

Obstakels voor verandering en strategieën om deze aan te pakken

- *Angst om te veranderen* (bijvoorbeeld angst om niet langer "speciaal" te zijn, angst om een excuus te verliezen voor het niet aanpakken van andere dingen in het leven, angst om niet te weten wie je bent zonder het eetprobleem en angst om de controle over eten te verliezen en te blijven aankomen) kan worden aangepakt met behulp van de strategieën die worden beschreven in hoofdstuk 8 om de voor- en nadelen te evalueren van het aanpakken van gewichtsherstel.
- *Weerstand tegen verandering in het algemeen* (bijvoorbeeld angst voor de gevolgen van verandering of een algemene weerstand tegen elke vorm van verandering). Als het eerste het geval is, moet de angst worden onderzocht en aangepakt. Als dit laatste het geval is, kan de weerstand komen door de psychologische effecten van ondergewicht of de invloed van klinisch perfectionisme.
- *Concurrerende verplichtingen* (bijvoorbeeld druk van school) kunnen worden aangepakt door het belang te benadrukken van het geven van prioriteit aan de behandeling.
- *Externe gebeurtenissen en interpersoonlijke problemen*. Overweeg de module *Interpersoonlijke Problemen* van de brede versie van CBT-E in te zetten (zie hoofdstuk 17).
- *Slechte planning*. Help de cliënt om meer georganiseerd te worden.
- *Klinische depressie*. Behandel de depressie indien nodig (zie hoofdstuk 20).
- *Ernstig laag zelfbeeld*. Cliënten met een ernstig laag zelfbeeld hebben de neiging om niet te geloven dat ze in staat zijn om veranderingen aan te brengen en denken dat ze de inspanningen van de therapeut niet verdienen. (Deze kenmerken kunnen ook worden gezien bij mensen met een klinische depressie.) Overweeg de module *Ernstig Laag zelfbeeld* van de brede versie van CBT-E in te zetten (zie hoofdstuk 17).
- *Klinisch perfectionisme*. Cliënten met klinisch perfectionisme passen hun extreem veeleisende normen toe op alle aspecten van het leven die ze belangrijk vinden. Als ze een eetstoornis hebben, passen ze hun hoge normen toe op hun eten, gewicht en uiterlijk. Dit maakt verandering extra moeilijk. Ze passen hun normen ook toe op de behandeling zelf, wat de zaken ingewikkelder maakt en de voortgang vertraagt. De brede versie van CBT-E kan worden gebruikt om klinisch perfectionisme aan te pakken (zie hoofdstuk 17).
- *Middelenmisbruik*. Aanhoudend middelenmisbruik ondermijnt het vermogen van een cliënt om het meeste uit de behandeling te halen. Als het een belemmering voor verandering blijkt te zijn, moet het op zichzelf worden aangepakt en moet CBT-E worden gestopt of uitgesteld. Wanneer er sprake is van af en toe voorkomend middelenmisbruik kan het vaak worden aangepakt in de context van CBT-E.

- *Afkeer van CBT.* In onze ervaring is dit ongebruikelijk. Af en toe hebben cliënten die uitgebreid zijn blootgesteld aan andere vormen van therapie (bijvoorbeeld psychodynamische psychotherapie) moeite om zich aan te passen aan de andere rationale en wijze van behandeling, maar dit is ongewoon. Mocht dit wel het geval zijn dan vragen we cliënten om te proberen hun scepsis op te schorten en voor het moment te accepteren dat dit een empirisch ondersteunde behandeling is die een goede kans heeft om hen te helpen als ze zich eraan committeren.
- *Slechte uitvoering van de behandeling door de therapeut.* Het is raadzaam om wekelijkse supervisiebijeenkomsten te houden in de vorm van een "gesloten" groep (d.w.z. beperkt tot CBT-E therapeuten), om naar de opnames van elkaars behandelingssessies te luisteren en op zoek te gaan naar training en voortdurende intercollegiale supervisie.

▲ **Tabel 10.2** uit: *Dalle Grave, R. & Calugi, S. (2020). Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Eating Disorders, Guilford Press, New York.*

heeft opmaak toegepast: Nederlands