



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 eetbuien uit? Een exploratie van eetbuitriggers bij patiënten met een eetstoornis

Johan Vanderlinden, Riccardo Dalle Grave, Fernando Fernandez, Walter Vandereycken, Guido Pieters en Chris Noorduin*

Samenvatting

Aan de hand van de Binge Eating Trigger Checklist (BETCH) werden eetbuitriggers geëxploreerd bij 242 eetstoornispatiënten. De eetstoornispatiënten vermeldden meerdere triggers van hun eetbuien. Ze rapporteerden een combinatie van negatieve emoties, fysiologische antecedenten (drang naar zoet) en negatieve cognities over onder andere het uiterlijk voorkomen. In mindere mate bleken ook externe stimuli (confrontatie met voedsel) de eetbuien te kunnen uitlokken. Een vergelijking van eetbuitriggers tussen anorexia nervosa-patiënten met eetbuien en boulimia nervosa-patiënten leverden slechts enkele significante verschillen op.

Inleiding

Bij patiënten met eetstoornissen komen eetbuien het meest frequent voor, hetzij in combinatie met anorexia nervosa ('gemengde type'), hetzij als hoofdsymptoom van boulimia nervosa. In dit laatste geval worden de eetbuien gecompenseerd door braken, laxeren of andere gewichtsverminderende strategieën. De eetbuistoornis (*binge eating disorder*) gaat vaak gepaard met gewichtsstijging. Er bestaan allerlei hypothesen rond de uitlokkende factoren van eetbuien en momenteel wordt veel onderzoek verricht naar de mogelijke antecedenten van het verstoorde eetgedrag (Schmidt, 2000). De klinische relevantie van deze onderzoeken is bijzonder groot. Het verwerven van meer inzicht in de uitlokkers van eetbuien kan de therapeut belangrijke richtlijnen geven voor de concrete aanpak van de eetbuien (Vanderlinden, Dalle Grave, Vandereycken, & Noorduin, 2001). Op basis van een uitvoerige literatuurstudie (zie Vanderlinden, 1999) werden de volgende vier factoren geïdentificeerd die vermoedelijk als antecedent of 'uitlokkende factor' (*trigger*) van eetbuien fungeren:

- negatieve gedachten over het lichaam in combinatie met een laag gevoel van eigenwaarde (Fairburn & Cooper, 1989);
- een toestand van vasten die fysiologisch een eetbui kan uitlokken (Fairburn & Cooper, 1989);

* DR. J. VANDERLINDEN is psycholoog-psychotherapeut en onderzoeker bij de gedragstherapeutische dienst van het Universitair Centrum St-Jozef te Kortenberg. Correspondentieadres: Universitair Centrum St-Jozef B-3070 Kortenberg, België.

DR. R. DALLE GRAVE is hoofd van de dienst eetstoornissen van Casa di Cura in Garda, Italië.
DR. F. FERNANDEZ is psycholoog-psychotherapeut aan de Universiteit van Barcelona, Spanje.

PROF. DR. W. VANDEREYCKEN is consulent bij de dienst eetstoornissen van het UC St-Jozef te Kortenberg.

DR. G. PIETERS is hoofd van de dienst eetstoornissen van het UC St-Jozef.

DRS. C. NOORDUIN was als onderzoeker verbonden aan de dienst eetstoornissen van het UC St-Jozef.

- eetbivoedsel en de omgeving waarin de eetbuien zich voordoen, die fungeren als geconditioneerde externe stimuli (Jansen, 1998; Jansen & Meyboom, 1998);
- emotionele toestanden die fungeren als geconditioneerde interne stimuli.

Vanderlinden (1999) onderzocht aan de hand van de *Binge Eating Trigger Checklist* (BETCH; zie Vanderlinden, 2001) de uitlokkende factoren van boulimie in een groep studenten die frequent eetbuien hadden. In dit onderzoek werd stilgestaan bij de uitlokkers die in de beleving van de studenten als antecedenten van de eetbuien fungeerden. De resultaten toonden dat voornamelijk emotionele toestanden (verveling, depressie en angstgevoelens) in combinatie met fysiologische triggers (sterke hongergevoelens die vermoedelijk door perioden van vasten zijn uitgelokt) de eetbuien uitlokten. Negatieve gedachten en geconditioneerde externe stimuli bleken van minder belang te zijn.

Het 'emotioneel eten' wordt door vele boulimische patiënten spontaan gerapporteerd (Alpers & Tuschen-Caffier, 2001). De veronderstelling luidt dat de eetbuien dienen als een vorm van 'emotionele anesthesie' met als doel het vermijden van de confrontatie met pijnlijke emoties en gedachten (Vanderlinden & Vandereycken, 1997), ofwel het maskeren van de oorzaken van deze negatieve emoties (Polivy & Herman, 1999).

Recente onderzoeken bij klinische en subklinische populaties geven steun aan deze hypothese (Eldredge & Agras, 1996; Greeno, Wing, & Schiffman, 2000; Grilo, Schiffman, & Carter-Campbell, 1994; Lange, Vries, De Gest, & Oostendorp, 1994; Meyer & Waller, 1999; Powell & Thelen, 1996; Stickney, Miltenberger, & Wolff, 1999; Waters, Hill, & Waller, 2001).

In het hier besproken onderzoek beogen we de uitlokkers van eetbuien te bestuderen in een grote groep eetstoornispatiënten aan de hand van de BETCH. Zoals bij de studenten vertrekt dit onderzoek vanuit de beleving van de patiënten. Na een globale analyse van de verschillende triggers die de patiënten onderscheiden, maken we tevens een vergelijking tussen de eetbuitrigger van twee subgroepen met eetstoornissen. We vergelijken uitlokkers van eetbuien bij anorexia nervosa-patiënten met eetbuien met uitlokkers bij boulimia nervosa-patiënten. Daarnaast vergelijken we de bevindingen ('het perspectief van de patiënten') met de in de literatuur vermelde mogelijke uitlokkers van eetbuien.

Methodie

Deelnemers

Aan het onderzoek namen 242 Belgische, Italiaanse en Spaanse eetstoornispatiënten deel, die ambulante of residentieel in behandeling waren tijdens het onderzoek. De patiëntenpopulatie bestond uit: 75 anorexia nervosa-patiënten die tevens eetbuien hadden (anorexia nervosa van het gemengde type), 155 boulimia nervosa-patiënten en 12 patiënten met een eetbuisstoornis (*binge-eating disorder*). Enkele vergelijkende gegevens over de groepen staan in tabel 1.

Tabel 1 Leeftijd, ziekte duur en Body Mass Index bij verschillende patiënten.

Patiënten	Leeftijd		Ziekte duur		BMI	
	M	sd	M	sd	M	sd
Totaal (N = 242)	23,8	5,4	6,1	4,5	20,2	4,2
AN (N = 75)	23,4	5,0	6,2	4,4	16,2	2,2
BN (N = 155)	23,0	4,5	5,7	3,7	21,7	3,6
BED (N = 12)	32,0	10,4	9,2	11,3	24,4	4,8

an = anorexia nervosa met eetbuien; bn = boulimia nervosa; bed = binge-eating disorder (eetbuistoornis)

Instrument

De *Binge Eating Trigger Checklist* (BETCH, Vanderlinden & Dalle Grave, 1997) is een zelfrapportagevragenlijst waarbij aan de patiënt gevraagd wordt zo spoedig mogelijk na de eetbui de factoren aan te duiden die deze eetbui hebben uitgelokt. De BETCH beoogt op deze wijze de hulpverlener of onderzoeker meer inzicht te verschaffen in de antecedenten van de eetbuien bij deze specifieke patiënt. Met kennis van deze bevindingen kan de hulpverlener de behandeling verder richten op de voor deze patiënt relevante antecedenten van de eetbuien.

De BETCH kwam als volgt tot stand. Op basis van de analyse van een groot aantal dagboeken van eetstoornispatiënten met eetbuien (waarin patiënten nauwkeurig de antecedenten van hun eetbui moeten omschrijven) én de klinische ervaring van vier experts op het gebied van eetstoornissen, werd aanvankelijk een lijst met negentig items met mogelijke uitlokkers samengesteld. Deze lijst werd nadien voorgelegd aan drie onafhankelijke eetstoornisexperts met de vraag de 'face-validiteit' van elk item afzonderlijk te beoordelen. Alleen deze items waarover consensus bestond tussen de drie beoordelaars, werden geselecteerd. Aldus werden 75 items weerhouden. Een oppervlakkige analyse van deze items gaf aan dat vele items refereren naar de bestaande vier verklaringsmodellen zoals beschreven. Enkele voorbeelden:

- *Cognitieve triggers*: 'Ik maakte me zorgen over mijn lichaamsvorm en gewicht', 'Ik had afschuwelijke gedachten over mijn lichaam' en 'Ik had negatieve gedachten over mezelf';
- *Fysiologische triggers*: 'Ik voelde een drang om zoetigheden te eten', 'Ik had honger' en 'Ik sloeg maaltijden over';
- *Externe (voedsel)stimuli*: 'Ik zag een bepaald soort voedsel', 'Ik brak een dieetregel' en 'Ik werd geconfronteerd met voedsel dat ik normaal eet tijdens een eetbui';
- *Emotionele triggers*, zoals: 'Ik voelde me eenzaam', 'Ik voelde me depressief' en 'Ik voelde me boos'.

De stand van het onderzoek van de BETCH laat evenwel nog niet toe een uitspraak te doen of deze items wel degelijk een bepaalde factor meten.

De BETCH bestaat uit een inleiding en twee delen. De inleiding van de BETCH bevat een uitvoerige en gedetailleerde definitie van een eetbui. De volgende drie aspecten bepalen volgens de DSM-IV of eten al dan niet gezien kan worden als een eetbui: 1 de mate van controleverlies, 2 de hoeveelheid gegeten voedsel en 3 de tijd die het eten in beslag nam (APA, 1994). Johnson, Boutelle, Torgrud, Davig, & Turner (2000) stellen

echter dat de tijd van minder belang is dan het controleverlies en de hoeveelheid voedsel. In de inleiding van de BETCH staat geschreven:

'Eetbuien hebben de volgende kenmerken: 1 het opeten, vaak snel en stiekem, van een grotere hoeveelheid voedsel dan de hoeveelheid die men in normale omstandigheden opeet, en 2 tijdens de eetbui heeft men het gevoel het eetgedrag niet onder controle te hebben (een gevoel alsof men niet kan stoppen met eten of dat de eetdrang oncontroleerbaar is).'

Indien de respondent in het eerste deel aangeeft dergelijke eetbuien te vertonen, worden nog enkele bijkomende vragen gesteld, zoals over het tijdstip en de plaats van de eetbuien, de hoeveelheid voedsel en drank, de frequentie van de eetbuien en het soort compensatiegedrag (vasten, braken, laxeren, extra lichaamsbeweging). Nadien gaat de respondent over naar het tweede deel, waarin de volgende instructies gegeven worden:

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

Aan patiënten wordt gevraagd de BETCH zo snel mogelijk na het optreden van de eetbui in te vullen.

Resultaten

Een analyse van de antwoorden van 242 patiënten op de BETCH geeft aan dat de totale groep gemiddeld per eetbui vijftientig verschillende triggers aankruist. Om meer inzicht te verkrijgen in het belang van de verschillende triggers voor het uitlokken van eetbuien, hebben we gekeken naar de gemiddelde spanningsniveaus en naar het percentage van de patiënten die deze trigger als uitlokker van hun eetbuien aanduiden. Hieronder presenteren we de resultaten van de vijftien belangrijkste uitlokkers ($N = 15$) van eetbuien, zoals gerapporteerd door de totale groep (tabel 2).

Tabel 2 Vijftien belangrijkste triggers bij patiënten (N = 242), hun spanningsniveaus (0-10) en percentage patiënten dat de trigger aanduidt.

Trigger	M	sd	%
1. Ik had negatieve gedachten over mezelf	6,3	4,1	73
2. Ik voelde me depressief	5,7	4,2	68
3. Ik voelde me alleen	5,5	4,0	68
4. Ik voelde een drang om zoetigheden te eten	5,5	4,3	68
5. Ik voelde me dik	5,5	4,5	62
6. Ik voelde me angstig	5,4	4,3	65
7. Ik maakte me zorgen over mijn lichaamsvorm en gewicht	5,2	4,5	59
8. Ik voelde me gespannen	5,1	4,2	62
9. Ik zag mezelf en vond me dik	5,1	4,6	56
10. Ik voelde me droevig	5,0	4,2	52
11. Ik voelde me een mislukking	5,0	4,5	57
12. Ik voelde me waardeloos	4,8	4,4	57
13. Ik voelde me schuldig	4,7	4,4	56
14. Ik maakte me zorgen over mijn toekomst	4,5	4,3	55
15. Ik voelde me leeg van binnen	4,4	4,3	54

De belangrijkste trigger die het hoogste spanningsniveau heeft en tevens het vaakst wordt gerapporteerd (door 73 procent van alle patiënten) is: 'Ik had negatieve gedachten over mezelf (1).' Deze trigger verwijst direct naar negatieve cognities over zichzelf. Verder is het opvallend dat patiënten hoofdzakelijk emotionele toestanden rapporteren als belangrijkste antecedenten van hun eetbuien (zie item 2, 3, 6, 7, 10, 13 en 15). De meeste emoties verwijzen direct of indirect naar gevoelens van depressief en angstig zijn: 'Ik voelde me depressief, alleen, droevig, leeg, schuldig en angstig en gespannen'. Enkele andere uitlokkers die vermoedelijk als een negatieve cognitie kunnen worden bestempeld, sluiten nauw aan bij de hypothese van depressie en angstgevoelens: 'Ik had negatieve gedachten over mezelf' (1), 'Ik voelde me een mislukking' (11) en 'Ik voelde me waardeloos' (12) en 'Ik maakte me zorgen over mijn toekomst' (14). In de lijst bevinden zich nog enkele andere triggers die rechtstreeks met de eetstoornisproblematiek te maken hebben: 'Ik voelde me dik' (5), 'Ik maakte me zorgen over mijn lichaamsvorm en gewicht' (7) en 'Ik zag mezelf en vond me dik' (9). Opvallend is dat slechts één item dat vermoedelijk verwijst naar een fysiologische toestand (drang en hongergevoel) door de patiëntengroep wordt aangeduid bij de vijftien belangrijkste antecedenten: 'Ik voelde een drang om zoetigheden te eten' (4). Externe stimuli als mogelijke uitlokkers van de eetbuien vinden we niet terug bij de vijftien belangrijkste triggers.

Vervolgens maakten we een vergelijking van de uitlokkers van eetbuien tussen de subgroepen van eetstoornissen: anorexia nervosa-patiënten met eetbuien ($N = 75$) versus boulimia nervosa-patiënten ($N = 155$). De groep patiënten met een eetbuistoornis werd, gezien het kleine aantal patiënten ($N = 12$), niet opgenomen in de vergelijking. Opvallend is dat anorexia nervosa-patiënten gemiddeld haast evenveel triggers aanduiden van hun eetbuien als de boulimia nervosa-patiënten: $M = 25,4$ ($sd = 15,7$) versus $M = 25,6$ ($sd = 14,4$). Als de spanningsniveaus van het totaal aangeduide triggers worden opgeteld, worden ook geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen: $M = 210$ ($sd = 135$) voor de anorexiapatiënten versus $M = 213$ ($sd = 131$) voor de boulimiepatiënten. Vervolgens vergeleken we de gemiddelde itemscores van beide groepen aan de hand van een T -toets voor onafhankelijke groepen. Op de eerste vijftien

belangrijkste triggers (zie tabel 2) vonden we geen significante verschillen. Voor wat betreft de overige items blijken anorexiapatiënten op slechts vier van het totaal van 75 items significant verschillend te antwoorden in vergelijking met boulimiepatiënten. Boulimiepatiënten scoren significant hoger op: 'Ik werd geconfronteerd met voedsel dat ik gewoonlijk eet tijdens mijn eetaanval' ($p < .05$) en 'Ik werd gewogen' ($p < .05$), terwijl anorexiapatiënten hoger scoren op: 'Het werd donker buiten' ($p < .01$) en 'Ik voelde me slecht en vuil nadat ik gevrijd had' ($p < .05$). De significantieniveaus bleven behouden nadat gecontroleerd werd voor de invloed van de *Body Mass Index* (BMI).

Bespreking

Vooreerst willen we enkele belangrijke beperkingen van dit onderzoek signaleren. De BETCH is een instrument in ontwikkeling. Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de BETCH is hoofdzakelijk de beleving en het perspectief van de patiënten. De huidige stand van het onderzoek van de BETCH laat ons niet toe definitieve uitspraken te doen over welke soort factoren als discriminerende stimuli (cognities, emoties, fysiologie of externe stimuli) gemeten worden. We kijken dus hoofdzakelijk naar de afzonderlijke items. Toch zijn we de mening toegedaan dat de resultaten een belangrijke aanwijzing kunnen geven van wat patiënten in hun beleving als uitlokkers van hun eetbui percipiëren. Een andere bemerking heeft te maken met het tijdstip waarop de vragenlijst dient ingevuld te worden: het is pas na de eetbui dat patiënten de uitlokkers moeten beoordelen. Het is best mogelijk dat na de eetbui hun beleving en perceptie van de uitlokkers vervormd is of niet meer zo nauwkeurig. Daarenboven is het best mogelijk dat patiënten cognities en emoties niet steeds duidelijk van elkaar kunnen onderscheiden. Ondanks deze beperkingen lijken ons de resultaten belangrijk, gezien de grote groep patiënten.

Een eerste belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat eetbuien nooit door een en dezelfde trigger worden uitgelokt. Zoals eerder werd vastgesteld in een studentenpopulatie met eetbuien (Vanderlinden, 1999), duiden eetstoornispatiënten steeds verscheidene triggers aan als uitlokkers van de eetbui, gemiddeld zelfs vijftienvintig. We vonden geen verschillen in aantal triggers tussen anorexiapatiënten en boulimiepatiënten. Meestal betreft het een combinatie van negatieve emoties, fysiologische toestanden (honger of drang naar zoet) en verscheidene typische eetstoornisgedachten die hoofdzakelijk verband houden met een negatieve evaluatie van het gewicht en lichaam. Ook externe stimuli blijken belangrijk te zijn, doch zij komen niet voor in de lijst van de vijftien belangrijkste triggers. Wanneer we deze lijst van belangrijkste triggers meer gedetailleerd bekijken (zie tabel 2), dan valt het grote aantal emotionele items op. Onze patiëntengroep geeft aan dat depressieve gevoelens de eetbuien uitlokken, net als zich alleen, gespannen, angstig, droevig en schuldig voelen. In navolging van recente onderzoeken (Alpers & Tuschen-Caffier, 2001; Eldregde & Agras, 1996; Greeno et al., 2000; Grilo, et al., 1994; Lange et al., 1994; Meyer & Waller, 1999; Powell & Thelen, 1996; Stickney et al., 1999) wijzen onze bevindingen op het belang van emotionele antecedenten in het uitlokken van eetbuigedrag. Het 'emo-eten' lijkt dus in onze onderzoeksgroep in belangrijke mate aanwezig te zijn. Deze bevinding lijkt steun te geven aan onze hypothese dat patiënten de controle over het eetgedrag verliezen om negatieve gevoelens (voornamelijk depressieve gevoelens) te verdrijven of te verdoven. Maar de negatieve emoties staan niet alleen: zij blijken, in tegenstelling met onze bevinding bij de studenten, vaak gepaard te gaan met depressief

gekleurde gedachten (negatieve evaluaties van zichzelf) en enkele typische eetstoornispreoccupaties met lichaam en gewicht (zich te dik voelen). Deze bevinding geeft steun aan de hypothese uit de cognitieve-gedragstherapie, die deze negatieve evaluaties over zichzelf en het lichaam als cruciale stimuli beschouwt voor het uitlokken van de eetbuien. In het onderzoek bij de studenten, een subklinische groep, blijken deze negatieve cognities als antecedenten voor de eetbuien veel minder belangrijk te zijn (Vanderlinden, 1999).

Naast de emotionele en cognitieve triggers, tonen de resultaten dat patiënten (ongeveer 65 procent) tevens de fysiologische toestand 'een drang naar zoet' als antecedent van de eetbui aanduiden. Daarnaast duidt ongeveer 48 procent van de patiënten de gedachte 'Ik heb honger' aan als uitlokker met een gemiddeld spanningsniveau van 3,6 ($sd = 4,1$). Ook hongergevoelens lijken belangrijk te zijn.

Externe stimuli als mogelijke uitlokkers van de eetbuien vinden we niet terug bij de vijftien belangrijkste triggers. Toch mag hun belang in het uitlokken van eetbuien niet onderschat worden. Twee triggers die rechtstreeks naar externe stimuli verwijzen ('Ik zag een bepaald soort voedsel' en 'Ik werd geconfronteerd met voedsel dat ik gewoonlijk eet tijdens een eetaanval') worden door ongeveer 45 procent van de patiënten als uitlokker aangeduid, met respectievelijk spanningsniveaus van 3,4 en 3,6. Hieruit concluderen dat externe triggers, zoals de confrontatie met eetbuivoedsel, minder belangrijk zouden zijn voor het uitlokken van de eetbuidrang, is vermoedelijk voorbarig. Het is best mogelijk dat het zien en ruiken van voedsel automatisch negatieve cognities, negatieve emoties en drang uitlokt, doch dat de patiënt dit anders attribueert: niet de confrontatie met het voedsel wordt als antecedent aangeduid, doch wel de andere vermelde triggers.

Wanneer we al deze resultaten vergelijken met de vier hypothesen die in de literatuur werden beschreven omtrent discriminerende stimuli die vermoedelijk eetbuien kunnen uitlokken, dan vinden we steun voor al deze vier hypothesen. Eetbuien blijken steeds door een combinatie van deze vier factoren uitgelokt te worden. Negatieve emoties (vooral depressief gekleurd) in combinatie met negatieve gedachten (depressieve gedachten en bezorgdheid over lichaam en gewicht) blijken het vaakst aangekruist te worden en het meeste spanning op te roepen.

Een vergelijking van de eetbuitriggers tussen anorexiapatiënten met eetbuien en boulimiepatiënten gaf toch wel enigszins verrassend slechts enkele significante verschillen. Algemeen kunnen we stellen dat dezelfde stimuli eetbuien uitlokken bij zowel anorexiapatiënten met eetbuien als bij boulimiepatiënten. Beide groepen vermelden gemiddeld haast evenveel triggers en totale spanningsscores die vergelijkbaar zijn. Interessant is de vaststelling dat boulimiepatiënten blijkbaar meer stress ervaren in vergelijking met de anorexiapatiënten wanneer zij geconfronteerd worden met hun favoriete eetbuivoedsel en wanneer zij gewogen worden.

Wat leren deze bevindingen voor de psychotherapiepraktijk? Vooreerst lijkt het zinvol om voor iedere patiënt afzonderlijk de antecedenten van de eetbuien in kaart te brengen. Een instrument als de BETCH kan hierbij nuttig zijn. Onze resultaten illustreren het enorme belang van het specifiek aandacht besteden aan de aanwezigheid van negatieve emoties in de behandeling van patiënten met eetbuien. Naast het identificeren van de verschillende emoties die de eetbuien uitlokken, suggereren de resultaten het belang

van een tweetal therapeutische interventies. Alternatieve strategieën als zelfcontroletechnieken moeten worden aangeleerd om de patiënten op een meer adequate wijze te leren omgaan met deze negatieve emoties. Maar zelfcontroletechnieken zijn niet voldoende. Daarnaast dient binnen de therapeutische context meer en direct gefocust te worden op het activeren en aanmoedigen van deze relevante emotionele inhoud. Technieken als de geleide fantasie, de twee-stoelentechniek, het specifiek focussen op emotionele inhoud en het bijhouden van emotiedagboeken kunnen allemaal nuttige therapeutische technieken zijn bij het activeren van deze emotie.

Ook binnen de cognitieve-gedragstherapie en bij de behandeling van eetstoornispatiënten richt men recentelijk de therapeutische focus minder en minder op het cognitieve niveau. De focus ligt nu bij de impact van impliciete emotionele betekenissen (het affectieve niveau) en het reorganiseren van deze emotionele betekenissen (Samoilov en Goldfried, 2000). Men stelde immers vast dat het reorganiseren van deze emotionele betekenissen vaak moeizaam plaatsvindt of gewoon niet lukt met het aanwenden van de klassieke cognitief-gedragstherapeutische technieken, zoals de 'cognitieve herstructurering' of de 'socratische dialoog'. Verschillende empirische data ondersteunen het belang van het activeren van emoties binnen de psychotherapiecontext en tonen een direct verband tussen de mate van 'leren beleven en uiten van emoties van de patiënt' en het therapieresultaat, ook bij patiënten met de eetbuistoornis (Castonguay, Pincus, Agras, & Hines, 1998). Het lijkt alsof de in de therapiesessie beleefde emotionele *arousal* een noodzakelijke en primaire stap is in het reorganiseren en veranderen van belangrijke emotionele inhoud, assimilatie van nieuwe informatie die nadien het ontwikkelen van nieuwe, meer efficiënte gedachten over zichzelf toelaat. Met andere woorden: het lijkt alsof een emotionele verandering vooraf dient plaats te vinden vooraleer patiënten op succesvolle wijze hun negatieve evaluaties en gedachten kunnen bijsturen. We plannen deze boeiende hypothesen verder te onderzoeken bij onze eetstoornispatiënten.

Abstract

We studied self-reported binge eating triggers, by means of the Binge Eating Trigger Checklist (BETCH), in 242 eating-disordered patients. The results show that binge eating was elicited by different kind of triggers, i.e. a combination of emotional triggers (negative emotions), physiological triggers (craving for sweets) and negative cognitions (mostly about the physical appearance). External stimuli (such as confrontation with food) were less important as antecedents of binge eating. A comparison of binge eating triggers between anorexia nervosa patients with binge eating and bulimia nervosa patients showed only a few significant differences.

Referenties

- Alpers, G.W., & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 2, 339-352.
- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Johan Vanderlinden, Riccardo Dalle Grave, Fernando Fernandez, Walter Vandereycken, Guido Pieters en Chris Noorduyn

- Castonguay, L.G., Pincus, A.L., Agras, W.S., & Hines, C.E. (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: When things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research, 8*, 225-238.
- Eldregde, K.L., & Agras, W.S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 19*, 73-82.
- 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.
- Greeno, C.G., Wing, R.R., & Schiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without BED. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 95-102.
- Grilo, C.M., Schiffman, 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.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 257-272.
- Jansen, A., & Meyboom, A. (1998). *Behandelingsstrategieën bij boulimia nervosa*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Johnson, W.G., Boutelle, K.N., Torgrud, L., Davig, J.P., & Turner, S. (2000). What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 471-479.
- Lange, A., Vries, M., Gest, A. de & Oostendorp, E. van (1994). A self-management program for bulimia nervosa: The elements, the rationales and a case study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 2*, 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 Disorders, 24*, 319-326.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders, 26*, 153-164.
- Powell, A.L., & Thelen, M.H. (1996). Emotions and cognitions associated with bingeing and weight control behavior in bulimia. *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 317-328.
- Samoilov, A., & Goldfried, M.R. (2000). Role of emotion in cognitive-behaviour therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 373-393.
- Schmidt, U. (2000). Binge eating and binge eating disorder. *European Eating Disorder Review, 8*, 340-343.
- Stickney, M., Miltenberger, R., & Wolff, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*, 177-189.
- Vanderlinden, J. (1998). Boulimia nervosa, cognitieve-gedragstherapie, cue exposure en de rol van negatieve emoties: een aanvulling. *Directieve Therapie, 18*, 236-244.
- Vanderlinden, J. (1999). Welke factoren lokken eetbuien uit? Een exploratief onderzoek met de Binge Eating Trigger Questionnaire (BETQ). *Directieve Therapie, 19*, 304-314.
- Vanderlinden, J. (2001). *Boulimie en eetbuien overwinnen. Een gids voor patiënt, gezin en therapeut*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J., & Dalle Grave, R. (1997). *De Binge Eating Trigger Checklist*. Ongepubliceerd manuscript.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Vandereycken, W., & Noorduyn, C. (2001). Which factors do provoke binge-eating? An exploratory study in female students. *Eating Behaviors, 2*, 79-83.
- Waters, A., Hill, A., & Waller, G. (2001). Bulimics' responses to food cravings: Is binge-eating a product of hunger or emotional state. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 877-886.