



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

Een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor patiënten met obesitas en binge eating disorder: kortetermijnresultaten

An Adriaens, Guido Pieters, Davy Vancampfort, Michel Probst en Johan Vanderlinden

SAMENVATTING Dit artikel beschrijft een nieuwe cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor patiënten met obesitas en binge eating disorder. Het programma loopt één dag per week gedurende zes maanden (24 sessies). De specifieke therapeutische doelen zijn onder meer: het normaliseren van het eetgedrag en stoppen van de eetbuien; het bevorderen van lichaamsbeweging en een positieve lichaamsbeleving; het aanleren van sociale vaardigheden, zoals assertiviteit; het installeren van een functioneel zelfevaluatiesysteem; het leren identificeren, verdragen en uitdrukken van negatieve emoties; het bevorderen van zelfvertrouwen; het voorkomen van terugval en het bevorderen van de algemene levenskwaliteit. We beschrijven enkele onderzoeksgegevens over de effectiviteit van dit programma op korte termijn. Ondanks een vrij beperkt gewichtsverlies, daalde het aantal eetbuien per week aanzienlijk. Daarmee werd onze belangrijkste doelstelling gehaald. Daarnaast tonen de resultaten enkele veelbelovende verbeteringen wat betreft psychologisch welzijn, zoals significant minder depressieve klachten en angstklachten. Follow-up op langere termijn is nodig om het nut van dit programma te bevestigen.

Inleiding

De eetbuiestoornis of binge eating disorder (BED) werd in 1959 voor het eerst beschreven door Stunkard (1959). In de vierde editie van de DSM wordt ze voorgesteld als een nieuwe diagnostische categorie binnen het spectrum van de eetstoornissen. Momenteel valt BED onder de categorie van de 'eetstoornis niet anderszins omschreven', een diagnostische categorie die eetstoornissen met een duidelijke

A. ADRIAENS, PROF. DR. G. PIETERS, D. VANCAMPFORT, PROF. DR. M. PROBST en DR. J. VANDERLINDEN zijn het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, Campus Kortenberg, België. J. VANDERLINDEN is tevens verbonden aan de afdeling Psychodiagnostiek en Psychopathologie, Faculteit Psychologie, van de KULeuven, België. E-mail: an.adriaens@uc-kortenberg.be.

klinische ernst omvat, maar die niet voldoen aan de criteria voor anorexia nervosa (AN) of bulimia nervosa (BN). Het hoofdkenmerk van de eetbuistoornis is de aanwezigheid van eetbuien, tijdens welke men zeer snel grote hoeveelheden voedsel eet, vaak stiekem, en waarbij compenseergedrag, zoals braken, laxeren of hyperactiviteit, ontbreekt. Een overzicht van de DSM-IV criteria wordt gegeven in kader 1 (APA, 2000).

Kader 1 Onderzoekscriteria DSM-IV-TR voor eetbuistoornis

- a. Herhaaldelijke episodes van eetbuien. Een eetbui wordt gekarakteriseerd door de volgende kenmerken:
 - in een korte tijdspanne (binnen 2 uur) een hoeveelheid voedsel eten die groter is dan de meeste mensen in eenzelfde tijdsbestek onder dezelfde omstandigheden zouden eten;
 - een gevoel van controleverlies over het eten tijdens de eetbui (het gevoel niet te kunnen stoppen met eten of niet te kunnen controleren wat of hoeveel men eet).
- b. De eetbuien zijn geassocieerd met drie (of meer) van de volgende kenmerken:
 - sneller dan normaal eten;
 - eten tot men zich onpasselijk voelt;
 - grote hoeveelheden eten wanneer men geen fysieke honger heeft;
 - alleen eten uit schaamte over de hoeveelheid;
 - zich walgelig, depressief of schuldig voelen na het overeten.
- c. Duidelijke spanningen omtrent de eetbuien.
- d. De eetbuien komen gedurende zes maanden gemiddeld minimaal twee dagen per week voor.
- e. De eetbuien gaan niet gepaard met herhaaldelijk compenseergedrag (zoals braken, vasten of hyperactiviteit) en komen niet louter voor in het verloop van anorexia nervosa of bulimia nervosa.

Hoewel obesitas geen criterium is voor BED, bestaat er toch een sterke associatie tussen beide (Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003; De Zwaan, 2001). Een studie van Yager (2008) meldt dat 65% van de BED-patiënten obees (BMI \geq 30) is. Onderzoeksgegevens betreffende de prevalentie van obesitas in de BED-populatie zijn echter zeer

uiteenlopend (Vanderlinden, Dalle Grave, Fernandez, Vandereycken, & Pieters, 2004).

Wanneer we obesen die niet aan de BED-criteria voldoen, vergelijken met obese BED-patiënten, zien we dat deze laatste groep vaak meer ernstige obesitas en meer eetstoornispsychopathologie (o.a. een grotere ontevredenheid over het lichaam, meer emotioneel eten) vertoont (Wilfley, Wilson, & Agras, 2003). Bovendien blijkt uit de onderzoeksgegevens dat obese binge eaters zichzelf negatiever evalueren en een lager gevoel van eigenwaarde rapporteren dan obesen zonder BED. Bijgevolg vertonen obese binge eaters meer comorbide psychiatrische aandoeningen en symptomen, zoals depressie en angst, en meer symptomen van de DSM-IV-As-II-stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen, voornamelijk cluster B en C) (Javaras et al., 2008; Mitchell & Perderon Mussel, 1995; Wilfley et al., 2003).

Tot dusverre zijn er weinig epidemiologische gegevens over de prevalentie van BED bekend. Bij obese volwassenen die behandeling zoeken voor hun overgewicht, variëren de prevalentiecijfers van 1,3% tot 30,1% (Dingemans, Bruna, & Van Furth, 2002). In de algemene populatie spreekt men van een prevalentie van 1 tot 3,3%. BED is zowel aanwezig bij mannen (40%) als bij vrouwen (60%) (Hay, 1998; Spitzer et al., 1992 en 1993).

Vanwege de gelijkenissen met BN focusten de eerste behandelingsonderzoeken voor BED zich vooral op therapieën die hun effectiviteit al hadden bewezen bij BN, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en antidepressiva. CGT is de meest onderzochte behandelingsmethode voor zowel BN als BED en wordt algemeen aanvaard als de voorkeursbehandeling voor beide stoornissen. Verder onderzoek en langetermijnfollow-up is echter noodzakelijk (Brownley, Berkman, Sedway, Lohr, & Bulik, 2007; Dingemans et al., 2002). Een aantal farmacologische studies evalueerde de effectiviteit van een behandeling met antidepressiva voor BED (o.a. Fluoxetine, Sertraline, Fluvoxamine, Desipramine en Citalopram). De resultaten tonen geen gewichtsverlies, wel een afname van het aantal eetbuien per week, maar slechts op korte termijn (Carter et al., 2003; Dingemans et al., 2002). Een combinatie van CGT en antidepressiva lijkt weinig meerwaarde te bieden in vergelijking met CGT alleen (Wonderlich, De Zwaan, Mitchell, Peterson, & Crow, 2003; De Zwaan, 2001;).

In het volgende deel beschrijven we een nieuwe cognitief-gedrags-therapeutische behandeling voor patiënten met een eetbuistoornis én obesitas in het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven Campus Kortenberg (België), en enkele voorlopige onderzoeksresultaten over de effectiviteit van het programma.

Behandelprotocol voor binge eating disorder

In 2005 zijn we in ons centrum met een nieuw cognitief-gedragstherapeutisch programma voor de behandeling van patiënten met obesitas en BED gestart. Het programma loopt één dag per week gedurende 24 weken. Het is gericht op mannen en vrouwen met een eetbuisstoornis, vaak in combinatie met obesitas. De behandeling bestaat uit sterk gestructureerde groepstherapeutische sessies (maximaal negen deelnemers) volgens een stapsgewijs behandelprotocol (Vanderlinden, 2008; Vanderlinden, Pieters, Probst, & Norré, 2007a en 2007b).

Doelstellingen van de behandeling

Kort gezegd luiden de doelstellingen van het nieuwe cognitief-gedragstherapeutisch programma als volgt:

1. vergroten van kennis over binge eating en de risico's van obesitas via psycho-educatie;
 2. bevorderen van de motivatie voor gedragsverandering;
 3. normaliseren van het eetgedrag, alsmede het bevorderen van een actieve levensstijl en een positieve lichaamsbeleving;
 4. bewust worden van de verschillende uitlokkers van eetbuien en aanleren van alternatieven om met deze moeilijke situaties om te gaan (en dus de eetbuien te stoppen);
 5. installeren van een functioneel zelfevaluatiesysteem (opsporen en corrigeren van denkfouten en negatieve cognities);
 6. vergroten van zelfvertrouwen en assertiviteit;
 7. leren identificeren, verdragen en uitdrukken van negatieve emoties;
 8. het risico op terugval minimaliseren via terugvalpreventie.
- Gewichtsverlies behoort niet tot de belangrijkste doelstellingen. Immers, de meeste patiënten hebben reeds vele jaren nutteloze pogingen ondernomen om gewicht te verliezen met het bekende resultaat: een lichaamsgewicht dat steeds toeneemt (het bekende jojo-effect). Daarom willen we hun een realistische en haalbare doelstelling omtrent gewichtsverlies voorstellen, zoals een maximale gewichtsfname van 10% van het totale gewicht. Bovendien willen we de veel te sterke fixatie en/of obsessie op hun gewicht doen afnemen en de sterke band tussen zelfvertrouwen en gewicht wat loskoppelen. Vandaar dat de focus voornamelijk ligt op het bevorderen van fysiek en psychisch welzijn.

Het interdisciplinaire team bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een voedingsdeskundige, een psychiatrisch verpleegkundige en

een psychomotorisch therapeut. Hierna worden de verschillende behandelingsonderdelen besproken.

Normaliseren van het eetgedrag

De eerste twee tot vier sessies van de behandeling richten zich op psycho-educatie over BED en de risico's van overgewicht. De behandelingsprincipes worden uitgelegd en de motivatie voor gedragsverandering wordt nagegaan. Ook wordt elke patiënt gevraagd om zeer zorgvuldig een eetdagboek bij te houden. Dit dagboek kan de therapeut én de patiënt helpen om meer zicht te krijgen op het eetpatroon en om geleidelijk te komen tot een normaal, evenwichtig en gezond eetpatroon. Hierbij wordt in eerste instantie de nadruk gelegd op het creëren van een zekere regelmaat in het eetpatroon: drie hoofdmaaltijden en drie tussendoortjes per dag. Diëten is niet toegestaan. Daarnaast is het eetdagboek een belangrijk werkinstrument bij het opsporen van uitlokkende factoren en risicosituaties voor eetbuien. Een volgende stap is om, bij blootstelling aan deze moeilijke situaties, alternatieven leren toe te passen (gedragsstrategieën, cognitieve en emotionele strategieën worden voorgesteld).

Psychomotorische therapie

Tijdens de psychomotorische therapie, die een vast onderdeel van het programma vormt, worden verschillende activiteiten (o.a. wandelen, zwemmen, fitness) beoefend, aangepast aan de individuele situatie en mogelijkheden van elke patiënt. Daarnaast worden patiënten aangemoedigd zo veel mogelijk lichaamsbeweging in te bouwen in hun dagelijkse leven (zoals vaker de trap nemen, de auto thuis laten en te voet gaan, een halte eerder uit de bus stappen). Patiënten registreren hun dagelijkse activiteiten, onder meer met behulp van een stappen-teller.

Aanleren van specifieke vaardigheden

Naast aandacht voor de normalisering van het eetpatroon en het bevorderen van lichamelijke activiteit, worden verschillende behandelingsmodules voorgesteld, gericht op het aanleren van specifieke vaardigheden. Deze modules lopen elk vier of vijf sessies volgens een duidelijk gestructureerde stap-voor-stapbenadering. De volgende thema's komen aan bod:

1. Het installeren van een functioneel zelfevaluatiesysteem en het verminderen van negatief denken. Disfunctionele gedachten die verandering kunnen belemmeren (bijvoorbeeld: 'Ik zal nooit op een normale manier met eten kunnen omgaan' of 'telkens wanneer ik alleen ben, loopt mijn eetpatroon mis' of 'ik ben een mislukking') worden in kaart gebracht, uitgedaagd en geherformuleerd. Daarnaast worden gedragsexperimenten voorgesteld om de negatieve gedachten verder uit te dagen.
2. Het verbeteren van het zelfvertrouwen. Patiënten maken een realistische schets van hun mogelijkheden en beperkingen, en leren strategieën toe te passen die hun zelfvertrouwen kunnen vergroten (bijvoorbeeld: sociale contacten uitbouwen, zichzelf belonen, zelfzorg).
3. Leren omgaan met en tolereren van negatieve emoties: leren herkennen en benoemen/uiten van emoties alsmede negatieve emoties leren tolereren en accepteren. Daarnaast gaat aandacht uit naar het vaker leren ervaren van en zich vaker blootstellen aan positieve emoties. Verschillende meditatie- en relaxatietechnieken worden hiertoe aangeleerd.
4. Het aanleren van sociale vaardigheden zoals assertiviteit, voornamelijk via rollenspel.
5. Terugvalpreventie. Risicofactoren voor terugval en mogelijke maatregelen worden in kaart gebracht en samengevoegd tot een 'noodplan'.

Evaluatie

Na twaalf sessies en aan het einde van de behandeling vindt een evaluatie van het therapeutisch proces plaats, waarbij verschillende aspecten (herstel normale eetpatroon, invullen van het eetdagboek, stoppen met diëten, geleidelijk afbouwen van eetbuien en toepassen van alternatieven in confrontatie met eetbui-uitlokkers, lichaamsbeweging en meer) worden besproken en geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie kunnen nieuwe werkpunten en behandeldoelen worden vastgelegd. Eventueel kan, in overleg, beslist worden de behandeling te verlengen met telkens drie maanden (twaalf sessies) tot maximaal één jaar behandelingsduur.

In het volgende deel beschrijven we enkele voorlopige resultaten van deze behandeling aan de hand van verschillende parameters en psychologische maatstaven.

Methode

Deelnemers

Deze studie werd goedgekeurd door een ethische commissie. In totaal werden 23 BED-patiënten in de studie opgenomen: 18 vrouwen en 5 mannen. Alle patiënten die sinds maart 2005 de zes maanden durende behandeling hadden afgerond (drie verschillende groepen van maximaal negen personen) werden geïncludeerd. Zowel bij aanvang van de behandeling als na het afronden van alle sessies werd bij alle deelnemers een reeks psychologische tests afgenomen. Drie patiënten werden van de studie uitgesloten, omdat zij de gegevens van de post-meting niet of onvolledig terugbezorgden. Van alle patiënten werd een schriftelijke toestemming voor deelname aan het onderzoek verkregen. De drop-out van het programma was erg laag: 95% van alle patiënten volgde de behandeling tot de laatste sessie. Mogelijk kunnen de duidelijke afspraken en het ondertekenen van een behandelingsovereenkomst hiervoor een verklaring bieden. Bij aanvang van de behandeling was de gemiddelde leeftijd van de deelnemers 38,1 ($sd \pm 12$) jaar en hadden zij een gemiddelde BMI van 38 ($sd \pm 9.4$) kg/m^2 . Het aantal eetbuien per week was gemiddeld 5,9 ($sd \pm 2.6$). De gemiddelde ziekteduur bedroeg 13,2 jaar ($sd = 12$), wat aangeeft dat het om een chronische problematiek gaat.

Meetinstrumenten

Bij aanvang van de behandeling werd een aantal psychologische vragenlijsten afgenomen. Deze procedure werd zes maanden later, na afloop van de behandeling, herhaald. Om het algemeen psychologisch welzijn te kunnen beoordelen werd de Symptom Checklist (SCL-90) gebruikt (Arrindell & Ettema, 1986). Naast een globale maat voor 'psychoneuroticisme' bevat dit instrument onder meer de volgende schalen: angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit en slaapproblemen. Met behulp van dit meetinstrument willen we nagaan of de behandeling invloed heeft op het fysieke en psychische welzijn van de patiënten, wat deel uitmaakt van onze behandelingsdoelstellingen.

De Body Attitude Test (BAT) is bedoeld voor het meten van de subjectieve lichaamsbeleving (Probst, 1997; Probst, Van Coppenolle, & Vandereycken, 1997; Probst, Vandereycken, Van Coppenolle, & Vanderlinden, 1995). De BAT is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit twintig items, die ontwikkeld werd voor vrouwelijke

eetstoornispatiënten. Factoranalyses resulteerden in vier stabiele factoren: 'negatieve beleving van de lichaamsomvang', 'gebrek aan vertrouwen met het eigen lichaam', 'algemene ontevredenheid met het lichaam' en een restfactor van twee items. De vragenlijst geeft een goede betrouwbaarheid en validiteit.

De Eating Disorder Inventory (EDI) is een universeel aangewend instrument dat de attitudes en psychologische kenmerken meet die vaak bij eetstoornissen voorkomen (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983). De validiteit en betrouwbaarheid zijn goed. In deze studie werden uitsluitend de totaalscore en de subschalen 'bulimia', 'drive for thinness' en 'body dissatisfaction' gebruikt. Deze schalen geven ons namelijk een indicatie van de mate waarin het eetpatroon genormaliseerd is en hoe de lichaamsbeleving geëvolueerd is na afloop van de behandeling.

De Beck Depression Inventory (BDI) bestaat uit 21 meerkeuzevragen en is een zelfrapportagevragenlijst (Beck, Steer, & Brown, 1996). De BDI is een van de meest gebruikte instrumenten voor het meten van de ernst van een depressie.

De Dissociation Questionnaire (DIS-Q) geeft naast een totale score vier subschalen namelijk (1) identiteitsverwarring en -fragmentatie (verwijzend naar ervaringen van derealisatie en depersonalisatie); (2) controleverlies (verwijzend naar ervaringen van verlies van controle over gedrag, gedachten en emoties; deze subschaal bevat ook een aantal items over de controle over het eetgedrag), (3) amnesie (verwijzend naar ervaringen van geheugenverlies), en (4) absorptie/verhoogde concentratie (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, & Verkes, 1993). De DIS-Q vertoont een goede interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en validiteit. Wij waren vooral geïnteresseerd in de subschaal 'controleverlies'; deze subschaal bevat namelijk verschillende items die navraag doen naar het verlies van controle over het eetgedrag.

Statistische analyse

Er werd gebruikgemaakt van een tweezijdige t-toets, waarbij de scores van de patiëntengroep bij aanvang en aan het einde van de behandeling werden vergeleken. Om een uitspraak te doen over de grootte van deze veranderingen werden Cohens *d* effect sizes berekend (< 0.15 verwaarloosbaar effect; > 0.15 en < 0.40 klein effect; > 0.40 en < 0.75 medium effect; > 0.75 en < 1.10 groot effect; zeer groot effect > 1.10 en < 1.45; gigantisch effect > 1.45).

Resultaten

Bij aanvang van de behandeling vertoonden de meeste patiënten ernstige zwaarlijvigheid: hun gewicht was gemiddeld 109 kg en de gemiddelde BMI was 38. De frequentie van het aantal eetbuien was zeer hoog. Gemiddeld rapporteerden de patiënten bijna zes eetbuien per week. De resultaten van deze studie staan in tabel 1.

Tabel 1. Vergelijking (t-toets tweezijdig) van scores bij aanvang en bij einde van behandeling voor BED-patiënten (N=20) + Cohen's d effect sizes.

	M (sd)-score bij aanvang van behandeling	M (sd)-score na afloop van behandeling	T-test tweezijdig	Effect size
aantal eetbuien/week	5,9 (2.6)	1,5 (1.5)	0,000	2.2
BMI	38 (9.5)	36,7 (8.0)	NS	0.15
SCL-totaalscore	240 (65)	187 (69)	0,001	0.8
SCL-angst	26,5 (10.5)	20,6 (9.0)	0,01	0.6
SCL-depressie	47 (13.5)	36 (13.8)	0,01	0.8
SCL-slaapproblemen	8,5 (3.6)	7,7 (3.8)	NS	0.2
Beck Depressie Vragenlijst	26 (10)	16 (10.2)	0,001	1.0
BAT-totaal	73 (13)	56 (18)	0,001	1.1
EDI-totaal	80 (27)	48 (29.6)	0,001	0.8
EDI-bulimia	9 (4.1)	2,7 (2.7)	0,000	1.8
EDI Body Dissatisfaction	20 (6)	13,6 (7.7)	0,001	0.9
EDI Drive for Thinness	13 (5.4)	7 (6.4)	0,001	1.0
DIS-Q-controleverlies	2,9 (0.7)	2,2 (0.7)	0,001	1.0

BMI = Body Mass Index; SCL=Symptom Check List; BAT= Body Attitude Test; EDI=Eating Disorder Inventory; DIS-Q= Dissociation Questionnaire

Naast het probleem van obesitas rapporteerden de patiënten een breed scala aan eetproblemen en psychologische problemen, waaruit een belangrijke comorbiditeit naar voren komt. Zo geeft de totaalscore op de Eating Disorder Inventory (EDI) een hoge en ernstige algemene eetstoornispathologie aan. Verschillende symptomen van binge eating disorder zijn sterk vertegenwoordigd (EDI-bulimia; DIS-Q-controleverlies). Patiënten ervaren hun lichaam en lichaamsomvang als zeer negatief en rapporteren een belangrijk gebrek aan vertrouwdheid met hun eigen lichaam (BAT-totaalscore; EDI Body Dissatisfaction). Bovendien tonen de resultaten een sterke psychiatrische comorbiditeit (hoge score op SCL-totaalscore), die onder andere tot uiting komt in klachten van ernstige depressie (SCL-90 subschaal depressie; Beck Depressie Score = 26, cut-off voor ernstige depressie

= 20), angstklachten en slaapproblemen (SCL-90 subschaal angst en subschaal slaapproblemen).

Kortetermijngegevens na zes maanden behandeling tonen enkele belangrijke veranderingen op verschillende gebieden en forse effect sizes voor verscheidene variabelen. Het aantal eetbuien per week daalde significant ($p = 0,001$) van 5,9 tot minder dan 2 episodes per week. Negen van de 23 patiënten rapporteerden dat eetbuien op het einde van de behandeling minder dan één keer per week voorkwamen. Bij één persoon waren de eetbuien volledig afwezig. De effect sizes op de variabelen 'aantal eetbuien' en 'EDI-bulimia' geven aan dat onze behandeling een zeer groot effect had op het verminderen van de eetbuien en boulimiedrang. Dit wordt tevens bevestigd door de sterkere controle over het eetgedrag die de patiënten aangeven (effect size toont groot effect).

Patiënten verloren gemiddeld slechts 4 kilo gewicht ($p = 0,01$) en de BMI daalde van 38 tot 36,7 (NS). Slechts acht van de 23 patiënten verloren 5% of meer van hun lichaamsgewicht. Naast de verbetering in eetgedrag evolueerden verscheidene andere psychologische parameters in gunstige zin. Allereerst was er een sterke vooruitgang in de lichaamsbeleving (BAT-score) en een sterke afname in de drang om steeds meer gewicht te verliezen (EDI Drive for thinness). Algemeen was er een groot effect op de totaalscore van de SCL, wat een duidelijke verbetering suggereert van het algemeen psychologisch welzijn van onze patiënten aan het einde van de behandeling; en dat was onze voornaamste doelstelling. Verder verbeterde de stemming van patiënten aanzienlijk tot binnen de normale range (BDI) en daalden ook de angstgevoelens, zij het in mindere mate. Opvallend is dat onze behandeling minder effect had op de slaapproblemen.

Bespreking

Deze studie beschrijft de kortetermijnonderzoekresultaten na zes maanden behandeling in een geprotocoliseerd cognitief-gedragstherapeutisch programma voor patiënten met obesitas en binge eating disorder.

Gewicht

Wat het gewichtsverlies betreft werd geen significante verandering behaald. Hier dient wel opgemerkt te worden dat zelfs een bescheiden gewichtsverlies van 5% van het totale gewicht (wat acht patiënten uit de streekproef toch behaalden) meestal resulteert in het drastisch

minimaliseren van mogelijke gezondheidsrisico's, zoals cardiovasculaire verwikkelingen en diabetes.

Maar laten we eerlijk zijn, het gemiddelde gewichtsverlies bleef vrij beperkt, ondanks het feit dat het aantal eetbuien per week aanzienlijk verminderde. Hoe kunnen we dit verklaren? Allereerst tonen verschillende studies dat CGT niet leidt tot significante veranderingen in het lichaamsgewicht en dus niet effectief is voor gewichtsafname (Bulik, Brownley, & Shapiro, 2007; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Een andere mogelijke verklaring voor het beperkte gewichtsverlies is het feit dat het merendeel van de patiënten in onze steekproef reeds meerdere jaren aan obesitas lijdt en vaak een lange voorgeschiedenis van zeer restrictieve diëten kende. Zulke diëten resulteren meestal in sterk gewichtsverlies op korte termijn, maar vroeg of laat lokken de vele beperkingen in het eetpatroon eetbuien uit, waarna het gewicht weer toeneemt (het zogenaamde jojo-effect). Grote schommelingen in het lichaamsgewicht kunnen leiden tot een fysiek 'protest' van het menselijk lichaam, wat het steeds moeilijker maakt om gewicht te verliezen. Aan het begin van de behandeling proberen wij dit aan de patiënten uit te leggen en benadrukken we het feit dat geen enkel restrictief dieet een oplossing biedt voor hun eetstoornis. Ons doel is te komen tot een 'normaal' eetpatroon en een verandering in de levensstijl, die kan worden volgehouden op lange termijn. De behandeling van het overgewicht was overigens niet de voornaamste focus van de therapie. Desondanks blijft het een therapeutische uitdaging om patiënten te helpen meer gewicht te verliezen (streefdoel 10% van aanvangsgewicht) dan het resultaat dat in deze studie behaald werd.

Eetpatroon en eetbuien

Hoofddoel van de behandeling was het verminderen van het aantal eetbuien, het installeren van een normaal eetpatroon naast een verbetering van het algemeen welzijn en de levenskwaliteit van de patiënten. De resultaten laten zien dat deze belangrijkste doelstellingen wel werden gerealiseerd. Het aantal eetbuien en de hoge scores bij aanvang van de behandeling op verschillende schalen die eetstoornispathologie meten (bijv. bulimiasubscala van de EDI, subscala controleverlies van de DIS-Q) waren op het einde van de behandeling alle significant gedaald. Patiënten gaven aan dat ze veel meer controle over hun eetdrang hadden, wat bevestigd werd door de forse afname op de subscala controleverlies van de DIS-Q.

Deze resultaten staven ons in ons vermoeden dat klassieke diëten beter vermeden kunnen worden en dat een effectieve behandeling zich beter kan richten op het verhogen van het bewustzijn en de alertheid

voor verschillende eetbui-uitlokkers en op het aanleren van alternatieven in het omgaan met deze moeilijke situaties.

Psychologische parameters

Bij aanvang rapporteerden onze patiënten een brede waaier van ernstige psychische problemen (o.a. depressie, angst). Deze bevinding stemt overeen met de literatuur, die een belangrijke comorbiditeit van binge eating disorder met andere psychiatrische aandoeningen aan toont (Javaras et al., 2008; Mitchell et al., 1995; Wilfley et al., 2003). Wij zijn van mening dat dit een factor kan zijn die interfereert met het bereiken van therapeutische doelstellingen. Sommige symptomen van depressie (zoals regressie, verstoord dag-nachtritme) maken het bijvoorbeeld vaak moeilijk om een regelmatig eetpatroon of een actievare levensstijl na te streven. Ondanks de ernstige psychiatrische comorbiditeit in deze steekproef tonen de resultaten van de behandeling enkele veelbelovende verbeteringen op verschillende psychologische parameters. Zowel de stemming, het angstniveau als het algemeen psychologisch welzijn van de patiënten waren aanzienlijk verbeterd bij het afronden van de behandeling.

Welke factoren hebben nu bijgedragen aan deze positieve veranderingen? Wij gaan ervan uit dat de interdisciplinaire aanpak in combinatie met een gestructureerde stap-voor-stapbenadering binnen een groepstherapeutisch kader deze verbeteringen mogelijks faciliteren. Het merendeel van de patiënten was zeer positief over het in een groep werken aan individuele therapeutische doelen. Naar onze mening komt dit de motivatie ten goede en voorkomt het vroegtijdige drop-out uit de behandeling. Ook het maken van duidelijke afspraken (zoals betalingen, afwezigheden, verwachtingen) die in een behandelingsovereenkomst worden uitgeschreven, en de transparantie van het behandelprotocol dragen hier mogelijk aan bij.

Beperkingen

Deze studie wordt echter geconfronteerd met enkele beperkingen, zoals een vrij kleine steekproef en een gebrek aan follow-upgegevens op de lange termijn. Daarom zijn we van plan onze onderzoeksgroep in de toekomst te vergroten en een systematische opvolging op langere termijn (bijvoorbeeld een jaar na het afronden van de behandeling) te plannen. Op dit moment wordt een follow-up op langere termijn uitgevoerd. Verder beschikken we in de huidige studie niet

over een controlegroep van patiënten die geen behandeling volgden of een wachtlijstconditie.

Aangezien het risico op terugval na het afronden van de behandeling vrij groot is, is het noodzakelijk de langetermijneffecten te objectiveren: welke patiënten slagen erin hun gewichtsverlies vast te houden, vrij van eetbuien te blijven en hoe scoren zij op de genoemde psychologische parameters (lichaamsontevredenheid, depressie, angst, enzovoort)?

Verder stelden we vast dat veel patiënten tijdens de behandeling geconfronteerd werden met moeilijke familiale situaties, zoals relatieproblemen en conflicten in het gezin van herkomst. Ofschoon de mogelijkheid geboden werd tot bijvoorbeeld partnersgesprekken, maakten weinigen hiervan gebruik. Het spreekt voor zich dat een beter therapieresultaat te verwachten valt wanneer gezinsleden zich steunend en begrijpend opstellen. Daarnaast stelden we vast dat ondanks de intensiteit van de behandeling, een behandelingsduur van zes maanden voor veel patiënten van te korte duur was. Velen van hen vonden het na vele jaren obsessieel diëten moeilijk om hun eetproblemen vanuit een psychologische invalshoek te benaderen. Verlenging van de behandeling met 12 tot maximaal 24 weken (dat wil zeggen: een totale behandelingsduur van één jaar) lijkt voor sommige patiënten aangewezen om tot blijvende resultaten te komen.

We zullen in de toekomst rapporteren over deze hypothesen en onze langetermijnresultaten.

ABSTRACT This article describes an innovative cognitive-behavioural therapeutic program for patients with binge eating disorder and obesity. The program runs one day a week during six months (24 sessions). The most important therapeutic goals are: normalization of eating behaviour and stopping of the binges; promoting physical exercise and a positive body experience; learning social skills such as assertivity, installing a functional self-evaluation system, promoting self-esteem and the prevention of relapse. Overall, the program aims at improving the general physical and psychological well being. Some preliminary results of the efficacy of this program are described. Notwithstanding a limited loss of weight, the program resulted in an important reduction of the number of binge episodes, a major goal of the program. Moreover, the results show that the psychological well being of the patients improved significantly.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brownley, K.A., Berkman, N.D., Sedway, J.A., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. (2007). Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 337-348.
- Bulik, C.M. & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 39-46.
- Bulik, C.M., Brownley, K.A., & Shapiro, J.R. (2007). Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry, 6*, 142-148.
- Carter, W.P., Hudson, J.I., Lalonde, J.K., Pindyck, L., Mc Elroy, S.L., & Pope, H.G. Jr. (2003). Pharmacologic treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 34*, S74-S88.
- Dingemans, A.E., Bruna, M.J., & Furth, E.F. van (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity, 26*, 299-307.
- 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*, 15-34.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: an Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 371-382.
- Javaras, K.N., Pope, H.G., Lalonde, J.K., Roberts, J.L., Nillni, Y.I., Laird, N.M., Bulik, C.M., Crow, S.J., McElroy, S.L., Walsh, B.T., Tsuang, M.T., Rosenthal, N.R., & Hudson, J.I. (2008). Co-occurrence of binge eating disorder with psychiatric and medical disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(2), 266-273.
- Mitchell, J.E. & Perderon Mussel, M. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addictive Behaviours, 20*(6), 725-732.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. van, & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3*, 133-144.
- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorders* (doctoral dissertation). Leuven: Author.
- Probst, M., Coppenolle, H. van, & Vandereycken W. (1997). Further experience with the Body Attitude Test. *Eating & Weight Disorders, 2*, 100-104.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, D., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 191-203.

- Spitzer, R.L., Yanovski, S.Z., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Q.*, 33, 284-292.
- Vanderlinden, J. (2008). *Boulimie en eetbuien overwinnen in 10 stappen*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Fernandez, F., Vandereycken, W., & Pieters, G. (2004). Which factors do provoke binge eating in eating disorders? *Eating and Weight Disorders*, 9, 300-306.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(1), 21-27.
- Vanderlinden, J., Pieters, G., Probst, M., & Norré, J. (2007a). *Behandelprotocol Boulimia Nervosa. Therapeutenboek*. Amsterdam: Boom.
- Vanderlinden, J., Pieters, G., Probst, M., & Norré, J. (2007b). *Behandelprotocol Boulimia Nervosa. Werkboek patiënt*. Amsterdam: Boom.
- Wilfley, D.E., Wilson, G.T., & Agras, W.S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 96-106.
- Wilson, G.T., Grilo, G.M., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216.
- Wonderlich, S.H., Zwaan, M. de, Mitchell, J.E., Peterson, C., & Crow, S. (2003). Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 58-73.
- Yager, J. (2008). Binge eating disorder: the search for better treatments. *American Journal of Psychiatry*, 165, 4-6.
- Zwaan, M. de (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 51-55.