

Als een kind lijdt aan een eetstoornis, heeft dit grote impact op het gezin. Een nieuwe benadering gebruikt de methode Geweldloos Verzet als aanvulling op de reguliere behandeling. Ouders leren op geweldloze manier de strijd tegen de eetstoornis aan te gaan, dit vol te houden met behulp van een steunnetwerk en de liefdevolle verbinding met hun kind te versterken. Daarmee wordt de draagkracht van ouders groter, aldus Irene Meijer en collega's. 'Het gaat niet om 'winnen' of 'gelijk krijgen'.'

GEWELDLOOS VERZET ALS INTERVENTIE BIJ DE BEHANDELING VAN ANOREXIA NERVOSA

UIT DE GREEP VAN DE EETSTOORNIS

INLEIDING

Tijdens de coronapandemie zijn eetstoornissen, en met name anorexia nervosa bij kinderen, flink toegenomen (*Forse stijging aantal crisismeldingen jongeren met suïcidaliteit en eetstoornissen bij jeugd ggz*, 2020). Anorexia nervosa is een ernstige psychiatrische aandoening die gekenmerkt wordt door een te lage energie-inname ten opzichte van de energiebehoefte waardoor een te laag lichaamsgewicht ontstaat. Daarnaast bestaat er een intense vrees om aan te komen en is de perceptie van de lichaamsvorm of het gewicht verstoord (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2014). Per jaar komen er ongeveer 1300 nieuwe Nederlandse patiënten bij (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2017).

De life-timeprevalentie van anorexia nervosa volgens DSM-5-criteria wordt geschat op 1,7% bij jonge vrouwen in een groot Nederlands cohortonderzoek onder adolescenten (Smink et al., 2014). Eetstoornissen kunnen op elke leeftijd ontstaan, maar anorexia nervosa begint doorgaans in de adolescentie of jongvolwassenheid. In de leeftijdsgroep van vijftien tot negentien jaar wordt het grootste aantal nieuwe

gevallen per jaar gevonden (Van Son et al., 2006). Anorexia nervosa gaat gepaard met hoge morbiditeits- en mortaliteitscijfers en de prognose is matig; ongeveer 47% van de patiënten bereikt volledig herstel, bij 33,5% van de patiënten is er sprake van een verbetering van de klachten en 1 op de 5 blijft chronisch ziek (Steinhausen, 2002). Anorexia nervosa leidt het vaakst van alle psychische aandoeningen tot de dood. Per tien jaar overlijdt 5% van de patiënten met anorexia nervosa: één op de vijf door suïcide; andere oorzaken van overlijden zijn somatische complicaties als gevolg van het gebrek aan voeding (APA, 2014).

Gezien het feit dat de aanvangsleeftijd veelal in de adolescentie ligt, wonen de meeste patiënten thuis. Het zorgen voor een kind met anorexia nervosa heeft grote impact op ouders en verzorgers en kan bij hen leiden tot angst, depressie en verminderde kwaliteit van leven (Treasure, 2001). Ouders van patiënten met anorexia nervosa ervaren een hoge mate van stress en een hoge draaglast (Zabala, 2009). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar opvoedingsbelasting bij ouders van adolescenten met anorexia nervosa. Rhind et al. (2016) laten zien dat moeders

meer tijd dan vaders spenderen aan zorgtaken, zoals het bereiden van voedsel en het bieden van emotionele ondersteuning. Ook ervaren moeders een hoger stressniveau en laten zij meer accomoderend gedrag aan de anorexia nervosa zien dan vaders (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008). Het is lastig voor ouders om hun kind weer normaal te laten eten, zonder hierover strijd te voeren of niet mee te gaan in eisend gedrag voortkomend uit de eetproblematiek. Accomoderend gedrag is voorspellend voor zowel psychologische stress als de ervaren draaglast bij ouders (Coomber & King, 2012) en leidt tot een meer negatieve behandeluitkomst van de anorexiapatiënten (Salerno et al., 2016).

Accomoderend gedrag is voorspellend voor zowel psychologische stress als de ervaren draaglast

Het betrekken van familieleden in de behandeling van anorexia nervosa wordt in alle Europese richtlijnen van groot belang geacht (Herpertz-Dahlman et al., 2015). Family Based Treatment, ook wel bekend als de Maudsley-methode (Lock, 2015), wordt genoemd als de meest werkzame interventie in de behandeling van anorexia nervosa bij kinderen en jongeren om gewicht te herstellen en symptomen te verminderen. In deze gefaseerde behandeling leren ouders toe te zien op voedselinname en compensatiegedrag om vervolgens, bij voldoende gewichtsherstel, meer verantwoordelijkheid hiervoor over te dragen aan de adolescent. Hierdoor ontstaat weer ruimte voor een leeftijdsadequate ontwikkeling van de adolescent.

De methode 'Non Violent Resistance' – ook wel 'Geweldloos Verzet' genoemd – kan worden ingezet als een belangrijke behandelcomponent bij anorexia nervosa. Geweldloos Verzet leert ouders op een geweldloze manier de strijd aan te gaan met agressief, zelfdestructief en/of risicovol gedrag van kinderen en jongeren. In ambulante setting wordt Geweldloos Verzet zowel in oudertraining als individuele gezinsbehandeling vormgegeven. De oudertraining Geweldloos Verzet wordt volgens een intern protocol (Ottenbros & Van

der Stelt, 2016) gegeven in gemiddeld tien behandeluren gedurende ongeveer twee maanden. De groepen worden geleid door twee zeer ervaren Non Violent Resistance-gecertificeerde trainers.

Uit pilotonderzoek bij het Centrum voor Eetstoornissen van Levvel, een academische instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie te Amsterdam (6 ouders, 4 cliënten, voor- en nameting zonder controlegroep; Meijer, Terpstra & Utens (in voorbereiding, 2022) blijkt dat na inzet van oudertraining Geweldloos Verzet bij ouders van cliënten met anorexia nervosa er een significante daling optrad in de opvoedingsbelasting van ouders bij de follow-up meting. Ook was er een niet-significante trend te zien naar een verbetering van ouderkind-interactie – waarbij verandering van Body Mass Index niet correleerde met verbetering van de opvoedingsbelasting. Gezien de beperkte dataset en afwezigheid van een controlegroep is nader onderzoek gewenst.

In dit artikel gaan we nader in op de toepassing van de principes van Geweldloos Verzet bij de behandeling van anorexia nervosa, teneinde een breder draagvlak hiervoor te creëren en bij te dragen aan de verbetering van de behandeling van deze ernstige psychiatrische problematiek.

GEWELDLOOS VERZET BIJ ANOREXIA NERVOSA

Geweldloos Verzet in gezinnen is ontwikkeld door Haim Omer, hoogleraar Psychologie aan de universiteit van Tel Aviv (Omer & Wiebenga, 2015) en is geïnspireerd op de geweldloze methoden die zijn ontwikkeld in het sociaal-politieke domein. Zo maakten onder andere Mahatma Gandhi en Martin Luther King hier veel gebruik van. Geweldloos Verzet richtte zich aanvankelijk op ouders van jongeren met externaliserende gedragsproblemen. In de loop van de tijd is er eveneens ervaring opgedaan met angst- en dwangproblematiek, eetproblemen, schoolweigering, computerverslaving, licht verstandelijke beperking en autismespectrumproblematiek (Omer & Wiebenga, 2015) en werd Geweldloos Verzet toegepast op scholen en in klinische settings. Geweldloos Verzet wordt inmiddels ook als een effectieve benadering gezien in het terugdringen van dwang- en drangmaatregelen op klinische groepen en dagbehandelingen voor kinderen en jongeren (Van Gink et al., 2018).

Geweldloos Verzet richt zich primair op een attitude- en gedragsverandering van ouders, verzorgers en behandelaren ten aanzien van onacceptabel (zelf)destructief gedrag van een jongere. Vanuit Geweldloos Verzet wordt belang gehecht aan het eenzijdig doorbreken door ouders van negatieve interac-

tiepatronen: 'Er is geen controle over de ander, alleen over jezelf'. Daarbij is het herstellen van een positieve ouder-kind-interactie of ouder-kindrelatie cruciaal. Ouders dragen uit: 'Jij bent belangrijk voor ons, wij geven jou niet op'. Aan Omers Geweldloos Verzet liggen de volgende vier basisprincipes ten grondslag, die we elk met een voorbeeld illustreren.

DE-ESCALEREN Het eerste basisprincipe betreft geweldloosheid door te de-escaleren. Aggressief en (zelf)destructief gedrag van jongeren (al dan niet veroorzaakt door anorexia) roept in veel gevallen op tot twee uiterste reacties van ouders: er hard tegenin gaan (symmetrische escalatie), of toegeven (complementaire escalatie).

In het eerste geval versterkt het de negatieve spiraal, waarbij de wederzijdse vijandigheid toeneemt (ouders sporen hun kind bijvoorbeeld steeds aan tot eten). Bij toegeven nemen de eisen vanuit de jongere en de eetstoornis toe (de jongere eist bijvoorbeeld een steeds minder calorierijk dieet). Ouders negeren in toenemende mate het negatieve gedrag van de jongere om confrontaties te vermijden en ervaren dan meer machteloosheid. Als gevolg laat de jongere extremer gedrag zien om de machtspositie van de eetstoornis te versterken (Omer & Wiebenga, 2015).

Rosa (15) ziet dat haar moeder het avondeten klaar-maakt; pasta met tomatensaus en spekjes. Ze gilt in paniek dat ze niet mee zal eten, want het is veel te vet en ook nog eens een eenpansgerecht. Ze scheldt haar moeder uit voor vetmester, onbetrouwbaar en vals. Haar moeder schrikt en overweegt om een aangepaste maaltijd te maken voor haar. Moeder is bang dat Rosa afvalt als zij niets eet en mogelijk wordt opgenomen in het ziekenhuis. Dat wil moeder niet voor haar dochter.

Vanuit het gedachtegoed van Geweldloos Verzet is het aan moeder zich bewust te worden van haar eigen primaire reactie (toegeven door ander eten klaar te maken) en daarbij te leren deze voorstelbare reactie uit te stellen. De moeder van Rosa besluit om verzet te bieden tegen de eisen van de eetstoornis en geen andere maaltijd klaar te maken. Zo houdt zij controle over haar eigen gedrag. Ook de-escaleert zij door de angsten van haar dochter te erkennen, haar te steunen in haar strijd tegen de eetstoornis en vooral vertrouwen te geven dat ze de strijd niet alleen hoeft te voeren. Het resultaat hiervan is dat Rosa's moeder zich minder machte-

Anorexia nervosa leidt het vaakst van alle psychische aandoeningen tot de dood

loos voelt, steviger staat en daarmee een omstandigheid creëert voor Rosa om zich tegen de eetstoornis te verzetten.

OUDERLIJK AANWEZIGHEID Een tweede basisprincipe is ouderlijke aanwezigheid. Het gaat bij de behandeling van anorexia nervosa vooral om de aanwezigheid van de ouderlijke stem in gedachten van de jongere, als het ware een geïnternaliseerd geweten. Als kinderen opgroeien leren ze van ouders wat goed en fout is (ook met betrekking tot eten). Naarmate ze ouder worden, weten ze dat ook zonder de aanwezigheid van ouders.

Een jongere met anorexia kan dit van de ouders geïnternaliseerde geweten verliezen door de overtuigende gedachten van de eetstoornis, zoals de obsessie met lichaam en gewicht. Ouders verliezen dan als het ware hun door het kind geïnternaliseerde ouderlijke aanwezigheid. Ook in de dagelijkse praktijk kunnen ouders hun ouderlijke aanwezigheid verliezen, onder andere door niet te weten waarmee de jongere zich bezighoudt, bijvoorbeeld op social media, of wanneer een jongere zich dagen terugtrekt op haar zijn/kamer.

Josje (17) eet sinds een half jaar haar avondeten op haar slaapkamer. Het begon met hard moeten leren en graag door willen studeren tijdens het eten. Aanvankelijk vonden haar ouders dat goed. Maar ook na de examens bleef ze op haar slaapkamer eten. Haar ouders mochten absoluut niet in haar kamer komen, dat was privédomein. Josjes ouders eten inmiddels bij de televisie. Ze hebben hun dochter meermalen uitgenodigd mee te eten, maar dat blijft ze afhouden. Wat de ouders niet weten: Josje doet elke avond 500 push ups en verstopt haar eten zoveel mogelijk om het vervolgens weg te gooien.

Vanuit het gedachtegoed van Geweldloos Verzet en het principe van ouderlijke aanwezigheid besluit moeder Josje niet langer alleen te laten eten. Ze laat eerst briefjes achter op haar kamer met liefdevolle boodschappen en mooie herinneringen. Daarna eet ze op de gang bij de deur van Josjes kamer. De volgende dag zegt Josje geërgerd dat ze dan net zo goed samen beneden kunnen eten. Hiermee doorbreekt Josjes moeder de isolatie van haar dochter en laat ze zien haar dochter niet op te geven. Josjes moeder ervaart dat zij wel controle heeft over haar eigen gedrag en dit maakt haar minder machteloos.

Ouders twijfelen vaak in hoeverre ze zich aan hun kind kunnen opdringen wanneer hun kind zich ook probeert af te zetten gezien de ontwikkelingsfase. Juist nu is een toename van ouderlijke aanwezigheid nodig. Niet alleen fysiek, maar ook in het hoofd van de jongere, als hulpbron in de strijd tegen de anorexia. Daarmee kunnen ouders hun kind deels beschermen tegen de stem van de anorexia.

Ouders kunnen daarnaast een verzoeningsgebaar maken, zoals een briefje op het bed of het maken van een fotoboekje met mooie herinneringen, om een positieve ouder-kindrelatie te bevorderen. Deze relatie/verzoeningsgebaren zijn geen beloningen, maar onvoorwaardelijke uitingen van liefde en zorg. Ouders geven dus niet met de verwachting iets terug te krijgen (Omer & Wiebenga, 2015).

STEUNNETWERK Een derde basisprincipe is het betrekken van een steunnetwerk. Als een gezin in beslag wordt genomen door een eetstoornis, is dit een risicofactor voor sociale isolatie. Vrienden en familie worden minder of niet uitgenodigd omdat de strikte eetijden of eetgewoonten dat niet toelaten. Of er heerst een taboe om over anorexia te praten. Er bestaat een verscheidenheid aan redenen waarom gezinnen geïsoleerd raken, terwijl ouders én het kind juist ondersteuning kunnen gebruiken.

Femke (15) is twee jaar intensief in behandeling. Door de gevolgen van haar eetstoornis is ze uitgevallen op school. Vrienden ziet ze niet meer, ze heeft alleen contact met anderen via social media. Dit zijn vooral andere jongeren met een eetstoornis. Op een voorstel van ouders om haar mee naar buiten te nemen, reageert ze afwijzend. Haar ouders zien Femkes toestand verslechteren en vermoeden dat de eetstoornis versterkt wordt door haar activiteiten op social media.

Vanuit het principe om het steunnetwerk te betrekken, besluiten ouders bevriende burens, vrienden en familie actief om hulp te vragen. Ze vragen concrete ondersteuning om op afgesproken tijden met Femke op stap te gaan. Samen rijden ze naar haar favoriete plekken, brengen een bezoek aan haar broers werk, gaan naar een sieradenwinkel waar ze ook zelf iets kunnen maken en tot slot naar een nest kittens. Femke gaat schoorvoetend mee, maar lijkt bij de tweede keer iets meer te ontspannen.

Er komt niet alleen meer rust voor ouders, ze voelen zich ook meer gesteund en minder alleen in de strijd tegen de eetstoornis. Het steunnetwerk kan inspringen waar nodig: als ondersteuning om verzet vol te houden, als aanmoediging, als praktische ondersteuning of als bemiddelaar. Femke maakt weer contact met de buitenwereld en wordt bekrachtigd in haar motivatie om te herstellen. Hoe meer vertrouwde mensen uit de 'gezonde' omgeving betrokken zijn, hoe meer de jongere met anorexia verbonden blijft met die wereld en motivatie vindt of blijft houden om tegen de eetstoornis te vechten.

VERZET Het vierde en laatste basisprincipe wordt gevormd door het bieden van daadwerkelijk verzet tegen onacceptabel (zelf)destructief gedrag. Wanneer ouders kunnen de-escaleren, hun aanwezigheid en het steunnetwerk hebben vergroot, voelen zij zich vaak al gesterkt in de strijd tegen de eetstoornis. Soms is dat voldoende voor de jongere om te kunnen veranderen.

Als het destructieve gedrag blijft bestaan, kunnen ouders acties ondernemen. Ouders inventariseren diverse problematische (eet)gedragingen van hun kind en bepalen tegen welk gedrag ze zich eerst gaan verzetten. Daarbij kan het gaan om gedrag van het kind (eten weigeren, overmatig bewegen, braken, laxeren, alles dat leidt tot afvallen). Maar ook om eigen aangepast gedrag zoals bepaalde voeding kopen, op vaste tijden eten, plek van eten en wie er mag komen eten.

Door te prioriteren komen ouders sneller op één lijn en wordt het doel helder. Bovendien worden discussies voorkomen over minder problematisch gedrag dat anders opnieuw tot escalaties zou leiden. Ouders schrijven een brief, een aankondiging, waarin ze het kind of de jongere laten weten dat ze vastberaden zijn om zich tegen het onacceptabele gedrag te verzetten.

Bente (13) wil per se dat haar moeder bij elk eetmoment aanwezig is. Haar moeder is al een jaar niet meer uit eten geweest omdat ze bij haar dochter aanwezig moest zijn. Ouders hebben voorgesteld tante Els te vragen om bij een eetmoment te zijn. Bente reageerde hier zo heftig op dat ze dreigde van de trap te springen. Bij meerdere pogingen van ouders om alsnog hierover in overleg te gaan, bleef Bente dreigen met niet eten of van de trap springen. Ouders werden dan razend en verweten Bente het leven van haar moeder te verpesten.

Het gaat bij de behandeling van anorexia nervosa vooral om de aanwezigheid van de ouderlijke stem in gedachten van de jongere

Na kennisname met het Geweldloos Verzet en een aantal sessies met de ouderbegeleider te hebben gehad zijn ouders toe aan het schrijven van een aankondiging:

Lieve Bente,

We hebben bewondering voor hoe je je school weer hebt opgepakt. We genieten van je mooie kunstwerken en je creativiteit.

De laatste maanden weiger je te eten als mama er niet bij is. Door de heftige conflicten hierover is de sfeer in huis ondraaglijk geworden. Dit kunnen en willen we niet langer accepteren. We hebben daarom een belangrijke beslissing genomen. We zullen niet meer tegen je schreeuwen of verwijten maken. Ook zullen we niet meer ingaan op je eis dat mama bij alle maaltijden aanwezig is. We weten dat je het heel eng vindt om met anderen te eten, maar we hebben er ook alle vertrouwen in dat je deze angst kan overwinnen. We verzetten ons ertegen dat je je eten weigert en dreigt om van de trap te springen.

Hierbij vragen wij steun van opa en oma, tante Els, vriendin Janneke en je mentor Hannah. Wij geven je niet op, wij zullen er voor je zijn. We houden van je.

Liefs pap en mam

Wanneer ouders een aankondiging hebben geschreven, lezen ze deze voor aan hun kind en geven de brief. Dit is een plechtig en belangrijk moment waarop ouders zich committeren aan hun voorgenomen attitudeverandering. Ouders hebben een belangrijke beslissing genomen, ervaren een

gevoel van zelfcontrole en hiermee vermindering van machteloosheid.

Het is hierbij niet belangrijk of de jongere de brief verscheurt of woedend protesteert. Wanneer Bente toch weigert te eten zonder aanwezigheid van moeder organiseren ouders, op een zelfgekozen moment, een sit-in. Ouders kiezen een goed, rustig moment om bij haar op de kamer te zitten en een oplossing te vragen en blijven verder stil. Het gaat niet zozeer om de oplossing zelf, maar om hun onverzettelijkheid te tonen én hun aanwezigheid te laten voelen: 'Wij geven jou niet op'.

Na een afgesproken tijd (zeg dertig minuten) stopt de sit-in. Als er een oplossing is genoemd, krijgt deze een kans. Bij het niet noemen van een oplossing is de sit-in alsnog geslaagd. Het gaat namelijk niet om 'winnen' of 'gelijk krijgen' maar om volhouden om de kans op herstel te vergroten.

TER AFSLUITING

Geweldloos Verzet biedt ons inziens een attitudeverandering die passend is bij de behandeling van anorexia nervosa. De grondhouding van zelfcontrole (geen controle over de ander), vastberadenheid, samenwerken en de onvoorwaardelijke liefde voor het kind creëert een omgeving waarbinnen het kind met anorexia kans krijgt te veranderen. Dan nog is de strijd tegen de anorexia een lijdzame en lange weg en is er geen garantie op herstel. Geweldloos Verzet biedt de mogelijkheid de strijd tegen de anorexia samen vol te houden en de relatie met het kind te versterken.

Er wordt ervaring opgedaan met de inzet van de oudertraining Geweldloos Verzet bij de behandeling van eetstoornissen. De resultaten van een eerste, zeer kleine pilotstudie zijn veelbelovend. Er is nader gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek nodig om de effectiviteit van deze methode bij jongeren met eetstoornissen te toetsen.

OVER DE AUTEURS

Drs. Irene Meijer is als klinisch psycholoog werkzaam bij Levvel. Drs. Elisabeth Thiadens werkt als gezondheidszorgpsycholoog bij Levvel. Dr. Leonieke Terpstra is kinder- en jeugdpsychiater bij Levvel. Prof

dr. Lisbeth Utens is Klinisch psycholoog, Levvel/Universiteit van Amsterdam/Amsterdam UMC. Zij is ook contactpersoon aangaande dit artikel: l.utens@levvel.nl.

Summary

ESCAPING THE REIGN OF AN EATING DISORDER: NONVIOLENT RESISTANCE AS AN INTERVENTION IN THE TREATMENT OF ANOREXIA NERVOSA

I. G. MEIJER, E. THIADENS, L. TERPSTRA, E. W. M. J. UTENS

When a child suffers from an eating disorder this has a major impact on the family. Non-violent resistance can be used as a supplement to regular treatment. Parents learn to deal with the eating disorder in a nonviolent way, to persevere with the help

of a support network and to strengthen the relationship with their child. This increases parents' capabilities of dealing with the eating disorder.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington: Author.
- Coomber, K., & King, R. (2012). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 789-796.
- 'Forse stijging aantal crisismeldingen jongeren met suicidaliteit een eetstoornissen bij jeugd ggz' (2020). De Nederlandse GGZ. Geraadpleegd op 4 februari 2022 van <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2020/forse-stijging-aantal-crisismeldingen-jongeren-met-suicidaliteit-eetstoornissen-bij-jeugd-ggz>
- Herpertz-Dahlmann, B., Van Elburg, A., Castro-Fornieles, J. & Schmidt, U. (2015). ESCAP Expert Paper: New developments in the diagnosis and treatment of adolescent anorexia nervosa- a European perspective. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1153-1167.
- Kyriacou, O., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 233-242.
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44, 707-721.
- Meijer, I. G., Terpstra, L. & Utens, E. (in voorbereiding, 2022). Non-violent resistance: the influence on parental stress and parent-child interaction in families dealing with an adolescent with anorexia nervosa. Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2013; aanpassing 2017). Richtlijn: voeding en eetgedrag.
- Omer, H., & Wiebenga, E. (2015). *Geweldloos verzet in gezinnen. Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ottenbros, R., & Van der Stelt, M. (2016). *Draaiboek oudertraining Gewelddloos Verzet en Verbindend Gezag*. Interne publicatie. Amsterdam: De Bascule.
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Tchanturia, K., Lo Coco, G. & Treasure, J. (2016). The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescent With Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24, 310-319.
- Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., Macdonald, P., Goddard, E., Todd, G., Lo Coco, G., & Treasure, J. (2016). An examination of the impact of care giving styles (accommodation and skilful communication and support) on the one year outcome of adolescent anorexia nervosa: Testing the assumptions of the cognitive interpersonal model in anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 191, 230-6.
- Smink, F., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A. & Hoek, H. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 610-619.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Treasure, J., Murphy, T., Szukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.
- Van Gink, K., Visser, K., Popma, A., Vermeiren, R., Van Domburg, L., Van der Stegen, B., & Jansen, L. (2018). Implementing Non-violent Resistance, a Method to Cope with Aggression in Child and Adolescent Residential Care: Exploration of Staff Members Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 353-359.
- Van Son, G.E., Van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M., Van Furth, E.F. & Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 565-569.
- Zabala, M., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 24, 310-319.