

In gesprek met

‘Ik zou niet met een andere doelgroep willen werken’

Esther Jansen

In de rubriek In gesprek met... vragen we deskundigen op het gebied van eetstoornissen naar hun visie, werkwijze en ervaringen. Deze keer Esther Jansen, inmiddels elfjaar werkzaam als psychologe bij Co-eur, een op eetbuistoornissen gespecialiseerde GGZ-instelling. “Na een aantal jaren onderzoek te hebben gedaan aan de universiteit van Maastricht en te zijn gepromoveerd op kinderobesitas en de rol die ouders daarin spelen, zocht ik de praktijk op.”

Co-eur werd in 2008 opgericht als een kliniek voor multidisciplinaire aanpak van obesitas. Tegenwoordig richt Co-eur zich op de behandeling van eetstoornissen. Het merendeel van de cliënten heeft naast een eetstoornis ook (ernstig) overgewicht, maar overgewicht vormt geen criterium meer voor behandeling. Co-eur behandelt ook volwassenen met een gezond gewicht.

Deze ontwikkeling was mede het gevolg van eisen gesteld door zorgverzekeraars: obesitas wordt niet gezien als mentale stoornis, waardoor psychologische behandeling doorgaans niet wordt vergoed. Toch is daarmee de doelgroep niet zozeer veranderd: bij ernstige obesitas is er namelijk in veel gevallen sprake van een eetstoornis.

Esther: “Eigenlijk is er altijd wel sprake van ongewenst eetgedrag, zoals eetbuien, waarbij het eten van grote hoeveelheden voedsel en controleverlies kenmerkend zijn. Daarnaast zijn deze mensen veel bezig met hun gewicht, lichaamsvormen en eten, en lijden ze vaak onder de hiermee gepaard gaande psychologische klachten, zoals somberheid en een negatief lichaamsbeeld.”

Co-eur behandelt onder andere eetbuistoornissen, ook wel Binge Eating Disorder, en boulimia nervosa. “Alleen anorexia nervosa behandelen we heel duidelijk niet. De fysieke complicaties bij ondergewicht vragen meer medische begeleiding en ondersteuning dan dat we bij Co-eur kunnen bieden.”

Als psychologe werkt Esther samen met een multidisciplinair team bestaande uit een psychiater, fysiotherapeut, diëtiste, arts en verpleegkundige. Het grootste aandeel van de behandeling, namelijk 65 procent, bestaat uit psychologie. De regiebehandelaar, die verantwoordelijkheid draagt voor het traject van een cliënt, is dan ook altijd een klinisch psycholoog of GZ-psycholoog.

Gemiddeld ondergaan cliënten een behandeling van zes tot acht maanden, waarin ze wekelijks een gesprek hebben met de psycholoog en daarnaast regelmatig worden gezien en begeleid door de andere disciplines.



“Het grootste gedeelte van de psychologische behandeling wordt individueel aangeboden, in die vorm zie ik dan ook de meeste van mijn cliënten. In deze gesprekken gebruik ik voornamelijk cognitieve gedragstherapie waarbij ik mensen bewust maak van

hun denkpatronen en samen met hen aan de slag ga om die denkpatronen aan te passen. Cognitieve gedragstherapie wordt aangevuld met behandelmethoden als EMDR en cue-exposure. Middels cue-exposure worden mensen blootgesteld aan eten en de drang die daarbij komt kijken. De verwachtingen die cliënten vaak hebben omtrent het niet kunnen stoppen worden hierbij uitgedaagd.”

Naast individuele behandeling volgt een groot deel van de cliënten ook een psychologische groepsbehandeling. Deze groepen bestaan uit zes tot acht cliënten, die gedurende een aantal weken een stappenplan doorlopen om meer controle te krijgen over hun eetgedrag.

“De basis van alle eetstoornissen is eigenlijk overeenkomstig. De onderliggende mechanismen en ook de onderliggende gevoelens en gedachten overlappen grotendeels. Het verschil zit met name in het compensatiegedrag. De behandeling van de diverse eetstoornissen verschilt daarom onderling bijna niet.”

Er zit echter wel een verschil in de mate en manier waarop de eetstoornissen onder de aandacht wordt gebracht. Wetenschappelijk gezien wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar de eetbuistoornis, maar maatschappelijk worden dit type eetstoornissen volgens Esther nog sterk onderbelicht. De focus lijkt vooral te liggen op de eetstoornissen anorexia en boulimia nervosa.

Gek eigenlijk, vindt Esther, aangezien de prevalentie van Binge Eating Disorder in Nederland hoger ligt dan die van anorexia of boulimia. “Persoonlijk vind ik vooral storend hoe er naar mensen met BED wordt gekeken. Anorexia wordt vaak erkend als ziekte, hierbij is er vaak empathie, begrip en erkenning voor de situatie. Men weet dat het probleem complexer is dan het simpelweg niet-

eten. Bij volwassenen met een eetbuistoornis en obesitas, doorgaans een oudere doelgroep, oordelen mensen vaak gemakkelijk en wordt de verantwoordelijkheid bij de persoon zelf neergelegd: “Eet gewoon wat minder”. De problematiek is bij deze doelgroep echter net zo complex. Dat wordt vaak niet erkend.”

Vaak wordt er daarom gemakkelijk gedacht over het oplossen van een dergelijke eetstoornis. Cliënten blijken vooral last te hebben van het feit dat ze vaak niet begrepen worden. Dat helpt natuurlijk niet bij het overwinnen van de eetstoornis. Toch zijn cliënten vaak zelf hun grootste criticus. “Meestal overheerst bij mensen de machteloosheid ten opzichte van hun eetprobleem. Vaak hebben ze al van alles geprobeerd voordat ze hulp zoeken en begrijpen ze niet waarom ze hun eten niet onder controle kunnen krijgen. Het gevoel van falen overheerst dan vaak.”

De drempel om hulp te zoeken kan hoog zijn, al ziet Esther daarin wel een belangrijke verandering. “Ik merk dat deze drempel tien jaar geleden hoger was dan dat deze nu is, het wordt normaler om een psycholoog te bezoeken. Dat is ook te merken in het aandeel mannen in onze cliëntenpopulatie. De psychologische hulpvraag wordt ook bij hen groter.”

Tegenwoordig is ongeveer 25-30 procent van de cliënten bij Co-eur man. De doelgroep waar Co-eur zich tot richt is hierbij tevens van invloed: over het algemeen is het aantal mannen met eetbuistoornis een stuk hoger dan het aantal mannen met anorexia of boulimia. Een verschil tussen mannen en vrouwen dat Esther opvalt, is dat vrouwen vaak om mentale redenen een traject in gaan, terwijl mannen vaak pas aan de bel trekken als er fysieke klachten, zoals hart- en vaatproblemen en diabetes, ontstaan.

Esther Jansen:

‘Bijzonder om getuige te zijn van de ontwikkelingen die iemand doormaakt’

Naast het behandelen van cliënten verricht Esther binnen Co-eur ook onderzoek, bijvoorbeeld naar nieuwe behandelmethoden en het verbeteren van de bestaande methoden. Zo heeft ze het afgelopen jaar onderzoek gedaan naar het toepassen van een nieuw EMDR-protocol, het verslavingsprotocol, als interventie bij eetdrang. Hierbij worden de emoties en herinneringen, die samenhangen met controleverlies over eten en positieve associaties met bepaalde etenswaren, weggehaald.

De gedachte hierachter is dat het eten een minder belonende waarde krijgt. De deelnemers werden verdeeld over drie groepen waarvan de eerste groep EMDR-behandeling kreeg, een andere groep cue-exposure onderging en de derde groep de standaard cognitieve therapie volgde. “Dit leverde mooie resultaten op. Binnen alle groepen zagen we na vier behandelsessies een significante daling van de eetdrang, speekselproductie en gewicht. De daling lijkt het grootst binnen de EMDR-groep, maar dit hebben we niet significant kunnen aantonen. Daarom willen we het onderzoek graag nog uitbreiden naar een groter aantal cliënten.”

“Wat ik ook leuk vind is om te onderzoeken hoe goed we het nou eigenlijk doen met onze behandeling. Toen ik begon bij Co-eur, waren cliënten gemiddeld twee jaar en soms zelfs langer bij ons in behandeling. Vooral onder druk van zorgverzekeraars behandelen we nu aanzienlijk korter, namelijk zes tot acht maanden. Ik ben benieuwd wat de effecten daarvan zijn.”

Het komt regelmatig voor dat cliënten na hun behandeling bij Co-eur nog moeten worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een praktijkondersteuner, of dat ze toch nog deels in het oog worden gehouden. Vooral vanwege de redelijk hoge kans op terugval zou

Esther graag zien dat er meer aandacht komt voor nazorg. “Ik hoop dat we in de toekomst binnen de GGZ en binnen Co-eur minder bezig hoeven te zijn met het steeds korter en goedkoper behandelen, waar nu veel nadruk op ligt. Ik snap dat kosteneffectief behandelen belangrijk is, maar ik denk ook dat een kwalitatieve behandeling nou eenmaal een prijs heeft. Ik zou me graag willen inzetten voor een betere balans tussen de kosteneffectiviteit en de inhoud en kwaliteit van de behandeling.”

“Ik zou niet met een andere doelgroep willen werken. Iedereen heeft zijn eigen verhaal, dat maakt mijn werk ontzettend leuk. Het is bijzonder getuige te zijn van de ontwikkelingen die iemand doormaakt. Daarnaast valt er altijd wat bij te leren, wat mij uitdaging, maar ook veel voldoening geeft.”

Volgend jaar start Esther de opleiding tot GZ-psycholoog. Ze mag zichzelf na deze opleiding ook regiebehandelaar gaan noemen. Iets anders wat ze in de toekomst wel voor zich ziet is om zich opnieuw bezig te gaan houden met de doelgroep van haar promotieonderzoek, kinderen en adolescenten met overgewicht. “In die doelgroep zie je vaak nog niet echt eetstoornissen, maar zijn er wel al gedragingen of denkpatronen aanwezig die op de lange termijn kunnen leiden tot een eetstoornis. Voorbeelden hiervan zijn stiekem eten en de afwezigheid van honger. Ik denk dat het belangrijk is om bij deze kinderen aandacht te hebben voor disfunctionele denkpatronen, lichaamsbeeld en zelfbeeld. Vooral in relatie met alle perfectie te zien op social media waaraan kinderen worden blootgesteld en met de nadruk die er tegenwoordig ligt op gezond eten en sporten. Ik denk dat het van belang is dat er aandacht komt voor het mentale aspect bij overgewicht, ook al is er nog geen sprake van een eetstoornis.”