

EMDR in de behandeling van jongeren met een eetstoornis

Onderweg naar: 'Ik ben goed zoals ik ben'

Renée Beer

Inleiding

Eetstoornissen zijn ernstige ziektebeelden met een grote kans op een chronisch beloop, hoge morbiditeitscijfers en veel co-morbiditeit (van Elburg & Rijken, 2004). In de DSM IV worden verschillende eetstoornissen onderscheiden: Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa en Eetstoornis Niet Anders Omschreven. Eetstoornissen komen meestal tot bloei tijdens de adolescentie. Bij Anorexia Nervosa ligt de piek van het ontstaan tussen veertien en achttien jaar, Boulimia Nervosa begint doorgaans pas na het zestiende jaar (Robbe e.a., 1999; Fleminger, 2002; Vandereyken & Noordenbos, 2002). Anorexia Nervosa (AN) heeft het hoogste mortaliteitspercentage van alle psychiatrische stoornissen en bij adolescenten staat het op de derde plaats in de rij van meest voorkomende stoornissen. Behandelingsresultaten zijn weinig bemoedigend (Vandereyken & Noordenbos, 2002). Voor AN is nog geen 'evidence based' behandeling voorhanden. Zie: National Institute of Clinical Excellence (2004) en de Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen (2006). Behandelaars zijn daarom nog steeds op zoek naar nieuwe invalshoeken.

Op de afdeling jeugdpsychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht is een zorgprogramma eetstoornissen ontwikkeld, waarmee jongeren met AN en met een Eetstoornis NAO worden behandeld door een multidisciplinair team². Zie voor een beschrijving van dit programma: van Elburg & Rijken (2004). Tijdens mijn werkzaamheden voor deze afdeling (2000-2005) heb ik hieraan mogen bijdragen door het implementeren van cognitieve gedragstherapie en EMDR als potentiële onderdelen van een breed-spectrum behandeling. Een beschrijving van een protocol voor cognitieve gedragstherapie is in voorbereiding (Beer & Tobias).

In dit artikel wordt beschreven hoe EMDR kan worden ingezet bij de behandeling van jongeren met een eetstoornis. De hier beschreven

² In 2005 verhuisd naar de afdeling Rintveld, onderdeel van Altrecht, in Zeist.

toepassingswijze berust op klinische ervaringen en heeft nog slechts een experimentele status. De voorgestelde mogelijkheden zijn weliswaar uitgeprobeerd door meerdere psychotherapeuten, maar van systematische toetsing is nog geen sprake geweest. Een gedetailleerde beschrijving en theoretische onderbouwing van de voorgestelde toepassing van EMDR is eveneens in voorbereiding (Beer & Hornsveld). In dit artikel wordt besproken waarom (theoretisch kader), hoe (aangrijpingspunten) en wanneer (timing) EMDR kan worden ingezet. Na een aantal illustratieve behandelfragmenten wordt besproken waarom het juist voor jongeren een waardevolle module kan zijn in een multidisciplinaire behandeling (toegevoegde waarde). Afgesloten wordt met een conclusie.

Theoretisch kader

Uiteenlopende factoren spelen een rol bij het ontstaan en in stand houden van eetstoornissen. Dit kunnen biologische, psychologische, relationele en/of culturele factoren zijn; maatschappelijke invloeden kunnen eveneens meespelen (van Elburg & Rijken, 2004). Ook trauma kan hierbij een rol spelen, maar dit hoeft niet persé het geval te zijn. Vaak is er wel een gebeurtenis aan te wijzen die, in de beleving van de jongere, het begin van de eetstoornis markeert zonder dat dit echter een oorzaak genoemd kan worden. Bijvoorbeeld een vervelende opmerking toegeworpen krijgen over dik zijn, of zien dat iemand anders waardering krijgt voor afgevallen zijn (de Haan, 2001). Een dergelijke gebeurtenis kan fungeren als aanleiding, indien iets anders – bijvoorbeeld een al langer bestaand gebrekkig zelfvertrouwen - hierdoor wordt getriggerd.

Eetstoornissen

Door Fairburn en anderen (1999) is een cognitief gedragstherapeutisch model ontwikkeld ter verklaring van de in standhouding van verschillende eetstoornissen en voor de behandeling daarvan heeft Fairburn c.s. (2003) een ‘transdiagnostisch perspectief’ geïntroduceerd. Volgens deze visie komen bij patiënten met eetstoornissen - naast individuele verschillen - gemeenschappelijke mechanismen voor. De genezing kan geblokkeerd worden door interactie van deze mechanismen. Het betreft de volgende bijkomende of onderliggende mechanismen: lijnen, uithongering, klinisch perfectionisme, onvoldoende affecttolerantie, problematisch sociaal functioneren, gebrek aan zelfwaardering, en overwaardering van het belang dat gehecht wordt aan eten, gewicht en uiterlijk.

Eetstoornispatiënten beoordelen zichzelf vrijwel uitsluitend in termen van (controle over) eten, gewicht en uiterlijk. Hun gevoel van eigenwaarde is gekoppeld aan het gevoel controle te hebben over dat uiterlijk en over de hoeveelheid voedselinname, terwijl andere jongeren hun zelfwaardering ontlenen aan een veelheid van factoren, zoals bijvoorbeeld de kwaliteit van vriendschappen, school- of sportprestaties, etc.

EMDR

Wanneer kan EMDR ingezet worden bij de behandeling van jongeren met een eetstoornis?

EMDR is een therapievorm voor traumagerelateerde problematiek. Elders in dit themanummer is aangegeven wat voor type gebeurtenissen tot trauma kunnen leiden. In de voorgeschiedenis van eetstoornispatiënten komen nogal eens problematische hechtingsrelaties of negatieve sociale ervaringen voor, zoals gepest of afgewezen zijn door leeftijdgenoten. Dit zijn ‘belastende’ of ‘beschadigende’ ervaringen te noemen door de betekenisgeving waarmee deze gebeurtenissen in het geheugen zijn opgeslagen. Een veelvoud aan beschadigende ervaringen kan resulteren in de vorming van ‘oude’ onaangepaste schema’s (Young, 2005) of in de vorming van negatieve kernopvattingen over zichzelf, anderen en de wereld (Beck, 1976). Een gemeenschappelijk kenmerk van patiënten met een eetstoornis is dat zij gebukt gaan onder negatieve kernopvattingen als: ‘*ik ben niet goed genoeg*’, of zelfs ‘*ik ben waardeloos*’. Met EMDR kunnen geheugenrepresentaties worden verwerkt van traumatische of beschadigende ervaringen, die ten grondslag hebben gelegen aan de vorming van deze opvattingen en die deze bevestigen (zie je wel dat ik ...ben). Hiermee kan EMDR een rol spelen in de behandeling van een aantal mechanismen, die onder andere door Fairburn zijn genoemd. In dit artikel wordt alleen ingegaan op behandeling van het negatieve zelfbeeld en de negatieve beleving van het uiterlijk.

Aangrijpingspunten

Een beschadigd – negatief - zelfbeeld kan worden beïnvloed met EMDR door te zoeken naar bewijsmateriaal voor negatieve kernopvattingen via geheugenrepresentaties. Gezocht wordt naar herinneringen aan ervaringen, die in de actualiteit nog steeds als het ware een bewijs leveren voor de cliënt dat de kernopvatting juist is. De vraag is dan: “welke ervaringen in je leven bewijzen voor jou nu nog steeds dat je ... waardeloos of iets dergelijks bent?” Na inventarisatie van de relevante herinneringen worden deze geordend en vervolgens verwerkt, dat wil zeggen: van hun emotionele lading ontdaan door

veranderde betekenisgeving. Doel is de negatieve boodschappen uit het verleden van de patiënt te ontkrachten of onschadelijk te maken. Dit kunnen herinneringen zijn aan traumatische ervaringen, bijvoorbeeld seksueel misbruik of mishandeling, maar ook gewone ervaringen, die beschadigend zijn door de betekenisgeving, waarmee ze in het geheugen zijn opgeslagen. Een negatieve lichaamsbeleving blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor terugval, indien deze onvrede met het eigen lichaam nog bestaat bij afsluiting van de behandeling (Jansen, 2002; Fairburn e.a., 2003). Zowel behandelaars als patiënten ervaren de pijnlijke onvrede met het lichaam als een van de meest hardnekkige en meest moeilijk te behandelen symptomen van een eetstoornis. Hier geldt eveneens dat niet alleen traumatische ervaringen maar ook beschadigende ervaringen een voedingsbodem kunnen hebben gevormd voor negatieve overtuigingen en bijbehorende beleving. Om deze overtuigingen c.q. beleving te veranderen kan ook hier bewijslast worden opgespoord en onschadelijk gemaakt.

Timing

EMDR kan worden ingezet zodra het eetpatroon enigszins is genormaliseerd en onder controle gebracht. Het gewicht dient zodanig gestegen te zijn dat de patiënt lichamelijk in staat is tot gerichte aandachtsconcentratie en weer toegang begint te krijgen tot emoties en lichamelijke sensaties. Er is een vastgesteld minimaal gewicht bereikt: Body Mass Index (BMI) = 17^3 of Standaarddeviatie (SD) > -1^4 en de patiënt dient in medisch opzicht uit de gevarenzone te zijn. Wanneer de patiënt naast de eetstoornis ook last heeft van posttraumatische stresssymptomen, is het gewenst EMDR zo spoedig mogelijk in te zetten. Hierbij gelden dan de gebruikelijke voorwaarden voor het toepassen van EMDR, zoals geen suïcidale neigingen en geen voortgaande traumatisering.

³ Body Mass Index (BMI): lengte door gewicht in het kwadraat

⁴ Standaarddeviatie (SD): Bij kinderen en jeugdigen wordt de BMI gecorrigeerd voor leeftijd, omdat ze nog in ontwikkeling zijn en groeiachterstand kunnen hebben opgelopen door de eetstoornis. De mate van ondergewicht wordt uitgedrukt door vergelijking van lengte en gewicht met de eigen groeicurve. Bij 0,5-1 SD/10-20% gewichtsverlies is sprake van ernstig ondergewicht.

Illustraties

Hieronder volgen twee fragmenten die respectievelijk illustreren hoe traumaverwerking kan bijdragen aan de verbetering van een beschadigd zelfbeeld (casus 1) en hoe verwerking van een herinnering aan een 'belastende' ervaring (belastend door de betekenisgeving), kan bijdragen aan de bevordering van lichaamsacceptatie (casus 2).

Casus 1

Charlotte, zeventien jaar, is jarenlang seksueel misbruikt door haar vader. Het misbruik is twee jaar geleden gestopt. Haar ouders zijn gescheiden toen Charlotte over het misbruik had verteld. Er is nog regelmatig contact met vader. Ze heeft Anorexia Nervosa en een depressie; daarnaast astma en diabetes mellitus, waarvoor ze zichzelf regelmatig insuline moet inspuiten. Ze verwaarloost zichzelf en ze houdt haar bloedsuikerspiegel niet goed in de gaten. Haar zelfbeeld is ernstig beschadigd door een lange reeks van gebeurtenissen. Haar negatieve kernopvatting is: 'ik ben een waardeloos mens'. De herinneringen, die voor haar op dit moment nog steeds het sterkst een bewijs leveren voor haar waardeloosheid, worden geordend en geclusterd. Hieronder volgen een paar fragmenten uit een sessie, waarbij zij voor het eerst negatieve emoties jegens haar vader kan toestaan en uiten en waarbij zij een aantal 'cognitieve sprongen' maakt. Nieuwe inzichten dienen zich vanzelf aan, waarbij de disfunctionele betekenisgeving geleidelijk verdwijnt en plaats maakt voor een functionele betekenisgeving. De veranderingen op cognitief niveau gaan gepaard met een verandering in emoties en lichamelijke sensaties, en afname van spanning. Zie voor een beschrijving van de verschillende stappen van het EMDR protocol: Beer & de Roos, elders in dit themanummer.

Assessment: het stilstaande plaatje waarmee de herinnering is scherp gesteld: vader zit aan haar te friemelen onder tafel, terwijl hij haar helpt met huiswerk boven tafel. Zij vindt het naar, maar laat niets blijken, pleegt geen verzet. Moeder zit ook in de kamer en heeft niets in de gaten. NC: ik ben een misbaksel. PC: ik ben normaal. Emoties: verdriet en boosheid. SUD:10. Plaats waar de spanning het sterkst wordt gevoeld: buik en maag.

Desensitisatie: (al een tijdje bezig)

.....

C: Dat ik het nooit leuk heb gevonden

Oogbewegingen (OB)

T: Wat komt er nu?

C: Tja... dat ik boos op hem ben. Maar ik wil helemaal niet boos op hem zijn

T: Ga maar verder -OB
 C: *Ik vind het raar dat hij dat deed en denkt ..weet ik veel wat ie dacht ..dat ie niet snapt dat ik dat helemaal niet leuk vond (een traan welt op) .OB*
 T: OK, wat is er nu
 C: *Ik wil niet boos op hem zijn. Maar ik merk dat ik dat ben, want hij had moeten zien hoeveel pijn hij me deed,... dat hij dat niet zag ...*
 T: Ga maar door -OB
 C: *Hij gaf anderen de schuld dat ik Anorexia Nervosa heb gekregen. Maar het kwam door wat hij gedaan heeft. Hij gaf anderen de schuld als het slecht met me ging. Hij zei dat m'n moeder niet goed voor me zorgde. En ik geloofde hem (huilt)- OB*
 T: Wat merk je nu?
 C: *Dat het moeilijk voor mij is om van mezelf te houden...of mezelf te zien als belangrijk genoeg ... om voor mezelf te zorgen*
 T: Concentreer je daarop -OB
 C: *Dat ik dat eigenlijk maar een beetje zou moeten doen ...*
 T: Ga verder - OB
 C: *Alles is met elkaar verbonden en ik moet dat uit elkaar halen. ..Waarom zou ik niet voor mezelf zorgen, omdat hij aan mijn lichaam heeft gezeten, terwijl ik er niets aan kon doen?*
 T: Concentreer je maar -OB

T: Wat komt er op?
 C: *Mijn lichaam is net zo lief als jouw lichaam (lacht)*
 T: OK, ga door
 C: *Dat ik er wél voor wil zorgen*
 T: Goed zo, blijf daarbij- OB
 C: *Dat als ik dat doe, ... alles beter zal gaan.. en dan word ik weer vrolijker. En...als ik vrolijker word, dan kan ik weer lachen (glimlach door haar tranen heen)*
 T: OK, concentreer je daarop

Vervolg desensitisatie tot SUD=0.

Installatie volgt zodra het plaatje geen spanning meer oproept (SUD=0). PC wordt geïnstalleerd tot die een VOC bereikt heeft van 7.

Body scan: Het plaatje in combinatie met PC ' ik ben normaal' levert geen spanning meer op.

Positieve afsluiting:

T: Wat is nou het meest waardevolle dat je dit uur over jezelf hebt geleerd?
C: *Dat ik mezelf niet hoeft te haten om wat er gebeurd isomdat ik er niets aan kon doen of veranderen...Dat het niet mijn schuld is...*
T: Hoe zeg je dit in één zin die met Ik begint?
C: *Ik ben eensterk ... persoon (schoorvoetend en vragend)? ..Ik durf het niet echt te zeggen (lacht om haar eigen aarzelings)*
T: Zeg het eens hardop tegen jezelf: ik ben een sterk persoon. – OB
C: *Ja toch?! COOL*

Enkele passages uit het door haarzelf geschreven verslag van de individuele therapie, die bestond uit een combinatie van cognitieve gedragstherapie en EMDR:

EMDR heeft mij geleerd dat ik het waard ben om voor mezelf op te komen en dat ik het waard ben dat iemand van me houdt. Ik was altijd bang dat jongens me alleen maar voor de seks wilden. Ik was er niet alleen bang voor, ik was ervan overtuigd. Natuurlijk zijn er jongens die zo zijn, maar die hoeft ik er niet tussenuit te pikken. Ze hoeven mij ook niet meer allemaal leuk te vinden. Ik vind mezelf nou gewoon leuk, en dat is het belangrijkste.....
Tegen mijn vader durfde ik nooit eerlijk te zijn. Hij was de zielige, niet ik. Mijn hele leven is veranderd. Als ik denk aan de pijn die ik gevoeld heb, krimp ik nog steeds in elkaar. Maar het gaat nu zoveel beter met mij. Het werken aan de herinneringen heeft heel goed geholpen. Als ik er nu aan terugdenk vind ik het nog steeds ...uuuhm zwaar k., maar het geeft me niet meer het gevoel van de wereld te willen verdwijnen. Als ik er nu aan denk, kan ik gewoon verder gaan met mijn leven, zonder dat de wereld stopt met draaien.
Ik ben nu weer gewoon een normaal en vrolijk meisje, dat niet constant leeft met haar verleden in haar hoofd. Ik kan weer verder en ben niet meer bang voor de toekomst. Ik zie wel wat er gebeurt en mocht er iets naars zijn of dreigen, dan heb ik mijn mond om iets te zeggen!

Casus 2

Marieke is zestien jaar en heeft Anorexia Nervosa. Ze heeft een langdurige klinische behandeling achter de rug en is behoorlijk vooruitgegaan. Haar gewicht komt in de buurt van haar streefgewicht. Haar veranderde gewicht en

uiterlijk brengt nog enorm veel angst bij haar teweeg. EMDR wordt hier ingezet om een verwerkingsproces te faciliteren, dat leidt tot een meer positieve beleving - minstens acceptatie - van haar lichaam. Hiertoe wordt een herinnering verwerkt aan een recente ervaring, die haar nog steeds emotioneel raakt en met afschuw vervult, als zij eraan denkt. Het betreft de volgende gebeurtenis: ze wil een strakke spijkerbroek kopen en moet een steeds grotere maat ("bredere broek") pakken om eentje te vinden die past.

Assessment: Plaatje: met een spijkerbroek in handen staan. NC: ik ben walgelijk. PC: ik ben goed zoals ik ben. Emotie: verdriet. SUD= 9. Plaats waar de spanning het sterkst wordt gevoeld: buik

Desensitisatie:

Oogbewegingen (OB).

T: Wat komt er op -

M: Verdriet en boosheid

T: Laat maar komen wat komt. Alles is goed.-OB

M: Ik merk dat ik probeer positieve dingen erbij te halen

T: Volg maar wat komt. Je hoeft niets te proberen... of te sturen - OB.

T: Wat gaat er nu door je heen.

M: Nog steeds verdriet

T: OK, ga verder-OB

M: Dat ik er heel lang over gedaan heb om aan te komen.. en dan kijk ik in de spiegel. en dan vind ik mezelf gewoon nog te dik, alsof ik weer terug ben bij af

T: Concentreer je daarop

M: Een beetje het gevoel dat ik alles gewoon voor niets heb gedaan. Al dat vechten

T: Ga maar door

M: Ik merk nou gewoon dat er steeds allemaal positieve dingen bijkomen, automatisch

T: Zeg maar wat er bij je opkomt

M: Dat ik mijn leven gered heb door te gaan eten

T: Concentreer je daarop

M: Dat er nog meer dingen zijn in het leven dan alleen lichaam en eten

T: Ga maar door

M: Dat anderen me accepteren zoals ik ben

T: OK, Blijf daarbij

M: Dat er genoeg mensen zijn die dikker zijn dan ik en ...die dan toch gelukkig zijn

T: Ga door, heel goed

M: Iets meer rust
 T: Concentreer je daarop OB
 Wat merk je nu
M: Dat ik die broek toch niet koop..... Maar dat ik wel gewoon denk: 't is goed zo.
 T: Ga verder
M: Misschien zie ik alleen maar dat die broek breed is, maar is ie dat in werkelijkheid niet
 T: Ga door
M: Er komt een andere herinnering op dat ik een andere broek had gekocht die er best smal uitzag en die paste me ook.
 T: Houd dat vast
M: Anderen letten daar niet op hoe breed een broek is . En dat alleen ik dat zie
 T: OK, goed zo
M: Het is mijn idee maar. ... Het is goed zo.. Mijn lichaam... het hoort gewoon bij mij

Toegevoegde waarde

Om een aantal redenen kan EMDR voor jongeren een zinvolle en ook aantrekkelijke behandelmodule zijn in een behandelpakket. Deze module kan zowel geboden worden in een poliklinische setting als in een klinische of deeltijdbehandeling.

Eetstoornispatiënten willen vaak liever praten over hun problemen dan hun gedrag veranderen. Door een verwerkingsproces in te duiken in plaats van te praten over ..., wordt er aangepakt in plaats van uitgesteld, zonder dat ze door de therapeut ergens toe geforceerd worden.

EMDR is een *ervaringsgerichte* therapie en geen *praat*therapie. Praten doen deze patiënten doorgaans al veel met elkaar, in klinische of deeltijdbehandeling. Door volwassenen wordt er ook al veel met, over en tegen ze gepraat, hetgeen niet altijd als plezierig wordt ervaren. Al die goed bedoelende volwassenen proberen hen te motiveren tot gedrag dat ze enerzijds wel graag willen kunnen opbrengen (eten of juist stoppen met eetbuien), maar dat ze anderzijds walgelijk of doodeng vinden. De geheel andere, 'vreemde' benadering, die gepaard gaat met EMDR, kan daarom in dit verband een verfrissende ervaring opleveren.

Ze voelen zich respectvol bejegend doordat ze de ruimte krijgen om hun eigen verwerkingsproces 'aan te zetten' en te volgen, in hun eigen tempo. Dit alles bevordert hun gevoel van zelfcontrole en hun streven naar autonomie. Bij EMDR worden alle elementen van een herinnering geactiveerd: beelden, cognities, emoties en lichamelijke sensaties. Hierdoor kunnen ze niet zo krampachtig cerebraal (cognitief) blijven reageren als ze gewend zijn. Tijdens het verwerkingsproces worden ze geconfronteerd met emoties en lichamelijke sensaties. Dit wordt eerst eng gevonden, maar later bevrijdend, als ze merken dat de negatieve emotionele lading afneemt simpelweg door zich open te stellen voor hun eigen natuurlijke verwerkingsproces.

Conclusie

In dit artikel is aangegeven hoe EMDR ingezet kan worden in de behandeling van jongeren met een eetstoornis. Een aantal in stand houdende mechanismen, zoals een beschadigd zelfbeeld en moeite met de acceptatie van het eigen lichaam, kan met EMDR goed beïnvloed worden. EMDR kan daarmee een waardevolle bijdrage leveren aan het totale behandelplan van een cliënt met een eetstoornis. Voor meer informatie over toepassing van deze en andere mogelijkheden wordt de geïnteresseerde lezer verwezen naar Beer & Hornsveld (in voorbereiding). Het lijkt niet waarschijnlijk - noch wenselijk - dat een eetstoornis ooit behandeld zal worden met uitsluitend EMDR. Het betreft immers een multifactorieel bepaalde stoornis. Wel lijkt het waarschijnlijk dat EMDR in bepaalde situaties een waardevol onderdeel kan zijn binnen een multidisciplinaire behandeling, ook al is het misschien maar een stukje van de taart van behandelmodules die eetstoornispatiënten geacht worden te consumeren. In welke situaties en op welke wijze dit het geval is, zal moeten blijken uit empirische toetsing. Het zal lastig zijn om dit onderzoekstechnisch goed gestalte te geven, aangezien EMDR een onderdeel vormt van een samengesteld behandelplan. Hopelijk willen EMDR 'practitioners' (therapeuten met een volledige EMDR opleiding), die werken met eetstoornispatiënten, dit verder helpen uitzoeken, omdat deze patiënten gebaat zijn bij elke behandelingsmethode die effectief blijkt te zijn.

Mw. drs. R. Beer is klinisch psycholoog/psychotherapeut en gedragstherapeut. Zij is werkzaam bij De Bascule als coördinator van het Centrum voor traumagerelateerde stoornissen bij kinderen en adolescenten, Amsterdam

Literatuur

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beer, R. & Hornsveld, H. (in voorbereiding) EMDR in de behandeling van eetstoornissen. In: E. ten Broeke en A. de Jongh (red.) *Praktijkboek EMDR*.
- Elburg, A. A. van & Rijken, M.E. (2004) *Jongeren met eetstoornissen. Behandeling in een zorglijn*. Assen: Van Gorcum.
- Fairburn, C.G., Shafran, R., Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia Nervosa. In: *Behaviour research therapy*, 37 (1):1-13.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. and Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and therapy* 41: 509-528.
- Fleminger, S. (2002). Adolescentie en ontwikkeling. In: W. VanderEyken en G. Noordenbos (red.) *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Haan, E. de (2001). Ambulante behandeling van Anorexia Nervosa. In: E. de Haan, C. Dolman en A. Hansen (red.) *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Hoeken, D. van & Hoek, H.W. (1999). Epidemiologie. In: J.A. Bloks, E.F. Van Furth, H.W. Hoek (red.) *Behandelingsstrategieën bij Anorexia Nervosa*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Jansen, A. (2002). Leerprocessen en cognities. In: W. Vandereyken en G. Noordenbos (red.). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom
- National Institute of Clinical Excellence (2004). Clinical Guideline Eating Disorders.
www.nice.org.uk/page.aspx?0=cg009niceguidance
- Robbe, M.A.G.P., Fleminger, S. & Elburg, A.A. van (1999). Behandeling van kinderen en adolescenten. In: J.A. Bloks, E.F. Van Furth, H.W. Hoek (red.) *Behandelingsstrategieën bij Anorexia Nervosa*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- VanderEyken, W. en Noordenbos, G.(2002). *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Trimbos Instituut (2006). *Multidisciplinaire Richtlijn Eetstoornissen*.
www.ggzrichtlijnen.nl - publicaties stuurgroep.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum