



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Welke factoren lokken eetstoornissen uit?

Een exploratief onderzoek met de Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ)

Johan Vanderlinden*

Samenvatting

Deze bijdrage beschrijft de constructie van de Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ) en de resultaten van een zelfrapporteringsonderzoek naar het voorkomen van eetbuien en de aard van de triggers die eetbuien uitlokken bij een groep vrouwelijke studenten. Ongeveer 41% van de onderzochte vrouwen vermeldt ooit geconfronteerd te zijn geweest met een oncontroleerbare en onweerstaanbare drang tot overmatig eten. Circa 15% geeft aan dagelijks met eetbuien geconfronteerd te worden. De 'triggers' die het frequentst genoemd werden en die tevens de hoogste emotionele belasting-score kregen, waren in volgorde van belang: emotionele triggers (verveling, depressie, angst, gespannen en droevig) en fysiologische triggers (hongergevoel en een drang om zoetigheden te eten). Disfunctionele gedachten over het lichaam en uiterlijk worden in deze groep vrouwelijke studenten zelden als trigger van hun eetbui vermeld.

Inleiding

Hoe vaak komen eetbuien voor bij vrouwelijke studenten in de leeftijd tussen 14 en 25 jaar? Wat zet deze dames ertoe aan om te gaan overeten? Voelen ze zich depressief, eenzaam en verlaten (emotionele triggers), of zijn ze verslaafd geraakt en kunnen ze niet meer weerstaan aan deze vreselijke eetbuien omdat hun lichaam vraagt naar zoetigheden en smakelijke etenswaren (fysiologische triggers)? Hebben deze dames allerlei verkeerde en rare gedachten over hun uiterlijk en hun gewicht, of hebben zij een negatief zelfbeeld, waardoor ze zich overgeven aan deze onweerstaanbare drang tot overeten? Of worden hun eetbuien simpelweg uitgelokt door confrontatie met hun favoriete 'eetbuivoedsel'? Deze vragen kwellen reeds jaren de geest van vele onderzoekers en zijn het onderwerp van deze studie. In een vorige bijdrage (Vanderlinden, 1998) werd een overzicht gegeven van de populairste theoretische modellen die een verklaring geven van de manier waarop boulimia nervosa kan ontstaan en beklijven. Het cognitief-gedragstherapeutische 'starvation-bingeing'-model van Fairburn en Cooper (1989) geniet de grootste populariteit. Deze auteurs zijn de mening toegedaan dat irrationele cognities over zichzelf ten grondslag liggen aan de eetstoornis. Binnen dit model zijn het voornamelijk negatieve gedachten en cognities over gewicht en lichaam die als uitlokkende factoren worden beschouwd. Eetbuien worden verder instandgehouden doordat periodiek vasten tot een verhoogde kans op overeten leidt. Lange episoden van vasten kunnen een zogenaamde 'craving'-reactie uitlokken, een onweerstaanbare drang om excessief te eten. Samengevat veronderstelt het

* DR. J. VANDERLINDEN is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de gedragstherapeutische dienst van het Universitair Centrum Sint Jozef te Kortenberg (België). Correspondentie: dr. J. Vanderlinden, Universitair Centrum Sint Jozef, B-3070 Kortenberg (België).

'starvation-bingeing'-model dat het voornamelijk disfunctionele cognities zijn over het lichaam en het zelfbeeld, in combinatie met een periode van vasten, die uiteindelijk de (excessieve) eetbuien uitlokken. Andere onderzoekers (Hansen & De Haan, 1995; Jansen, 1993; Schmidt & Marks, 1989) suggereren een conditioneringmodel waarbij men ervan uitgaat dat de eetbuien en de drang om excessief te eten geconditioneerd zijn aan 'cues' die voornamelijk verband houden met het specifieke eetbuivoedsel. Deze cues kunnen onder andere het zien, ruiken, en proeven van voedsel zijn; ook een plaats, tijdstip, stemmingen, cognities en handelingen kunnen een signaalstatus verwerven (Jansen, 1993; Jansen, Merkelbach & Van den Hout, 1992).

Klinische bevindingen en recent onderzoek leiden tot enkele kritische vragen over deze populaire modellen. Vele cliënten geven aan niet excessief te eten en te braken omdat ze ontevreden zijn met hun uiterlijk en gewicht, of omdat ze het eetbuivoedsel niet kunnen weerstaan, maar zij vermelden voornamelijk emotionele antecedenten (Cooper & Bowskill, 1986; Grilo, Shiffman & Carter-Campbell, 1994; Lange, Vries, Gest & Oostendorp, 1994). In dit model van 'emotional eating' worden de eetbuien beschouwd als een manier om de confrontatie met pijnlijke emoties te vermijden: eetbuien dienen als een vorm van emotionele anesthesie (Vanderlinden, 1992; Vanderlinden & Vandereycken, 1997). Boulimie kan ook gezien worden als een vermindering van heftige emoties of als een poging deze te bevrozen. In een vorige bijdrage (Vanderlinden, 1998) werd een overzicht gegeven van empirische studies die steun gaven aan de hypothese dat eetbuien tevens door emotionele cues uitgelokt kunnen worden. Vanuit deze bevindingen werd geopperd dat toekomstige verklarings- en behandelingsmodellen van boulimia nervosa de horizon moeten verbreden. Vermoedelijk kunnen alle volgende punten belangrijke 'cues' zijn voor het uitlokken van boulimisch gedrag:

- negatieve gedachten over het lichaam in combinatie met een laag gevoel van eigenwaarde;
- een toestand van vasten die fysiologisch een eetbui kan uitlokken;
- eetbuivoedsel en de omgeving waarin boulimie zich voordoet, die fungeren als geconditioneerde externe stimuli;
- interacterende emotionele toestanden die fungeren als geconditioneerde interne stimuli.

Om het verband tussen eetbuien en uitlokkende factoren verder te bestuderen, is een nieuwe screeningsvragenlijst ontwikkeld: de Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ; Vanderlinden, Dalle Grave, 1997). Deze lijst beoogt inzicht te verwerven in de situaties die eetbuien uitlokken. De lijst werd recentelijk in een eerste pilot studie voorgelegd aan een groep vrouwelijke studenten ($N = 110$). In dit artikel worden deze studie en de onderzoeksresultaten beschreven.

Onderzoeksmethoden

Instrumenten

Naast de BETQ werden de volgende lijsten afgenomen:

- de Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983);
- de Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden et al., 1992);
- een trauma-vragenlijst (Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, 1993).

In totaal werden 190 lijsten uitgedeeld en hiervan werden er 110 volledig ingevuld geretourneerd. Gezien het onderwerp van deze bijdrage rapporteren we in deze studie uitsluitend over de resultaten van de EDI en de BETQ.

Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ)

De BETQ (Vanderlinden & Dalle Grave, 1997) beoogt een overzicht te geven van situaties die in de beleving van de respondent een eetbui hebben uitgelokt. In de inleiding van de BETQ wordt een bondige omschrijving gegeven van wat verstaan wordt onder eetbuien: momenten waarop men een onweerstaanbare, oncontroleerbare drang heeft om te eten, welke toestand uiteindelijk resulteert in een eetbui. Tijdens de eetbui dient een grotere hoeveelheid voedsel gegeten te worden dan die men onder normale omstandigheden zou gebruiken. In het eerste deel wordt gevraagd of de respondent last heeft van dergelijke eetbuien. Indien het antwoord neen is dan hoeft men de BETQ niet verder in te vullen. Indien de cliënte vermeldt wel degelijk last te hebben van dergelijke eetbuien, volgen nog enkele vragen over de omstandigheden waarin de eetbuien zich voordoen (plaats, tijdstip, aard en de hoeveelheid van het voedsel, en dergelijke). Er wordt tevens geïnformeerd naar de lengte en het actuele gewicht om op deze wijze de Body Mass Index (BMI) te kunnen berekenen. Tot slot volgen items over de frequentie van de eetbuien en over het vóórkomen van compensatiemaatregelen als braken, laxeren, diëten en sporten.

In het tweede deel worden de volgende instructies gegeven:

‘Met het tweede deel wordt beoogd meer inzicht te krijgen in de situaties die je eetbuien uitlokken. Deze situaties worden triggers genoemd. Lees alle situaties door en duid die situatie aan waarvan je vermoedt en/of denkt dat ze je eetbui heeft uitgelokt. Je kunt ook meer dan één triggersituatie aanduiden. Vervolgens vragen we je aan te geven in welke mate jij je in deze specifieke situatie gespannen voelde (of een andere emotie zoals angst, kwaadheid, verdriet, vreugde) door een cijfer tussen 0 en 10 in te vullen. Hoe hoger het cijfer, hoe meer gespannen jij je voelde. Een 0 betekent bijvoorbeeld dat jij je niet gespannen voelde, 5 betekent dat jij je gespannen voelde, met een 10 geef je aan dat jij je heel gespannen voelde. Alle cijfers tussen 0 en 10 mogen ingevuld worden.’

In de BETQ worden een 75-tal situaties beschreven die mogelijk een eetbui kunnen uitlokken. De keuze van deze items is deels gebaseerd op klinische ervaring en werd verder gekozen op basis van de vier hierboven beschreven factoren die eetbuien kunnen uitlokken:

- negatieve cognities over zichzelf, zoals: ‘Ik maakte me zorgen over mijn lichaamsvorm en gewicht’, ‘Ik had walgelijke ideeën over mijn lichaam’, ‘Ik had negatieve gedachten over mezelf’;
- een toestand van vasten die fysiologisch een drang tot overeten uitlokt: ‘Ik voelde een drang om zoetigheden te eten’, ‘Ik voelde een drang om excessief te eten en kon deze niet weerstaan’, ‘Ik sloeg maaltijden over’;
- eetbuivoedsel: ‘Ik had verboden voedsel gegeten’, ‘Ik had een diëetregel overschreden’, ‘Ik werd geconfronteerd met voedsel dat ik gewoonlijk eet tijdens een eetaanval’;
- emotionele toestanden: ‘Ik voelde me alleen’, ‘Ik voelde me depressief’, ‘Ik voelde me kwaad’.

Aan de respondenten wordt gevraagd de situatie(s) aan te duiden waarvan zij vermoeden dat deze in het verleden eetbuien hebben uitgelokt. Zij kunnen verschillende situaties aankruisen. Vervolgens kunnen zij aangeven in welke mate zij zich in deze specifieke situatie ongemakkelijk of gespannen voelden (of een andere emotie ervoeren, zoals angst, kwaadheid, verdriet, vreugde) door een cijfer tussen 0 en 10 in te vullen. Op deze wijze verkrijgt men een (weliswaar subjectief) beeld van de verschillende triggers en de mate van spanning die gepaard gaan met deze triggers.

Eating Disorder Inventory (EDI)

Deze vragenlijst werd ontwikkeld door Garner et al. (1983). De lijst beoogt de typische kenmerken van patiënten met een eetstoornis te evalueren aan de hand van 64 uitspraken. De EDI-vragenlijst is het meest gebruikte onderzoeksinstrument bij eetstoornissen. Zij bevat, naast een totaaluitslag, acht subschalen die elk een kenmerkend probleem van patiënten met een eetstoornis betreffen:

- de wens om mager te zijn (zoals preoccupatie met diëten, angst voor gewichtstoename);
- boulimie (zoals mate van ongecontroleerd en overmatig eten);
- ontevredenheid met het lichaam (zoals preoccupatie met bepaalde lichaamsdelen);
- ineffectiviteit (zoals gevoelens van inadequaat zijn, onzekerheid, waardeloos zijn en het gevoel je leven niet onder controle te hebben);
- perfectionisme (zoals hoge verwachting te presteren op allerlei vlakken);
- interpersoonlijk wantrouwen (zoals terughoudendheid in het aangaan van hechte relaties);
- interoceptieve gewaarwording (zoals het moeilijk identificeren van gevoelens zoals honger en verzadiging);
- angst voor volwassenheid (zoals angst om op te groeien en zelfstandig te worden).

De EDI heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit en is inmiddels in ons centrum gevalideerd en genormeerd op een grote groep patiënten met eetstoornissen ($n = 664$; Probst, Vandereycken & Vanderlinden, 1998) en een controlegroep bestaande uit vrouwelijke studenten. Er bestaan geen cutoff-scores voor de EDI om patiënten van 'normale personen' te onderscheiden. Om de E-score te beoordelen dient een vergelijking gemaakt te worden met de normscores van groepen patiënten en mensen zonder een eetstoornis.

In deze studie is de EDI gebruikt om na te gaan in welke mate de groep studentes al of niet de typische eetstoornisproblemen vertoonden door een vergelijking met de normscores van mensen zonder een eetstoornis en patiënten met een eetstoornis.

Deelnemers

Aangezien eetstoornissen zich voornamelijk voordoen bij vrouwen in de leeftijdsklasse tussen 14 en 25 jaar, werd besloten het vóórkomen van eetbuien te bestuderen bij studentes uit deze leeftijdsklasse. Aldus werd de Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ) voorgelegd aan:

- een groep studentes aan een middelbare school (hoger secundair of vwo; $N = 38$);
- een groep studentes aan de universiteit (richting psychologie, farmacie en geneeskunde; $N = 32$);
- een groep studentes van het hoger niet-universitair onderwijs (richting toerisme en onderwijs; $N = 40$).

De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 20 jaar en drie maanden ($SD = 3,2$). Deze leeftijd is vergelijkbaar met de gemiddelde leeftijd van de patiënten met een eetstoornis die behandeld worden in het Universitair Centrum Sint Jozef te Kortenberg (gemiddelde leeftijd = 22,1 jaar, $SD = 7,4$). Ongeveer 60% leefde nog in het gezin van herkomst, 25% woonde alleen in een flat of op een kamer, 12% woont samen met een partner, 6% had één of meerdere kinderen.

Een verdere beschrijving van onze deelnemers verkrijgen we door een analyse van de Body Mass Index (BMI). De BMI wordt berekend door het gewicht te delen door de lichaamslengte (uitgedrukt in centimeters) en het aldus verkregen getal te kwadrateren. Een evaluatie van de BMI kan een ruwe schatting geven van het aantal vrouwen met een gemiddeld te laag en te hoog gewicht binnen onze onderzoeksgroep. De gemiddelde BMI bedraagt 21,4 ($SD = 2,8$). Dit cijfer valt volledig binnen de normale grenzen (normaal gewicht correspondeert met een BMI tussen 20 en 25) en komt overeen met de BMI van een vergelijkbare groep vrouwen in de studie van Probst (1997), namelijk 21,1. Het is interessant om de uiterste BMI-scores te analyseren. Een BMI boven 25 geeft een probleem van overgewicht aan, onder 18,5 is er sprake van ondergewicht. Tien procent van de onderzoeksgroep ($N = 11$) heeft een BMI lager of gelijk aan 18,5; 9% ($N = 10$) een BMI hoger of gelijk aan 25. Dit wil zeggen dat ongeveer 10% van de vrouwen in onze onderzoeksgroep te weinig wegen en 9% te veel. Dit laatste percentage stemt overeen met de 9,4% te zware vrouwen in de Nederlandse populatie (Pijl & Meinders, 1995).

Op de EDI behaalt de groep studentes ($N = 110$) een totaalscore van 32,5 ($SD = 20$). Dit ligt binnen de scores van de normgroepen (studentes) van Probst, Vandereycken en Vanderlinden (1998; $N = 205$, EDI totaal = 24,2; $SD = 18,8$) en van de auteurs van de EDI, Garner et al. (1983; $N = 271$, EDI totaal = 32; $SD = 19$). Ook in beide normgroepen betrof het een groep vrouwelijke studenten. Onze studentengroep behaalde significant lagere scores op de EDI in vergelijking met de gemiddelde scores van patiënten met een eetstoornis ($N = 664$, EDI totaal = 74,5; $SD = 32,5$). In onze groep behaalden 5 studentes (4,6%) een EDI-totaalscore vergelijkbaar met of hoger dan de gemiddelde score van de patiënten met een eetstoornis ($X = 74,5$). In vergelijking met de normscores van de eetstoornisgroep (uitgedrukt in percentielen) bevindt 82% van de groep studenten zich binnen het eerste kwartiel (0% tot 25%). Slechts één studente bevindt zich boven het derde kwartiel (75% tot 100%).

Resultaten: de Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ)

Hoeveel studentes rapporteren eetbuien?

Via de BETQ rapporteren 45 vrouwen (41%) last te hebben van eetbuien. Zestien vrouwen (15%) geven aan dagelijks last te hebben van deze oncontroleerbare eetbuien (zie tabel 1).

Tabel 1 Frequentie van eetbuien bij vrouwelijke studenten (N = 110).

Frequentie van eetbuien	N	Percentage van de onderzoeksgroep
Nooit	65	60
Dagelijks	16	14
Wekelijks	6	5
Maandelijks	9	8
Paar keer per jaar	14	13

In de groep die aangeeft oncontroleerbare eetbuien te hebben, vermeldt ongeveer 10% ($n = 4$) van de vrouwen regelmatig te braken na de eetbui. Twee vrouwen gebruiken na de eetbui laxantia; een grote groep ($n = 14$) besluit tot extra lichaamsbeweging.

Welke triggers lokken eetbuien uit?

Een analyse van de groep die eetbuien vermeldt ($N = 45$) toont aan dat zij gemiddeld een tiental verschillende triggersituaties aangeven ($M = 10,25$; $SD = 7,2$). Deze triggers behalen gemiddeld een spanningsniveau van 0,9 ($SD = 0,7$).

Tabel 2 geeft een overzicht van de belangrijkste triggers, en vermeldt daarnaast zowel de gemiddelde frequentie als het gemiddeld niveau van ongemak of negatieve emotie binnen de groep studentes met eetbuien ($N = 45$).

Tabel 2 Overzicht van triggersituaties met frequentie en niveau van ongemak (N = 45).

Trigger situatie	Frequentie (in procenten)	Niveau van ongemak en/of spanning (range: 0-10)	
		M	SD
Ik verveelde me	66%	4	3.7
Ik voelde me depressief	55%	3.8	3.9
Ik voelde me angstig	50%	3.3	3.6
Ik had honger	43%	3.11	3.9
Ik voelde een drang om zoetigheden te eten	43%	2.9	3.5
Ik voelde me droevig	41%	2.8	3.7
Ik voelde een drang om te overeten en kon niet weerstaan	39%	2.3	3.6
Ik voelde me alleen	34%	2.0	3.7
Ik voelde me gespannen	34%	2.6	3.4
Ik zag een bepaald soort voedsel	34%	1.9	3.2
Het waren nog enkele dagen voor mijn menstruatie	32%	1.9	3.2
Ik voelde me een mislukkeling	29%	0.9	2.6
Ik voelde me niet geliefd	27%	1.7	3.2
Ik sloeg maaltijden over	27%	1.4	2.7
Ik voelde me leeg van binnen	25%	2.0	3.7
Ik voelde me gefrustreerd	25%	1.8	3.3
Ik voelde me kwaad	20%	1.5	3.2

Opvallend is dat de triggersituaties met de hoogste frequentie tevens het hoogste niveau van ongemak toebedeeld krijgen. De trigger 'Ik verveelde me', wordt merkwaardig genoeg door ongeveer 66% van de studentes vermeld als uitlokker van de eetbuien. Deze trigger bezorgt tevens het hoogste niveau van ongemak. Een verdere analyse van de eerste vijf triggersituaties suggereert dat het voornamelijk emotionele triggers zijn (depressie, angst en verveling) in combinatie met fysiologische toestanden (honger,

verlangen naar zoetigheden) die als belangrijkste uitlokkers van eetbuien worden aangeduid. Gedachten omtrent de lichaamsbouw en lichamelijk voorkomen worden sporadisch aangehaald als vermoedelijke trigger van de eetbui. De trigger 'Ik maakte me zorgen over mijn lichaamsvorm en mijn gewicht' wordt slechts door 7% van de dames als trigger aangeduid (spanningsniveau = 0,33); de trigger 'Ik voelde me dik', door 13% (spanningsniveau = 0,8); de trigger 'Ik zag mezelf en vond me dik', door 11% (spanningsniveau = 0,7); de trigger 'Ik had walgelijke ideeën over mijn lichaam', door 2% (spanningsniveau = 0,04); de trigger 'Ik keek naar mezelf in de spiegel', door 2% (spanningsniveau = 0,08).

We stelden ons tevens de vraag of de groep studentes ($N = 5$) die een EDI-totaalscore behaalde, vergelijkbaar of hoger dan de gemiddelde score van de patiënten met eetstoornissen (dit is gelijk aan of hoger dan 74,5), dezelfde of andere triggers van hun eetbuien vermeldden in vergelijking met de totale groep. Respondenten uit deze kleine groep vermeldden gemiddeld een veertiental situaties die hun eetbuien uitlokten. Opvallend is dat ook door deze groep voornamelijk emotionele triggers werden gerapporteerd, met name (in volgorde van belang): 'Ik voelde me depressief' (80%), 'Ik voelde me angstig' (60%), 'Ik voelde me paniekerig' (60%), 'Ik voelde me gespannen' (60%), 'Ik voelde me droevig' (60%) en 'Ik verveelde me' (60%). Ook de fysiologische trigger 'Ik voelde een drang om te overeten en kon niet weerstaan', werd door 60% van deze groep aangeduid. Al deze triggers behaalden tevens de hoogste spanningsscores. Binnen deze groep triggers lokten de triggers 'Ik voelde me depressief' en 'Ik voelde een drang om excessief te eten en kon die niet weerstaan', de hoogste spanningsscores uit, namelijk respectievelijk 6,6 en 5,8.

Beschouwing

Deze pilotstudy naar het identificeren van triggers van eetbuien in een groep vrouwelijke studenten laat enkele verrassende resultaten zien. We zijn verbaasd over het hoge aantal vrouwen die binnen deze studentenpopulatie aangaf last te hebben van eetbuien: liefst 41% ($N = 45$)! In deze groep vermeldden ongeveer 16 vrouwen (15% van de totale groep) zelfs dagelijks last te hebben van eetbuien. Vergelijkbare studies naar het voorkomen van boulimie aan de hand van vragenlijsten in vrouwelijke studentenpopulaties geven lagere cijfers: de percentages variëren van gemiddeld 2,6% ($SD = 1,0$) tot 9% ($SD = 4,3$) (Fairburn & Beglin, 1990). Een mogelijke verklaring van het hoge cijfer kan de uitval zijn van een grote groep studentes die hun vragenlijst niet terugbezorgden (ongeveer 45%). Hierdoor kan een selectie ontstaan zijn waardoor de cijfers overdreven zijn. Ook was de beschrijving van een eetbui misschien te vaag. In een vernieuwde versie van de BETQ wordt een meer gedetailleerde omschrijving van een eetbui gegeven. Andere kritiek kan zijn dat de gegevens uitsluitend gebaseerd zijn op informatie verkregen via vragenlijsten en dat er geen interviews plaatsvonden om de vragenlijstgegevens te bevestigen. Anderzijds zijn patiënten met eetstoornissen berucht vanwege het ontkennen van hun problematiek wanneer informatie via vragenlijsten wordt verzameld (Vandereycken & Vanderlinden, 1983). Ondanks deze beperkingen zijn de cijfers hoog.

Een analyse van de triggers die studentes aanzetten tot eetbuien, geven aan dat het nooit één specifieke trigger is die de eetbui uitlokt. Het gaat steeds om een combinatie van een hele reeks triggers, gemiddeld zelfs een tiental. De voornaamste triggers, die

tevens de hoogste spanning oproepen, behoren tot twee categorieën: negatieve emoties (depressie en angst en verveling) en fysiologische toestanden (honger en verlangen naar zoetigheden). Ook de cue-exposurehypothese krijgt wat steun, doch slechts bij een kleinere groep: 32% van de vrouwen met eetbuien gaf aan dat de confrontatie met een bepaald soort voedsel de eetbui uitlokte. Bovendien is het spanningsniveau die de confrontatie met dit voedsel uitlokte erg laag: gemiddeld slechts 1,9 (score kan variëren van 0 tot 10) terwijl de emotionele triggers een dubbel zo hoog spanningsniveau krijgen.

Het is tevens opvallend dat de onderzoeksgegevens de cognitief-gedragstherapeutische hypothese niet bevestigen, doch integendeel eerder weerleggen. Negatieve gedachten omtrent de lichaamsbouw en lichamelijk voorkomen, die binnen het cognitief-gedragstherapeutisch model als voornaamste uitlokkers van de eetbuien worden beschouwd, worden slechts sporadisch aangeduid als vermoedelijke trigger van de eetbui en bovendien is het spanningsniveau te verwaarlozen. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding kan te vinden zijn in de aard van onze steekproef: het betrof studentes, geen patiënten. In een vervolgonderzoek wordt verder nagegaan of eetbuien bij patiënten door dezelfde of andere triggers worden uitgelokt. Hierover wordt later gerapporteerd.

ABSTRACT

This article describes the construction of the Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ) and the results of a self-reporting study – by means of the BETQ – concerning the prevalence of binge eating and the type of triggers provoking binge eating in a female student sample. Approximately 41% of the female students reports having had problems with binge eating in the past. Of this sample, 15% reports binge eating-problems on a daily basis. The binge eating triggers most frequently reported and at the same time having the highest level of emotional discomfort were the following: emotional triggers (feeling bored, depressed, anxious, tense and sad) and physiological triggers (being hungry and feeling an urge to eat sweets). Remarkably enough, dysfunctional cognitions regarding body image and body experience were very seldom reported in this student sample.

Refenties

- Cooper, P.J., & Bowskill, R. (1986). Dysphoric mood and overeating. *British Journal Of Clinical Psychology*, 25, 155-156.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P. (1989). Eating Disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 227-314). New York, Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1990). Studies on the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-33.
- Grilo, C.M., Shiffman, S., & Carter-Campbell, J.T. (1994). Binge eating antecedents in normal-weight non-purging females: Is there consistency? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 239-249.
- Hansen, A., & Haan, E. de (1995). De behandeling van bulimia nervosa met cue-exposure: ervaringen uit de praktijk. *Directieve Therapie*, 15, 279-291.

- Jansen, A., Merkelbach, H., & Hout, M.A. van den (1992). Experimentele Psychopathologie. Assen: Van Gorcum.
- Jansen, A. (1993). *Boulimia nervosa effectief behandelen*. Lisse: Swetz & Zeitlinger.
- Lange, A., Vries, M. de, Gest, A., & Oostendorp, E. van (1994). A self-management program for bulimia nervosa: The elements, the rationales and a case study. *Eating Disorders*, 2(4), 329-340.
- Meyer, C., & Waller, G., (1999). The impact of emotion upon eating behaviour: The role of subliminal visual processing of threat cues. *International Journal of Eating Disorder (in druk)*.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H.W. Hoek, J.L. Treasure & M. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: John Wiley.
- Nijenhuis, E., Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1997). De trauma vragenlijst. Ongepubliceerd rapport.
- Pijl, H., & Meinders, A. (1995). Over muizen en mensen: de pathogenese en behandeling van adopositas in genetisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde*, 139(45), 2292-2294 .
- Probst, M., Vandereycken, W., & Vanderlinden, J. (1998). Normering en validering van De Eating Disorder Inventory (Intern Rapport).
- Schmidt & Marks (1989). Exposure plus prevention of bingeing versus exposure plus prevention of vomiting in boulimia nervosa. A crossover study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(5), 259-266.
- Vandereycken, W., & Vanderlinden, J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 101-107.
- Vanderlinden, J. (1992). *Dissociative experiences, trauma and hypnosis. Research findings and clinical applications in eating disorders*. Delft: Eburon.
- Vanderlinden, J. (1998). Boulimia nervosa, cognitieve gedragstherapie, cue exposure en de rol van negatieve emoties: een aanvulling, *Directieve Therapie*, 18(3), 236-244.
- Vanderlinden, J., & Dalle Grave, R. (1997). De Binge Eating Trigger Questionnaire. Ongepubliceerd manuscript.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.