

# Mindfulness-oefeningen : een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa

Jaap Spaans, Marie-Lotte van de Kamp-Verbeij, Hanneke Hop

Directieve therapie, 25 (september 2005), p. 276-299

## Samenvatting

Anorexia nervosa-patiënten houden hardnekkig vast aan hun anorectische gedrag, vermoedelijk om overmatig controle te behouden over onplezierige innerlijke belevingen. Mindfulness-oefeningen kunnen hen helpen bij het loslaten van deze anorectische gewoontes. Mindfulness is opmerkzaamheid voor ervaringen in het 'hier en nu'. De aandacht is hierbij zonder te oordelen gericht op externe prikkels en interne belevingen. Het kan anorexiapatiënten helpen innerlijke ervaringen te accepteren en controle te laten varen. Zodoende ontstaat ruimte voor andere gedragsmogelijkheden dan het anorectisch repertoire. Dit artikel beschrijft een casus van een 19-jarige anorexia nervosa-patiënte bij wie mindfulnessoefeningen een belangrijk deel van de behandeling zijn. Enkele mogelijke verklaringen voor de werkzaamheid passeren de revue.

## Inleiding

Patiënten met anorexia nervosa hebben een sterke neiging tot vermijden en onder controle houden van ongewenste ervaringen met lichaamsvorm, lichaamsgewicht en voedselgebruik. Dit doen ze onder meer door te lijnen, overmatig te bewegen, te braken en laxeren, te vermijden om het eigen lichaam te zien of het juist voortdurend te inspecteren. Ze maken ook gebruik van cognitieve vermijding. Angst om aan te komen wordt onderdrukt met geruststellende gedachten als: 'Straks ga ik op mijn kamer extra oefeningen doen', 'Ik sla mijn tussendoortje over', 'Na het avondeten ga ik braken', 'Na mijn behandeling ga ik een paar kilo afvallen'.

De ervaring leert dat patiënten met anorexia daarbij niet mededeelzaam zijn over hun vermijding, terwijl bekend is dat juist cognitieve vermijding en controle een sterke instandhoudende werking hebben en de kans op terugval vergroten (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Zolang er symptomen bestaan zoals angst om aan te komen of een vertekend lichaamsbeeld is werkelijk herstel moeilijker en kans op terugval groter (Strober, Freeman, & Morrell, 1999).

Veel behandelingen voor anorexia nervosa zijn gericht op het doorbreken van

openlijke vermijding en overmatige controle (met vormen van exposure en middels gewichts- en voedingsprogramma's). Veel innerlijke vermijding en controle kan daarbij in stand blijven ('Straks ga ik toch weer afvallen'). Patiënten zijn zich er niet zo van bewust, waardoor de kans op terugval groot blijft. Ook een cognitief-therapeutische aanpak doorbreekt de innerlijke vermijding en controle vaak niet afdoende, doordat patiënten naast de aangeleerde nieuwe cognities toch ook hardnekkig aan hun oude denkstijlen blijven vasthouden. Zij stellen zich niet echt bloot aan pijnlijke gedachten en gevoelens over gewicht, figuur en voedselgebruik en hebben er weinig aandacht en tolerantie voor. Zodoende kan innerlijke vermijding in stand blijven en is de kans groot dat de automatische respons, het anorectisch lijnen, terugkeert.

Wetenschappelijke gegevens van effectiviteit van psychologische interventies bij behandeling van anorexia nervosa zijn nog schaars. Over methoden die doeltreffend en blijvend de innerlijke vermijding en controle opheffen, is nog minder bekend. Iedere methodisch verantwoorde psychologische interventie die dit nastreeft, zou dus als een welkome bijdrage aan de behandeling kunnen worden beschouwd, ook het aanleren van mindfulness-vaardigheden.

Mindfulness-vaardigheden zijn een manier om stil te staan bij pijnlijke innerlijke belevingen, in plaats van deze te vermijden of excessief te controleren. Ze zijn gebaseerd op boeddhistische meditatiewijzen. Mindfulness is een aandachtige houding met opmerkzaamheid voor de continue stroom van externe prikkels en interne ervaringen in het 'hier en nu', zonder deze te veroordelen of te bevechten. Het kan ook simpel worden omschreven als 'een bewustzijn van moment tot moment', dat wordt ontwikkeld door het doelbewust aandacht schenken aan dingen waar we gewoonlijk niet bij stilstaan (Kabat-Zinn, 1990). Pijn en ziektesymptomen worden met een aandachtige houding bewust beleefd. Men streeft niet naar verandering, maar naar loslaten, waarna spontane groei of herstel beter mogelijk worden. Vanuit een Westers medisch perspectief schuilt hierin een zekere paradox: juist door het aanvaarden van symptomen kan men deze loslaten en dus doen verminderen.

Jon Kabat-Zinn was een van de eersten die mindfulness toepaste in de gezondheidszorg. Hij ontwikkelde een op mindfulness gebaseerd programma voor omgaan met chronische pijn (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985) en met spanningsklachten (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Onder hulpverleners kreeg zijn programma meer bekendheid, toen Marsha Linehan het introduceerde binnen de dialectische gedragstherapie voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Linehan, 1993). Segal, Williams en Teasdale (2002) pasten het toe binnen hun terugvalpreventieprogramma voor depressie. In hun benadering, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), leren patiënten hun negatieve gedachten voorlopig te accepteren en niet meteen te corrigeren, waardoor piekeren afneemt. Recent staat mindfulness in de

belangstelling als onderdeel van Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Masuda, & De Mey, 2003). Dit is een vorm van psychotherapie waarbij patiënten leren dat onderdrukking, vermijding en buitensporig controleren van negatieve emoties en gedachten deze ervaringen juist versterken. Deze benadering leert patiënten om innerlijke ervaringen en automatisch gedrag los te koppelen en te handelen vanuit persoonlijke waarden die tijdens de therapie worden geëxpliciteerd.

Mindfulness kan worden bedreven in oefeningen, zoals een zittende, liggende of lopende meditatieoefening of als een aandachtige houding in het dagelijks leven. Het kent overeenkomsten met diverse therapeutische stromingen en technieken, ook met elementen uit de directieve therapie. Zo zijn er parallellen te trekken met een van de meest oorspronkelijke directieve strategieën, de 'paradoxale intentie' (Van Dijck, 1977; Van Dijck, Van der velden, & Van der Hart, 1980), maar ook met exposure (gedragstherapie), de verbeeldingsoefening (hypnotherapie en cognitieve gedragstherapie), vrije associatie (psychoanalytische psychotherapie), 'awareness' (gestalttherapie) en focusing (client centered therapie). Instructies voor 'aandachtsvol ademen' (zie verder in dit artikel) zijn bijvoorbeeld ook te vinden bij focusing van Gendlin (Gendlin, 1996).

Waarom is mindfulness dan juist zo welkom bij de behandeling van anorexia nervosa, als er al verschillende verwante technieken voorhanden zijn? Ons antwoord is: omdat het veel meer dan genoemde benaderingen de werkelijke aanvaarding van negatieve belevingen centraal stelt en dat is van groot belang voor anorexiapatiënten. Zij zijn immers uiterst ambivalent over het loslaten dan wel vasthouden van de eetstoornis, de vermijding en de controle. De dialectiek tussen veranderen aan de ene kant en aanvaarding aan de andere kant dient daarom in de behandeling een bijzondere plaats te krijgen. Mindfulness genereert enerzijds een radicale aanvaarding in het hier en nu, waardoor anderzijds verandering meer kans krijgt. De drastische acceptatie van persoonlijke belevingen bevordert ook de zelfacceptatie van anorexiapatiënten (Wilson, 2004). Dit is belangrijk, omdat lage zelfwaardering een aanzienlijke bijdrage levert aan de ontwikkeling en instandhouding van eetstoornissen (Fairburn et al., 2003).

Patiënten leren door mindfulness onder meer om negatief beleefde prikkels en ervaringen op het gebied van voedselgebruik, gewicht en figuur bewust en oordeelsvrij te ervaren, waardoor ze meer zelfacceptatie en tolerantie voor gewichtstoename krijgen en van lijnen kunnen afzien.

Verschillende auteurs benadrukken het belang van mindfulness binnen de behandeling van anorexia nervosa (Hayes & Pankey, 2002; Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002; Orsillo & Batten, 2002; Wisniewski & Kelly, 2003) juist vanwege de controle die anorexiapatiënten uitoefenen op negatieve innerlijke belevingen.

## **Mogelijke therapeutische werkzaamheid bij anorexia nervosa**

Mindfulness-technieken lijken goed inpasbaar in een directieve, cognitieve en gedragstherapeutische behandeling van anorexia nervosa. Binnen dit referentiekader kan een aantal voor de hand liggende verklaringen voor de werkzaamheid worden gegeven. Hier noemen wij er enkele.

### **Ziektebesef en ziekteacceptatie**

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat anorexia nervosa een hardnekkige ziekte is met een kwetsbaarheid die deels biologisch bepaald is (Leibowitz, 2002; Pollice, Kaye, Greeno, & Weltzin, 1997; Vink et al., 2001) en die gepaard gaat met stress, angst en ziekteontkenning.

Dit pleit voor een psychotherapeutische behandeling die accepterend en stressverlagend is. Mindfulness leert patiënten door opmerkzaamheidsbeoefening en registratie van symptomen hun ziekte te onderkennen, observeren en aanvaarden. Hieruit kan ruimte voor haalbare verandering voortvloeien. De dialectiek tussen acceptatie en verandering is een centraal concept in de discussie over psychotherapie (Hayes, Jacobson, Dougher, & Follette, 1994) en is in het geval van anorexia nervosa zeer relevant.

### **Exposure, contraconditionering en bekrachtiging**

Bij behandeling van anorexia nervosa is exposure in vivo een belangrijk element (Jansen, 2002). Het kent vele vormen en varianten. Een korte, gerichte exposure zonder streven naar afname van onplezierig affect werd onlangs beschreven als therapie voor anorexia nervosa (Spaans, 2003). Hierbij ligt de nadruk in eerste instantie niet zozeer op afname van angst, maar op het verdragen ervan. Mindfulness heeft veel gemeen met dit soort exposure. Situaties, fysieke sensaties, gedachten en gevoelens (vooral op gebied van lichaamsvorm, gewicht en voedselgebruik) worden met aandacht tegemoet getreden en niet (meer) vermeden. (Zie voor een praktische toelichting verder in dit artikel bij de gevalsebeschrijving onder 'mindful exposure'.)

Net als bij de meer klassieke vormen van exposure geven patiënten bij mindful exposure de actietendens, het uitvoeren van anorectisch gedrag op (responspreventie). Wanneer anorexiapatiënten met een aandachtige en open houding de eerder vermeden zaken benaderen (zoals in gewicht aankomen of in een spiegel kijken en ook de ongewenste gevoelens hierbij ervaren) is dit vaak onverenigbaar met de oorspronkelijke ontsnappings- en vermijdingsrespons. Dit kan men beschouwen als contraconditionering. Bekrachtiging van nieuw gedrag treedt ook op. Het stilstaan bij de innerlijke anorectische ervaringen wordt namelijk

door een op mindfulness gebaseerde therapie eerst door de therapeut en later door patiënte zelf bekrachtigd ten koste van het anorectisch gedrag zelf.

### **Emotietolerantie**

Veel anorectisch gedrag is een uiting van het willen ontkomen aan of willen onderdrukken van onplezierige emoties (Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999; Serpell, Neiderman, Haworth, Emmanueli, & Lask, 2003). Door mindfulness ontstaat meer emotietolerantie. Patiënten leren dat emoties komen en ook weer gaan: een proces dat zij kunnen leren te volgen zonder zich in de emoties te verliezen. Patiënten leren hun emoties beter te verdragen. De oorspronkelijke emotieverdringende functie van anorexia hebben zij niet meer nodig en het anorectisch gedrag kan afnemen.

### **Anorectische gedachten loskoppelen van de persoon**

Hoe vaak horen cognitieve therapeuten anorexiapatiënten niet zeggen: 'Ik weet wel hoe ik rationeel moet denken, maar die irrationele gedachten blijven gewoon komen.' Mindfulness leert anorexiapatiënten hun anorectische gedachten waardevrij te observeren en niet te bevechten. Patiënten worden aangemoedigd hun gedachten waar te nemen als een getuige en er niet mee samen te vallen: 'Ik heb de gedachte dat ik dik ben' en niet 'Ik ben dik'. Vereenzelviging van de persoon met zijn of haar gedachte wordt opgeheven, ofwel: de gedachte komt los te staan van de denker zelf.

Het is te vergelijken met het registreren van automatische gedachten binnen de cognitieve therapie. Het evalueren en uitdagen van deze gedachten blijft echter achterwege. Gedachten worden minder verbonden aan een doe-modus (een actiegerichte instelling met het doel iets te verhelpen), maar meer aan een zijns-modus (een instelling die aanvaardt dat de situatie/gedachte is zoals deze is), waardoor anorectisch gedrag geen automatisme meer is. 'Moeten lijnen' is slechts een gedachte in plaats van een realiteit waaraan patiënten niet kunnen ontkomen. Men leert gedachten te ervaren als op zichzelf staande verschijnselen. Hiermee worden ze ook losgeweekt van de oorspronkelijke anorectische prikkel (de gedachte 'Ik ben te dik' komt los te staan van het zien van bovenbenen en buik), waardoor deze gedachten minder zullen voorkomen.

### **Realistische lichaamsgevoelens**

Een van de centrale kenmerken van anorexia is een vertekend lichaamsbeeld. Anorectische cognitieve schema's sturen de waarneming en filteren de binnenkomende informatie. Het toepassen van mindfulness op het eigen lichaam kan patiënten helpen om zonder oordeel hun lichaam te observeren. Daardoor kunnen ze een bredere, meer realistische en dynamischer kijk op hun lichaam

ontwikkelen (Stewart, 2004).

### **Paradoxe benadering**

Mindfulness vraagt patiënten juist dat te denken wat ze al denken en dat te voelen wat ze al voelen, maar nu met aandacht en zonder te vermijden. Hierin zijn de sporen van de directieve aanpak via de paradoxale benadering te herkennen. Van Dijck et al. (1980) gaven in de begindagen van de directieve therapie al enkele mogelijke verklaringen voor de werking. De weerstand tegen verandering wordt erdoor geneutraliseerd, zo meenden zij. Therapeuten die met mindfulness werken, helpen patiënten om ideeën en gevoelens te aanvaarden zoals ze zijn, waarbij zij natuurlijk – paradoxaal genoeg – ook mikken op verandering. Men richt zich bij mindfulness vooral op de aanvaarding van problematische gedachten en gevoelens, waardoor de gebruikelijke automatische respons, het anorectisch gedrag, minder snel zal optreden. Door een doelgerichte aanvaarding van negatieve innerlijke sensaties ontstaat er ruimte voor het tegenovergestelde: de verandering. Hierin herkent men ook weer de dialectiek zoals omschreven in de Dialectische Gedragstherapie van Marsha Linehan.

### **Generalisatie naar andere gebieden van functioneren**

'Aandachtig zijn' is een vaardigheid die anorexiapatiënten leren toepassen op algemene prikkels en vervolgens op allerlei aspecten van de stoornis. Het kan een vaardigheid worden die generaliseert naar toepassing op andere levensgebieden en een algemene houding worden. Dit vergroot de kans op bredere interesses en nieuw gedrag naast het anorectisch repertoire. Gerichtte oefening van mindfulness is van belang. Uit het onderzoek van Baer (2003) blijkt dat de mate waarin men mindfulness beoefent, direct gerelateerd is aan de werkzaamheid ervan.

### **Indicaties**

Wanneer dienen therapeuten te overwegen om mindfulness-technieken aan een behandeling toe te voegen? Hierover zijn nog weinig onderzoeksgegevens bekend. Onze ervaring is dat het in veel gevallen verstandig kan zijn ze toe te passen, maar vooral bij de hardnekkige vormen van anorexia. Voorzichtigheid is geboden bij comorbiditeit, zoals een ernstig middelenmisbruik, posttraumatische stressstoornis, ernstige dissociatieve stoornissen of psychotische klachten. Ook bij een extreme ondervoedingstoestand, wanneer patiënten mentaal uitgeput zijn, lijkt deze benadering minder gepast. Dan kan men beter wachten tot patiënten een hoger gewicht hebben en er fysiek iets beter aan toe zijn. Over suïcidaliteit is in de literatuur nog discussie gaande. Is het een contra-indicatie of juist niet?

### **Mindfulness-oefeningen bij een 19-jarige patiënte**

Het vervolg van dit artikel beschrijft de toepassing van mindfulness-oefeningen in een klinische behandeling van anorexia nervosa. Deze toepassing wordt aan de hand van een casus gepresenteerd. Eerst volgt de gevalsbeschrijving, vervolgens geven wij voorbeelden van enkele mindfulness-technieken die in de behandeling werden gebruikt.

## **Thea**

Thea is een 19-jarige hbo-studente, die zich op aandringen van haar vier jaar oudere zus, haar moeder en de huisarts heeft aangemeld bij het specialistische centrum voor eetstoornissen. Bij de intake stelt men de diagnose anorexia nervosa van het beperkende type. Bijkomende klachten zijn depressieve klachten en angstklachten, een hoog streefniveau en dwangmatigheden.

De eetstoornisproblemen begonnen zes jaar geleden, toen Thea moeite kreeg met eten. Drie jaar geleden waren de problemen zo ernstig geworden dat de huisarts haar verwees naar een vrijgevestigd psychotherapeut. Behandeling van een jaar had vrijwel geen invloed op het gewicht, het eetpatroon en de sterke drang om af te vallen. Thea was ook niet langer gemotiveerd om naar therapie te gaan. In het afgelopen jaar is zij verder afgevallen. Bij aanmelding bij het gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen woog Thea 43 kilogram bij een lengte van 1,68 meter (BMI = 15,2). Zij is bang om aan te komen, controleert verscheidene keren per dag haar gewicht op de weegschaal en vermijdt vrijwel iedere vorm van vet of zoet voedsel. Zij vindt zichzelf veel te dik en is bijzonder ontevreden met haar lichaam. De menstruatie is al drie jaar afwezig. Zij is zeer actief, kan nauwelijks stilzitten en doet drie keer per dag thuis lichamelijke oefeningen. Ze volgt wekelijks balletlessen en gaat twee keer per week naar handbaltraining. Uit de scores op een eetstoornisvragenlijst (EDI-II; Van Strien, 2002) blijken hoge scores op het gebied van de wens om slank te zijn en ontevredenheid over haar lichaam. Daarnaast komt naar voren dat patiënte zich nauwelijks bewust is van honger- en verzadigingsgevoelens. De scores zijn te vergelijken met die van een populatie anorexia nervosa-patiënten.

Na uitgebreide intake krijgt Thea een indicatie voor klinische behandeling, waarmee zij akkoord gaat.

## **De behandeling**

Thea's behandeling is grotendeels cognitief-gedragstherapeutisch van aard en bestaat onder meer uit voorlichting, motiveringstechnieken, dieet- en gewichtsmanagement, sociotherapie, cognitieve therapie, systeemgesprekken, psychomotore therapie, en socialevaardigheidstraining. Deze onderdelen worden in de beschrijving van de behandeling verder buiten beschouwing gelaten. Uitgebreid aan de orde komt het gebruik van mindfulness-technieken.

Thea krijgt naast de genoemde therapieën gedurende 22 weken 21 sessies individuele psychotherapie, waarbij de mindfulness-technieken worden ingepast. Reden om deze benadering in de behandeling te integreren zijn vooral de hardnekkigheid van de symptomen ondanks eerdere behandelingen en de ogenschijnlijke onveranderlijkheid van haar neiging om af te vallen tijdens de afgelopen jaren.

In de mindfulness-benadering zit een opbouw: eerst uitleg en het leren registreren, daarna volgen de mindfulness-oefeningen. Deze werken van buiten naar binnen: eerst het leren aandacht te hebben voor externe prikkels, dan voor fysieke sensaties en gedrag en vervolgens meer voor innerlijke zaken zoals emoties en gedachten. Tot slot werkt men ook nog aan het aandachtsvol herkennen van terugval. Gedurende vrijwel de gehele behandeling voerde Thea thuis en in het ziekenhuis regelmatig allerlei mindfulness-oefeningen uit. Mindfulness wordt in de beschreven aanpak als een vaardigheid beschouwd die zich ontwikkelt door regelmatig en geduldig oefenen.

### **Uitleg over mindfulness en aanverwante zaken**

Thea krijgt vanaf de start van de behandeling voorlichting over anorexia nervosa, de gevolgen van lijnen, braken en laxeren en de werking van instandhoudende factoren. Bij de uitleg van de mindfulness-aanpak komt uitgebreid aan bod hoezeer haar pogingen om allerlei gevoelens de baas te worden, tot nu toe onvoldoende bleken te werken. De volgende onderwerpen kwamen tijdens een aantal educatieve gesprekken aan de orde:

– De langdurende kwetsbaarheid en wat dat met je kan doen. – Dat het onderkennen van kwetsbaarheid voor anorexia nervosa en het bewust worden van anorectische symptomen op den duur beter werkt dan het ontkennen ervan. Levensdoelen worden eerder bereikt door aanvaarding van de anorexiasymptomen dan door ontkening, zo stelt de therapeut. – Wat 'aandacht zonder oordelen' is. – Wat de levensdoelen en -waarden van de patiënte op lange termijn zijn en of deze kunnen worden bereikt met de anorectische ziektesymptomen. – Welke emoties er zijn (zoals angst en walging, boosheid en verdriet, maar ook blijdschap en vreugde) en welke functie ze hebben. – Dat als je gedachten te belangrijk maakt, dit nadelig kan werken. Sommige gedachten zijn slechts gedachten die je helemaal niet helpen om te bereiken wat je zelf graag wilt. – Het averechtse effect van gevoelens- en gedachteonderdrukking. – Wat vermijding en overmatige controle inhouden en dat zij op de lange duur averechts werken. De therapeut sluit steeds aan bij Thea's beleving en checkt haar bereidheid om oefeningen te doen. Op deze manier geeft de therapeut haar nieuwe mogelijkheden tot het ervaren van controle, die niet averechts werkt.



## **Aandachtvolle registratie**

Vanaf de allereerste zitting krijgt Thea het advies een eetdagboek bij te houden. Hierin schrijft zij niet alleen haar voedselgebruik en compensatiemethoden op, maar noteert ze bij ieder eetmoment ook haar belangrijkste gevoelens en de meest voorkomende gedachten of beelden. De therapeut legt uit dat het bijhouden van het eetdagboek behalve inzicht verkrijgen in eetpatronen ook als doel heeft aandachtig te zijn voor bijbehorende persoonlijke ervaringen. Aandacht en respect voor gevoelens en gedachten bij het eten kunnen helpen om veranderingen in het eetpatroon beter te verdragen, zo legt de therapeut uit. Wanneer er geen ruimte is voor de persoonlijke beleving, zal er waarschijnlijk ook geen ruimte zijn voor nieuwe ervaringen op dit gebied, redeneert de therapeut.

## **Kennismaken met aandacht via een object**

In de derde zitting stelt de therapeut aan Thea voor een eerste aandachtsoefening te doen. Hij vraagt haar voor de volgende zitting iets mee te nemen waarop ze haar aandacht kan concentreren en dat weinig of geen verband houdt met de eetstoornis. In de vierde zitting heeft Thea een roos meegenomen. In een oefening van vijftien minuten helpt de therapeut haar de aandacht te richten op visuele en tactiele kenmerken en geurkenmerken van de bloem. 'Ga met je aandacht naar de kleur... naar de vorm... naar hoe de roos aanvoelt... hoe hij ruikt, enzovoort.' Thea toont weinig moeite met de oefening. Zij krijgt het advies deze oefening gedurende een week dagelijks op haar kamer in het ziekenhuis en in de weekenden thuis te herhalen.

## **Aandachtvol ademen**

Thea leert in een volgende zitting om met gesloten ogen de aandacht bij de ademhaling te houden en zich bewust te zijn van iedere in- en uitademing. Deze aandachtvolle ademhaling heeft als doel het leren geconcentreerd de ademhaling te volgen zonder deze opzettelijk te beïnvloeden. Het is een klassieke mindfulness-oefening en het kan Thea leren de aandacht bij het eigen fysieke functioneren te leren houden. De therapeut vraagt haar met aandacht te volgen hoe de lucht door haar neus naar binnen gaat, hoe de longen zich vullen, hoe het middenrif wat uitzet en de buik uitzet. De aandacht wordt daarna ook gericht op het volgen van het tempo van de ademhaling: is het een snelle ademhaling of een langzame, is het een hoge ademhaling of een diepe? Steeds is het de bedoeling aandachtig de ademhaling te volgen zonder te sturen.

Deze oefening confronteert Thea met de angst dat haar buik te dik wordt, wanneer ze merkt dat haar buik beweegt tijdens het ademen. Ze is bang dat haar buik dik zal worden als zij deze te veel uitzet. De therapeut legt uit dat dit een teken is dat Thea de oefening goed heeft begrepen en aandachtig heeft uitgevoerd. Zij wordt

zich kennelijk bewust van gevoelens en gedachten over haar buik. De therapeut stelt vervolgens een aantal geïnteresseerde vragen over deze ervaring. Na hoeveel tijd voelde zij deze angst? Wat ging er door haar heen? Hoe hoog liep de angst op? Waaraan merkte zij dat de buik uitzette? Voor de volgende zitting zal Thea dagelijks oefenen met aandachtsvol ademen en haar persoonlijke reactie opmerzaam trachten te volgen. Aandachtsvol ademen zal bij toekomstige mindfulness-oefeningen de basis vormen. Voordat Thea de aandacht op een ander deel van haar functioneren richt, zal zij vaak eerst de aandacht op de ademhaling vestigen en er ook naar terugkeren bij het afsluiten van een oefening.

### **Aandachtsvol wandelen**

In de zesde zitting komt aandachtig wandelen aan bod. Deze oefening is ook een klassieke aandachtsoefening die men binnen Mindfulness based cognitive therapy vaak gebruikt. Volgens de therapeut is het een zinvolle oefening voor Thea, omdat zij te vaak alleen maar wandelt om af te vallen zonder aandacht te hebben voor allerlei sensaties bij het wandelen. In de kamer van de therapeut doet Thea de 'aandachtsvol-wandelen-oefening'. De therapeut verzoekt haar de aandacht te richten op contactpunten tussen voetzolen en vloer. Dan vraagt hij haar aandachtig het gewicht op het ene been te plaatsen en de onbelaste voet vooruit te bewegen. De aandacht wordt gericht op spiërsensaties en bewegingssensaties. Zo leert zij aandachtig te lopen. Deze oefening herhaalt zij een aantal keren per week op haar eigen kamer. Later in de therapie vraagt de therapeut haar om tijdens haar dagelijkse wandelingen steeds een kwartier aandachtig te wandelen in een iets lager tempo dan zij gewend is. Hiermee leert zij aandachtig te zijn voor de sensaties van het lopen in plaats van alleen voor het tempo, de kwantiteit of het gewichtsreducerende effect.

### **Aandachtsvol eten**

In de kliniek leert Thea dagelijks om gezond te eten. In de achtste week is zij inmiddels 4,5 kilogram aangekomen en ze heeft een BMI van 16,5. Dan introduceert de therapeut het 'aandachtsvol eten'. Bij maaltijden beleeft zij de laatste tijd toenemende intense angst. Zij veroordeelt deze angst ('Het is belachelijk dat ik hiervoor bang ben') en vermijdt de gewaarwording van de angst door heel precies te willen eten. Ze ontwikkelt eetrituelen waarmee ze zintuiglijke en lichamelijke sensaties bedwingt. Veel anorexiapatiënten hebben deze rituelen, zoals voedsel in een vast aantal stukjes of porties verdelen, in een bepaalde volgorde eten of op een bepaald tijdstip eten. Dit alles met als doel om negatieve gedachten, gevoelens of lichamelijke ervaringen niet waar te nemen of te voorkomen tijdens voedselgebruik.

Bij aandachtsvol eten gaat het erom aandachtig het voedsel waar te nemen, te eten en te ervaren hoe het lichaam erop reageert. De aandacht kan hierbij ook gericht

worden op het ervaren van emoties en cognities. Hierbij zal menig anorexiapatiënte zich van haar angst bewust worden. Patiënten denken ook dat ze van aandachtig eten veel meer aankomen dan wanneer ze op hun eigen manier eten. Deze vrees dient onderkend en respectvol besproken te worden.

Thea leert het aandachtig eten eerst met een gevulde koek. Zij richt haar aandacht op het bekijken, voelen, ruiken en vervolgens op een hapje nemen. De therapeut maakt haar opmerkzaam op de sensaties bij het proeven, kauwen en het doorslikken en wat er daarna gebeurt, bijvoorbeeld wanneer voedsel in de maag aanlandt. Nadat dit is gelukt, vraagt de therapeut aan Thea haar aandacht te richten op de gevoelens en gedachten tijdens het eten, en deze zonder verder oordeel te aanvaarden, ook als ze onprettig zijn. Zodoende merkt zij dat de gedachte 'Ik mag niet genieten' steeds terugkeert en dat ze hierbij angst ervaart, maar dat deze gedachte soms ook weer verdwijnt, waarna ze zich weer rustiger voelt. De oefening duurt niet langer dan tien minuten en zij krijgt instructie dit thuis en in het ziekenhuis regelmatig te herhalen, indien nodig met assistentie van een staflid.

Bij latere oefeningen met andere producten leert zij ook om opmerkzaam te zijn voor tekenen van honger of verzadiging. Op den duur verdwijnen de rituelen en leert Thea steeds beter om tijdens de maaltijd haar gevoelens en gedachten over het eten te ervaren en onder woorden te brengen.

### **Schrijfopdrachten over de anorectische toestand**

Nadat Thea in de eerste twee maanden van haar behandeling veel voorlichting heeft gekregen over anorexia, de gevolgen en verklaringen, schrijft zij een brief aan anorexia. De therapeut vraagt haar om haar beleving zo nauwkeurig mogelijk onder woorden te brengen. Dit om zich bewust te worden van wat de ziekte voor haar betekent. Dit kan motiverend werken (Schmidt, Bone, Hems, Lessem, & Treasure, 2002) en bewustwording en verbalisering op gang brengen van ervaringen en betekenissen die de eetstoornis heeft. Het helpt anorexia nervosa-patiënten, die zo gewend zijn negatieve innerlijke belevingen te vermijden en er niet over te praten, om dit nu niet te ontwijken.

Een brief aan anorexia (of aan een van de symptomen) biedt een veilige manier om innerlijke belevingen te verwoorden en daarmee iets van de emotionele en cognitieve vermijding op te geven en de schaamte te doorbreken. Dit soort schrijfopdrachten heeft veel gemeen met op acceptatie en op mindfulness gebaseerde therapieën. Zij trachten de invloed van emoties en gedachten te wijzigen door de strijd die patiënten ermee voeren te veranderen, in plaats van te pogen om de vorm en frequentie ervan te wijzigen (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Schmidt et al., 2002; Teasdale 1999).

Er kan gekozen worden voor een briefvorm waarin patiënten persoonlijke

mededelingen overbrengen aan de anorexia of aan een symptoom ervan. Hiermee nemen zij afstand van symptomen, hetgeen een egodystone beleving van klachten bevordert. Brieven kunnen ook gericht zijn aan bijvoorbeeld het ondergewicht, een normaal gewicht, het lichaam, het lijnen of aan de angst om aan te komen. Naast de brief kunnen patiënten ook een ervaringsverslag maken. Zij kunnen schrijven over zaken als hun voedselgebruik, lichaamsvorm, gewicht, enzovoort. Hierbij worden zij aangemoedigd tot het beschrijven van hun waarneming met de daarbij behorende fysieke ervaringen, emoties, cognities en herinneringen.

Thea schrijft een brief aan anorexia. De therapeut legt uit dat het niet gaat om hoe zij volgens anderen behoort te denken over anorexia, maar dat het erom gaat hoe zijzelf de stoornis beleeft. De therapeut raadt haar aan zowel op prettige als op onprettige aspecten te letten en zich zo direct mogelijk tot anorexia te richten. Het wordt een emotionele brief, waarin zij onder woorden brengt hoezeer het extreem lijnen een leidraad en houvast is in haar leven dat ze nooit zou willen opgeven.

Dit standpunt bestrijdt de therapeut op geen enkele manier. Hij respecteert het. Later in de behandeling, wanneer Thea veel moeite toont om aan te komen in gewicht, schrijft zij een emotionele brief aan haar lichaam met een gezond gewicht. Opvallend in die brief is dat Thea enerzijds haar excuses aanbiedt aan haar lichaam omdat zij het verwaarloosd heeft, anderzijds schrijft zij hoe zij het haat omdat het meer ruimte in beslag neemt, met als gevolg dat zij het gevoel krijgt opvallend aanwezig te zijn. Ze vindt dat ze dit niet verdient.

### **Aandachtsvol anorectisch denken**

Bij 'aandachtsvol anorectisch denken' gaat het erom dat patiënten belangstellend hun anorectische gedachten volgen zonder pogingen te doen deze gedachten te veranderen. In de twaalfde tot de vijftiende zitting staan de anorectische gedachten centraal.

### **Anorectische gedachten verzamelen**

Nadat Thea geruime tijd in haar eetdagboek allerlei gedachten en gevoelens bij eetmomenten heeft genoteerd, blijkt dat zij dit redelijk beheerst. Dan krijgt zij het advies drie dagen per week de meest voorkomende eetstoornisgedachten bij allerlei situaties die direct of indirect met voedselgebruik of met gewicht te maken hebben, te noteren op kaartjes. Het kunnen zeer uiteenlopende situaties betreffen, zoals het op een weegschaal staan; de eigen buik zien; een vol gevoel hebben, opmerkingen van anderen over haar eetgedrag of naar een feestje gaan waar gegeten zal worden. Thea heeft het idee dat ze niet vooruitgaat, omdat haar gedachten niet afnemen. De therapeut legt uit dat zij het juist heel goed doet: het doel is niet het afnemen van de gedachten, maar het bewust worden van de gedachten zonder hierop direct te reageren.

Iedere keer dat zij bij dit soort situaties onaangename gevoelens krijgt, noteert Thea de gedachte op een kaartje. Wanneer eenzelfde gedachte vaker optreedt, kan zij op het kaartje een streepje turven. Wanneer een gedachte niet alleen in een flits voorkomt, maar langer aanhoudt, zal zij op het kaartje ook de geschatte tijdsduur van de gedachte noteren. 's Avonds gaat zij na welke eetstoornisgedachten die dag zijn opgetreden en groepeerd zij de kaartjes met gedachten die overeenkomen. Hieruit blijkt dat Thea herhaaldelijk door vijf soorten eetstoornisgedachten wordt overvallen:

1. Ik moet goed controleren wat ik eet, anders eet ik veel te veel.
2. Ik ben een lelijke dikke vrouw.
3. Oh jee, ik word dik en dat is verschrikkelijk.
4. Als ik mijzelf niet in de hand houd, ben ik slap.
5. Ik voel me dik en rot, en dat kan ik niet verdragen. Zodoende leert Thea haar eetstoornisgedachten kennen en onderkennen. Zij heeft de registratie met kaartjes drie weken achtereen uitgevoerd.

Nadat ze heeft geleerd aandachtig te zijn voor haar anorectische gedachtegang, volgt een volgende stap. Thea zal anorectische gedachten niet alleen trachten op te merken en dan te aanvaarden, zij zal er zelfs nadrukkelijker bij stil proberen te staan dan zij gewend is. Hiervoor gaat ze aan de slag met de oefeningen 'anorectische gedachten overdenken' en 'gedachteparade' (zie verderop). Dit soort oefeningen zijn een volgende stap in een mindfulness-aanpak. Zij gaan verder dan pure mindfulness en beogen cognitieve ont koppeling: gedachten worden ont koppeld van hun stimulusfunctie (Hayes et al., 2003; Wilson & Roberts, 2002). Een gevolg is dat Thea minder onwillekeurig overschakelt op anorectisch gedrag als minder eten of buitensporig veel oefeningen doen. Zij leert zichzelf af om van 'de automatische piloot' gebruik te maken (anorectische gedachten worden vanzelf gevolgd door anorectisch gedrag). Zij schakelt nu bewust de 'handbediening' in: een meer bewuste keuze of het anorectische gedrag volgt op de anorectische gedachten of niet.

### **Anorectische gedachten overdenken**

Thea krijgt het advies om iedere avond tien minuten aandachtig de meest voorkomende anorectische gedachten van die dag te overdenken. Zij zal aandachtig de kaartjes bestuderen en aandachtig de verschillende gedachten bestuderen. Zij zal iedere gedachte apart meerdere keren achtereen hardop uitspreken. Zij zal hierbij steeds nagaan hoe geloofwaardig deze gedachte nog voor haar is en wat deze gedachte nog bij haar oproept. Thea vindt deze oefening op den duur vervelend om uit te voeren. Zij ervaart het als een last. De therapeut moedigt haar aan toch door te gaan zolang zij in allerlei dagelijkse situaties nog te veel in beslag wordt genomen door de obsessies. Op den duur meldt Thea de

anorectische gedachten nog wel te hebben, maar er minder last van te hebben.

## **Gedachteparade**

Om haar anorectische gedachten verder bewust te worden en te ontkoppelen van de voor haar angstverwekkende situaties (zoals vet voedselgebruik, op de weegschaal staan of naar de buik kijken) en van het automatische lijngedrag oefent Thea de 'gedachteparade'. Dit is een bekende oefening binnen ACT. De therapeut vraagt haar de ogen te sluiten en te visualiseren dat zij vanaf een tribune een parade voorbij ziet trekken, waarvan de deelnemers borden omhooghouden met haar voornaamste anorectische gedachten: 'Ik moet goed controleren wat ik eet...', 'Ik ben een lelijke dikke vrouw', enzovoort.

Varianten van deze oefening zijn: 'de stijgende ballonnen' (aan ballonnen hangen kaartjes met anorectische gedachten die losgelaten worden en in de lucht verdwijnen) of het voorstellen van een rivier waarin gedachten en gevoelens gekerfd in houtblokken drijven, terwijl men dit vanaf de kant observeert.

Thea oefent de gedachteparade veelvuldig. Zij vindt het een leuke oefening waarbij zij soms moet lachen. Zij vertelt dat zij steeds vaker anorectische gedachten herkent en dan denkt: 'Daar komt er weer een voorbij'.

## **Aandachtvol verdragen van emoties**

Thea is angstig, voelt zich vaak dik en heeft last van stemmingswisselingen. Zij tracht deze gevoelens nog steeds te verdringen met allerlei anorectisch gedrag of door er niet op te letten. Oefeningen in het verdragen van emoties en stemmingen zijn daarom voor Thea van belang. De therapeut geeft eerst uitleg over hoe zij emoties kan ervaren, wat de functie van emoties kan zijn en dat emoties niet problematisch hoeven te zijn als je ze leert aanvaarden en hanteren. Zij krijgt het advies om enkele keren per week aandachtig na te gaan op welke momenten zij zich beroerd, dik, niet lekker in haar vel of erg emotioneel voelde. Nadat zij dit heeft leren onderscheiden, krijgt zij het advies om steeds wanneer zij sterke negatieve gevoelens ervaart, zich hier twintig seconden op te concentreren zonder de emoties te bedwingen, maar ook door er niet mee samen te vallen. Ze kan zich voorstellen dat haar emoties als een rivier zijn waarin ze niet langer op een vlot vaart, maar waarvan ze aan de kant zit om te zien hoe de stroom gaat. Zij zal, indien de omstandigheden dit toelaten, trachten iets over haar gevoelens te rapporteren aan anderen om haar heen. Hiermee leert zij anorectische acties uit te stellen en emoties te verdragen zonder zich er mee te vereenzelvigen. Later krijgt zij ook het advies om eenmaal per dag een kwartier rust te nemen, en zich nadat zij zich op haar ademhaling heeft geconcentreerd, de op dat moment in haar levende emoties aandachtig gewaar te worden. Hierna krijgt zij het advies om in allerlei dagelijkse situaties emoties aandachtig gade te slaan en er enige tijd haar

aandacht op te richten.

### **Mindful exposure**

De laatste zes zittingen werkt Thea met mindful exposure. Hierbij gaat het erom dat zij zich blootstelt aan specifieke anorectische prikkels en hierbij interne reacties bij zichzelf durft waar te nemen zonder deze te beïnvloeden. Het heeft veel weg van interoceptieve exposure (Barlow & Craske, 2000), maar het doel verschilt. Bij mindful exposure gaat het niet om afname van onplezierige gevoelens, sensaties of gedachten, maar om aanvaarden van deze innerlijke ervaringen, teneinde deze vervolgens te kunnen loslaten (Roemer & Orsillo, 2003; Wilson & Roberts, 2002). Ook innerlijke neiging tot anorectisch vermijdingsgedrag dient aandachtig waargenomen en aanvaard te worden. Het is niet de bedoeling dat het anorectisch vermijdingsgedrag alsnog volgt na een mindful exposure.

Bij Thea ligt bij mindful exposure de nadruk op een korte (enkele minuten) blootstelling aan een specifieke prikkel met aandacht voor zowel lichamelijke, emotionele als cognitieve responsen. De therapeut introduceert exposure in de behandeling, nadat Thea voldoende andere aandachts- en opmerkzaamheidsoefeningen heeft uitgevoerd (zodat zij ervaring heeft met aandachtsgerichtheid) en zij voldoende heeft begrepen wat mindfulness is. Ook wordt voortdurend gecheckt of Thea haar vermijding wel wil doorbreken met de oefeningen.

Voordat het oefenen met exposure start, geeft de therapeut voorbeelden van allerlei angstopwekkende anorectische situaties, omdat Thea zich vaak niet bewust is van wat ze allemaal vermijdt. Daarna stellen zij een hiërarchie op. Bovenaan de meest angstverwekkende situatie:

1. het zien van haar volle buik na het eten;
2. het voelen van een volle buik na het eten;
3. op de weegschaal staan en zien dat het gewicht is toegenomen;
4. het eten van een stuk vlees met een stukje vet eraan, terwijl andere mensen dit zien;
5. het zien van slappe bovenbenen als ze ontspannen zit, enzovoort. Thea mag zelf bepalen met welke situatie van de hiërarchie zij wil beginnen, maar de therapeut raadt haar aan niet met de moeilijkste situatie te beginnen (gradual mindful exposure). Zij oefent eerst met de vijfde situatie en uiteindelijk met het zien van de volle buik na het eten.

Bij mindful exposure helpt de therapeut (of een ander staflid uit het centrum) haar steeds de aandacht op de vermeden prikkel te richten: 'Kijk maar naar de buik, ga met de aandacht naar de volle buik, kijk maar naar de cijfers op de weegschaal, kijk maar hoe anderen naar je kijken terwijl je dit eet, kijk maar naar hoe je

bovenbeen ontspannen op de stoel rust'.

Tevens vraagt hij Thea haar fysieke, emotionele en cognitieve reacties waar te nemen. Thea merkt tijdens de oefening hoe sterk ze wil weglopen of denkt aan compenseren: 'Dadelijk ga ik bewegen, spieroefeningen doen, minder eten.' Omdat de therapeut deze intenties aanvaardt als een mogelijke reacties op de waarneming van de prikkel en hij haar aanmoedigt deze innerlijke beleving ook te aanvaarden, kan ze blijven zitten en doorgaan met het oefenen. Na het oefenen geeft Thea meer dan eens aan opgelucht te zijn dat ze de exposure-oefening heeft afgemaakt ondanks de sterke aandrang weg te rennen. Ze is dankbaar dat ze zich heeft kunnen onthouden van de meestal schijnbaar onontkoombare noodzaak tot anorectisch gedrag bij het waarnemen van een dergelijke prikkel. Zij ervaart bij iedere keer oefenen een overwinning op zichzelf. Na iedere oefening krijgt Thea het advies dezelfde oefening binnen een week zelf enkele malen te herhalen, al dan niet in aanwezigheid van een staf lid of een familielid.

### **Herkennen van terugval**

Gedurende de laatste vijf zittingen krijgt ook terugvalpreventie aandacht. De therapeut legt uit dat succesvolle terugvalpreventie staat of valt bij herkennen van prodromale verschijnselen die vaak bestaan uit terugkerende symptomen, zoals anorectische denkwijzen, gewichtsverlies, angst om aan te komen, vermijding van voedsel- en gewicht/figuur-gerelateerde situaties. Thea leert aandachtig te zijn voor terugkerende symptomen. Zij krijgt de uitleg dat het welslagen van terugvalpreventie niet alleen afhankelijk is van haar bereidheid allerlei acties te ondernemen wanneer 'het weer terugkomt'. Het heeft vooral te maken met het durven aandachtig te zijn en open te staan voor het waarnemen van terugkerende symptomen. De therapeut beklemtoont dat het bij terugvalpreventie hoofdzakelijk gaat om het aandachtig onderkennen van terugvalsignalen en het loskoppelen van automatisch anorectisch gedrag.

Bij reguliere terugvalpreventie menen patiënten vaak dat ze moeten voorkomen dat ze weer anorectisch denken. Met mindfulness aanvaardt men de anorectische gedachten als een feit; er ontstaat ruimte voor deze gedachtegang, waardoor de anorectische respons minder snel optreedt of gedragsalternatieven in het bewustzijn kunnen komen.

Thea maakt een terugvalpreventieplan waarin zij de volgende zaken noteert: aanleidingen voor terugval, risicosituaties, persoonlijke signalen van terugval, maatregelen, afspraken met signaalpersonen. Na afsluiting van de klinische behandeling zal zij minstens eens per week aandachtig nagaan of er zich signalen hebben voorgedaan en eens per maand zal zij dit bespreken met een van haar signaalpersonen. Ook krijgt zij ten behoeve van de terugvalpreventie het advies om mindfulness-oefeningen regelmatig te herhalen (minstens driemaal per week). Na



zes maanden klinische behandeling en het behalen van een gezond gewicht van 57 kilogram gaat Thea naar een resocialiserende tweedaagse dagbehandeling, waar zij zal pogen het gezonde gewicht en het normale eetpatroon te behouden wanneer zij gedeeltelijk haar studie hervat. Hier zal aandachtig worden stilgestaan bij het optreden van prodromen, terugvalpreventie en het doen van mindfulness-oefeningen.

## **Discussie**

Mindfulness-oefeningen kregen in de omschreven behandeling een prominente plaats met de bedoeling om bij Thea het ziektebesef te vergroten, vermindering van negatieve interne en externe ervaring op het gebied van voedsel, gewicht en figuur te verminderen, negatieve emoties te leren tolereren en terugvalpreventie te ondersteunen. Het lukte patiënte een normaal gewicht te bereiken (BMI > 20) met een gezond voedselpatroon zonder excessief te bewegen of overdreven vaak op de weegschaal te staan. Uit de EDI-scores bleek dat de scores op anorectisch gedrag waren afgenomen, maar dat de lichaamsomvrede nog hoog was. Dit is misschien niet opmerkelijk, omdat het streven was om de negatieve lichaamsbeleving te aanvaarden en te verdragen en niet om het te verminderen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat Thea aan het einde van de behandeling nog steeds negatieve gedachten over zichzelf en haar lichaam blijkt te hebben, maar dat deze wel een andere functie hebben gekregen. Zij zegt achteraf: 'Ik denk nog dikwijls dat ik een lelijke dikke vrouw ben en dan voel ik het ook echt zo. Maar ik weet ook dat dat alleen maar een gedachte van mij is, puur een persoonlijke beleving. Ik voel mij vooral lelijk en dik als mij iets dwars zit en daarvoor bestaan oplossingen die beter werken dan lijnen en oefeningen doen.'

Waarschijnlijk is dit een van de cruciale effecten van mindfulness-oefeningen: patiënten nemen afstand van negatieve gedachten en belevingen en reageren er anders op: niet meer automatisch met anorectisch gedrag.

Mindfulness-oefeningen hebben volgens ons een belangrijke bijdrage aan het totale behandelresultaat geleverd, hoewel de mate ervan lastig vast te stellen is, omdat de klinische behandeling multimethodisch was. Patiënten zelf blijken deze benadering vaak als waardevol te ervaren en vinden mindfulness-oefeningen niet zelden een overwinning op zichzelf. Thea beleefde vooral de schrijfopdrachten en de aandachtvolle exposure-oefeningen als cruciaal voor haar verbeteringen. Zij is achteraf erg trots dat ze deze oefeningen heeft durven doen, dat ze niet is weggelopen voor nare gevoelens maar zichzelf ermee heeft geconfronteerd. Over de oefeningen in aandachtvol anorectisch denken zegt zij later: 'Ik heb iets belangrijks geleerd: vroeger moest ik lijnen, nu zie ik dat dat maar een gedachte is en dat ik zelf een keuze heb.'

Anorexia nervosa-patiënten putten hun zelfwaardering voornamelijk uit het

overmatig najagen van controle op een zeer klein levensterrein: het lichaamsgewicht en het figuur. Mindfulness kan gezien worden als een alternatief voor te veel controle. Wanneer er echter geen nieuwe interesses ontstaan naast de allesbepalende lichaamsbeleving, blijft terugval op de loer liggen. Uitbreiden van interesse- en activiteitengebieden (die de zelfwaardering meebepalen) is daarom van groot belang naast mindfulnessoefeningen en allerlei cognitieve en gedragstherapeutische technieken. Thea leerde verschillende andere terreinen dan haar lichaam en gewicht te waarderen. Zij ontwikkelde nieuwe hobby's, kreeg andere vriendschappen en ontwikkelde hernieuwde interesse in het accordeonspel en in uitgaan.

In de toepassing bij adolescenten/jeugdigen is het vanwege het nog niet of weinig ontwikkelde abstracte denken van belang om veel voorbeelden te geven en de uitleg concreet te maken; hierbij kan men ook denken aan het onderwijzen via metaforen. Literatuur over ACT (zie bijvoorbeeld Hayes et al., 2003 en Heffner et al., 2002) geeft bruikbare voorbeelden.

Het is van het grootste belang patiënten niet plompverloren, zonder enige rationale of voorbereiding mindfulness-oefeningen voor te schotelen. Menig anorexia nervosa-patiënte wil haar therapeut plezieren en doet daarom desnoods oefeningen waarvan ze zelf het nut niet inziet. Dan is er waarschijnlijk gering effect of erger nog, patiënte en therapeut zijn dan nog verder van huis. Innerlijke motivatie is van groot belang en daarbij zijn zingeving- en levensdoelvragen ('Wat is de zin van jouw leven?', 'Wat wil je bereiken?') vaak onontbeerlijk. Dit is een centraal aandachtspunt bij ACT (zie inleiding). Thea besprak haar belangrijkste levensdoelstelling, een baan in de kinderopvang en moederschap, en onderkende zelf dat dit wellicht niet zou lukken met anorectische symptomen. Zij sprak verschillende keren met de therapeut over haar bereidwilligheid om persoonlijke ervaringen echt te ervaren op het moment dat deze zich voordoen. Zij leerde inzien wat zij vermeed en wilde niet langer een 'angsthaas' zijn en weglopen voor problemen, zo meende zij. Ze wilde haar vijand in de ogen durven kijken. Dit motiveerde haar om de mindfulness-oefeningen te doen.

Het is van belang 'mindfulness' niet te zeer aan te reiken als weer een nieuwe veranderingspoging. De nadruk ligt op acceptatie van wat er is en de 'niet-werkzaamheid' van wat tot nu toe gepoogd is aan controle. Er hoeft niet zozeer iets nieuws te worden geleerd of worden veranderd, als wel aandachtig te worden stilgestaan bij wat er is. Ruimte maken voor verandering is natuurlijk een andere doelstelling die in meer of mindere mate expliciet wordt nagestreefd, maar het onderliggende leidmotief blijft steeds 'verandering door aanvaarding'. Anorexiapatiënten zijn zelden of nooit zo dom dat zij niet doorhebben wanneer aanvaarding door de therapeut alleen maar bedoeld is om op snelle verandering uit te komen. Therapeuten die met mindfulness-oefeningen werken, dienen daarom ook steeds waarachtig de ervaringen van hun patiënten te aanvaarden en deze

accepterende houding over te brengen op hun patiënten.

De fase van 'de eigen vermijding leren kennen en onder ogen zien' is ook belangrijk bij een mindfulness-aanpak. Patiënten hebben vervolgens de keuze of ze hun vermijding willen doorbreken. Dit doorbreken is dus niet het doel van mindfulness, het kan een nieuwe keuze zijn die patiënten maken.

Binnen het (cognitief-)gedragstherapeutische kader is, naast degelijke theoretische onderbouwing, de empirische ondersteuning voor de werkzaamheid nog niet gerealiseerd. Reden voor meer onderzoek op dit gebied. Op gevalsniveau is een probleemhypothese waar patiënt het mee eens is en waar een concreet en onderbouwd behandelplan met heldere rationale uit voortkomt, nodig.

Thea ontving individuele mindfulness-therapie. Een groepsgewijze gestructureerde training in mindfulness voor anorexia nervosa (zoals bij angststoornissen, somatisatiestoornissen of stemmingsstoornissen) lijkt ook een mogelijkheid. Dit zou dan kunnen worden aangevuld met individuele begeleiding op dit gebied.

Mindfulness-oefeningen kunnen bij hulpverleners de indruk wekken aantrekkelijke, gemakkelijk en breed inzetbare technieken te zijn. Toepassing zonder gedegen ervaring van de therapeut zou echter het effect van deze aanpak wel eens flink kunnen schaden. Eetstoornistherapeuten, die geïnteresseerd zijn in mindfulness zouden volgens ons kennis dienen te nemen van de psychologische kaders, in ieder geval van de bekendste ervan zoals MBSR, ACT, DBT of MBCT. Hiernaast kan gedegen persoonlijke oefening als een noodzakelijke voorwaarde worden gezien voor therapeuten die met mindfulness aan de slag willen gaan (Teasdale, studiedag VGCT 03-12-04).

Mindfulness laat een boeiend licht schijnen op de behandeling van anorexia nervosa. Meer onderzoek en casusbeschrijvingen op dit gebied kunnen helpen om deze ernstige en soms levensbedreigende ziekte nog beter te begrijpen en te behandelen.

## **Referenties**

1. Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: science and practice*, 10, 125-143.
2. Barlow, D.H., & Craske, M.G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic* (3rd ed.). New York: Psychological Corporation.
3. Dijck, R. van (1977). Toepassing van paradoxale intentie. In: K. van der Velden et al. (Red.), *Directieve therapie deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
4. Dijck, R. van, Velden, K. van der, & Hart, O. van der (1980). Een indeling van directieve interventies. In: K. van der Velden et al. (Red.), *Directieve therapie deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

5. Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'trans-diagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
6. Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: The Guilford Press.
7. Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
8. Hayes, S.C., Jacobson, N.S., Dougher, M.J., & Follette, V.M (Eds.), (1994). *Acceptance and Change. Content and Context in Psychotherapy*. Reno: Context Press.
9. Hayes, S.C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 243-247.
10. Hayes, S.C., Masuda, A., & Mey, H. de (2003). Acceptance and commitment therapy: een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-96.
11. Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G.H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioural Practice*, 9, 232-236.
12. Jansen, A. (2002). Leerprocessen en cognities. In: G. Noordenbos en W. Vandereycken, *Handboek Eetstoornissen* (pp. 207-232). Utrecht: De Tijdstroom.
13. Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 63-190.
14. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
15. Leibowitz, S.F. (2002). Central physiological determinants of eating behavior and weight. In: *Eating Disorders and Obesity*. K. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *A Comprehensive Handbook* (pp. 5-10). New York: Guilford Publications, Inc.
16. Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
17. Orsillo, S.M., & Batten, S.J. (2002). ACT as treatment of a disorder of excessive control: Anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 253-259.
18. Pollice, C., Kaye, W.H., Greeno, C.G., & Weltzin, T.E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (4), 367-76.
19. Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2003). Mindfulness: A Promising Intervention Strategy in Need of Further Study. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 172-178.
20. Schmidt, U., Bone, G., Hems, S., Lessem, J., & Treasure, J. (2002). Structured therapeutic writing tasks as an adjunct to treatment in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10 (5), 299-315.

21. Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
22. Serpell, L., Neiderman, M., Haworth, E., Emmanuelli, F., & Lask, B. (2003). The use of the Pros and Cons of Anorexia Nervosa (P-CAN) Scale with children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research* 54 (6), 567-571.
23. Serpell L., Treasure J., Teasdale J., & Sullivan, V. (1999) Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25 (2), 177-186.
24. Spaans, J. (2003). Gerichte exposure bij patiënten met anorexia nervosa. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 4-11.
25. Stewart, T.M. (2004). Light on Body Image Treatment. *Acceptance Through Mindfulness. Behavior Modification*, 28 (6), 783-811.
26. Strien, T. van (2002). *Eating Disorder Inventory II*. Lisse: Swets tests publishers.
27. Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1999). Atypical anorexia nervosa: Separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (2), 35-142.
28. Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (suppl. 1), 53-77.
29. Vink, T., Hinney, A., Elburg, A.A. van, Goozen, S.H.M. van, Sandkuijl, L.A., Sinke, R.J., Herpertz-Dahlmann, B.M., Hebebrand, J., Remschmidt, H., Engeland, H. van, & Adan, R.A.H. (2001). Association between an agouti-related protein gene polymorphism and anorexia nervosa. *Molecular Psychiatry*, 6 (3), 325-328.
30. Wilson, K.G., & Roberts, M. (2002). Core principles in Acceptance and Commitment Therapy: An application to anorexia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 237-243.
31. Wilson, G.T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders. In: S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (pp. 243-260). New York: The Guilford Press.
32. Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behaviour therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 131-138. Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten