

# Anorexia nervosa: een integratief behandelmodel

Clara De Ruyscher, Patty Annicq, Stijn Vandevelde en Claudia Claes

- Anorexia nervosa (AN) is een ziekte met een sombere prognose en een grote impact op het leven van een individu en diens omgeving. Ondanks de grote diversiteit aan behandelvormen blijft de behandeling van AN gekenmerkt door een beperkte empirische basis en een hoge drop-out. Als reactie hierop is er de laatste jaren een toename van multidisciplinaire behandelmodellen, waarbij verschillende methodieken met elkaar gecombineerd worden. Omwille van de beperkte wetenschappelijke evidentie is het noodzakelijk om dergelijke integratieve modellen uitvoerig te beschrijven. Zo kan een uitwisseling van kennis en expertise op gang komen tussen verschillende behandelpraktijken. Daarom wordt in dit artikel de werking van Empathie, een therapeutisch centrum voor de behandeling van AN te Gent, beschreven. In het therapeutisch model van Empathie wordt een systeemtherapeutische aanpak gecombineerd met aspecten van oplossingsgericht denken.

## Inleiding

Anorexia nervosa (AN) is een ziekte met een enorme impact op alle levensdomeinen van een individu en diens context (Jones e.a., 2008). AN-patiënten

C. DE RUYSSCHER is wetenschappelijk medewerker bij de Vakgroep Orthopedagogie van Hogeschool Gent. E-mail: clara.deruyscher@hogent.be.

P. ANNICQ is arts en systeemtherapeut bij Empathie.

S. VANDELDELDE is orthopedagoog en tenure track-docent bij de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

C. CLAES is docent bij de Vakgroep Orthopedagogie van Hogeschool Gent en gastprofessor bij de Universiteit Gent.

leven als het ware onder de dictatuur van de ‘innerlijke criticus’, een sterke innerlijke normerende stem die steeds dezelfde afkeurende oordelen herhaalt. Stinckens (2001) hanteert deze metafoor om te verwijzen naar een ‘geïntegreerd systeem van kritische en negatieve gedachten en attitudes ten aanzien van het zelf, dat werd opgedrongen van buitenaf’. De innerlijke criticus manifesteert zich op verschillende manieren, waardoor het emotioneel welzijn en sociale relaties te lijden hebben onder de vele eisen die hij aan de patiënt stelt. Bovendien kent AN een sombere prognose. Minder dan de helft van de patiënten herstelt volledig van de ziekte; 20 procent ontwikkelt een chronische eetstoornis en 5 procent van de AN-patiënten overlijdt aan de gevolgen van de ziekte of door zelfdoding (Steinhausen, 2002; Steinhausen, 2008).

Er is een brede kennisbasis voorhanden wat betreft de prognose, kenmerken en medische aspecten van AN, maar over de behandeling blijft de kennis veel schaarser (Lock & Le Grange, 2001). Nochtans bestaat er een grote diversiteit aan behandelvormen, gaande van intensieve residentiële begeleiding via ambulante zorg tot therapie via internet of telefoon. Deze behandelvormen baseren zich op (een combinatie van) diverse therapeutische benaderingen, zoals *Cognitive Remediation Therapy* (CRT), *mindfulness*, gedragstherapie, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), spiegeltherapie, motivationeel interviewen, cognitief-affectieve therapie en gezinstherapie (Alberts e.a., 2012; Goodier e.a., 2014; Pretorius & Tchanturia, 2007; Smit e.a., 2009; Tenwolde, 2001). Voor weinig behandelingen is er echter een sterke empirische basis ontwikkeld (Fairburn, 2005; Guarda, 2008; NICE, 2004). Daarnaast worden de behandelingen waarvoor wel een zekere evidentie bestaat, zoals *Family-Based Therapy*, vaak gekenmerkt door een hoge *drop-out* (Berg & Wonderlich, 2013; Lock & Le Grange, 2001).

Vanwege het gebrek aan wetenschappelijke evidentie gaan steeds meer stemmen op voor een integratieve multidisciplinaire behandeling van AN (Hatch e.a., 2010; NICE, 2004). Bovendien heeft AN een complexe etiologie waarin zowel genetische, biologische, psychologische als socioculturele factoren een rol spelen. Daarom wordt ook vanuit de hoek van het neurobiologisch onderzoek gepleit voor een multidisciplinaire aanpak (Connan e.a., 2003). Onder invloed van die bevindingen kwamen er de laatste jaren steeds meer nieuwe behandelmodellen voor eetstoornissen, waarin verschillende theoretische kaders en methodieken gecombineerd worden (Berg & Wonderlich, 2013).

Een dergelijk therapiemodel is het *Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults* (MANTRA), dat ontwikkeld werd aan het King’s College Institute of Psychiatry te Londen. MANTRA is gebaseerd op een cognitief-interpersoonlijk model, met vier factoren die AN in stand houden: een rigide cognitieve denkstijl, een vermijdende emotionele en relationele stijl, proanorexiaovertuigingen en sterk emotionele reacties van personen uit de context van de patiënt (die, onbedoeld, de AN mede in stand houden). Het vormt een breuk met de klassieke cognitieve gedragstherapie, omdat gewicht niet gezien wordt als de kernpsychopathologie maar als een symptoom van een onderliggende problematiek. Het programma is modulair opgebouwd en

krijgt vorm via twintig tot veertig individuele ambulante sessies, waarbij de nadruk ligt op motivatie, cognitieve denkstijlen, emoties, identiteit, het herstellen van een gezond voedingspatroon en het aanleren van vaardigheden aan de ouders. Bijzonder aan MANTRA is het feit dat er gewerkt wordt aan de hand van een handboek dat de leidraad vormt voor de behandeling (Schmidt e.a., 2014). Vergelijkende onderzoeken tonen preliminaire evidence voor bepaalde componenten van het MANTRA-model, zoals het gebruik van een dagboek en de therapeutische stijl (Grover e.a., 2011; Hoyle e.a., 2013; Wade e.a., 2011).

Vanwege de beperkte empirische basis voor de behandelingen van AN, is het noodzakelijk om nieuwe behandelmodellen (zoals het MANTRA-model) te identificeren en beschrijven (Berg & Wonderlich, 2013). Binnen dergelijke modellen worden vaak verschillende methodieken en aanpakken met elkaar gecombineerd, met het oog op een zo goed mogelijk herstel van de patiënt. Door de werking van deze multimethodische behandelpraktijken zo transparant mogelijk te maken, kan de kennisbasis rond de behandeling van AN verder uitgebreid worden. Vanuit dat oogpunt wordt in dit artikel ingezoomd op Empathie, een ambulante therapeutisch centrum voor de behandeling van AN te Gent, dat in 2004 van start ging. Gebaseerd op verschillende theoretische kaders en vanuit een holistische en multidisciplinaire aanpak, neemt Empathie de totale impact van een eetstoornis op de kwaliteit van leven van de patiënt in acht. Net als bij MANTRA worden gewicht en lichaamsvorm niet beschouwd als de kernpsychopathologie van de stoornis (Schmidt e.a., 2014). In het programma worden elementen uit de oplossingsgerichte en cliëntgerichte therapie gecombineerd met een systemische en familiegerichte benadering. In dit artikel worden de visie, doelstellingen, doelgroep, aanpak en context van het Empathie-programma gespecificeerd.

## Methodologie

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de aanpak van Empathie, werd door de eerste auteur informatie verzameld via diverse kanalen. Zo vonden drie interviews met de coördinatoren plaats, waarbij de inhoud en theoretische achtergrond van de behandeling uitgebreid besproken werden. Als aanvulling hierop werden de aanwezige werkingsdocumenten van Empathie (intake-formulier, website) bestudeerd. Ook werden de andere betrokken therapeuten (*mindfulness*-coach, dramatherapeute) gecontacteerd om hun aandeel in de therapie toe te lichten.

Daarnaast voerde de onderzoeker (eerste auteur) gedurende een volledige dag een participerende observatie uit tijdens de werking van het dagcentrum. Ook werd een literatuurstudie uitgevoerd naar AN en de theoretische achtergrond van de behandeling van Empathie. In een tweede fase werden de bevindingen van de onderzoeker getoetst aan de praktijkervaring van de therapeuten, door opnieuw met hen in gesprek te gaan.

## Therapeutisch centrum Empathie

### *Doelgroep*

Empathie richt zich zowel tot kinderen als volwassenen met AN, zoals beschreven in de DSM-IV. Twee typen van AN kunnen worden onderscheiden: het restrictieve en het purgerende type. Bij het restrictieve type is de patiënt niet geregeld bezig met vreetbuien en purgerende maatregelen, bij het purgerende type wel. Empathie biedt therapeutische hulp aan personen die gekenmerkt worden door beide typen, maar hanteert wel enkele contra-indicatiecriteria, namelijk comorbiditeit met een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis), gebrek aan bereidwilligheid van de ouders om deel te nemen aan de therapie, een persoonlijkheid van de patiënt die botst met de dynamiek in de groep van het dagcentrum en een leeftijd jonger dan twaalf jaar. In deze situaties worden patiënten doorverwezen naar beter passende behandelvormen. De intake wordt uitgevoerd door de systeemtherapeut van Empathie en gebeurt op basis van een vragenlijst en een gesprek met de patiënt en diens ouders.

### *Team*

De vaste kern van het Empathie-team bestaat uit twee behandelende artsentherapeuten. Verder wordt in Empathie samengewerkt met een voedingsdeskundige, een dramatherapeut en een mindfulness-coach, die zorgdragen voor de aanvullende behandelingen. Ook wordt over elke patiënt gecommuniceerd met een externe behandelende arts, wat betreft de medische aspecten van de behandeling. Zo kan in onderling overleg beslist worden of het al dan niet veilig is voor de patiënt om ambulantly begeleid te worden. Wanneer een patiënt nog naar school gaat, wordt tevens samengewerkt met de klas en de betrokken leerkrachten. Zo wonen de therapeuten minstens eenmaal een klassenraad bij en gaan ze op bezoek in de klas om aan klasgenoten uit te leggen wat het betekent om AN te hebben.

Vanwege enkele praktische en pragmatische problemen, stemt de ideaaltypepische vorm van Empathie niet altijd overeen met de dagelijkse praktijk. Daardoor is het niet altijd mogelijk om de aanvullende therapieën (zoals mindfulness en drama) op elk moment aan te bieden.

### *Theoretische oriëntatie*

In Empathie worden elementen van verschillende theoretische invalshoeken met elkaar gecombineerd. De aanpak is oplossingsgericht, in die zin dat er zoveel mogelijk gefocust wordt op de krachten van de patiënt en positieve aspecten van diens dagelijks leven. Zo wordt vaak gepeild naar uitzonderingen op het problematische gedrag.

Het Brugse Model - een model voor korte oplossingsgerichte therapie, dat ontwikkeld werd aan het Korzybski Instituut - vormt een belangrijke inspiratiebron voor de Empathie-aanpak. Binnen dit model wordt de patiënt met

behulp van oplossingsgericht taalgebruik uitgenodigd om samen te zoeken naar de kortst mogelijke weg om de eigen kracht terug te vinden en te benutten (Korzybski Instituut, 2014). In het Brugse Model worden therapeutische doelen bepaald die klein, haalbaar en waardevol geacht worden door de patiënt zelf. De therapeut bepaalt niet zelf de richting van de behandeling, maar schept een alternatieve context waarbinnen de patiënt nieuwe keuzen kan maken. Binnen de Empathie-aanpak, waarbij de therapeut de rol van coach inneemt, wordt hier veel aandacht aan besteed. Ook het MANTRA-model, dat reeds kort toegelicht werd, vormt een belangrijke inspiratiebron voor de werking van Empathie.

Daarnaast is bij Empathie een duidelijk systemische insteek aanwezig. Een eetstoornis is erg ingrijpend, zowel voor de patiënt als diens familie. Het trauma dat de patiënt ervaart, wordt immers ervaren door het hele gezin (Figley & Kiser, 2013). Vanuit systemisch oogpunt wordt een eetstoornis gezien als een symptoom van dieperliggende problematiek in het familiesysteem. Om hieraan tegemoet te komen, bestaat een belangrijk deel van de therapie in Empathie uit ouderbegeleiding.

#### *Inhoud van de behandeling*

Het Empathie-programma bestaat uit drie luiken: individuele consultaties, ouderbegeleiding en een therapeutisch groepsprogramma in het dagcentrum. In veel gevallen is er een overlap tussen consultaties en ouderbegeleiding, in die zin dat bij de consultaties vaak zowel de ouders als de patiënt aanwezig zijn. De frequentie en intensiteit van dergelijke consultaties is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en diens vermogen om de eigen emoties te kunnen benoemen. Toch worden ook afzonderlijke ouderconsultaties onmisbaar geacht door de therapeuten, omdat ouders hun angsten en noden moeten kunnen verwoorden zonder de aanwezigheid van hun kind. De combinatie van de drie luiken in een multimethodische aanpak maakt het mogelijk dat elke patiënt een geïndividualiseerd behandeltraject kan doorlopen, aangepast aan eigen zorgbehoeften.

*Individuele consultaties.* De consultaties vormen het fundament van de behandeling. Typerend voor de aanpak is dat er op geen enkel moment in het therapieverloop een schuldvraag naar voren komt. De focus ligt uitdrukkelijk op het hier en nu, niet op het verleden of een onzekere toekomst. Bij het begin van de therapie worden steeds dezelfde vragen gesteld:

- Wat heb je vandaag nodig om je minder rot te voelen?
- Wat heb je vandaag nodig om minder aan eten te denken?
- Wat heb je vandaag nodig om iets meer te durven eten?

Aan de hand van deze vragen wordt nagegaan of de patiënt al dan niet een werkbare hulpvraag heeft. Therapie is niet mogelijk zonder een mandaat van de patiënt om samen aan de slag te gaan. Een dergelijk initieel mandaat moet worden versterkt tot een circulair mandaat, dat pas kan ontstaan wanneer de patiënt zich durft open te stellen voor motivatie tot verandering.

Wanneer er een dergelijk circulair mandaat aanwezig is, wordt de patiënt beschouwd als expert en wordt er een beroep gedaan op diens sterkten. In dat opzicht is de empathieaanpak rogeriaans, aangezien de therapeuten uitgaan van de assumptie dat de patiënt over het vermogen tot zelfdeterminatie beschikt en de innerlijke kracht in zich draagt om de eetstoornis te overwinnen (Witty, 2007). Vanuit die aanname gaat de therapeut samen met de patiënt aan de slag, om een context te creëren waarbinnen de patiënt zelf oplossingen kan genereren (Korzybski Instituut, 2014).

Hierbij maakt de therapeut soms gebruik van het principe van herkaderen van Bateson (1980), waarbij hardnekkige gedachten van de patiënt omgevoerd worden door ze te belichten vanuit een ander perspectief. Zo hebben AN-patiënten soms het idee dat hun omgeving zich 'bemoeit' met hun leven. Een dergelijk idee wordt dan geherformuleerd naar 'bezorgdheid' vanwege de omgeving. In Empathie ligt de focus op het 'kleinst mogelijke stapje vooruit', zodat de patiënt het stapje vooruit zelf ook als realistisch inschat en zich steeds veilig blijft voelen. In Empathie neemt de therapeut de positie in van coach.

*Ouderbegeleiding.* Aanvullend op de consultaties is ouderbegeleiding een onmisbare schakel in het therapeutisch programma van Empathie. Patiënten met AN kampen vaak met een gespleten loyaliteit ten aanzien van ouders en familie. Dit loyaliteitsconflict kan een pathologische uitwerking hebben, omdat het in staat is intergenerationeel vertrouwen binnen een gezin te vernietigen (Dillen, 2004).

AN kan gezien worden als het symptoom van een dieperliggende gezinsproblematiek, maar de schuldvraag is in de Empathie-aanpak niet aan de orde. De eetstoornis vormt juist een aangrijpingspunt om bepaalde gewoonten in het gezin te veranderen. Tijdens de contextbegeleiding krijgen de ouders praktische handvatten aangereikt, om de taal van het anorectische systeem bij hun kind te leren herkennen. Door de ouders een bepaald taalgebruik aan te leren, kunnen ze de 'ongezonde denker' de mond snoeren en de 'gezonde denker' in hun kind aan het woord laten.

Een ander belangrijk aspect van de ouderbegeleiding is het feit dat de ouders uitgenodigd worden tot introspectie. Wat is mijn aandeel in de oplossing van het gevecht van mijn kind? De therapie wil de ouders - en bij uitbreiding het hele gezin - helpen om met een brede blik te kijken naar de eetstoornis van hun kind (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986).

De doelstelling van de ouderbegeleiding in Empathie is vierledig: *a* cohesie (de therapie moet ervoor zorgen dat ouders samen opkomen als een team), *b* consistentie (de ouders leren dezelfde aanpak te blijven hanteren over een langere periode), *c* communicatie (de ouders leren om negatieve gevoelens te communiceren en voor zichzelf op te komen) en *d* conflicthantering (de ouders leren op een constructieve manier om te gaan met conflicten; Lask & Bryant-Waugh, 1997).

*Dagcentrum.* Voor sommige patiënten is de combinatie van consultaties en ouderbegeleiding voldoende, maar andere patiënten hebben behoefte aan

een meer intensieve begeleiding. Deze patiënten volgen, aanvullend op de individuele consultaties, een groepsprogramma in het dagcentrum van Empathie. Dat groepsprogramma biedt plaats aan zes patiënten en wordt opgebouwd rond vijf verschillende modules: denkfouten, emoties, zelfwaarde en zelfbeeld, *body-image* en *food*. Hierbij valt te denken aan psycho-educatie over de gevolgen van AN voor de plasticiteit van de hersenen, oefeningen om automatisch negatieve gedachten (zogenaamde ANGels) om te buigen tot positieve gedachten, het gebruik van elementen uit *Cognitive Remediation Therapy* (CRT), het aanleren van een vocabularium om over emoties te kunnen praten en schrijven, creatieve opdrachten waarbij patiënten op zoek gaan naar de eigen sterkten en het gebruik van beelden uit magazines en reclame om een verstoord lichaamsbeeld om te buigen tot een positieve houding tegenover het eigen lichaam (Friedrich & Herzog, 2011; Grabe e.a., 2008; Harrison e.a., 2009; Pretorius & Tchanturia, 2007; Schmidt & Treasure, 2006; Tchanturia & Hambrook, 2010). Deze modules worden door de patiënten doorlopen gedurende een periode van ongeveer drie maanden.

Het dagcentrum is twee dagen per week open. De dagindeling in het dagcentrum wordt telkens opgebouwd volgens dezelfde vaste structuur, waarbij om 10.00 uur wordt gestart en om 16.00 uur wordt afgesloten met afspraken voor huiswerk. Het ochtendprogramma bestaat uit psycho-educatie, waarbij de patiënten informatie krijgen over de invloed van AN op de cognitieve flexibiliteit van de hersenen, wat er gebeurt in je lichaam, de link tussen AN en achterliggende problematieken, enzovoort. Deze informatie zet patiënten aan tot zelfreflectie en zorgt voor een groter zelfbewustzijn, waardoor hun zelfbeeld kan verschuiven van slachtoffer naar actieve *actor* die het eigen leven in de hand heeft (Pettersen e.a., 2011; Surgenor e.a., 2000).

Na de psycho-educatie volgt een sessie mindfulness. Korte groepsoefeningen worden aangevuld met individuele trainingen, aangepast aan de kenmerken van de patiënt en diens behandelnoten op dat punt in de therapie. Een dergelijke trainingssessie duurt ongeveer een uur en heeft verschillende doelstellingen. In deze sessies leren patiënten opnieuw tot rust te komen en gewaarworden, zowel emotioneel ('Hoe voel ik me?') als fysiek ('Wat geeft mijn lichaam aan?'). Een ander belangrijk aspect van de training is het leren opmerken van de eigen gedachten en stilstaan bij pijnlijke innerlijke belevingen, in plaats van ze te vermijden. Centraal staat geen proces van verandering, maar een proces van aanvaarding dat ruimte creëert voor verandering, groei en herstel (Spaans e.a., 2005).

Deze doelstellingen vertalen zich onder andere in meditatieve oefeningen, ontspanningsoefeningen, bewegingsoefeningen, de *bodyscan* (een oefening waarbij je stapsgewijs al je lichaamsdelen 'scant' om je bewust te worden van wat er in je omgaat) en het analyseren van de eigen gedachten. De mindfulness-training wordt nooit opgestart aan het begin van de therapie, omdat bepaalde oefeningen, zoals de *bodyscan*, aanvankelijk vrij confronterend kunnen zijn. Klassieke mindfulness duurt acht weken, maar bij Empathie kan deze periode langer of korter zijn. Vaak is er veel herhaling nodig in de sessies, waardoor het proces trager verloopt. Bij jongere patiënten worden de

ouders uitgenodigd om een sessie mee te volgen, zodat ze thuis kunnen nagaan of de patiënt correct geïnterpreteerd heeft wat de mindfulness-coach overbracht.

Na de lunch wordt op een creatieve en luchtige manier gewerkt rond een bepaalde module, bijvoorbeeld door het maken van een collage, het visueel in kaart brengen van je familie of het maken van sieraden. Op regelmatige basis maakt ook dramatherapie deel uit van het namiddagprogramma. Daarbij ligt de focus op ervaringsleren, als essentiële aanvulling op de verbale therapie binnen Empathie. Binnen een veilige omgeving en aan de hand van theatertechnieken krijgen de patiënten de kans om emoties uit te testen, een nieuwe rol te proberen, plezier te maken, enzovoort.

Aan het einde van de dag krijgen de patiënten een huiswerkopdracht of een denkoefening mee naar huis, die aansluit bij de een van de modules. Een voorbeeld hiervan is: 'Schrijf de negatieve gedachten die je in de komende week hebt op, en hoe je die zou kunnen ombuigen tot positieve gedachten.' Deze huiswerkopdrachten worden door de patiënten genoteerd in een schriftje en wekelijks besproken in het dagcentrum. Het geven van huiswerk zorgt ervoor dat patiënten, ook op momenten dat ze niet in het dagcentrum zijn, een zeker houvast hebben. Ook leren ze de tips die ze in de therapie meekrijgen toe te passen in de praktijk op een veilige manier. Ook het schriftje is van belangrijke waarde, want het geeft een overzicht van de evolutie die de patiënten reeds doormaakten.

#### *Duur en fasering van de behandeling*

De consultaties en de ouderbegeleiding zijn nauw met elkaar verbonden en vormen het fundament van het Empathie-programma. De intensiteit en hoeveelheid van deze sessies is afhankelijk van de zorgbehoeften van de patiënt en de mate waarin deze in staat is naar school te gaan of een beroep uit te oefenen. Zoals gezegd, wordt het modulaire groepsprogramma slechts door een deel van de patiënten gevolgd, afhankelijk van hun zorgbehoeften. Het modulaire programma strekt zich uit over een periode van drie maanden.

In totaal blijven patiënten gemiddeld voor een periode van minstens een jaar in behandeling bij Empathie. Omdat AN gekenmerkt wordt door een traag herstelproces en een sombere prognose, zijn niet alle patiënten na deze periode volledig hersteld. Ook hebben sommige patiënten behoefte aan een meer intensieve begeleiding in een residentieel centrum of aan een ziekenhuisopname. In die gevallen gaan de therapeuten van Empathie actief op zoek naar een volgende passende behandelingsvorm. Na de begeleidingsperiode voorziet Empathie een lange *follow-up*-periode, waarbij op regelmatige basis consultaties blijven plaatsvinden. Ook blijven de therapeuten beschikbaar voor de patiënten via telefoon en e-mail.



### Behandeldoelen

De belangrijkste doelstelling van Empathie is ervoor te zorgen dat de patiënt zichzelf opnieuw toestaat te functioneren zonder angst. Dat betekent enerzijds dat eten niet meer gepaard gaat met angst. Anderzijds houdt dat ook in dat de dagindeling en keuzen van de patiënt niet langer bepaald worden door eten. Hieraan gerelateerd stelt Empathie nog andere behandeldoelen voorop, zowel op intra- als interpersoonlijk vlak.

*Authenticiteit.* Wanneer een patiënt erin slaagt om de negatieve gedachten en attitudes tegenover zichzelf los te koppelen van zijn 'authentieke' persoonlijkheid, ontstaat er een soort niche waarin dit authentieke zelf verder kan groeien. AN-patiënten worstelen vaak met een innerlijk conflict over de ware aard van hun 'zelf'. In hoeverre zijn hun keuzen, emoties en verlangens authentiek? Binnen een dergelijke niche wordt het echter mogelijk voor de patiënt om de eigen authentieke persoonlijkheid te begrijpen, te accepteren en verder te ontwikkelen (Hope e.a., 2011).

Authenticiteit betekent dat je je bewust bent van de keuzen die je maakt, jezelf durft te zijn en het beste uit jezelf durft te halen. Ook zich opnieuw verbonden voelen met anderen is een belangrijke pijler in de behandeling, omdat AN-patiënten zich vaak eenzaam en onbegrepen voelen. Wanneer de patiënt voelt dat de context begrijpt waar hij zo mee worstelt, werkt dat angstreducerend. Een belangrijke doelstelling is daarom het aanleren van een taal aan de ouders, om die boodschap over te brengen. Daarnaast is het cruciaal dat ook de patiënt leert zich te verbinden met anderen en anderen opnieuw te vertrouwen.

*Zich kwetsbaar durven opstellen.* AN-patiënten hebben vaak angst om zich bloot te stellen aan emoties, doordat ze kwetsbaarheid zien als een 'zwakte'. Je kwetsbaar opstellen is echter een sterkte. Wie zich kwetsbaar opstelt, durft immers het risico nemen zich bloot te stellen aan zowel positieve als negatieve invloeden. Wanneer AN-patiënten deze omslag durven maken, kunnen ze zichzelf opnieuw leren waarderen.

*Zelfcompassie.* Een belangrijke doelstelling is het hebben van voldoende geloof in je kracht om een oplossing te vinden voor de tegenslagen en ontgoochelingen waarmee je in het leven geconfronteerd wordt. Het opbouwen van veerkracht is hierbij van centraal belang. Zelfcompassie betekent mild leren zijn voor zichzelf en voor zichzelf leren zorgen. Het vormt een sterke buffer tegen de impact van negatieve gebeurtenissen (Leary e.a., 2007).

Op medisch vlak tracht Empathie patiënten aan te moedigen om in therapie te blijven, tot een veilig gewicht bereikt is. In sommige gevallen is de patiënt hier nog niet toe in staat, en wordt doorverwezen naar een andere passende zorgvorm. In die gevallen fungeert Empathie als een tussenstation in de behandeling.

### *Sterkten en valkuilen*

Een van de centrale krachtige pijlers van de Empathie-aanpak is dat de ouders actief betrokken worden gedurende het volledige behandelproces van hun kind. Dat houdt in dat ouders bereid geacht worden om de ‘taal van de eetstoornis’ te leren begrijpen. Deze nauwe betrokkenheid vormt echter ook een valkuil. Ouders hebben aan het begin van het behandelverloop meestal weinig inzicht in de ziekte van hun kind. Wanneer ze dan niet bereid zijn om actief deel uit te maken van de behandeling, verloopt het therapeutische proces van hun kind dikwijls zeer moeizaam. Ouders zijn met andere woorden een onmisbare schakel binnen het behandelmodel van Empathie.

Een ander aandachtspunt is de fysieke conditie waarin de patiënt zich bevindt bij aanmelding. Aangezien de behandeling in Empathie volledig ambulantly is, wordt bij bepaalde patiënten besloten dat het medisch gezien veiliger is de patiënt eerst te laten aansterken in een residentiële setting. Anderzijds komt het ook voor dat een residentiële behandeling tot betere resultaten leidt, wanneer de patiënt reeds een aantal therapie sessies gevolgd heeft bij Empathie.

Ten slotte heeft Empathie ook te kampen met een aantal praktische en financiële belemmeringen.

### **Discussie**

In de geestelijke gezondheidszorg gaan steeds meer stemmen op voor het hanteren van *evidence-based* behandelvormen, waarvoor er effectbewijs bestaat. Ook patiënten zelf stellen zich steeds meer op als kritische consumenten met hoge kwaliteitseisen aan de geboden hulpverlening (Braet, 2011). Het is echter niet vanzelfsprekend om deze hoge standaard te bereiken in een psychotherapeutische context, vanwege de relationele en interpersoonlijke natuur van het therapeutische proces (Sexton & Van Dam, 2010).

Bij onderzoek wordt vaak gefocust op symptomen en stoornissen als primaire kenmerken van patiënten. Deze worden dan gebruikt als evaluatiecriteria van de geteste behandeling. De focus van therapie ligt echter niet louter op het bereiken van bepaalde doelstellingen en symptoomreductie, maar des te meer op het proces dat patiënten doorlopen. Bovendien is statistische significantie vaak een beperkte weergave van het dagelijkse leven van patiënten (Kazdin, 2008). *Evidence-based practice* (EBP) wordt meestal bekeken in termen van rationaliteit, waardoor niet elke vorm van evidentie even krachtig is (Hamilton, 2005; Rycroft-Malone e.a., 2004). Observaties, descriptief onderzoek, opinies, enzovoort, dragen minder geloofwaardigheid in zich dan *randomized controlled trials* (RCT's), die als gouden standaard beschouwd worden (Broekaert e.a., 2010).

Deze bedenkingen zouden een verklaring kunnen zijn voor het gebrek aan een sterke empirische basis voor de behandeling van AN. Daar komt nog bij dat de ziekte gekenmerkt wordt door een sombere prognose en een onvoorspelbaar herstelproces. Evidence-based richtlijnen over de behandeling

van AN worden gelimiteerd door de kwaliteit van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek en de klinische relevantie daarvan (Wilson & Shafran, 2005).

Het beschrijven van een therapeutische interventie (zoals die van Empathie) op basis van wetenschappelijk gefundeerde parameters, wordt door sommigen echter gezien als een eerste fundamentele stap in de richting van EBP (Bond e.a., 2010; Braet, 2011; Veerman & Van Yperen, 2007). Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste worden de klinische expertise en praktijkervaring van professionals mede in acht genomen bij de beschrijving. Daardoor wordt *tacit knowledge* ofwel verborgen kennis zichtbaar en kan een uitwisseling van kennis en expertise ontstaan tussen verschillende praktijken (Veerman & Van Yperen, 2007).

Daarnaast vormt het beschrijven van de eigen werking in haar ideaaltypische vorm een goed aanknopingspunt voor het evalueren van de werking in de praktijk, doordat werkpunten worden blootgelegd. Zo wordt bijvoorbeeld duidelijk dat bij Empathie geen systematische *treatment integrity checks* worden toegepast, om de eigen werking te evalueren.

Tot slot vormt een beschrijving een goede basis voor verdere effectstudies (Bond e.a., 2010). Wanneer een interventie grondig beschreven wordt, komt ze met andere woorden vanzelf in een kwaliteitscyclus terecht (Veerman & Van Yperen, 2007).

Verder onderzoek is noodzakelijk om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van de zorg en de effectiviteit van de therapie die in Empathie wordt aangeboden. Meestal wordt hierbij alleen gefocust op objectieve en meetbare uitkomsten van een behandeling. Toch gaan er ook stemmen op binnen de medische en therapeutische sector voor *values-based practice* (VBP) als waardevolle aanvulling op dit rationele evidence-based perspectief (Fulford, 2011; Petrova e.a., 2006). VBP weerspiegelt de diversiteit aan waarden, zowel van de therapeut als de patiënt. In dat opzicht vormt VBP een belangrijke partner van EBP, aangezien zo de best beschikbare evidentie verbonden wordt met de waarden die op elkaar inspelen binnen een therapeutische setting. Fulford (2011) benadrukt het belang van het transparant maken van deze waarden, omdat ze de centrale drijfkracht vormen van een interventie.

Een van de centrale waarden binnen Empathie is kwaliteit van leven. Tijdens de therapie tracht men ervoor te zorgen dat patiënten zichzelf zo snel mogelijk opnieuw toestaan te functioneren zonder angst. Hierbij wordt gerespecteerd dat elke patiënt een persoonlijke invulling geeft aan kwaliteit van leven en het concept herstel. Gerelateerd hieraan wordt ook *empowerment* belangrijk geacht binnen Empathie. Vanuit de focus op hun eigen sterkten worden patiënten aangemoedigd weer stevig op eigen benen te gaan staan. Ook empathie en warmte zijn onmisbare waarden; het therapiecentrum wil een plaats zijn waar patiënten tot rust kunnen komen en zich op hun gemak kunnen voelen. Daarom wordt veel aandacht besteed aan het inrichten van een warme en aangename setting, waarbinnen een therapeutische relatie kan opgebouwd worden.

Een andere waarde die wordt nagestreefd in Empathie is beschikbaarheid. De therapeuten trachten de drempel naar Empathie zo laag mogelijk te

maken. Dat betekent enerzijds dat in er een lange follow-up-periode wordt voorzien, na het afronden van de behandeling. Anderzijds kunnen patiënten zo goed als 24 uur per dag en zeven dagen per week telefonisch terecht bij de therapeuten via telefoon of e-mail.

Bovenstaande waarden geven Empathie mede vorm en zetten de contouren voor de behandeling. Het is pas in de interactie tussen deze waarden, de individuele waarden van de therapeuten en die van de patiënt en de best beschikbare wetenschappelijke evidentie, dat een behandeling tot bepaalde uitkomsten leidt. Juist vanwege de beperkte empirische basis voor de behandeling van AN, kan het waardevol zijn om niet alleen objectief meetbare criteria, maar ook de waarden waarop een behandeling gebaseerd is in acht te nemen bij de evaluatie ervan. Door het beschrijven en transparant maken van de werking wordt voor het therapeutisch centrum Empathie een eerste stap gezet.

### *Dankbetuiging*

Dit artikel kwam tot stand binnen een onderzoeksproject naar de perceptie van kwaliteit van leven door anorexiapatiënten en hun familie. Met dank aan Empathie voor de financiële ondersteuning hiervan.

### **Literatuur**

- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R. & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behavior. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behavior, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58, 847-851.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bateson, G. (1980). *Mind and nature: a necessary unity*. New York: Bantam Books.
- Berg, K.C. & Wonderlich, S.A. (2013). Emerging psychological treatment in the field of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15, 1-9.
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Becker, D. R. (2010). Beyond evidence-based practice: nine ideal features of a mental health intervention. *Research on Social Work Practice*, 20, 493-501.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Krasner, B. R. (1986). *Between give and take: a clinical guide to contextual therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Braet, C. (2011). Protocollair behandelen in de kinderpsychotherapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 41, 148-158.
- Broekaert, E., Autrique, M., Vanderplasschen, W. & Colpaert, K. (2010). 'The human prerogative': a critical analysis of evidence-based and other paradigms of care in substance abuse treatment. *Psychiatric Quarterly*, 81, 227-238.
- Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L. & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Psychology and Behavior*, 79, 13-24.
- Dillen, A. (2004). *Ongehoord vertrouwen. Ethische perspectieven vanuit het contextuele denken van Ivan Boszormenyi-Nagy*. Antwerpen: Garant.
- Fairburn, C. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S26-S30.

- Figley, C.R. & Kiser, L.J. (2013). *Helping traumatized families*. New York: Routledge.
- Friedrich, H.C. & Herzog, W. (2011). Cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. In R.A.H. Ada & W.H. Kaye (Eds.), *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 111-123). New York: Springer.
- Fulford, K.W.M. (2011). The value of evidence and the evidence of values: bringing together values-based and evidence-based practice in policy and service development in mental health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 976-987.
- Goodier, G.H.G., McCormack, J., Egan, S.J., Watson, H.J., Hoiles, K.J., Todd, G. & Treasure, J.L. (2014). Parent skills training treatment for parents of children and adolescents with eating disorders: a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 368-375.
- Grabe, S., Ward, L.M. & Hyde, J.S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460-476.
- Grover, M., Naumann, U., Mohammed-Dar, L., Glennon, D., Ringwood, S., Eisler, I., ... Schmidt, U. (2011). A randomized controlled trial of an Internet based cognitive-behavioral skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 41, 2581-2591.
- Guarda, A.S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. *Psychology and Behavior*, 94, 113-120.
- Hamilton, J. (2005). The answerable question and a hierarchy of evidence. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 596-600.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S. & Williams, L.M. (2010). Anorexia nervosa: towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review*, 18, 165-179.
- Hope, T., Tan, J., Stewart, A. & Fitzpatrick, R. (2011). Anorexia nervosa and the language of authenticity. *Hastings Center Report*, 41, 19-29.
- Hoyle, D., Slater, J., Williams, C., Schmidt, U. & Wade, T.D. (2013). Evaluation of a web-based skills intervention for carers of people with anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 634-638.
- Jones, A., Evans, M., Bamford, B. & Ford, H. (2008). Exploring quality of life for eating-disordered patients. *European Eating Disorders Review*, 16, 276-286.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Korzybski Instituut (2014). Website: [www.korzybski-international.com](http://www.korzybski-international.com).
- Lask, B. & Bryant-Waugh, R. (1997). Prepubertal eating disorders. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 476-483). New York: Guilford Press.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B. & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lock, J. & Le Grange, D. (2001). Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 253-261.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Core interventions in the treatment and*

- management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder*. Londen: British Psychology Society.
- Petrova, M., Dale, J. & Fulford, K.W.M. (2006). Values-based practice in primary care: easing the tension between individual values, ethical principles and best evidence. *British Journal of General Practice*, 56, 703-709.
- Pettersen, G., Rosenvinge, J.H. & Wynn, R. (2011). Eating disorders and psychoeducation - patients' experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 12-18.
- Pretorius, N. & Tchanturia, K. (2007). Anorexia nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy. *Therapy*, 4, 423-431.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47, 81-90.
- Schmidt, U., Wade, T.D. & Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28, 48-71. DOI 10.1891/0889-8391.28.1.1.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 343-366.
- Sexton, T.L. & Dam, A.E. van (2010). Creativity within the structure: clinical expertise and evidence-based treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 175-180.
- Smit, T., Offringa, C. & Kramer, H. (2009). Mindful spiegelexposure bij eetstoornissen: een nieuw therapieprotocol en twee gevalsbeschrijvingen. *Directieve Therapie*, 29, 93-111.
- Spaans, J., Kamp-Verbeij, M.L. van de & Hop, H. (2005). Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa. *Directieve Therapie*, 25, 276-299.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Steinhausen, H.C. (2008). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 225-242.
- Stinckens, N. (2001). *Werken met de innerlijke criticus. Gerichte empirische verkenning van een cliëntexperientiële microtheorie*. Doctoraatsverhandeling. Leuven: KU Leuven.
- Surgenor, L.J., Rau, J., Snell, D.L. & Fear, J.L. (2000). Educational needs of eating disorder patients and families. *European Eating Disorders Review*, 8, 59-66.
- Tchanturia, K. & Hambrook, D. (2010). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. In C.M. Grilo & J.E. Mitchell (red.), *The treatment of eating disorders* (pp. 130-149). New York: Guilford Press.
- Tenwolde, A. (2001). Wat zijn momenteel de belangrijkste behandelmethoden voor eetstoornissen? *Psychopraxis*, 3, 39-42.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.
- Wade, T.D., Treasure, J. & Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 19, 382-389.
- Wilson, G.T. & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*, 365, 79-81.
- Witty, M.C. (2007). Client-centered therapy. In N. Kazantzis & L. L'Abate (Eds.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy: research, practice, and prevention*. New York: Springer.