



Normaliseren eetpatroon

Lichamelijk herstel

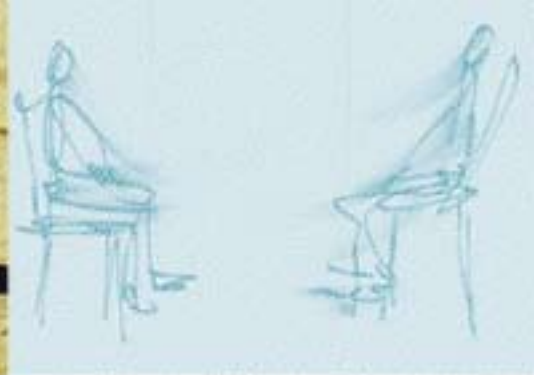
Positief lichaamsbeeld

Comorbiditeit

Emotieregulatie

Positieve zelfwaardering

Sociale vaardigheden



Richtlijn voor
behandeldoelen
en
herstelcriteria
voor eetstoornissen





RICHTLIJN VOOR
BEHANDELDOELEN
EN
HERSTELCRITERIA
VOOR EETSTOORNISSEN

INFORMATIE VOOR BEHANDELAREN
OVER HERSTEL EN DOELEN VAN BEHANDELING

© Deze richtlijn is ontwikkeld door:

Dr. Greta Noordenbos, Psychologisch Instituut, Universiteit Leiden
Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN)
Stichting Human Concern- Centrum voor Eetstoornissen

RICHTLIJN VOOR BEHANDELDOELEN EN HERSTELCRITERIA VOOR EETSTOORNISSEN

Doel van deze richtlijn

In deze richtlijn worden behandeldoelen en criteria voor herstel beschreven voor eetstoornissen als anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Criteria voor herstel geven richting aan de doelen van de behandeling. Een behandeling kan gericht zijn op de verbetering van het eetgedrag, de lichaamsbeleving en de zelfwaardering en het lichamelijk, psychisch en sociale functioneren. De doelen en de verschillende fasen van de eetstoornis worden op elkaar afgestemd.

Doelgroep

Deze richtlijn is in eerste instantie bedoeld voor behandelaars. Ook voor verzekeraars en beleidsmakers is deze richtlijn bruikbaar. Voor de cliënten en hun familie is er de brochure *Herstellen van je eetstoornis, wat houdt dat in?*¹

Gevolgen van eetstoornissen

Eetstoornissen hebben niet alleen grote lichamelijke en psychische gevolgen, maar ook ingrijpende sociale en financiële consequenties. Vanwege de eetstoornis kan een opleiding veelal niet afgerond worden, of is deelname aan de arbeidsmarkt niet mogelijk. De gemiddelde duur van een eetstoornis is 6 à 7 jaar, maar bij bijna 20% is de duur van de eetstoornis veel langer.

Behandeling

Om te herstellen van een eetstoornis is vaak een intensieve behandeling vereist. Afhankelijk van de ernst kan de behandeling plaatsvinden bij een vrijgevestigde psycholoog of psychiater, een ambulante regionale instelling of een kliniek voor eetstoornissen. Ingeval van een levensbedreigende situatie is een tijdelijke opname in een ziekenhuis soms noodzakelijk. In alle gevallen is het belangrijk dat behandelaars gespecialiseerd zijn in de behandeling van eetstoornissen en werken volgens de meest recente richtlijnen².

Herstel, terugval en overlijden

Uit overzichtstudies³ naar het herstel van eetstoornissen blijkt dat ongeveer de helft herstelt, eenderde verbetert en twintig procent een langdurige eetstoornis ontwikkelt. Het percentage patiënten dat overlijdt aan de gevolgen van een eetstoornis varieert van 5% tot 10%. De percentages zijn afhankelijk van de duur van de eetstoornis en de effectiviteit van de behandeling. Over het algemeen blijkt dat hoe eerder de behandeling plaatsvindt, hoe gunstiger de resultaten.

Meer aandacht voor het psychosociale functioneren

Behandeling is gericht op herstel; maar wat herstel van een eetstoornis inhoudt, verschillen behandelaars van mening⁴. Is van herstel sprake wanneer de uiterlijke symptomen van de eetstoornis zijn verdwenen? Of kan pas van duurzaam herstel gesproken worden wanneer iemand de controle over eten en gewicht niet meer nodig heeft? Is afwezigheid van de diagnostische criteria in de DSM voldoende? Of is het belangrijk dat de onderliggende psychische risicofactoren zodanig zijn verminderd, dat de kans op terugval zeer klein is geworden?

In het verleden werden de criteria voor het herstel van anorexia nervosa vaak beperkt tot normalisering van het eetgedrag en het gewicht. Bij boulimia nervosa lag het accent op de reductie van de eetbuien en het compensatiegedrag⁵. Uit onderzoek blijkt echter dat behandelingen die zich beperken tot herstel van de meest zichtbare symptomen van de eetstoornis slechts tot gedeeltelijk herstel leiden en dat er een grote kans op terugval is⁶. De cliënt en familie zijn teleurgesteld en verliezen het vertrouwen in de behandeling en de hoop op herstel.

Recent onderzoek onder mensen die langdurig hersteld zijn van hun eetstoornis toont aan dat naast verbetering van het eetgedrag en de lichamelijke gevolgen ook verbetering van het psychosociale functioneren van cruciaal belang is⁷. Wanneer ook het psychische en sociale functioneren verbeterd neemt de kans op terugval aanzienlijk af. Daardoor zijn heropnames minder vaak nodig en dalen de totale behandelkosten.

¹ Deze brochure is te bestellen bij de SABN.

² Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006) CBO, Trimbos-instituut, Utrecht.

³ Steinhausen, 2002.

⁴ Berkman e.a., 2007; Kordy e.a., 2002; Noordenbos, 2010.

⁵ Morgan & Hayward, 1988.

⁶ Strober e.a. 1997; Fennig e.a. 1997

⁷ Noordenbos, 2003; Petterson & Rosenvinge, 2002; Bjork & Ahlstrom, 2008

BEHANDELDOELEN EN HERSTELCRITERIA VOOR EETSTOORNISSEN

Mensen die langdurig hersteld zijn van hun eetstoornis en hun professionele behandelaars geven aan dat de volgende criteria essentieel zijn voor duurzaam herstel.⁸

- 1) verkrijgen van gezond eetgedrag
- 2) herstellen van de lichamelijke gevolgen
- 3) verminderen van comorbiditeit
- 4) ontwikkelen van een positieve lichaamsbeleving
- 5) omgaan met emoties en stress
- 6) ontwikkelen van een positieve zelfwaardering
- 7) verbeteren van sociale vaardigheden en maatschappelijk functioneren

1. Gezond eetgedrag

Voldoende en gevarieerde voeding is essentieel om lichamen en psychisch goed te functioneren. Het streven is om op regelmatige tijden te eten met drie voedzame maaltijden en drie gezonde tussendoortjes per dag. Structuur en houvast zijn belangrijk. De hoeveelheid calorieën moet voldoende zijn voor de leeftijd, de lengte en de sekse van de cliënt.

Bij anorexia nervosa is het belangrijk om de hoeveelheid voedsel geleidelijk te vergroten en daarbij oog te hebben voor de intense angst om meer te eten en in gewicht aan te komen. Bij boulimia nervosa ligt het accent op verminderen van de eetbuien en het compensatiegedrag, zoals braken, laxeren, innemen van plaspillen en afslankmiddelen of extreem veel bewegen. In geval van een eetstoornis gaat het om de reductie van eetbuien en overeten. Verbetering van het eetgedrag is een belangrijke voorwaarde voor herstel van de lichamelijke gevolgen van een eetstoornis.

2. Herstel van de lichamelijke gevolgen

In het verleden zijn herstel van gewicht en de menstruatie vaak als belangrijkste criteria gehanteerd voor lichamen herstel bij eetstoornissen. Maar er zijn veel meer lichamelijke gevolgen die verbetering behoeven, zoals de lage lichaamstemperatuur, moeheid en gebrek aan energie, verlaagde hartslag, bloedarmoede, darmstoornissen, maagklachten, keelpijn, huidproblemen, gebrek aan slaap en aantasting van het gebit⁹.

⁸ Noordenbos & Seubring, 2006; Vanderlinden e.a. 2007; .

⁹ Vandereycken & Noordenbos, 2008.

Omdat de lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa, boulimia nervosa en een eetstoornis sterk kunnen verschillen is het belangrijk om de behandeling af te stemmen op individuele klachten.

3. Verminderen van comorbiditeit

Bij eetstoornissen is vaak sprake van comorbiditeit, zoals het tegelijkertijd hebben van depressie, angsten, fobieën, persoonlijkheidsstoornissen, dwangstoornissen et cetera. Het is wenselijk om bij de intake al een duidelijk beeld te krijgen van de aard en de mate van comorbiditeit. Dit vraagt om specifieke deskundigheid bij het stellen van de diagnose. Comorbide problemen kunnen het herstel van de eetstoornis belemmeren en vertragen. De reductie van comorbide stoornissen is daarom belangrijk voor een succesvolle behandeling. Comorbide problemen kunnen zowel aan de eetstoornis voorafgaan, als het gevolg hiervan zijn. In sommige gevallen functioneert de eetstoornis om ernstige comorbiditeit te onderdrukken, waardoor de comorbiditeit juist kan toenemen als het eetgedrag verbetert. Voorkomen dient te worden dat er een verschuiving optreedt van de eetstoornis naar een andere psychische stoornis. Als de eetstoornis sterk samenhangt met een comorbide stoornis is een geïntegreerde behandeling gewenst. Daarbij is samenwerking met deskundigen op het terrein van de comorbiditeit noodzakelijk, zonder dat de aandacht voor de eetstoornis uit het oog verloren wordt.

4. Ontwikkeling van een positieve lichaamsbeleving

Zolang iemand een negatieve lichaamsbeleving heeft en zichzelf te dik vindt, bestaat de kans om weer extreem te gaan lijnen en af te vallen. Daarom is het belangrijk om te werken aan waardering van het eigen lichaam en accepteren van het eigen uiterlijk, figuur en gewicht. Acceptatie van het uiterlijk is een belangrijke voorwaarde om weerstand te bieden tegen de slankheidcultuur en allerlei diëten gericht op afvallen.

Om te herstellen van een eetstoornis is het belangrijk om sensitiever te worden voor lichamelijke sensaties als honger en dorst, kou en vermoeidheid. In plaats van deze gevoelens te negeren en te onderdrukken is het wenselijk om ze te zien als signalen die wijzen op de behoefte aan eten en drinken, warmere kleding en rust. Voor duurzaam herstel is het belangrijk om lichamelijke signalen te herkennen en hier adequaat op te reageren.

5. Beter omgaan met emoties en stress

Negatieve gevoelens als angst, boosheid, stress en depressie spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen en instandhouden van een eetstoornis. De eetstoornis heeft vaak als functie om negatieve emoties te vermijden en te onderdrukken. Ook automutilatie, alcohol- en drugsmisbruik kunnen deze functie hebben. Mensen met een eetstoornis moeten leren om hun gevoelens en behoeften te onderkennen en daar adequaat op te reageren. Omdat stress en spanning vaak voorafgaan aan eetbuïen, is het belangrijk dat een cliënt leert om op een effectievere manier met stress en spanning om te gaan.

6. Ontwikkeling van een positieve zelfwaardering

In de periode voorafgaand aan de eetstoornis is er vaak sprake van een negatieve zelfbeleving en gebrek aan zelfvertrouwen en eigenwaarde. Zelfkritiek en ondermijnende gedachten spelen ook een belangrijke rol bij het in stand houden van de eetstoornis. Ontwikkelen van meer zelfvertrouwen en eigenwaarde blijkt cruciaal voor duurzaam herstel. Daardoor zal ook de behoefte verminderen om te willen voldoen aan de wensen en verwachtingen van anderen uit angst voor afwijzing. Ook minder controledwang, faalangst en perfectie zijn gewenst. Een positief zelfgevoel en autonomie zijn belangrijke psychische voorwaarden voor verbetering van sociale relaties en maatschappelijk functioneren.

7. Herstel van sociale relaties en maatschappelijk functioneren

Mensen met een eetstoornis raken vaak sociaal geïsoleerd. De angst om te moeten eten of de schaamte bij een eetbui of braken leiden tot sociaal vermijdingsgedrag. Dit belemmert het ontwikkelen van sociale contacten, vriendschappen en intieme relaties. Een essentieel doel van de behandeling is om sociale vaardigheden te vergroten en relaties te verbeteren. Daarbij is een steunnetwerk van familie en vrienden onontbeerlijk. Deelname aan sociale activiteiten, zoals een opleiding volgen, vrijwilligerswerk of een baan hebben zijn van groot belang in het maatschappelijk functioneren. Dit draagt bij aan (de ontwikkeling van) een positiever zelfbeeld, het versterken van sociale vaardigheden en het uitbreiden van contacten.

FASEN IN DE BEHANDELING EN HET HERSTELPROCES

Het realiseren van behandeldoelen zal afgestemd moeten worden op de fase van de eetstoornis van de patiënt. Het accent van de behandeldoelen is afhankelijk van de ernst van de eetstoornis. Lange tijd werd in de eerste fase van de behandeling uitsluitend gewerkt aan het lichamelijk herstel. Pas daarna werd psychotherapie gegeven. Maar bij eetstoornispatiënten kunnen lichamelijke, psychische en sociale factoren niet opgesplitst worden in duidelijk afgebakende fasen. Zo blijken tijdens het herstel van het eetgedrag allerlei psychische factoren een belangrijke rol te spelen, zoals de grote angst om meer te eten en aan te komen, evenals de angst voor controleverlies en het loslaten van het compensatiegedrag. Deze factoren vragen om intensieve begeleiding en steun in de fase van herstel van het eetgedrag. De aard van de psychische begeleiding en sociale ondersteuning dient afgestemd te worden op de psychische en lichamelijke draagkracht van de patiënt. Hieronder wordt de afstemming van de behandeldoelen op de verschillende fasen van de eetstoornis en het herstelproces nader beschreven. Deze fasen zijn niet scherp van elkaar af te bakenen en overlappen elkaar vaak.

Fase 1. Positieve ervaring van het eetgedrag en ontbrekende motivatie voor behandeling

In de beginfase van de eetstoornis heeft iemand vaak positieve gevoelens over haar eetgedrag. Het wordt ervaren als 'oplossing' voor de achterliggende psychische, emotionele en sociale problemen. Ongezond eetgedrag wordt niet ervaren als een probleem omdat het belangrijke 'voordelen' oplevert, zoals controle en houvast om zich in het leven staande te houden. Emoties worden vermeden en onderdrukt door bijvoorbeeld uithongering, ontlading via eetbuïen, braken en het gebruik van laxemiddelen of door extreem veel te bewegen. Door obsessief bezig te zijn met eten en gewicht blijft er weinig of geen ruimte over voor andere aspecten van het leven. In deze fase van de eetstoornis kunnen gesprekken met ervaringsdeskundigen en psycho-educatie een belangrijke rol spelen. Dat geeft inzicht in de kenmerken, achtergronden en gevolgen van het eetgedrag en bevordert de motivatie voor behandeling.

Fase 2. Ervaren van ongewenste gevolgen en ambivalente motivatie

Na verloop van tijd levert de eetstoornis ook ongewenste lichamelijke, psychische en sociale gevolgen op. Daardoor ontstaat langzaam de erkenning dat het eetgedrag niet alleen voordelen oplevert, maar ook grote nadelen heeft. Als de negatieve gevolgen toenemen ontstaat er vaak enige motivatie voor verandering. Die motivatie is vaak nog lange tijd ambivalent vanwege de angst om de controle over het eetgedrag te verliezen en aan te komen in gewicht. Motiverende gesprekken en informatie over de aard en de doelen van de behandeling zijn belangrijk. Gesprekken met reeds herstelde ervaringsdeskundigen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Fase 3. Verandering van meest ernstige symptomen van de eetstoornis

In deze fase staat het verbeteren van het eetgedrag centraal. Er is ook aandacht het verminderen van de angst om meer te gaan eten en aan te komen in gewicht, evenals de angst voor controleverlies. Het is wenselijk om de verbetering van het eetpatroon langzaam op te bouwen volgens een duidelijk eetschema, dat is samengesteld in overleg met een voedingsdeskundige. Cognitieve gedragstherapie gericht op het verminderen van verstoorde cognities over eten en gewicht helpt hierbij.

In deze fase is het eveneens van belang om de meest bedreigende lichamelijke gevolgen te verminderen. Soms kan een tijdelijke ziekenhuisopname noodzakelijk zijn. Omdat verbetering van het eetgedrag en het gewicht sterke angstgevoelens oproepen is in deze fase psychische begeleiding en sociale steun onontbeerlijk. Bij sommige eetstoornispatiënten nemen de co-morbide klachten toe naarmate het eetgedrag verbetert. Om stagnatie of verschuiving van symptomen te voorkomen is aandacht voor reductie van co-morbiditeit essentieel.

Wanneer eetstoornispatiënten nog thuis wonen is het belangrijk om ouders te betrekken bij de behandeling. Ouders kunnen een grote positieve rol spelen bij het herstel van het eetgedrag en het bieden van structuur en ondersteuning. De wijze waarop ouders betrokken worden bij de behandeling is afhankelijk van het gezinsfunctioneren en de bereidheid tot samenwerking.

Fase 4. Stabilisering van het eetgedrag en versterking van psychosociale vaardigheden

Als de meest ernstige symptomen van de eetstoornis zijn verminderd is het belangrijk om het eetgedrag te stabiliseren en de lichamelijke gevolgen te verminderen. Daarnaast is het verkrijgen van een positievere lichaamsbeleving en de acceptatie van het eigen lichaam essentieel.

Ook het versterken van de psychische, emotionele en sociale vaardigheden is van belang met het oog op het ontwikkelen van meer autonomie, eigenwaarde en zelfvertrouwen. In deze fase ligt de aandacht ook op het verbeteren van vaardigheden om met negatieve emoties en stress om te gaan.

Fase 5: Fase van toenemende zelfstandigheid en sociale integratie

Versterken van de eigen identiteit en verkrijgen van voldoende zelfvertrouwen en eigenwaarde zijn belangrijk voor sociale integratie in de samenleving. Psychische en sociale vaardigheden die tijdens de behandeling zijn geleerd dienen buiten de behandelsetting verder ontwikkeld te worden met hulp van de omgeving. Daarbij is een sociaal steunnetwerk van groot belang, waarbij ouders maar ook de school een grote rol spelen. Bij patiënten die niet meer thuis wonen kunnen nazorg zelfhulpgroepen deze steunende functie vervullen. In deze fase is het wenselijk om weer sociale activiteiten met leeftijdgenoten te ondernemen, een opleiding te volgen, vrijwilligerswerk te doen, of een baan te hebben. Dit draagt niet alleen bij aan de maatschappelijke integratie, maar ook aan het verbeteren van sociale competenties, en het stimuleert verkrijgen van zelfvertrouwen en eigenwaarde.

Fase 6: Stabilisatie en terugvalpreventie in de nazorgfase

Langdurige nazorg is belangrijk om het aangeleerde gedrag te stabiliseren en terugval te voorkomen. Nazorg kan op diverse manieren: door persoonlijke gesprekken, het bijhouden van een statusformulier, terugkomdagen of dagdelen, telefoongesprekken, begeleiding per mail, deelname aan lotgenotengroepen of nazorgzelfhulpgroepen. Het is wenselijk om mensen die behandeld zijn in een kliniek voor eetstoornissen ambulante te laten begeleiden door professionals in de eigen regio. Daarbij kunnen begeleide zelfhulpgroepen en herstelde ervaringsdeskundigen een relevante functie vervullen. Afhankelijk van het lichamelijke, psychische en sociale functioneren van de betrokkene kan de nazorg langzaam afgebouwd kunnen worden.

Voorkomen van terugval, evenals het vroegtijdig herkennen hiervan behoort een onderdeel te zijn van zorg op maat¹⁰. Herstel van een eetstoornis is vaak een proces van vallen en opstaan en vraagt om langdurige oefening. Het is belangrijk om rekening te houden met terugval en daarop al voorbereid te worden in de laatste fase van de behandeling. Door te oefenen met lastige en stressvolle situaties vermindert de kans op terugval. In de behandelsetting is het belangrijk om in geval van terugval een vangnet te bieden zodat de betrokkene op korte termijn een doorstart kan maken zonder dat er een nieuwe intake procedure nodig is.

Ketenzorg

Bovenstaande fasen in de behandeling vormen belangrijke schakels in de ketenzorg. Ketenzorg betreft het hele traject van vroegtijdige onderkenning en motivering voor behandeling, tot behandeling gericht op het herstel van het lichamelijke, psychische en sociale functioneren, evenals het bieden van voldoende nazorg. De ketenzorg bij eetstoornissen moet nog sterk verbeterd worden. Vroegtijdige onderkenning en motivering voor behandeling krijgen nog te weinig aandacht en vaak pas in een laat stadium. Stabilisering van het eetgedrag en versterking van de psychosociale vaardigheden, evenals terugvalpreventie en nazorg vormen nog niet altijd een structureel onderdeel van de behandeling. Ook is de nazorgfase nog vaak te kort om het herstel te stabiliseren en terugval te voorkomen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Voorafgaand aan de feitelijke behandeling dient meer aandacht te komen voor psycho-educatie en motiverende gesprekken gericht op verandering.
- Het is belangrijk dat de behandeling in een vroegtijdig stadium start en niet pas nadat de eetstoornis reeds een ingeslepen gedragspatroon is geworden met ernstige lichamelijke, psychische en sociale gevolgen.
- In de behandeling van eetstoornissen is het belangrijk om aandacht te schenken aan diverse herstelcriteria en behandeldoelen, zoals verbetering van het eetgedrag en de lichamelijke gevolgen, ontwikkelen van een positieve lichaamsbeleving en zelfvertrouwen, verbetering van omgaan met emoties en stress, evenals verbetering van sociale vaardigheden.
- Wanneer behandeling alleen gericht is op reductie van symptomen als eten en gewicht is de kans op terugval en heropname groot. Behandeling die daarnaast ook gericht is op verbetering van het psychische, emotionele en sociale functioneren reduceert terugval in belangrijke mate waardoor de behandelkosten verminderen.
- Het realiseren van lichamelijke, psychische en sociale herstelcriteria vraagt om een gespecialiseerde, intensieve en voldoende langdurige behandeling, die afgestemd is op de persoon en in een setting die past bij de ernst van de eetstoornis (klinisch, ambulante, individueel of groep).
- Langdurige nazorg van behandelde eetstoornispatiënten dient een integraal onderdeel te zijn van het behandelprogramma om terugval te voorkomen
- In de laatste fase van de behandeling is het belangrijk te anticiperen op mogelijke terugval en vaardigheden te oefenen die terugval kunnen voorkomen. Ook is het wenselijk om de eerste signalen van terugval vroegtijdig te leren herkennen.
- In geval van terugval is snelle heropname en doorstart van de behandeling in dezelfde behandelsetting gewenst, tenzij de patiënt anders aangeeft.
- Wanneer het niet mogelijk is om alle criteria voor herstel van de eetstoornis binnen dezelfde behandelsetting te realiseren is een goede afstemming en samenwerking van verschillende specifieke zorgaanbieders noodzakelijk.
- Bij de behandeling van patiënten met een eetstoornis dient ketenzorg hoge prioriteit te krijgen om een zorgaanbod te ontwikkelen dat gericht is op vroegtijdige onderkenning, een effectieve behandeling gericht op lichamenlijk, psychisch en sociaal herstel en aandacht voor terugvalpreventie in de nazorgfase.

¹⁰ Berendsen, 2010.

REFERENTIES

Berendsen, T. (2010) *Richtlijn Terugvalpreventie Anorexia Nervosa*. Rintveld, Altrecht, Zeist.

Berkman, N.D., Lohr, K.N. & Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.

Björk, T. & Ahlström, G. (2008) The Patients' Perception on having recovered from an Eating Disorder. *Health Care for Women International*, 29, 926-944

Fennig, S., & Fennig, G. & Roe, D. (2002) Physical recovery in anorexia nervosa: Is this the sole purpose of a child and adolescent medical psychiatric unit? *General Hospital Psychiatry*, 24, 87-92

Kordy, H., Kramer, B. & Palmer, B., Papezova, H. Pellet, J. Richard, M. & Treasure, J. (2002) Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: conceptualization and illustration of a validation strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 833-846.

Morgan, H.G., & Hayward, A.E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule. *British Journal of Psychiatry*, 152, 367-371.

Multidisciplinaire *Richtlijn Eetstoornissen* (2006) CBO, Trimbos Instituut, Utrecht.

Noordenbos, G. & Seubring, A. (2005) Eetstoornispatiënten over criteria voor herstel. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31,140-153.

Noordenbos, G (2007) *Gids voor herstel van eetstoornissen*. De Tijdstroom, Utrecht. ISBN 978-90-5898-122-6.

Noordenbos, G.(2010) *Ontbrekende consensus over behandeldoelen en herstelcriteria voor eetstoornissen*. De Psycholoog, najaar 2010.

Steinhausen, H-C. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.

Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997) The long term course of severe anorexia nervosa, in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse & outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 135-142.

W. Vandereycken & G. Noordenbos (red) (2008) *Handboek Eetstoornissen*, De Tijdstroom, Utrecht.

Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G & Probst, M. (2007) Which elements in the treatment are 'necessary' ingredients in the recovery process. A comparison between patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review*, 15, 357-365.

ADRESSEN VOOR HULP

Nederland

- Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE)
www.naeweb.nl
- Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa (SABN)
www.sabn.nl
- Stichting Human Concern, -Centrum voor eetstoornissen
www.humanconcern.nl

België

- www.anbn.be
- www.eetstoornis.be
- www.eetexpert.be

TEKST

Dr. G. Noordenbos, SABN, Human Concern

VORMGEVING

C. Netten