

Meer informatie

Bij de VGCT zijn meer folders verkrijgbaar, voor volwassenen bijvoorbeeld over angst en depressie. Speciaal voor kinderen zijn er folders over veel piekeren, verlatingsangst, sociale en specifieke fobie.

Meer informatie over eetstoornissen vindt u op www.eetstoornis.info. De Stichting Anorexia en Bulimia Nervosa biedt onder meer lotgenotencontact, www.sabn.nl of telefoon (0900) 821 24 33 (€ 0,20 p/m).



Cognitieve gedragstherapie bij eetstoornissen

De Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie VGCT is de wetenschappelijke vak- en beroepsvereniging voor gedragstherapeuten en cognitief therapeuten in Nederland. Doel van de vereniging is de bevordering van de uitoefening van de (cognitieve) gedragstherapie op verantwoorde wijze. Hiertoe besteedt de VGCT onder meer veel aandacht aan kwaliteitsborging en aan permanente educatie van haar leden.

Maliebaan 50B • 3581 CS Utrecht
T 030 254 30 54 • F 030 254 30 37
info@vgct.nl • www.vgct.nl

Informatie voor cliënten



Cognitieve gedragstherapie

Een doeltreffende behandeling van anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornissen

U bent doorverwezen naar een cognitief gedrags-therapeut voor behandeling van uw eetstoornis. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie bij eetstoornissen werkt. In deze folder kunt u lezen wat eetstoornissen zijn, wat cognitieve gedragstherapie is en hoe een behandeling met deze therapie in zijn werk gaat.

Wat zijn eetstoornissen?

Eten is nodig om te blijven leven. Iedereen is er dagelijks mee bezig. Voor mensen met een eetstoornis is eten en alles wat daarmee te maken heeft een obsessie. Zij zijn extreem bang om aan te komen en verbergen hun eetproblemen zo veel mogelijk. Sommigen eten helemaal niet meer. Anderen hebben juist last van eetbuien, waarbij zij in korte tijd grote hoeveelheden voedsel eten. Mensen met een eetstoornis hebben ook een verstoord beeld of beleving van hun lichaam. Zij vinden zichzelf bijvoorbeeld heel dik, terwijl ze eigenlijk een normaal gewicht hebben of juist te dun zijn. De mate waarin deze mensen tevreden zijn met zichzelf hangt sterk af van hun tevredenheid over hun gewicht, hun lichaamsvorm of hun eetgedrag.

Erfelijkheid, persoonlijke eigenschappen – bijvoorbeeld weinig zelfvertrouwen, perfectionisme – en sociale factoren, zoals grote veranderingen of ingrijpende gebeurtenissen, kunnen leiden tot een eetstoornis. Eetstoornissen komen veel voor in Nederland. Het is niet iets om te verbergen of je voor te schamen. Het is goed dat u hulp heeft gezocht. Eetstoornissen kunnen namelijk ernstige lichamelijke gevolgen hebben, zoals ontregeling van stofwisseling en hormoonhuishouding, duizeligheid, bloedarmoede, spierzwakte, moeheid, hart-ritme-, nier- en leverfunctiestoornissen.

Er zijn drie typen eetstoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornissen Niet Anders Omschreven (NAO), bijvoorbeeld de eetbuistoornis.

‘Ik vond het prettig dat we niet zo in het verleden gingen graven, maar heel doelgericht aan mijn probleem konden werken...’

Wat is anorexia nervosa?

Mensen met anorexia nervosa (magerzucht) hebben een intense angst om in gewicht toe te nemen of dik te worden, ook al is er juist sprake van ernstig ondergewicht. Zij hebben een lichaamsgewicht van minder dan 85% van het gewicht dat voor hun leeftijd en lengte normaal en gezond is. De menstruatie is gestopt. Daarnaast is er een stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht beleeft. Mensen met anorexia nervosa voelen zich dik, ook al zijn ze graatmager. Uiterlijk en gewicht zijn zeer belangrijk voor hun gevoel van tevredenheid over zichzelf. Mensen met anorexia nervosa

lijnen extreem. Sommigen braken en/of maken gebruik van laxeermiddelen om het voedsel dat ze hebben gegeten kwijt te raken. Anderen bewegen weer overmatig. Dit is compensatiegedrag om het afvallen te versnellen.

Wat is boulimia nervosa?

Mensen met boulimia nervosa (vraatzucht) hebben meerdere malen per week een eetbui. Tijdens een eetbui eten ze in relatief korte tijd erg veel voedsel. Zij proppen zich vol en kunnen niet meer stoppen. Meestal bestaat zo'n bui uit voedsel dat zij zichzelf buiten de eetbuien niet toestaan. Aan de eetbui beleven zij weinig plezier. Ze proeven het voedsel eigenlijk niet eens. Na afloop voelen ze zich zwak en schuldig. Zij hebben het gevoel hier geen controle over te hebben. Omdat mensen met boulimia

'Jarenlang heb ik voor mijn directe omgeving verstoppertje kunnen spelen...'

nervosa zich schamen voor hun eetverslaving, hebben ze die eetbuien altijd alleen en in het geheim. Zij proberen gewichtstoename te voorkomen door compensatiegedrag. Sommigen doen dit door te braken of laxeren, anderen door te lijnen en/of extreem veel te bewegen. Hun uiterlijk en gewicht bepalen in hoge mate hoe deze mensen over zichzelf denken.

Wat is een eetbuistoornis?

We spreken van een eetbuistoornis als iemand meerdere eetbuien per week heeft, waarbij hij of zij in korte tijd extreem veel voedsel eet en geen gevoel van controle over het eetgedrag heeft. Deze eetbuien hebben meestal

een vast patroon. Omdat mensen zich schamen voor hun gedrag hebben ze die eetbuien altijd alleen en in het geheim. Na het overeten walgen mensen vaak van zichzelf en voelen zich soms depressief of eenzaam. Mensen met een eetbuistoornis vertonen geen compensatiegedrag. Zij gaan dus niet (of zelden) braken, vasten, laxeren of overmatig bewegen. De eetbuien of het regelmatig dooreten kunnen op den duur leiden tot ernstig overgewicht (obesitas). Mensen met een eetbuistoornis koppelen hun zelfwaardering vaak voor een groot deel aan hun uiterlijk.

Doeltreffende behandeling van eetstoornissen

Onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie bij boulimia nervosa en eetbuistoornissen de beste resultaten geeft. Voor anorexia nervosa wordt psychotherapie zonder een specifieke vorm te noemen aanbevolen. Dit is de conclusie van de zogeheten Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen uit 2006. Dergelijke richtlijnen – ze bestaan ook voor andere aandoeningen – zijn bedoeld om patiënten zoveel mogelijk te behandelen met therapieën waarvan het effect wetenschappelijk is bewezen. De werkgroepen die deze richtlijnen opstellen zijn breed samengesteld. Ze bestaan uit psychologen, psychiaters, huisartsen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, wetenschappelijk onderzoekers en vertegenwoordigers van patiënten. De uiteindelijke behandeling is ook afhankelijk van de mogelijkheden en wensen van de cliënt.

Bij anorexia nervosa is het advies om voorlichting over de eetstoornis te combineren met therapie. De behandeling bij anorexia nervosa is in eerste instantie gericht op gewichtsherstel, het stoppen van de eventuele eetbuien en het compensatiegedrag. Kortom, gericht op een gezond eetpatroon. Het verbeteren van de lichaams-

beleving en het beïnvloeden van verstoorde gedachten en gevoelens rond eten, lichaamsvorm en gewicht komen ook aan bod. De motivatie van mensen met anorexia nervosa is hierbij zeer belangrijk. Medicijnen kunnen mogelijk ondersteunend werken.

Cognitieve gedragstherapie heeft bij boulimia nervosa de voorkeur, omdat het de meest effectieve behandeling is. Medicijnen en een zelfhulpprogramma kunnen hierbij van waarde zijn. Bijvoorbeeld als therapie niet (op korte termijn) beschikbaar is, of cognitieve gedragstherapie alleen onvoldoende helpt.

Bij de eetbuistoornis zijn zowel cognitieve gedragstherapie als interpersoonlijke psychotherapie effectieve behandelmethoden. De gewichtsafname blijft bij beide behandelingen beperkt. Het advies is dan ook om bij overgewicht tijdens of vlak na de behandeling te starten met een afvalprogramma. Medicijnen kunnen ondersteunend zijn in combinatie met de behandelmethoden of een zelfhulpprogramma.

Wat is cognitieve gedragstherapie?

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van twee vormen van psychotherapie: gedragstherapie en cognitieve therapie.

Gedragstherapie richt zich met name op het verband tussen wat u doet en wat u voelt. De nadruk ligt op het wijzigen van gedrag die de emotionele problemen in stand houden. U leert bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden om moeilijke situaties het hoofd te kunnen bieden, zoals aandrang om te veel te gaan eten.

Cognitieve therapie gaat vooral uit van de invloed van dat wat u denkt op wat u voelt. Hier ligt de nadruk op

‘De huiswerkopdrachten hielpen mij tussen de sessies door om met mijn probleem aan de slag te blijven...’

het wijzigen van de manier van denken die mensen met een emotioneel probleem hanteren. Depressieve mensen bekijken bijvoorbeeld of zij inderdaad mislukt zijn in het leven en of andere personen hen werkelijk niet mogen of minachten. Deze gedachten worden op logische houdbaarheid onderzocht en waar nodig gewijzigd.

Cognitieve gedragstherapie brengt die twee invalshoeken samen en pakt de gedragspatronen én de negatieve gedachten aan die de problemen in stand houden.

Bij cognitieve gedragstherapie werkt de therapeut nauw met u samen om tot verbetering van uw klachten te komen. De therapeut probeert zo direct en zo concreet

mogelijk aan te sluiten bij uw problemen en laat u er zelf aan werken door middel van huiswerkopdrachten. U zult thuis actief aan het werk moeten gaan en blijven.

Hoe werkt cognitieve gedragstherapie bij eetstoornissen? In cognitieve gedragstherapie wordt in een aantal stappen toegewerkt naar een gezond eetpatroon, een stabiel gewicht (dat past bij de lengte) en een gezonde kijk op het lichaam. Samen met uw therapeut ontdekt u waarom u uw eetstoornis in stand houdt. Hierbij is het belangrijk dat u er bewust voor kiest te veranderen. Dat lijkt logisch, maar de stap naar verandering is vaak moeilijk. Gedrag dat bijvoorbeeld een gevoel van veiligheid, troost of controle geeft, moet worden losgelaten. Als u eenmaal de keuze gemaakt heeft om te veranderen, dan volgen de volgende stappen:

• Problemen leren analyseren

Het nauwkeurig bijhouden van het eet- en compensatiegedrag, bijvoorbeeld in een dagboek, helpt u om zicht te krijgen op uw eetpatroon. Hoe ziet het eetpatroon er precies uit? Hoe ziet het compensatiegedrag er precies uit? Waardoor wordt dit gedrag in stand gehouden? Deze registratie vormt een leidraad voor de hele behandeling. Ook wordt duidelijk en uitgebreid uitleg gegeven over de verschillende aspecten en risico's van de eetstoornis.

• Eetpatroon normaliseren

Doel is te komen tot een regelmatig en voldoende eetpatroon met drie maaltijden en drie kleine tussendoortjes op een dag. Door het eetpatroon bij te houden kan gekeken worden in hoeverre het uiteindelijke doel al is bereikt en welke obstakels dit eventueel in de weg staan.

• Zicht op gewicht

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van het gewicht, moet u zich wekelijks (laten) wegen. Als u ondergewicht

heeft, is gewichtsherstel een doel. Het wegen geeft dan feedback of u voldoende bent aangekomen. Daarnaast helpt het wegen om een realistisch beeld te krijgen van de reactie van het lichaam op een normaal eetpatroon. Hiermee wordt uw angst voor overmatig aankomen verminderd, ook bij een normaal gewicht en overgewicht.

• Stoppen met gewichtscontrolerende maatregelen

Braken, laxeren, lijnen en overmatig bewegen houden het idee in stand dat vergaande controle over het gewicht mogelijk is. Bovendien verlaagt de gedachte aan het 'mogen' compenseren vaak de drempel om een eetbui te hebben. Stoppen met gewichtscontrolerende maatregelen is dan ook een belangrijk doel. Ook omdat het extreem schadelijk is voor uw lichaam. Tegelijkertijd wordt gezocht naar, en geoefend met, manieren om anders met de drang tot overeten en compenseren om te gaan. Hierbij hoort ook het anders leren omgaan met dat wat vooraf gaat aan de eetdrang, zoals 'lastige' emoties.



• Anders leren denken

Mensen met een eetstoornis hebben vaak allerlei gedachten over de gevolgen van (niet) eten, compenseren en het bereiken van een bepaalde lichaamsvorm of gewicht. Deze gedachten kloppen lang niet altijd met de werkelijkheid, terwijl ze wel het verstoorde eetgedrag mee in stand houden. Hetzelfde geldt voor gedachten over hoe iemand zichzelf ziet. Thema's die hierbij regelmatig aan



‘Geweldig was het moment dat ik merkte dat ik weer aan iets anders dan eten kon denken...’

de orde komen zijn perfectionisme en een negatieve zelfwaardering. In de therapie wordt geleerd om deze gedachten kritisch te onderzoeken en aan te passen. Dit kan helpen bij het daadwerkelijk veranderen van bijvoorbeeld het eetgedrag.

• Terugval voorkomen

Door signalen te leren herkennen die kunnen wijzen op een opleving van de eetstoornis wordt de kans op een terugval verkleind. Ook worden vaardigheden geleerd om zelf te voorkomen dat de klachten terugkomen.

Hoe lang duurt cognitieve gedragstherapie en wat zijn de effecten?

Doorgaans kan met zo'n 20 wekelijkse sessies een goed resultaat worden bereikt. Hoe lang de behandeling precies duurt, hangt echter ook af van uw inzet bij de gesprekken en de huiswerkopdrachten. Bij 80% van de cliënten met boulimia nervosa leidt cognitieve gedragstherapie tot een vermindering van hun klachten en ongeveer de helft heeft na een behandeling met cognitieve gedragstherapie geen klachten meer. Een kleine 70% van de cliënten met een eetbuistoornis verbetert dankzij cognitieve gedragstherapie.

De cognitief gedragstherapeut die u behandelt, is lid van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Voor meer informatie over cognitieve gedragstherapie kunt u terecht op de website: www.vgct.nl.