OPLOSSINGSGERICHT WERKEN MET EETSTOORNISEN

Eindwerk ter afronding van de vierjarige opleiding in de oplossingsgerichte cognitieve en systemische psychotherapie aan het Korzybski-instituut

Jill Grosemans
Antwerpen
2024- 2025

Inhoud

Voorwoord 2

Theoretisch kader 3

1. Eetstoornissen 3
2. Diagnostiek 4
3. Probleemgericht vs oplossingsgericht 5
   a) Probleemgerichte therapie 5
   b) Oplossingsgerichte therapie 5

Praktische toepassing – de oplossingsgerichte benadering 10

1. De eetstoornis als symptoom 10
2. Een eetstoornis hebben vs zijn 11
3. Logos – Pathos – Ethos – Oikos 12
4. Doelen 13
5. Hoop 14
6. Het Brugs model – de Flowchart 15
   a) Probleem vs beperking 15
   b) Vrijblijvende relatie 15
   c) Zoekende relatie 16
   d) Consulterende relatie 18
   e) Co-expertenrelatie 20
7. Weerstand 20
8. Afronding 22

Successen en hindernissen in de praktijk 23

1. Empowerment, focus op kleine successen 23
2. Uitdagingen in het werken met eetstoornissen als therapeut 23

Literatuurlijst 25

Voorwoord

Binnen de privépraktijk waar ik werk als klinisch psycholoog, werk ik regelmatig met jongeren en (jong)volwassenen die kampen met een eetstoornis. Cliënten worden aangemeld door de huisarts, kinderarts, ouders, school, etc. Soms gebeurt het ook dat cliënten zelf de stap zetten naar onze praktijk en zelf vragen om hulp. Ik merk echter in de praktijk vaak dat cliënten een andere hulpvraag hebben dan de mensen rondom hen. Het intrigeert me al lange tijd dat men bij eetstoornissen vaak sterk probleemgefocust benadert. Anorexia nervosa heeft in vergelijking met andere psychiatrische stoornissen nog steeds het hoogste sterftecijfer (Smink, 2013) waardoor het dus ook niet gek is dat de context vaak de neiging heeft om in paniek te raken wanneer iemand in zijn/haar omgeving aan een eetstoornis lijdt.

Na vier jaar opleiding binnen het Korzybski-instituut, ben ik enorm gebeten door de oplossingsgerichte microbe. Werken met cliënten met een eetstoornis is zeer boeiend aangezien dit zo specifiek en uitdagend is. Het oplossingsgericht werken matchen met deze, vaak toch zeer complexe, problematiek is zeer boeiend. Ik zie veel cliënten die zich op één of andere manier staande houden, waarbij de eetstoornis nog een grote hulp vormt op het moment dat ze aangemeld worden. Desondanks voelen de cliënten (en hun context) die ik zie zich vaak overweldigd door schuldgevoelens, schaamte en een gevoel van machteloosheid. Oplossingsgericht werken benadrukt wat goed gaat en wat al werkt, waardoor cliënten zich gesterkt voelen. Dit geeft zowel voor mij als voor de cliënt hoop en energie om steeds verder te gaan. Deze zuurstof is noodzakelijk aangezien dit vaak zeer lange begeleidingstrajecten zijn. Gemiddeld kampt men namelijk 6-7 jaar met een eetstoornis.

Theoretisch kader

1. Eetstoornissen

Het is belangrijk om een eetstoornis te onderscheiden van een voedings- of eetprobleem. Een voedingsprobleem verwijst naar moeilijkheden in de ontwikkeling van bepaalde eetvaardigheden bij jonge kinderen, vaak in interactie met de context waarin het kind zich bevindt. Een eetprobleem daarentegen heeft betrekking op een verstoring van gezond eetgedrag, waardoor eten niet langer op een ontspannen en natuurlijke manier verloopt (Eetexpert, 2025)

Eet- en voedingsstoornissen gaan verder en omvatten complexe syndromen met meerdere componenten, waarbij verstoord eetgedrag centraal staat. Bij een eetstoornis is er niet alleen sprake van een blijvende verstoring in eetgedrag, wat kan leiden tot veranderingen in voedselopname (zoals bij een eetprobleem), maar ook van andere kenmerken. Deze omvatten een verstoord lichaamsbeeld (bijvoorbeeld een overmatige focus op gewicht en lichaamsvormen), psychosociale problemen (zoals een laag zelfbeeld of sociale isolatie), en fysieke complicaties (zoals een te laag of te hoog lichaamsgewicht, spijsverteringsproblemen of osteoporose).

Er bestaan verschillende soorten eetstoornissen. De meest bekende eetstoornissen zijn anorexia nervosa (AN), die onderverdeeld kan worden in een restrictief type (AN-R) en een type met eetbuien en purgeren (AN-BP), boulimia nervosa (BN), en de eetbuistoornis (BED). Anorexia nervosa van het restrictieve type wordt gekenmerkt door strikt restrictief eetgedrag en een sterke behoefte aan controle. Bij anorexia nervosa van het eetbuien-purgerende type en bij boulimia nervosa komen twee verstoorde eetpatronen voor: het optreden van eetbuien en purgerend gedrag. Bij de eetbuistoornis zien we uitsluitend eetbuien, zonder dat er sprake is van compensatiegedrag.

De aard van de eetbuien varieert echter. Bij anorexia nervosa van het eetbuien-purgerende type (AN-BP) gaat het meestal om subjectieve eetbuien, waarbij iemand een gevoel van controleverlies ervaart, maar de hoeveelheid gegeten voedsel niet objectief groot is. Bij boulimia nervosa en de eetbuistoornis daarentegen gaat het om objectieve eetbuien, waarbij zowel controleverlies plaatsvindt als het consumeren van een objectief grote hoeveelheid voedsel

Binnen de praktijk waar ik werk, komen AN en BN het vaakst voor. Onderstaand staan de criteria voor beiden opgesomd volgens de DSM-5:

<u>Anorexia nervosa</u>

- Beperking van de energie-inname volgens behoefte die leidt tot een opmerkelijk laag lichaamsgewicht gezien de lengte, leeftijd, sekse, ontwikkelingstraject, en lichamelijke gezondheid. Een opmerkelijk laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan wat minimaal normaal is, of bij kinderen en adolescenten lager dan wat minimaal verwacht mag worden.
- Intense angst om aan te komen in gewicht en om dik te worden, of aanhoudend gedrag om toename van gewicht te voorkomen, zelfs bij een opmerkelijk laag gewicht.
- Verstoring van de wijze waarop het lichaamsgewicht of het figuur wordt ervaren, onevenredig grote invloed van het gewicht of het figuur op de zelfwaardering, of een aanhoudend gebrek aan inzicht in de ernst van het lage lichaamsgewicht.

Er worden twee types onderscheiden, namelijk het eetbuien/purgerende type, waarbij er sprake is van eetbuien en purgeergedrag (bv. zelfopgewekt braken, misbruik van laxeermiddelen, misbruik van

diuretica) en het restrictieve type, waarbij eetbuien en purgeergedrag niet voorkwamen de voorbije drie maanden, en het ondergewicht voornamelijk gecreëerd wordt door lijnen, vasten en overmatige lichaamsbeweging.

De ernst van Anorexia Nervosa wordt in de DSM-5 bepaald door de BMI (BMI ≥ 17 betekent een lichte ernstscore en BMI < 15 wordt beschouwd als zeer ernstig). Wanneer er geen extreem gewichtsverlies is, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van atypische Anorexia Nervosa.

Ongeveer 1% van de Belgen boven 18 jaar lijdt ooit aan anorexia nervosa, met een hogere prevalentie bij tienermeisjes en jongvolwassen vrouwen (14-20 jaar).

Boulimia nervosa

- Terugkerende episodes van eetbuien. Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende twee kenmerken:

(1) Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld 2 uur) van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende dezelfde tijd onder dezelfde omstandigheden.

(2) Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende die episode (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten; geen controle over wat of hoeveel men eet).

- Terugkerend ongepast compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxeermiddelen, diuretica, of andere medicatie, vasten, of excessief bewegen.
- De eetbui en het ongepaste compensatiegedrag komen allebei gemiddeld (minstens) één keer per week voor in de laatste drie maanden.
- De zelfwaardering wordt onevenredig sterk beïnvloed door het figuur en het gewicht.
- De verstoring vindt niet alleen plaats gedurende episodes van Anorexia Nervosa.

De ernst van de Boulimia Nervosa wordt bepaald door de frequentie van het compensatiegedrag (1-3 x per week is licht; >14 x per week is extreem ernstig). Wanneer eetbuien zich minder frequent of minder langdurig voordoen, maar de andere symptomen wel aanwezig zijn, wordt gesproken van subklinische Boulimia Nervosa of Boulimia Nervosa met lage frequentie en/of van beperkte duur. Wanneer de persoon enkel purgeergedrag vertoont en geen eetbuien heeft, wordt gesproken van een Purgeerstoornis.

Ongeveer 1% van de Belgen boven 18 jaar lijdt ooit aan boulimia nervosa, en treedt meestal voor het eerst op tussen 16 en 25 jaar. Boulimia nervosa komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen

2. Diagnostiek

Veel cliënten die aangemeld worden in de praktijk, kregen reeds een diagnose of een label zoals hierboven omschreven. Hoewel een diagnose in bepaalde situaties nuttig kan zijn, bijvoorbeeld voor toegang tot zorg, is het belangrijk om deze niet als centraal uitgangspunt te nemen. Een label kan stigmatiserend en pathologiserend werken voor een cliënt, waardoor het herstelproces kan stagneren of blokkeren Daarnaast zijn er ook interindividuele verschillen tussen cliënten zelfs wanner zij dezelfde (categoriale) diagnose krijgen. We moeten ernaar streven om bij elk individu zicht te krijgen op welke symptomen aanwezig zijn, met welke intensiteit, en hoe deze het dagelijks leven beïnvloeden.

Het is vooral belangrijk om een cliënt niet te reduceren tot een diagnose. In plaats van te richten op de naam of oorzaak van een probleem, is het belangrijk om te focussen op wat werkt en hoe een cliënt vooruit kan. Diagnoses zijn niet essentieel voor verandering. Het gaat niet om wat er 'mis' is, maar om wat de cliënt wilt bereiken. Labels hebben als risico dat ze beperkend kunnen werken door iemand vast te zetten in een probleemgerichte manier van denken, terwijl oplossingsgerichte therapie helpt om vaardigheden, successen en uitzonderingen op het probleem te versterken.

3. Probleemgericht vs oplossingsgericht

a) Probleemgerichte therapie

Vele therapievormen zijn sterk probleemgericht, men probeert dan eerst de oorzaak van het probleem te achterhalen om tot een juiste oplossing te komen. Eetstoornissen kennen echter geen eenduidige oorzaak. Het is vaak moeilijk te achterhalen waarom iemand een eetstoornis ontwikkelt; meestal is er sprake van een complex samenspel van verschillende factoren. Een probleemgerichte benadering of een sterke focus op het vinden van oorzaken brengt het risico met zich mee dat de sterke kanten of capaciteiten van cliënten over het hoofd worden gezien.

Binnen deze benadering wordt vaak ook veel aandacht besteed aan het analyseren van probleemgedrag. Men probeert dan bijvoorbeeld te achterhalen welke triggers leiden tot gedrag zoals braken of laxeren, met als doel dit gedrag zo snel mogelijk te stoppen. De therapeut is hierbij de expert die inzicht biedt in de oorzaken en onderliggende mechanismen van een eetstoornis. Op basis van de analyses van de therapeut, worden er nieuwe gedragingen of copingstrategieën aangenomen.

Deze therapieën zijn vaak langdurig, omdat er veel tijd wordt besteed aan een uitgebreide analyse van de eetstoornis en haar oorzaken.

b) Oplossingsgerichte therapie

Oplossingsgerichte therapie werd in de jaren tachtig ontwikkeld door Steve De Shazer, Insoo Kim Berg en hun collega's van het Brief Family Therapy Center (BFTC) in Milwaukee, VS. Tegelijkertijd vond er een parallelle ontwikkeling plaats binnen het Korzybski-Instituut in Brugge, onder leiding van dr. Luc Isebaert, dr. Myriam Le Fevere de Ten Hove en dr. Marie Christine Cabié. Binnen het Korzybsk-instituut begon men namelijk te twijfelen aan de efficiëntie van 'traditionele' systeemtherapie bij bepaalde problematieken, waaronder eetstoornissen. Zo kwamen ze op het oplossingsgericht spoor.

Hoewel beide stromingen aanvankelijk los van elkaar evolueerden, kwamen ze vanaf 1990 met elkaar in contact, wat leidde tot een kruisbestuiving en verdere verfijning van het model (Isebaert, 2007).

De therapie vindt haar oorsprong in de systeemtheorie, de korte therapie van het BFTC, en de hypnotherapie van dr. Milton Erickson. Het model biedt een brede en respectvolle kijk op gezondheid, waarbij niet alleen pathologie wordt geclassificeerd, maar vooral wordt gekeken naar de hulpbronnen en mogelijkheden van de cliënt.

Jaarlijks kwamen onderzoekers samen in Brugge om de efficiëntie van de therapievorm verder te bestuderen. In 1998 werd de bijdrage van het Korzybski-Instituut internationaal erkend tijdens het Therapeutic Conversations congres in Denver, waar hun werkwijze werd omgedoopt tot 'The Bruges Group' en 'The Bruges Model'.

Het Brugse model wordt beschouwd als een metamethode, waarin verschillende therapeutische stromingen geïntegreerd zijn om de samenwerking tussen cliënt en therapeut eenvoudiger en

doelgerichter te maken. Doordat de Amerikaanse pioniers zoals Steve De Shazer en Insoo Kim Berg internationaal veel reisden, kreeg de oplossingsgerichte therapie wereldwijd sneller bekendheid.

Vier uitgangspunten zijn van kracht binnen het oplossingsgericht werken (Le Fevere de Ten Hove, 2007). Binnen oplossingsgerichte therapie zoeken we naar wat werkt, en blijken de 4 basispremissen daarbij werkzame elementen:

1. Men heeft autopoietische of zelfhelende krachten

   Binnen het oplossingsgerichte gedachtegoed weerspiegelt dit concept het vermogen om te vertrouwen op de natuurlijke veerkracht van een cliënt. Iedereen bezit dus de mogelijkheid om haar of zijn problemen op te lossen. De term Autopoiese is afgeleid van het Grieks (*auto* = zelf, *poiesis* = creatie) en betekent letterlijk zelfproductie. Deze term werd geïntroduceerd door biologen Varela en Maturana en verwijst in de biologie naar het vermogen van een systeem om zichzelf te vormen en in stand te houden, mits alle noodzakelijke componenten en omstandigheden aanwezig zijn. Deze term benadrukt dat mensen de innerlijke capaciteit hebben om veranderingen in hun leven te bewerkstelligen. Mensen hebben zelfhelende capaciteiten, Milton Erickson paste dit zeer consequent toe in zijn therapie. Volgens hem beschikte iedere patiënt, bewust of onbewust, over voldoende resources om de problemen op te lossen waarvoor hij in therapie kwam. Hij hielp mensen hun resources te mobiliseren zodat ze hun problemen op hun manier konden oplossen.

   Binnen therapie proberen we als therapeut de focus van wat er dient te veranderen te verleggen naar hoe die verandering eruit zal zien. We focussen op de gewenste toekomst door een zo gedetailleerd mogelijke beschrijving te krijgen van het leven van de cliënt wanneer zijn probleem opgelost zal zijn. We helpen onze cliënten met het ontdekken van resources om deze vervolgens te kunnen laten gebruiken (Koeman & Vranken, 2014).
   De nadruk ligt dus op het ontdekken en versterken van bestaande krachten en directe gedragsverandering.

2. Mandaat / rol van de therapeut en de cliënt

   Als therapeut hebben we zelf soms duidelijke ideeën over wat nuttig kan zijn voor onze cliënten. Echter is het van belang om steeds de hulpvraag van de cliënt te respecteren. Zonder het mandaat van de cliënt werkt therapie niet en kan het zelfs weerstand oproepen bij de cliënt. Respect tonen voor de vraag van de cliënt maakt van hem een adequate persoon die de nodige hulp vraagt voor zijn problemen. Rekening houdend met het relatie-niveau waarin hulpverlener en cliënt zich bevinden in de flowchart, kunnen bepaalde interventie ingezet worden. Het verkregen mandaat bepaalt de mogelijke interventies. Er wordt binnen therapie gezocht naar wat werkt.

   De cliënt staat centraal als expert van zijn/ haar eigen leven, wat voor meer autonomie zorgt. De cliënt doet evenveel of zelfs meer ‘werk’ dan de therapeut. Oplossingsgerichte therapie gaat uit van een gelijkwaardige relatie tussen cliënt en therapeut. De cliënt zal de therapeut een inkijk kunnen geven in hoe bijvoorbeeld zijn/haar eetstoornis werkt.

3. Oplossing ipv probleem

   Oplossingen hebben vaak weinig tot niets te maken met de problemen die zich voordoen in iemands leven. In tegenstelling tot veel andere therapievormen, wordt er in het oplossingsgericht werken vanuit gegaan dat het geen zin heeft om te graven in problemen maar dat de nadruk ligt op wat er goed gaat en hoe dat kan worden uitgebreid (Koeman & Vranken, 2014).

   We gaan met andere woorden niet volledig proberen uitspitten wat de oorzaak is van het ontstaan van de eetstoornis. Het is echter wel belangrijk om te onderzoeken welke functie de eetstoornis voor de cliënt vervult aangezien een eetstoornis vaak slechts een symptoom is. Probleemverhalen geven ons nuttige informatie en door de cliënt gedetailleerd te laten beschrijven, gaan we op zoek naar de uitzonderingen.

4. Keuzes maken en uitbreiden

   Luc Isebaert (2007) beschrijft in zijn boek dat de meeste van onze cliënten zich in een situatie bevinden waarin ze niet meer in staat zijn om zelf keuzes te maken. Oplossingsgerichte therapie komt voort uit het constructivisme. Richard Bandler en John Grinder (1980), de grondleggers van Neuro-Linguïstisch Programmeren (NLP), stelden dat onze werkelijkheid een constructie is van onze eigen mentale processen en niet een exacte weergave van een objectieve realiteit. Ons brein slaat ervaringen op in neurologische patronen en dit neurologisch circuit staat niet rechtstreeks in contact met zintuigen.

   Volgens Bandler en Grinder beïnvloeden deze interne representaties hoe we reageren op situaties en keuzes maken). We kunnen verschillende betekenissen toeschrijven aan de realiteit en deze betekenissen hebben invloed op ons keuzegedrag (Koeman & Vranken, 2014). Doordat deze mentale patronen veranderlijk zijn, biedt dit mogelijkheden voor therapie.

   De invloed van voorkeurszintuigen (visueel, auditief, kinesthetisch) speelt een belangrijke rol in het werk van Bandler & Grinder (1980). Volgens hen verwerkt en codeert elk individu informatie op basis van een dominante zintuiglijke representatie. Voorkeurszintuigen beïnvloeden hoe we de wereld waarnemen en ervaren. Visueel georiënteerde mensen denken in beelden en kunnen bijv. een vertekend lichaamsbeeld ontwikkelen, terwijl auditief georiënteerden zichzelf negatief kunnen toespreken en kinesthetische personen hun zelfbeeld baseren op lichamelijke gewaarwordingen. Binnen oplossingsgerichte therapie trachten we deze voorkeurszintuigen te herkennen en te benutten.

   Het Brugs model van keuzevrijheid gaat uit van de samenhang tussen de waarneming van de realiteit, het toekennen van betekenissen en het nemen van handelingsbeslissingen. Daarmee maakte Isebaert (2007) het onderscheid tussen de semantische keuze (de betekenisverlening) en de pragmatische keuze (de handelingsbeslissing die uit de betekenisverlening voortvloeit). Cliënten verlenen tijdens het waarnemen betekenis aan hun ervaringen (semantische keuze). Deze betekenissen bepalen vervolgens hun handelingskeuzes (pragmatische keuze) (Isebaert, 2007).

   Als de variëteit aan betekenissen tijdens het waarnemen beperkt is, leidt dit automatisch tot een beperkte handelingsvrijheid. Er ontstaat pathologie op het moment dat de alternatieven waaruit

de cliënt kan kiezen, verengd is of wanneer de keuzevrijheid beperkt is (Isebaert, 2007). Oplossingsgerichte therapie creëert een context waarin cliënten opnieuw kunnen kiezen. Deze mogelijkheid om te kunnen kiezen is een essentiële en tegelijk voldoende voorwaarde om symptomen te kunnen loslaten (Le Fevere de Ten Hove, 2007).

Er bestaan heel wat soorten therapieën. Hoe past oplossingsgericht werken binnen de bestaande behandelingen voor eetstoornissen?

Recent onderzoek toont aan dat de efficiëntie van de huidige behandelingen van eetstoornissen gering is (Russell et al., 2023). Na 1 tot 2 jaar behandeling variëren de herstelpercentages bij AN van 13% tot 50% (Jansingh et al., 2020). De drop-out vóór het einde van de psychotherapie is hoog, waarbij individuele, omgevings- en hulpverleningsfactoren een rol spelen (Vinchenzo, Lawrence & McCombie, 2022).

De behandeling van een eetstoornis vraagt een multidisciplinaire aanpak. Een integrale behandeling waarbij psychologen, diëtisten en artsen samenwerken, is cruciaal voor een succesvol herstel. Deze aanpak richt zich op zowel psychologische als fysieke aspecten van de eetstoornis. Een recente meta-review heeft aangetoond dat er momenteel twee psychotherapieën zijn met wetenschappelijke evidentie voor de behandeling van eetstoornissen: Family-Based Treatment (FBT) voor jongeren met Anorexia Nervosa (AN) of Boulimia Nervosa (BN) en Cognitieve Gedragstherapie voor Eetstoornissen (CBT-E) aanbevolen bij volwassenen met BN (Monteleone et al., 2022). Deze twee psychotherapieën behoren beide tot de oudste en vooral de meest onderzochte psychotherapieën voor eetstoornissen (Eetexpert, 2025).

Specifiek wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van oplossingsgericht werken bij eetstoornissen is schaars. Solution Focused Therapy is onder andere ontstaan door de moeilijkheden die men ervaarde bij het behandelen van eetstoornissen binnen de systemische aanpak. Steve de Shazer, Insoo Kim Berg en hun team bij het Brief Family Therapy Center werkten in de jaren 80 intensief samen met gezinnen in het kader van systeemtherapie. Deze aanpak richtte zich sterk op interactiepatronen binnen gezinnen bij allerlei problematieken, waaronder anorexia nervosa (AN). Bij de aanpak van AN stuitte men echter op een probleem. Hoewel de systemische aanpak hielp om de gezinsdynamiek beter te begrijpen, leidde het niet altijd tot concrete verandering bij de cliënt. Er werd veel tijd besteed aan het analyseren van *waarom* het probleem er was, maar dat gaf zelden richting aan *hoe* het opgelost kon worden. Ze observeerden in hun sessies welke uitspraken, vragen of interventies leidden tot kleine positieve veranderingen, en gingen die systematisch gebruiken. Zo kwam de nadruk steeds meer te liggen op het verkennen van uitzonderingen op het probleem, benadrukken van de eigen kracht en hulpbronnen van cliënten, stellen van toekomstgerichte vragen en cliënten die zelf bepalen wat succes betekent. Dit resulteerde in de publicatie van het boek 'Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach' en later het kernwerk 'Keys to Solution Brief Therapy' (1985).

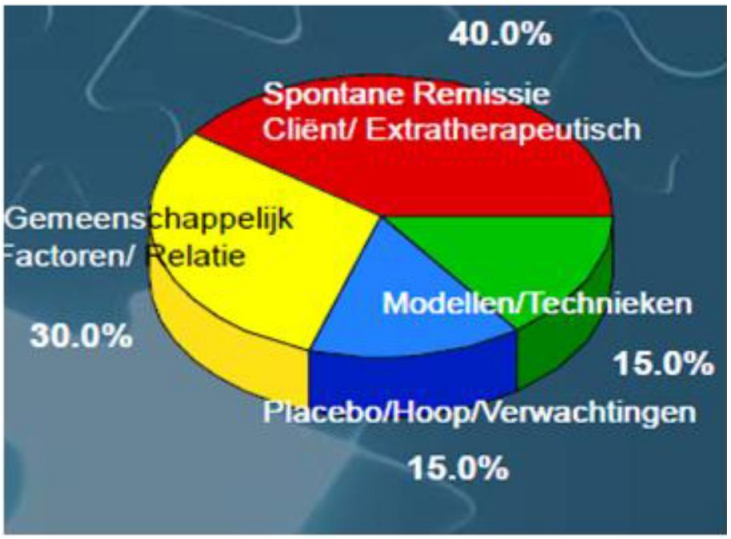
Doorheen de tijd vonden er een aantal wetenschappelijke studies plaats omtrent de efficiëntie van oplossingsgericht werken bij eetstoornissen. Berg & Steiner (2003) deden bijvoorbeeld een studie waarin oplossingsgerichte therapie wordt toegepast op kinderen met eetstoornissen. Zij onderzochten hoe de oplossingsgerichte benadering kan bijdragen aan het herstelproces van kinderen die lijden aan eetstoornissen, zoals anorexia nervosa en boulimia nervosa. De conclusie van deze studie was dat de oplossingsgerichte benadering effectief kan zijn voor deze onderzochte groep, omdat het hen helpt

zich te concentreren op hun capaciteiten en oplossingen, wat hen in staat stelt om zich minder machteloos te voelen en meer betrokken te raken bij hun herstel.

Martin Clayton V., Jeffrey T. Guterman en Karen Shatz (2012) deden eveneens een studie omtrent hoe Solution Focused Brief Therapy kan bijdragen aan het herstelproces van cliënten met een eetstoornis door de nadruk te leggen op wat reeds werkt, in plaats van te focussen op het probleemgedrag en de oorzaken ervan. De auteurs benadrukken dat SFBT goed aansluit bij eetstoornissen, omdat het cliënten niet confronteert met problemen, maar hen helpt te bouwen op wat al werkt. Dit staat in contrast met probleemgerichte therapieën, die veel weerstand kunnen oproepen bij cliënten. De benadering integreert multiculturalisme en eclectische technieken, wat het geschikt maakt voor diverse cliëntpopulaties. Er zijn met andere woorden veelbelovende aanwijzingen dat SFBT kan bijdragen aan de behandeling van eetstoornissen.

Naast wetenschappelijke evidentie spelen eveneens de persoonlijke voorkeuren en de specifieke context van de cliënt een cruciale rol bij het kiezen van een passende psychotherapie. Hoewel therapeutische stromingen verschillende accenten leggen, delen ze enkele fundamentele elementen. Deze gemeenschappelijke factoren benadrukken vooral het belang van een sterke therapeutische relatie als sleutel tot een succesvolle behandeling.

In een studie van Lambert (1992) werden de werkzame factoren van therapie onderzocht. Hieruit blijkt dat alle onderzochte modellen werken door de gemeenschappelijke factoren die bij alle modellen aanwezig zijn (zie onderstaande).



1. Cliëntgebonden factoren 40%

Deze factoren lijken verhoudingsgewijs een groot effect te hebben. Dit zijn factoren waarop de therapeut weinig invloed heeft zoals levensomstandigheden van de cliënt (bijvoorbeeld ziekte, ongeval, …). Daarnaast hoort hier de inzet, betrokkenheid en medewerking van de cliënt met diens resources en competenties. De medewerking van de context rondom cliënt speelt eveneens een belangrijke rol.

Een ander werkzaam onderdeel is monitoring: tijdens de behandeling wordt met de cliënt bijgehouden of hij of zij tevreden is, of er voldoende aan de behandeldoelen is gewerkt en of er progressie is in het aanleren van vaardigheden of in de afname van de problematiek.

2. Placebo-factoren 15%

Het placebo-effect in therapie verwijst naar verbetering die optreedt omdat de cliënt gelooft dat de therapie zal werken, onafhankelijk van de gebruikte methode. Zowel bij de cliënt als bij de therapeut spelen geloof, hoop en vertrouwen een belangrijke rol in het succes van de behandeling. Wanneer een cliënt vertrouwen heeft in de aanpak of in de therapeut, kan dit positieve veranderingen bevorderen.

3. De alliantie 30%

Binnen het oplossingsgerichte model wordt de cliënt gezien als expert van zijn of haar eigen leven en de therapeut als expert in zijn of haar vakgebied. Deze expertise wordt samengebracht om een werkrelatie te creëren die gebaseerd is op gelijkwaardigheid en wederzijds respect. Men kan een goede alliantie bekomen door een positieve, flexibele houding aan te nemen die authenticiteit en geruststelling uit te stralen. Vriendelijkheid, attentheid, voldoende empathie en positieve waardering naar de cliënt toe zijn essentieel. Daarbij is het van belang om goed te luisteren naar de cliënt en te werken aan diens doelstellingen, en niet aan die van de therapeut. Voldoende afstemmen aan wie er voor je zit is cruciaal.

4. Modelgebonden factoren 15%

Tot de modelgebonden factoren behoren onder andere het Brugs model en diens uitgangspunten, evenals de Flow-chart met alle technieken.

Praktische toepassing – de oplossingsgerichte benadering

1. De eetstoornis als symptoom

Een eetstoornis omvat vaak verschillende elementen zoals bijvoorbeeld een extreem perfectionistische houding, een laag zelfwaardegevoel, stemmingsintolerantie en interpersoonlijke problemen. Deze concepten vragen verdere verduidelijking en concretisering binnen therapie.

- Waarvoor heb je angst?
- Wat doe je dan?
- Waaraan merken anderen op dat je je niet goed voelt?

Binnen oplossingsgerichte therapie zien we het symptoom als de beste oplossing die de cliënt nu heeft. Een nuttige vraag is ‘Hoe helpt de eetstoornis je?’ of ‘Waarvoor helpt het lijnen je?’. Voor de meeste jongeren is dit echter een zeer lastige vraag. Vaak hebben zij al van veel mensen in hun omgeving gehoord dat de eetstoornis slecht voor hen is, omdat ze ongezond is en ervoor zorgt dat ze niet meer zichzelf zijn. Het klinkt voor hen dan vaak contradictorisch als we binnen oplossingsgerichte therapie uitleggen dat de eetstoornis hen helpt of zelfs beschermend werkt. De eetstoornis is een soort knuffeldekentje geweest die een bepaalde mate van troost bood.

- Waarvoor helpt die eetstoornis je?
- Waarvoor beschermt het je?

Door het symptoom te hervertalen als een deel van de oplossing, installeren we een therapeutische double bind. Ofwel kiest de cliënt voor de oude oplossing, de eetstoornis die helpend is, ofwel zoeken we een meer comfortabele manier om hetzelfde effect te bekomen. Beide keuzes zijn helpend. Het symptoom hoeft niet per se direct te verdwijnen, integendeel. Het is immers al een oplossing. We

kunnen dit dus zien als een win-win. Milton H. Erickson ontwikkelde deze benadering van therapie. Zijn visie op symptomen als functionele oplossingen werd later door verschillende onderzoekers en therapeuten verder uitgewerkt.

2. Een eetstoornis hebben vs zijn

Hierboven werd reeds omschreven hoe we naar diagnostiek van eetstoornissen kijken. In de praktijk is het vooral belangrijk om te weten dat cliënten een diagnose hebben en deze niet zijn. Cliënten worden niet geboren met een eetstoornis. Veel van wat hen maakt tot wie ze zijn, wordt niet beïnvloed door de eetstoornis. Zowel voor de cliënt zelf als voor de omgeving errond, is het belangrijk om hen te leren om op een afstand naar de eetstoornis te kijken. We leren hen vooral om de eetstoornis te externaliseren, dat wil zeggen: de eetstoornis als iets buiten henzelf te zien. Er zitten naast de eetstoornis, namelijk nog heel wat kwaliteiten, krachten en mogelijkheden in iemand.

Hoe en in welke mate je als therapeut het externaliseren toepast, hangt af van de visie van de jongere en het gezin op de eetstoornis als een externe, controlerende kracht. Daarom is het belangrijk om zorgvuldig te onderzoeken en af te toetsen hoe de cliënt dit ervaart en hierbij rekening te houden met hun beleving. Vaak is het voor de omgeving vooral helpend om op deze manier te kijken naar de persoon in kwestie. Bij de meeste cliënten is het 'gezonde' deel nog steeds groter dan het 'eetstoornis'-deel, maar onmacht en angst focussen veel omstaanders zich vooral op het 'eetstoornis'-deel. Al is het belangrijk om hierbij te letten op de juiste bewoording en niet te spreken van 'gezonde' en 'ongezonde' delen aangezien dit zeer statisch geformuleerd is en impliceert dat iets 'goed' of 'slecht' is.

Het kan vooral voor ouders helpend zijn om een onderscheid te maken tussen 'de eetstoornis' en 'zoon/dochter' die eraan lijdt. Het kan helpen om aan de eetstoornis te denken als een soort van kritische stem of een ongewenste gast die het kind of de jongere teistert. Het is namelijk de eetstoornis die ervoor zorgt dat hun kind dingen doet die het eerder niet deed, zoals bijvoorbeeld stiekem eten verstoppen of liegen over eten. Het is de ziekte die controle overgenomen heeft over het denken en handelen van het kind. Daarnaast is het belangrijk ouders te informeren dat de eetstoornis op dat moment als de 'beste vriend' van hun zoon of dochter fungeert. Het is een copingmechanisme dat helpt om controle te voelen, emoties te reguleren of met stress om te gaan. Voor de buitenwereld lijkt het destructief, waardoor de reflex vaak is om het zo snel mogelijk te laten verdwijnen. Maar voor de cliënt vervult het een functie, ongeacht de gevolgen. In plaats van de eetstoornis direct te bestrijden, helpt het om te erkennen dat dit een oplossing met vervelende kanten is. Dit voorkomt paniek en weerstand en opent de weg naar verandering. Door samen met de cliënt op zoek te gaan naar andere manieren om dezelfde behoeften te vervullen, kan verandering op een duurzame en veilige manier plaatsvinden.

Het is helpend als ouders naast hun zoon/dochter gaan staan als bondgenoot. Het is namelijk gemakkelijker om als bondgenoot op te treden dan als tegenstander. Externaliseren kan ouders helpen uit de strijd te blijven. Het 'eetstoornis'-deel in hun zoon of dochter geeft zich namelijk niet zomaar gewonnen en gaat graag in discussie. In plaats van te focussen op wat niet goed loopt (bijvoorbeeld het niet volgen van het eetschema of het zetten van meer stappen dan toegestaan), leren ouders oog te hebben voor wat al goed gaat en de inzet die hun zoon of dochter toont. Op die manier kan vooral het krachtige stuk versterkt worden en kan dit groeien.

3. Logos – Pathos – Ethos – Oikos

Gewoontes spelen een belangrijke rol binnen het oplossingsgericht werken. Gewoontes kunnen geanalyseerd worden vanuit verschillende invalshoeken: een triade van logos (cognitie), pathos (gevoel) en ethos (gedrag) binnen een bepaalde oikos (context). Als mens zijn we bijgevolg het geheel van wat we denken, voelen en doen in de context waarin we leven. Deze triade manifesteert zich op het bewuste, onbewuste en interactionele niveau.

Iedereen heeft zowel gewenste als ongewenste gewoontes. Gewenste gewoontes sluiten aan bij onze existentiële keuzes en het beeld dat we van onszelf hebben, terwijl ongewenste gewoontes hiermee in conflict kunnen zijn. Wanneer gewoontes het dagelijks functioneren belemmeren en onze kernwaarden in de weg staan, kunnen ze als problematisch of pathologisch worden beschouwd.

Als therapeut werken we samen met de cliënt om gewoontes te veranderen, nieuwe gewoontes te ontwikkelen of eerder gewenste gewoontes opnieuw tot leven te brengen. Daarnaast is het belangrijk om bestaande, positieve gewoontes te behouden, aangezien deze stabiliteit en rust bieden. Een essentieel onderdeel van therapie is het creëren van een context waarin de cliënt opnieuw keuzemogelijkheden ervaart tussen verschillende gedragingen. Dit doen we door de gewenste situatie in kaart te brengen en observatie-opdrachten in te zetten, zodat de gewoonte in al haar facetten wordt onderzocht. Zo kunnen we een passende invalshoek vinden om de gewoonte te veranderen of een meer gewenste gewoonte aan te leren.

Hoewel we een gewoonte dus kunnen onderscheiden in deelaspecten, is het vooral belangrijk om de gewoonte als eenheid of geheel te beschouwen. Het inzicht in de afzonderlijke elementen en niveaus kan heel verhelderend zijn om de weg te vinden waarlangs de verandering van een gewoonte tot stand wordt gebracht. Er treedt zelden slechts één element op de voorgrond. Gewoonten vertonen vaak variaties; deze uitzonderingen vormen een aanknopingspunt in de therapie. Het is ook zinvol om in therapie elk element van de triade te verkennen en waar nodig te beïnvloeden. Gezien de elementen met elkaar samenhangen, kan het volstaan op één of enkele elementen in te werken. De rest verandert dan mee.

Neuro-anatomisch gezien zijn gewoonten hersencircuits die niet volledig uitgewist kunnen worden. Daarom is het doel niet om ongewenste gewoonten af te leren, maar nieuwe naast de ongewenste te creëren. De nieuwe gewoonte veelvuldig herhalen totdat ze geautomatiseerde autostrades worden in ons brein die de ongewenste hersenverbindingen kunnen evenaren, is wat men beoogt (Isebaert & Lefevere, 2022).

Zo worden er soms jongeren met een eetstoornis aangemeld in de privépraktijk waar ik werk, die doorheen de tijd heel wat gewoonten ontwikkeld hebben. Een nuttige hypothese over het ontstaan van deze gewoonten is dat ze lange tijd werden beloond voor hun gedrag. De omgeving reageerde bijvoorbeeld positief op hun uiterste discipline of gaf complimenten over het afvallen en hun uiterlijk. Daarnaast ontdekten zij mogelijk dat het focussen op eten hen hielp om lastige gevoelens en angsten te vermijden. Op die manier bood de eetstoornis hen een vorm van steun en werd het als een 'vriend' ervaren. Tegelijkertijd ontwikkelden zij ook negatieve gedachten over hun lichaam, rigide ideeën over eten en dwangmatige gedragingen.

Wanneer deze cliënten in therapie komen, blijken deze gewoonten vaak niet langer functioneel te zijn en hebben ze de overhand genomen. Er kunnen diverse gewoonten ontstaan zijn, zoals het zichzelf voedsel ontzeggen, overeten, overmatig sporten, braken of zichzelf neerhalen met gedachten als 'ik ben waardeloos'.

In de therapie wordt samen onderzocht wat de eetstoornis de cliënt oplevert en op welke manier deze functioneert. Pas wanneer er passende alternatieven zijn gevonden, kan iemand in staat zijn om disfunctionele gewoonten los te laten.

4. Doelen

Het overwinnen van een eetstoornis kan voelen als een overweldigend doel. Binnen oplossingsgericht werken ligt de focus op kleine, haalbare stappen – bijvoorbeeld een stap richting gezonder eetgedrag of een moment van meer zelfzorg.

Hoe kleiner de stap, hoe groter de kans dat de cliënt deze effectief zet, en zelfs gemotiveerd raakt om spontaan verdere stappen te nemen. Door het behalen van kleine doelen kan de cliënt succeservaringen opdoen, wat op zijn beurt het zelfvertrouwen versterkt. Alleen al de stap zetten naar therapie is een grote overwinning op zich, net als het symptoom – hoe destructief ook - dat al lange tijd fungeert als inzet en zoektocht naar oplossingen.

Door het stellen van de wondervraag, kan de aandacht van de cliënt gericht worden op hoe het leven eruit ziet wanneer het probleem beter beheersbaar of zelfs opgelost is De therapeut vraagt hierbij om een gedetailleerde beschrijving van hoe de zogenoemde Wonderdag eruitziet, vanaf het moment dat de cliënt wakker wordt tot het slapengaan. Cliënten met een eetstoornis hebben vaak moeite om dit te verwoorden; ze zeggen bijvoorbeeld: 'Ik zou niet meteen aan eten denken.' Dit antwoord biedt aanknopingspunten om te onderzoeken wat daarvoor in de plaats zou komen: waar denkt de cliënt dan aan, of wat ziet hij of zij zichzelf dan doen?. De wondervraag kan een manier zijn om een zicht te krijgen op het (eind)doel van de cliënt. Het is belangrijk om dit doel op te splitsen in kleinere doelen en vervolgens een eerste stap te bepalen. Men kan hiertoe komen door vragen als: 'Wat zie je jezelf doen wanneer je op de goede weg bent?' of 'Waaraan zullen je ouders merken dat je al één stapje verder tot je doel bent gekomen?'. Doormiddel van schaalvragen kan de vooruitgang vervolgens gevisualiseerd en geëvalueerd worden.

Bij het bepalen van de doelen, is het van belang dat deze realistisch en haalbaar zijn. Soms komen er cliënten in therapie, die liever gisteren dan vandaag van hun klachten verlost zijn. Een concrete, observeerbare en meetbare beschrijving van de doelen geven kan hierbij helpend zijn.

Zo kwam er eens 16-jarig meisje in therapie met anorexia nervosa. Ze zat op een gevaarlijk laag gewicht en kreeg van haar arts het advies om haar beweging sterk te beperken. Ze diende nog heel wat kilo's aan te komen alvorens ze terug op haar minimaal gezond gewicht (MMG) zat. Ze woog op dat moment 46, terwijl haar MMG ergens eind de 50 lag. Haar doel was om met behulp van therapie terug 50 kg te wegen zodat ze weer kon gaan fitnessen. Want fitnessen was iets wat ze heel graag deed en hiervoor zou ze terug motivatie vinden om bij te komen in gewicht. Toch betekende 50 kg nog steeds een gewicht onder haar MMG, wat medische risico's inhield. Ik besloot dan ook niet met dit doel in te stemmen. In plaats daarvan gingen we samen op zoek naar haalbare therapeutische doelen die voor ons beiden aanvaardbaar waren. Dit deed ik aan de hand van onderstaande vragen;

- *Wat is er zo belangrijk aan het terug kunnen sporten? Hoe belangrijk is dit?*
- *Welke risico's kan het behalen van dit doel met zich meebrengen?*
- *Op welke andere manieren kan je hetzelfde doel bekomen?*

Het werken vanuit de eigen doelen van de cliënt – en niet vanuit die van anderen, zoals familie of hulpverleners – kan helpen om de betrokkenheid bij het therapeutisch proces te vergroten.

Bij eetstoornissen zien we vaak dat de cliënt wel ergens voor gemotiveerd is, alleen is het niet altijd voor hetzelfde als waarvoor ze door bijvoorbeeld de huisarts of ouders zijn doorverwezen. Cliënten willen eerst nagaan of ze de therapeut kunnen vertrouwen. Bij het formuleren van doelen is het daarom essentieel dat de therapeut naast de cliënt blijft staan en waakt over een tempo dat aansluit bij wat de cliënt aankan én bereid is te gaan. Iedere inzet of verandering – hoe klein ook – verdient erkenning en waardering.

Echter weten we uit ervaring in het werken met deze cliënten, dat we als therapeut soms mogelijkheden zien waar de cliënt zich niet van bewust is. Zo beseffen cliënten soms niet dat ook thema's als bijvoorbeeld emotieregulatie, zelfbeeld of perfectionisme ook een rol kunnen spelen in de eetstoornis en dus ook mogelijke doelen binnen therapie kunnen zijn. Het is van belang om dit af te toetsen bij de cliënt en hier pas mee aan de slag te gaan wanneer de cliënt hiermee instemt.

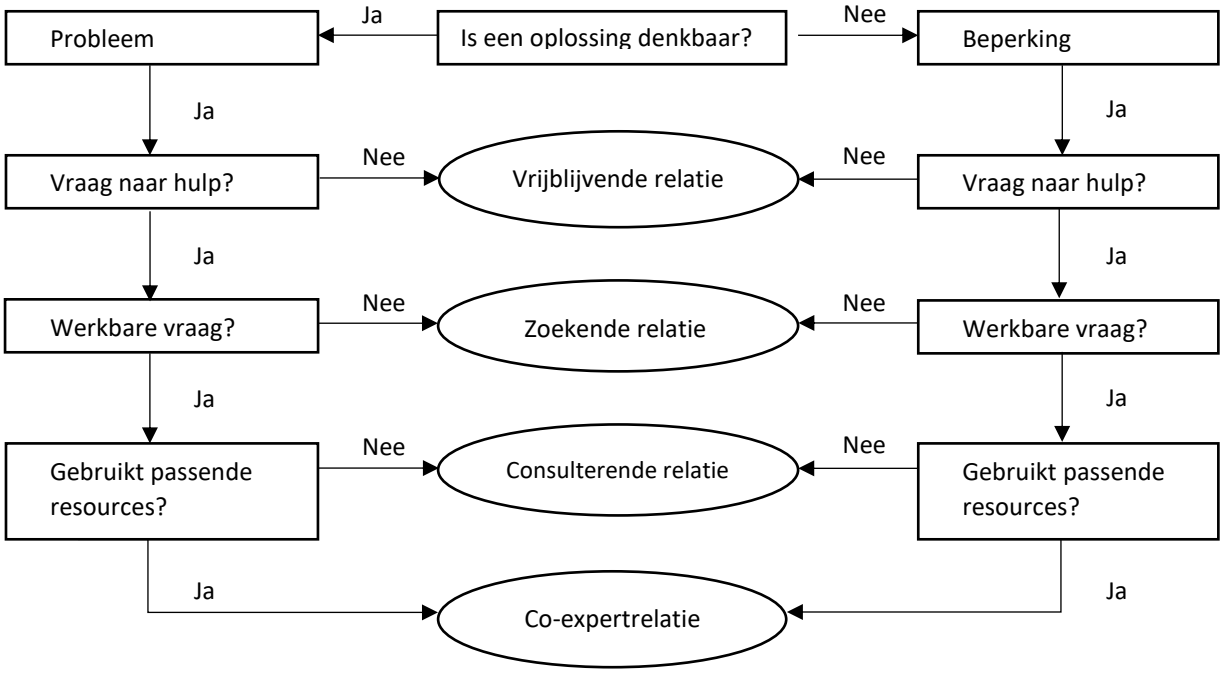
5. Hoop

In oplossingsgerichte therapie speelt het creëren van hoop een cruciale rol. Wanneer een cliënt het gevoel heeft dat alles anders moet en verandering overweldigend lijkt, kan het helpen om de continueringsvraag te stellen: "Wat wil je behouden zoals het nu is?" Deze vraag draagt de impliciete, bemoedigende boodschap uit dat niet álles hoeft te veranderen en dat er ook aspecten zijn die goed en waardevol zijn zoals ze zijn. Dit biedt de cliënt een gevoel van stabiliteit en veiligheid, wat essentieel is om met verandering aan de slag te gaan. Bovendien helpt deze benadering om helder te krijgen wat behouden mag blijven en wat niet, waardoor het doel van de therapie concreter en beter behapbaar wordt.

Een voorbeeld van een interventie om hoop te creëren kan met een brief uit de toekomst:
Schrijf een brief vanuit je toekomstige zelf (bijvoorbeeld. vijf of tien jaar ouder) aan je huidige zelf. Beschrijf aan jezelf dat het goed met je gaat, wat je doet, waar je bent, wat je hebt gedaan om daar te komen, enz. Beschrijf ook de cruciale dingen die je hebt gedaan om daar te komen. Geef jezelf tot slot vanuit de toekomst een wijs en lief advies (Yvonne Dolan, in Bannink, 2014).

6. Het Brugs model – de Flowchart

Met behulp van de vier vragen uit de flowchart (zie figuur onderstaand) kunnen we vaststellen in welke vorm van therapeutische relatie we ons met de cliënt bevinden. Deze flowchart dient als een waardevol hulpmiddel voor de therapeut om passende interventietechnieken te kiezen en toe te passen afhankelijk van in welke soort relatie men zit met een cliënt.



a) Probleem vs beperking

Gaat het om een probleem of een beperking?

Als er een oplossing mogelijk is, spreken we van een probleem. Beperkingen daarentegen, kunnen niet opgelost worden maar de cliënt kan er wel mee leren omgaan. Beperkingen kunnen, afhankelijk van hun aard, worden ingedeeld in drie categorieën: biologische beperkingen (zoals het feit dat mannen geen kinderen kunnen krijgen, natuurlijke veroudering of ongeneeslijke aandoeningen), sociale en culturele beperkingen (zoals de tijd waarin we leven of het gezin waarin we geboren zijn) en andere beperkingen (zoals eerdere keuzes of trauma's die invloed hebben gehad op onze ontwikkeling).

b) Vrijblijvende relatie

Een cliënt binnen de vrijblijvende relatie heeft op het eerste zicht geen hulpvraag, vindt dat een ander een probleem heeft of vindt dat hij een probleem heeft waar de therapeut hem niet bij kan helpen. Vaak zijn ze niet op eigen initiatief gekomen en willen ze geen hulp, of toch niet van ons. Cliënten die geen hulpvraag hebben, noemen we voorbijgangers.

Jongeren met een eetstoornis komen vaak niet op eigen initiatief bij ons in de praktijk terecht. Ze worden doorverwezen door hun ouders, leerkrachten, huisartsen, diëtisten, enzovoort. Ze ervaren zelf geen probleem en hebben het gevoel dat alles goed gaat. De eetstoornis 'helpt' hen vaak nog en de nadelen ervan worden nog maar beperkt ervaren. Psycho-educatie kan in de vrijblijvende relatie helpend zijn, bijvoorbeeld over de impact op het lichaam, voedingspatroon, en de psychologische mechanismen erachter. Neutraal informeren zonder te forceren of gedragsverandering te verwachten.

Binnen deze relatie zijn er wel een aantal mogelijkheden om cliënten tot een hulpvraag te helpen bewegen of te motiveren. We proberen als therapeut vooral te joinen bij de belevingswereld van de cliënt en gaan het gesprek aan over andere onderwerpen. Sommige cliënten vinden hun relatie met eten niet problematisch en zien er dan ook geen nut in om hierover te praten. Wel is het soms bijvoorbeeld lastig dat iedereen in de omgeving voortdurend doorgaat over dit onderwerp. Dit kan soms wel als last ervaren worden door onze cliënten. Dit kan een aanknopingspunt vormen voor een hulpvraag waarmee de cliënt aan de slag wilt. Of ze vinden het bijvoorbeeld wel problematisch dat ze niet meer mee op vakantie mogen met vrienden ten gevolge van het ondergewicht.

De zelfdeterminatietheorie (Ryan & Deci, 2000) kan hierin een helpend model zijn. Dit model beschrijft wat mensen motiveert van binnenuit en hoe die motivatie beïnvloed wordt door hun omgeving. Volgens de zelfdeterminatietheorie zijn mensen van nature gemotiveerd om te groeien, te leren en zich te ontwikkelen, mits aan drie psychologische basisbehoeften wordt voldaan:

- Autonomie
    - Nood aan zelfbepaling
    - Keuzevrijheid
    - Zelf beslissingen nemen

    Wat wil je doen?

    Hoe wil je het aanpakken?

- Verbondenheid
    - Toon respect en betrokkenheid
    - Steun kunnen geven en krijgen
    - Nood aan (graag) gezien te worden
    - Uitbreiden van sociale steun

    Met wie kan je contact leggen?

    Wat maakt dat X erin gelooft dat je nuttige dingen aan het doen bent?

    Wat doe je waardoor X erin gelooft?

- Competentie
    - Deel op in tussenstappen
    - Werken aan succeservaringen
    - Ga verder op wat al goed gaat
    - Complimenten geven, zowel direct als indirect

    Wat doe je al?

    Hoe doe je dat?

    Wat is je volgende stap?

c) Zoekende relatie

De cliënten in de zoekende relatie hebben wel een hulpvraag maar deze zijn niet echt werkbaar aangezien deze vaag geformuleerd of slecht omlijnd is. Deze cliënten leggen vaak alles buiten zichzelf.

Ze zien zichzelf niet in staat om aan het werk te gaan en nemen een zelf-verlammende houding aan of ze vinden dat anderen moeten veranderen en niet zijzelf.

Het is zowel voor de cliënt als voor de therapeut niet duidelijk waar men naar toe wilt. Het doel is om samen tot duidelijke doelstellingen te komen. Volgens Isebaert (2007) gelden volgende richtlijnen om dit te bekomen:

- Het doel moet realistisch zijn
- Kleine doelstellingen zijn makkelijker haalbaar en vergroten het zelfvertrouwen
- Een doel moet belangrijk zijn voor de cliënt en wordt het liefst door de cliënt zelf geformuleerd
- Het zal grote inspanningen vragen voor de cliënt om het doel te bereiken. Een respectvolle benadering is hierbij cruciaal
- Een doel wordt best geformuleerd in concrete gedragstermen, in de aanwezigheid van iets en in het begin van iets

Mogelijke interventies binnen de zoekende relatie:

- Alle interventies uit de vrijblijvende relatie
- Vragen ter reflectie of observatie op zowel het hier en nu als op de toekomst
    - 3 vragen van een tevreden leven

      Wat heb ik vandaag gedaan dat maakt dat ik over mezelf tevreden kan zijn?
      Wat heeft iemand anders gedaan waarover ik tevreden of dankbaar kan zijn?
      Wat heb ik vandaag nog meer opgemerkt waarmee ik tevreden kan zijn?

    - Uitzonderingsvragen

      Met behulp van deze vragen proberen we momenten te identificeren waarop het probleem zich minder voordoet of beter hanteerbaar is door de cliënt
      Bijv. op welke momenten lukt het de cliënt al om voor een alternatief voor compenseren (overgeven/laxeren) te kiezen.

    - Schaalvragen

      Een schaal helpt om genuanceerder en meer gradueel over oplossingen na te denken. Schaalvragen helpen cliënten om kleine successen te herkennen en realistische stappen richting verandering te zetten.
      Bijv. Stel je een schaal voor van 0 tot 10, waarbij 10 betekent dat je op een punt bent waarop je op een helpende manier met eten omgaat – zoals jij dat wilt. En 0 betekent dat je volledig vastzit in de eetstoornis, dat het je dagelijks functioneren volledig overheerst.

        Waar sta je nu?
        - *Hiermee krijg je een zicht op de huidige situatie*

        Wat doe je dan?
        - *Je laat de cliënt een scenario beschrijven, visualiseren. Hypnotische inductie van het gewenste*

        Hoe doe je dat?
        - *Je helpt de cliënt zijn eigen resources te ontdekken*

        Hoe ziet een verdere stap eruit?
        - *Je laat de cliënt opnieuw een scenario beschrijven, visualiseren*

- Doelvragen

  Deze vragen helpen om de gewenste toekomst te verkennen en concreet te maken wat cliënten willen bereiken. Dit helpt om richting te geven aan de therapie. Je helpt de cliënt om het gewenste te visualiseren.
  Bijv. Wat betekent herstel voor jou, en hoe ziet dat eruit? Wat zie je jezelf doen?

- Behoudsvragen

  Dit soort vragen helpen cliënten om ze bewust te maken van wat al goed gaat en wat hen helpt om hun huidige situatie niet te laten verslechteren. Dit versterkt hun zelfvertrouwen en motiveert hen om hun sterke punten te benutten in hun herstelproces.
  Bijv. Wat werkt er voor jou in hoe je nu met je eetstoornis omgaat?

- Voortgangsvragen

  Deze vragen richten zich op groei en vooruitgang en helpen cliënten om stap voor stap dichter bij hun doelen te komen.
  Bijv. Wat is er veranderd in hoe je met eten omgaat sinds ons laatste gesprek?

- Observatieopdracht

  Deze opdrachten vestigen de aandacht van de cliënt op zijn vaardigheden en mogelijkheden. Er wordt in het bijzonder gekeken naar de uitzonderingen, de variaties die minder problemen opleveren.
  Bijv. Zou je het zien zitten om deze week eens te letten op wat je doet of wat er gebeurt als eten gemakkelijker aanvoelt?

- Mirakelvraag

  Deze vraag helpt om cliënten hun gewenste toekomst in kaart te laten brengen en te ontdekken welke stappen hen dichter bij die realiteit kunnen brengen.
  Bijv. Stel je voor dat je morgen wakker wordt en je merkt dat iets in jou veranderd is waardoor je je rustiger voelt in relatie tot eten en jezelf. Wat merk je dan als eerste aan jezelf? Wat zie je jezelf doen bij het ontbijt? Wat doe je op zo'n dag waardoor je je goed voelt in je lichaam? Wat is er in jouw gedrag of houding aanwezig waardoor je dag lichter aanvoelt? Wat merken anderen aan jouw houding?

- …

d) Consulterende relatie

Cliënten binnen de consulterende relatie kunnen een werkbare hulpvraag formuleren maar missen de kennis en vaardigheden om passende resources, die ze in zich hebben, te benutten. Deze cliënten willen geholpen worden en weten voldoende wat de doelstellingen zijn waaraan ze willen werken. Ze beschikken echter nog niet over de juiste mogelijkheden om deze te bereiken. De therapeut kan binnen deze relatie allerlei technieken aanbieden als hulpmiddel om cliënten te helpen om hun eigen hulpbronnen en mogelijkheden te ontdekken, zodat men zicht krijgt op mogelijke stappen die men zelf

kan zetten. Deze cliënten ervaren dat ze in staat zijn om hun probleem aan te pakken door nieuwe competenties te ontwikkelen en nieuwe keuzes te maken.

Mogelijke interventies binnen de consulterende relatie:

- Alle interventies uit de vrijblijvende en zoekende relatie
- Gedachtenstop

  Dit is een cognitieve strategie waarbij men eerst bewust stilstaat bij een terugkerende of negatieve gedachte. In plaats van deze meteen weg te duwen, wordt onderzocht wat de functie of het nut van de gedachte is. Pas na de positieve connotatie van deze gedachte, wordt de gedachte bewust onderbroken, vaak met een mentaal of fysiek signaal. Vervolgens richt men de aandacht op een helpende of neutrale gedachte die aansluit bij wat de persoon wél wilt ervaren.

- Piekerkwartier

  Dit is een techniek waarbij men eerst bewust stilstaat bij een terugkerende of negatieve gedachte. In plaats van deze meteen weg te duwen, wordt onderzocht wat de functie of het nut van de gedachte is. Vervolgens kiest de cliënt bewust een vast tijdstip en een specifieke plek om te piekeren. Tijdens dit piekerkwartier krijgt men de ruimte om stil te staan bij zorgen, maar uitsluitend binnen de vooraf bepaalde tijdslimiet. Gedurende de rest van de dag worden piekergedachten opgeschreven en uitgesteld tot het piekerkwartier. Zodra het kwartier voorbij is, stopt men actief met piekeren en richt zich op een andere activiteit.

- 54321 oefening

  Dit is een techniek die cliënten helpt om los te komen van piekergedachten of emotionele onrust (negatieve hypnose) door de aandacht te richten op hypnose in het hier-en-nu, via de zintuigen. Het houdt in dat je 5 dingen benoemt die je kunt zien, 4 dingen die je kunt aanraken, 3 dingen die je kunt horen, 2 dingen die je kunt ruiken en 1 ding dat je kunt proeven. Door te concentreren op sensorische ervaringen, wordt de focus verlegd naar het aarden in het hier en nu.

- Brief voor regendagen

  Dit is een zelfhulptechniek waarbij iemand op een goed moment een bemoedigende brief aan zichzelf schrijft voor bij lastige tijden. De brief bevat erkenning van emoties, positieve herinneringen, praktische tips en affirmaties. Door deze later te lezen, kan men steun putten uit zijn/haar eigen woorden, wat helpt bij veerkracht en zelfcompassie.

- Paradoxale opdrachten met symptoomvoorschrijving

  Dit zijn interventies waarbij cliënten uitgenodigd worden om hun probleemgedrag op een bewuste en geplande manier toe te laten. Het symptoom wordt gezien als iets nuttig, iets dat informatie geeft. Door dit gedrag niet te vermijden, maar er actief ruimte voor te maken binnen een afgesproken kader, ontstaat er vaak een verschuiving in hoe de cliënt het symptoom beleeft. Het gedrag verliest soms aan kracht, urgentie of aantrekkelijkheid, doordat het uit zijn spontane of impulsieve context wordt gehaald.

Bijv. een cliënt met eetbuien krijgt de opdracht om bewust en gepland een eetbui te laten plaatsvinden, in plaats van deze te vermijden. Dit creëert ruimte om met openheid en nieuwsgierigheid te onderzoeken wat er precies gebeurt: welke gevoelens of behoeften naar boven komen, wat er helpend aan is en wat niet. Het gaat niet om het veroordelen of stoppen van het gedrag, maar om er op een andere, meer bewuste manier mee in contact te komen, zodat nieuwe inzichten en mogelijkheden zichtbaar worden.

- Bilaterale stimulatie
  - *Bilaterale stimulatie verwijst naar het proces waarbij de linker- en rechterhersenhelft afwisselend worden gestimuleerd. Dit kan bijvoorbeeld door tikjes op de knieën of schouders, door te wandelen of joggen, of via oogbewegingen. Bij de toepassing van deze techniek speel je als therapeut in op de zintuiglijke voorkeur van de cliënt - visueel, auditief of kinesthetisch (voelen/bewegen) - om het effect van de stimulatie te versterken. Dit helpt bij het reguleren van emoties, het verwerken van trauma's en het bevorderen van ontspanning.*

- …

e) Co-expertenrelatie

In de co-expertenrelatie weet de cliënt welke hulpbronnen hij kan inzetten om zijn problemen aan te pakken. De therapeut richt zich op de behaalde vooruitgang en neemt een terughoudende, *doe-zo-voort*-houding aan om de zelfredzaamheid van de cliënt te bevorderen. Hij staat als het ware achter de cliënt en voorkomt sturing.

Mogelijke interventies binnen de expertenrelatie:

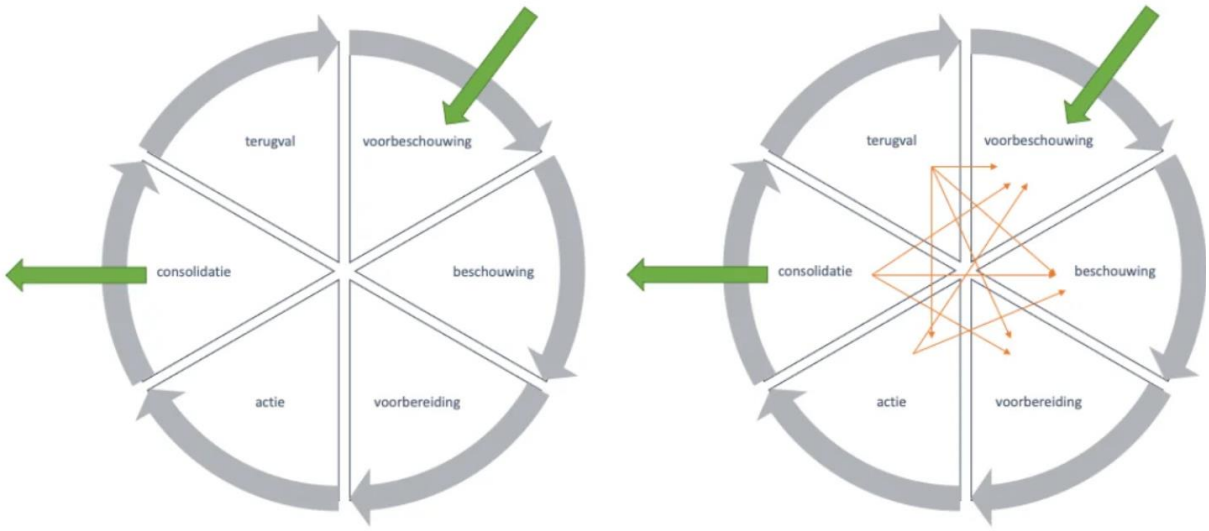
- *Waar ben je trots op?*
- *Hoe merken anderen dat het beter met je gaat?*
- *Hoe ben je hierin geslaagd?*
- *Welke opdracht past bij waar je nu staat en wat je verder wil versterken?*
- *Wat helpt je om deze kwaliteiten te behouden en verder te ontwikkelen?*
- *Hoe zal je merken dat we meer tijd kunnen laten tussen onze contactmomenten?*
- *Wat moet er nog meer veranderen, zodat je mij als therapeut niet meer nodig hebt?*

7. Weerstand

Binnen de behandeling van eetstoornissen kan weerstand een veelvoorkomend en begrijpelijk fenomeen zijn. Cliënten met een eetstoornis ervaren vaak een innerlijk conflict tussen de wens om te herstellen en de angst om controle te verliezen. Dit kan zich uiten in vermijdend gedrag, minimaliseren van problemen of een sterke focus op gewicht en lichaamsbeeld, wat door de therapeut als weerstand kan worden ervaren. Binnen een oplossingsgericht kader is het echter belangrijk om weerstand niet als een obstakel te zien, maar als waardevolle informatie over de beleving en behoeften van de cliënt.

Weerstand bij eetstoornissen kan verschillende oorzaken hebben. Soms verloopt het therapieproces te snel en voelt de cliënt zich overweldigd door de veranderingen. Het kan ook zijn dat de cliënt en zijn omgeving niet op één lijn zitten, of dat de therapeut onvoldoende aansluit bij de noden van de cliënt.

Wanneer het gaat over motivatie, wordt bij de behandeling van eetstoornissen vaak verwezen naar de Cirkel van verandering van Prochaska en Di Clemente (1986). Zij beschrijven gedragsverandering als een dynamisch proces waarbij iemand verschillende fasen doorloopt om tot gedragsverandering te komen. De cirkel van verandering geeft deze fasen visueel weer;



Het model van Prochaska en DiClemente (Cirkel van Verandering) is niet volledig oplossingsgericht, omdat het vooral focust op de fasen van gedragsverandering en de motivatie die nodig is om vooruitgang te boeken. Het model erkent dat verandering niet lineair verloopt en dat mensen zich in verschillende stadia kunnen bevinden (precontemplatie, contemplatie, voorbereiding, actie, behoud en terugval), waarbij interventies afgestemd moeten worden op de fase waarin iemand zich bevindt. Dit sluit deels aan bij een oplossingsgerichte benadering, maar er zijn ook verschillen.

Een belangrijk verschil is dat het oplossingsgericht werken minder nadruk legt op het analyseren van probleemgedrag en motivatie en zich juist richt op de sterke kanten, successen en toekomstgerichte doelen van de cliënt. Terwijl het model van Prochaska en DiClemente impliceert dat iemand eerst bepaalde fasen moet doorlopen voordat verandering mogelijk is, kijkt oplossingsgerichte therapie vooral naar wat al werkt en hoe daar meer van kan worden gedaan, ongeacht de fase waarin iemand volgens het model zit.

Toch kan de toepassing van dit model binnen een oplossingsgerichte aanpak wel degelijk nuttig zijn. Door goed te luisteren en in te schatten in welke fase iemand zich bevindt, kan de hulpverlener een houding aannemen die ondersteunend werkt zonder te pushen. Oplossingsgerichte vragen, zoals schaalvragen (*"Op een schaal van 0 tot 10, hoe klaar voel je je om een kleine stap te zetten?"*), uitzonderingsvragen (*"Zijn er momenten waarop het al een beetje beter ging?"*), en competentiegerichte vragen (*"Wat heb je in het verleden gedaan dat hielp?"*), kunnen cliënten helpen om op hun eigen tempo vooruitgang te boeken zonder druk of weerstand op te roepen.

Dit model kan ook worden ingezet voor psycho-educatie, zowel voor de cliënt als voor de omgeving. Een belangrijke boodschap hierbij is dat ouders of naasten zich afstemmen op de cliënt. Omdat ouders vaak al in de 'actiefase' zitten, terwijl de cliënt nog in een andere fase verkeert, kan dit spanningen of weerstand oproepen

Door weerstand te begrijpen in plaats van te bestrijden, kan de therapeut op zoek gaan naar manieren om hierbij aan te sluiten en samen met de cliënt toe te werken naar haalbare stappen. Bepaalde aspecten van de eetstoornis vervullen mogelijk nog een belangrijke functie voor de cliënt, zoals het bieden van structuur, het reguleren van emoties of het beschermen tegen angsten.

Een oplossingsgerichte benadering erkent dat elke vorm van weerstand in feite een uiting is van samenwerking, zij het op een andere manier. De cliënt laat hiermee zien wat hij of zij belangrijk vindt en wat (nog) niet haalbaar voelt. Door nieuwsgierig te blijven en vragen te stellen zoals *'Wat maakt dat deze verandering nu lastig voor je is'* of *'Op welke momenten lukt het je al om iets anders te doen, al is het maar een klein beetje?*", kan de therapeut de autonomie van de cliënt respecteren en kleine successen versterken. Dit vergroot het vertrouwen in het proces en helpt de cliënt om stap voor stap vooruitgang te boeken, zonder de druk om direct grote veranderingen door te voeren.

In de behandeling van eetstoornissen is het dus essentieel om weerstand te zien als een kans tot dialoog en samenwerking. Door op een respectvolle manier mee te bewegen en aan te sluiten bij de sterke kanten van de cliënt, kan de therapeut een omgeving creëren waarin verandering niet als bedreigend voelt, maar als een haalbare en zelfgestuurde keuze.

8. Afronding

Afronden bij een cliënt met een eetstoornis is in de praktijk niet altijd even evident, de angst voor het grijpen naar oude gewoontes kan er voor de cliënt en/of het systeem in zitten. Men kan lang vastgezeten hebben in dezelfde patronen of gewoonten. Een gewoonte verdwijnt nooit volledig, zelfs als het gedrag niet langer wordt uitgevoerd. De rol van de therapeut is om de cliënt tijdens de therapie te ondersteunen bij het ontwikkelen van een nieuwe gewoonte binnen de context van de oude, ongewenste gewoonte. Uiteindelijk ligt de keuze bij de cliënt: als hij zich consequent aan de nieuwe gewoonte houdt, zal deze steeds vanzelfsprekender worden. Maar als hij gedrag vertoont dat sterk lijkt op de oude gewoonte, vergroot dit het risico op teruggrijpen naar oude gewoontes.

Daarom is het belangrijk dat de nieuwe gewoonte zich duidelijk onderscheidt van de oude, om te voorkomen dat het brein de twee met elkaar associeert. Hoe meer de omstandigheden van de nieuwe gewoonte afwijken van eerdere patronen – bijvoorbeeld door een ander eetpatroon of een andere omgeving te kiezen – hoe kleiner de kans dat oude gewoontes weer de overhand krijgen.

Als iemand (tijdelijk) teruggrijpt naar eerdere gewoontes, dan blijft de nieuwe gewoonte beschikbaar, net zoals oude patronen zich in periodes van herstel kunnen manifesteren. Door deze nieuwe gewoonte opnieuw op te pakken en te blijven herhalen, kan de cliënt alsnog het oude patroon doorbreken. Zo'n terugkeer naar eerdere patronen kan worden gezien als een poging om met de situatie om te gaan, maar ook als een leerervaring. Het hoeft geen volledige terugkeer naar oude gewoontes te betekenen. Vaak probeert de cliënt nog steeds vast te houden aan bepaalde elementen van de nieuwe gewoonte. Het is daarom nuttig om dergelijke momenten gedetailleerd te analyseren. De kans is groot dat de cliënt al kleine strategieën heeft toegepast om de invloed van oude patronen te beperken, en deze kunnen in de toekomst helpen om sneller weer op het gewenste pad te komen.

Het tijdelijk teruggrijpen naar oude gewoontes wordt binnen oplossingsgericht werken niet beschouwd als een mislukking of falen, maar als een natuurlijk en leerzaam onderdeel van het veranderproces. Gedragsverandering verloopt immers zelden lineair en kent momenten waarin vertrouwde patronen weer de overhand kunnen krijgen. In plaats van deze momenten te beschouwen

als een stap achteruit, worden ze gezien als waardevolle leermomenten die inzicht geven in wat werkt en wat nog verdere aandacht nodig heeft.

De nadruk ligt op het erkennen van de vooruitgang die al is geboekt, in plaats van te focussen op wat er (tijdelijk) niet lukt. Het is essentieel om samen met de cliënt te onderzoeken welke strategieën eerder efficiënt waren en welke kleine successen al zijn behaald. Dit versterkt het vertrouwen in het eigen kunnen en bevordert de autonomie.

De afronding van therapie is geen kwestie van het volledig oplossen van problemen, maar eerder van het moment waarop de cliënt voldoende vertrouwen heeft in zijn of haar eigen mogelijkheden om zelfstandig verder te gaan. Dit wordt zichtbaar wanneer de cliënt positieve veranderingen herkent, zelf benoemt wat werkt en weet wat te doen als er opnieuw moeilijkheden ontstaan. Een ander teken is wanneer de tijd tussen sessies op natuurlijke wijze langer wordt zonder dat dit als problematisch wordt ervaren. Uiteindelijk is het de cliënt die aangeeft klaar te zijn om zonder therapie verder te gaan.

Tijdens de afronding ligt de nadruk op terugblikken, vooruitkijken en het versterken van de autonomie. Er wordt gereflecteerd op wat geholpen heeft, hoe deze vooruitgang behouden kan blijven, en wat de cliënt kan doen als er zich opnieuw uitdagingen ontstaan.

Successen en hindernissen in de praktijk

1. Empowerment, focus op kleine successen

Binnen mijn werk met cliënten met een eetstoornis is het zeer helpend en hoopvol om kleine successen te erkennen en te benoemen. Deze ogenschijnlijk subtiele stappen – zoals het delen van een moeilijke gedachte, het stellen van een vraag over herstel, of het maken van een andere keuze rond eten – zijn vaak betekenisvolle signalen van verandering en veerkracht. Door deze momenten samen met de cliënt zichtbaar te maken, ontstaat er ruimte voor erkenning, trots en motivatie.

Ook voor mij als therapeut zijn deze kleine verschuivingen van grote waarde. Ze vormen ankerpunten in het proces en geven richting op momenten dat het werk zwaar of complex aanvoelt. Eetstoornissen kunnen enorme gevoelens van machteloosheid oproepen, zowel bij cliënten en hun context maar ook bij de therapeut. Het verloop is vaak grillig en herstel kan traag en kwetsbaar zijn. In die context helpen deze kleine successen mij om hoop vast te houden. Ze geven me niet alleen vertrouwen in het verandervermogen van de cliënt, maar ook in mijn eigen kunnen als therapeut.

Het oplossingsgericht kader is hierin een grote steun. Deze benadering, met haar focus op krachten, hulpbronnen en gewenste toekomst, sluit nauw aan bij mijn visie op therapie en biedt mij een concrete houvast, zeker bij deze doelgroep. Dit perspectief helpt me om samen met de cliënt beweging te blijven zien, zelfs wanneer het pad niet rechtlijnig is. Het helpt mij om mijn motivatie en geduld steeds nieuw leven in te blazen wanneer dit nodig is.

2. Uitdagingen in het werken met eetstoornissen als therapeut

Werken met cliënten met een eetstoornis brengt als therapeut verschillende uitdagingen met zich mee. Een van de grootste obstakels waar ik persoonlijk vaak tegenaan liep, is de ambivalentie die veel cliënten ervaren ten opzichte van herstel. Aan de ene kant voelen ze de negatieve impact van hun eetstoornis – lichamelijk, psychisch en sociaal – en bestaat er een verlangen naar verandering. Tegelijkertijd biedt de eetstoornis ook iets waardevols: controle, structuur, veiligheid of zelfs een gevoel van identiteit. Dit innerlijke conflict kan leiden tot terughoudendheid of weerstand wanneer

verandering als bedreigend of te snel wordt ervaren. Zeker in het begin van het traject is deze ambivalentie vaak sterk aanwezig, en bij sommige cliënten blijft dit lang een groot thema.

Het oplossingsgerichte kader biedt mij hierin houvast. Het helpt om niet te vervallen in een of/of-denken maar ruimte te maken voor een en/en-benadering. Vanuit dit perspectief is de eetstoornis geen probleem, maar de beste oplossing die de cliënt nu heeft: de best mogelijke manier waarop de cliënt tot nu toe met moeilijke gevoelens, gedachten of omstandigheden is omgegaan. Door dit te erkennen, ontstaat er mildheid en nieuwsgierigheid: wat maakt dit gedrag op dit moment nuttig? Waarvoor werkt het? En hoe kan dezelfde behoefte op een andere, meer comfortabele manier vervuld worden?

Daarnaast spelen diepgewortelde overtuigingen over eten, lichaamsbeeld en eigenwaarde een grote rol. Veel cliënten zien zichzelf door een vervormde lens, waarbij hun zelfbeeld sterk afhankelijk is van hun gewicht en uiterlijk. Dit maakt het moeilijk om open te staan voor een andere kijk op zichzelf en hun situatie. Schaamte en schuldgevoelens kunnen gesprekken bemoeilijken en ervoor zorgen dat cliënten hun worsteling minimaliseren of zelfs verbergen. Als therapeut tracht ik dan een veilige, onbevooroordeelde omgeving te creëren waarin de cliënt zich gehoord en begrepen voelt.

Een andere uitdaging is dat eetstoornissen vaak gepaard gaan met andere psychische problemen, zoals angststoornissen, depressie of trauma. De eetstoornis is zelden een op zichzelf staand probleem; het kan een copingmechanisme zijn om andere emotionele pijn te hanteren. Dit betekent dat de behandeling breder moet worden ingezet dan alleen het eetgedrag zelf. Het is belangrijk om onderliggende angsten, negatieve gedachtenpatronen en emotionele kwetsbaarheden te erkennen en te behandelen.

Naast de interne worstelingen van de cliënt, spelen ook de verwachtingen van de omgeving een grote rol in het behandelproces. Ouders, partners of vrienden willen vaak dat de cliënt zo snel mogelijk vooruitgang boekt, terwijl de cliënt hier zelf misschien nog niet aan toe is. Dit kan spanning en druk veroorzaken, wat averechts kan werken en de weerstand tegen verandering vergroot. Als therapeut is het belangrijk om de omgeving te betrekken in de behandeling en hen te helpen begrijpen hoe ze ondersteunend kunnen zijn zonder de controle over te nemen. Dit vormt vaak een grote uitdaging, vooral in het begin van een traject.

Tot slot is het herstelproces bij eetstoornissen vaak een hobbelig parcours en niet lineair. Er kunnen periodes zijn waarin het beter gaat en momenten waarop oude gewoontes weer de overhand krijgen. Dit kan frustrerend zijn voor zowel de cliënt als de therapeut. Binnen een oplossingsgerichte benadering is het essentieel om terugval niet als falen te beschouwen, maar als een leermoment. Door de focus te leggen op kleine successen en al behaalde vooruitgang, blijft de cliënt gemotiveerd en versterkt het gevoel van eigen regie.

De rol van de therapeut is dus veelomvattend: het bieden van een veilige ruimte, het hanteren van weerstand, het balanceren van verwachtingen, het behandelen van onderliggende problematieken en het ondersteunen van duurzame gedragsverandering. Dit vraagt om geduld, flexibiliteit en een sterk empathisch vermogen. Ondanks deze uitdagingen is het begeleiden van cliënten met een eetstoornis een proces waarin kleine doorbraken en groei een grote impact kunnen hebben op iemands leven.

Literatuurlijst

Berg, I. K., & Steiner, T. L. (2003). Children's solutions to eating disorders: Using solution-focused therapy with young people who have eating disorders. *The Journal of Strategic and Systemic Therapies, 22*(3), 3-12.

Eetexpert. (2025). *Eetstoornissen en eetproblemen*. https://eetexpert.be/info-per-thema/eetstoornissen-en-eetproblemen/#eetproblemen

Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie.* Amsterdam: Boom uitgevers

Isebaert, L. & Lefevere, G. (2022). *De therapeutische alliantie: Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie*. Gent: Academia Press

Jansingh, A., Danner, U. N., Hoek, H. W., & van Elburg, A. A. (2020*).* Developments in the psychological treatment of anorexia nervosa and their implications for daily practice. *Current Opinion in Psychiatry, 33*(6), 534-541. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000657

Koeman, P. & Vranken, S. (2014). *Wat kan je van Stokstaartjes leren? Interventietechnieken voor oplossingsgericht werken met kinderen en jongeren.* Leuven: Acco uitgeverij

Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

Le Fevere de Ten Hove, M. (2007). *Korte therapie: Handleiding bij het 'Brugse model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Garant

Martin, C. V., Guterman, J. T., & Shatz, K. (2012). Solution-focused counseling for eating disorders. *Academia.edu*.https://www.academia.edu/83237862/Solution_Focused_Counseling_for_Eating_Disorders

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395. http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

Russell, H., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders, 11*(1), Article 175. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00857-2

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68

Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 26*(6), 543–548. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f

Vinchenzo, C., Lawrence, V., & McCombie, C. (2022). Patient perspectives on premature termination of eating disorder treatment: A systematic review and qualitative synthesis. *Journal of Eating Disorders, 10*, 39. https://doi.org/10.1186/s40337-022-00567-5