

Terugblik op een carrière

In gesprek met dr. Johan Vanderlinden, klinisch psycholoog



Els Verheyen

Op een zonnige vrijdagmiddag in volle Coronatijd ontmoet ik Dr. Johan Vanderlinden in zijn privépraktijk in Winksele. Onder de kerktoeren spreken we elkaar naar aanleiding van het veertigjarige bestaan van ANBN. Daarnaast is Johan in 2020 aan zijn laatste werkjaar bezig als klinisch psycholoog in het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven. Vanuit een interesse in de geschiedenis van de behandeling van eetstoornissen en een groot respect voor wat hij doorheen die vele jaren heeft geleerd en gedaan, ben ik benieuwd wat hij te vertellen heeft.

Vertel eens, Johan, wanneer ben je voor het eerst beginnen werken met mensen met een eetstoornis?

Mijn stage als psycholoog heb ik gedaan in Salve Mater in Lovenjoel, waar ik in eerste instantie niet zoveel met de problematiek van eetstoornissen in aanraking ben gekomen. Het was een afdeling voor mensen met voornamelijk angst en depressie, onder supervisie van dokter Van Melkebeek

Toen ik afgestudeerd was als psycholoog moesten wij nog legerdienst doen. Als gewetensbezwaarde heb ik burgerdienst gedaan en werkte op het communicatiecentrum in Salve Mater te Lovenjoel. Tussen september 1979 en december 1980 heb ik als leerling-therapeut in opleiding veel therapie gegeven in het toen befaamde drie-weken programma voor koppels (o.l.v. Prof. Fons Van Steenwegen) die hun relatie wilden verbeteren of die op het punt van beslissen kwamen om samen te blijven of uit elkaar te gaan. Wij gaven dan in de voormiddag les over verschillende thema's zoals communicatie of seksualiteit. In de namiddag gaven we dan individuele therapiesessies aan de koppels. Ik was er co-therapeut naast iemand van de vrouwelijke stafleden. In die tijd heb ik vijftien maanden heel intensieve opleiding gekregen. Drie weken hard werken, lesgeven en individuele sessies met de koppels en in de vierde week was er tijd voor supervisie en intervisie, om te lezen of seminars te volgen. Daarnaast volgde ik ook het postgraduaat systeemgeoriënteerde therapie aan het Leuven Instituut voor Systeem Therapie (LIST). De opleiding duurde toen slechts één jaar met één dag opleiding per week (tegenwoordig is dat vier jaar, maar minder intensief, nvdr).

Voor mijn eerste job in 1981 begon ik te werken in het psychiatrisch centrum Sint-Kamillus te Sint-Denijs-Westrem. Het was een afdeling voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en psychosen. Daar herinner ik me niet zoveel meer van, ik bleef er ook maar vijf maanden. In mei 1981 ben ik dan in Kortenberg op de dienst eetstoornissen beginnen te werken. Dat was op uitnodiging van Prof. Vandereycken, met de vraag om de familietherapie te introduceren op de afdeling eetstoornissen. .

Wat waren de belangrijke accenten in de behandeling toen?

In de jaren voordat ik er begon te werken waren er nog therapieën waarbij de anorexiapatiënten een sluimerkuur volgden. Het was een soort slaapkuur en de patiënten kregen ondertussen sondevoeding. Dit gebeurde gedurende verscheidene weken. Dan ontwaakten die patiënten en wanneer ze merkten dat ze plots 10 kg aangekomen waren, was het gewicht er binnen de kortste tijd weer terug af. Psychologische ondersteuning was er minimaal. Het experiment met de sluimerkuur maakte al snel duidelijk dat gewichtstoename geleidelijk moest plaatsvinden en steeds in nauw overleg met de patiënt!

Eind jaren '70, begin jaren '80 werden er twee belangrijke publicaties gepubliceerd, die de behandeling van eetstoornissen tot op de dag van vandaag zeer sterk hebben beïnvloed en veranderd. Enerzijds was er vanuit Noord-Amerika de publicatie van Salvador Minuchin. Hij publiceerde zijn eerste paper over een behandeling met 'structurele' gezinstherapie bij jonge anorexiapatiënten, met succesrates van 80 à 90%. Anderzijds was er in Europa de publicatie van Mara Selvini Palazoli, een Italiaanse psychiater, die paradoxale therapie toepaste bij patiënten met anorexia nervosa. De familie-therapeutische aanpak van eetstoornissen kreeg daardoor een enorme boost.

Het was dan ook mijn taak om familietherapie te introduceren op de afdeling. Naast afzonderlijke sessies met het gezin, ben ik meteen met groepen beginnen te werken. Het therapieplan dat we vandaag de dag nog gebruiken is gebaseerd op wat ik geleerd heb tijdens mijn stage en in het communicatiecentrum. Zij gebruikten de Zelfconfrontatiemethode van Hermans. Hierbij vraagt de therapeut aan de patiënt: wat is uw probleem, wat zijn uw doelen, wat zijn de stappen die je wil zetten? Dat was dus een heel patiëntgerichte diagnostiek, iets wat we nu ook nog doen bij de eetstoornispatiënten. Zij moeten doelstellingen maken op drie niveaus: symptomen, zelfbeleving en interacties.

Elli Van Vreckem en Michel Probst werden er al snel mijn collega's, zij begeleidten ook groepen. Ik heb heel lang halftijds gewerkt met mensen met eetstoornissen. De eerste jaren halftime eetstoornissen, en daarnaast de eerste vijf jaar ook als beleidscoördinator van het psychoanalytisch dagcentrum. Op dat moment had ik helemaal geen affiniteit met de psychoanalyse, maar ik heb er wel

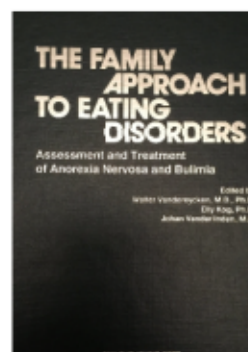
veel geleerd. Het was een leerzaam contrast tussen de gedragstherapie en de psychoanalyse.

In 1992 ben ik lange tijd ziek geweest, juist voor de eindfase van mijn doctoraat. Ik ben zeven maanden thuis geweest en sindsdien werk ik maar 80%. In de privépraktijk ben ik in '87-'88 beginnen werken.

In 1991 hebben we het Europese Congres Eetstoornissen in Leuven georganiseerd en dat heeft ons toen internationaal heel erg op de kaart gezet als referentiecentrum voor de residentiële behandeling van eetstoornissen. Jaren aan een stuk ontvingen we heel wat buitenlandse teams die met veel nieuwsgierigheid kwamen kijken hoe wij onze eetstoornispatiënten behandelden.

Jullie hebben ook erg veel geschreven?

Onderzoek doen en hierover rapporteren heb ik steeds erg graag gedaan. Met de vertalingen erbij werden inmiddels ongeveer een 25-tal boeken en 200 artikels gepubliceerd. Een bijzonder boek waar ik als coauteur aan meewerkte was de *Family approach to eating disorders*, een boek dat jarenlang door de APA als toonaangevend werd beschouwd voor de gezinsaanpak bij eetstoornissen. We hadden het geluk dat er erg bekwame collega's op onze dienst onderzoek kwamen doen onder andere betreffende het toen erg populaire structurele gezinstherapiemodel van Minuchin. Het gezinstherapie-boek rapporteerde onder andere over de bevindingen van deze uitgebreide studie bij een 100-tal gezinnen en was toen echt baanbrekend.



Hoe is het om er nu op terug te kijken?

Het is allemaal heel snel gegaan en het voelt bijna surreëel dat die pensioenleeftijd eraan komt. Daar heb ik al veel over nagedacht. In principe kon ik vroeger stoppen, maar dat heb ik niet gedaan en daar ben ik blij om. Die Coronatijden waarin we nu leven en werken, zijn toch wel heel bijzonder om mee te maken. We zitten er middenin in het ziekenhuis, en ik merk dat de reorganisatie van de hele equipe psychologen en het uitdenken van nieuwe vormen van zorg een grote uitdaging vormen en op die manier ook wel boeiend. Alles komt ineens in een stroomversnelling en ik hoop dat we daaruit kunnen leren.

Dat ik nu al zal moeten stoppen voelt heel bevreemdend. Misschien zal ik nog wel aan onderzoek blijven meewerken en in de privépraktijk blijf ik nog cliënten ontvangen.

Wanneer ben je je op het behandelen van trauma beginnen toeleggen, want dat is ook één van je specialiteiten?

Midden jaren '80 begon ik mij erg te interesseren in trauma, in feite door de verhalen van patiënten die ernstige verwaarlozing of misbruik hadden ervaren. In Prof. Richard van Dijk (Vrije Universiteit Amsterdam) vond ik de geschikte promotor voor mijn doctoraat. Daarbij deed ik vooral onderzoek naar trauma, dissociatie en hypnose.

"In hypnose kan je op een niet-bedreigende manier veiligheid inbouwen, je kan toegang krijgen tot diepere creatieve mogelijkheden van de cliënte waar je met de klassieke verbale therapieën geen toegang toe hebt."

Ik verdiepte me al snel in hypnose en hypnotherapie. Dat kwam onder andere omdat de VATHYP (Vlaamse Vereniging van Autogene Training en Hypnose) zetelde in Kortenberg. Van alle opleidingen die ik gevolgd heb, is dat toch wel een van de boeiendste geweest. Met hypnose kan je dingen doen die je met niets anders kan doen. Het is boeiend en fascinerend. In hypnose kan je op een niet-bedreigende manier veiligheid inbouwen, je kan toegang krijgen tot diepere creatieve mogelijkheden van de cliënte waar je met de klassieke verbale therapieën geen toegang toe hebt. Je leert zelf heel veel door met hypnose te werken. Je kan op een dieperliggend niveau werken, wat anders veel meer tijd vergt. Het is in die zin jammer dat hypnose wat in de vergeethoek terechtgekomen is door onder andere de populariteit van mindfulness, ACT en EMDR.

Er is ook minder onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van hypnose in vergelijking met bv. de EMDR-behandeling. De toekomst van elke soort therapie staat of valt tegenwoordig immers met het onderzoek dat plaatsvindt.

Maar ik heb steeds een bijzondere interesse gehad voor het werken met de complexe traumaproblematiek. Ik realiseer me nu wel dat werken met trauma veel moed en durf vraagt van de therapeut. Ik merk dat ik met ouder worden emotioneler ben geworden, de droeve verhalen beroeren me meer en ik merk dat ik hierdoor met de jaren wat voorzichtiger ben geworden. Ik ben minder moedig geworden.

Welke evoluties heb je zoal gezien doorheen de jaren?

Mijn doctoraat ging dus over trauma, omdat ik merkte dat de bron bij vele eetstoornissen toch dieperliggend was dan 'ik wil mager zijn'. De eetstoornis is dan eerder een overlevingsstrategie. Zo hebben we o.a. een dissociatielijst gemaakt, en deed ik onderzoek naar dissociatie en trauma bij eetstoornissen. Er is een geruime tijd minder interesse geweest voor de traumaproblematiek, maar de laatste jaren merk ik dat er terug een herwonnen interesse is ontstaan voor de impact van trauma op het ontstaan van eetstoornissen. Daar ben ik erg blij mee.

In vele domeinen en dus ook in ons vakgebied zijn zowel onze manier van denken en werkwijze heel erg gedomineerd door de Angelsaksische literatuur. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de publicaties van Christopher Fairburn, die enorme fondsen kon binnenhalen voor onderzoek naar gedragstherapie. Zijn publicaties hebben onze manier van werken met eetstoornispatiënten - tot op de dag van vandaag - zeer sterk beïnvloed. Soms zeg ik wel eens: 'Cognitieve gedragstherapie is misschien eerder marketing-based dan evidence-based geweest'. Er zitten natuurlijk héél goede dingen in, maar het is soms wat kort door de bocht om de theorie en de principes te veralgemenen naar alle patiënten toe. Hoewel ze nu met de derde golf van gedragstherapie (met name DGT, dialectische gedragstherapie en ACT, Acceptance en Commitment Therapy) toch een enorme evolutie doormaken.

Gedragstherapie had dus een zeer uitgesproken dominante invloed, maar daarnaast heeft ook de familietherapie ons vakgebied erg beïnvloed. Zo zien we momenteel dat familietherapie bij jonge mensen met eetstoornissen terug de gouden standaard wordt en dat er meer onderzoek naar wordt gedaan.

Als je nu terugkijkt, wat zijn dingen die je opvallen?

'Wat ik zelf jammer vind, is dat we niet meer vooruitgang gemaakt hebben in de outcome. Er zijn niet méér patiënten die anno 2020 echt herstellen dan 40 jaar geleden. Hoewel er mensen zijn die beweren dat het niet zo is, toch hoor ik ook van collega's dat ze dezelfde ervaring hebben.'

We hebben zeker vooruitgang gemaakt in het verminderen van het aantal overlijdens. Er is veel meer aanbod aan hulpverlening en sneller (h)erkenning van de problematiek. Hierdoor kan er sneller gepaste therapie opgestart worden.

Maar eetstoornissen blijven moeilijk te behandelen. Vooral over anorexia nervosa weten we toch nog altijd weinig: hoe komt het, hoe zit het in elkaar,...? Zeker als we kijken naar de personen die langdurig aan een eetstoornis lijden, die blijven hervallen, die blijven persevereren in de eetstoornis en die echt ernstig lijden. Maar toch zijn er af en toe haast 'miraculeuze' genezingen van patiënten die al de helft van hun leven geconfronteerd werden met een eetstoornis.'

Zijn er ook dingen waar je spijt van hebt?

'Vroeger hebben we af en toe patiënten geïsoleerd en gefixeerd. Ik denk dat dit voor sommigen onder hen heel traumatiserend is geweest. Een van de mensen die ik al dertig jaar begeleid is enorm getraumatiseerd geraakt door zo opgesloten te worden, terwijl ze in haar kinderjaren al iets gelijkaardigs had meegemaakt. Anderzijds hebben we sommige mensen het leven gered door heel kortdurend op te treden.'

En dat is nu een van de grote moeilijkheden en uitdagingen in het kader van de nieuwe stroming van de vermaatschappelijking van de zorg. Je probeert maximaal te luisteren naar de stem van de patiënt. Maar dat werkt toch erg moeilijk bij patiënten die lange tijd erg ondervoed zijn, waardoor de cognitieve processen niet meer voldoende goed werken om informatie te verwerken en beslissingen te nemen. Misschien kan dat vanaf BMI 14-15, maar daar onder moet je soms echt kortdurend kunnen optreden.

Op het congres van de Nederlandse Academie Eetstoornissen een paar jaar geleden vertelden enkele mensen uit het publiek dat ze dwangvoeding hadden gekregen en dat ze daardoor nog in leven waren en er dankbaar voor waren. Misschien zijn we vroeger soms wel té kortdurend geweest en hebben we te veel in naam van de patiënt beslist. De behandelingen waren ook langer. Of dat beter was, kan ik moeilijk inschatten. Uit één van onze eigen onderzoeken bleek immers, dat als patiënten niet binnen de drie maanden veranderden (beoordeeld via de zelfconfrontatiemethode), dat de kans heel klein was

dat er in de volgende drie maanden nog een verandering zou komen. Dat was wel een interessante bevinding, die ons steunde om behandelingen soms stop te zetten na drie maanden.

Nu werken we ook met residentiële behandelingen van maximaal drie maanden, wat dan weer voor sommigen te kort is. Maar ze kunnen na drie weken onderbreking wel opnieuw instappen voor een volgende periode van drie maanden. Het is soms jammer om mensen die wel vooruitgang boekten na drie maanden al naar huis te sturen, als je voelt dat er nog werk te doen valt.

In ons team hebben we altijd veel onderzoek gedaan, niet alleen om te publiceren, maar we keken ook echt naar de resultaten. Op basis daarvan stuurden we ons aanbod bij en dat was toen echt een grote kracht. Het is iets wat ik nu tegenwoordig wel mis, dat er te weinig onderzoek gedaan wordt. Veranderingen moeten aangestuurd worden door onderzoek en de eigen reflectie daarop, en dat mis ik toch wel in hoe het nu loopt.

Daarnaast denk ik dat we in het verleden patiënten te veel geïsoleerd hebben van hun omgeving. In het verleden mochten de patiënten de eerste drie weken geen contact hebben met het thuisfront. Er werd een soort parentectomie (het afsnijden van de ouders) voorgesteld, ouders werden volledig gescheiden van hun dochter of zoon, wat vele ouders ongewild het gevoel gaf dat zij schuldig waren. Bij ons in het team leefde dat idee niet zozeer, maar als je ouders verbiedt om contact te hebben, dan geef je wel impliciet de boodschap dat zij mee schuldig zijn aan de eetstoornis. Ik denk dat het een enorme verbetering is dat we nu vanaf dag één de deur wijd openzetten voor de ouders en andere contacten. Hoewel we toen ook al vanaf het begin heel intensief met de familie hebben gewerkt, want dat was mijn voornaamste taak toen ik startte in Kortenbergh.

Wat zou je graag zelf nog vertellen?

'Ik ben heel dankbaar dat ik met zoveel mensen heb kunnen samen werken. Ik heb daar ook veel uit geleerd voor mij persoonlijk. Ik hoop dat ik dat nog vele jaren, in beperktere mate, kan verderzetten. Ik heb heel veel geluk gehad in mijn loopbaan, door op het juiste moment in een juist team terecht te komen en met een supervisor die toen ook al wereldfaam genoot. Dat is wel een leuke afwisseling geweest: dat ik naast klinisch werk ook onderzoek kon doen en kon publiceren en daar dan ook erkenning voor kreeg. Ik heb het gevoel dat ik dat de laatste jaren ook wel heb kunnen afbouwen. Ik kijk wel uit naar de volgende levensfase waarin ik meer tijd ga hebben voor minder werken. Terug naar de essentie.'