verduidelijking ben jij ook een systeemtherapeut?

Nee, maar als ouderbegeleidster richt ik me daar ook wel op. Maar officieel ben ik geen systeemtherapeut want ik wordt daar niet voor betaald. Dat is voor mij heel ingewikkeld want ik ben wel ergens anders systeemtherapeut en je moet dan gewoon dingen laten.

Waar is dat dan voor dat Curium geen systeemtherapeuten wil? Dat weet ik niet, ja ik heb er wel heel veel over te zeggen maar. Kijk het is prima als ouderbegeleidster werk ik heel systeem gericht en dat is denk ook goed. En buiten mij zijn er nog een aantal collega's die ook zo werken. Maar ja het kind is tocht een deel van thuis, van het systeem. Ik vind dat als je alleen ouders begeleid in het ziekteproces van het kind ja, *als je ook kijkt naar de functieomschrijving van ouderbegeleider, dat is zo beknopt.* Precies en dat is niks. Maar goed, dat is mijn persoonlijke. Ik doe dat wel hoor ik ga wel verder dan wat er staat maar dan

loop ik gelijk ook weer tegen dingen als tijdgebrek, geen waardering daarvoor. In financiële zin dan. Maar goed, dat is iets organisatorisch.

De verwachtingen van ouder over de cliënt als ze uit de kliniek komt. Als ze uitbehandeld is, komt die overeen met hoe de cliënt er daadwerkelijk uitkomt?

Ik weet eigenlijk niet hoe dat hier is want ik heb het nog niet meegemaakt dat er iemand echt met ontslag gaat. Eigenlijk is de groep nog een beetje hetzelfde. Wat ik weet uit mijn vorige banen weet is dat ouders is dat ze wel verwachten dat het kind zodanig behandeld is dat het kind thuis verder kan. En dat de nazorg, daar ontbreekt het nog wel eens aan. Dus wat zijn de verwachtingen dat de instantie waar het kind vandaan komt ook de nazorg geregeld en dat gebeurt niet altijd. En dan staan ouder echt in de kou, ja en nu. En dan moeten ze weer terugvallen op vorige hulpverleners die ze gehad hebben, nou ja *dat is wel een stap terug*. Ja en dat is echt iets waar hier ook goed over nagedacht moeten.

Inderdaad misschien meer een link naar de poli maken want die is er nu ook heel weinig bij betrokken. En die is er natuurlijk wel, die hebben ook anorexia patiënten, zelf heel veel.

Ja, dat is natuurlijk ook iets waar Ciska mee bezig is om die zorglijn helemaal goed op te zetten maar dat is allemaal nog in ontwikkeling. We moeten gewoon dingen gaan doen.

De begeleiding van ouders, waar richt jij je voornamelijk op?

Hoe zij in het proces staan eigenlijk naast psycho educatie vertellen wat de ziekte inhoudt. Vaak hebben ze ook wel dingen opgezocht en mensen gebeld. De meeste ouder die ik ken hebben zich vaak al zo ingelezen. Maar ook hoe gaan we nu met zo'n meisje om? Wat doet zo'n meisje om de boel onder controle te houden, want controle is een heel belangrijk item bij deze meiden, maar ook wat doet dit voor het gezin? Die willen echt overal de controle op, dus het "normale leven" moet ook in het zicht blijven. Hoe gaat het in andere gezinnen er aan toe en hoe gaat het in jouwe gezin met een dochter die ziek is en die wel weer beter wordt maar wat toch een lange weg is. Dus aansluiten op het proces waarin die mensen zitten.

Is er veel ontkenning bij de ouders?

Dat is wel een verschil tussen mij en leden van het team. Zij vinden van wel en ik vind van niet. Dat is een nuance verschil. Ouders zien het wel, in die zin is er geen ontkenning. Ouders zien echt wel dat er iets mis is en dat er iets aan de hand is en dat ze niet voor niks hier zitten in de kliniek. Maar of ze echt zien dat het heel erg, dat het zo hardnekkig is dat ze er van alles aan moeten doen en dat het een kwestie van jaren is, Ja dat is de vraag bij sommige inderdaad.

Bijvoorbeeld ze wel even de trap op laten lopen om hun kamer te laten zien?

Ja, precies en dat komt denk ik omdat, je moet je voorstellen dat je de zorg van jouw ziekte kind moet overdragen aan andere mensen. Je kunt je voorstellen dat zij dat heel anders doen dan dat je gewend bent. En ouder, ik ga ervan uit dat ouders per definitie goede ouders willen zijn en ook liefdevolle ouders en zij willen dat contact niet, dus dan gaan ze af en toe iets doen omdat ze iets speciaals willen behouden met hun kind en dat gaan de soms doen door dingen toe te gaan geven wat het programma eigenlijk doorkruist. Maar als je het begrijpt en erover kunt hebbend dan geven ze het ook vaak wel toe en dat zeggen ze ook wel dat ze bang zijn dat ze hun kind verliezen en dat jullie het beter doen, of dat het toch niet aanhaalt wat jullie doen. Maar echt ontkenning van de anorexia, nee ik heb ook het idee dat het hier ook echt goed gebeurd en gediagnosticeerd wordt en dat ouders ook echt betrokken worden bij de diagnoses stelling. Dus ze weten het wel.

Wat zijn volgens jou de criteria voor als iemand hier weggaat, wat moet er voorop staan?

Nou in ieder geval dat het draagvlak voor de thuissituatie dat het zodanig is dat het kind er naar toe kan gaan. Bijvoorbeeld ik noem maar iets als de vader en moeder zo in de put gaan zitten en er allerlei andere dingen een rol gaan spelen in de thuissituaties waardoor het thuis niet echt stabiel is, ja dan kan je denk ik wel heel snel terugvallen. En dat bedoel ik nou met het stukje naar thuis, daar moet veel meer aandacht voor zijn als ze weg gaan. Kijk ja.

En daar zou je als systeemtherapeut denk veel meer mee kunnen dan als ouderbegeleidster. J

a afgezien van mijn aantal uren, 14 uur voor negen gezinnen, ja dat is. En dan is vandaag ook nog een vergaderdag en ik heb uitgerekend ik heb van de week 6 uur over voor ouderbegeleiding.

Het is wel grappig dat wij van therapeuten horen dat zij wel voldoende tijd hebben maar voor jou is het eigenlijk te weinig. J

a en er is ook wel verschil tussen poli en de kliniek en dan zitten we eigenlijk nog onderbezet met maar 7 kinderen dus ik ben eigenlijk wel bij dat dat nu nog niet zo is. Maar goed ik probeer gewoon een beetje, ik maak ook wel eens overuren en die schrijf ik wel gewoon op.

Dat zijn dan van die factoren die spelen thuis nog. Zo komt ook naar voren dat hoge Expressed Emotion van ouders een slechte prognose heeft. Wat kan je daar dan mee als je dat tegen komt?

Ik denk dat je in ieder geval dat kunt benoemen. Benoemen wat je ziet als sociotherapeut of als ouderbegeleidster. Als je benoemt wat je ziet, het valt me op dat. Op een respectvolle manier. En in de tussentijd heb je als een behandelrelatie want het kind ken je als en als het goed is kan je een boel bespreken met de ouders als de boel niet verziekt is en in de meeste gevallen kan je dat ook wel. Als je zegt wat je ziet betekend het vaak dat je daar een gesprek over aangaat of ouder zeggen dat doe ik helemaal niet. En dan kan je zeggen dit valt me op en dan moet je het ook wel kunnen beargumenteren.

Van PMT hoorde dat ze in de laatste fase zij ook wel meer op de groep zou willen werken van wat nou gezond bewegen is en ook eventueel met de ouderbegeleidster erbij.

Lijkt me fantastisch. *Oké want zij had ook erg er moet gewoon meer.* Ik ben naar een workshop geweest, niet te maken met anorexia, ik ben een stuk aan het schrijven over systeemtherapie aan gezinnen van allochtone ouders. Die zijn er heel weinig. Toen vertelde een systeemtherapeut dat hij heel veel samenwerkte met de beeldend therapeut en misschien ook wel wat met de PMT-er ging ondernemen en toen dacht ik dat is ook leuk.

En wat zij mist is in het laatste stukje is dat je niet in details kunt leren wat gezond bewegen. Voor mezelf is het te lastig om het te doen en met de ouderbegeleidster of systeemtherapeute erbij kan je zoiets wel op poten gaan zetten en erbij kun veel meer doen.

Ik vind het zo leuk vanavond is onze allereerste ouderavond. We gaan gewoon beginnen met het faseprogramma uit te gaan leggen. Vorige week hebben we contact gehad met een ouders wiens kind ook in ernstige mate anorexia heeft gehad, maar die ouder is heel actief in de stichting anorexia en boulimia. Ik had haar aan de telefoon en het was zo'n leuk mens en die kon zo leuk vertellen wat een ouder nou voelt en dat kan zij tienduizend keer beter overbrengen dan ik. Zij heeft daarnaast opleidingen gedaan dus zij heeft ook voldoende afstand als ervaringsdeskundige dit over te brengen. Dus ik had al bedacht over een maand nodig ik haar uit en dan nodig ik de ouders ook uit, wat kan mij het schelen.

Is er verder voor ouders iets over lotgenotencontact want ook in de literatuur komt wel naar voren dat het bij de nazorg ook heel erg van belang kan zijn?

Ja, ik vind ook dat er te weinig aandacht voor is, ik roep het wel. Alle ouders heb ik ook geïnformeerd daarover. Ik heb ze ook die vereniging aanbevolen. Een sommige stoppen er werk in en andere denken nou pff, ik heb al voldoende aan mijn eigen gezin, even niet en dat is ook prima. Maar dat ze wel weten dat het bestaat.

Ja. Want ik kan me voorstellen dat het toch wel lastig is als je dan opeens je kind weer terug krijgt dan heb je toch enigszins de puberteit gemist en je krijgt een beter en zelfstandiger kind terug dan dat is weggegaan. J

a, dat ik ook iets voor ouders, heel belangrijk. Het is nooit meer hetzelfde. Ze krijgen niet meer het meisje terug dat ze voor de behandeling kenden. Dat is ook een aparte verwerking eigenlijk. Ik probeer er in de ouderbegeleiding wel aandacht aan te besteden maar ja, het wordt zo veel hè. Je moet wel de praktische dingen door nemen maar ook dit soort dingetjes. Af en toe doe ik ook wel hoor, ik ga er dan ook echt voor zitten. Maar goed, het team is het er ook wel over eens dat ik meer uren erbij zou moeten krijgen.

Als een kind uit de unit ontslagen wordt blijft de ouderbegeleiding dan doorgaan of stopt dat? Dat stopt, ja. Dus juist dat stukje hoe nu verder, de eerste paar maanden kan niet meer bij jou?

Ja klopt, wat ik daarvan vind, dat is het uren plaatje. Kijk ik denk dat elke hulpverlener dan wel van overtuigt is, dat het beste is, nou soms niet altijd, dat het handig is dat de hulpverlener het traject een beetje volgt. Soms is het ook wel heel verfrissend hoor als het hier stopt en iemand anders het overneemt. Dan kan je wel in die overdracht wat doen. Dat is ook zo, ja dat is wel een belangrijk punt wat me nu ten binnen schiet. Ik heb dat nog niet echt meegemaakt, dat er een goed overdracht is van de kliniek naar de poli weer.

Wat spoort er dan niet aan die overdrachten?

Nou, ik denk dat dat gewoon niet gebeurt, nauwelijks. Ik heb het zelf nog niet meegemaakt. Misschien gebeurt het wel hoor, het gebeurt andersom wel goed vind ik. Maar dat heeft ook met de zorglijn te maken hoor, dat gebeurt ook met anderen cliënten. Daar ben ik op zich wel tevreden over. Ik denk dat Ciska hier zich ook wel over gaat buigen.

Over de rol van de vader en de moeder die normaal wordt beschreven als zijnde ouders van anorexia. De rol van de moeder is adviserend en gericht op gezond eten en de rol van de vader wordt vaak negatief geïnterpreteerd en de rol van de vriendinnen, dat zij vaak heel belangrijk zijn. Over de rol van de ouders kan ik me niet zo in vinden, dat is niet zo stereotiep. Maar wel al die meiden dat is wel opvallend als je de dossiers erop naslaat ze hebben allemaal problemen op sociaal gebied, gehad en natuurlijk weer want ze moeten de gewonen wereld zo langzamerhand weer in. Maar ze hebben het allemaal gehad en sommige hebben het zelfs voor hun gevoel een traumatische ervaring op dat gebied meegemaakt. Kijk dat is voor hun gevoel hè. Ze hebben zich in de steek gelaten gevoeld of gepest, nou noem maar op. Altijd alleen, eenzaam, moeilijk contact maken, afhankelijk opstellen, weinig initiatief nemen. En dat is, ook nog even

terugkomen op wat mis je nou ook. Echt heel erg veel aandacht voor sociale vaardigheden. Of hoe je het ook wilt noemen, die terugval. Dat is echt heel, naast het vangnet wat thuis heel goed moet zijn is dat eigenlijk ja het belangrijkste, een van de grote punten.

En ook hoe langer ze hier zitten hoe moeilijker het weer wordt om ook weer terug te keren?

Precies en dan die terugval, die heeft daar, ja dat hebben we nog niet onderzocht, zou ermee te maken kunnen hebben. Dat je door problemen toch weer terugvalt, Ja bijvoorbeeld het niet wennen op school, op sociaal gebied. Ja of het iets eng vinden. Het is voor hen natuurlijk een onwijze hoge drempel en het is niet 1 stapje maar het zijn voor hen 3 stappen. En dan zit je ook nog, nou die puberteit waar we het net over hebben gehad, nou die hebben ze dus gemist en voor een groot deel en als ze weer goed gaan eten voor een groot deel en die hormonen gaan weer opkomen, functioneren. Dan gaan ze ook weer kijken naar wie ben ik, de puberfase die sommige al veel eerder hebben gehad begint bij hen dan veel later, kan hoor. Dat weet ik ook niet precies hoe dat zit maar dat hoor ik wel eens van ouders bij mijn andere baan, meer met eetproblemen te maken had. Die zieden ook ja, dan is ze negentien en weer een beetje op normaal gewicht en dan begint nu de puberteit te komen. Terwijl vriendinnen zijn alweer wat verder. Ze hebben al jaren dan eigenlijk geen aansluiting gehad en dat kost ook zoveel energie en ja, dan kan terugval. Dat is inderdaad een verhaal ook dat iemand rond haar 28^{ste} zei nu zit ik eigenlijk pas op hetzelfde vlak als mensen van mijn leeftijd.

Dus dan ben je al ruim jaar er achteraan aan het lopen, dat is nog al wat.

Dit is eigenlijk , ja dat zou ook inderdaad voor mijn als speerpunt zijn, dat terugval zo veel mogelijk te beperken.

Ik vind het wel grappig dat ik in dit hele verhaal het gewicht nog niet heb gehoord terwijl in een gesprek met de behandelcoördinator vooral het gewicht eruit komt en hier komt heel erg eruit de vlakken waar wij ons ook meer op richten. We gaan natuurlijk nog wel andere interviews naast elkaar leggen.

Gewicht is ook belangrijk, natuurlijk is gewicht belangrijk maar ja. Ik laat dat liever aan de medici over. Dat is wel, tijdens de ouderbegeleiding heb ik het ook wel over gewicht en aankomen enz. Maar dat horen ze ook wel genoeg.

Ja, en wat wij nu weten is dat hoe verder de behandeling gaat hoe minder dat gewicht een rol zal blijven spelen. In het begin moet je natuurlijk ook veel meer met het gewicht want dan kunnen ze niet anders.

Ja dat is ook zo precies zoals je zegt. Ik zit natuurlijk ook veel meer aan het eind van de behandeling te denken. In het begin ben je er alleen maar mee bezig. Inderdaad andere dingen als thuis en sociale vaardigheden. Dat zie ik ook echt om me heen dat dat belangrijk is, niet alleen hier maar ook op mijn andere werk heb ik dat gezien. In mijn privé veld ken ik ook twee meiden die anorexia hebben gehad en ook hier zie je, het is gewoon belangrijk. Ze gaan echt slechter eten als het even slechter gaat.

Wordt er met ouders ook gekeken naar situaties die terugval kunnen uitlokken, een soort terugvalplan?

Dat is er volgens mij helemaal niet. Kijk ik zou dat wel, ja dat is heel belangrijk.

Dat het voor ouders ook duidelijk is waar moet je op letten en wat moet je doen als ze bijvoorbeeld een keer de lunch overslaat, moet ik me zorgen maken, paniek of is dit normaal.

Daar gebeurt wel aan het einde van de behandeling, daar wordt wel aandacht aan besteed maar meer, ja het einde van de behandeling is als het goed is een soort stabiel fase te krijgen. En dan weet je ook, nou dat is normaal met sporten, als ze een keer minder eet dan de rest. Daar heb je het wel over maar er echt op blijven zitten, nou dat is iets meer voor de poli. En dat zou echt goed overgedragen moeten worden.

Daar gaat het nu met het nieuwe faseprogramma ook meer heen, met de extra laatste fase. Dat ouders hun kind thuis hebben en begeleid worden.

Ja, zolang zij nog verbonden zijn met de kliniek hebben zij nog met mij te maken. Dus in de laatste fase zijn zij nog heel vaak thuis maar hebben zij toch nog ouderbegeleiding van mij.

Volgens mij zijn wij door de vragen heen. Heb jij nog echt iets wat je kwijt wil? Nou over de sociale vaardigheden. Sommige zijn best wel vaardig maar het gaat om als dingen tegen zitten. Als ze een keertje een rot opmerking krijgen, wat doe je dan. Die onzekerheid dat is het, en die weerbaarheid. Snel van slag. Ik vind dat daar nu ja, je mag hem wel uit zetten.

Bijlage c. 6

Interview A. Franswa

Cognitief therapeut Curium; unit 1
Donderdag 17 maart 2005

Interviewvragen

1. Wat is jouw aandeel in de behandeling van anorexia?
2. Wat zijn de speerpunten in jouw behandeling?
3. Wat zou er vanuit jouw vakgebied nog kunnen verbeteren aan de zorg/ behandeling van anorexia, voornamelijk gericht op de laatste fase?
4. Wat is jouw aandeel op het gebied van terugvalpreventie. Wat zou je hier meer in kunnen doen? (als je daar gelegenheid voor krijgt) Een in welk stadium van de behandeling komt dit naar voren?
5. Hoe zou volgens jou deze laatste fase eruit moeten zien?
Doelvragen op de volgende punten:
 - ✓ Emotioneel functioneren
 - ✓ Sociaal emotioneren
 - ✓ Zelfwaardering/ zelfvertrouwen
 - ✓ Cognities
 - ✓ Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid
 - ✓ Lichamelijke klachten
 - ✓ Psychische co-morbiditeit
 - ✓ Beroepsmatig functioneren
 - ✓ Perfectionisme
 - ✓ Zelfbeeld en het lichaamsbeeld
 - ✓ Motivatie
 - ✓ Omgeving en gezin
6. Komen ze allemaal terug in de behandeling?
7. Wanneer komen bovenstaande punten terug in de behandeling en in welk stadium van de behandeling?
8. Zijn er vroegtijdige signalen van eventuele terugval al in de behandeling merkbaar?
9. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
10. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?

Uitwerking interview

Omdat er toch wel vaak naar voren komt dat de cognities van deze meiden erg belangrijk zijn waren wij benieuwd naar wat jouw rol in de behandeling en ook bij het herstel speelt en wat kan er volgens jouw verbeterd in worden en wat niet, zijn de cognities ook echt zo belangrijk? Krijgen ze allemaal cognitieve therapie?

Ja, we zijn er nog niet helemaal over uitgesproken wanneer je nauw begint met cognitieve therapie want we hebben binnen de behandeling een aantal fasen en de nieuwe begin fase waarin ze nog moeten wennen aan de opname kan je als cognitief therapeut nog niet zo heel veel. Zeker in de 0-fase dan moet er in eerste instantie psycho-educatie plaats vinden en het werken aan gedachten is, ze zitten nog zo in het eerste stadium en moet je in staat zijn om daar überhaupt over na te denken. Vaak is het zo verschrikkelijk verstoord, het denken en de concentratie zwak dat het eigenlijk niet mogelijk is. *Maar begint het wel al in de 0-fase?* Nee, nauw eerst dacht ik dat voorzichtig contact maken voorzichtig een relatie opbouwen dat dat handig is, inhoudelijk kan je dan op zich nog niet zoveel. Maar goed, in de 0-fase nog maar niet, dan moet je al zoveel. En later in fase 1 gaan we dan beginnen met kennismaken. In fase 0 vooral gedragsmatig werken, aankomen en verder kan je eigenlijk nog niet zoveel. Verder is het wel de bedoeling dat ze allemaal cognitieve behandeling krijgt.

De behandeling duurt tot de laatste fase, totdat ze met ontslag gaan?

Ja, want eigenlijk is daar, en als ze dagbehandeling of verdere behandeling krijgen, als ze eigenlijk weer het leven in stappen dan wordt het wel belangrijk. Dingen waar ze dan tegenaan lopen dat is vaak een ongelovige overgang voor ze.

En als ze dan met ontslag gaan, gaan ze dan naar iemand anders? Nee. En ook als ze niks meer met Curium te maken hebben en al naar huis gaan?

In principe als dat nodig is en ze zijn gemotiveerd dan kunnen ze gewoon blijven, dat is mogelijk.

Over de terugval preventie wordt daar binnen de cognitieve therapie specifiek aan gewerkt?

Bij terugvalpreventie dan denk ik ook aan wat zijn de moeilijk situaties die je tegen zou kunnen komen en hoe ga je daarmee om. Daar probeer je wel aan te werken en natuurlijk zijn er dingen die ook goed te bespreken zijn wat ze daar nou moeilijk aan vinden. Bijvoorbeeld vaak in contact met anderen. Dat zijn toch dingen en die kan je wel meenemen in de latere fase.

De verschillende motivatiefases, hoe krijgt dat binnen de cognitieve therapie vorm. Want vaak zijn ze in het begin nog niet gemotiveerd. Aan het einde zou je er bijvoorbeeld tegenaan kunnen lopen dat ze voorla gemotiveerd zijn om weg te gaan en niet om beter te worden, en dat je eigenlijk die anorectische cognities niet.

Ja, dat is wel een lastig punt want vaak is de belangrijkste motivatie toch weggelaten en dingen weer kunnen doen. Thuis zijn en contact met kinderen. Dat is toch voor hun wel de belangrijkste drijfveer merk ik. En om echt zelf na te denken van wat moet ik bij mezelf nou nog gaan veranderen om hier geen last meer van te hebben. Die reflectie, dat is toch wel erg moeilijk hoor merk ik. *En als ze die reflectie niet hebben?* Ja, maar goed dan is het dat je toch wel ziet dat ze ook niet op Curium willen komen want een normale jongere ja die zit niet op Curium. En dan willen ze een normaal gezond iemand willen zijn en dan ga je niet naar Curium.

Zou dat een motivatie drijfveer kunnen zijn om niet meer terug te vallen.

Nou kijk, het vervelende is dat we hebben er natuurlijk eentje gehad die was oké en die is terug gevallen. En dan loopt ze toch tegen niet weerbaar zijn, dan loopt ze er tocht tegenaan en valt ze terug. Dus het is wel een heel belangrijk punt dat je er wel aan gaat werken. Ja goed dat is niet altijd zo makkelijk en dan loop je toch tegen die motivatie aan en in principe is dat ook vreselijk belangrijk om daar in vaardig te blijven en minder perfectionistisch, minder kwetsbaar. Daarom is nu ook die SOVA training, die dus wel het belangrijkste is.

En om daar ook iets van eigen te maken. Is dat ook eigenlijk de kern waar cognitieve therapie om draait, dat ze komen tot die zelfreflectie.

Ja kijk je probeert ook wel wat breder te kijken. Niet alleen naar de anorectische cognities maar ook het leven uitbreiden, toekomstgericht. Niet alleen richten op lichaamsgewicht maar ook breder. Dat ze hun aandacht leren richten ook op andere zaken. Als school en leren, dingen als hobby's. Dat je dat ook breder gaat trekken. Bijvoorbeeld dat je succes niet afhangt van je lichaamsgewicht. Je probeert ervoor te zorgen dat de aandacht ook op andere dingen wordt gericht. Ja, toch moeten dan eerst die anorectische cognities veranderd zijn maar goed Daar wordt ook wel over geploeterd. Dat je in staat bent je breder te oriënteren.

Zijn anorectische cognitief te meten?

We hebben wel vragenlijsten over bijvoorbeeld lichaamsbeeld, die zouden gebruikt kunnen worden. Ik weet even niet de naam van de vragenlijsten die worden gebruikt, die worden ook bij de diagnose gebruikt. Maar in principe gebruik je wel die motiveringstechnieken en fases om te kunnen zien dat ze daar zijn. Dat je in de fase ziet dat ze bijvoorbeeld wel weten dat ze ziek zijn en wat de gevolgen zijn. Je kunt ook zien of ze er al aan toe zijn om te veranderen. Of de angst ze tegenaan.

Dat zijn dingen die bij jou naar voren, aangepakt worden?

Ja inderdaad ook de emotionele kant, dat is niet alleen de slechte cognities ofzo. Het gaat ook vaak om de beleving, de ervaring ervan en hoe kan je daar mee omgaan. Dat is absoluut ook belangrijk. Het is niet alleen het denken, je bent met de hele beleving bezig. Vaak gekoppeld aan ervaring en beleving van het gedrag, ingebed in de omgeving, in een kader. Dat moet je absoluut niet los van elkaar zien.

Denk jij dat een terugval voorkomen kan worden?

Nou, dat is wel lastig hoor. Misschien is het inderdaad zo dat. Tot nu toe is er niet de dagbehandeling die erin zit. Misschien is het wel erg goed van kliniek naar dagbehandeling naar polikliniek. Omdat dan de stap van kliniek naar de werkelijkheid een hele grote stap is en bedreigde stap is. Veel veranderingen, ze maken toch veel dingen mee dan. We hebben er binnen de kliniek nog niet veel ervaringen mee gehad maar dat is wel de verwachting. Ze worden dan geconfronteerd met de dingen die ze moeilijk vinden en dat kan je dan weer bespreekbaar maken.

En terugval binnen de behandeling kan dan ook een aanknopingspunt zijn om dingen bespreekbaar te maken?

Ja maar goed dan moet daar wel ruimte voor zijn.

Kom je dat tijdens de behandeling tegen, terugval?

Wel dat hele moeilijke dingen de kop op steken. Qua cognities blijven ze eerder hangen dan dat ze terugvallen. Hun zelfbeeld is wel erg laag en dat is niet zomaar te veranderen en dat blijft op een of andere manier blijft dat lastig om te beïnvloeden. Wel dat ze bedacht hebben van daar wil ik naar toe, dat gedrag wil ik veranderd hebben. Het beeld dat ze zelf hebben blijft gewoon wel heel zwakjes. Al doende moet dat ook gaan groeien.

Ik vind het dus niet echt een terugval maar eerder stilstaan. Wel angst, gaat het wel goed, kan ik hiermee omgaan en de wanhoop gevoelens die naar voren komen.

Zou je aan het einde van de behandeling, wanneer het gewicht ook goed is, kunnen zeggen dat wanneer de eigenwaarde, zelfvertrouwen zo goed is, is de kans op een terugval minder aanwezig.

Ik denk dat de meisjes dan ook blijven. Het is ook te optimistische om te denken omdat te kunnen veranderen, niet zomaar in deze behandeling. Het enige is dat ze trots op zichzelf zou kunnen zijn van hé dat heb ik toch voor mekaar gekregen. Ik kan hier toch wel weer gewoon op school zitten, dat ze daar trots op zichzelf kunnen zijn. Dat gevoel kan je wel krijgen en bereiken. Maar die stapjes blijven wel een tijd wankel. Met kleine stapjes probeer je het dan wel op te bouwen.

Het doel is dat de behandeling 6 maanden duurt. Probeer je dan binnen die 6 maanden de basis te leggen waarop ze zelf verder kunnen, klopt dat? J

a dat ze een gevoel hebben van trots zijn, ik denk dat dat de basis is waarop ze verder moeten bouwen. Afhankelijk van hoe het gaat, dat ze het zelf moeten gaan doen is ook goed, goed dat ze het hier los moeten gaan laten na de opname periode. Samen met het gevoel dat ze het kunnen. Degene die we hebben losgelaten waren er ook echt aan toe. Dat ze weten hé dit is moeilijk maar hier kan ik wel mee omgaan. Mensen willen en moeten toch ook weer verder.

Vanuit de verschillende punten die wij hebben gevonden.

- ✓ Emotioneel functioneren
- ✓ Sociaal emotioneren
- ✓ Zelfwaardering/ zelfvertrouwen
- ✓ Cognities
- ✓ Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid
- ✓ Lichamelijke klachten
- ✓ Psychische co-morbiditeit
- ✓ Beroepsmatig functioneren
- ✓ Perfectionisme
- ✓ Zelfbeeld en het lichaamsbeeld
- ✓ Motivatie
- ✓ Omgeving en gezin

Ja de emotionele kant neem ik toch wel altijd mee. Op de unit zo'n plek op de groep is een heel belangrijk punt waar ze veel kunnen leren. Ook het gevoel van assertiviteit omdat ook de groepsleiding daar naar toe werkt en het een heel goed oefengebied is. En dat neem ik ook zeker weer mee hier weer dus dat sociale functioneren ook. Ja, cognities werk ik natuurlijk ook veel mee. Probleemoplossend vermogen is erg belangrijk, zeker en belangrijk onderdeel van de cognitieve therapie. Autonomie maar ook dat ze geconfronteerd worden met heftige emoties. Wat doe je ermee en hoe ga je er mee om. Dat is een belangrijk punt. Lichamelijk klachten vallen er natuurlijk ook onder, die lichaamsbeleving. Ja, wat moet je met de klachten doen. Co-morbiditeit, ja depressie en agressie, moet je gewoon mee nemen. Ook die angst is een heel belangrijk punt. Verder gaan ze natuurlijk naar school waar een hoop bij komt kijken. Perfectionisme is een belangrijk onderdeel, is eigenlijk een denkfout van deze meisjes. Komt eigenlijk nog niet veel naar voren maar is wel een belangrijk ding, punt maar dat is meer voor de laatste fase van de behandeling. Wanneer je aan de slag gaat met dat je niet perfect hoeft te zijn en tevreden kunt zijn met minder. Zijn zeker aandachtspunten voor de laatste fase van de behandeling. Ja, het zelfbeeld is gewoon heel erg zwak. Hier moet je ook voortdurend op alle fronten aan werken. Niet alleen binnen de cognitieve therapie. Het komt overal terug en blijft een vreselijk belangrijk punt. Ook de motivatie zal veranderen. Zal eerste gericht zijn op anderen maar op een gegeven moment denk ik dat ze zelf ook wel willen en veranderd dat.

Ik denk dat we nog duidelijk moeten krijgen hoe we geleidelijk dat verloop van unit naar school, hoe we dat zo goed mogelijk kunnen begeleiden. De wens om weer aan de slag te gaan en verder te gaan. Ik denk dat dat nog aandacht heeft en ontwikkeld moet worden. Aandacht zal ook moeten zijn dat de wens om weer naar school te gaan en gewoon te zijn zo groot is dat anderen dingen, waar het nu eigenlijk om gaat blijven liggen. Je wil natuurlijk geen problemen zoeken en bedenken wat moeilijk zou kunnen zijn en daarom moeten we toch opletten om er niet voorbij te gaan, dat is toch lastig.

Bijlage c. 7

Interview Prof. Dr. F. Verhey

Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie/ hoofd patiëntenzorg en coördinator eetstoornissenpoli, afdeling Kinder en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Dinsdag 5 april 2005

Interviewvragen

Is terugval bij anorexia iets wat je moet voorkomen, of iets wat noodzakelijk is?

Maar wat noem je terugval?

De terugval die wij bedoelen is dat ze als ze na de behandeling, dus na de kliniek, weer terugvallen in hun oude gedrag.

Maar dan neem je de behandeling in de kliniek als uitgangspunt

Ja dat nemen we als uitgangspunt, omdat we daar ook zelf in werken en omdat we merken dat de jongeren met anorexia uit de kliniek ontslagen worden toch weer terugvallen in hun oude gedrag, zo erg dat ze weer in de kliniek terechtkomen.

Ja, dat begreep ik al uit jullie vragen, dat is jullie insteek. Dar ben ik het niet helemaal mee eens. Ik zal het verhaal van mijn kant een klein beetje vertellen.

Anorexia is een eetstoornis en daar zijn er meerdere van. Maar nu hebben we het alleen over anorexia.

Anorectische eetstoornissen die duren, dat weten we inmiddels 1 tot 4 jaar zeggen sommige boeken, 1 tot 7 jaar zeggen andere boeken. 70-80% geneest, de rest wordt chronisch. Nederlandse getallen hebben we daar niet van. Buitenlandse getallen zeggen toch dat zo'n 10 tot 15% overlijdt aan de stoornis, de helft hiervan door suïcide, de andere helft door de vermagering.

Als je aanneemt, wat ook gewoon netjes onderzocht is ook voor Nederland, in Nederland krijgen elk jaar ongeveer 1500 jongelui een anorectische eetstoornis. En 1300 worden er beter. Dat zijn niet dezelfde, die zijn van een paar jaar terug.

Als je dat weet dan kan nooit 3 maanden of 6 maanden, dan kan nooit een klinisch traject HET behandelingstraject zijn.

Nee precies.

Dat is mijn probleem met het uitgangspunt.

Ja, dat is waar wij ook tegen aan lopen en steeds meer achterkomen, maar

Dus een klinisch traject kan nooit een behandelingstraject zijn. Een klinisch traject is altijd een intermezzo. *Ja*

Het is een stukje op de weg. Ja, de weg waar naar toe? Naar chronisch, naar de dood of naar herstel.

Ja precies.

Maar het is nooit de gehele oplossing.

Het is na die behandeling in de kliniek niet klaar.

Nee, nooit. Nee, dus daar zit mijn probleem, snap je? Ik had het al een beetje uit jullie vragen begrepen, van daar zit toch een gedachtegang achter. Ik weet niet hoelang Curium dat wil gaan doen in die kliniek. Maar dat dan het probleem is opgelost, nou dat is nooit zo.

Er is op Curium ook een nazorg traject, maar ze zijn op dit moment heel erg bezig met het topch toespitsen op het feit dat je 6 maanden in de kliniek bent en dat je dan bijna genezen daaruit komt. Dat is wel hun punt op dit moment, voor zover wij het nu inzien dan. En wij hebben zoiets van is dat dan haalbaar en wat kan je dan nog doen om te zorgen dat die nazorg zogoed aansluit dat ze niet weer in de kliniek terechtkomen.

Ja, het zegt wel wat. Ik weet niet of jullie daar wat aan hebben, maar dat is wel fundamenteel anders tegen een anorectische eetstoornis aankijken, dan dat ik dat doe. Ik denk, het dominante behandelingstraject is altijd het ambulante traject. Want je hebt een probleem dat heb je al een half / driekwart jaar, dat is meestal zo, voordat ze überhaupt hulp zoeken. Of voor de omgeving nog vaker om hulp te zoeken. En je weet op dat moment al dit probleem gaat minsten 1,5 tot 2 jaar duren. Ik heb het nog nooit binnen 1 jaar zich zien oplossen. En ik loop inmiddels zo'n 25 jaar mee met dit soort spelletjes. Ja, dus ik heb het nog nooit gezien dus. Het kan misschien wel eens gebeuren, maar ik heb het nooit gezien. Dat als ze bij mij komen, of als ik verhalen hoor, dan is vanaf het moment dat je je aanmeldt totdat je misschien zegt: "ik ben beter" of "ik ben weer zoals vroeger" daar zit altijd meer dan een jaar tussen. Dus het is een traject.

Ja

En dan kan je zeggen eer dat het over is gemiddeld 2 jaar, gemiddeld 3 jaar zoiets. Ja, dus dat traject is nooit klinisch. Dat deden we vroeger wel, een instituut als de Viersprong in Halsteren nam anorectische patiënten op voor 2/ 3 jaar, want dan kan je ze gewoon het hele traject opnemen en dan worden er, met een beetje geluk, een aantal echt beter. Maar dat is nog wel gokken ook. 50% of 60% die gaat het wel halen, maar dan moet je ze zolang opnemen. Maar anders is het behandelingstraject altijd een ambulant traject. En dan kan je gaan nadenken, waar gebruik ik nou afdeling kindergeneeskunde voor en waar

gebruik ik klinieken voor. Want wij hebben hier een polikliniek eetstoornissen en een adolescentenkliniek, waar we ook opnemen maar altijd kort, en met een doel. En ze opnemen als ze nog gemotiveerd moeten worden om er iets aan te doen en dat nog een jaar duurt, dan heeft klinische opnemen geen enkele zin. Want dan neem je een meisje op, dan ga je daar 4/ 5 maanden mee worstelen en allerlei Japanse vechtsporten bij wijze van spreken en dan is ze nog geen gram aangekomen. En dan zeg je "en nu zijn we je zat en moet je weg".

Dan kun je beter zeggen, dat kunnen wij helemaal niet, zolang jij niet gemotiveerd bent, heb jij niets aan een jeugdpsychiatrische kliniek.

Zak jij te laag, laat dan de kinderarts je maar bijpompen. Pas als je een motivatie hebt om hier iets te komen doen, dat duurt soms 2/ 3 jaar voor de meisjes gemotiveerd zijn om hier te zijn.

Je zegt dus dat de motivatie er al voor de klinische opname moet zijn, dat je daar bij de opname naar moet kijken. Vanuit Curium weet ik ook dat heel veel meisjes het doen omdat ouders het zeggen, maar zelf eigenlijk nauwelijks..

Nee nee, in de adolescentenkliniek nemen wij niet op, tenzij, kijk en of ze die deals nakomen dat is iets anders. Maar in het intake-traject, moeten er deals komen en als die er niet komen, dan worden ze weg gestuurd om na te denken.

En ondertussen bieden we wel het ambulante traject aan, je mag ambulant 3 jaar bezig zijn om gemotiveerd te raken

Op Curium zijn ze nu meer bezig om te zorgen dat de motivatie in de kliniek kan ontstaan, door middel van motivationeel interviewen, etc.

Ja, dat is op zich wel een nobel streven, maar verwacht dan niet dat ze ook nog beter worden in de tussentijd.

Nee, want daar is het klinische traject heel kort voor. Ja want in de 6 maanden, daar zit ook al de dagbehandeling in.

Even voor jullie nog, van de week was er een meisje, die het ambulant toch niet trok en nog een tijdje naar de Ursula geweest is en eigenlijk de afgelopen maanden heel goed draait eigenlijk alles stabiel is en ook een schoon hoofd heeft bij wijze van spreken. Die kan dan terugvertellen en dat beschrijven ze wel vaak, bij hun zelf is ergens een moment dat de knop omgaat, zij benoemde dat ook zelf. Dat je weer vooruit kan.

[(8:04)...] Dat had bij dit meisje 3 jaar geduurd voordat die knop omging, dat waren 2 of 3 opnames op de kindergeneeskundige afdeling, ze is hierna hier nog 2 keer geweest, we hebben ambulant een aantal jaren met haar gezeten. En die Ursula opnames, ja, daar ging ze ook heel gemotiveerd heen, dat was prima. Dat zat eerder al een keer bijna helemaal goed, maar toen is het toch nog net mis, maar dat zat nu goed. Dus ze was heel gemotiveerd en heeft het gepakt en ik denk dat ze er door heen is. Maar dat bepalen wij niet en zij zelf ook niet. Dat wordt ergens door de stoornis bepaald.

Maar dat is iets van de laatste jaren, zeg maar de laatste 5 jaar/ 8 jaar dat duidelijk wordt ook van hoe sterk de erfelijke componenten, daarvoor geloofden we daar niet zo in.

Maar zeg dan, en dat is vrij globaal als je ernaar vraagt in de gezinsterapie en dan niet alleen naar vader en moeder en zussen, maar ook naar neven en nichten of de zus van oma ofzo. En dan zie je eigenlijk altijd, nou niet altijd, maar toch wel bij zo'n 60 procent dat ze dat zo ophoesten.

Dus die kwetsbaarheid die is er, anders kom je ook niet op die 1500 nieuwe anorectische patiënten per jaar en in Nederland is dat een vast getal. En negers krijgen het niet, dus het zit ook nog aan een ras gebonden.

Is dat zo, negers krijgen het niet?

Als ze geen menging hebben met blanken, dus echte negroïde mensen krijgen geen anorexia.

Heeft Curium negroïde meisjes met anorexia?

Ja, nee, maar ik heb er ook nog nooit zo bij stil gestaan.

Ik heb een aardige caseload voorbij zien komen, maar geen enkel negroïde meisje. Dus die kwetsbaarheid, die zit in dat ras niet. In het kaukasische ras zit die wel en die kwetsbaarheid die uit zich in Nederland in 1500 nieuwe patiënten per jaar. Dat is een ding wat we vroeger niet wisten, maar dat weten we inmiddels. We weten ook dat beloop. een ander ding dat we weten en dat geeft ook weer aan van hoe, want kijk dat suggereert toch van in bepaalde meisjes zit een kwetsbaarheid. Dan kan je nog gaan redeneren van wanneer komt die eruit, wat lokt het uit. Misschien lokt de vwo-er het wel uit, maar daar kan je over redeneren,. Maar er zit een kwetsbaarheid in die meisjes.

Er is heel lang gedacht dat de menstruatie verdween, en dat doet ie ook normaler wijze, als die meisjes veel afvielen. Tot ze dat eens zijn gaan uitzoeken en netjes aan die meisjes zijn gaan vragen van wanneer heb je voor het laats gemenstrueerd. Dan blijkt dat bij 1/3 van die meisjes de menstruatie verdwijnt op het moment dat ze 1,2 of 3 kilo zijn afgevallen. Dus geen enkele rede om te verdwijnen. Dus wat ik hiermee wil aangeven is, ook dat familiale verhaal, dat het echt een stoornis is waar een aantal chips hier (*wijst naar zijn hoofd*) anders gaan staan.

Dat is dan ook bij het herstel dat als ze dan weer gaan menstrueren dat ze dan ..

Nou, 1/3 gaar niet menstrueren terwijl ze een goed lichaamsgewicht hebben en daar kan de kinderarts wel wat aan doen, met hormonen en dan komt er ook wel weer wat.

Maar het is dus blijkbaar een stoornis met een eigen draaiboek. En het is natuurlijk een hersenstoornis. Dus een hersenstoornis met een eigen draaiboek, waar je maar heel beperkt op mee kunt spelen. Dus je hebt er helemaal niet zo'n invloed op als dat je zou willen.

In mijn ogen, soms moet je gewoon wachten, soms moet de tijd daar zijn. Dat is een beetje het model waar wij hier nu heel dicht tegenaan aan het raken zijn, van wij zetten ons ambulante traject centraal en we zetten pas klinische dingen in, ja ze moeten niet doodgaan, dus wij hebben onze afspraak met de kinderarts is 'wij hebben jou nodig om ze in leven te houden' Maar dat is dan zo kort als mogelijk, dat noemen we ook geen behandeling, dat is even bijtanken. Dat is gewoon bijtanken, dat is geen behandeling. We gaan behandelen ambulant, dagkliniek of de kliniek, niet in de nazorgprodukten, want dat is 1 maaltijd daar heb je niets aan, bij deze mensen.

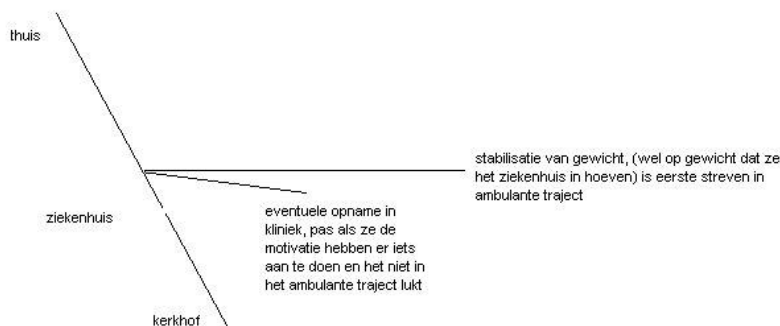
Maar snap je dat het fundamenteel is, dan komen jullie interviewvragen ook anders uit.

Ja, dit is een hele andere kijk.

Ja en ook een andere kijk op een aantal van de dingen uit jullie vragen. In mijn ogen is klinisch altijd een intermezzo, is dus nooit de oplossing, tenzij je het ongeveer zolang doet als dat de stoornis duurt. Of je gaat peilen, maar ik denk dat dat nog heel moeilijk is want dan zet je die klinische opname in in een traject waar de motivatie al helemaal goed is. Dat zou ook kunnen, maar ik denk dat dat nog heel moeilijk is. Er moet dus in ieder geval veel meer samenspel komen tussen de voorzorg en de nazorg. Maar in deze zienswijze is een terugval in de behandeling of erna niet te voorkomen, want het is de stoornis die dat regelt en het hoort er gewoon bij.

Ja kijk je moet geen stomme dingen doen en wel een heleboel psycho-educatie geven, maar zeg dan, jullie hebben het handboek eetstoornissen, dat groene boek? Een van de mooiste hoofdstukken die daarin staat is van Vandereijcken over welke therapeutische benadering, welke therapeutische attitude je moet hebben. Walter Vandereijcken is een van de meest geroutineerde anorexia behandelaars, die heeft met systeemtherapie gewerkt, met gedragstherapie, die komt er ook veel op terug dat het een autonoom proces is waarbij je de adolescent moet gaan steunen. Maar die schrijft daar heel mooi in dat het gewoon een proces is van vallen en opstaan. Waarbij je gewoon faliekant als behandelaars op je gezicht gaat als je denkt dat je het kan sturen. Je moet accepteren dat je de ene week afspraken maakt, en dat die de volgende week niet gehouden zijn. Omdat iemand, die was bij jou niet zo angstig en die sprak het af en die loopt jou deur uit en die wordt angstig en angstiger en nog angstiger en het gaat niet. En dat is wat je telkens in een anorectische behandeling in therapie bereikt en als je denkt van kijk dan ik ben een psycholoog, ik ben een psychotherapeut of een psychiater en een deal is een deal, een woord is een woord, een afspraak is een afspraak dan ga je met deze meisjes en met de jongens ontzettend op je gezicht. Want het is horten en stoten, vallen en opstaan. Het is vaak niet gedaan en als het gelukt is dan moet je blij zijn, maar ook weer niet te blij want dan is dat vaak weer een reden voor de patiënt om te denken hij denkt dat het goed gaat en dat alles over is dus laat ik mijn kaken maar op elkaar. En dan is ook terugval na een klinische behandeling iets wat er helemaal bij hoort en wat je niet zou moeten sturen of voorkomen want dan loop je de stoornis in de weg. Ja, hoe leg ik dat uit. De stoornis bepaalt het verloop dus dan moet je daar misschien wel zo min mogelijk op inspelen qua het feit dat ze terugvallen.

Ik weet niet hoe jullie denken, maar voor mij. Ze zijn in de loop van de decennia zijn ze bepaalde aspecten van anorexia heel centraal gaan zetten, er zijn periodes geweest waarin het zelfbeeld heel centraal stond er is een periode geweest waarin het werd gezien als een soort koppigheids problematiek er si een periode geweest waarin het beschouwd werd als een oplossing van gezinsproblemen. Er zijn vele van die periodes geweest, maar als je echt een beetje met die meisjes doorpakt dan zijn ze wel heel bang. Het zijn vaak toch slimme tantes die best weten wat ze willen, maar die heel bang zijn en als je het vooral oppakt als een angststoornis, waarbij iemand de controle verloren is over iets wat ze heel goed kon. Dat is een heel raar iets wat je overkomt, controle verliezen terwijl je niets hebt, men kan niet vinden over het niet meer kunnen lopen maar toch kom je in een rolstoel terecht, dat is eigenlijk wat een anorect overkomt. Die kan eten, die heeft een stabiel gewicht die heeft daar geen angst bij en die zit op een gegeven moment gewoon niet lopend in een rolstoel. Dat is een heel gek iets wat je overkomt. En daar moet je controle op terugwinnen. Dat is volgens mij ook echt het behandelingsspel, dus controle terugwinnen en er is geen enkele oplossing van angst die snel gaat. Alle angsten die we hebben moeten we geleidelijk overwinnen. Dus je moet dat in stapjes doen en zo teken ik dat meestal voor ze:



Je kunt het zien als een glijbaan waar ze op zitten, het gewicht keldert met 1/2 kilo per week naar beneden, dan teken ik dat door. Ik kan ze laten zien hoever ze van het ziekenhuis, de dokter in de witte jas die je in je kraag grijpt en van het kerkhof afzitten. Vaak kan ik nog een schatting van tijd geven ook aan ze, een beetje met een natte vinger is dat wel te zeggen hoor.

En in het ambulante traject, al zullen ze maar net boven het ziekenhuisopname gewicht stabiliseren, dan vermijd je dat witte jassen paradijs en je houdt ze in leven. Nou, dat is de eerste deal en als we daaruit komen, want dan gaat zo'n magere dame of magere jongen nadenken over wat moet ik daar dan voor doen. Ja kijk, daar hoeven ze niet eens zo gek veel voor te doen. Ongeveer de helft van wat ze normaal zouden eten moeten ze daarvoor eten, daar komt het meestal op neer. Ik weet het niet precies, maar ik denk dat als jullie uitschrijven wat jullie eten en drinken op een dag dat je dan komt op 2000, 2200 of 2500 calorieën per dag, dat hangt een beetje af of je een heel sportief type bent of niet. Nou, de meeste jongens en meisjes van 14/15 jaar .. ik heb ze gehad, die konden zich stabiel houden met 800 calorieën per dag. En er zijn er die het doen met zo'n 1400. Maar dus tussen die 800 en 1400 ligt de grens die ze moeten houden om stabiel te blijven. En meer hoeft je ze niet te vertellen, want je hoeft maar even de albert heijn binnen te gaan en je weet precies wat je moet doen als je op de pakken kijkt. Dat is alles wat ze moeten doen, ik zeg meestal benzine is benzine en hoe ze het doen maakt mij niet uit, ik ben geen diëtist. Het maakt mij niet uit wat je eet of drinkt als het maar zoveel calorieën zijn dat je stabiel blijft. Wat gezond is komt later wel. Want dit spelletje (wijst op het bord en volgt 'de glijbaan' naar beneden) is ook ongezonder.

Ik heb nu een meisje die is aan het stabiliseren op, heel precies, 1270 calorieën alleen met crackers en brood. Maar goed dat is wel stabiliseren. En dan heb je dat de kinderarts dreiging weg is, het kerkhof komt er niet meer aan, vader en moeder zijn minder bezorgd. Maar ze is nog wel veel te licht, zit in een rolstoel waarschijnlijk, kan niet meer hockeyen. Dan kan ambulant de volgende stap zijn, van durf je langzaam te groeien? Misschien gebeurt dat pas na een half jaar of nog langer. We hebben nu ook 1 meisje die is twee jaar bezig geweest op dit stabiliseringstraject, van ik wil het wel, maar ik kan het niet. En op een gegeven moment, ze is heel langzaam begonnen met 1 a 2 ons per week aan te komen, dan weer stabiliseren en dan weer 1 a 2 ons aan te komen per week. En ze zit nu op een laag normaal gewicht. Dit gehele traject koste bij haar zo'n 4 jaar, schat ik. Maar geen kinderarts en kliniek nodig gehad. Dus 'so be it'.

En die tijd moet je dan ook maar nemen.

En zeggen ze nu ik ben te angstig ik ga het thuis niet redden, of gaan ze toch zakken in gewicht, want dat krijg je natuurlijk wel eens. En dat hoeft niet eens een zeer sterke dalende lijn te zijn, maar kan ook zijn van ik probeer het wel maar het lukt me niet. Dan krijg je de discussie van heb je een meer dwingende omgeving nodig, heb je meer omgevingssteun nodig.

En dan kan je kijken naar een kliniek, een kliniek is natuurlijk een dwingende omgeving, je kan daar niet weg, je kan dar verplichtingen opleggen, maar je kan ook nog denken aan de kinderarts die je gaat helpen. Ik bedoel er zijn ook meisjes die thuis met een pomp lopen en gewoon bijvoeding krijgen. En het daarmee trekken zonder dat ze op bedden komen te liggen, of hun scholen moeten onderbreken. Want dat is natuurlijk ook het risico van een klinische opname.

Dus je zet dan die kliniek in op een moment dat ze hem echt nodig hebben en daar dan proberen in 3 maanden maximaal, maar er zijn anorecten die daar nog wel eens overheen gaan en het zelf tot zo'n 4 a 5 maanden maken.

En dan jullie terugval, daar kijk je dan anders tegen, want het interesseert me geen barst of ze 3 keer die kinderarts nodig hebben, als ze maar voortgaan op het traject.

Het zou dan meer moeten zijn, niet hoe ga je die terugval voorkomen, maar meer van hoe ga je ermee om.

Ja, eigenlijk van mijn mening kijken van naar waar plaats je deze opname in het traject en niet dit is de behandeling. Dat zou voor mij nooit kunnen, die tijd hebben we hier in ieder geval gehad.

En hoe kijkt u dan aan tegen, op Curium moet je aankomen met 500gr. per week

Ja, dat staat in alle boeken,

Ja, ik weet niet of u het kent, maar het boekje van Van Elburg, die behandeling is nu eigenlijk meer

Ja, die is gekopieerd ja door Curium, het zorgprogramma eruit dan.

Ja, dat klopt.

Ja, dat doen we hier in de adolescenten kliniek ook hoor, maar niet bij allemaal. We doen dat hier pas als iemand dat ook echt tot een deal met jou maakt. Want als ze hier zitten klinisch, ik snap wel dat ze het thuis zwaar hebben en zeggen ik wil wat aan mijn anorexie doen, maar nog niet groeien, ja ga dan nog maar een tijdje nadenken in het ambulante traject en laat ze maar komen op de poli.

We nemen alleen op, als ze zeggen 'ja ik kom in de kliniek', maar dat is een andere argumentatie, we gaan in de adolescentenkliniek vaak ook op die halve kilo zitten, maar dan wel met het idee van dan houden we die opname beperkt.

En dan is die motivatie er al in het begin voldoende

Ja, en doen ze dat niet dan krijgen ze ene time-out, dat de klinische opname stopt. Ja, dus zo is het ook. Maar dan zet je hem anders in en daar zit een heel stuk ruimte hoor.

Dat meisje van de crackers en het brood dat ik eerder noemde, wilde eigenlijk haar school af maken, ze heeft een baantje bij de Albert Heijn, wil ze ook niet kwijt en de gezinssituatie is moeilijk hoor, ouders zijn gescheiden en er spelen vele dingen, die heb ik gezegd als je thuis te weinig pressure op kan bouwen voor jezelf dan zou je het nodig hebben anders kom je er niet uit. En dat snapt ze ook hoor, ik bedoel ze wil echt er ook wel uitkomen, ze wil niet de komende 4 jaar met dit spelletje bezig zijn. Dus het is wel een gemotiveerde griet. Er staat een intake gesprek afgesproken over een aantal weken, ja, maar ondertussen is ze van 1050 naar 1270 aan het gaan en volgende week komt ze terug en dan is het 1350. In het traject van de 1050 naar de 1270 is het afvallen gestopt, de afgelopen 2 weken staat ze stabiel.. En ze wil naar 1395, want 1400 is een te moeilijk getal ofzo, dat weer een stukje psychologie. En als ze dit echt doet, dan gaat ze groeien en waarschijnlijk met 2 ons per week. En dan vervalt de reden om opgenomen te worden. Dus wij bespreken het gehele traject en zij is ondertussen iets aan het doen en ik denk dat ze een grote kans maakt om niet terug te vallen. Die gaat het maken denk ik en dat hoop ik natuurlijk ook. Maar ik weet dat ik het nooit echt kan weten, want het is een ziekte van vallen en opstaan.

Ik snap dat ze niet opgenomen hoeft te worden als ze gaat groeien, maar waar stel je de grens als je dat in tijd uitzet bedoel ik

Iets scherper stellen, dan kan ik antwoorden.

Nou, u zegt dat u dit verwacht en dan gaat ze nu zo groeien, en zij zegt dit wil ik echt gaan doen en dat idee heeft u ook wel dat ze het echt van plan is, maar als ze nu over twee weken nog steeds niet gaat groeien maar wel zegt 'dit wil ik nog wel gaan doen'. Meer dat de motivatie er wel is, maar dat het toch niet lukt, of het aankomen lukt niet.

Ja, dan zou je daar de tijd voor moeten nemen. Als zij die lijn recht maakt, dus stabiel, heeft ze tijd. Wat mij betreft 3 maanden of 6 maanden of 9 maanden. Als ik haar vraag ga je hier je hele leven over doen, dan zegt ze ook van 'ben je gek of zo, echt niet'. Althans dat zegt ze niet, maar dat denkt ze wel. Want dat is ze niet van plan. Maar als ik zeg morgen moet er iets gebeuren dan kan ze niets, dan blokkeer ik haar.

Ja, precies.

En op een gegeven moment, tja, je geeft ze toch een stuk initiatief. En dat merk je uiteindelijk toch ook, zo van 'nu durf ik wat, nu doe ik wat' en dan gaan we doorpraten, want hoe kan je zorgen dat het ambulant zo'n 2 a 3 ons groeit per week. En dat is vrij goed af te stemmen.

Het is wel grappig zo'n hele andere kijk op de behandeling.

Ik moet even alle informatie die we nu al hebben anders indelen in mijn hoofd

Even reshuffelen

Ja, omdat we natuurlijk vanuit en voor Curium bezig zijn, ga je snel in hun denkwijze mee

Ja, dat snap ik, maar dat is wel het sterk klassieke model, en dat is toch een heel sterk kliniek centrum model. Maar van onze aanmeldingen, zo'n 40% van de meisjes komt nooit in welke kliniek dan ook, dus die groeien uit hun anorexie zonder dat ze ooit een kliniek van binnen gezien hebben. Dus dat is niet de helft, iets minder dan de helft. En dan heb je de groep die of een kindergeneeskundige opname of een klinisch opname nodig hebben, maar wij kijken er anders naar.

Waar wij bij Curium tegen aan lopen is dat er eigenlijk nauwelijks follow-up onderzoek is bij hun patiënten. Er zijn er wel een aantal hoor.

Ja, maar wij bedoelen vanuit Curium.

Nee nee, in Nederland zijn geen goede follow-up onderzoeken. Wel in Zwitserland is er eentje, Engeland, Amerika.

Ja, daar zijn we achter, maar omdat Curium dus zegt dat je na de kliniek bijna geheel 'genezen' bent, op nog hier en daar een afspraak met een therapeut in het nazorgtraject na. dat is eigenlijk hun insteek. En toen hadden wij zoiets van ja, maar hoe zit het dan met die jongeren die weg zijn, die inmiddels boven de 18 zijn, want die zien ze nooit meer.

Dit jaar is gepubliceerd een onderzoek uit Zweden, die hebben in 1 van hun provincies gekeken naar hoe zit het nu met mensen met eetstoornissen en mensen die eetstoornissen hebben gehad. En daar kwam uit dat zo'n 80% in die provincie, en dat is hoog, want in andere onderzoeken zit het tussen de 70 en de 75% in, van de gewezen eetstoornispatiënten eetstoornis vrij was. Het is wel een groep die vatbaarder is voor andere dingen, zoals depressie, angststoornissen, dus andere problematiek. Het is niet de meest sterke groep. En ik denk die 70-80%, die klopt wel, die komt eigenlijk uit alle onderzoeken. En wat je doet maakt niet zoveel uit.

Dat is dan weer de lijn, van dat de stoornis dat zelf regelt.

Maar het maakt natuurlijk wel uit of je iemand heel vaak gaat opnemen, of heel lang gaat opnemen, want die 40% die we er ambulant doorheen slepen dat is wel het minst. Ook voor de meiden zelf, het hangt er een beetje af van wanneer je start enzo, maar het kost je 1, vaak 2 schooljaren. Terwijl die ambulante kost het niets. Dat is gezondheidswinst.

Ja, je levert wat dat betreft en andere zaken veel in, in een kliniek.

Je levert heel veel in. En daar is wel wat over bekend hoor, niet zoveel, maar alles bij mekaar toch net genoeg om te weten dat

En zeg dan met name engels en Amerikaans onderzoek laat ook wel zien dat tussen 10 en 20 is toch de aanpak dat je samen met het gezin gaat werken toch het beste. Dat is wat wij hier altijd doen, starten met

het gezin. En als je dan op een gegeven moment heel lang in dat traject zit en dat meisje heeft meer alleen nodig, dan halen we het vaak uit elkaar, maar we starten altijd samen., tenzij ze met elkaar in gevecht over de straat rollen, dan heb je een ander probleem. En boven de 20 doen we vaker de individuele aanpak en gedragstherapeutische aanpak.

In het boek van Van Elburg staat een stuk over leptine, kent u daar iets over.

Annemarie heeft vooral ook naar de genetische kant gekeken en geprobeerd wat onderzoek van de grond te krijgen. En leptine was dan 1 van die onderzoeken. Ze heeft het ook wel gepubliceerd, maar ik weet het nog niet. Dat moet nog even een paar keer herhaald worden.

Het probleem is, dat is het vervelende van psychiatrische stoornissen, alle grote en ernstige psychiatrische problemen, anorexia is dan een kleine groep, maar wel zeer ernstig. En autisme, angststoornis, depressie en schizofrenie vallen hier ook onder. Daar zit een grote genetische belasting in. Het komt toch in de ene familie meer voor dan in de andere. Maar het is altijd een genetische belasting over meerdere genen. Dus het zijn nooit dezelfde. Het is dus poligenetisch en dat is het ingewikkelde van die anorexia. Als je bijv. witte en zwarte muizen hebt, dan kan je precies uitrekenen hoe het verloop eruit gaat zien, dan gaat Mendel op, dan klopt het gewoon. En in het ziekenhuis hier hebben we ook ziektes waar het erfelijke deel heel simpel is, maar een psychische ziekte zoals anorexia, dat is ook goed ebwezen met tweelingen onderzoek, dat is poligenetisch. Dat betekent ook dat de ene anorect de andere niet is. En dat weten we ook want ook de ene autist is de andere niet, terwijl de ene jongen met een erfelijke spierziekte is wel de andere jongen met dezelfde spierziekte. En dat is hier niet zo, dat is ook wel het ingewikkelde.

Ze zijn zeker niet hetzelfde inderdaad, ze hebben ook allemaal hun eigen aanpak nodig in de therapieën etc.

Dus dat element speelt er nog eens doorheen, misschien als we het echt helemaal zouden snappen op het niveau van het printmateriaal en de biochemische afwijking en de knopjes of de schakelaartjes die anders staan, dat het misschien nog wel 3 of 4 groepen stoornissen zijn, misschien wel 5. Maar dat is wat wij nog niet weten, wij weten nog wel weinig wat dat betreft.

Dat is ook wel een beetje het gevaar van zorgprogramma's, dan worden ze allemaal door dezelfde buis geperst, alsof ze hetzelfde zijn.

Ja, en dat heb je met dit traject een stuk minder, dan laat je ze meer hun eigen gang gaan.

Dat is ook wel ons accent, wij geloven niet in zorgprogramma's en zorgtrajecten. Wij zijn wat eigenwijzer en doen niet mee met die mode. Wij gaan ervan uit dat psychiatrische patiënten vele diverser zijn. Want als je tien kinderen met een angststoornis neemt en je stopt ze in hetzelfde programma dan kunnen wij niet zeggen het zal bij ie werken en bij die. Maar het werkt er maar bij 4 kinderen en niet bij allemaal. En dat is eigenlijk al heel wat. Want als je met 10 keer trainen bij 4 van de 10 de angst kwijt bent, dan kan je met die anderen wat anders gaan doen. Maar we kunnen dus niet vinden bij welke vier werkt het nou, dat zou makkelijk zijn. Dan zou je met de andere 6 al gelijk een ander traject kunnen opstarten. Maar zo ingewikkeld is het soms dus. Als je alle anorecten in dezelfde molen bij Curium stopt, dan zal 20/30% er misschien op het goede moment ingestopt worden en er goed uitkomen. Dat is wat je mag verwachten.

En dat is ook wat je lijkt te zien op Curium. Je ziet bepaalde meisjes steeds terugkomen

De kans is dat zo'n 20% er goed uitkomt, dat denk ik. Dat had ik eigenlijk niet voor het microfoontje moeten zeggen. Maar dat denk ik.

Je merkt het ook, de een gaat zo door het programma heen en de ander blijft constant tegen zichzelf aanlopen.

En ga je er op het goede moment in, dan haal je er meer profijt uit zo'n programma. Maar ik denk dat er veel niet op het goede moment instromen in de kliniek.

Ladies ik heb jullie niet geholpen maar dat wist ik al toen ik jullie brief zag.

Nou, ik denk dat het wel van belang is geweest. Het is wel weer een andere denkwijze die we weer kunnen verwerken in de informatie die we tot nu toe hebben en van hieruit weer goed naar ons stuk kijken.

Bijlage c. 8

Interview M. van der Heijden

Sociotherapeut unit 1

Vrijdag 8 april 2005

Interviewvragen

1. Hoe ziet de behandeling eruit/ hoe wordt deze vorm gegeven?
2. Wat zijn de speerpunten in de behandeling?
3. Hoe ziet de laatste fase van de behandeling eruit en komt terugvalpreventie in de laatste fase van de behandeling naar voren?
4. Hoe zou volgens jou deze laatste fase eruit moeten zien?
Doelvragen op de volgende punten:
 - ✓ Emotioneel functioneren
 - ✓ Sociaal emotioneren
 - ✓ Zelfwaardering/ zelfvertrouwen
 - ✓ Cognities
 - ✓ Probleemoplossend vermogen/ zelfstandigheid
 - ✓ Lichamelijke klachten
 - ✓ Psychische co-morbiditeit
 - ✓ Beroepsmatig functioneren
 - ✓ Perfectionisme
 - ✓ Zelfbeeld en het lichaamsbeeld
 - ✓ Motivatie
 - ✓ Omgeving en gezin
5. Komen ze allemaal terug in de behandeling?
6. Wanneer komen bovenstaande punten terug in de behandeling en in welk stadium van de behandeling?
7. Welke punten mis je in dit lijstje die wel in de behandeling terugkomen of zouden moeten komen
8. Wanneer is iemand uitbehandeld op unit 1, welke criteria gelden hiervoor?
9. Welke samenwerkingen zijn van belang? Welke samenwerkingen zouden moeten worden toegevoegd/ uitgebreid? Welke samenwerkingen blijken in de praktijk eigenlijk nutteloos?
10. Hoe ziet de terugval van meiden met anorexia nervosa binnen de unit eruit, en hoe is de controle op deze terugval vorm gegeven?
11. Zijn er vroegtijdige signalen van eventuele terugval al in de kliniek/ thuis merkbaar?
12. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
13. Wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?
14. Welke rol kan en mag medicatie bij de ontslag fase nog een rol spelen?

Uitwerking interview

De hele behandeling van unit 1 is deze klinisch of poliklinisch?

Ja, onze behandeling is natuurlijk klinisch. Wij zien de behandeling voor een groot deel we klinische. Kijk je hebt natuurlijk ook de ouders en alle andere dingen ook nodig enz. er nog omheen en die heb je ook nodig. Maar wij starten de behandeling want ze komen natuurlijk soms uit het ziekenhuis. Dus dan wordt het een 24 uur en zeven dagen in de week en uiteindelijk werk je dan naar dagbehandeling toe. De dagbehandeling zit dan in fase 4 maar in fase 3 wordt er al naar toe gewerkt.

Is er altijd polikliniek na unit 1?

Nee, dat is niet vast. De nazorg is eigenlijk via het ziekenhuis en daar de polikliniek. Niet via het Curium. Die hebben de meeste vinger aan de pols. Wij zijn er, als ze de 4 fasen doorlopen hebben. Dan zijn ze eigenlijk. Ja in ieder geval zo ver dat ze het in ieder geval zelf kunnen en dan wordt er eigenlijk alleen gekeken en in de gaten gehouden of lichamelijk goed gaat. door het LUMC. *Zit de diëtiste hier dan ook nog bij?* Je hebt natuurlijk wel het eetstoornissenoverleg. En dat is uiteindelijk de vinger aan de pols. De arts ziet ze maar dan is er nog wel overleg van dit en dat zie ik en dat is er aan de hand. Opnamen en zo gaan dan ook allemaal wel via de eetstoornissen overleg. En daar zit dan het LUMC in, de diëtiste en vanuit Curium de casemanager en de arts (Mariska) *Bepaald Ciska ook klinische of polikliniek?* Niet bepaald maar daar wordt in het overleg wel naar gekeken. We hebben eigenlijk zoverre met de poli te maken dat ze vanuit de poli naar ons komen maar andersom gebeurt het eigenlijk niet.

Komen ze allemaal vanuit de polikliniek?

Nee, of vanuit het ziekenhuis en ja eigenlijk weet ik het niet precies waar nog meer van. Ja, bij M die is wel gewoon thuis geweest en daar hebben we wel gewoon de nazorg op afstand gehouden. Volgens mij is

Ciska daar mee bezig geweest. En het LUMC die dat in de gaten hebben gehouden en de beslissing hebben genomen. Ja in principe is dat ook de poli, de kinderpoli alleen dan niet van het Curium maar van het LUMC. Kijk vanuit de poli komen ze wel niet andersom. *Gaan ze dan meestal naar huis?* Ja naar huis wel en dan het LUMC die de vinger aan de pols houdt.

Als we kijken naar het faseprogramma dan komt daar wel motivatiefases naar voren. Moeten ze gemotiveerd zijn om op de unit te komen?

Ze zijn eigenlijk geen van allen gemotiveerd. De motivatie komt in eerste instantie vanuit ouders en dan gaan ze vanzelf, tenminste dat hoop je, daar werk je dus al die tijd aan, naar motivatie vanuit het meisje zelf. We hebben op de unit daar wel info over. De verschillende motivatiefases. Je merkt dat in de praktijk ook wel zo werkt. Dat ze beginnen met ik doe het omdat mijn ouders dat willen en het zelf niet willen. En op een gegeven moment dan zie je wel dan doen ze het een en zeggen ze het ander. En op een gegeven moment dan gaan ze twifelen enz, enz. Totdat ze gemotiveerd zijn om er aan te werken om gezond te worden.

Volgende deze fases zich ook zo op of zitten hier verschillen in?

Terugval heb je vooral in de ambivalentie fase. Dat ze wel willen maar ook niet willen. Nou de ambivalentie fase, de meeste meiden die bij ons zijn zitten daar eigenlijk heel lang in. We hebben er nu dan eentje die wel heel er gemotiveerd is om beter te worden maar die vind het ook nog steeds erg moeilijk om te eten. En sommige zeggen wel beter te willen worden of zelf beter te zijn maar daar weet je eigenlijk ook dat het alleen maar afdwingen is van dingen mogen. Maar goed de motivatiefase dat klopt eigenlijk wel in de praktijk. In de beginfase ben je toch bezig met psychoeducatie en ziektebesef om die motivatie te verhogen.

Zou die fase niet ook passen bij een ambulante behandeling? J

a, het past in principe ook wel bij een ambulante behandeling maar dan moet je wel thuis een goed systeem hebben, dat je bij iedere maaltijd wel iemand hebt die kan inspringen op een terugval of op het moment dat ze twijfel hebben over eten. Vooral de verstoorde cognities, dat er niet allerlei rare ideeën de kop op kunnen steken en dat je daar dus wel bij moet zijn. Dat het thuis dus wel ondersteunend kan zijn. Ouders moeten dus wel kunnen praten en uitleggen, zijn moeten dat wel kunnen op het moment dat ze niet klinisch of op een dagbehandeling of wat dan ook, opgenomen zijn. Die motivatie die je hebt probeer je dan ook echt vast te houden. Want op een gegeven moment kom je op een bepaald moment en dan is het belangrijk en ben je blij wanneer je die motivatie vast kan houden. Want de motivatie vergroten, nog verder vooruit is echt een stap verder. Om te gaan eten en om echt te willen aankomen is echt wel een stap verder. We hebben er ook pas 2 gehad die dat echt hebben gehad, dus dat zie je ook niet zo vaak gebeuren.

Het doel is om binnen 6 maanden te behandelen, is dat dan wel haalbaar wanneer je kijkt naar die motivatiefases die lang kunnen duren?

Nou het rare en tegenstrijdige is dat wanneer je echt een enorme gewichtsachterstand hebt dan blijf je heel lang in een fase zitten omdat dat gewicht op een bepaald niveau moet komen. En dan kan je cognitief eigenlijk al wel veel verder zijn dan kun je bewijzen van spreke al in dagbehandeling zijn maar dat kan je dan nog niet volgen omdat je nog zo een grote gewichtsachterstand hebt. Dan zit je nog in fase 1 en dan mag je nog niet alleen naar buiten terwijl je cognitief dat al wel zou kunnen. Dus ja dat is eigenlijk wel een beetje tegenstrijdig en dat knelt daarin dan ook wel een beetje. Ik denk dus ook dat daar nog iets mee moet en dat je daar individueler naar moet kijken. Je hebt er bijvoorbeeld 2 in dezelfde fase maar die zijn beiden cognitief weer totaal heel anders, dat is dus een beetje tegenstrijdig.

Dan wordt er dus eigenlijk vooral gekeken naar het gewicht in de overgang naar een andere fase?

Ja, omdat ook bekeken wordt bij gewicht van wat kan je lichaam aan? Want als je nog weinig weegt dan mag je gewoon nog niet hardlopen.

Maar goed, als je dan kijkt naar de motivatie dan zou het voor iemand die cognitief wel verder is maar nog niet veel weegt minder motiverend kunnen werken?

Ja, precies je moet ze wel kunnen blijven motiveren dus je moet altijd wel weer op zoek gaan naar iets nieuws in de uitbreiding zodat je kind wel wil blijven groeien. En lukt je dat dan krijg je als kind wel een uitbreiding. En soms ga je dan wel een fase verder maar als je echt gewichtsachterstand hebt, bijvoorbeeld 5 kilo dan ben je toch ongeveer 10 weken bezig terwijl je bij wijze van spreke cognitief al binnen twee weken verder bent, en dan blijf je daar dus wel in achterhangen. Je moet dus blijven zoeken, oké dit meisje blijft gemotiveerd als we. Uit andere fase plukken kan ook weer niet echt. Het is nu wel zo dat wel binnen de fases blijven, maar je kunt. In de fase staat ook voornamelijk dingen over naar huis en school maar in het bewegingsplan staat beschreven hoeveel je mag bewegen in een bepaalde gewicht en dat staat dus weer meer los van de fases. Daar kun je nog wel mee spelen. Dat staat beschreven in het bewegingsplan. De fases is dan toch weer meer cognitief uiterlijk. Je goed dan heb je het over school en naar huis toe gaan. Op een bepaalde manier wordt wel de verschillende per individu opgevangen maar

behalve cognitief niet. Je kunt iemand meer beweging geven terwijl dat niet binnen een fase past maar je kunt iemand niet bijvoorbeeld naar school laten gaan wanneer dat niet binnen een fase past.

Denk dat het faseprogramma wel op iedereen toepasbaar is omdat geen enkele anorect hetzelfde is?

Je blijft natuurlijk wel altijd tegen verschillen aanlopen. Kijk geen een behandeling is natuurlijk hetzelfde maar je moet wel zorgen dat het ja, je moet het een beetje persoonlijk maken. Ik denk ook wel dat dat met die fases kan maar ja, niet alles kan. Dus die standaard die kan je denk wel op iedereen loslaten, de grote lijnen kloppen wel. Van 24 hier naar school en beetje thuis en helemaal naar huis. Die lijn ziet er wel zo zijn. En mocht het zo zijn dat de thuissituatie niet meer kan dan moet je dat op een andere manier uitzoeken maar goed dat kan altijd wel. Dat is op dit moment echter nog niet aan de order, ze gaan naar huis.

De ouderbegeleiding. Ja, die is wel te doen maar er moet meer gedaan worden aan het systeem. Je hebt de ouderbegeleiding en de systeemtherapie bij en ik denk dat bij dit eigenlijk altijd wel systeemtherapie nodig is. Waar de ouderbegeleiding in past. Dat dat een geheel is. De systemen zijn eigenlijk allemaal wel verstoord enigszins. Want ze zijn toch vaak controlebehoefte en ouders moeten ook leren om daar mee om te gaan en de broers en zussen bijvoorbeeld ook om met de anorexia om te gaan. De ouderbegeleiding zou dat ook wel kunnen doen, wij groepsleiding ook maar goed de praktijk blijkt uiteindelijk dat je veel meer systeem nodig hebt.

En gezinstherapie is dat op indicatie mogelijk?

Ja op indicatie wel ja. Er zijn wel systeemtherapeuten en er gaan er ook wel meer en meer systeemtherapie komen. Maar goed ik denk dat dat veel meer moet gaan komen. Binnen de behandeling moet dat gewoon een geheel gaan worden dat hoort er gewoon bij, want anders komt een kind uit een systeem waar het om wat voor een reden dan ook in de soep loopt en dan gaat het alsnog mis en vallen ze weer terug of dat het in de soep loopt omdat je alleen maar ouderbegeleiding hebt. Het hoort er gewoon bij, punt. De ouderbegeleiding die wij hebben is gelukkig wel goed daarin en doet ook al dingen in die richting. Daaraan merk je ook dat het zijn meerwaarde heeft. Dat dingen duidelijk worden en waar in het systeem het mis zit. Dat moet gewoon duidelijk worden.

Terugval in de behandeling hoe ziet dat eruit?

Terugval is eigenlijk afvallen weer en alles wat daar dan bij hoort. Afvallen gebeurt niet als je per ongeluk iets minder eet. Dat gebeurt als er structureel iets mis gaat. Niet voldoende groeien is eigenlijk ook al een soort van terugval. Je moet in het fasesysteem groeien. Dat moet voor je lichaam gewoon. En als je niet voldoende groeit dan is dat eigenlijk ook niet goed en kom je dus in een reserve of plusprogramma terecht. Daar wordt dan gewoon gekeken en mag je gewoon weer veel minder. Je lichaam heeft onvoldoende reserves om af te kunnen vallen en mag je gewoon niet naar huis ofzo. OM niet in de gevarezone te komen.

Je kijkt dan voornamelijk naar terugval in gewicht. J

a goed, maar er wordt dan ook wel gekeken naar de cognities en waar ging het mis, wat vond je moeilijk. Samen met de behandelcoördinator wordt dit dan ook besproken. Dat is allemaal binnen ons faseprogramma's maar als het daarbuiten gebeurt heeft het denk toch met de cognities te maken die niet helemaal in orde zijn waardoor je dan een terugval krijgt. *Dat je dan eigenlijk het goeie gewicht wel bereikt hebt...* ja maar dat je dan cognitief nog niet zover bent. Je kijkt dan echt alleen maar naar gewicht en naar sociaal wenselijk hoe gaat het met haar. Eet ze bijvoorbeeld de boterham alleen op als wij ernaast zitten of doet ze het niet wanneer wij er niet bij zijn. Je weet dan dat ze nog niet zover zijn maar het gebeurt wel dat je ervan uit gaat dat ze wel zover zijn maar dat het bijvoorbeeld niet gebeurt als je er niet naast zit. En dat proberen we nu wel duidelijk op te vangen door de dagbehandeling om te kijken hoe ver ze daadwerkelijk nu zijn. En dat je dan na kunt gaan hoe gaat met bijvoorbeeld met de lunch thuis en op school, dat je dat toch na kunt gaan. En dan ook het gewicht blijven controleren dat wanneer ze afvallen is dat toch een teken dat er ergens iets niet goed gaat. De dieetlijsten zijn zo gemaakt dat ze minimaal 500 gram aankomen per week meet een bepaald beweegpatroon. En anders klopt er dus iets niet. De terugval wordt dan ook wel aangepakt om te kijken waar ligt het aan. Dat hoeft niet altijd aan de motivatie te liggen, kan ook dat de dieetlijst niet meer klopt. Dat wordt allemaal nagegaan. Soms wordt er wel schouderophalend gedaan van nauw dan kom ik maar niet genoeg aan.

Kan een terugval voorkomen worden na unit 1?

Dus na fase 4 Volgens mij kan dat niet, nou ja het kan maar dan heb je over niet over die kleine terugvallen. Die grote terugvallen van weer een paar weken achter elkaar afvallen en in de gevarezone terechtkomen die kan je wel voorkomen. Maar die kleinen, kijk ze zullen hun hele leven er wel last van hebben. Die grote, ja misschien dat dat ook wel regelmatig terugkeert maar hoeveel hulp hebben ze daar dan weer bij nodig, hoe krabbelen ze daar weer uit op? Dat ze zelf dan denken oké zo moet ik het nu gaan aanpakken. En als je op afstand als arts dan toch de boel in gaten houdt dan kun je daar ook op tijd op inspringen en bespreken wat zijn de dingen die je nu gaat doen. De arts van het LUMC is dan eigenlijk

ook degen die het dan in het eetstoornissen overleg weer aan de orde brengt. Meerdere mensen zijn er dan alweer bij betrokken. Het eetstoornissenoverleg is eigenlijk de eerste preventie. Tenminste zo zie ik het.

Je hebt dan de arts als signaalfunctie zouden dan ook andere hiervoor kunnen functioneren?

Ja goed in het systeem heb je dan natuurlijk de ouders maar ik denk ook dat de school hierin een belangrijke rol kan spelen. Tussendoortjes en lunch, de mentoren zouden hierin kunnen functioneren maar goed die moeten dan wel goed geïnformeerd worden ver hoe er met zo een meisje om te gaan. De ET zou dat bijvoorbeeld kunnen doen en dit met school overleggen. *Je kunt natuurlijk wel wat lijntje uitgooien, precies, kijken wat e mentor kan bespreken.*

Als je kijkt naar ontslag en naar de manier waarop en wanneer ze weggegaan.

Die punten komen eigenlijk allemaal wel naar voren. Inderdaad sociaal en emotioneel functioneren. School en thuis en hoe als ze af en toe weer op de unit te zien zijn. Hebben ze gelijk weer aansluiting of dat ze daar een beetje naast hangen. Dat stukje is een mooi observatie, of iemand bijvoorbeeld eenzaam is om het zo maar te noemen. Sommige dingen hoeven niet gelijk gekoppeld te zijn aan de anorexia maar kunnen een probleem op zich zelf zijn. Bijvoorbeeld sociaal functioneren, denk bijvoorbeeld aan SOVA. Het moet wel goed gaan want anders kan het wel weer inderdaad aanleiding gegeven tot niet eten. Probleemoplossend vermogen en zelfstandigheid ook wel van belang maar alle controle op in ieder geval iemand is die daar bovenop kan zitten. Iemand op school of thuis dan vind ik dat ietsjes minder belangrijk maar het is wel handig. Goed het zijn allemaal wel dingen die van belang zijn en waar je dus wel naar moet kijken. Weten dat het wel goed zit.

Moet je aan het einde van de behandeling goed functioneren of meer basis leggen.

Ja sommige dingen moeten wel gewoon in orde zijn, net als de motivatie. Die co-morbiditeit bijvoorbeeld moet wel duidelijk zijn als die aanwezig is. Dat ze dan niet naar huis kunnen of dat je dan niet naar dagbehandeling toe kunt werken.

Zij er nog samenwerkingen die je mist?

Nou, met het LUMC op het moment dat iemand binnen komt of dat iemand met sonde wordt opgenomen in het zieken huis. Dat hun weten hoe wij werken en wij weten hoe hun werken. Dat zou nog wel iets aangescherpt kunnen worden. Nou denk ik wel dat het fasesysteem ook wel bij hun wordt toegepast en alle voors en tegens ook bij hun ook van nut kunnen zijn. Alle samenwerkingen zijn wel nuttig maar in de praktijk blijkt soms wel eens dat sommige samenwerkingen door de verschillende lagen in de organisatie niet naar voren komen en dus in die zin niet van nut blijken te zijn.

Kan je cognities van te voren meten?

Wel een beetje maar het is natuurlijk altijd wel een beetje natte vinger werk maar je kunt bijvoorbeeld wel een terugval een beetje inschatten. Kijk als de cognities achterblijven in verhouding tot het gewicht dan kun je wel bedenken of die wel bijtrekken. Maar ook dat wanneer de dagbehandeling gestart worden dat de cognities bijtrekken omdat ze dan bedenken het dat is wel fijn om weer naar huis en naar school te gaan. Je moet dat er wel bij betrekken om ook te bedenken dat ze er niet aan voorbij hollen en waar is de motivatie nou voor, voor jezelf of om de school. Je moet dat allemaal meenemen, Meten met lijsten bijvoorbeeld kan niet maar je kunt het wel een beetje zien en inschatten en ook punten bedenken die eventueel moeilijk kunnen worden. Daar moet je dan extra opletten. Maar we hebben niet echt iemand gehad om hier mee bezig te zijn dat we hier ook nog niet zo een plan voor klaar liggen. Maar goed als je tegen iets aan loopt en ze kunnen het niet oplossen of ze weten zich nergens niet uit werken dan kunnen ze dat gaan oplossen met niet eten. Of als de grootste motivatie is o weer naar huis te gaan en het valt thuis tegen dan valt dus de motivatie weg en is de kans op terugval weer meer aanwezig. Welke motivator aanwezig is is wel belangrijk. De meeste zijn eigenlijk nog niet zover dat ze het geheel voor zichzelf doen maar andere dingen spelen ook een rol. Dat is dan ook eigenlijk dat ambivalente waar je tegen aanloopt omdat ze eigenlijk nog niet zover zijn. Het zijn dan ook nog wel jonge meiden. Die ambivalentie bewegen is toch eigenlijk wel heel moeilijk. Los van het anorexia verhaal en opgenomen zijn, sommige dingen horen weer ook bij pubers.

Wanneer moet terugvalpreventie in gang gezet worden?

Gelijk, dat zit er eigenlijk ook al wel in door die fases. En dan met vooral ook systeemtherapie.

Hoe wordt de nazorg, doorverwijzing geregeld. Als er een verwijzer is, is die degene die de verwijzing doet. En nazorg doet dus het Curium en LUMC ik weet eigenlijk niet precies hoe dat zit en loopt. Volgens mij moeten we daar ook nog wel goed over nadenken. Lichamelijke signalen zijn eigenlijk toch wel de belangrijkste want als het psychisch niet goed gaat merk je dat ook wel lichamelijk.

Bijlage c. 9

Interview A. Theil

Kinder- en jeugdpsychiater Curium, afdeling polikliniek.
Maandag 18 april 2005

Interviewvragen

1. Wat zijn de opname eisen, zijn dit ook criteria voor ontslag en gelden deze ook voor bijvoorbeeld een tweede keer opname?
2. Wanneer wordt iemand met anorexia opgenomen op de poli en wanneer op de kliniek?
3. Wat is het/ is er een verband met unit 1 i.v.m behandeling van anorexia? Is er doorstroom, samenwerking op dit vlak en hoe ziet deze eruit?
4. Wat zijn de behandeldoelen?
5. Wat zijn de speerpunten van de behandeling?
6. Wat is de visie op de behandeling van anorexia nervosa?
7. Wie worden er door Curium allemaal bij de behandeling betrokken en met wie komen de cliënten in contact?
8. Welke verschillende disciplines denk jij kunnen een belangrijke rol spelen in de terugvalpreventie, op welke manier en wanneer?
9. Hoe ziet de behandeling van anorexia nervosa eruit en wanneer denk jij dat terugvalpreventie in gang gezet moet worden, waar in het behandelproces moet hier extra naar gekeken worden?
10. Hoe wordt de behandeling op het individu aangepast? Wordt er bijv. rekening gehouden met cliënten met chronische anorexia en cliënten met een anorexia die nog in ontwikkeling is? Hoe wordt dit vormgegeven?
11. Op welke manier is de ontwikkelingsfase (adolescentie) van het kind van invloed op de behandeling, op de ziekte anorexia nervosa en op het beloop hiervan?
12. Wat houdt de laatste fase van de behandeling in (uitgangspunten, criteria, kern onderwerpen)?
13. Hoe zou de laatste fase van de behandeling er volgens jou uit moeten zien? Wat zou erin verbeterd kunnen/ moeten worden en wat zou de poli kunnen betekenen in de laatste fase van de klinische behandeling van anorexia op unit 1?
14. Welke rol kan en mag medicatie bij de ontslag fase nog een rol spelen?
15. Hoe kan terugval voorkomen worden? Kan terugval überhaupt wel voorkomen worden, of hoort het bij het ziekteverloop?
16. Moet de polikliniek meer inspraak, samenwerking hebben in de laatste fase van de klinische behandeling van anorexia?

Uitwerking interview

Ik heb jullie vragen ontvangen, zullen we gewoon het lijstje doornemen?

Ja, dat is goed.

Anorexia klinisch of ambulant behandelen?

Ach, zoals alles, zoveel mogelijk ambulant. En ik heb het al doorgelezen dus ik weet dat de vragen over wanneer dan klinische en wanneer dan ambulant nog komen.

Wanneer wordt iemand met anorexia opgenomen?

Opgenomen op de poli? *Ja.*

Nou, je neemt natuurlijk niet op op de poli. Maar even nadenken. De vraag is bij anorexia, ja, als het anorexia nervosa is dan moet er gewoon behandeld worden.

Alles met anorexia nervosa moet behandeld worden, maar ze moeten natuurlijk ook willen. En dan heb je de wettelijke kaders natuurlijk, dus onder de twaalf bepalen ouders dat, tussen 12 en 16 vertellen ouders dat samen met de kinderen en daarboven dat vertellen de kinderen dit zelf.

Ja

Dus alle anorexia wordt behandeld en wanneer gaan ze nou naar de kliniek, daar zijn een paar redenen, om kort door de bocht, patiënten op te nemen: Dat is als het systeem, dit is vaak eht gezin, het absoluut niet meer trekt, dus er ontstaat zoveel ruzie en spanning wat weer zoveel druk geeft dat de patiënten dat weer in de anorexie uitleven en dan wordt het dus alleen maar erger thuis. Dan moet je toch gaan nadenken heeft opname niet meer voordeel, maar daar moet je mee uitkijken, want uiteindelijk moeten die jogneren weer gewoon terug naar huis, dus dat is niet echt eenvoudig. En natuurlijk vanzelfsprekend als het ambulant niet lukt om de gewichtsval te doen afnemen of als je al lange tijd bezig bent, er een goede gewichtsstijging in te houden. Dus dat zijn de.. *Dat zijn de grote lijnen dus voor klinische opname.* Dus als het ambulant niet lukt dan moet je wat anders.

Kan anorexia nervosa geheel in de kliniek genezen worden?

Deze vraag kan je op twee manieren lezen, dus ik ga weer even naar jullie.

Is het zo, kan anorexia helemaal genezen worden of is het zo dat je anorexia nervosa helemaal in de kliniek kan behandelen, van A tot Z.

Ja, dat laatste dat is onze vraag.

Nou, eigenlijk niet. Je moet altijd in de thuissituatie bezig zijn. Dus ik denk dat er altijd een traject moet zijn na klinische opname voor begeleiding thuis. Dus dat moet gewoon in het dagelijkse leven verder gaan.

Is er een verband tussen unit 1 en de poli? Is er doorstroom, samenwerking, etc.

Ja, sterker nog, officieel is het 1, maar zo mooi is het in de organisatie nog niet doorgedraaid.

Omdat de eetstoornissen lijn is de eerste, dat noem je dan gekantelde organisatiestructuur. Het moet dus zijn ipv kliniek, polikliniek en dagbehandeling, dat je die vorm los laat en dat je zegt je moet kijken naar de patiënt en wat voor ziektebeeld die heeft en daar moet je een behandeling voor opzetten. En het maakt niet uit waar iemand zit.

Maar dat is nog niet helemaal gelukt. Je kan nu meer zeggen dat het andersom is. Er is officieel heel veel verband, maar het lukt in de praktijk nog niet altijd zo. Dus eigenlijk zou het zo moeten zijn dat er gewoon 1 soort behandeling is. En binnenkort, zoals jullie vast wel weten komt de nieuwe kinderpsychiater en zodat de hele lijn er is. En dat miste natuurlijk nog. Maar voor de rest is het wel zo dat de meeste behandelaar uit de polikliniek komen. Ciska zit natuurlijk door allebei heen en de diëtiste ook, ikzelf dus niet en dat is een van de misser nog. En ik denk dat ook groepsleiding meer ambulant ingezet zal moeten kunnen gaan worden.

Maar ze komen wel eerst naar de poli en dan gaan de patiënten door naar de kliniek?

Ja, die stap wordt ook wel eens overgeslagen hoor, ze komen bijv ook wel eens aan uit de kliniek in den haag. Of als ze in het LUMC liggen dan zie ik ze altijd even, of Ciska. Maar dat noem ik geen poliklinische behandeling, maar als ik ze zie heb ik wel altijd even een consult met ze.

Wat is de zienswijze/visie op de behandeling van anorexia?

Dat mogen jullie even verduidelijken want dat is natuurlijk wel erg breed.

Waar wij op doelen is anorexia een ambulante behandeling waar waarbij je de kliniek inzet, of heeft het toch altijd wel een klinische behandeling nodig.

Ja, ik vind niet dat je het zo kunt zien. Ik denk dat, ja ik maak maar even een vergelijking, oh, het is wel een gemene, moet je kanker klinische behandelen of poliklinisch? Ja, kijk dat kun je niet zo beantwoorden. Het is een ziekte waarbij je allebei de facetten nodig hebt.

Er is dus niet een bepaalde setting waarvan ik zeg, dat moet niet of dat moet wel. Overigens het is op zich niet zo'n gekke vraag want er zijn in de [psychiatrie ziektebeelden waarin juist de setting, een enorme rol kan spelen. Het gaat cht terug naar de kern van hoe je moet behandelen. Moet je iemand beschermen, dan haal je iemand in uis, of moet je iemand juist laten groeien in zijn eigen omgeving en systeem. Dus op zich kan het een heel belangrijk stuk zijn in de psychiatrie van waar behandel je. Oftewel wat is je visie hoe je hiermee om kunt gaan.

En ik denk dat het bij anorexia nervosa erg afhangt van de manier waarop iemand zich staande kan houden en natuurlijk altijd in de kinderpsychiatrie, het ontwikkelingsniveau van de patiënt zelf. Dus daar hangt het dan ook mee samen. Uiteindelijk is het natuurlijk zo, maar dat is bij alle kinderziekten zo, dat je ernaar moet streven om ze zosnel mogelijk en zoveel mogelijk verantwoordelijkheid te geven. Maar daar hebben deze patiënten, omdat ze ook op een gegeven moment de feeling met de realiteit kwijt zijn, zij hebben daar dus lang intensieve ondersteuning in nodig en die kun je dus niet laten zwemmen. Het is dus heel simpel.

Is het een beetje een antwoord?

Ja, we snappen het.

Jullie mogen best streng zijn hoor, van daar snappen we niets van of hoe zit het dan daarmee...

Ehm, even kijken, de speerpunten van de behandeling.

Dat is afhankelijk van de fase. Maar daar zal ciska het vast ook al over hebben gehad.

Ja, het faseprogramma is ons al bekend.

Per onderdeel waar een patiënt zit is er een ander speerpunt.

En speerpunt in fase 1 is ETEN en niet verder afvallen, maar gewoon ETEN. Eerst op gewicht blijven en dan aankomen. Maakt niet uit wat. En dat is heel ingewikkeld uit te leggen, want de meeste mensen denken toch: "ja maar ik heb een probleem en laten we daar nu maar eens over gaan praten." Maar dat doen we dus niet. Eerst moet je het gevaarlijke gedrag stoppen. En als je daar te coulant in bent dan blijkt gewoon dat het veel slechter gaat, dat mensen allemaal mogelijkheden krijgen om te morrelen en uiteindelijk is de angst om aan te komen dan zo groot dat alles wordt aangegrepen om maar niet aan eten toe te komen. Je krijgt dan de meest vreselijke verhalen over voorgeschiedenis en weet ik waar je dan allemaal in verzeilt raakt. En ondertussen valt de patiënt nog verder af. Dus het maakt niet uit wat. Eerst aankomen.

Maar dat lijkt me poliklinisch heel lastig

Nou, dat valt wel mee hoor. In het begin heb je niet zoveel echt psychiatrisch werk te doen, maar vooral gedragstherapeutisch. En ja, ach als je dat onderscheid kan maken, dan is het poliklinisch dus niet lastiger dan klinisch.

En later richt je je meer op hoe zit ik nu eigenlijk in elkaar, wat voor normen en waarden ga je aan jezelf toekennen./ Wat vind je belangrijk. En klopt het allemaal wel. Dan krijg je dat soort gedachten. En dan kan je ook nog eens kijken naar welke elementen hebben nu een rol gespeeld, dat je nou zo ingewikkeld bezig bent./

En de laatste fase is vooral gericht op de terugval voorkomen, dan is dat je punt.

Dus per fase verandert het speerpunt.

En het is heel goed dat je dat ook met zijn allen in de gaten houdt. Dat je met zijn allen zegt dat is voor waar de patiënt nu zit waar we ons op gaan richten. En dat ga je weer naar de patiënt benoemen, dat stukje is nu klaar en we gaan nu verder met dat.

En heb je nu regelmatig tijdens die fasen dat ze terugvallen naar een eerdere fase?

Nou, terugval is er toch wel ehel regelmatig. Ik denk dat je toch wel, je moet ook niet ontmoedigd raken, maar het is idnerdaad zo dat we toch vaak zien bij patiënten, aanvankelijk gaat het goed en dan gebeurt er weer iets of ze komen aan een kritisch punt waarvan ze altijd zo iets hadden van dat nooit. En dan zioe je ze weer terugvallen. En dan moet je weer met ze gaan zitten en dan zeggen, eh, wat nu? En gewoon neutraal stevig begeleiden. Gewoon weer verder gaan met die banaan. Dat betreffende de speerpunten.

Wie worden er door Curium allemaal bij de behandeling betrokken./

Ja, dat is dus echt een enorme lijst. Laten we beginnen met het LUMC, als ze daarvandaan komen. Daar is een kinderarts, en diëtist verbonden aan Curium, verpleging, pedagogische medewerkers, soms een psycholoog die dan daar bijvoorbeeld een test doet. En dan komen ze hier, het hangt er dan vanaf of ze klinisch of poliklinisch verder gaan. Klinisch dan krijgen ze in ieder geval dat de ouders een ouderbegeleider krijgen, kinderarts en diëtist blijven, psychotherapeut, afhankelijk van de insteek kan gezintherapie voorkomen, groepsleiding, psychomoteur therapeut, beeldende tehrapeut en de cognitief therapeut. Het is dus nog al wat.

Er zitten heel veel spelers in het veld en dat is lastig, daarom is die fasering er ook, zodat iedereen weet waar we het overhebben. Het afstemmen is een zwakke schakel in het geheel.

Want het splitsen komt toch veel voor, net zoals bij 'gewone' mensen die het even lastig hebben, maar dat maakt het overleggen en afstemmen op elkaar nog moeilijker.

En dat moet je je realiseren, weten dat je oko uitgespeeld kunt worden.

Wat is een terugval en is het een stap terug of een stap richting besef en ehrstel.

Ja, een terugval is dat emnsen van de stuigende lijn afkomen en meestal bij anorexia meten we dat in gewicht, het is natuurlijk een stap terug, maar soms is zo'n stap ook van "goh, dat kan ook gebeuren" En we hebben helaas ook emnsen die eindeloos blijven terugvallen en er zijn oko mensen die nooit emer terugvallane.

Dus dat is per persoon verschillend.

Wat zijn de oorzaken van terugval?

Die anorexia is echt een biologische kwetsbaarheid. Het zit in de genen verscholen. En dat beteked dat onder druk, stress onder bepaalde omstandigheden mensen reageren met afvallen. Dat is bij het ontstaan ervan maar ook bij de terugval . en dan is de vraag vervoglens kan het überhaupt wel voorkomen worden zo'n teugval?

Nou, je weet het nooit helemaal zeker maar je kunt wel mensen sterker maken met de preventie. En dat is als ook bijvoorbeeld bij schizofrenie dat je mensen symptomen kan ren herkennen. Van goh, als ik problemen heb en merk gewoon dat ik twee dagen minder ben gaan eten of toch weer gedachten krijg van wat zie ik er dik uit daar. Dat ze dan moeten denken van ohhh..het zal toch niet. En dat is wel heel lastig., want in het begin heb je natuurlj de neiging om met jezelf mee te gaan. Maar als je hebt meegemaakt hoe ellendig anorexia kan zijn, dan zijn sommige toch wel gewaarschuwd.

Maar interveniëren betreffende terugvalpreventie heeft dus wel zin. Het beloop van de anorexia nervosa ligt dus niet geheel vast.

Ja, over het algemeen gaat het dan echt wel stukken beter met ze. Want je gaat heel snel met mensen naar et ouder patroon van hoe zat het ook al weer. Het is net zo iets als opnieuw rijlessen nemen, zo van goh, nu heb je die gedachte weer en hoe zat het ook al weer de vorige keer. En dan ga je weer als het nodig is voorschrijven wat was ook al weer gezonde voeding

Ja, want iemand van buiten Curium die we geïnterviewd hebben die had echt zo iets van : " ja, je hebt geen invloed op de anorexia nervosa, je houdt ze wel in de gaten zodat ze niet overlijden en zoveel mogelijk niet in het ziekenhuis komen, maar verder kun je niets voor ze doen.

Nou, dat denk ik niet, dat wordt ook niet gestaafd door behandelresultaten, je behandelt wel ,maar zoals met alles, je behandelt de kwetsbaarheid niet. Dus daar heeft hij wel gelijk is, de kwetsbaarheid wordt niet

behandelt. Die kun je niet weghalen. Je kunt wel mensen bewust maken hoe ze met die kwetsbaarheid kunnen leven. En loop je tegen je kwetsbaarheid aan, dan moet je ermee aan de slag. Dat merk je in de gehele psychiatrie wel. Een autist die moet weten, met dit soort dingen gaat het niet zo goed met mij. Maar dat is het zelfde als met een suikerpatiënt, die suikerziekte haal je niet weg, maar je kunt het wel reguleren.

Het ziektebeeld kun je heel goed sturen. Anders zou de beste keus ook zijn ophouden met behandelen.

Ja, dan kom je meer in die richting inderdaad.

Ja en dat is wel zo anorexia had van nature uit volgens mij een mortaliteit van 10 tot 15% en dat is echt wel teruggeschroefd. Maar de hoeveelheid patiënten lijkt toch wel gegroeid, maar daar moet je voorzichtig mee zijn, want misschien geven mensen het nu alleen maar eerder toe of komt het door de vroegere rijping in de puberteit waardoor het bij kinderen meer voor lijkt te komen.

Bij welke disciplines denk je aan terugval preventie

Nou, ik begin toch met de ouders. En broers en zussen en eventuele partners, die moet je er allemaal in meenemen. En dan die disciplines, ja dat vindt ik niet eens zo belangrijk, het kan hel goed een verpleegkundige zijn die daar veel verstand van heeft zoals Ciska hier of een therapeut. Dus ja, die moeten dat doen.

Als kinderpsychiater is je rol vooral diagnostiek plegen, maar soms luisteren mensen beter naar je en kan je op die manier ingezet worden. Of althans dan zijn ze meer geneigd ook iets te doen. Soms hoor.

En de terugvalpreventie bij de patiënt zelf laten liggen?

Ja, daar begin je mee. *Maar je hebt dus altijd de omgeving erbij nodig.* Nou, niet altijd er zijn mensen die het ook zonder omgeving redden. Die zijn zo goed in staat om zichzelf te monitoren die hebben daar geen anderen voor nodig.

En die geef je dan lijstjes mee waarop ze zelf kunnen scoren, zo van waar zit ik. En dan weten ze ook wat ze dan moeten doen en dan kunnen ze weer verder. Maar daar moeten ze wel enorme verstandelijke maar ook emotionele kwaliteiten voor hebben om dat voor elkaar te krijgen. En heel vaak lukt dat niet.

Nee, zeker niet bij deze toch zeer jonge doelgroep.

Vaak is dat heel lastig, maar vergeet niet de impact van een echte anorexia, die is toch wel zo groot dat ze dondersgoed weten waar het over gaat en het tijdspectief waar je het in plaatst is zo groot en dat gaat dan echt over tientallen jaren en dat is iets waar je ze wel mee kunt raken.

Want iemand van 16 is toch al bijna volwassen. Die moet je ook echt meenemen richting volwassenheid en het grote verschil tussen volwassenheid en kinder en jeugd is dat de omgeving vervaagd, je wordt steeds meer op jezelf teruggeworpen. Vandaar dat ze het zelf leren is heel belangrijk.

Is het haalbaar om alle patiënten middels hetzelfde programma te behandelen?

Ik vind dit een intrigerende vraag. Het antwoord is natuurlijk NEE! Omdat iedereen toch weer apart is. Maar het is wel zo en dat is wat je dat je een soort van standaard programma of een aantal richtlijnen opprobeert te krijgen in je programma. Zoals de fasen nu, waar je mensen in kunt plaatsen en ik denk het dan steeds meer een reguliere behandeling is met accentverschillen door de individuele problemen. Maar ik denk wel dat er voor de anorexia zelf een standaard uitgangspunt in de behandeling te formuleren is.

Die zelfs over leeftijds grenzen heengaat.

En zou dat dan ook voor de overgangscriteria gelden? Want deze zijn in het faseprogramma vrij minuscuul uitgewerkt. Maar die verschillend aan ook per betrokkenen, waar liggen die dan vast?

Dat wat je raakt is wel belangrijk, dat als je bijv. op een unit verschillende mensen behandelt, dan moet je toch enigszins gelijkvormigheid hebben want anders wordt de ene boos omdat hij iets niet mag wat een ander wel mag. Ik denk ook dat dat nog verder uitgekristalliseerd kan worden en dat je daar dan meer houvast aan kan hebben. Maar er blijven individuele verschillen in zitten. Stel je voor iemand heeft iedere keer bij een bepaald gewicht dat zij weer gaat afvallen (een terugval) en dat dat nu al 3 keer zo geweest is. Nou zou het bijvoorbeeld mogelijk zijn om die persoon over die grens heen te trekken met een bepaalde fase en dan pas los te gaan laten, terwijl bij een ander weer een ander criteria speelt. Maar dat moet je op een inzichtelijke en grijpbare manier voor patiënt, omgeving en medepatiënten zegt van waarom gebeurt er met de een dit en met de ander weer iets anders.

Dat is het zoeken naar de essentie van die fase. En dat je ziet waar het eigenlijk om gaat, want het gaat eigenlijk nooit over gewicht. Soms neem je dat wel als houvast.

Ja, binnen het faseprogramma lijkt dat wel voorop te staan.

Ja, je moet ergens beginnen en gewicht is natuurlijk makkelijk herkenbaar. Getallen kijken dan heilig te zijn, maar misschien dat er wel een een biologische maat komt. Dat als het leptine gedaald is tot zoveel, of het stresshormoon bijvoorbeeld.

Maar je probeert naar een zo algemeen mogelijk criteria te kijken. Ik ben het er mee eens, maar zover zijn we nog niet.

U had het over leptine, wordt daar al onderzoek naar gedaan?

Hier op Curium niet,. In Utrecht en vast inmiddels ook in Rintveld in Zeist, daar zijn allerlei onderzoeken naar de biologische makers van anorexia nervosa. Hier is het nog niet, want we zijn pas sinds een jaar of

twee met deze doelgroep bezig. Dus dan moet je eerst de behandeling op poten hebben, voordat je kunt zeggen we gaan nu ook eens wat andere dingen doen.

Hoe zou de laatste behandelfase eruit moeten zien?

De begrippen poli en kliniek moeten weg. Het moet 1 worden. Daarmee is eigenlijk de vraag beantwoord mijn inziens. Je moet 1 herkenbare groep van mensen bijeen hebben, die gewoon de hele behandeling doen. Die taken ze in, nemen ze mee, gaan de behandeling doen en die hebben zo'n clubje van gaat het met de patiënt die kant op dan halen we die van stal en gaat het die ander kant op dan kunnen we mooi die van stal halen. En da dan van de voordeur tot de achterdeur en dan via de zijdeur soms weer terug voor terugval. Dus we moeten in de zorglijn gaan denken.

Nu is het toch zo dat ze na de kliniek niet meer in de poli terug komen toch?

Nee, meestal naar huis of naar de dagbehandeling, maar daar zit dus die dubbelheid nog in. Dat is een organisatorisch probleem. De dubbelheid is dat de poli wel een soort voordeursfunctie al heeft, maar als ze eenmaal in de kliniek zijn geweest zien we ze niet meer terug. En dat vindt ik op zich goed hoor, omdat daar eigenlijk de meeste expertise zit. Ik ben er geen tegenstander van, maar het ambulante moet vanuit de zorglijn veel sterker worden ontwikkeld. Zeker bij binnenkomst. En dat ook vanuit de unit of de zorglijn, als mensen niet opgenomen hoeven te worden toch die behandeling moet worden opgepakt. En dat ligt nog te gescheiden en ik hoop dat dat binnenkort weg is.

Welke rol kan en mag medicatie nog een rol spelen bij het ontslag?

Ja, dat maakt niet zoveel uit. Bijvoorbeeld om beter te slapen, of als je nog heel somber bent, ook al heeft onze professor verteld dat bij depressie eigenlijk geen medicatie meer gegeven mag worden. Jullie doelen van zelf sprekend meer op de antipsychotica, tegen woedeaanval, tegen bewegingsdrang, waanachtige dingen, dat moet wel over zijn als iemand met ontslag gaat. Ik denk niet dat iemand met anorexia na zijn ontslagname nog afhankelijk mag zijn van dit soort medicatie. De co-morbiditeit kan wel nog verder behandeld kan worden.

En de angstremmende medicatie?

Nou die moet in principe ook weg zijn. Iemand moet om kunnen gaan met zijn angsten. En begrijpen wel angsten voorlaat zorgen en welk niet. Kijk is het een angststoornis, dan zit je weer in die co-morbiditeit. Daar moet je dan weer wat mee.

Van Elburg zegt dat Leptine een grote invloed heeft op de anorexia. Wat is uw mening hierover.

Ja, als zij het zegt, dan is dat zo. Ik heb er geen onderzoek naar gedaan en heb er dus geen ander mening over. Ik volg dat dan gewoon.

Moet de poli meer inspraak/samenwerking hebben met unit 1 bij ontslagfase?

Die scheiding moet niet aangemaakt worden.

Ja, deze vraag is al naar voren gekomen.

Hoe wordt de nazorg na klinische behandeling geregeld?

Dat is nu dus een probleem. De kliniek pakt dat toch nog wel goed hoor. Ik heb er zelf geen klachten over. Maar het is niet duidelijk. Dat moet veel meer body krijgen, sterker nog ik denk dat een aantal patiënten veel eerder ambulant moeten kunnen worden dan dat nu gebeurt. Maar dat heeft echt te maken met de organisatie van onze behandelings/zorglijn. Er is gewoon meer inzicht nodig wat er is om zo goed op elkaar af te kunnen stemmen. En zoals in een huwelijk, dat een half woord al genoeg is en iedereen weet wie wat doet en wanneer. Daar is nu nog overleg voor nodig, maar dat zal beter worden.

Is het wel duidelijk wie voor de nazorg kunnen zorgen?

Op de unit is niet afgesteld tussen de disciplines wie wat doet en de groepsleiding denkt wij zijn ex-klinische behandelaars en zij denken nog niet in die zorglijn. En de poli die is niet zo groot, dat zijn Ciska en ik en de psychotherapeuten, maar die zijn al opgeslokt in de klinische behandeling.

Voornamelijk de groepsleiding moet nog inzien dat de zorglijn niet ophoud na de kliniek.

In de zorglijn kun je zeggen is het zo dat de groepsleiding, jullie vakgebied, zich vooral moeten bemoeien met de patiënten die zijn opgenomen en misschien nog een enkel terugkom gesprek op de dagbehandeling ofzo en daar houdt het top. Maar je kunt ook gaan zeggen dat de groepsleiding een ambulante functie heeft, maar dat betekent ook meer groepsleiding. Dan geef je ze een aantal steunende contacten, die nu vooral bij psychotherapeuten liggen. Die balans die is echt nog zoeken, er ligt nu heel veel bij de psychotherapeuten. En ik denk dat een hele boel andere dat werk ook kunnen doen, het echte ondersteunen. Want iedereen die begrijpt waar het bij eetstoornissen om draait kan die patronen aan andere mensen inzichtelijk maken, daar is niet echt een psychotherapeut voor nodig, dat kan groepsleiding ook, misschien wel beter. Wat het wordt dat weet ik niet, en daar zal ik ook geen stem in hebben, dan ligt bij de manager bedrijfsvoering (roel eijssberg en bart siebelin) en inhoudelijk wordt het

gesprek erover nog gevoerd door Ciska, kinderpsychiater mariska eijk, psychotherapeuten, etc,. De keuze wordt dus nog gemaakt. *En qua termijn*, nou, ik heb nu wel goede hoop, omdat de laatste belangrijke spelen (de psychiater) er is en binnen een half jaar zal het er zijn denk ik. *Ja het faseprogramma was er ook opeens, dat ging ook snel uiteindelijk*. Ja dat kwam door de nieuwe behandelcoördinator, maar dat is ook echt zo. De kinderpsychiater weet ook dat het nog moet, als een appelboom die nog geplukt moet worden en in het mandje gedaan. Alles is er maar het moet nog verzameld en opgeschreven worden. Dat hoeft niet zolang te duren. Op mesoniveau moet men nog wel even bedenken wat een zorglijn zal betekenen, maar dat zal wel loslopen.



Terugvalpreventie bij Anorexia Nervosa

Samira Abdalas & Mieke Bruins

Begeleiding:
Elke van het Erve & Bas de Jong

april 2005

Inhoudsopgave

	pagina
Hoofdstuk 1 Ontwikkelingsproces	2
§ 1.1 werkwijze	2
§ 1.2 motivatie en inzet	2
§ 1.3 Samenwerking met elkaar	3
§ 1.3.1 Taakverdeling	3
§ 1.3.2 Kwaliteit	3
§ 1.4 Samenwerking met Curium	3
§ 1.5 Samenwerking school	4
§ 1.5.1 Begeleiding	3
§ 1.6 Externe deskundigheid	3
Hoofdstuk 2 Evaluatie	4
§ 2.1 Wij zijn zeer blij met ...	4
§ 2.2 Wij vinden het jammer dat...	4
§ 2.3 Discussiepunten betreffende inhoudelijk zaken en Curium	5

Hoofdstuk 1 Ontwikkelingsproces

Vanuit onze stages op verschillende klinische units op Curium, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie te Oegstgeest, is onze interesse gewekt voor ons afstudeeronderwerp: terugvalpreventie bij anorexia nervosa. In dit verslag zullen we beschrijven hoe het proces van ons productverslag en onze twee eindproducten; een adviesrapport en een terugvalpreventie plan, tot stand is gekomen en is uitgevoerd.

§ 1.1 werkwijze

Vanuit onze gezamenlijke interesse in terugvalpreventie bij anorexia nervosa patiënten zijn wij gaan kijken naar waar er binnen Curium behoefte aan was. Wij hebben hiervoor een afspraak gemaakt met de Casemanager van unit 1; eetstoornissen. Zij gaf aan dat terugvalpreventie bij anorexia nervosa een waardevol onderzoek kon opleveren en wilde graag dat wij dit binnen Curium zouden houden. Vanaf dat gesprek, medio november 2004, zijn wij gaan brainstormen over de mogelijke probleemstelling. Wij wilden graag een probleemstelling bedenken die van betekenis kon zijn voor de behandeling van anorexia nervosa binnen Curium. Wij hebben onze concept probleemstelling aan de Casemanager van de unit voorgelegd en zij bevestigde de noodzaak naar informatie over dit onderwerp. Het grootschalige literatuuronderzoek begon, we hebben met zijn tweeën wel zo'n 25 boeken doorgenomen over anorexia nervosa en terugvalpreventie. En we hebben ook meerdere internetsite bestudeerd en een aantal tijdschrift- en krantenartikelen gevonden en doorgenomen.

Van alle vernomen literatuur hebben we een opzet gemaakt voor het productverslag en zijn we begonnen met het schrijven van hoofdstukken. Toen dit klaar was zijn we begonnen met te kijken naar welke informatie er nog ontbrak en hebben we afwegingen gemaakt over welke personen we wilden interviewen voor ons onderzoek. Ons uitgangspunt was om zoveel mogelijk en van zoveel mogelijk kanten belichte informatie te verkrijgen tijdens de interviews en vandaar dat wij het gehele multidisciplinaire team van unit 1; eetstoornissen telefonische en mondeling uitgenodigd hebben voor interviews. De interviewvragen werden gemaakt naar aanleiding van de al gebundelde literatuur en besproken met de begeleider van school, Elke van het Erve. Met degelijke achtergrondinformatie over anorexia nervosa en terugvalpreventie in ons hoofd gingen we de interviews in. Ondanks het verstand van zake wat we inmiddels hadden opgedaan uit de verschillende literatuur hebben wij gekozen om in de interviews de geïnterviewde zoveel mogelijk zelf het verhaal te laten houden en niet meteen onze mening door te laten schemeren. Wij hebben op deze manier zeer waardevolle informatie verkregen uit alle interviews. Vanwege de externe geldigheid van ons onderzoek, om ons los te weken van de gedachtegang van Curium en niet het wiel uit te hoeven vinden als het elders al gedaan is hebben wij er ook voor gekozen om ook behandelwijzen van andere instellingen nader te bekijken, zoals de behandelwijze bij anorexia nervosa van het Erasmus Mc- Sophia kindziekenhuis, het Landelijk Centrum Eetstoornissen Ursula van Rivierduinen en van Emergis een centrum voor geestelijke gezondheidszorg te Zeeland. Alle interviews zijn opgenomen en letterlijk uitgewerkt, dit om misinterpretatie van informatie uit de interviews te voorkomen. De informatie uit de interviews in aan de literatuurhoofdstukken toegevoegd waarna we konden beginnen met het analyseren van alle gevonden gegevens.

Na vele inhoudelijke discussie samen over de verschillende onderwerpen in ons onderzoek, konden we aan de conclusies beginnen. We hebben hiervoor alle analyses onder elkaar geplakt en zijn per analyse gaan kijken wat de conclusie eruit was. Tot onze verbazing hadden we vele conclusies, waar we ook echt iets mee konden. Op het moment dat we de probleemstelling formuleerden was Curium namelijk volop bezig met het aanpassen van het faseprogramma op unit 1. Veel dingen waarvan wij in eerste instantie bedacht hadden dat ze beter konden wanneer we keken naar de terugvalpreventie, waren al veranderd. Dat we nog zouden komen tot zoveel conclusies hadden we ook niet verwacht. Vanwege deze uitkomst van ons onderzoek hebben we ervoor gekozen om 2 eindproducten af te leveren. Wij vonden het zonde om de gevonden informatie niet te gebruiken en dus eigenlijk te laten verwateren. Dit betekende natuurlijk ook een hoop extra werk, maar het onderwerp was interessant genoeg om dit niet als probleem te ervaren, maar juist als uitdaging te zien.

Na dit uitgebreide en degelijk opgezette onderzoek en de afgeleverde producten kunnen wij alleen maar blij en trots zijn met het behaalde resultaat tot nu toe. En kunnen wij niet wachten tot we de resultaten bij Curium kunnen laten zien en uiteindelijk gaan we ervoor dat het terugvalpreventie plan daadwerkelijk wordt ingevoerd en het adviesrapport in ieder geval goed bestudeerd wordt door het management, de casemanager en de behandelcoördinator van unit 1; eetstoornissen, zodat ook dit niet zal blijven liggen. Wij kunnen dit in de gaten houden, aangezien wij beiden nog op Curium werken en ook zullen blijven werken na ons afstuderen. Oftewel men komt daar niet meer van ons af wat betreffende terugvalpreventie bij anorexia nervosa.

§ 1.2 motivatie en inzet

Onze motivatie en inzet lag hoog. Dit had meerdere oorzaken, namelijk:

- Wij vonden het onderzoek doen naar de behandelwijze en aanvullingen/verbeteringen hierop aangeven een verdieping in ons persoonlijke leerproces tot nu toe. Zeker naar mate we merkten dat we wel degelijk iets te melden hadden in ons onderzoek groeide onze motivatie.
- Wij zijn beiden streberige types met neiging tot perfectionisme waardoor wij voor de volle 100% gaan voor hetgeen we willen bereiken.
- Vooral tijdens de interviewperiode merkten wij dat op Curium vele mensen enthousiast waren en ook steeds meer werden tijdens ons onderzoek. Dit gaf ons een goed gevoel en motivatieverhoging, aangezien wij dus iets voor de behandeling konden gaan betekenen.
- Tijdens ons onderzoek werden onze gedachten en persoonlijke mogelijkheden uitgedaagd, waardoor er persoonlijke groei ontstond. Beiden vonden wij het prettig om te merken dat we ons ook in deze richting konden ontwikkelen. Het werd voor ons nog meer duidelijk dat we meer kunnen dan alleen een groep leiden. Ook dit werkte motivatie verhogend.

Onze motivatie en inzet groeide steeds verder gedurende ons onderzoek. Motivatievaling of inzetverlaging hebben we naast een vakantie en een griepje niet gehad. En ook hebben we ervoor kunnen zorgen dat door een duidelijke planning en een goed lopende samenwerking we niet in de valkuil van teveel stress en overspannenheid betreffende het onderzoek terecht zijn gekomen.

§ 1.3 Samenwerking met elkaar

Wij kennen elkaar al vanaf het eerste jaar op de SPH en hebben altijd bij elkaar in de klas gezeten.

Tijdens de opleiding bleek dat we het goed met elkaar konden vinden en ook dat onze werkstijlen, interesses betreffende het werkveld en motivatie en inzet voor school overeenkwamen. We hebben ook al meerdere opdrachten samen voltooid. Altijd met een goed cijfer, een fijne samenwerking en zonder teveel stress en problemen. Nu wij ook nog eens in dezelfde instelling stage konden lopen in het derde jaar en ons verder wilden verdiepen in de kinder- en jeugdpsychiatrie werd het voor ons helemaal duidelijk dat wij samen iets op poten wilden zetten als afstudeerproject.

§ 1.3.1 Taakverdeling

Tijdens het literatuuronderzoek hebben we boeken verdeeld en zijn we apart van elkaar samenvattingen van deze boeken gaan maken. De rest van de taken hebben wij voornamelijk samen gedaan. Dit omdat het een omvangrijk onderzoek werd en wij zoveel mogelijk wilden bespreken om te zorgen dat wij op dezelfde lijn bleven betreffende het onderzoek en ook om te zorgen dat de taken evenredig verdeeld waren. De eerste opzet van de hoofdstukken hebben wij verdeeld, hierna hebben wij echter de hoofdstukken gezamenlijk aangevuld en afgerond. Ook de interviews hebben wij samen gedaan om zo scherper te kunnen doorvragen dan dat als je er alleen voor staat.

§ 1.3.2 Kwaliteit

De kwaliteit van onze samenwerking was zoals vanouds goed. Wij vullen elkaar goed aan, weten elkaar van feedback te voorzien en zijn beide zeer kritisch, zowel op onszelf als op de ander. Zo zaten wij ook wel een samen achter de computer en konden dan lachend naar elkaar benoemen dat we wel weer erg aan het muggenziften waren. Een ander voorbeeld is dat wij tijdens de begeleidingsgesprekken op school vaak meer op onszelf hadden aan te merken dan dat de begeleider had. Aangezien wij ons hier beiden volledig van bewust waren, het is ook in de andere samenwerkingen bij ons naar voren gekomen, en wij hier ook goed om konden lachen heeft het niet voor problemen gezorgd. Wel hebben wij hierdoor zeer degelijk onderzoek gedaan en veel werk van het afstuderen gemaakt.

§ 1.4 Samenwerking met Curium

Van een echte samenwerking tussen Curium en ons was geen sprake. Wij hebben toezegging gehad van Curium voor ons onderzoek en hiervoor met de casemanager en de manager bedrijfsvoering gesproken. Verder hebben wij het onderzoek geheel zelf opgezet en uitgevoerd. Ook voor de interviews hebben wij zelf moeten zorgen. Wel werd de betrokkenheid van de personen op Curium steeds groter naar mate het onderzoek vorderde en de interview gevoerd waren. Men is altijd enthousiast geweest over ons onderzoek en heeft de leiding van het onderzoek bij ons laten liggen. Wij zijn blij dat het in deze vorm verlopen is. Wij hebben nu zelf geheel ons onderzoek kunnen bepalen, zonder in- en tegenspraak vanuit Curium. Wij hebben ook wel altijd het gevoel gehad dat we hulp konden krijgen als wij dit wilden. Deze behoefte is er echter niet geweest. Achteraf gezien wat het wel handiger geweest als bijvoorbeeld de behandelcoördinator ons had geholpen met het plannen van de interviews, aangezien wij nu soms weken aan het bellen waren om een bepaald persoon aan de telefoon te krijgen.

§ 1.5 Samenwerking school

Aangezien wij de reader van het afstudeerproject, die prima op tijd op plakbord te vinden was, zelf al hadden doorgenomen kwam het voor ons niet als verrassing dat het startdocument al begin december ingeleverd moest worden. Wel was het netjes geweest van school als hier even een mailtje of een zinnetje aan besteed was tijdens het mentoraat. Verder was eigenlijk de meeste informatie in de reader te vinden of bij onze begeleider te halen, waardoor wij ook de verder samenwerking tussen school en ons niet veel te melden hebben. Wij vinden dat het prima is gegaan, op wat lange en vage zinnen in de reader na.

§ 1.5.1 begeleiding

De begeleiding op school hebben wij als zeer prettig ervaren. Wij hebben dit in het begin van ons onderzoek vooral ingezet als controle moment om te kijken of we op het goede spoor zaten betreffende het onderzoek. Dit bleek telkens in orde te zijn. Wat later in de begeleiding richtten wij ons zelf tijdens de begeleiding meer op de inhoudelijke kant van ons onderzoek en keken of we voldaan deden aan de eisen van school. Elke van het Erve was bij elke afspraak zeer enthousiast richting ons, wat ons weer meer motivatie gaf en erg fijn was. Tevens hebben de bijeenkomsten ons het inzicht gegeven dat wij tegen het perfectionistische werken aanzaten wat ons ook wel de rust gaf dat het voor school voldoende zou zijn. We konden ons dus richten op wat wij verder nog wilde bereiken en hoeveel werk en tijd wij er nog in wilden steken.

Wat ook echt fantastisch was is dat Elke het elke keer weer voor elkaar kreeg om onze stukken tijdig door te nemen en van commentaar te voorzien, ook op het laatste moment nog een afspraak met ons kon maken en voor ons heeft kunnen regelen dat wij met haar collega professor F. Verhey van het Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis konden spreken.

§ 1.6 Externe deskundigheid:

Voor ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van externe deskundigheden, te weten:

- Professor F. Verhey van het Erasmus MC-Sophia kinderziekenhuis, welke daar hoofd patiëntenzorg en coördinator van de eetstoornissenpoli is. Hij is hoogleraar in kinder- en jeugdpsychiatrie is. Het interview met hem heeft er vooral voor gezorgd dat we werden losgeweekt van de gedachtegang binnen Curium en uitgedaagd werden om onze eigen mening te vormen over de behandeling van anorexia nervosa.
- Van Het Landelijk Centrum Eetstoornissen Ursula van Rivierduinen hebben wij het zorgprogramma en behandeltraject weten te bemachtigen via het boek: Eetstoornissen preventie en therapie van G. Noordenbos, maar ook via hun internetsite: www.robertfleury.nl, zijn wij veel te weten gekomen over hun behandeling. Helaas is het niet gelukt ook hier een interview te plannen aangezien ze er geen tijd voor hadden.
- Emergis, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, heeft een zeer duidelijke en uitgebreide internetsite (<http://www.emergis.nl/>) waarop zij hun behandeling bij anorexia nervosa geheel beschrijven. Ook hiervan hebben wij informatie gehaald om te vergelijken met het behandeltraject op Curium.

Deze informatie heeft ons vooral gesterkt in het verkrijgen van een eigen mening over de behandeling van anorexia nervosa en heeft zo gezorgd voor scherpe eigen gemaakte analyses en conclusies. Wat ten goede is gekomen aan de kwaliteit van het onderzoek en de kwaliteit van de eindproducten.

Hoofdstuk 2 Evaluatie

Natuurlijk zijn er tijdens het onderzoek dingen naar voren gekomen waar wij heel blij mee waren en dingen die wij jammer vonden. Hiernaast zijn er ook inhoudelijke onderwerpen naar voren gekomen waar wij geen onderzoek naar hebben gedaan, maar wat ons wel enorm opviel. Deze drie punten zullen we hieronder bespreken.

§ 2.1 Wij zijn zeer blij met ...

- Het feit dat het onderzoek zo voorspoedig is verlopen en dat wij niet tegen onoverkomelijke zaken zijn aan gelopen.
- De verloop van de samenwerking, wij zijn een goed en sterk team.
- Het gehouden interview met professor Verhey, het heeft ons echt gescherpt in ons denken.
- Het uiteindelijke resultaat. Het harde werk is het waard geweest.

§ 2.2 Wij vinden het jammer dat....

- Het productverslag aan een maximum aantal pagina's gebonden is. Wij hadden graag nog wat meer pagina's ter beschikking gehad en ons onderzoek zo nog breder hadden kunnen trekken en daarnaast ook meer ruimte gehad om het juist te specificeren op de terugvalpreventie.
- De kinderarts van unit 1; eetstoornissen een interview over terugvalpreventie niet van belang vond en ook geen tijd vrij kon maken. Zij is echter wel degene die de jongere opneemt en ook een aandeel heeft in het ontslag van de jongere. Ook heeft zij een belangrijke functie met betrekking tot diagnostiek. Hier hebben we dus wel belangrijke informatie door gemist.
- Er geen mogelijkheid, vanuit beide kanten, is geweest tot het interviewen bij de Ursula en Emergis. Toch heeft de literatuur en het internet hier veel aan verholpen. Toch denken wij dat een interview meer impact gehad en was specifiek gericht geweest op terugvalpreventie.
- Er wegens de heersende hiërarchie in Curium en de werkdruk bij het hoofd patiëntenzorg van Curium geen interview met hem is geweest. Wij hadden graag ook zijn visie betreffende de behandeling van anorexia nervosa en terugvalpreventie gehoord en verwerkt in ons verslag. Wij hebben dit ondervangen door wel het gehele multidisciplinaire team (min de behandelend arts, zoals hierboven beschreven) te interviewen
- Een van ons in een rollenconflict is gekomen met zichzelf. Omdat zij ook werkzaam is op unit 1: eetstoornissen wil ze haar collega's niet aanvallen. Dit vergt enige zorgvuldigheid en bedenktijd over wat we wel en niet wilden opschrijven. Na enkele gesprekken is dit echter opgelost door het streven van een zo open mogelijke verhouding in het verzieet te houden.

§ 2.3 Discussie punten betreffende inhoudelijke zaken en Curium

- Unit 1; eetstoornissen heeft maanden zonder psychiater gefunctioneerd. Wij vinden dit eigenlijk niet kunnen, zeker niet in een klinische unit.
- De behandelcoördinator is pas sinds 3 maanden werkzaam op Curium. Wij merkten op dat zij nog zoekende is naar haar eigen denkbeelden betreffende anorexia nervosa. En vonden het soms vervelend dat ze met alle winden mee leek te waaien. Ze zei bijvoorbeeld in een interview dat de speerpunten van de behandeling gewichtsherstel en minder bewegen waren. Bij het benoemen dat dus niet de cognities van de betrokkene speerpunt zijn, benoemd ze gelijk dat dat ook zo is. En toen ze een keer vroeg hoe ons gesprek met professor Verhey was gegaan en wij aangaven dat hij een andere denkwijze had betreffende de behandeling van anorexia nervosa dan die zij ons in het interview had verteld. Sterkte ze niet haar eerste verhaal, maar ging meteen mee in de mening van Verhey. Terwijl ze die op de unit en in de nieuwe behandelvorm helemaal niet naar voren brengt. We hebben gepoogd haar onzekerheid bij haar te laten liggen en niet op onszelf te betrekken.
- We hebben tijdens het onderzoek onze hersenen moeten kraken betreffende de vele verschillende opvattingen over de behandeling van anorexia nervosa. Wij hadden niet gedacht dat er nog maar zo weinig over vast staat en dat eigenlijk niemand weet hoe je anorexia nervosa moet behandelen.



Terugvalpreventieplan
van.....

Inhoudsopgave

	pagina
Inleiding	2
MOTIVATIE:	
1. Wat is mijn motivatie om te werken aan mijn anorexia?	4
Motivatielijst.	4
2. Mijn lijst voordelen en nadelen van mijn anorexia.	5
3. Motivatiebrieven aan mezelf.	6
Motivatiebrieven aan mezelf.	6
4. Brieven aan mijn anorexia als vriend of vriendin en vijand	7
Brieven aan mijn anorexia als vriend of vriendin.	7
Brieven aan mijn anorexia als vijand.	7
PRIKKELS EN ZELFCONTROLE MAATREGELEN:	
1. Wat zijn prikkels waardoor ik veel ga bewegen en welke maatregelen kan ik hiertegen nemen?	9
De vijf belangrijkste prikkels voor mij zijn.	9
2. Mijn lijst met moeilijke voedingsmiddelen.	10
Mijn top 10 van moeilijke voedingsmiddelen.	10
3. Hoe kan ik mezelf belonen en welke acties kan ik ondernemen als iets mis gaat?	11
Lijst met beloningen.	11
Lijst met acties.	11
TERUGVAL:	
1. Wat zijn signalen waar ik aan kan herkennen dat het niet goed met mij gaat?	13
De volgende punten kunnen signalen zijn waaraan ik kan herkennen dat het niet goed met mij gaat.	13
2. Waaraan is een terugval bij mij te herkennen?	14
De volgende punten zouden kunnen aanleidingen zijn waaraan een terugval is te herkennen.	14
Een terugval is te herkennen aan de volgende punten.	14
CONTROLE VASTHOUDEN:	
1. Welke afspraken ten aanzien van eten en wegen maak ik voor als ik niet meer ben opgenomen?	16
Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het eten.	16
Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het wegen.	16
2. Welke personen helpen mij om o.a. controle over mijn anorexia te houden en welke afspraken heb ik met hen?	17
Lijst met controle personen.	17
Afspraken die ik met mijn controle personen maak zijn.	17
3. Wat ga ik doen in de weken na de behandeling?	18
Mijn plan om na de behandeling weer te gaan doen is.	18
4. Hoe ziet mijn nazorg traject eruit?	19
Wat kan en ga ik doen als ik het moeilijk heb?	20
Wat kan ik doen als ik het moeilijk heb?	20
Wat ga ik doen als ik het moeilijk heb?	20

Inleiding

Dit terugvalpreventie plan is voor jou. Het zal jou helpen je te ondersteunen op de momenten dat het niet lekker loopt. Ook zal het je houvast en oplossingen bieden voor die lastige periodes. Hiernaast kan je het gebruiken in de nazorg waarmee je waarschijnlijk zult starten na je behandeling in Curium.

Als je de kliniek kan verlaten, omdat je het faseprogramma goed hebt doorlopen, zul je merken dat sommige situaties nog moeilijk voor je zullen zijn. Dit zal je vooral merken in je eetgedrag en je gedachten hierover. De anorexia is dan nog niet geheel verdwenen, omdat het beter worden van anorexia helaas langer duurt dan de tijd van de klinische behandeling.

Het plan bestaat uit 4 onderdelen

1. motivatie
2. prikkels en zelfcontrole maatregelen
3. terugval
4. controle vasthouden

Deze onderdelen bevatten vragen voor jou om te beantwoorden, zodat het voor jou makkelijk is om een overzicht voor jezelf te maken. Er is ruimte open gelaten om je verhaal op te schrijven en soms zijn er punten gegeven waar achter je, je antwoord op kunt schrijven. Mocht deze ruimte niet groot genoeg zijn, gebruik dan een nieuw vel of de achterkant van het papier.

In dit plan, wat je samen met je mentor gaat invullen en bespreken, kun jij zelf geheel duidelijk maken welke situaties, gedachten en gevoelens voor jou moeilijk kunnen zijn en wat jij op moeilijke momenten hieraan kunt doen. Dit terugvalpreventie plan is er om hier alert op te blijven en te gebruiken als steun in de rug. Dus heb je de neiging om te lijnen, veel te gaan bewegen of te laxeren of braken, onderneem dan actie en pak dit plan erbij.

motivatie

Je hebt inmiddels gemerkt hoe lastig het leven met anorexia nervosa voor je is en hoe het leven ook je kan zijn. Om tegen je anorexia nervosa te vechten is het vooral belangrijk dat je weet waarom je geen last meer wilt hebben van de anorexia nervosa. De wil om te werken aan je anorexia nervosa wordt ook wel motivatie genoemd. In dit stuk zal je meer te weten komen over je motivatie en jezelf ook handvaten geven voor de momenten waarin even je motivatie gedaald is.

1. Wat is mijn motivatie om te werken aan mijn anorexia?

Hiermee wordt bedoelt: "Wat zorgt ervoor dat jij tegen je anorexia wilt strijden?"

Motivatielijst:

Ik wil van het vasten & lijnen en het vele bewegen af, omdat ...	Ik wil van mijn negatieve gevoelens die ik heb af, omdat...
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•

2. Mijn lijst met voordelen en nadelen van mijn anorexia.

In de loop van je behandeling heb je waarschijnlijk meer zicht gekregen op de voor- en nadelen van je anorexia. Probeer ze nog eens allemaal voor jezelf op een rijtje te zetten.

Schrijf eerst alle voor- en nadelen die je kunt bedenken op. Ga dan per lijst kijken welke voor- en nadelen voor jou het meest meespelen en zet die bovenaan in de lijst. De lijst eindigt dan met de voor- en nadelen die je het minst belangrijk vindt.

Voor- en nadelen lijst:

Voordelen van mijn anorexia zijn:	Nadelen van mijn anorexia zijn:
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•

3. Motivatiebrief aan mezelf

Deze brief schrijf je, zodat je hem erbij kunt pakken op de momenten dat je het moeilijk hebt of als je merkt dat je motivatie aan het verminderen is. Deze brief geeft je dan weer een stukje motivatie terug.

Om de brief te schrijven is het handig als je eerst nadenkt over welke redenen voor jou het meest van belang zijn om tegen je anorexia te vechten. Je kunt hiervoor kijken naar je motivatielijst en je voor- en nadelen lijst. Schrijf over deze punten, of dit punt een brief aan jezelf, waarmee je jezelf kan motiveren op moeilijke momenten.

Blijf steeds kijken of de brief nog motiveert en pas hem anders aan, zodat je altijd een goede brief voor jezelf hebt liggen, welke je motivatie kan geven om verder te vechten tegen je anorexia.

Motivatiebrief aan mezelf:

4. Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin en vijand.

Om je meer bewust te worden van de rol van de anorexia in je leven schrijf je een brief aan je anorexia. De anorexia kan soms je beste vriend/ vriendin zijn, omdat het je kan steunen op moeilijke momenten, je rust kan geven etc. Aan de andere kant kan je de anorexia soms ook zien als je vijand, die je leven binnen kan sluipen, je kan isoleren van andere mensen, je leven kan verpesten etc. Beschrijf in je brieven waarom en wanneer de anorexia je vriend(in) is en waarom en wanneer het je vijand wordt.

Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin:

Brief aan mijn anorexia als vijand:

prikkels en zelfcontrolemaatregelen

Er zijn heel veel prikkels die vooraf gaan aan het “niet eten/ veel bewegen/braken/ laxeren”. Een prikkel is iets wat je om je heen waarneemt (bijvoorbeeld een vervelende opmerking van een vriendin) of binnen jezelf (bijvoorbeeld stress om een overhoring op school) waardoor jij gestimuleerd wordt om naar je anorexia te grijpen. Als deze prikkels er zijn, ben je sneller geneigd om weer terug te vallen op de anorexia. Door deze prikkels op te schrijven en te kijken wat je hier voor maatregelen tegen kunt nemen om het in goede banen te leiden heb je meer controle over jezelf. Je kan hierdoor eerder ingrijpen waardoor de anorexia je minder kan overvallen.

1. Wat zijn prikkels waardoor ik veel ga bewegen/ lijnen/vasten/braken/laxeren en welke maatregelen kan ik hiertegen nemen?

In je behandeling ben je er waarschijnlijk ook meer achter gekomen wat prikkels kunnen zijn waardoor je veel gaat bewegen/ lijnen/vasten/braken/laxeren. Bijvoorbeeld: het zien van eten, vermoeidheid, ruzie, verdriet etc. Zet deze prikkels eens op een rij en zet erbij wat je hier tegen zou kunnen doen in plaats van op je anorexia terug te vallen door weer meer te gaan bewegen, vasten of lijnen en het braken of laxeren. Als je klaar bent met het lijstje, maak je een samenvatting door (maximaal 5) de belangrijkste prikkels voor jezelf op te schrijven.

Lijst met prikkels en maatregelen:

prikkels:	maatregelen
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•

De vijf belangrijkste prikkels voor mij zijn:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

2. Mijn lijst met moeilijke voedingsmiddelen.

het ene voedsel eet je makkelijker dan het andere voedsel. Om te zorgen dat je zoveel mogelijk gevarieerd en gezond blijft eten is het handig dat je weet welke voedingsmiddelen voor jou nog moeilijk zijn om te eten. En dat je voor jezelf duidelijk hebt welke van deze voedingsmiddelen wel van belang zijn voor je en hoeveel je er van moet eten. Maak hiervoor een lijst met voedingsmiddelen die nog erg moeilijk voor jou zijn om te eten. Dit zijn producten waarbij je nog snel de neiging hebt om door juist helemaal niet meer te eten, veel te gaan bewegen of te gaan braken/ laxeren daarna. Schrijf hierna waarom je sommige producten toch wilt eten en welke hoeveelheid je ervan wilt gaan eten.

Mijn top 10 van moeilijke producten:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)

Welke voedingsmiddelen van bovenstaande lijst wil ik wel gaan eten en waarom wil ik dit en hoeveel moet ik er dan van eten.

Voedingmiddel dat ik wel wil blijven/gaan eten	Ik wil dit eten omdat...	Ik wil er de volgende hoeveelheid van eten...

3. Hoe kan ik mezelf belonen en welke acties kan ik ondernemen als iets mis gaat?

Als je hier na de behandeling weggaat is het nog een hele opgave om het gezond eten vast te blijven houden en uit te breiden. Daarom is het belangrijk om ook jezelf af en toe een schouderklopje te geven als het goed gaat, om jezelf eens te belonen bijvoorbeeld door: een leuk kettinkje te kopen, lekker naar de film te gaan, een bosje bloemen te halen voor jezelf enz.

Aan de andere kant is het belangrijk om de anorexia voor jezelf niet weer aantrekkelijk te maken. Je moet jezelf dus niet belonen als het mis is gegaan. Daarom is het belangrijk om een actie te bedenken. Dit is iets wat je gaat doen direct nadat het mis is gegaan, bijv. schrijven, iemand bellen, of iets anders. Het is belangrijk dat de actie wel nuttig is en dat het niet een straf wordt.

Lijst met beloningen:

Als iets goed is gegaan geef ik mezelf een schouderklopje door 1 van onderstaande punten te gaan doen:

-
-
-
-
-

Lijst met acties:

Als iets mis is gegaan, reageer ik hierop met 1 van onderstaande acties:

-
-
-
-
-

TERUGVAL

Een terugval houdt in dat je weer meer met niet eten, veel bewegen en/of laxeren en braken bezig bent. Dit is iets wat voor jou niet prettig is, omdat het een stapje terug is. Een terugval hoeft niet erg te zijn, je kan na een terugval altijd weer verder gaan met je strijd tegen anorexia. Toch is het wel vervelend voor je.

Het volgende stuk helpt je om in te zien welke dingen bij jou kunnen zorgen voor een terugval en je zal ook jezelf tips geven om dit te voorkomen.

1. Wat zijn signalen waar ik aan kan herkennen dat het niet goed met mij gaat?

Nog voordat je weer gaat lijnen & vasten, meer bewegen of laxeren of braken, voelt jij waarschijnlijk al dat het niet lekker loopt. Je herkent op het moment dat het niet lekker met je gaat misschien het gevoel niet, maar dan kun je wel al letten op de dingen die je doet als je niet lekker in je vel zit. Als jij voor jezelf op een rijtje hebt staan wat jij doet als je niet lekker in je vel zit, dan kunt je dit eerder herkennen en actie ondernemen.

De volgende punten kunnen signalen zijn waaraan ik kan herkennen dat het niet goed met mij gaat

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

2. Waaraan is een terugval bij mij te herkennen?

Het kan een hele tijd goed gaan maar toch zit er altijd een kans in dat je vroeg of laat toch weer teruggrijpt op het niet eten, vele bewegen of het laxeren of braken. Wat zijn voor jou prikkels om terug te vallen?

En kijk daarnaast naar wat de dingen zijn waaraan je kunt herkennen dat je weer terugvalt in het niet eten, veel bewegen en/of laxeren of braken.

De volgende punten kunnen aanleidingen zijn waardoor ik weer zou kunnen terugvallen:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Een terugval is bij mij te herkennen aan de volgende punten:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

CONTROLE VASTHOUDEN

De controle over je anorexia ligt na je klinische behandeling voor het grootste deel in je eigen handen. Er zijn dan niet altijd mensen in de buurt die je wijzen op je anorexia en je hierin intensief begeleiden. Dit zal, zeker in het begin, wel lastig voor je zijn, maar is wel haalbaar. En het zal je ook een trots gevoel geven als je merkt dat je je anorexia zelf in de hand kan houden. Dat je zelf je anorexia in de hand moet houden, betekend absoluut niet dat je daar geen hulp van anderen bij mag vragen. Het is juist belangrijk dat je wel zorgt dat er mensen zijn die je vertrouwd en die jou willen steunen en helpen bij het onder controle houden van je anorexia.

1. Welke afspraken ten aanzien van wegen en eten maak ik voor als in niet meer ben opgenomen?

Na de behandeling hier ziet je dag er meestal weer heel anders uit, je gaat weer naar school of werken of misschien eerst een tijdje rustig aan doen. Je hebt niet meer 7 dagen in de week mensen om je heen die vragen hoe het gaat en die met je meekijken. Daarom is het belangrijk goed te kijken naar de afspraken rondom het eten en wegen om de aandacht hierop niet te laten verslappen en het jezelf niet moeilijker te maken dan dat het al is.

Bij belangrijke afspraken rondom het eten is het belangrijk om te kijken naar wat bijvoorbeeld nog moeilijke dingen voor je zijn en wat je hier de komende periode over af wil spreken, is het bijvoorbeeld belangrijk je komende periode eerst nog aan een voedingslijst te houden of wil je dit juist meer loslaten. En hoe ga je dat dan doen?

Bij het wegen kun je bijvoorbeeld afspraken maken met betrekking tot: "hoe vaak weeg je je en op welk tijdstip, is het belangrijk voor je om na afloop iemand te bellen etc."

Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het eten:

-
-
-
-

Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het wegen:

-
-
-
-
-

2. Welke personen helpen mij om o.a. controle over mijn anorexia te houden en welke afspraken heb ik met hen?

Om alert te blijven is het fijn om eens te kijken naar mensen om je heen die je hierbij kunnen helpen. Kijk welke afspraken je met deze mensen zou kunnen maken. Is het bijvoorbeeld belangrijk voor je dat jij hun één keer per week belt om ze te vertellen hoe het met je gaat (wat betreft het eten en andere zaken). Bekijk wanneer je iemand inschakelt en ook wanneer jij van hen verwacht dat zij initiatief nemen om contact met jou op te nemen. Je kan zelf kiezen hoeveel personen je erbij wilt betrekken.

Lijst met controle personen:

Naam:	Telefoonnummer	Emailadres

Afspraken die ik met mijn controle personen maak zijn:

-
-
-
-
-
-

3. Wat ga ik doen in de weken na de behandeling

Zoals hierboven al staat is de periode na de behandeling heel erg wennen omdat je alle dagen in de week zelf kan indelen. Dit kan natuurlijk heerlijk zijn, want je hebt eindelijk weer eens tijd voor dingen, je kunt er misschien even tussenuit of alle vriendinnen zien die je een tijd niet gesproken hebt. Maar afgezien van de leuke kant is het natuurlijk ook best moeilijk dat je niet meer de structuur hebt van de therapieën en de tijd zelf in moet delen. Daarom is het belangrijk om te kijken wat je nou precies de weken na de behandeling gaat doen.

Mijn plan om na de behandeling weer te gaan doen is:

-
-
-
-
-
-

4. Hoe ziet mijn nazorgtraject eruit?

Als laatste puntje in je terugvalpreventie plan zorg je ervoor dat het voor jezelf duidelijk is hoe jouw nazorg eruit zal zien en wat jij, maar ook wat je mentor, nodig denkt te hebben aan nazorg. Dit kun je doen door voor jezelf vragen op te stellen over je nazorg, zoals:

- Wie was de vorige hulpverlener? En kan ik hiernaar terug?
- Sluit de hulpverlening goed aan of moet ik nog gebruik maken van overbrugging
- Welke hulpverlening is er bij mij in de buurt? Kan ik hier terecht?
- Wil ik nog nazorg bij een diëtiste?
- Is het nog goed voor mij om gebruik te maken van een zelfhulpgroep?
-
-
-
-

Kijk dan samen met je mentor naar deze vragen en vul ze eventueel nog aan. Hierna kun je samen met je mentor op zoek naar de antwoorden op je vragen.

Wat kan en ga ik doen als ik het moeilijk heb

Als laatst een heel belangrijk stuk. In dit stuk geef je zelf aan wat je kunt gaan doen als het niet lekker met je gaat. Neem in deze lijst zoveel mogelijk stukjes uit je eerder geschreven opdrachten mee. Hieronder staat wat je allemaal kunt doen. Bedenk zelf hoe jij wilt dat dit lijstje eruit ziet. Wat is voor jou het meest belangrijk bijvoorbeeld, zet dat dan bovenaan de lijst.

Als ik het moeilijk heb kan ik:

- Mijn terugvalpreventie plan erbij pakken en doornemen
- Mijn motivatiebrief erbij pakken.
- Mijn voor- en nadelen lijst van anorexia nervosa erbij pakken.
- Een controle persoon opzoeken/bellen, om met haar/hem erover te praten.
- De lijst met prikkels en maatregelen erbij pakken en kijken of daar op staat wat ik nu kan doen.
- Mezelf belonen als het goed gaat en een actie ondernemen als het minder goed gaat. Hiervoor kijk ik naar mijn lijst met beloningen en mijn lijst met acties.
-
-
-

Als ik het moeilijk heb ga ik:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Je hebt nu je hele plan ingevuld en besproken. Houd je plan up-to-date, zodat je het er altijd bij kunt pakken als je het even moeilijk hebt, of om het gewoon nog eens door te lezen.

Hopelijk helpt het je om verder te komen in je strijd tegen je anorexia.

Veel succes en geloof in jezelf!



Terugvalpreventie bij Anorexia Nervosa

Samira Abdalas & Mieke Bruins

Begeleiding:
Elke van het Erve & Bas de Jong

april 2005

Inhoudsopgave

	pagina
Inleiding	2
Het doel van terugvalpreventie en het terugvalpreventie plan	3
Waarom een terugvalpreventie plan?	3
Hoe moet de organisatie met het plan om gaan?	4
Hoe moeten de sociotherapeuten met het plan omgaan?	4
Opzet en uitleg voor sociotherapeuten (mentoren) van het terugvalpreventie plan	5
MOTIVATIE:	
1. Wat is mijn motivatie om te werken aan mijn anorexia?	5
Motivatielijst.	5
2. Mijn lijst voordelen en nadelen van mijn anorexia.	5
3. Motivatibrief aan mezelf.	5
Motivatibrief aan mezelf.	5
4. Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin en vijand	6
Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin.	6
Brief aan mij anorexia als vijand.	6
PRIKKELS EN ZELFCONTROLE MAATREGELEN:	
1. Wat zijn prikkels waardoor ik veel ga bewegen er welke maatregelen kan ik hiertegen nemen?	6
2. Mijn lijst met moeilijk voedingsmiddelen.	6
Mijn top 10 van moeilijke voedingsmiddelen.	6
3. Hoe kan ik mezelf belonen en welke acties kan ik ondernemen als iets mis gaat?	6
Lijst met beloningen.	7
Lijst met acties.	7
TERUGVAL:	
1. Wat zijn signalen waar ik aan kan herkennen dat het niet goed met mij gaat?	7
De volgende punten kunnen signalen zijn waaraan ik kan herkennen dat het niet goed met mij gaat.	7
2. Waaraan is een terugval bij mij te herkennen?	7
De volgende punten zouden kunnen aanleidingen zijn waaraan een terugval is te herkennen.	7
Een terugval is te herkennen aan de volgende punten.	7
CONTROLE VASTHOUDEN:	
1. Welke afspraken ten aanzien van eten en wegen maak ik voor als ik niet meer ben opgenomen?	7
Dit zijn mij afspraken ten aanzien van het eten.	7
Dit zijn mij afspraken ten aanzien van het wegen.	7
2. Welke personen helpen mij om o.a. controle over mijn anorexia te houden en welke afspraken heb ik met hen?	8
Lijst met controle personen.	8
Afspraken die ik met mijn controle personen maak zijn.	8

	pagina
3. Wat ga ik doen in de weken na de behandeling?	8
Mijn plan om na de behandeling weer te gaan doen is.	8
4. Hoe ziet mijn nazorg traject eruit?	8
Wat kan en ga ik doen als ik het moeilijk heb?	8
Wat kan ik doen als ik het moeilijk heb?	8
Wat ga ik doen als ik het moeilijk heb?	8
Letterlijke voorbeelden wat betreft terugvalpreventie.	9
Wat is een terugval voor mij?	9
Wat zijn voor mij aanleidingen voor een terugval?	10
Waaraan herken ik een terugval?	10
Wat kan / moet ik doen als ik een terugval heb?	11
Voorbeeld terugvalpreventie plan met antwoorden	12

Leiden, april 2004

Inleiding

In april 2005 hebben wij ons onderzoek bij Curium unit 1; eetstoornissen naar terugvalpreventie na een klinische opname bij anorexia nervosa afgerond. Dit onderzoek deden wij in het kader van ons afstudeerproject aan de opleiding sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool in Den Haag. Het onderwerp is tot stand gekomen in overleg met de casemanager van unit 1; eetstoornissen genaamd Ciska v/d Laan.

De vraag die wij onszelf aan het begin van ons onderzoek hebben gesteld is:

Hoe kan academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Curium in Oegstgeest de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa in unit 1 versterken en /of aanpassen, zodat de kans op terugval na de behandeling wordt verkleind?

Het antwoord op onze vraagstelling is:

Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Curium in Oegstgeest kan de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa op unit 1 versterken en aanpassen, om de kans op terugval na de behandeling te verkleinen, middels het invoeren van een terugvalpreventie plan.

Wij hebben in een productverslag alle verzamelde informatie gebundeld en tevens onze conclusies beschreven. Naar aanleiding van deze conclusies zijn 2 producten tot stand gekomen. Een product is een adviesrapport wat wij hebben opgesteld voor Curium en het tweede product is een terugvalpreventie plan voor de patiënten op unit 1; eetstoornissen en tevens deze handleiding over hoe men, naar onze mening, om moet gaan met het terugvalpreventie plan en aanwijzingen voor invoering en gebruik ervan. Alle drie de producten (productverslag, adviesrapport en het terugvalpreventie plan met handleiding) zijn te vinden bij de behandelcoördinator van unit 1: K. van Dongen en de casemanager: C. v/d Laan. Ze kunnen als aanvulling op de tekst in deze handleiding en het terugvalpreventie plan dienen.

In deze handleiding hebben we het over 'zij' als we de patiënt met anorexia nervosa bedoelen. Wij hebben hiervoor gekozen omdat op Curium op dit moment alleen meisjes zijn opgenomen met anorexia nervosa. Maar officieel gezien moet ze 'zij' als 'hij/zij' gelezen worden. Want ook jongens kunnen anorexia nervosa ontwikkelen.

Bij het maken van het terugvalpreventie plan hebben wij gebruik gemaakt van een reeds bestaand terugvalpreventie plan van MESOS medisch centrum en enkele internetsites over terugvalpreventie, te weten:

<http://mijneetstoornis.web-log.nl/>

<http://theelepeloophaarretour.web-log.nl/>

<http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/demo.php>

Samira Abdalas en Mieke Bruins

Het doel van terugvalpreventie en het terugvalpreventie plan

Terugvalpreventie heeft in zijn algemeenheid als doel dat anorexiapatiënten minder snel terugvallen in hun oude anorectische gedrag, waardoor de stoornis zich niet opnieuw kan manifesteren.

De doelstelling voor de korte termijn, oftewel tijdens de klinische behandeling, van het terugvalpreventie plan is dat de betrokkene zich realiseert dat ook na de klinische behandeling terugvallen kunnen voorkomen en dat de betrokkene leert in te zien hoe deze terugvallen bij zichzelf te herkennen zijn en hoe hij/zij hiermee om kan gaan. Op de lange termijn, oftewel na de klinische behandeling, kan het terugvalpreventie plan door de betrokkene en de verantwoordelijke nazorgbehandelaar gebruikt worden om terugvallen snel te herkennen en om te buigen in positieve zin en natuurlijk om terugvallen zoveel mogelijk te voorkomen.

Ons doel is dat elke betrokkene de kliniek verlaat met een persoonlijk opgesteld terugvalpreventie plan. En hierdoor meer zicht heeft op de eigen mogelijkheden tot het onder controle houden van de anorexia nervosa, waardoor men zo min mogelijk terugvalt in anorectisch gedrag.

Waarom een terugvalpreventie plan?

Dit terugvalpreventie plan hebben wij opgezet, om te zorgen dat er werk- en aandachtspunten betreffende de terugvalpreventie zijn voor het sociotherapeuten team. Zodat zij deze met hun betrokkenen kunnen bespreken. Men is er tijdens het vernieuwen van de gehele klinische behandeling van anorexia nervosa nog niet aan toegekomen om zich te richten op de terugvalpreventie. Hierdoor is op de unit nog niet veel informatie te vinden over terugvalpreventie na een klinische behandeling.

Wij achten het van groot belang dat al tijdens de klinische opname wordt gewerkt aan terugvalpreventie. Wij hebben hier de volgende redenen voor:

- De gemiddelde duur van anorexia nervosa is 3 tot 7 jaar. Er wordt op Curium en ook in onze visie van de behandeling van anorexia nervosa naar een zo kort mogelijke klinische opname gestreefd van ongeveer 3 tot 6 maanden. Dit om hospitalisatie tegen te gaan en gezondheidswinst te halen in het ambulante behandeltraject. Men kan er dus vanuit gaan dat de anorexia nervosa niet genezen is na de klinische behandeling, waardoor de kans op terugval wordt vergroot. Als men tijdens de behandeling zich ook richt op terugvalpreventie zal deze kans, naar onze mening, verkleind kunnen worden.
- Wij gaan ervan uit dat anorexia nervosa, naast eventuele sociaal-culturele en psychologische oorzaken, altijd een biologische oorzaak heeft. Deze oorzaak is een kwetsbaarheid voor anorexia nervosa. De symptomen kunnen ons inziens behandeld worden en men kan leren zijn anorexia nervosa onder controle te houden. Men zal echter altijd de genetische kwetsbaarheid blijven behouden. Omdat deze kwetsbaarheid aanwezig blijft is het van belang dat de betrokkene zich van deze kwetsbaarheid bewust is, maar vooral weet hoe deze kwetsbaarheid onderdrukt kan worden, zodat de kans op terugval verkleind wordt.
- De betrokkenen op Curium zijn nog zeer jong aangezien het kinderen en jongeren zijn. Zij hebben, mede door hun nog in ontwikkeling zijnde ontwikkelingsniveau, meer houvast nodig ten aanzien van hun anorexia nervosa dan een volwassen iemand die al jaren leeft met de diagnose anorexia nervosa. Zij kunnen niet geheel zelf inzien hoe het na de klinische behandeling met hun verder zal gaan en welk effect anorexia nervosa nog op hun leven zal hebben. Middels het terugvalpreventie plan worden ze zich meer bewust van de effecten van anorexia nervosa en leren ze zichzelf op welke dingen ze moeten letten en wat ze moeten doen als het niet goed met ze gaat. Zodat ze niet zo snel zullen teruggrijpen naar de anorexia nervosa.
- Officiële cijfers geven aan dat slechts 30% van de betrokkenen met anorexia nervosa goed hersteld. 40% ontwikkelt een chronisch ondergewicht maar kan toch een vrij normaal leven leiden en de andere 30% komt nooit van de anorexia nervosa af. Hiernaast is bekend dat 1/3 van de betrokkenen na de behandeling terugvalt in het oude anorectische gedrag. Door zich in de behandeling meer te richten op terugvalpreventie wordt de kans, dat meer dan 30% goed hersteld, vergroot. Bij anorexia nervosa geldt ook dat hoe langer de stoornis duurt, hoe moeilijker het herstel wordt en des te groter de kans op chroniciteit is. Door een goede terugvalpreventie aanpak kan de duur van de stoornis verkort worden, de patiënt krijgt namelijk niet steeds te maken met terugvallen, en dus de kans op ontwikkeling van chronische anorexia nervosa verkleinen.

Naast de voordelen voor de patiënt die het terugvalpreventie plan biedt, geeft het ook een mogelijke leidraad voor de overdracht van de kliniek naar het ambulante nazorgtraject. Het plan geeft een duidelijk overzicht in de verschillende zaken waar de patiënt het moeilijk mee kan krijgen en geeft mogelijke oplossingen die de patiënt zelf bedacht heeft. Hiernaast kunnen de observaties van de mentor van tijdens de gesprekken over het

terugvalpreventie plan belangrijke informatie bevatten over hoever de patiënt daadwerkelijk is, wat de patiënt al wel en niet echt doorheeft en wat volgens de mentor de belangrijkste zaken zijn om verder aan te werken in het ambulante nazorg traject.

Hoe moet de organisatie met het plan om gaan?

We hebben het plan zo praktisch mogelijk voor de betrokkenen uitgewerkt, zodat zij snappen waar het plan voor is en hoe het plan werkt. De bedoeling is dat het plan samen met de mentor van de betrokkene wordt ingevuld en besproken.

Wel is het van belang dat het multidisciplinaire team voor de invoering van het plan, het plan doorleest en bespreekt in een teamvergadering, zodat iedereen van de opzet van het plan op de hoogte is. Ook kan op deze manier de overlap tussen opdrachten uit het plan en de opdrachten uit de verschillende therapieën bekend worden en kan men nagaan waar welke opdracht wordt uitgevoerd en er op letten dat deze opdracht wel in het plan terecht komt.

De mentor van de betrokkene is, naar ons inzien, de verantwoordelijke voor het plan en moet het bij de betrokkene onder de aandacht brengen aan het begin van fase 3 van de behandeling.

Organisatorische middelen, buiten de nodige bespreek- en evalueer tijden en een leeg mapje waar de betrokkene het plan in kan doen zijn er voor zover bij ons bekend niet.

De tijd die fase 3 in beslag neemt bij de betrokkene zal voldoende zijn om het plan in te voeren en uit te werken met de betrokkene. In fase 4 kan de betrokkene met de mentor nagaan of het plan zijn doel bereikt heeft en daadwerkelijk gebruikt kan gaan worden en ook wordt gebruikt. Hiernaast kan het plan in deze fase nog aangepast worden naar de behoefte van de betrokkene of naar inzicht van de mentor en kan er worden geoefend in het gebruik van het plan.

Hoe moeten de sociotherapeuten met het plan omgaan?

Voor de sociotherapeuten, welke mentor zijn, zal het invoeren van de terugvalpreventie plannen extra tijd kosten buiten de gewone mentorgesprekken. Wel biedt het een duidelijke lijn aan de betrokkene en de mentor, welke tijdens het invullen van het plan, om nogmaals langs alle belangrijke zaken uit de behandeling te gaan en het plan zal ervoor zorgen dat de betrokkene zich meer en meer gaat realiseren dat de vele begeleiding die in de kliniek geboden wordt, zal stoppen. En dat de betrokkene dan zelf met de kwetsbaarheid van de anorexia nervosa moet kunnen omgaan. Tevens zal de zelfstandigheid van de betrokkene gestimuleerd worden, aangezien zij verantwoordelijk wordt gesteld voor haar eigen terugvalpreventie plan.

De sociotherapeut is bij het invullen van het plan betrokken om zo te zorgen dat de lastige situaties waar de betrokkene over na zal gaan denken niet te lastig zijn, doormiddel van de vraag uitleggen of in een gesprekje helpen met de juiste vragen stellen zodat het antwoord op de vraag uit het plan vanzelf duidelijk wordt. Hiernaast kan de sociotherapeut ook goed de betrokkene en haar cognities observeren en eventueel interveniëren, tijdens de gesprekjes naar aanleiding van het plan.

Elke betrokkene zal andere antwoorden geven in het plan en een verschillende hoeveelheid aan tijd nodig hebben per onderwerp (de een zal bijvoorbeeld een vraag over motivatie zo kunnen beantwoorden, terwijl een ander er misschien een paar dagen over na moet denken). Ook zal de ene patiënt meer hulp nodig hebben bij het beantwoorden van de vragen dan de andere patiënt. Hierom vinden wij het van belang dat de sociotherapeut zelf de tijdsplanning aanpast mocht dit nodig zijn. Ook al denken wij dat de tijdsplanning regelmatig aangepast zal worden aan het individu, stellen wij voor dat de mentor vanaf fase 3 elke week met de betrokkene 1 van de vier hoofdonderwerpen (motivatie, prikkels & zelfcontrolemaatregelen, terugval en de controle vasthouden, bespreek. In fase 4 observeert de mentor of de patiënt daadwerkelijk gebruikt maakt van het ingevulde plan en wijst hij/zij de patiënt ook op het plan. Hiernaast zorgt de mentor er in fase 4 voor dat het gehele plan met de patiënt besproken wordt en waar nodig nog wordt aangevuld.

Wij kiezen ervoor om in fase 3 met het plan te beginnen, omdat de betrokkene dan al aardig ver in de klinische behandeling zit en de behandeling zich meer gaat richten op het weer naar huis gaan. Ook heeft de betrokkene in deze fase motivatie om van de anorexia nervosa af te komen en heeft de betrokkene ziekte-inzicht verworven. De betrokkene zal door de eerdere behandeling meer snappen wat het nut van terugvalpreventie is, al een beginnend inzicht hebben in onderwerpen als motivatie en prikkels en zelfcontrolemaatregelen en al veel dingen uit het plan weten in te vullen door de verworven kennis uit de eerdere behandeling.

Bij het bespreken van de onderwerpen, vragen en uiteindelijk het gehele terugvalpreventie plan zorgt de mentor ervoor dat hij/zij op de hoogte is van de voortgang van de patiënt in de gehele behandeling (ook de

voortgang in de therapieën) en ook weet welke moeilijkheden van de patiënt in de behandeling naar voren komen. Mocht de patiënt dan belangrijke informatie niet benoemen, bijvoorbeeld omdat de patiënt zelf niet inziet dat het belangrijk is, dan kan de mentor dit benoemen en bespreken met de patiënt, om zo meer ziekte-inzicht bij de patiënt te creëren.

Naast de handvaten die wij in deze handleiding bieden kan de mentor ook gebruik maken van ons productverslag: *terugvalpreventie bij anorexia nervosa*. Hoofdstuk 3; *instandhoudende factoren* en hoofdstuk 4: *terugvalpreventie* zijn met name interessant als ondersteuning bij het invullen van het terugvalpreventie plan.

De mentor zorgt er ook voor dat de uitkomst en opvallendheden van de gesprekken over de verschillende onderwerpen en zijn/haar observaties gebruikt worden bij de overdracht van de patiënt naar het ambulante nazorgtraject.

Als laatst misschien wel de belangrijkste opdracht voor de mentor. Zorg ervoor dat het plan niet met de algemene perfecte antwoorden wordt ingevuld. De betrokkenen zijn slim en weten veel van anorexia nervosa af en zullen waarschijnlijk zonder moeite algemene antwoorden kunnen invullen. Het gaat echter niet puur om het invullen van antwoorden. De betrokkene moet juist nadenken over zijn/haar persoonlijke antwoord en dit leren beschrijven en bespreken.

Het mag dus niet de perfecte opdracht worden, maar moet een persoonlijk verslag worden, waar over nagedacht moet worden.

Opzet en uitleg voor sociotherapeuten (mentoren) van het terugvalpreventie plan

Aangezien de sociotherapeuten (mentoren) een grote rol spelen bij de invoering en uitwerking van het terugvalpreventie plan beschrijven we hieronder de onderwerpen uit het plan en benoemen wat de inhoud van de verschillende opdrachten is en wat het doel van deze opdrachten is, zodat de mentor handvaten heeft tijdens het bespreken van het plan met de betrokkene. Ook geven aan het eind van deze handleiding een voorbeeld terugvalpreventie plan met voorbeeld antwoorden. Deze voorbeeld antwoorden dienen tot meer inzicht in het doel van de opdracht en geven de mentor aandachtspunten voor tijdens de gesprekken. Deze antwoorden absoluut niet in het plan wat de betrokkene zal invullen. dienen niet aangezien we willen dat de betrokkene eerst bij zichzelf nagaat wat het antwoord voor haar is, zodat het echt haar plan wordt en zij er iets aan heeft. Mocht ze er niet helemaal zelf uitkomen, dan kan de sociotherapeut haar hierbij helpen door het uitleggen van de vraag of het benoemen van voorbeelden.

MOTIVATIE

Het plan begint met een hoofdstuk over motivatie. Dit stuk moet ervoor zorgen dat bij de betrokkene duidelijk wordt waarom ze gemotiveerd is, zodat ze deze motivatie vast kan houden en eventueel vergroten na de klinische behandeling. De vragen die hierin gesteld worden zijn:

1. Wat is mijn motivatie om te werken aan mijn anorexia?

De doel van deze opdracht is dat de betrokkene nadenkt over waarom zij van haar anorexia nervosa af wil komen. Dit kan het in ontwikkeling zijnde ziekte-inzicht vergroten, wat ervoor zorgt dat de betrokkene meer gemotiveerd raakt om aan haarzelf te werken

2. Mijn lijst voordelen en nadelen van mijn anorexia.

Deze opdracht geeft aan de betrokkene een zeer duidelijke en concrete lijst met de positieve en negatieve kanten van de anorexia nervosa. Inzicht in deze factoren kan leiden tot motivatievergroting, aangezien de betrokkene inziet dat de anorexia nervosa negatieve kanten blijkt te hebben dan positieve kanten.

3. Motivatiebrief aan mezelf.

Deze opdracht lijkt in eerste instantie heel erg veel op de eerste twee vragen uit dit hoofdstuk. In de praktijk zal het vaak ook een samenvatting zijn van de bovenstaande twee vragen. Het grote verschil is echter dat de betrokkene deze brief aan zichzelf schrijft voor als zij in een moeilijke situatie zit en zich weer moet herinneren waarom ze ook al weer tegen de anorexia nervosa aan het strijden is.

4. Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin en vijand.

Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin:

Deze brief geeft op een andere wijze neer wat er beschreven staat in de voordelen lijst van de anorexia nervosa. Maar door de net iets andere vraagstelling denk de betrokkene weer over het antwoord na en komt misschien ook nog op andere voordelen dan eerder bedacht zijn. De zal het inzicht in de voordelen van de anorexia nervosa vergroten. En hopelijk ook het inzicht vergroten dat de voordelen die er zijn niet opwegen tegen de nadelen die eraan verbonden zijn.

Brief aan mijn anorexia als vijand:

Ook deze brief geeft de betrokkene een andere kijk op de nadelen van anorexia nervosa en ze zal er wederom over nadenken. Die vergroot het ziekte-inzicht, maar vooral ook de last die ze van de anorexia nervosa ondervindt.

PRIKKELS EN ZELFCONTROLEMAATREGELEN

Dit hoofdstuk zorgt ervoor dat de betrokkene weet waar ze gevoelig voor is en dat ze leert te werken met beloningen. Als de betrokkene zichzelf gaat belonen voor goed gedrag zal het 'gezonde' gedrag versterkt worden, waardoor de kans op terugval zal verkleinen.

1. Wat zijn prikkels waardoor ik veel ga bewegen/ lijnen/vasten/braken/laxeren en welke maatregelen kan ik hiertegen nemen?

Deze opdracht zal ervoor zorgen dat de betrokkene zich meer bewust wordt van welke situaties en welke dingen bij haar zorgen dat ze weer wil terugvallen naar haar anorectische gedrag. Tevens zal dit schema haar een houvast bieden op momenten dat ze geprikkeld wordt. Ze weet de prikkel te herkennen, aangezien ze het al eerder als mogelijke prikkel heeft beschreven, en kan dan zo in haar lijst opzoeken wat ze kan gaan doen om de prikkel te laten vervagen.

Let er bij deze opdracht op dat niet alleen vervelende prikkels kunnen leiden tot moeilijke situaties voor de betrokkenen. Maar ook leuke, spannende en/of nieuwe situaties kunnen lastig zijn voor de betrokkenen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: verliefdheid, seksuele gevoelens, complimentjes ontvangen van anderen, etc.

Mijn top 5 van belangrijkste prikkels

De algemene lijst met prikkels kan erg lang worden en hierdoor onoverzichtelijk raken.

Deze samenvatting geeft de betrokkene simpel, maar duidelijk weer wat voor haar de belangrijkste prikkels zijn die zij in de gaten moet houden. Door alert op deze prikkels te zijn en de maatregelen toe te passen als de prikkel opsteelt, zal ze minder snel terugvallen in anorectisch gedrag.

2. Mijn lijst met moeilijke voedingsmiddelen.

Mijn top 10 van moeilijke voedingsmiddelen:

Deze opdracht is er om de betrokkene nogmaals na te laten denken over wat voor haar nu voedingsmiddelen zijn waar zij het moeilijk mee heeft. Het is een voorbereidende opdracht op de volgende opdracht:

Welke voedingsmiddelen van bovenstaande lijst wil ik wel gaan eten en waarom wil ik dit en hoeveel moet ik er dan van eten.

Van sommige producten uit de lijst zal ze het niet erg vinden dat ze het moeilijk vindt om ze te eten en kan ze laten staan. Van sommige andere voedingsmiddelen zal ze het echter jammer vinden dat ze ze niet kan eten of is het noodzakelijk dat ze ze wel binnen krijgt. Dit kan verschillende redeneren hebben, welke ze zelf zal opschrijven. Door deze lijst leert ze ook voor haar moeilijk voedingsmiddelen eten en kan ze haar voedingspatroon meer variëren. Hiernaast krijgt de sociotherapeut meer inzicht in haar eetgedrag en kan aan de lijst van moeilijk voedingsmiddelen zien of er veel noodzakelijke voedingsmiddelen bijzitten, zoals bijvoorbeeld boter. De mentor kan er dan nog voor zorgen dat de betrokkene gaat inzien dat ze bepaalde voedingsmiddelen echt nodig zal hebben in verband met haar gezondheid. Mocht dit nog veel problemen opleveren, dan kan er altijd aan gedacht worden, om dit onderdeel door de betrokkene met de diëtist te laten bespreken.

3. Hoe kan ik mezelf belonen en welke acties kan ik ondernemen als iets mis gaat?

De betrokkene zal na de klinische behandeling niet meer zo intensief beloont worden voor goed gedrag en ze zal ook niet meer altijd een oplossing te horen krijgen als iets misgaat.

Als het positieve gedrag niet beloont wordt en zij zich ook geen raad weet wat te doen als iets misgaat vergroot de kans op terugval. Positieve beloning van haar gedrag zal haar zelfwaarde. Kracht en motivatie vergroten, waardoor de kans op terugval afneemt.

Lijst met beloningen:

Om ervoor te zorgen dat ze haar positieve gedrag blijft belonen en het gedrag zo blijft versterken dat ze het gevoel het alles aan te kunnen is deze beloningslijst. Het doel van deze opdracht is het aanleren van het belang van belonen en handvaten bieden over hoe ze zichzelf kan belonen.

Lijst met acties:

Het voornaamste doel van deze lijst is dat de betrokkene zich niet echt gaat straffen als iets misgaat en hierdoor in een mogelijke negatieve cirkel terecht komt en dat ze weet wat ze wel kan doen buiten terugvallen in anorectisch gedrag. Door de actielijst leert ze om te gaan met lastige momenten en zal ze zichzelf versterken op dit gebied.

TERUGVAL

Het is algemeen bekend dat anorexia nervosa een stoornis is van vallen en opstaan. De betrokkene moet zich dit ook realiseren om niet plots voor een verrassing te staan, maar al te zijn gewapend tegen een mogelijke terugval. Dit hoofdstuk is er voornamelijk om de betrokkene te laten zorgen dat ze weet welke factoren bij haar een terugval kunnen veroorzaken en dat ze deze factoren in de gaten kan houden. In het volgende hoofdstuk geeft ze zichzelf handvaten om te helpen bij het voorkomen van terugval en tevens tips om te doen bij moeilijke situaties/terugval.

1. Wat zijn signalen waar ik aan kan herkennen dat het niet goed met mij gaat?

Zo snel mogelijke herkenning van de signalen zorgt ervoor dat er snel ingegrepen kan worden, door de betrokkene zelf of door iemand anders. Hoe vroeger men de signalen oppakt en er iets tegen doet, hoe gemakkelijker het is om te buigen richting de positieve kant in plaats van het te laten uitlopen op een terugval.

2. Waaraan is een terugval bij mij te herkennen?

De volgende punten kunnen aanleidingen zijn waardoor ik weer zou kunnen terugvallen:

Deze vraagt zorgt voor inzicht bij de betrokkene over de mogelijke aanleidingen van een terugval. Als deze aanleidingen bekend zijn bij de betrokkene is de kans groter dat de betrokkene zich realiseert dat het op zo'n moment niet goed gaat en dat ze tot actie over zal moeten gaan.

Een terugval is bij mij te herkennen aan de volgende punten:

Zoals al eerder benoemt, hoe eerder men de terugval constateert en hierop anticipeert, hoe gemakkelijker de terugval op te lossen zal zijn. Het is dan ook van groot belang dat de betrokkene het zich realiseert als ze een terugval ervaart.

CONTROLE VASTHOUDEN

In dit volgende hoofdstuk draait het erom wat de betrokkene kan regelen om te zorgen dat ze niet terugvalt, naar aanleiding van alle eerder gegeven antwoorden. Ze geeft zichzelf hier handvaten om te helpen bij het voorkomen van terugval en tevens tips om te doen bij moeilijke situaties/terugval.

1. Welke afspraken ten aanzien van wegen en eten maak ik voor als in niet meer ben opgenomen?

Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het eten:

Aangezien de betrokkene veel op zichzelf wordt teruggewezen na de klinische behandeling is het van belang dat zij zelf weet welke afspraken zij maakt betreffende eten. Er zal niet altijd meer iemand zijn die haar wijst op haar eetgedrag. Zij zal het zelf genormaliseerd moeten houden. Om dit wat makkelijker te later verlopen is deze lijst.

Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het wegen:

Het wegen is altijd een lastig punt geweest voor de betrokkene, tenzij zij was afgevallen. Na de klinische behandeling zal de betrokkene, als het goed gaat, alleen maar aankomen in het begin. Om dit in goede

banen te leiden, bedenkt de betrokkene zelf wat reële afspraken zijn betreffende het wegen, zodat ze niet constant blijven wegen, maar dit alleen op de afgesproken tijd doen.

2. Welke personen helpen mij om o.a. controle over mijn anorexia te houden en welke afspraken heb ik met hen?

De betrokkene zal de steun van de therapeuten en de sociotherapeuten gaan missen na de behandeling. En steun kan de betrokkene zeker gebruiken na de behandeling aangezien het lastig is om anorexia nervosa in je eentje onder controle te houden. Het is van belang dat deze steun elders wordt gehaald. Ook kunnen andere personen in de gaten houden hoe het met de betrokkene gaat en kunnen ze ingrijpen mocht het de verkeerde kant opgaan.

Lijst met controle personen:

het doel van deze lijst is dat de betrokkene zorgt voor een steunvlak buiten de therapeuten waar ze eventueel nog contact mee onderhoudt. Ze kan bij deze personen haar verhaal kwijt en kan rekenen op steun en aandacht van hen.

Afspraken die ik met mijn controle personen maak zijn:

Deze afspraken zijn om voor de betrokkene duidelijk te maken wat de controlepersonen moet doen en mag doen. Ook geeft het aan de betrokkene aan wat zij met haar controlepersonen deelt. Deze afspraken voorkomen onduidelijkheid en ook onenigheid in tijden waarin het niet zo goed loopt met de betrokkene.

3. Wat ga ik doen in de weken na de behandeling

Mijn plan om na de behandeling weer te gaan doen is:

Na de behandeling zal het erg wennen zijn voor de betrokkene om weer 7 dagen geheel zelf in te mogen vullen. Om te zorgen dat de betrokkene daadwerkelijk iets gaat doen na de behandeling in plaats van te verdrinken in alle vrije tijd, is het handig dit weer te geven. Dit kan in deze lijst

Hoe ziet mijn nazorgtraject eruit?

Het is van groot belang dat de nazorg aansluit op de klinische behandeling en dat er niet veel tijd zit tussen de overgang van de klinische behandeling naar de nazorg. Zodat de betrokkene meteen verder behandeld kan worden en niet het een tijdje echt alleen moet doen. Dit is iets voor de behandelaars om rekening mee te houden. Hiernaast is het ook goed als de betrokkene de verantwoording voor de nazorg voor een gedeelte op zich neemt en zichzelf ook bezig gaat houden met wat voor nazorg ze wil en zelf zorgt dat de onduidelijkheid die er bij haar is jegens de nazorg weggenomen kan worden.

Wat kan en ga ik doen als ik het moeilijk heb

Het plan wordt afgesloten met een praktische, overzichtelijke en haalbare lijst met voorstellen die de betrokkene kan ondernemen als het niet goed gaat. Deze lijst zorgt er voor dat de betrokkene weet wat ze op moeilijke momenten kan doen en dus al heel snel actie kan ondernemen. De kans op terugval wordt hierdoor verkleind. De vragen hierbij zijn;

Als ik het moeilijk heb kan ik:

deze lijst geeft de betrokkene overzicht over wat mogelijk is. Dit kan natuurlijk altijd aangevuld worden.

Als ik het moeilijk heb ga ik:

Hier schrijft de betrokkene letterlijk op wat zij gaat doen als het niet lekker met haar gaat. Zodat ze deze lijst als houvast kan gebruiken in moeilijke tijden.

Letterlijke voorbeelden wat betreft terugvalpreventie beschreven door een betrokkene

Als laatste punt voor het voorbeeld terugvalpreventie plan met voorbeeldantwoorden willen wij wijzen op een lijst over terugval preventie ingevuld door iemand met anorexia nervosa. Wij vonden deze lijst op de volgende pagina: <http://mijneetstoornis.web-log.nl/log/2018477>

Uit deze lijst kunnen ook mogelijke voorbeelden gehaald worden en kan door de sociotherapeuten gebruikt worden om zich in te lezen in de redenen van terugval en andere terugvalpreventie gerelateerde zaken bekeken uit de ogen van een betrokkene.

Wat is een terugval voor mij?

- mezelf uithongeren
- obsessief met eten bezig zijn
- veel regels in mijn hoofd over eten/bewegen
- te weinig of juist extreem veel slapen
- geen eten in mijn maag willen hebben
- me druk maken over sociale gelegenheden waarbij gegeten moet worden
- niemand meer toe laten emotioneel
- alles staat in het teken van afvallen
- op het randje leven/de grens opzoeken
- ziek willen worden om maar af te kunnen vallen
- mensen van me afstoten
- me een zombie voelen: 'levend dood' zijn

Wat zijn voor mij aanleidingen voor een terugval?

- veranderingen in mijn leven (verhuizing/baan//relaties)
- met iemand omgaan die me triggert
- onzekerheden (huis/werk/inkomen/omgang met anderen)
- instabiliteit
- spanningen
- afvallen door omstandigheden (ziekte of spanningen)
- tegenvallers
- me eenzaam voelen
- geen doel hebben
- foto's van mezelf zien, waar op ik vetrollen bemerk
- me veel zorgen maken
- me in de steek gelaten voelen
- opmerkingen over mijn gewicht/figuur
- als er iets gebeurt waar ik niet mee om kan gaan
- kritiek krijgen
- het gevoel hebben dat ik niks kan
- het gevoel hebben dat niemand me leuk, lief, mooi etc. vindt
- een partner, die praat over hoe fantastisch zijn ex(en) wel niet zijn
- gedonder met ex-vriendjes

Waaraan herken ik een terugval?

- gezonder gaan eten
- geleidelijk minder gaan eten
- steeds willen bewegen
- bewegen om het bewegen
- mijn eetpatroon dwangmatig plannen
- calorieën tellen en eten afwegen op een keukenweegschaal
- mezelf wegen óf mijn confectiematen opmeten met een meetlint
- me schuldig voelen over eten
- nieuwe regels bedenken/regels weer invoeren
- pro ana / mia sites bezoeken en triggerende
- foto's bekijken van hele dunne vrouwen
- controledwang
- foto's van mezelf maken met de digicam om te zien hoe dik ik ben
- te weinig of juist extreem veel slapen
- vaker in de spiegel kijken
- weer op 'ijkpunten' letten
- meer bezig zijn met hoe mijn kleding zit
- dingen niet meer mogen eten
- niet genoeg drinken
- meer letten op andere mensen en hun figuur

- onaardig voor mezelf zijn
- honger negeren
- me isoleren van andere mensen - vriendschappen laten verwateren
- weinig tot geen energie om wat met mijn zoon te ondernemen
- trots zijn omdat ik dun ben
- veel gedachten over eten
- kouwelijk/duizelig zijn
- denken van '1x overgeven kan geen kwaad' terwijl dát nu juist steeds
- de trigger is om volledig terug te vallen
- stress vanwege wat men over me zegt op Internet (weblog enzo)
- hoofdpijn
- futloos

Wat kan / moet ik doen als ik een terugval heb?

- volgens een eetlijst gaan eten
- erover praten
- eerlijk tegen mezelf zijn
- afleiding zoeken, structuur inbouwen
- denken aan en kijkend naar mooie vrouwen die niet dun zijn
- in mijn notitie schriftje lezen met alle nadelen van AN en mijn es, die ik op een rij heb gezet
- foto's bekijken van mensen, die zijn hersteld van AN en niet mager meer zijn
- proberen voldoening te halen uit dingen die niet met eten te maken hebben
- De weegschaal vermijden
- Steun zoeken op stichting anorexia en boulimia nervosa en de vereniging eetstoornissen Nederland.
- hulp zoeken: huisarts/therapie
- Even afstand nemen van Internet en hier met bekenden over praten
- Contact zoeken met vrienden / familie en mezelf niet isoleren

Terugvalpreventie plan

Van:

Inhoudsopgave

	pagina
Inleiding	13
 MOTIVATIE:	
5. Wat is mijn motivatie om te werken aan mijn anorexia?	15
Motivatielijst.	15
6. Mijn lijst voordelen en nadelen van mijn anorexia.	16
7. Motivatiebrief aan mezelf.	17
Motivatiebrief aan mezelf.	17
8. Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin en vijand	18
Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin.	18
Brief aan mij anorexia als vijand.	18
 PRIKKELS EN ZELFCONTROLE MAATREGELEN:	
4. Wat zijn prikkels waardoor ik veel ga bewegen er welke maatregelen kan ik hiertegen nemen?	20
De vijf belangrijkste prikkels voor mij zijn.	20
5. Mijn lijst met moeilijk voedingsmiddelen.	21
Mijn top 10 van moeilijke voedingsmiddelen.	21
6. Hoe kan ik mezelf belonen en welke acties kan ik ondernemen als iets mis gaat?	22
Lijst met beloningen.	22
Lijst met acties.	22
 TERUGVAL:	
5. Wat zijn signalen waar ik aan kan herkennen dat het niet goed met mij gaat?	24
De volgende punten kunnen signalen zijn waaraan ik kan herkennen dat het niet goed met mij gaat.	24
6. Waaraan is een terugval bij mij te herkennen?	25
De volgende punten zouden kunnen aanleidingen zijn waaraan een terugval is te herkennen.	25
Een terugval is te herkennen aan de volgende punten.	25
 CONTROLE VASTHOUDEN:	
3. Welke afspraken ten aanzien van eten en wegen maak ik voor als ik niet meer ben opgenomen?	27
Dit zijn mij afspraken ten aanzien van het eten.	27
Dit zijn mij afspraken ten aanzien van het wegen.	27
4. Welke personen helpen mij om o.a. controle over mijn anorexia te houden en welke afspraken heb ik met hen?	28
Lijst met controle personen.	28
Afspraken die ik met mijn controle personen maak zijn.	28
7. Wat ga ik doen in de weken na de behandeling?	29
Mijn plan om na de behandeling weer te gaan doen is.	29
8. Hoe ziet mijn nazorg traject eruit?	30
 Wat kan en ga ik doen als ik het moeilijk heb?	 31
Wat kan ik doen als ik het moeilijk heb?	31
Wat ga ik doen als ik het moeilijk heb?	31

Inleiding

Dit terugvalpreventie plan is voor jou. Het zal jou helpen je te ondersteunen op de momenten dat het niet lekker loopt. Ook zal het je houvast en oplossingen bieden voor die lastige periodes.

Als je de kliniek kan verlaten, omdat je het faseprogramma goed hebt doorlopen, zul je merken dat sommige situaties nog moeilijk voor je zullen zijn. Dit zal je vooral merken in je eetgedrag en je gedachten hierover. De anorexia is dan nog niet geheel verdwenen, omdat het beter worden van anorexia helaas langer duurt dan de tijd van de klinische behandeling.

Het plan bestaat uit 4 onderdelen

1. motivatie
2. prikkels en zelfcontrole maatregelen
3. terugval
4. controle vasthouden

Deze onderdelen bevatten vragen voor jou om te beantwoorden, zodat het voor jou makkelijk is om een overzicht voor jezelf te maken. Er is ruimte open gelaten om je verhaal op te schrijven en soms zijn er punten gegeven waar achter je je antwoord op kunt schrijven. Mocht deze ruimte niet groot genoeg zijn, gebruik dan een nieuw vel of de achterkant van het papier.

In dit plan, wat je samen met je mentor gaat invullen en bespreken, kun jij zelf geheel duidelijk maken welke situaties, gedachten en gevoelens voor jou moeilijk kunnen zijn en wat jij op moeilijke momenten hieraan kunt doen. Dit terugvalpreventie plan is er om hier alert op te blijven en te gebruiken als steun in de rug. Dus heb je de neiging om te lijnen, veel te gaan bewegen of te laxeren of braken, onderneem dan actie en pak dit plan erbij.

motivatie

Je hebt inmiddels gemerkt hoe lastig het leven met anorexia nervosa voor je is en hoe het leven ook je kan zijn. Om tegen je anorexia nervosa te vechten is het vooral belangrijk dat je weet waarom je geen last meer wilt hebben van de anorexia nervosa. De wil om te werken aan je anorexia nervosa wordt ook wel motivatie genoemd. In dit stuk zal je meer te weten komen over je motivatie en jezelf ook handvaten geven voor de momenten waarin even je motivatie gedaald is.

1. Wat is mijn motivatie om te werken aan mijn anorexia?

Hiermee wordt bedoelt: "Wat zorgt ervoor dat jij tegen je anorexia wilt strijden?"

Schrijf zoveel mogelijk dingen op die je hierbij kunt bedenken.

Motivatielijst:

Ik wil van het vasten & lijnen en het vele bewegen af, omdat ...	Ik wil van mijn negatieve gevoelens die ik heb af, omdat...
• <i>Ik wil me niet meer verstoppen voor het leven door niet te eten</i>	• <i>Ik wil weer plezier hebben in de dingen</i>
• <i>Ik wil weer energie hebben om dingen te gaan doen</i>	• <i>Ik wil een reëler lichaamsbeeld</i>
•	• <i>Ik wil af van al mijn eetgedachtes, zodat ik weer aan andere dingen kan denken</i>

2. Mijn lijst voordelen en nadelen van mijn anorexia.

In de loop van je behandeling heb je waarschijnlijk meer zicht gekregen op de voordelen en nadelen van je anorexia. Probeer ze nog eens allemaal voor jezelf op een rijtje te zetten.

Schrijf eerst alle voor- en nadelen die je kunt bedenken op. Ga dan per lijst kijken welke voor- en nadelen voor jou het meest meespelen en zet die bovenaan in de lijst. De lijst eindigt dan met de voor- en nadelen die je het minst belangrijk vindt.

Voor- en nadelen lijst:

Voordelen van mijn anorexia zijn:	Nadelen van mijn anorexia zijn:
• <i>Mensen bewonderen mij om mijn slanke lijn</i>	• <i>Ik durf niet uit eten te gaan met mijn vriendinnen</i>
• <i>Mijn ouders zijn meer thuis</i>	• <i>Ik heb weinig energie, nergens zin in</i>
• <i>Door het braken kan ik wat eten zonder veel aan te komen</i>	• <i>Ik heb allerlei lichamelijke klachten (koud, niet ongesteld e.d.), waardoor ik niet altijd kan doen wat ik wil</i>
• <i>Ik krijg meer aandacht door mijn eetstoornis</i>	• <i>Ik heb meer ruzie met mijn ouders over het eten</i>
• <i>Ik heb minder verantwoordelijkheden</i>	• <i>Mijn leven wordt beheerst door (niet) eten</i>
• <i>Ik word niet of minder geconfronteerd met dingen die ik moeilijk vind</i>	• <i>Het staat mij in de weg om verder te gaan met andere dingen in het leven, werken, studeren e.d.</i>

3. Motivatiebrief aan mezelf

Deze brief schrijf je, zodat je hem erbij kunt pakken op de momenten dat je het moeilijk hebt of als je merkt dat je motivatie aan het verminderen is. Deze brief geeft je dan weer een stukje motivatie terug.

Om de brief te schrijven is het handig als je eerst nadenkt over welke redenen voor jou het meest van belang zijn om tegen je anorexia te vechten. Je kunt hiervoor kijken naar je motivatielijst en je voor- en nadelen lijst. Schrijf over deze punten, of dit punt een brief aan jezelf, waarmee je jezelf kan motiveren op moeilijke momenten.

Blijf steeds kijken of de brief nog motiveert en pas hem anders aan, zodat je altijd een goede brief voor jezelf hebt liggen, welke je motivatie kan geven om verder te vechten tegen je anorexia.

Motivatiebrief aan mezelf:

Deze brief lees je waarschijnlijk op een moment dat je je heel rot voelt; je voelt je down, eenzaam en onrustig. De neiging om weer te gaan vasten of heel veel te bewegen komt weer bij je naar boven. Maar deze motivatiebrief heb je er niet voor niks bijgepakt. Ten diepste wil je helemaal niet gaan vasten of extreem bewegen, omdat je weet dat dat ook niet goed voelt en het niks oplost. Je wilt juist graag van je anorexia af, zodat je je weer lekkerder gaat voelen. Pas als je leven niet meer wordt beheerst door het niet eten, dan pas zul je echt kunnen leven, echt kunnen genieten van de soms zo kleine dingen. Wat zal het heerlijk zijn straks niet meer zo somber te zijn, meer energie te hebben en te leven zonder deze obsessie. Soms is het moeilijk dit voor ogen te houden. Maar kijk eens naar wat je allemaal heb bereikt in je vorige behandeling! Je hebt al keihard aan jezelf gewerkt, nu dit laatste stukje nog. En ook al is dat hartstikke moeilijk, je weet dat je het kan. Je hebt het bewezen. Terugkijkend op je leven, zijn er al zo vaak momenten geweest waarop je het niet meer zag zitten en voor de dood wilde kiezen. Maar je hebt het niet gedaan. Elke keer opnieuw ben je de strijd aangegaan en het zou zonde zijn die nu op te geven. Kom op meid, je weet dat je de kracht in je hebt om dit rotgevoel op een andere manier op te lossen. Doe dat, ga ervoor en zet 'm op!

4. Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin en vijand.

Om je meer bewust te worden van de rol van de anorexia in je leven schrijf je een brief aan je anorexia. De anorexia kan soms je beste vriend/ vriendin zijn, omdat het je kan steunen op moeilijke momenten, je rust kan geven etc. Aan de andere kant kan je de anorexia soms ook zien als je vijand, die je leven binnen kan sluipen, je kan isoleren van andere mensen, je leven kan verpesten etc. Beschrijf in je brieven waarom en wanneer de anorexia je vriend(in) is en waarom en wanneer het je vijand wordt.

Brief aan mijn anorexia als vriend of vriendin:

Beste anorexia,

Bedankt dat je me helpt in moeilijke tijden. Als ik me alleen voel en niet weet wat ik moet doen, heb ik altijd jou achter de hand. Je hangt altijd om mij heen als een goede vriendin. Als ik eens iets moeilijks meemaak, zorg jij ervoor dat mijn gedachten naar het niet eten gaan. Door het vasten en lijnen ben ik lekker even weg van alle zorgen. Zodoende hoef ik ook geen lastige keuzes te maken, want ik ben te druk met het denken aan niet eten en veel bewegen. Je bent een echte vriend. Zelfs 's nachts ben je bij me, wanneer ik droom over lijnen. Dat is een grote steun. Jij zorgt ervoor dat ik mij beschermd voel. Jij bent mijn veilige plaats waar ik kan schuilen. Jij geeft mij het gevoel dat ik controle kan hebben over wat ik denk en voel. Dat is erg fijn. Jij zorgt ervoor dat ik me speciaal voel. Dat ik me anders voel dan anderen. Bedankt voor alles,.

Brief aan mijn anorexia vijand:

Jij verpest mijn leven. Jij zit mij dwars. Jij sluipst mijn leven binnen wanneer ik dat niet wil. Jij zorgt ervoor dat ik mijn eigen vrienden niet kan zien. Als ik eens gezellig uit eten wil met vrienden, verstoor jij de boel. Als ze me uitnodigen maak jij me bang. Zo bang, dat ik besluit niet mee te gaan. Waarom moest je precies mij hebben? Had iemand anders gekozen. Ik haat je. Je hebt me gevangen in je klauwen en je laat me niet los. Jij stopt mijn hoofd vol met gedachten over eten. Je wordt bedankt, maar niet heus..... Ik wil dat je ophoudt!

prikkels en zelfcontrolemaatregelen

Er zijn heel veel prikkels die vooraf gaan aan het “niet eten/ veel bewegen/braken/ laxeren”. Een prikkel is iets wat je om je heen waarneemt (bijvoorbeeld een vervelende opmerking van een vriendin) of binnen jezelf (bijvoorbeeld stress om een overhoring op school) waardoor jij gestimuleerd wordt om naar je anorexia te grijpen. Als deze prikkels er zijn, ben je sneller geneigd om weer terug te vallen op de anorexia. Door deze prikkels op te schrijven en te kijken wat je hier voor maatregelen tegen kunt nemen om het in goede banen te leiden heb je meer controle over jezelf. Je kan hierdoor eerder ingrijpen waardoor de anorexia je minder kan overvallen.

1. Wat zijn prikkels waardoor ik veel ga bewegen/ lijnen/vasten/braken/laxeren en welke maatregelen kan ik hiertegen nemen?

In je behandeling ben je er waarschijnlijk ook meer achter gekomen wat prikkels kunnen zijn waardoor je veel gaat bewegen/ lijnen/vasten/braken/laxeren. Bijvoorbeeld: het zien van eten, vermoeidheid, ruzie, verdriet etc. Zet deze prikkels eens op een rij en zet erbij wat je hier tegen zou kunnen doen in plaats van op je anorexia terug te vallen door weer meer te gaan bewegen, vasten of lijnen en het braken of laxeren. Als je klaar bent met het lijstje, maak je een samenvatting door (maximaal 5) de belangrijkste prikkels voor jezelf op te schrijven.

Denk ook aan leuke, spannende en nieuwe situaties die als moeilijk gezien kunnen worden, zoals verliefdheid, seksuele gevoelens, complimentjes krijgen, etc. !

Lijst met prikkels en maatregelen:

prikkels:	maatregelen
• <i>vervelen/ alleen zijn</i>	• <i>Vrienden/ kennissen gaan opbellen/ opzoeken/ uitnodigen, leuke dingen gaan doen, huis gaan opruimen, gaan wandelen enz.</i>
• <i>vermoeidheid</i>	• <i>Rust nemen, niet te veel plannen, afspraken afzeggen, een warm bad of een warme douche nemen, vroeg naar bed.</i>
• <i>invulgedachten</i>	• <i>Nagaan bij mezelf of dit wel reële gedachten zijn, navragen bij die persoon of hij/ zij inderdaad die gedachten heeft. In ieder geval uiten.</i>
• <i>teleurstelling</i>	• <i>Opschrijven of opnoemen wat wel goed is gegaan = de positieve dingen van elke dag opschrijven, er over praten met andere mensen, als troost iets leuks gaan doen of iets leuks voor mijzelf gaan kopen.</i>
• <i>boos zijn, ruzie hebben gehad</i>	• <i>Boosheid uiten, ruzie uitpraten, er met iemand anders over praten, opschrijven wat de reden was voor de ruzie/ het boos worden.</i>
• <i>onzeker zijn over mijn uiterlijk/ kijken naar mensen die veel mooier en knapper zijn dan ik</i>	• <i>Opnoemen of opschrijven wat er wel mooi is aan mijzelf, het uitten tegenover anderen, mijzelf mooi opmaken en aankleden zodat ik er op mijn best uitzie.</i>
• <i>gewichtsschommelingen</i>	• <i>Een normaal eetpatroon van 3 maaltijden en 2 tussendoortjes aanhouden geen maaltijden / tussendoortjes overslaan.</i>

De vijf belangrijkste prikkels voor mij zijn:

1. gewichtstoename
2. teveel dingen aan mijn hoofd hebben
3. emoties/ gevoelens (verdrietig, boos, angstig, alleen voelen e.d.)
4. onzekerheid over mijn uiterlijk/ mensen zien die ik knapper en slanker vind
5. nare opmerkingen van anderen

2. Mijn lijst met moeilijke voedingsmiddelen.

het ene voedsel eet je makkelijker dan het andere voedsel. Om te zorgen dat je zoveel mogelijk gevarieerd en gezond blijft eten is het handig dat je weet welke voedingsmiddelen voor jou nog moeilijk zijn om te eten. En dat je voor jezelf duidelijk hebt welke van deze voedingsmiddelen wel van belang zijn voor je en hoeveel je er van moet eten. Maak hiervoor een lijst met voedingsmiddelen die nog erg moeilijk voor jou zijn om te eten. Dit zijn producten waarbij je nog snel de neiging hebt om door juist helemaal niet meer te eten, veel te gaan bewegen of te gaan braken/ laxeren daarna. Schrijf hierna waarom je sommige producten toch wilt eten en welke hoeveelheid je ervan wilt gaan eten.

Mijn top 10 van moeilijke voedingsmiddelen:

1. boter
2. chips
3. drop
4. chocola
5. friet
6. taart
7. koekje
8. tosti
9. vla
10. toast
11. zoet beleg

Welke voedingsmiddelen van bovenstaande lijst wil ik wel gaan eten en waarom wil ik dit en hoeveel moet ik er dan van eten.

Voedingmiddel dat ik wel wil blijven/gaan eten	Ik wil dit eten omdat...	Ik wil er de volgende hoeveelheid van eten...
<i>boter</i>	<i>Er gezonde vitamine inzitten</i>	<i>Per dag op 4 boterhammen boter smeren en ook het bakken van vlees in een klontje boter doen</i>
<i>taart</i>	<i>Ik het aangeboden krijg op feestjes en ook wel eens gewoon JA wil kunnen zeggen in plaats van NEE.</i>	<i>Op een verjaardag wil ik een klein stukje taart eten.</i>
<i>friet</i>	<i>Mijn vriendinnen dit vaak nemen als we in de stad lopen en ik geen smoesjes wil verzinnen over waarom ik het niet neem.</i>	<i>Ik wil minimaal 1x per maand een patatje eten</i>

3. Hoe kan ik mezelf belonen en welke acties kan ik ondernemen als iets mis gaat?

Als je hier na de behandeling weggaat is het nog een hele opgave om het gezond eten vast te blijven houden en uit te breiden. Daarom is het belangrijk om ook jezelf af en toe een schouderklopje te geven als het goed gaat, om jezelf eens te belonen bijvoorbeeld door: een leuk kettinkje te kopen, lekker naar de film te gaan, een bosje bloemen te halen voor jezelf enz.

Aan de andere kant is het belangrijk om de anorexia voor jezelf niet weer aantrekkelijk te maken. Je moet jezelf dus niet belonen als het mis is gegaan. Daarom is het belangrijk om een actie te bedenken. Dit is iets wat je gaat doen direct nadat het mis is gegaan, bijv. schrijven, iemand bellen, of iets anders. Het is belangrijk dat de actie wel nuttig is en dat het niet een straf wordt.

Lijst met beloningen:

Als iets goed is gegaan geef ik mezelf een schouderklopje door 1 van onderstaande punten te gaan doen:

- *Even ertussenuit (naar de film, stad e.d.)*
- *Iets voor jezelf kopen (kettinkje, tijdschrift, horloge, make-up e.d.)*
- *Jezelf verwennen (avondje achter de tv zitten, even niks moeten enz.)*

Lijst met acties:

Als iets mis is gegaan, reageer ik hierop met 1 van onderstaande acties:

- *Iemand bellen en vertellen dat het niet goed is gegaan met eten.*
- *Gaan schrijven om er bij stil te staan.*
- *Vervelende dingen regelen die toch moeten gebeuren.*

TERUGVAL

Een terugval houdt in dat je weer meer met niet eten, veel bewegen en/of laxeren en braken bezig bent. Dit is iets wat voor jou niet prettig is, omdat het een stapje terug is. Een terugval hoeft niet erg te zijn, je kan na een terugval altijd weer verder gaan met je strijd tegen anorexia. Toch is het wel vervelend voor je.

Het volgende stuk helpt je om in te zien welke dingen bij jou kunnen zorgen voor een terugval en je zal ook jezelf tips geven om dit te voorkomen.

1. Wat zijn signalen waar ik aan kan herkennen dat het niet goed met mij gaat?

Nog voordat je weer gaat lijnen & vasten, meer bewegen of laxeren of braken, voelt jij waarschijnlijk al dat het niet lekker loopt. Je herkent op het moment dat het niet lekker met je gaat misschien het gevoel niet, maar dan kun je wel al letten op de dingen die je doet als je niet lekker in je vel zit. Als jij voor jezelf op een rijtje hebt staan wat jij doet als je niet lekker in je vel zit, dan kunt je dit eerder herkennen en actie ondernemen.

De volgende punten kunnen signalen zijn waaraan ik kan herkennen dat het niet goed met mij gaat

- *ik zeg afspraken af*
- *ik ga mij terugtrekken*
- *ik lig veel in mijn bed*
- *veel bewegen*
- *ik neem de telefoon niet op*
- *extreem met mijn uiterlijk en gewicht bezig zijn*
- *afvallen in gewicht*
- *lijnen/ vasten// braken/ laxeren*
- *niet eten*
- *extreme vermoeidheid/ geen energie hebben*
- *te vaak op de weegschaal staan*
- *negatief zelfbeeld*
- *als ik somberder word*
- *als ik heel negatief word*

2. Waaraan is een terugval bij mij te herkennen?

Het kan een hele tijd goed gaan maar toch zit er altijd een kans in dat je vroeg of laat toch weer teruggrijpt op het niet eten, vele bewegen of het laxeren of braken. Wat zijn voor jou prikkels om terug te vallen? En kijk daarnaast naar wat de dingen zijn waaraan je kunt herkennen dat je weer terugvalt in het niet eten, veel bewegen en/of laxeren of braken.

De volgende punten kunnen aanleidingen zijn waardoor ik weer zou kunnen terugvallen:

- grote veranderingen; in werk, school, relaties, woonruimte, vriendinnen
- conflicten met vriend/vriendin, vrienden, ouders, broers en/of zussen of op school
- door ziekte (bijvoorbeeld de griep) zijn afgevallen
- als ik niet regelmatig eet (lijnen, , braken, laxeren e.d.) en teveel ga bewegen
- als ik afval in gewicht.
- mijn gevoelens niet uiten, problemen en irritaties niet bespreken/ uitspreken
- als ik me ongelukkig voel (eenzaam, boos, verdrietig, teleurgesteld)
- als ik te hoge eisen stel aan mijzelf en teveel over mijn grenzen ga
- als iets totaal anders gaat als ik het me had voorgenomen

Een terugval is bij mij te herkennen aan de volgende punten:

- Als ik weer heel erg geobsedeerd ben door eten
- Als ik wekelijks dingen oversla van de voedingslijst/voedingsafspraken, of dingen ga compenseren.
- Als ik afval in gewicht.
- Als ik weer ga vasten/ lijnen/ braken/ laxeren.
- Als ik weer voor een lange periode onregelmatig en niet gevarieerd ga eten
- Als ik mij terug ga trekken/ isoleren (bijv. de telefoon niet meer opnemen)
- Als ik voor een langere periode erg somber ben/ veel in bed lig
- Als ik ga overbewegen.
- Als ik niet meer ongesteld wordt
- Als ik weer calorieën ga tellen
- Als ik heel onverschillig word over andere dingen/ mensen en ik alleen nog maar met mijzelf en met eten bezig ben

CONTROLE VASTHOUDEN

De controle over je anorexia ligt na je klinische behandeling voor het grootste deel in je eigen handen. Er zijn dan niet altijd mensen in de buurt die je wijzen op je anorexia en je hierin intensief begeleiden. Dit zal, zeker in het begin, wel lastig voor je zijn, maar is wel haalbaar. En het zal je ook een trots gevoel geven als je merkt dat je je anorexia zelf in de hand kan houden. Dat je zelf je anorexia in de hand moet houden, betekend absoluut niet dat je daar geen hulp van anderen bij mag vragen. Het is juist belangrijk dat je wel zorgt dat er mensen zijn die je vertrouwd en die jou willen steunen en helpen bij het onder controle houden van je anorexia.

1. Welke afspraken ten aanzien van wegen en eten maak ik voor als in niet meer ben opgenomen?

Na de behandeling hier ziet je dag er meestal weer heel anders uit, je gaat weer naar school of werken of misschien eerst een tijdje rustig aan doen. Je hebt niet meer 5 dagen in de week mensen om je heen die vragen hoe het gaat en die met je meekijken. Daarom is het belangrijk goed te kijken naar de afspraken rondom het eten en wegen om de aandacht hierop niet te laten verslappen en het jezelf niet moeilijker te maken dan dat het al is.

Bij belangrijke afspraken rondom het eten is het belangrijk om te kijken naar wat bijvoorbeeld nog moeilijke dingen voor je zijn en wat je hier de komende periode over af wil spreken, is het bijvoorbeeld belangrijk je komende periode eerst nog aan een voedingslijst te houden of wil je dit juist meer loslaten. En hoe ga je dat dan doen?

Bij het wegen kun je bijvoorbeeld afspraken maken met betrekking tot: "hoe vaak weeg je je en op welk tijdstip, is het belangrijk voor je om na afloop iemand te bellen etc."

Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het eten:

- *Een normaal en regelmatig eetpatroon aanhouden (3 hoofdmaaltijden en 3 tussendoortjes per dag)*
- *Niet overbewegen, dus maximaal 3 keer in de week sporten*
- *Brood en tussendoortje meenemen naar de stad, onderweg en naar de oppas*
- *Ik kook minstens 4 keer in de week voor mijzelf.*

Dit zijn mijn afspraken ten aanzien van het wegen:

- *Elke week op dezelfde dag + tijd wegen*
- *Gewicht noteren*
- *In de gaten houden of ik niet aankom/ te snel afval*
- *In de gaten houden of ik niet onder/ boven mijn SD uitkom*

2. Welke personen helpen mij om o.a. controle over mijn anorexia te houden en welke afspraken heb ik hiermee?

Om alert te blijven is het fijn om eens te kijken naar mensen om je heen die je hierbij kunnen helpen. Kijk welke afspraken je met deze mensen zou kunnen maken. Is het bijvoorbeeld belangrijk voor je dat jij hun één keer per week belt om ze te vertellen hoe het met je gaat (w.b. eten en andere zaken). Bekijk wanneer je iemand inschakelt en ook wanneer jij van hen verwacht dat zij initiatief nemen om contact met jou op te nemen. Je kan zelf kiezen hoeveel personen je erbij wilt betrekken.

Lijst met controle personen:

Naam:	Telefoonnummer	Emailadres
Moeder		
Tante		
Vriendin		
Mentor op school		

Afspraken die ik met mijn controle personen maak zijn:

- Ik bel de komende 6 maanden elke woensdag een van mijn controlepersonen op (om de beurten). Als ik niet bel en ik heb niet laten weten waarom ik niet kon bellen, bellen zij mij en spreken mij hierop aan. Het blijft wel mijn eigen verantwoordelijkheid om te bellen.
- Om de zes weken heb ik een persoonlijke afspraak met mijn controlepersonen om alles door te spreken en om te evalueren hoe het de afgelopen periode is gegaan.
- Ik heb altijd de mogelijkheid om mijn controlepersonen te bellen als ik eetdrang heb of als ik ergens mee zit; het is belangrijk om mijn gevoelens en irritaties uit te spreken (prikkel). Samen met mijn controlepersoon kijk ik wat de prikkels en/ of aanleidingen zijn waardoor ik eetdrang heb gekregen en kijken of ik een eetbui op dat moment of een volgende keer kan stoppen of voorkomen.
- Mijn controlepersonen mogen mij er altijd op aanspreken als zij denken dat er iets niet goed gaat. (Bijvoorbeeld somber, terugtrekken, lijnen e.d.)
- Ik heb afgesproken dat ik in ieder geval 1x per week mijn preventieplan doorlees, mijn controlepersonen mogen dit navragen.
- Mijn controlepersonen kunnen mij ook helpen met dingen te relativeren als ik denk dat ik veel te veel heb gegeten en ik mij heel dik en opgeblazen voel. We kunnen dan kijken hoeveel ik echt gegeten heb en of dat normaal is in vergelijking met anderen.

3. Wat ga ik doen in de weken na de behandeling

Zoals hierboven al staat is de periode na de behandeling heel erg wennen omdat je weer 5 dagen in de week zelf kan indelen. Dit kan natuurlijk heerlijk zijn, want je hebt eindelijk weer eens tijd voor dingen, je kunt er misschien even tussenuit of alle vriendinnen zien die je een tijd niet gesproken hebt. Maar afgezien van de leuke kant is het natuurlijk ook best moeilijk dat je niet meer de structuur hebt van de therapieën en de tijd zelf in moet delen. Daarom is het belangrijk om te kijken wat je nou precies de weken na de behandeling gaat doen.

Mijn plan om na de behandeling weer te gaan doen is:

- *Werkhervatting of studiehervatting: langzaam en in goed overleg opbouwen.*
- *Hobby's blijven doen als afleiding*
- *Lekkers blijven eten zonder schuldgevoel*
- *Mijn voeding blijven variëren. .*
- *Alert blijven op signalen die erop wijzen dat het niet lekker met me gaat*
- *Vooraf weer leuke dingen gaan doen, zoals winkelen, lezen, opstap met vriendinnen*

4. Hoe ziet mijn nazorgtraject eruit?

Als laatste puntje in je terugvalpreventie plan zorg je ervoor dat het voor jezelf duidelijk is hoe jouw nazorg eruit zal zien en wat jij, maar ook wat je mentor, nodig denkt te hebben aan nazorg. Dit kun je doen door voor jezelf vragen op te stellen over je nazorg, zoals:

- *Wie was de vorige hulpverlener? En kan ik hiernaar terug?*
- *Sluit de hulpverlening goed aan of moet ik nog gebruik maken van overbrugging*
- *Welke hulpverlening is er bij mij in de buurt? Kan ik hier terecht?*
- *Wil ik nog nazorg bij een diëtiste?*
- *Is het nog goed voor mij om gebruik te maken van een zelfhulpgroep?*

Kijk dan samen met je mentor naar deze vragen en vul ze eventueel nog aan. Hierna kun je samen met je mentor op zoek naar de antwoorden op je vragen.

Wat kan en ga ik doen als ik het moeilijk heb

Als laatst een heel belangrijk stuk. In dit stuk geef je zelf aan wat je kunt gaan doen als het niet lekker met je gaat. Neem in deze lijst zoveel mogelijk stukjes uit je eerder geschreven opdrachten mee. Hieronder staat wat je allemaal kunt doen. Bedenk zelf hoe jij wilt dat dit lijstje eruit ziet. Wat is voor jou het meest belangrijk bijvoorbeeld, zet dat dan bovenaan de lijst.

Als ik het moeilijk heb kan ik:

- Mijn terugvalpreventie plan erbij pakken en doornemen
- Mijn motivatiebrief erbij pakken.
- Mijn voor- en nadelen lijst van anorexia nervosa erbij pakken.
- Een controle persoon opzoeken/bellen, om met haar/hem erover te praten.
- De lijst met prikkels en maatregelen erbij pakken en kijken of daar op staat wat ik nu kan doen.
- Mezelf belonen als het goed gaat en een actie ondernemen als het minder goed gaat. Hiervoor kijk ik naar mijn lijst met beloningen en mijn lijst met acties.
-
-
-

Als ik het moeilijk heb ga ik:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Je hebt nu je hele plan ingevuld en besproken. Houd je plan up-to-date, zodat je het er altijd bij kunt pakken als je het even moeilijk hebt, of om het gewoon nog eens door te lezen.

Hopelijk helpt het je om verder te komen in je strijd tegen je anorexia.

Veel succes en geloof in jezelf!



Terugvalpreventie bij Anorexia Nervosa

Samira Abdalas & Mieke Bruins

Begeleiding:
Elke van het Erve & Bas de Jong

april 2005

Inhoudsopgave

	Pagina
Inleiding	2
Adviesrapport	3
A. Oorzaak anorexia	3
B. Motivatie	3
C. Instandhoudende factoren	3
D. Cognities en controle verlies	4
E. Behandeltraject	4
F. Therapieën	4
G. Psychofarmaca	4
H. Ontslag criteria	4
i. Nazorg	4
J. Terugval	
Uitwerking adviesrapport	6
Ad. A. Oorzaak anorexia	6
Ad. B. Motivatie	6
Ad. C. Instandhoudende factoren	7
Ad. D. Cognities en controle verlies	8
Ad. E. Behandeltraject	9
Ad. F. Therapieën	10
Ad. G. Psychofarmaca	11
Ad. H. Ontslag criteria	11
Ad. I. Nazorg	11
Ad. J. Terugval	12
Bijlage	13
1) Motivatie technieken	13

Leiden, april 2004

Inleiding

In april 2005 hebben wij ons onderzoek bij Curium unit 1; eetstoornissen, naar terugvalpreventie na een klinische opname bij anorexia nervosa, afgerond. Dit onderzoek deden wij in het kader van ons afstudeerproject aan de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool in Den Haag. Het onderwerp is tot stand gekomen in overleg met de casemanager van unit 1; eetstoornissen genaamd C. v/d Laan.

De vraag die wij onszelf aan het begin van ons onderzoek hebben gesteld is:

Hoe kan academische kinder- en jeugdpsychiatrie centrum Curium in Oegstgeest de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa in unit 1 versterken en /of aanpassen, zodat de kans op terugval na de behandeling wordt verkleind?

Het antwoord op onze vraagstelling is:

Academische centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Curium in Oegstgeest kan de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa op unit 1 versterken en aanpassen, om de kans op terugval na de behandeling te verkleinen, middels het uitvoeren van de adviezen uit het adviesrapport.

Wij hebben in een productverslag alle verzamelde informatie gebundeld en tevens onze conclusies beschreven. Naar aanleiding van deze conclusies zijn 2 producten tot stand gekomen. Een product is dit adviesrapport wat wij hebben opgesteld voor Curium en het tweede product is een terugvalpreventie plan voor de patiënten op unit 1; eetstoornissen met een handleiding voor de organisatie en de sociotherapeuten.

Alle drie de producten (productverslag, adviesrapport en het terugvalpreventie plan met handleiding) zijn te vinden bij de behandelcoördinator van unit 1: K. van Dongen en de casemanager: C. v/d Laan. Ze kunnen als aanvulling op de tekst in dit adviesrapport dienen.

Op basis van onze onderzoeksresultaten, zullen wij in dit adviesrapport onze aanbevelingen voor de behandeling van anorexia nervosa op Curium weergeven. Middels literatuurstudie en praktijkonderzoek (interviews en observaties), zijn wij gekomen tot het maken van heldere analyses die hebben geleid tot het schrijven van de conclusies. Vanuit deze conclusies zijn wij gekomen tot ons adviesrapport. Wij willen een aantal weloverwogen adviezen uitbrengen die van belang zijn om de kans op terugval na de klinische behandeling te verkleinen. Onze adviezen hebben betrekking op de laatste fase van de behandeling van anorexia nervosa op Curium unit 1; eetstoornissen. Omdat de gehele behandeling van anorexia nervosa van belang is voor de kans op terugval na de behandeling zijn onze adviezen breder gericht dan wij in eerste instantie gedacht hadden. De adviezen die wij hebben gegeven, hebben betrekking op de oorzaken, de motivatie, de instandhoudende factoren, de cognities, het behandeltraject, de therapieën, het ontslag, de nazorg en natuurlijk ook (en niet alleen) op de terugval en preventie van anorexia nervosa. Zo zullen wij dan ook adviezen geven die in eerste instantie niet veel met terugvalpreventie te maken lijken te hebben.

In dit adviesrapport hebben we het over 'zij' als we de patiënt met anorexia nervosa bedoelen. Wij hebben hiervoor gekozen omdat op Curium op dit moment alleen meisjes zijn opgenomen met anorexia nervosa. Maar officieel gezien moet ze 'zij' als 'hij/zij' gelezen worden. Want ook jongens kunnen anorexia nervosa ontwikkelen.

De adviezen hebben wij geschreven, zoals wij de wenselijke situatie zouden zien. De uitwerking van de adviezen geeft weer wat er veranderd kan worden om deze situatie te bereiken.

Samira Abdalas en Mieke Bruins

A. Oorzaak anorexia nervosa

- A. Middels psychologische onderzoeken, observaties en vragenlijsten is bij de behandelverantwoordelijken bekend wat de oorzaken van de anorexia nervosa bij de betrokkene zijn, en worden zij meegenomen in de klinische behandeling.
- B. Bij ontslag van de betrokkene wordt er gekeken naar in hoeverre de oorzaak nog een rol speelt bij de betrokkene.

B. Motivatie

- A. Wanneer de betrokkene vanuit het ambulante voortraject klinisch wordt opgenomen, wordt tijdens de overdracht, de motivatiefase van de betrokkene en de gehanteerde werkwijze hierbij, door de behandelverantwoordelijke nagevraagd. Dit wordt besproken en schriftelijk opgenomen in de eerste jongerenbespreking.
- B. Er is door de behandelverantwoordelijke, in samenwerking met de verschillende vaktherapeuten en sociotherapeuten, schriftelijk opgenomen welke verschillende disciplines van het multidisciplinaire team er tijdens de klinische behandeling aan de intrinsieke motivatie, eigen kunnen en vermogen en ziekte-inzicht van de betrokkene werken, en hoe er aan deze motivatieontwikkeling gewerkt wordt.
- C. In de twee maandelijks jongerenbespreking wordt de motivatiefase en de ontwikkeling hierin, van de betrokkene meegenomen
- D. Het systeem krijgt voorlichting en psycho-educatie over de motivatiefasen en over welke motiveringstechnieken en interventies hierbij passen.
- E. De motivatiefasen en bijbehorende technieken krijgen in de eerste 6 maanden na de klinische behandeling aandacht
- F. Er is aandacht voor een empathische houding richting betrokkene vanuit het systeem.

Motivatietechnieken

Omdat wij het in onze adviezen regelmatig hebben over motivatietechnieken hebben wij deze, als voorbeeld, in de bijlage (1) toegevoegd. Wij adviseren echter om de motivatietechnieken multidisciplinair op te stellen waarbij de cognitief therapeut in samenwerking met de behandelcoördinator een coördinerende rol kan innemen. Tevens adviseren wij om te kijken in hoeverre bijscholing in motivationeel interviewen binnen het team nodig is.

Instandhoudende factoren:

Het volgende stuk gaat over instandhoudende factoren. In ons productverslag (in te zien bij de behandelcoördinator en de casemanager van unit 1) hebben wij een heel hoofdstuk aan deze factoren geweid, aangezien wij ze van groot belang vinden in het genezingsproces van anorexia nervosa. Voor meer informatie over deze factoren verwijzen wij dan ook naar ons productverslag. De instandhoudende factoren waar wij op doelen zijn: lichaamsbeeld, zelfbeeld, zelfwaardering, zelfrespect, zelfvertrouwen, zelfstandigheid, perfectionisme, ontspanning, algemeen functioneren, probleemoplossend vermogen, cognities en omgeving & gezin.

C. Instandhoudende factoren

- A. Er is bij het behandelend team een duidelijk overzicht welke instandhoudende factoren van anorexia nervosa er bij de betrokkene een rol spelen en op welke manier ze van invloed zijn op de instandhouding van de anorexia nervosa. Deze gegevens worden besproken met de betrokkene en verwerkt in een terugvalpreventie plan.
- B. Er is overleg over wie van het behandelend team welke instandhoudende factoren bij de betrokkene behandelt en wat het einddoel hierbij is. De rol van de instandhoudende factor wordt teruggekoppeld naar het multidisciplinaire team.
- C. Er wordt gewerkt aan contacten die de betrokkene heeft buiten de kliniek in vanuit verschillende disciplines.
- D. Na de eerste periode van gewichtsherstel richt de klinische behandeling zich, naast de motivatieontwikkeling en anorectische cognities, zo spoedig mogelijk op de individuele problematiek van de betrokkene.
- E. Een klinische opname duurt zo kort mogelijk. De behandeltime kan per betrokkene sterk verschillen.
- F. Niet volledig gewichtsherstel en niet volledig herstel van eetpatroon hoeft niet per definitie te leiden tot een blijvende klinische opname.

D. Cognities en controle verlies

- A. In de jongerenbespreking is er specifieke aandacht voor de anorectische cognities.
- B. De betrokkenen zijn op de hoogte gebracht van de werking van de anorectische cognities die opspelen ook na ontslag en weet hiermee om te gaan.
- C. Het is duidelijk in hoeverre de controle op het eigen leven bij de betrokkene weer is teruggewonnen in de laatste fase van de klinische behandeling.

E. Behandeltraject

- A. De betrokkene weet dat de na de klinische behandeling de anorexia nog niet geheel verdwenen is.
- B. De algemene lijn van het faseprogramma wordt in de behandeling aan de betrokkene aangepast.
- C. Evaluatiemomenten van de algehele behandeling en de individuele behandelingen staan vast.
- D. Er komt binnen zes maanden een evaluatiemoment en een plan voor follow-up onderzoek op de langer termijn.
- E. Men gaat uit van de behoefte van de betrokkene en kiest van hieruit voor het te volgen behandeltraject.
- F. Bij de diagnose van anorexia nervosa wordt in de behandeling systeemtherapie standaard geïndiceerd, tenzij er contra-indicatoren zijn.
- G. Ambulante nazorg of poliklinische vervolgbehandeling moet standaard ingezet worden na een klinische opname.
- H. De leeftijdsgrens voor de klinische behandeling wordt, wanneer nodig, door Curium verhoogd naar 21 jaar.
- I. Er komt een volledige vooronderzoek over de anorexia nervosa, instandhoudende factoren, motivatieontwikkeling, systeem en algemeen functioneren, bij de betrokkene voordat men beslist welke vorm van behandeling nodig is.
- J. Curium ziet een afgesloten klinische behandeling als een voorgang in het genezingsproces van de anorexia nervosa en niet als een gehele genezing van de betrokkene.
- K. Er is samenwerking tussen het ambulante traject en Curium.

F. Therapieën

- A. In het multidisciplinaire team wordt besproken wat het doel van de ingezette therapie is en hoe hieraan gewerkt gaat worden.
- B. Er zijn richtlijnen betreft de motivatieontwikkeling, voor de therapeuten waar zij aan moeten werken. Deze zijn multidisciplinair opgesteld.
- C. Ouderbegeleiding loopt na de klinische behandeling nog 6 maanden door.
- D. Follow-up gegevens worden bij ouders gehaald.

G. Psychofarmaca

- A. De invloed van leptine op de ontwikkeling en instandhouding van anorexia nervosa wordt onderzocht.

H. Ontslagcriteria

- A. Onderzoek naar ontslagcriteria wordt opgepakt
- B. Bij ontslag wordt gekeken naar instandhoudende factoren, de sociaal-emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en het systeem functioneren.

I. Nazorg

- A. Er is samenwerking met het nazorgtraject van alle behandelaars.
- B. Er wordt per betrokkene een individueel nazorgplan opgezet.
- C. Nazorg wordt in de laatste fase geïntroduceerd en meteen na de klinische behandeling voort gezet
- D. De psychomoteur en /of de cognitieve therapeut houdt de behandelverantwoordelijken op de hoogte de stand van zaken betreffende de ontslagen betrokkenen

J. Terugval

- A. Er wordt een terugvalpreventie plan gemaakt. De sociotherapeuten hebben in samenwerking met

- de behandelcoördinator, een uitgewerkt terugvalpreventie plan aangepast op unit 1.
- B. Een kleine terugval binnen de behandeling wordt door de behandelaars getriggerd. De behandelcoördinator in overleg met de sociotherapeuten bereiden deze situatie voor.
 - C. Terugvallen leiden tot motivatievergroting en ziekte-inzicht
 - D. Terugvallen na de klinische behandeling worden zoveel mogelijk voorkomen via een terugvalpreventie plan.
 - E. Er is een bijeenkomst om met het multidisciplinaire team te spreken over terugval, ter ontwikkeling van verschillende ideeën en visie hierop.
 - F. Tijdens de behandeling wordt er een controlepersoon voor na de klinische behandeling door de betrokkene zelf uitgezocht. Het introduceren van een controlepersoon is als onderdeel van het terugvalpreventie plan.

Terugvalpreventie plan

Omdat wij het erg belangrijk vinden dat er binnen de klinische behandeling een terugvalpreventie plan wordt geïntroduceerd hebben wij deze uitgewerkt. Wij denken dat de kans op een terugval na de klinische behandeling op unit 1 verkleind kan worden door het inzetten van een ambulante vervolgbehandeling en middels het gebruik van dit terugvalpreventie plan. Het uitgewerkte plan kan binnen de organisatie en binnen unit 1 geïmplementeerd worden en is te vinden bij de casemanager en de behandelcoördinator van unit 1.

Uitwerking adviesrapport

Ad. A. Oorzaak anorexia nervosa

- A. Er kan meer inzicht komen in de oorzaken van de anorexia nervosa en de invloed hiervan op de algehele behandeling. Dit kan middels psychologische onderzoek, observaties en vragenlijsten behaald worden. Tevens kan Curium er aan denken om, als de vernieuwde behandeling geheel op poten is, verder onderzoek te laten uitvoeren via hun onderzoeksbureau naar de algemene oorzaken van anorexia nervosa.
- Het doel van dit advies is dat duidelijk wordt welk van de biologische, psychologische en/of sociaal-culturele oorzaken aanstichter van de anorexia nervosa is. Als men dit in beeld heeft, kan dit meegenomen worden in de klinische behandeling en zal het leiden tot meer inzicht in de stoornis en de juiste behandeling ervan.
- B. Op het moment van ontslag is naar onze mening op dit moment te weinig duidelijk over in hoeverre de oorzaak van de anorexia nervosa nog een rol speelt bij de betrokkene. Door tijdens de laatste klinische bespreking hier in het multidisciplinaire team de aandacht op te richten en dit te rapporteren kan men ervoor zorgen dat in de overdracht naar de nazorgvoorziening dit wordt meegenomen. De nazorgvoorziening kan dit dan meenemen in hun behandeling en hierdoor de kans, dat door de oorspronkelijke oorzaak de anorexia nervosa bij de betrokkene weer de kop opsteekt, verkleinen.
- Denk hierbij aan het feit dat niet alle oorzaken weggenomen kunnen worden, bijvoorbeeld de genetische factoren. Het is dan ook van belang dat de betrokkene leert omgaan met de oorzaken van de anorexia nervosa. Ook hierdoor zal de aanvankelijke oorzaak niet weer de controle over de betrokkene terug kunnen krijgen.

Ad. B. Motivatie

- A. Curium krijgt veel cliënten binnen zonder dat er een duidelijke overdracht is geweest. Voor een groot deel kan Curium hier weinig aan doen, aangezien zij hierbij afhankelijk zijn van de andere behandelvoorziening. En soms krijgen zij ook cliënten die niet eerder behandeling hebben gehad, maar zo uit het ziekenhuis bij Curium onder gebracht worden. Waar mogelijk zal Curium meer moeite kunnen doen om informatie over de motivatie in het eerdere behandeltraject te verkrijgen. Dit kan door naar de motivatiefase van de betrokkene te vragen tijdens de overdracht en anders kan de behandelcoördinator bellen naar de eerdere behandelvoorziening en gericht vragen te stellen betreffende de motivatiefase van de betrokkene. Vanuit deze motivatiefase kunnen dan de specifieke motiveringstechnieken voor de klinische behandeling uitgezet en beschreven worden. Zo wordt voor iedereen duidelijk hoe ze met de betrokkenen om kunnen gaan betreffende het motivationeel werken.
- Dit zal ervoor zorgen dat de motivatiegroei gemakkelijker op gang komt, omdat iedereen in het behandelproces zich er op dezelfde manier op richt.
- Het vergroten van de motivatie is van groot belang om te zorgen dat de betrokkene de behandeling volhoudt, goed volbrengt en uiteindelijk, middels motivatie voor beter worden, de anorexia nervosa zelf onder controle kan houden.
- B. Er is op Curium veel aandacht voor de motivatie en ontwikkeling hiervan en men heeft hier ook veel kennis over in huis. Wij vinden wel dat de fase en bijbehorende motiverende interventies voor elke discipline schriftelijk vast gelegd dienen te worden. Tevens kan hierbij beschreven worden wie van het multidisciplinaire team bezig zijn met de motivatieontwikkeling en wat hun verantwoordelijkheden en einddoelen hierbij zijn. Zo kan er meer houvast gecreëerd worden, de eenduidigheid bevorderd worden, zijn de veranderingen bij de betrokkene gemakkelijker op te merken en is het voor iedereen overzichtelijk.
- C. De motivatiefase van de betrokkene en ontwikkelingen hierin, kunnen door het multidisciplinaire team beter in kaart gebracht worden, dan dat nu het geval is. Het team kan dit bereiken door dit in de twee maandelijkse jongerenbespreking te bespreken. De behandelcoördinator heeft hierbij dan de coördinerende rol en geeft in grote lijnen de bijbehorende motivatietechnieken (zie ook bijlage 1) weer. Ontwikkelingen en strategieën in de motivatie, naar aanleiding van de jongerenbespreking kunnen hiernaast ook multidisciplinair overgebracht worden middels de notulen van deze bespreking. Men bereikt hiermee meer eenduidigheid tussen de verschillende disciplines betreffende de motivatie, waardoor de behandeling van de motivatievergroting wordt versterkt.
- D. Men heeft aandacht voor het systeem op Curium en geeft hen begeleiding en psycho-educatie. Men kan zich er echter meer op richten om ook meer te vertellen over de motivatiefasen en over welke motiveringstechnieken en interventies hierbij passen. Zodat ook het systeem deze

bij de betrokkene kunnen toepassen en dus ook buiten de kliniek de motivatieontwikkeling geprikkeld wordt en zo sneller vergroot zal worden en in stand gehouden kan worden. In eerste instantie zijn, ons inzien, de ouderbegeleiding en/of systeemtherapeut verantwoordelijk voor het uitvoeren hiervan, in tweede instantie de sociotherapeuten. Het proces hiervan loopt gelijkmatig en gefaseerd met het faseprogramma op de unit.

- E. Curium heeft weinig inspraak in de nazorg van de klinische patiënten. Maar kan er wel meer voor zorgen dat tijdens de klinische behandeling het systeem op de hoogte wordt gebracht van het belang van motivatiebehoud bij de betrokkene, de werking van de motivatiefasen en de interventies hierbij en tevens kan er door het systeem in de praktijk mee worden geoefend als de betrokkene dagen en nachtes naar huis kan en mag. De systeemtherapeut en/of de ouderbegeleiding zijn verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan en kunnen dit introduceren bij het systeem. Zij kunnen hierin ondersteund worden door de sociotherapeuten op de groep. Het is belangrijk dat de betrokkene na de klinische behandeling haar motivatie behoudt of zich nog verder ontwikkelt. Zeker in de eerste 6 maanden na ontslag, aangezien de kans op terugval dan het meeste aanwezig lijkt te zijn. Door de aangeleerde interventies en motivatietechnieken in het systeem zal de betrokkene zijn motivatie gemakkelijker behouden en dus niet zo snel terugvallen.
- F. Een empathische houding vanuit het systeem ontbreekt nog wel eens bij de behandeling van anorexia nervosa. Curium kan hier mee op inspelen door de sociotherapeuten, ouderbegeleiding en systeembegeleiding verantwoording te geven over het uitleggen van de stoornis en het geven van steun aan het systeem. Voor de betrokkene zal dit betekenen dat er meer steun ervaren wordt en de motivatie hierdoor vergroot kan worden.

Ad. C. Instandhoudende factoren

- A. Er is op Curium geen schriftelijk overzicht over welke instandhoudende factoren er per betrokkene een rol spelen. Dit kan makkelijk gerealiseerd worden door tijdens de jongere bespreking de gegevens uit de therapieën, observatie en onderzoeken hierover te bespreken en dit een apart kopje te geven in het verslag van de bespreking. Deze gegevens geven een mooie en informatieve bijdrage aan het terugvalpreventie plan van de betrokkene. Het is dan ook van belang dat de mentor van deze instandhoudende factoren op de hoogte is en ze kan meenemen in de bespreking van het terugvalpreventie plan met de betrokkene. Wij vinden dat de instandhoudende factoren een rol spelen bij de kans op terugval na klinische behandeling. Zeker als ze na de behandeling nog aanwezig zijn en de betrokkene niet geleerd heeft om te gaan met deze factoren. De betrokkene kan dan gemakkelijker terugvallen door deze factoren.
- B. Als er een duidelijk, schriftelijk overzicht van de instandhoudende factoren is kan er overleg plaats vinden over wie van het behandelend team welke instandhoudende factoren bij de betrokkene behandelt en wat het einddoel hierbij is. Wanneer dit in beeld is, zal er meer eenheid zijn in de behandeling van deze factoren en worden er geen factoren over het hoofd gezien in de behandeling. De behandelcoördinator neemt een coördinerende rol op zich betreffende het in kaart brengen van wie er voor de behandeling van verschillende instandhoudende factoren verantwoordelijk is.
- C. Door het nieuwe faseprogramma is er, vooral in de laatste fase, meer aandacht voor de omgeving en het systeem en het contact hiermee. Toch zijn de richtlijnen hiervoor nog niet geheel uitgewerkt en kan hier middels systeemtherapie ook veel meer aan gedaan worden. Een belangrijke rol in het tot stand brengen van deze contacten ligt bij de mentor en ook bij de ouderbegeleider/systeemtherapeut. Buiten een zo kort mogelijke duur van de klinische behandeling dient er beschreven te worden hoe er aan contact buiten de kliniek gewerkt gaat worden. Dit kan door de mentor van de betrokkene op zich genomen worden. Contacten die, volgens ons, voor de betrokkene van belang zijn betreffen voornamelijk leeftijdsgenootjes. Middels SOVA-training en therapie in groepjes (bijvoorbeeld PMT) worden de betrokkenen gesterkt in het leggen van contacten. Het is, ons inziens aan de mentor om deze opgedane vaardigheid van de betrokkene om te zetten in een plan voor de betrokkene om ook weer buiten de kliniek vriendschappen aan te gaan. Dit is van belang zodat de betrokkene niet in een sociaal isolement raakt en teruggeworpen wordt op haarzelf en eventueel haar anorexia nervosa. De ouderbegeleider/systeemtherapeut kan ervoor zorgen dat de omgeving zelf meer aandacht schenkt aan de betrokkene en begrijpt dat de betrokkene weer moet leren sociale contacten te leggen en onderhouden. Zij kunnen, met hulp van de ouderbegeleider/systeemtherapeut leren hoe zij de betrokkene hierin kunnen steunen.

- D. Tijdens de behandeling kan men zich nog meer richten op de individuele problematiek van de betrokkene, door deze zo goed mogelijk in kaart te brengen. De individuele problematiek houdt de leefwereld van de betrokkene in met betrekking tot: de instandhoudende factoren, de sociaal-emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en het systeem functioneren.
- Om dit voor elkaar te krijgen is multidisciplinair overleg nodig over welke instandhoudende factoren een rol spelen en dienen zij bij de verslagen van klinische besprekingen een apart kopje te krijgen. Zo wordt duidelijk welke instandhouden factoren wanneer een rol spelen, welke werking zij op de betrokkene hebben en kunnen zij overzichtelijk in kaart worden gebracht en vergeleken worden. Op deze manier kan ook de sociotherapeut de gegevens helder en betrouwbaar en in overleg met de betrokkene plaatsen binnen het terugvalpreventie plan. Door zich meer op de individuele problematiek te richten en minder op de algemene behandeling van anorexia nervosa, sluit men beter aan bij het feit dat geen enkelen anorexiapatiënt hetzelfde is en dus ook anders behandeld moet worden. Natuurlijk wel via grove algemene richtlijnen.
- E. Curium kan meer kijken naar de mogelijkheden om betrokkenen eerder uit de kliniek te ontslaan en in een degelijke ambulante behandeling verder te laten behandelen. Dit zal ook meer mogelijk worden als de polikliniek en de kliniek van Curium meer gaan samenwerken en 1 behandeling worden, zoals gepland staat.
- Wij streven naar een zo kort mogelijk klinische behandeling en geven het ambulante traject een voorkeur, aangezien wij van mening zijn dat de betrokkene veel gezondheidswinst kunnen halen als ze niet klinisch zijn opgenomen.
- Wij gaan echter ook uit van de diversiteit aan problematiek bij de betrokkene. Geen anorexia nervosa is dezelfde. Wij vinden dan ook dat elke behandelingsduur per individu bepaald moet worden en ook sterk kan verschillen. Om motivatie bij de betrokkene en het systeem te behouden is openheid en duidelijkheid hierover van groot belang, ook wanneer hier binnen veranderingen optreden. De eenwording van de polikliniek en de kliniek kan voor deze verandering zorgen.
- F. Wij vinden dat wanneer de instandhoudende factoren, de sociaal-emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en het systeem goed functioneren, verder herstel en aankomen in gewicht ook ambulant gerealiseerd moet kunnen worden. Het halen van een bepaald gewicht gerelateerd aan een bepaalde fase krijgt dan een minder belangrijke rol. Ook na de klinische opname moet de mogelijkheid om terug te gaan naar ambulante behandeling open gehouden worden. Het therapeutenteam zou dan ook beschikbaar moeten blijven. Wij beseffen dat dit een vrij idealistisch inzicht is. Wij benoemen het dan ook vooral als discussiepunt voor Curium, om te kijken wat ze ervan vinden en of het te realiseren is. Wij hebben hier te weinig kennis van om weer te geven hoe dit op organisatorisch niveau geregeld kan worden.

Ad. D. Cognities en controle verlies

- A. Anorectische cognities zijn moeilijk te meten. Om dit meer mogelijk te kunnen maken binnen Curium zal er vanuit het multidisciplinaire team specifieke observaties gericht op anorectische cognities uitgevoerd kunnen worden. Deze kunnen naar elkaar teruggekoppeld en getoetst worden. In de twee maandelijkse jongeren bespreking kunnen de anorectische cognities per betrokkene besproken worden. Op deze manier wordt het duidelijker in hoeverre anorectische cognities nog aanwezig zijn en wanneer zij bij de betrokkene een grote rol spelen. Deze gegevens worden gerapporteerd en bijgehouden, en kunnen opgenomen worden in het terugvalpreventie plan.
- B. Ons inziens moet er tijdens de psycho-educatie meer inzicht gegeven worden aan de betrokkene over dat de verstoorde cognities ook na de klinische behandeling nog een rol zullen spelen. Wij hebben het idee dat sommige betrokkenen denken geheel genezen te zijn na de klinische behandeling. Deze gedachte, wat ook als niet reële cognities gezien kan worden, kan leiden tot terugval, aangezien de betrokkene het dan onverwachts lastiger krijgt na de klinische behandeling dan verwacht. Wij raden hiernaast ook aan om het terugvalpreventie plan in te voeren, dit zal de betrokkene meer zicht geven op het leven na de klinische behandeling en de betrokkene van handvaten voor na de klinische behandeling voorzien.
- C. Kenmerkend voor anorexia nervosa is dat de stoornis de controle over het leven van de betrokkene overneemt. Wij vinden het belangrijk dat het multidisciplinaire team op de hoogte is van in hoeverre de controle op het eigen leven bij de betrokkene afwezig was en in hoeverre deze bij ontslag weer aanwezig moet zijn. Bij ontslag wordt duidelijk in welke mate de betrokkene de controle weer terug heeft over het eigen leven en in hoeverre de autonomie en zelfstandigheid nog gestimuleerd moet worden. Belangrijk is om deze ontwikkeling door te

spelen naar het ambulante nazorgtraject. Men is zich hiervan op Curium wel bewust, maar het staan niet opgeschreven of is uitgewerkt. Ook dit kan in de jongerenbesprekingen een apart onderwerp zijn en gerapporteerd worden. Het is dan door het gehele team besproken en voor iedereen inzichtbaar.

Ad. E. Behandeltraject

- A. Anorexia nervosa is niet in zijn geheel te genezen binnen een klinische behandeling van gemiddeld 6 maanden, gezien het feit dat anorexia nervosa gemiddeld tussen de 3 en 7 jaar duurt. Ook na de klinische behandeling zal de betrokkene nog in situaties terechtkomen waarin de anorexia nervosa weer meer op de voorgrond zal treden. Wanneer de betrokkene hiervan op de hoogte is zal zij een kleine terugval eerder kunnen accepteren omdat duidelijk wordt dat dit bij de nog aanwezige stoornis anorexia nervosa hoort. Deze kleine terugval kan weer opgelost worden of voorkomen door het invullen van het terugvalpreventie plan tijdens de klinische behandeling.
- B. Wij vinden het belangrijk dat binnen de grote lijnen van het faseprogramma diverse aanpassingen op het individu gemaakt kunnen worden. Dit om in te springen op de verschillende motivatiefases die niet aan gewicht vastgekoppeld hoeven te zijn en aan de verschillen tussen alle anorexiapatiënten. Aangezien het faseprogramma pas net is ingevoerd weten wij niet of Curium dit nog wil toevoegen of niet. De kans is ons inziens vrij groot dat het wel al op de planning staat, maar dat het er nog niet van gekomen is.
- C. Niet alleen tijdens de klinische behandeling, waarin tijdens de klinische besprekingen evaluatie naar voren komt, maar ook juist daarna is het van belang te kunnen toetsten of de behandeling is aangeslagen. Zeker in de eerste 6 maanden na ontslag, omdat dan de kans op terugval dan in grotere mate aanwezig is, moet deze toetsing worden afgenomen en kan er voortijdig worden ingegrepen. Bij Curium ontbreekt het helaas wel aan deze evaluatiemomenten van de behandeling met de betrokkene na de klinische behandeling. Wij stellen dan ook voor dat drie maanden na de klinische behandeling en 6 maanden na de klinische behandeling de mentor van de betrokkene contact zoekt met de betrokkene en eventueel met de ouders/verzorgers hiervan om een afspraak te plannen en de behandeling te evalueren en te observeren hoe het nu met de betrokkene gaat.
- D. Aansluitende op de evaluatiemomenten genoemd in E:C moet er ook follow-up onderzoek voor de langere termijn plaatsvinden. We weten dat anorexia nervosa 3 tot 7 jaar kan duren, of de behandeling aanslaat moet gecheckt worden. Dit is in het belang van de betrokkene, omdat terugvallen opgemerkt worden en het is in het belang van Curium om te zien of hun behandeling werkt op de lange termijn en om de behandeling te kunnen evalueren en eventueel aan te passen. Op Curium ontbreken follow-up onderzoeken geheel, waarschijnlijk door de 2 redenen: als de jongeren volwassen zijn geworden, heeft Curium geen zicht meer op ze aangezien ze dan onder de volwassenpsychiatrie vallen en het feit dat follow-up onderzoek geld en tijd kost. Toch vinden wij follow-up onderzoek de behandeling kan verbeteren en versterken en dus nodig is. Wij zijn van mening dat met wat creativiteit follow-up onderzoek low-budget, en met weinig tijd, kan plaats vinden. Ouders en betrokkenen moeten hiervoor bij ontslag gevraagd worden of er contact met hen gezocht kan worden over een langere periode, minimaal na 3 jaar. De behandelcoördinator kan dan telefonisch contact zoeken met de ouders voor follow-up gegevens over hun kind en de effecten van de behandeling. Deze gegevens worden gerapporteerd en doorgegeven aan de casemanager, die het algehele overzicht over de follow-up gegevens op zich zal nemen. Voer het uitvoeren van uitgebreider follow-up onderzoek, dan een telefoontje van de behandelcoördinator zouden, naast het onderzoeksbureau van Curium, ook bijvoorbeeld studenten gevraagd kunnen worden. Er zitten natuurlijk haken en ogen aan deze oplossingen en wij zouden ook graag een degelijk follow-up onderzoek zien via het onderzoeksbureau van Curium. Maar mocht dit niet haalbaar zijn, dan vinden we wat creatieve oplossingen voor follow-up gegevens, beter dan geheel geen gegevens.
- E. Wij denken dat de behandeling van anorexia nervosa beter ten uitvoer kan komen als men uitgaat van de behoefte van de betrokkene en hierop aansluitend de beste behandelvorm kan inzetten. Deze visie is op Curium aanwezig, alleen is het nog niet in de praktijk gebracht. Vanuit deze visie zal de samenwerking en overdracht met bijvoorbeeld polikliniek van het Curium verbeterd moeten worden. De kliniek is verantwoordelijk voor de overdracht na opname naar de polikliniek. Belangrijk voor deze overdracht is dat de mate van anorectische cognities worden besproken evenals de instandhoudende factoren, de sociaal-emotionele ontwikkeling, de ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en het systeem functioneren. Ook is van belang dat men zich blijft inzetten voor uitvoering van deze behandelvisie en het niet

- los laat of dat het proces gestagneerd wordt wegens organisatorische moeizaamheden. Open communicatie en enthousiasme zijn al aanwezig op Curium en zullen dit proces bespoedigen.
- F. Op Curium ontbreekt naar onze mening een grotere link tussen de klinische behandeling van de betrokkene en de thuissituatie. Wij zijn van mening dat als men wil dat een kind zijn anorexia nervosa onder controle kan krijgen en houden, men het systeem mee moet behandelen. Dit kan middels systeemtherapie. De kans op terugval na de behandeling zal hier zeker door verkleind worden, aangezien de meespelende factoren binnen het systeem opgelost kunnen worden tijdens de behandeling.
- Mocht standaard systeem, therapie niet haalbaar zijn, dan raden wij aan om in ieder geval de uren van de ouderbegeleider te vergroten, zodat deze meer invloed kan uitoefenen op de instandhoudende processen van de anorexia nervosa binnen het gezin
- G. Een ambulante nazorg of poliklinische behandeling is een standaard vervolg op de klinische behandeling. Wij vinden dat de behandeling niet klaar is na een klinische opname en op deze manier de kans op een terugval wordt verkleind. De verwijzer is officieel gezien verantwoordelijk voor de regeling van de nazorg. Toch merken wij dat dit nog wel eens mis wil lopen en willen wij de behandelcoördinator en de mentor hier meer verantwoordelijkheden in geven. Tevens moeten zij kijken naar welke nazorgvormen aanwezig zijn en welke bij de betrokkene past.
- H. Omdat de behandeling wordt uitgebreid met ambulante vormen moet de leeftijdsgrens van 18 jaar verhoogd worden. Wanneer de betrokkene een terugval krijgt moet zij de mogelijkheid hebben om weer klinisch opgenomen te worden. Op deze manier blijft de belangrijk opgebouwde vertrouwensband bestaan en kan de betrokkene gemakkelijker binnen het faseprogramma inspringen. Er moet natuurlijk wel goed gekeken worden, als klinische opname wederom noodzakelijk is, of deze op Curium plaats moet vinden of juist elders. Naar ons idee zal dit niet als standaard iets gebeuren maar moet wel de mogelijkheid open gehouden worden. Wij weten dat het mogelijk is omdat bij een andere unit de leeftijdsgrens ook verhoogd is in het kader van de behandeling.
- I. Om te voorkomen dat de kliniek onnodig, of te lang wordt ingezet is een volledig vooronderzoek over de aard van de anorexia nervosa van groot belang. De mogelijkheid van een ambulante vorm van behandeling moet zorgvuldig worden bekeken. Wij vinden dat Curium hier al wel veel mee bezig is en naar toewerkt. Dit moet echter nog nader worden uitgewerkt worden op papier. Het onderzoeksbureau kan hier een rol in spelen.
- J. Genezing van anorexia nervosa kan naar ons inziens niet binnen de tijd (gemiddeld 6 maanden) van de klinische opname. Vanuit deze visie moet er in de klinische opname een basis gelegd worden, waarin de betrokkene een stap richting genezing maakt. Duidelijkheid hierover ook naar de betrokkene toe is van belang. Een goed terugvalpreventie plan kan in samenwerking met ambulante behandeling de verdere genezing voortzetten. Op Curium merken wij dat men er voor een groot deel nog van uit gaat dat de anorexia nervosa vrij wel genezen is na ontslag uit de kliniek ook omdat er geen nazorg of ambulante behandeling volgt. Ook dit zal dus een bespreekpunt in een vergadering kunnen zijn, om de verschillende visies eens naast elkaar te leggen en te zien welke visie gevolgd gaat worden, en hoe de behandeling hier dan op aangepast moet worden.
- K. Duidelijk mag worden dat een goede overdracht van de betrokkenen van groot belang is. Instandhoudende factoren, motivatieontwikkeling en algeheel functioneren nemen een centrale plek binnen deze overdracht. Deze overgang van de betrokkene vergt een nauwe samenwerking tussen beide behandelvormen. Deze samenwerking is nog niet zoals hij, in onze ogen, zou moeten zijn. Werkbezoeken en overdrachten van betrokkenen kunnen de samenwerking versterken.

Ad. F. Therapieën

- A. Momenteel gaat Curium veel uit van de zelfstandigheid en deskundigheid van de verschillende vaktherapieën. Wij vinden dat zonder het eigen initiatief van de vaktherapeuten weinig ontwikkeling vanuit Curium wordt gestimuleerd. Meer samenwerking over doel en werkwijze moet schriftelijk worden vastgelegd. Vanuit de psychomotore en beeldende therapie zijn vaktherapeuten hier op eigen initiatief al wel aan begonnen maar vanuit de organisatie moet dit ook gestimuleerd en gecontroleerd kunnen worden.
- B. Naast het feit dat de richtlijnen voor motivatieontwikkeling niet op papier staan, is er ook geen richtlijn voor de therapeuten om te volgen. Om te zorgen dat zij op hetzelfde spoor blijven als de gehele behandeling zal er vanuit het multidisciplinaire team voor richtlijnen met betrekking tot motivatieontwikkeling en instandhoudende factoren moeten worden gezorgd. De psychomotore

en beeldende therapeut hebben hier al wel veel ideeën over. Deze zouden dan ook teruggekoppeld kunnen worden naar het multidisciplinaire team.

- C. Op dit moment stopt de ouderbegeleiding zodra de betrokkene met ontslag gaat. Omdat de kans op terugval de eerste 6 maanden na de klinische behandeling het meest aanwezig is, kan de systeemtherapie en/of ouderbegeleiding verlengd worden. Binnen deze 6 maanden kan een afbouw geïntroduceerd worden. Wij vinden dat ouders/verzorgers in deze eerste periode ondersteuning vanuit Curium zouden moeten krijgen. Ook kan zo gezorgd worden voor een versterking van het systeem waar de betrokkene weer in terug is gekomen na de klinische behandeling, wat ten goede zal komen aan de genezing van de betrokkene.
- D. Op Curium is geheel geen follow-up onderzoek. Met ouders kan door de ouderbegeleiding een plan opgezet worden om over een langere periode over follow-up gegevens te beschikken. De betrokkenen worden hier wel in betrokken, en anonimiteit wordt hier binnen gewaarborgd. De afspraak hoeft ons inziens geen vrijblijvend karakter gegeven te worden, aangezien men duidelijk kan maken dat het in het belang van de betrokkene, het systeem en de algehele behandeling is.

Ad. G. Psychofarmaca

- A. Curium werkt, voor zover wij weten, niet met de gegevens uit het boek van Van Elburg: *“jongeren met eetstoornissen”* over leptine. Wij kunnen zelf ook nog weinig over de werking van leptine zeggen, aangezien wij alleen het stuk van Van Elburg hierover ter beschikking hebben gehad. Wel valt het ons op dat de schrijver door Curium wel wordt gevolgd in de behandeling en niet in het leptine verhaal. Wij adviseren verder onderzoek, door het onderzoeksbureau op Curium, naar de werking van leptine, omdat deze wel in verband met de kans op terugval na behandeling wordt gebracht. Tevens gaan wij uit van aanwezige genetische/biologische verklaringen. En misschien speelt leptine hierin ook wel een rol.

Ad. H. Ontslagcriteria

- A. Het is ons nog erg onduidelijk wat er op Curium, naast het gewicht, als ontslag criteria wordt gehandhaafd. Verder zijn er binnen het faseprogramma wel criteria om van de ene naar de anderen fase te mogen maar zijn er geen criteria om van de laatste fase naar het nazorgtraject te kunnen. Wij adviseren om hier ook duidelijk richtlijnen, die op het individu kunnen worden aangepast, voor op te stellen. Het onderzoeksbureau van Curium kan hierin een grote rol spelen. Door het specifieker vaststellen van ontslagcriteria zal de betrokkene de kliniek ook echt pas verlaten als deze daar klaar voor is en zal een betrokkene ook niet langer dan nodig in de kliniek blijven zitten.
- B. Buiten het gewicht en het normaliseren van eetpatroon, vinden wij ook de instandhoudende factoren, de sociaal-emotionele ontwikkeling, ontwikkelingsstagnatie op meerdere vlakken en vooral het functioneren van het systeem van groot belang. Binnen het faseprogramma komt dit wel deels naar voren maar heeft, omdat het normaliseren van eetpatroon en gewichtsherstel in belangrijke mate aanwezig, zij onvoldoende aandacht. Door het vaststellen van de ontslagcriteria, zoals geadviseerd in H.a. zullen ook deze factoren een grotere rol spelen, waardoor de kans op terugval wordt verkleind.

Ad. I. Nazorg

- A. Goede overdracht naar het nazorgtraject van uit de kliniek is momenteel niet altijd aanwezig. Maar is ons inzien wel van belang voor de verdere behandeling van de betrokkene. De behandelcoördinator neemt een coördinerende rol op zich betreft de verschillende overdrachten vanuit het multidisciplinaire team en zorgt dat deze bij de nazorgvoorziening bekend raken. Tevens stelt zij hen op de hoogte van het terugvalpreventie plan, wat de betrokkene bij hen zal gaan introduceren en waar zij naar kunnen vragen bij de betrokkene.
- B. Een traject waarin de nazorg per betrokkene geheel staat beschreven wordt niet toegepast op Curium. Wij raden aan om een soort plan op te stellen waarin naar voren wat er bij de betrokkene nog nodig is voor verder herstel. Ook de overstap van kliniek naar nazorg wordt voorbereid en hierin beschreven. De continuïteit van de inzet van de nazorg wordt zo zo bevorderd en versneld. Bij terugkoppeling naar de betrokkene hiervan, zal het voor duidelijkheid en veiligheid zorgen. Tevens kan de betrokkene het opnemen in haar terugvalpreventie plan en kan ze ten alle tijden nagaan hoe het verloop van haar algehele behandeling eruit zal zien.

- C. Wij vinden het van belang dat de nazorg direct na de klinische behandeling wordt opgestart en dat hier geen tijd overheen gaat. Dit aangezien de eerste 6 maanden en vooral de tijd net na de klinische behandeling een groot gevaar zijn voor terugvallen. De kans op terugval wordt zo verkleind en de motivatie van de betrokkene blijft op peil en heeft geen tijd om in te zakken. Dit kan gerealiseerd worden door de uitvoer van punt A.b, het nazorgplan, waarin men de nazorg in kaart brengt en waarin gezorgd kan worden dat de nazorg direct kan aansluiten op het eind van de klinische behandeling
- D. Omdat de psychomotore en cognitieve therapeut contact kunnen houden met de betrokkene na de klinische behandeling, kunnen zij ook de overkoepelde verantwoordelijke, van de ambulante en klinische behandeling, op de hoogte houden met betrekking op de kans op terugval. De behandelverantwoordelijke zullen hier zelf ook initiatief in moeten nemen. Ook kunnen de therapeuten Curium voorzien van enkele follow-up gegevens, voor zolang als dat zij de betrokkene zien na afloop van de klinische behandeling.

Ad. J. Terugval

- A. Op Curium zijn op dit moment gegevens betreffende terugvalpreventie niet volledig aanwezig en ook wordt er niet gewerkt met een terugvalpreventie plan. Met het gegeven dat anorexia nervosa gemiddeld 3 tot 7 jaar duurt en met het gegeven dat de kans op een terugval aanwezig is, kunnen wij concluderen dat er iets met deze terugval gedaan moet worden. Wij denken dat om de kans op terugval na de klinische behandeling te verkleinen er een terugvalpreventie plan aanwezig moet zijn voor iedere betrokkene. Tevens kunnen veel van bovengenoemde adviezen binnen het terugvalpreventie plan een vorm krijgen. Dit geeft het plan een allesomvattende functie. Wij hebben een terugvalpreventie plan samengesteld voor unit 1, en tevens uitgewerkt met een uitgebreide handleiding. Voor meer informatie over het terugvalpreventie plan, verwijzen wij dan ook naar dit plan wat te vinden is bij de behandelcoördinator van unit 1 en de casemanager.
- B. Om na de behandeling te kunnen werken met een terugvalpreventie plan, zoals beschreven in J:A, zal hier binnen de klinische behandeling al mee geoefend moeten worden. Daarom zullen er ook situaties moeten ontstaan waarin de betrokkene te maken krijgt met een kleine terugval. Gedachten, gevoelens en gedrag kunnen uitgewerkt worden. Dit kan dan verwerkt worden in het terugvalpreventie plan.
- C. Door terugvallen al tijdens de klinische opname te ervaren kan de betrokkene leren dat een terugval niet inhoudt dat je weer helemaal terug bij af bent. De betrokkene kan een gevoel van troost en zelfstandigheid ervaren wanneer zij de terugval weer ten boven is. Ook kan een terugval helpen bij ontwikkeling van ziekte-inzicht, omdat zij dan ervaart dat ze er nog niet is en dat echt beter worden van anorexia nervosa een proces van vallen en opstaan is. Deze werkwijze en visie is aanwezig op Curium, maar kan ons inzien sterker naar voren worden gebracht tijdens de behandeling.
- D. De betrokkene wordt op Curium, naar onze mening, niet voldoende voorbereid op de omgang met de blijvende kwetsbaarheid van anorexia nervosa na de klinische behandeling en zal middels het terugvalpreventie plan gesterkt moeten worden in de omgang hiermee. Door de vroegtijdig herkenning van mogelijkheden tot terugval en door het weten wat de betrokkene kan doen in zo'n geval, wordt de betrokkene uit de negatieve spiraal van terugvallen gehaald en worden terugvallen na de klinische behandeling zoveel mogelijk voorkomen.
- E. Op Curium moet de visie betreffende terugvalpreventie nog ontwikkeld worden. Deze visie is ook nodig om het terugvalpreventie plan te kunnen laten slagen. Er zal dus, naar aanleiding van onze presentatie over terugvalpreventie bij anorexia nervosa, binnen het multidisciplinaire team gesproken moeten worden over terugvalpreventie en de verschillende ideeën zullen geïnventariseerd en besproken moeten worden. Tevens worden zo ook de rollen van de verschillende disciplines hierin duidelijk. Door een duidelijke algemene visie en een aansluitende behandeling hierop zal de kans op terugval na de klinische behandeling worden verkleind.
- F. Een onderdeel van het terugvalpreventie plan is dat er een controlepersoon wordt ingesteld. Wij vinden het belangrijk dat deze al gedurende de klinische behandeling in deze functie wordt ondersteund, door de mentor of de ouderbegeleider/systeemtherapeut, op punten als: hoe kan deze persoon het beste omgaan met motivatiedaling bij de betrokkene?, waar ligt de persoonlijke grens bij deze persoon?, wil deze persoon ook follow-up gegevens verstrekken aan Curium, etc. Deze persoon kan voor draagvlak en steun zorgen voor de betrokkene, waardoor deze minder snel zal terugvallen.

Bijlage a

Motivatietechnieken

Verzet tegen verandering treed op tijdens behandeling vaak op in de vorm van ongemotiveerdheid om bepaalde acties te ondernemen. Men is bijvoorbeeld wel beried om aan te komen maar niet bereid om gewichtscontrole-strategieën op te geven. Dit kan te maken hebben met instandhoudende werking van bepaalde cognitieve gedragsfactoren. Motiverende interventies zijn dan op z'n plaats.

Motivatie ontwikkelt zich in 5 fases ('Stages of Change' van Prochaska en DiClemente):

1. Precontemplatie: Voorbeschouwing. Weinig inzicht tot geen ziekte besef en of bereidheid tot verandering.
2. Contemplatie: Beschouwing. Men is bezig de eetstoornis en de betekenis ervan te onderzoeken en is ambivalent ten aanzien van verandering.
3. Preparatie: Voorbereiding. Er is bereidheid tot verandering en behoefte aan hulp maar men kan moeilijk bepalen wat te doen en onderneemt nog geen acties.
4. Actie: Met de nodige steun en aanmoediging gaat men over tot actie.
5. Handhaving: Men stelt zich actief op om veranderingen te behouden en terugval te voorkomen.

Motiverende interventies bij eetstoornissen worden vaak gebaseerd op de uitgangspunten van 'motivationale interviewen' (Miller en Rollnick). Doel is om de intrinsieke motivatie te verhogen.

Motivationale interviewen bevat de volgende vijf elementen:

- Objectieve feedback.
- Acceptatie van persoonlijke verantwoordelijkheid voor verandering.
- Directe adviezen.
- Het aanbieden van alternatieve behandelingsstrategieën.
- Empathie en aandacht voor zelfredzaamheid. Er wordt op een begripvolle manier uitgebreid ingegaan op ambivalentie.

Hoe werkt het

Betrokkenen leren hun eigen beweegredenen voor verandering te vinden. Zij onderzoeken de voor- en nadelen van eetstoornissymptomen enerzijds en van genezing anderzijds. Zodoende komen zij tot een eigen afweging. Hierdoor wordt de motivatie 'van binnenuit gestuurd' in plaats van 'van buitenaf bepaald'.

Effect

Indeling in de motivatiefasen om bereidheid tot verandering te categoriseren blijkt bij eetstoornissen een juiste benadering. Interventies die motiverend bedoeld zijn kunnen dit effect hebben bij anorexia nervosa cliënten. Of pure motiverende interventies meer effect dan andere bijvoorbeeld cognitief gedragtherapeutische interventies is nog niet voldoende duidelijk. Wij adviseren deze dan ook niet te vervangen voor anderen maar toe te passen als extra hulpmiddel.

Motiverende methodes gebaseerd op motivationeel interviewen lijken op het eerste gezicht te bestaan uit eenvoudige technieken. Scholing in deze methode lijkt echter een noodzakelijke voorwaarde voor het werken met eetstoornispatiënten. Onderzoek wees uit dat hulpverleners motiverende technieken, die zij in een training eigen maakten verleren wanneer zij zich niet regelmatig laten bijscholen.

(<http://www.eetstoornis.info>)