



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

De psychotherapeutische behandeling van patiënten met de eetbuistoornis: een literatuuroverzicht

Johan Vanderlinden, An Adriaens, Ellen Van Vlasselaer, Tilly Hauman, Davy Vancampfort en Guido Pieters

SAMENVATTING De eetbuistoornis wordt in de DSM-IV-TR beschreven onder de categorie EDNOS (eating disorder not otherwise specified). Vaak resulteert de eetbuistoornis in obesitas. Als je de grote hoeveelheid studies over medicamenteuze behandelingen van de eetbuistoornis in ogenschouw neemt, kun je stellen dat er weinig onderzoek is verricht naar de effecten van een psychotherapeutische aanpak. In deze bijdrage vatten we 'de state of the art' samen omtrent de psychotherapeutische aanpak (met en zonder medicatie) van de eetbuistoornis en obesitas. Onderzoek geeft aan dat er matige evidentie bestaat voor een cognitieve gedragstherapeutische behandeling, aangeboden via een stapsgewijs protocol. Een hele reeks andere behandelingen lijkt erg beloftevol, maar méér en gecontroleerd onderzoek omtrent deze andere behandelingen blijft aangewezen om uitspraken over de evidentie ervan te kunnen doen.

J. VANDERLINDEN, PHD, is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de dienst eetstoornissen van het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, campus Kortenberg (België), en tevens verbonden als academisch consulent aan de faculteit Psychologie van de KULeuven.

E-mail: johan.vanderlinden@psy.kuleuven.be.

DRS. A. ADRIAENS is als psycholoog verbonden aan de dienst eetstoornissen van het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, Campus Kortenberg (België).

DRS. E. VAN VLASSELAER is psychologe en momenteel werkzoekende.

T. HAUMAN is als verpleegkundige-therapeute verbonden aan de dienst eetstoornissen van het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, Campus Kortenberg (België).

DRS. D. VANCAMPFORT is als psychomotorisch therapeut werkzaam in het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, Campus Kortenberg (België).

PROF. DR. G. PIETERS is diensthoofd van de gedragstherapeutische dienst van het Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven, Campus Kortenberg (België) en tevens buitengewoon hoogleraar aan de KULeuven.

Inleiding

De eetbuistoornis of 'binge eating disorder' (BED) wordt in de DSM-IV-TR (APA, 2000) voorgesteld als een mogelijk nieuwe diagnostische categorie binnen het spectrum van de atypische eetstoornissen (Santermans, Vanderlinden, Adriaens, & Pieters, 2008). Momenteel valt de eetbuistoornis onder de categorie 'eetstoornis niet anderszins omschreven' (eating disorder not otherwise specified; EDNOS). Vermoedelijk zal de eetbuistoornis een officiële plaats krijgen in de nieuwe DSM-V. Het hoofdkenmerk van de eetbuistoornis is het hebben van herhaalde eetbuien, zonder compenserende methoden (zoals braken en laxeren) voor gewichtscontrole die meestal aanwezig zijn bij boulimia nervosa (APA, 2000). De lifetime-prevalentie voor de eetbuistoornis bedraagt in totaal 2,8%: in de mannelijke populatie is dat 2,0% en in de vrouwelijke 3,5% (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Vermoedelijk komt van alle eetstoornissen BED het meest voor. De gemiddelde leeftijd waarop voor het eerst sprake is van symptomen van de stoornis is 25,4 jaar ($SD = 1.2$) (Hudson et al., 2007).

Er bestaat een grote overlap tussen obesitas en de eetbuistoornis. Recentelijk onderzoek (Grucza, Przybeck, & Cloninger, 2007; Yager, 2008) geeft aan dat ongeveer 70% van de patiënten met de eetbuistoornis ook een obesitasprobleem heeft (obesitas type 1 of 2: BMI 30-40 kg/m²) en zelfs 20% morbide obesitas vertoont (obesitas type 3: BMI ≥ 40 kg/m²). Anderzijds stelden Fandiño en collega's (2010) vast dat binnen een groep patiënten die behandeling zochten voor de obesitas, de prevalentie van de eetbuistoornis haast 27% bedroeg. De personen met BED vertoonden geen verschil in BMI in vergelijking met obese personen zonder BED. De personen met BED vertoonden echter meer psychologische problemen en psychopathologische kenmerken dan de personen zonder BED, aldus vastgesteld aan de hand van de SCL-90 (Fandiño et al., 2010). Ook andere onderzoekers bevestigen dat bij individuen met een eetbuistoornis vaak een psychiatrische comorbiditeit wordt vastgesteld (Krysanski & Ferraro, 2008). Zo voldoet 79% van de patiënten met een eetbuistoornis eveneens aan de criteria voor ten minste één van de kern-DSM-IV-stoornissen (angststoornissen, stemmingsstoornissen, impulscontrolestoornissen en stoornissen in en door het gebruik van alcohol of drugs), en 48,9% voldoet zelfs aan drie of meer criteria (Hudson et al., 2007). Een populaire verklaring voor het samengaan van depressieve klachten en de eetbuistoornis is de veronderstelling dat de eetbuien uitgelokt worden door een negatieve gemoedstoestand. Op de as-II ziet men vaak cluster B- en C-persoonlijkhedstoornissen (vooral borderline en

vermijdende persoonlijkheidsstoornis) als comorbiditeit (Santermans et al., 2008).

De meerderheid van de patiënten rapporteert enige functionele belemmering ('role impairment') in minstens één functiedomein (thuis, school/werk, familierelaties en sociaal leven). De meeste patiënten krijgen op een bepaald moment in hun leven een behandeling voor emotionele problemen, hoewel dit vooral in de algemene medische sector plaatsvindt. Slechts een kleine groep van de patiënten blijkt specifiek hulp te zoeken voor hun eetbuistoornis (Hudson et al., 2007). Men kan dus gerust stellen dat patiënten met eetbuistoornis geconfronteerd worden met een zware lijdensdruk en een belangrijke somatische en psychiatrische comorbiditeit. Binnen de gezondheidszorg vormt deze problematiek een ernstig probleem. Bijgevolg is het belangrijk dat er onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de behandeling.

Het is niet verbazend dat de bestaande behandelingen voor de eetbuistoornis zich hebben gebaseerd op de reeds ontwikkelde en onderzochte behandelingen voor boulimia nervosa (Arnold et al., 2002; McElroy et al., 2000 en 2003; Santermans et al., 2008). Zo zijn vooral antidepressiva, cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT) onder de loep genomen. Recent werden ook combinatietherapieën onderzocht waarbij medicatie en psychotherapie tezamen werden toegediend. De vraag die men zich stelde was of dit een groter effect teweeg zou kunnen brengen dan het effect van de afzonderlijke behandelingen.

In het hiernavolgende deel wordt een overzicht gegeven van het wetenschappelijk onderzoek naar de psychotherapeutische aanpak van de eetbuistoornis. Behandelingen met uitsluitend medicatie worden hier niet besproken. Op basis van een uitgebreid literatuuronderzoek via Medline en PsycLit werden de volgende studies geselecteerd: effectstudies zonder controlegroep, effectstudies met controlegroep en gerandomiseerde effectstudies. Achtereenvolgens worden de louter psychotherapeutische behandelingen en de behandelingen waarbij medicatie en therapie werden gecombineerd, besproken.

1. Psychotherapeutische behandelingen

In vergelijking met de vele studies over medicatie in de behandeling van de eetbuistoornis kan men stellen dat er weinig onderzoek gedaan is naar de effecten van een psychotherapeutische aanpak.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De hier aangeboden CGT-behandelingen bevatten allemaal ongeveer dezelfde elementen en zijn sterk gebaseerd op het door Fairburn, Marcus en Wilson in 1993 gepubliceerde behandelprotocol voor boulimia nervosa dat bestaat uit twintig sessies. De belangrijkste ingrediënten zijn het versterken van de motivatie, het registreren van het eetgedrag in een eetdagboek, het normaliseren van de eetgewoonten, het opsporen van de uitlokkers (antecedenten) van eetbuien en aanleren van alternatieven in de omgang met de eetbuien, het stoppen van purgeren (braken, laxativa) en het geleidelijk afbouwen van de eetbuien. In een laatste fase worden technieken voor het voorkomen van een terugval aangeleerd. Daarnaast wordt specifiek aandacht gegeven aan onder andere het bijsturen van de verkeerde cognities, het versterken van het zelfvertrouwen en het verbeteren van de lichaamsbeleving.

Effectstudies zonder controlegroep

In de literatuur zijn ongeveer twintig niet-gecontroleerde studies te vinden; voor een overzicht zie Vocks et al., 2010. Vrijwel alle studies zijn geïnspireerd op het behandelprotocol van Fairburn uit 1993. Het aantal sessies varieert van twaalf tot twintig en ze vinden bijna altijd in groepsverband plaats. Opvallend is dat de onderzoeksgroep steeds uit een klein aantal participanten bestaat (van 16 tot maximaal 36). Om het effect te meten vindt er een voor- en nameting plaats. Follow-upbehandelingen ontbreken in bijna alle gevallen. In enkele studies wordt de CBT-behandeling aangevuld met een programma voor gewichtsverlies en/of het verhogen van de lichaamsactiviteit.

Een voorbeeld hiervan is de studie van Agras, Telch, Arnow, Eldredge en Marnell (1997), die 36 vrouwelijke participanten onderzochten. De behandeling bestond uit twaalf weken cognitieve gedragstherapie (CGT) in groepsverband, gevolgd door een 24 weken durende behandeling met als doel gewicht te verliezen. Aan het einde van de behandelperiode was het aantal eetbuien significant gedaald. Bij sommigen waren de eetbuien zelfs helemaal gestopt. Deze resultaten werden behouden tijdens de follow-upperiode. Opvallend was wel dat er een gewichtstoename plaatsvond tijdens de CGT-sessies. De sessies voor gewichtsverlies zorgden wel voor een gewichtsafname, maar dit kon tijdens de follow-upperiode niet worden behouden. Binnen deze steekproef werden verschillende trajecten ontdekt. Zo bleek dat het gewichtsverlies alleen behouden bleef bij de patiënten die gestopt waren met eetbuien. Wie na de CGT nog steeds eetbuien had, kwam in gewicht aan tijdens de follow-up. Het stoppen met de

eetbuien blijkt dus een essentiële stap te zijn voor gewichtsverlies (Agras et al., 1997).

Eén studie (Fossati et al., 2004) gaf wel aan dat wanneer CGT wordt gecombineerd met een voedingsprogramma, het gewichtsverlies significant wordt en dat dit verschil nog duidelijker wordt als daarnaast een lichamelijk activeringsprogramma wordt aangeboden. In de conditie met enkel CGT werd geen gewichtsverlies vastgesteld. Ook daalden de angst-, eetstoornis- en depressieve symptomen significanter in het gecombineerde programma dan in het programma waarin alleen CGT werd aangeboden (Fossati et al., 2004).

In al deze studies stelt men vast dat de CGT-behandeling na afloop resulteerde in een significante vermindering van de frequentie en ernst van de eetbuien, een afname van depressieve symptomen en een afname van het zich zorgen maken over de lichaamstoestand. Het effect op het gewichtsverlies – zelfs na toevoeging van een specifiek programma voor gewichtsverlies – bleef eerder beperkt (zie bijvoorbeeld Adriaens, Pieters, Vancampfort, Probst, & Vanderlinden, 2009; De Zwaan et al, 2005). Toch suggereert één studie (Fossati et al., 2004) dat het zinvol is een voedingsprogramma en een programma voor fysieke activering toe te voegen.

Gerandomiseerde effectstudies

Er bestaan ongeveer tien gerandomiseerde studies waarbij CGT vergeleken wordt met uiteenlopende condities, zoals een op CGT gebaseerd zelfhulpprogramma (voor een overzicht zie Vocks et al., 2010). Deze gerandomiseerde studies tonen met nog meer overtuiging dat CGT – nog steeds volgens het Fairburn-protocol uit 1993 – een effectieve behandeling is voornamelijk wat betreft het reduceren van de eetbuien. Interessant is de studie van Gorin, Le Grange en Stone (2003), die onderzochten of de betrokkenheid van de echtgenoot bij de CGT-behandeling de effecten kon versterken. De participanten werden toegewezen aan drie condities: 1) standaard CGT (CGT-ST), 2) CGT met betrokkenheid van de echtgenoot (CGT-BE) of 3) een wachtlijst. In beide CGT-groepen was het hoofddoel het reduceren van het aantal eetbuien, met als tweede doel een stabilisatie van gewicht. In de CGT-BE-conditie werd gewerkt aan het vergroten van het wederzijds begrip van de eetbuistoornis tussen de partners, het identificeren binnen de partnerrelatie van beschikbare bronnen voor het beter leren omgaan met stresserende gebeurtenissen en het zich zelfverzekerd voelen over hun bekwaamheid om effectief met de eetbuistoornis om te gaan. De echtgenoten moesten bij alle sessies aanwezig zijn. Uit de analyses bleek dat CGT effectiever was in het reduceren van eetbuien dan in de wachtlijstgroep. CGT deed het ook

significant beter op het vlak van BMI, eetpsychopathologie, depressieve symptomen en zelfvertrouwen. De toevoeging van betrokkenheid van de echtgenoot zorgde evenwel niet voor een bijkomend voordeel in vergelijking met standaard CGT (Gorin et al., 2003).

Een recente studie van Peterson, Mitchell, Crow, Crosby en Wonderlich (2009) verdient ook de aandacht gezien het grote aantal patiënten dat werd geïncludeerd. De auteurs vergeleken drie types van behandeling, namelijk 1) een CGT in groep, geleid door een therapeut (de klassieke vorm van CGT; CGT-T), 2) een zelfhulpgroep op basis van CGT (CGT-ZH) en 3) als tussenvorm een zelfhulpgroep op basis van CGT met een therapeut ter ondersteuning (CGT-OT). Het onderzoek bestond uit 259 participanten met een diagnose van de eetbuistoornis en overgewicht, en zij werden at random toegewezen aan een van de drie behandelingscondities of een wachtlijstconditie. De behandeling bestond uit vijftien sessies gedurende een periode van twintig weken. In de behandelingscondities was de inhoud van de therapie dezelfde, alleen de vorm verschilde. Alledrie de behandelingen zorgden voor significante verbeteringen in het aantal eetbuien in vergelijking met de wachtlijstconditie. De CGT-T-conditie resulteerde ook in significant minder eetbuien én behaalde een hogere mate van abstinentie van eetbuien dan de CGT-ZH. De CGT-T-conditie had daarnaast de laagste drop-out. Er werden geen significante veranderingen in BMI vastgesteld. De resultaten toonden evenwel dat de aanwezigheid van een therapeut op korte termijn de abstinentie van eetbuien kan bevorderen en de drop-out kan verminderen (Peterson et al., 2009).

Recentelijk werden in een uitgebreide meta-analyse van Vocks en collega's (2010) effect sizes berekend (veranderingen tussen voor- en nameting) van de verschillende gecontroleerde CGT-behandelingen. De studie rapporteert forse effect sizes van CGT voor wat betreft het reduceren van de eetbuien (1,81), dagen zonder eetbuien (1,04), zich zorgen maken om het eten (1,34), bezorgdheid om het gewicht (0,98) en bezorgdheid om lichaamssomvang (1,10), en matige effecten voor depressiviteit (0,74) met haast geen effect voor lichaamsgewicht (0,01). Belangrijk is evenwel dat de onderzoekers haast dezelfde significante effect sizes vonden voor de op CGT gebaseerde gestructureerde zelfhulpprogramma's. Gestructureerde zelfhulp blijkt dus even effectief te zijn als een door een therapeut geleide CGT-behandeling (zie ook Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009; Krysanski & Ferraro, 2008).

Interpersoonlijke psychotherapie

Slechts enkele studies bestudeerden het effect van de interpersoonlijke psychotherapie (IPT). Interessant is dat in een IPT-aanpak geen aandacht besteed wordt aan de eetbuismptomen, en de behandeling dus heel erg verschilt van de klassieke CGT-aanpak. Het basisingrediënt in deze therapie is het verbeteren van de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties. Er worden onder andere interpersoonlijke en probleemoplossende vaardigheden aangeleerd.

Effectstudies zonder controlegroep

Arcelus et al. (2009) onderzochten in een pilotstudie de effectiviteit van interpersoonlijke therapie (IPT) voor de behandeling van boulimie, een kenmerk dat zowel aanwezig is bij patiënten met boulimie als bij de eetbuistoornis. Aan 59 participanten met boulimie of de eetbuistoornis werden zestien sessies IPT, aangepast voor boulimie, aangeboden. Helaas geven de auteurs geen verdere uitleg over de inhoud van hun behandeling. Na de behandeling was er een statistisch significante reductie van algemene eetstoornissymptomen in vergelijking met de basismeting. De mate aan interpersoonlijke problemen en depressieve symptomen verminderde tijdens de behandeling eveneens. Tijdens de eerste acht sessies waren er significante veranderingen in gewicht en verminderden de zorgen over lichaamsvorm, het aantal eetbuien, het zelfgeïnduceerde braken en interpersoonlijke problemen. Tijdens de laatste acht sessies bleven deze veranderingen stabiel. Bij een follow-upmeting na drie maanden bleven deze veranderingen stabiel. De auteurs concluderen dat op korte termijn bijna 62% van de participanten herstelt van de stoornis en dat bij 26,5% de symptomen afnemen. Bijgevolg kan de behandeling met IPT effectief zijn voor patiënten met eetbuien op korte termijn (Arcelus et al., 2009).

Gerandomiseerde effectstudies

Interpersoonlijke therapie werd onderzocht als een mogelijk alternatieve behandeling voor CGT bij de eetbuistoornis (Wilfley et al., 2002). De CGT verliep in deze studie in drie fasen. De eerste fase bestond uit het identificeren van triggers die leiden tot eetbuien en/of vasten en het aanmoedigen van een normalisatie van het eetpatroon. Tijdens de tweede fase leerden de patiënten cognitieve vaardigheden om de negatieve gedachten die eetbuien voorafgaan, om te vormen. De derde fase bestond uit het aanleren van technieken voor hervallpreventie. De IPT bestond eveneens uit drie fasen. In de eerste fase

werd gekeken naar het verleden van de patiënt in relatie tot anderen om probleemgebieden op het interpersoonlijke vlak te identificeren. Van de probleemgebieden wordt verondersteld dat ze geassocieerd zijn met het ontstaan en behoud van de eetbuistoornis. In de tweede fase werd een plan opgesteld om aan de probleemgebieden te werken en de relationele vaardigheden te verbeteren. De eindfase bestond uit het evalueren en vasthouden van de verbeteringen.

Zowel de CGT als IPT bleek effectief in het reduceren van het aantal dagen met eetbuien, eetbuigerelateerde symptomen, algemene psychopathologie, zelfvertrouwen en sociaal functioneren. Alleen voor de BMI was geen verbetering merkbaar. Al de effecten bleven stabiel tijdens de follow-up. IPT en CGT vertoonden equivalente, voldoende verbeteringen op korte en lange termijn in de kernsymptomatologie en het geassocieerd problematisch psychosociaal functioneren dat de eetbuistoornis karakteriseert (Wilfley et al., 2002). Het enige verschil was dat IPT er langer over deed dan CGT om de volledige effecten op 'dietary restraint' te verkrijgen. Dit is consistent met de directe focus van CGT op het reduceren van gedragingen en cognities die voor excessieve restrictie van voedselinname zorgen (Wilfley et al., 2002).

Recentelijk vergeleken Wilson, Wilfley, Agras en Bryson (2010) drie behandelingen, te weten 1) IPT, 2) CGT in de vorm van een begeleide zelfhulpgroep (CGT-BZH) en 3) gedragstherapie voor gewichtsverlies (BWLT). De onderzoekers wilden weten of IPT een betere behandeling zou zijn dan BWLT of CGT-BZH voor patiënten met een hoge negatieve affectiviteit. 205 Participanten met een eetbuistoornis werden in twee groepen opgedeeld: een groep met een hoge negatieve affectiviteit en een groep met een lage negatieve affectiviteit. Vervolgens werden in beide groepen de participanten willekeurig toegewezen aan een van de drie behandelingen die elk 24 weken duurden. Na de behandeling werden twee jaar lang follow-upgegevens verzameld, telkens met een interval van zes maanden. De resultaten toonden geen verschillen tussen participanten met een hoge of lage negatieve affectiviteit. IPT had significant minder drop-out dan BWLT en CGT-BZH. Aan het einde van de behandeling waren er geen verschillen tussen de condities, maar na twee jaar waren IPT en CGT-BZH effectiever dan BWLT in het elimineren van eetbuien (Wilson et al., 2010).

Experiëntele Cognitieve Therapie (ECT)

Gerandomiseerde effectstudies

Hoewel CGT algemeen aanvaard wordt als eerstekeusbehandeling voor de aanpak van de eetbuistoornis (Santermans et al., 2008),

wordt er tijdens de follow-upperiode regelmatig terugval gerapporteerd in de aanwezigheid van eetbuien en lichte gewichtstoenames (Agras et al., 1997). Dit stimuleerde Riva, Bacchetta, Cesa, Conti en Molinari (2003) om het effect van experiëntiële cognitieve therapie (ECT) op de eetbuistoornis te bestuderen. Zij verrichtten een follow-upstudie van zes maanden. De behandeling duurde slechts zes weken. De 36 participanten werden in vier groepen onderverdeeld: 1) wachtlijst, 2) voedingsgroep, (3) experiëntiële cognitieve therapie (ECT), en 4) cognitieve gedragstherapie (CGT). In de voedingsgroep werden wekelijks groepssessies georganiseerd, moest men zich aan een laagcalorisch dieet houden en lichaams oefeningen doen. In de CGT-conditie werd hetzelfde aangeboden als in de voedingsgroep, maar dan in combinatie met groepssessies om de assertiviteit en de motivatie tot verandering te verbeteren en met individuele sessies die gericht waren op eetgedrag, zelfvertrouwen en de aanpak van de negatieve denkpatronen. In de ECT-conditie ten slotte, kregen de participanten de behandeling zoals beschreven in de voedingsgroep, maar dan in combinatie met groepssessies om de assertiviteit en de motivatie tot verandering te verbeteren. Specifiek voor de ECT-conditie waren de therapeutische sessies waarbij gebruik werd gemaakt van virtuele realiteit (VR). Dit zijn sessies aan de hand van een computer of een stereoscopische bril, waarin de eetbuiomgeving van de patiënt wordt nagebootst. In de VR-sessies zoekt men naar de triggers die eetbuien uitlokken en wordt de patiënt tevens getraind om adequater om te gaan met de drang zich aan uitbuien over te geven. In feite gaat het hier om een soort exposure-behandeling waarbij gebruik wordt gemaakt van audiovisuele technieken om de patiënt bloot te stellen aan de uitlokkers van de eetbuien.

De drie behandelingen bleken superieur ten opzichte van de wachtlijst voor wat betreft het vergroten van het zelfvertrouwen, de controle over en een gevoel van 'self-efficacy' bij het eten, gewichtsverlies en de reductie van het aantal eetbuien (Riva et al., 2003). De verbetering van het zelfvertrouwen doet vermoeden dat deelname aan een rehabilitatieprogramma het zelfvertrouwen bevordert, onafhankelijk van de behandeling die gevolgd wordt. Wanneer de verschillende behandelingscondities met elkaar vergeleken werden, bleek de ECT superieur te zijn aan de andere behandelcondities met betrekking tot het reduceren van het aantal eetbuien, ook na zes maanden follow-up. Riva en collega's (2003) vonden tevens dat ECT effectiever blijkt dan CGT in het verbeteren van de algemene psychologische toestand van de patiënten.

Dialectische gedragstherapie

Gerandomiseerde effectstudie

Dialectische gedragstherapie (DGT) werd vergeleken met een Rogeriaanse aanpak (Safer, Robinson, & Jo, 2010). Zowel DGT als de Rogeriaanse aanpak zorgden voor een significante mate van eetbuï-abstinentie en een significante vermindering van eetbuïfrequentie. Bij DGT werd dit resultaat sneller bereikt dan bij de Rogeriaanse aanpak, maar in de follow-upgegevens waren geen verschillen merkbaar. DGT had echter ook een significant lagere drop-out en een hogere opkomst bij de follow-up-evaluaties. Dit kan erop wijzen dat patiënten de DGT een prettigere behandeling vinden dan de Rogeriaanse aanpak (Safer et al., 2010).

Combinatie psychotherapie en medicatie

Andere onderzoekers richtten zich niet op de louter medicamenteuze of psychotherapeutische behandeling, maar stelden zich de vraag of de combinatie van beide een groter behandelingseffect zou hebben. In verschillende studies werden antidepressiva vergeleken met cognitieve gedragstherapie of een combinatie van CGT met antidepressiva of placebo. In eerder onderzoek bleek CGT namelijk al effectief te zijn (Krysanski & Ferraro, 2008). Ook de effectiviteit van de antidepressiva werd in eerder onderzoek bevestigd (Stefano, Bacaltchuk, Blay, & Appolinario 2008). Er werden twee verschillende soorten selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bestudeerd, met name fluoxetine en fluvoxamine, en het anti-epilepticum zonisamide.

Studies CGT en fluoxetine

Grilo, Masheb en Wilson (2005) onderzochten de toegevoegde waarde van fluoxetine bij CGT voor de behandeling van de eetbuïstoornis in vergelijking met CGT of fluoxetine alleen. Er waren vier verschillende behandelingscondities: 1) placebomedicatie, 2) fluoxetine, 3) CGT en placebo, en 4) CGT en fluoxetine. Dit onderzoek werd gedurende zestien weken uitgevoerd bij 108 participanten. De CGT werd wekelijks toegediend. Ook in deze studie werd gebruikgemaakt van het Fairburn-protocol uit 1993.

De CGT-met-fluoxetine-conditie was even effectief als de CGT-met-placebo-conditie in het verminderen van eetbuïen en het verminderen van de frequentie ervan, het verminderen van de andere kenmerken van de eetstoornis en depressieve kenmerken. De beide CGT-condities hadden een groter effect op genoemde variabelen dan de fluoxetine-

en placeboconditie. Fluoxetine had eenzelfde effect op de kenmerken van de eetbuistoornis als placebo. Algemeen kan worden gesteld dat er een effect van CGT, maar niet van fluoxetine werd gevonden voor het verminderen van de eetbuien, depressieve kenmerken en karakteristieken van eetstoornissen. Op basis van deze resultaten stelden Grilo et al. (2005) dat de behandeling met CGT als eerstekeusbehandeling voor de eetbuistoornis kan worden beschouwd. Wat betreft gewicht waren er echter geen significante verschillen tussen de condities. Bij de CGT-condities werd wel een significant positief verband gevonden tussen de remissie van eetbuien en gewichtsverlies (Grilo et al., 2005).

De resultaten met betrekking tot de fluoxetine- en placeboconditie (Grilo et al., 2005) zijn vergelijkbaar met die zoals gerapporteerd voor fluoxetine (Arnold et al., 2002; Leombruni et al., 2008), fluvoxamine (Pearlstein et al., 2003), sertraline (Leombruni et al., 2008; McElroy et al., 2000) en citalopram (McElroy et al., 2003). In tegenstelling tot de resultaten van Arnold et al. (2002) en Leombruni et al. (2008) vonden Grilo en collega's (2005) echter geen statistisch significant voordeel van fluoxetine op placebo.

Devlin et al. (2005) deden een soortgelijk onderzoek gedurende vijf maanden. 116 Patiënten kregen een CGT-behandeling voor gewichtsverlies. Vervolgens werden de participanten opgedeeld in de volgende condities: 1) fluoxetine, 2) placebo (in de vorm van medicatie), 3) CGT en fluoxetine, en 4) CGT en placebo. In alle condities verbeterden de patiënten, maar CGT had, in vergelijking met medicatie, significant meer effect op de vermindering van de eetbuifrequentie. Fluoxetine zorgde evenwel voor een significante vermindering van depressieve kenmerken, in vergelijking met CGT. Bij alle condities was er sprake van een beperkt gewichtsverlies; dit bereikte echter geen klinische significantie (Devlin et al., 2005).

Devlin, Goldfein, Petkova, Liu, en Walsh (2007) vervolgden de studie van Devlin en collega's (2005) met een follow-uponderzoek van twee jaar. Tijdens deze periode werd de inname van fluoxetine, respectievelijk placebo voor achttien maanden voortgezet en gevolgd in een dubbelblinde opzet. De CGT en het programma voor gewichtsccontrole waren afgerond en de participanten werd gevraagd maandelijkse groepssessies bij te wonen, die als doel hadden hen te ondersteunen in het behoud van de veranderingen. De participanten die CGT hadden gekregen vertoonden significant minder eetbuien dan degenen zonder CGT. In de condities met fluoxetine was er een grotere reductie van depressieve symptomen dan in de condities waar een placebo werd gegeven. In geen van de condities was er tijdens deze follow-up een significante verandering in gewicht. Het feit dat de

positieve veranderingen bij de follow-upmeting na twee jaar nog steeds aanwezig waren, suggereert volgens Devlin et al. (2007) dat het effect van een kortetermijnbehandeling kan persisteren op langere termijn.

Studies CGT met fluvoxamine

In een onderzoek van Ricca et al. (2001) werden vijf behandelingscondities met elkaar vergeleken: 1) CGT, 2) fluoxetine, 3) fluvoxamine, 4) CGT met fluoxetine en 5) CGT met fluvoxamine. De CGT was onderverdeeld in drie fases en bestond uit 22 individuele sessies, verspreid over 24 weken (Fairburn et al., 1993). De doelen van de eerste fase waren eliminatie van de eetbuien en het normaliseren van het eetpatroon. De tweede fase was gericht op een reductie van de voedselinname en de wijziging van disfunctionele overtuigingen die kunnen zorgen voor het in stand houden van de stoornis. In de derde fase werd gewerkt aan terugvalpreventie en het plannen van adequate strategieën om toekomstige problemen aan te pakken (Ricca et al., 2001).

Na de behandeling waren zowel de eetbuifrequentie als de BMI significant minder bij participanten in de condities CGT, CGT met fluoxetine en CGT met fluvoxamine in vergelijking met de condities fluoxetine en fluvoxamine. De patiënten namen weer in gewicht toe tijdens de eenjarige follow-upperiode, al bleef die toename significant onder het niveau van de basismeting. In vergelijking met de medicatiecondities (fluoxetine en fluvoxamine) werden in de CGT-condities (CGT, CGT met fluoxetine en CGT met fluvoxamine) eveneens significante verbeteringen van de eetattitudes en -gedragingen vastgesteld. Tijdens de follow-upperiode bleef deze verandering bestaan (Ricca et al., 2001).

Studies CGT met zonisamide

Eerder onderzoek gaf aan dat zonisamide, een anti-epilepticum, als behandeling voor de eetbuistoornis kan worden gebruikt met een significante reductie van de eetbuifrequentie en van gewicht op korte termijn (McElroy, Kotwal, Hudson, Nelson, & Keck, 2004; McElroy et al., 2006). Ricca, Castellini, Lo Sauro, Rotella en Faravelli (2009) onderzoeken of zonisamide een additioneel effect kan hebben bij cognitieve gedragstherapie. Zij deden gedurende 24 weken onderzoek bij 52 participanten, met een follow-up na een jaar. Er waren twee condities: 1) CGT en 2) CGT in combinatie met zonisamide. Beide condities resulteerden in een significante reductie van BMI en eetbuifrequentie. Echter, de gewichtsvermindering bij de CGT met zonisamide was niet significant.

midconditie was significant groter dan die van de CGT-conditie alleen. Na de follow-upperiode waren de participanten uit de CGT-conditie weer in gewicht toegenomen, maar de participanten uit de CGT met zonisamideconditie daalden verder in gewicht. Ook de reductie van eetbuien bleef na de follow-up in de CGT-conditie niet volledig behouden: na één jaar was de eetbuifrequentie significant hoger in deze conditie dan in de conditie met zonisamide. Op basis van een grotere reductie van gewicht en eetbuien onder de participanten uit de conditie CGT met zonisamide kan geconcludeerd worden dat de toevoeging van zonisamide aan CGT de behandeling van de eetbuistoornis effectiever maakt (Ricca et al., 2009).

Ook voor de gecombineerde behandelingen (CGT + medicatie) berekenden Vocks en collega's zorgvuldig de effect sizes door vergelijking van de voor- en nameting. Ook hier worden forse effect sizes vermeld voor wat betreft het reduceren van de eetbuien (1,57), dagen zonder eetbuien (2,18), zich zorgen maken om het eten (1,34), bezorgdheid om het gewicht (1,14) en bezorgdheid om lichaamssomvang (0,82) en matige doch significante effecten voor depressiviteit (0,79) en lichaamsgewicht (0,31) (Vocks et al., 2010).

2. Beschouwing

Opvallend is dat meer dan 90% van de onderzochte behandelingen CGT-georiënteerd was. Vrijwel alle behandelingen waren gebaseerd op het door Fairburn en collega's in 1993 voorgestelde protocol voor bulimia nervosa. Het is dan ook niet verbazend vast te kunnen stellen dat er weinig verschillen gevonden worden tussen de verschillende studies. Uit dit overzicht blijkt evenals uit andere recente overzichtsartikelen (Brownley, Berkman, Sedway, Lohr, & Bulik, 2007; Dingemans, Bruna, & Van Furth, 2002; Hay et al., 2009; Krysanski & Ferraro, 2008; Treasure, Claudino, & Zucker, 2010; Vocks, et al., 2010) dat CGT dan ook de eerste keuze voor een behandeling dient te zijn. Belangrijke ingrediënten in deze behandeling zijn onder andere het registreren van het eetgedrag, het opsporen van de antecedenten die de eetbuien uitlokken en het aanleren van alternatieve strategieën om met deze uitlokkers om te gaan. Een dergelijke CGT-behandeling is niet alleen effectief in het reduceren van het aantal eetbuien, maar tevens blijkt de behandeling een fors effect te hebben op de symptomen die samengaan met het gestoorde eetgedrag: patiënten gaan minder diëten, ze maken zich minder zorgen omtrent hun eetgedrag en hun gewicht, uiterlijk en stemming verbeteren. In die zin geven de resultaten duidelijk aan dat CGT ook in staat is om de typische 'eetstoornis'-cognities bij te sturen, ook omtrent de lichaamsperceptie

en -beleving (Vocks et al., 2010). Daarnaast maken alle studies duidelijk dat CGT geen effectieve behandeling is voor het reduceren van het lichaamsgewicht. Slechts wanneer er een aangepast voedings- én bewegingsprogramma wordt toegevoegd tonen enkele studies wel een kleine, doch significante gewichts-daling. Ook CGT gecombineerd met medicatie, voornamelijk het anti-epilepticum zonisamide, blijkt een gewichtsverlies tot stand te brengen, dat ook bij follow-upmetingen standhoudt. De studie van Ricca et al. (2009) is in die zin wel intrigerend en vraagt om herhaling vooraleer definitieve conclusies getrokken kunnen worden. Jammer is dat er niets medegedeeld wordt over de bekende neveneffecten van de medicatie en hoe de deelnemers in de studie hiermee omgingen. Tevens blijkt het toevoegen van een antidepressivum de CGT-behandeling niet effectiever te maken (Reas & Grilo, 2008).

Interessant is ook de vaststelling dat gestructureerde zelfhulp tot min of meer dezelfde resultaten leidt als een door een therapeut uitgevoerde CGT-behandeling. Wat opvalt is dat ook alle zelfhulpbehandelingen van een CGT-signatuur waren. Andermaal dient de kanttekening te worden gemaakt dat er slechts enkele studies zijn verricht en dat het telkens een kleine groep patiënten betrof. Om die reden kunnen ook hier geen definitieve conclusies getrokken worden.

Maar naast de gevonden evidentie voor een CGT-aanpak, blijken ook andere behandelingen (IPT, DGT, gedragstherapie voor gewichtsverlies, een Rogeriaanse aanpak, psycho-educatie, ECT, een aanpak van diëten en beweging) soortgelijke veranderingen te realiseren en lijken dus beloftevol te zijn. De aanbeveling voor een CGT-benadering als eerstekeusbehandeling lijkt dus vooral gebaseerd te zijn op het feit dat in het land der blinden eenoog koning is. Ofschoon vele auteurs schromelijk tekortschieten om de inhoud van hun behandeling gedetailleerd te omschrijven, lijkt in alle behandelingen een grootste gemene deler aanwezig te zijn. In haast alle behandelingen wordt de motivatie versterkt, evenals het herwinnen van de controle over het eetgedrag. Daarnaast worden patiënten gestimuleerd tot een actievere levensstijl. Het is dan ook erg misleidend dat sommige auteurs een nieuwe behandeling blijken voor te stellen, zoals de ECT-behandeling van de Italianen Riva en collega's (2003). In feite passen zij een zuivere CGT-behandeling toe met enkele audiovisuele hulpmiddelen om de blootstelling aan de antecedenten van de eetbuien in praktijk te brengen. Ook de Rogeriaanse aanpak blijkt besmet te zijn door een hele reeks CGT-technieken.

Het feit dat alle behandelingen tot soortgelijke resultaten leiden kan vermoedelijk ook verklaard worden door het feit dat non-specifieke therapiefactoren hier een belangrijke bijdrage leveren. Aangezien voor elke van deze andere behandelingen slechts één enkele studie werd

gepubliceerd (vaak zonder controlegroep), kan men nog geen conclusies trekken betreffende de effectiviteit.

Op basis van al deze bevindingen kan men besluiten dat er een matige evidentie bestaat voor CGT, aangepast voor BED, en dat de behandeling een sterk positief effect veroorzaakt. Deze bevindingen worden samengevat weergegeven in tabel 1. Gezien het beperkte aantal studies wordt de evidentie voor IPT, DGT, ECT en een Rogeriaanse aanpak als zwak beoordeeld. Toch vermoeden wij dat de dominantie van CGT in de nabije toekomst doorbroken zal worden. In twee uitgebreide recente reviews bevestigen ook Brownley et al. (2007) en Treasure et al. (2010) deze bevindingen en rapporteren zij positieve resultaten voor CGT, IPT en DGT wat betreft reductie van eetbuien.

Tabel 1. Sterkte van de evidentie en het effect van psychotherapeutische behandelingen voor de eetbuistoornis (gebaseerd op Treasure et al., 2010).

Behandelingen	Eetbuistoornis	
	Evidentie	Effect
Cognitieve gedragstherapie	Matig	+++
Interpersoonlijke psychotherapie	Zwak	++
Experiëntiële cognitieve therapie	Zwak	+
Dialectische gedragstherapie	Zwak	+

Niveaus van evidentie: zwak/matig/sterk.

Effect (reductie van symptomen of gedragingen of behoud van de verbeteringen): + = enigszins positief effect; ++ = matig positief effect; +++ = sterk positief effect.

Opvallend is wel dat de meeste psychotherapeutische behandelingen nauwelijks effect hebben op het reduceren van het gewicht, zeker niet op langere termijn. Dit is een intrigerende bevinding die meer onderzoek verdient. Hoe komt het dat patiënten met eetbuien wanneer ze stoppen met eetbuien, toch niet in gewicht dalen? Tot op heden moet om het gewicht te reduceren meestal de hulp van een chirurg ingeroepen worden.

Er is echter weinig onderzoek naar langetermijneffecten van psychotherapeutische behandelingen beschikbaar, waardoor er weinig evidentie is dat de resultaten ook behouden blijven na de behandeling. In de beschreven studies wordt vaak gewerkt met kleine steekproeven en maken de verschillende onderzoekers gebruik van andere inclusie- en exclusiecriteria. Bijgevolg vertonen de resultaten een verschillende representativiteit qua doelgroep, namelijk patiënten met de eetbuistoornis en obesitas. De behandelingen zijn vaak van korte duur en de periode waarin data worden verzameld is meestal beperkt.

Tevens zijn er grote verschillen in het gebruik van criteria om de effecten van de behandelingen te beoordelen. Zo wordt bijvoorbeeld in sommige studies vooral nadruk gelegd op de vermindering van het aantal eetbuien, terwijl bij andere studies de focus ligt op het gewichtsverlies en/of de verandering in psychologische parameters. Door deze discrepanties zijn de studies lastig met elkaar te vergelijken en is het moeilijk om definitieve conclusies te trekken.

Hoewel de meeste studies aangeven dat er geen significant effect kan worden verwacht van het toevoegen van medicatie aan de psychotherapeutische behandeling, zijn de resultaten van de studie van Ricca en collega's (2009) waar een anti-epilepticum (zonizamide) werd toegevoegd aan de CBT-behandeling, toch verbazend en intrigerend. Het is duidelijk dat meer gecontroleerd onderzoek – vooral vanuit andere therapeutische invalshoeken dan CGT – op grotere groepen patiënten én met een langere follow-upduur dringend nodig is om definitievere conclusies te kunnen trekken.

ABSTRACT Binge Eating Disorder (BED) is described within the DSM-IV-TR under the category of EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified). Often BED is associated with obesity. Compared to the many studies on the use of medications in the treatment of BED, little research has been done on the effects of a psychotherapeutic approach. In this contribution we summarize the 'state of the art' of the research on the psychotherapeutic approach of BED. Studies of a purely psychotherapy approach will be discussed together with studies combining psychotherapy and medication. Research indicates that there is moderate evidence for a cognitive behavioral therapeutic approach, offered through a stepwise protocol as an effective treatment for BED. Several other treatment approaches seem to be very promising, but more controlled studies on larger samples are needed before any conclusions about the evidence can be drawn.

Referenties

- Adriaens, A., Pieters, G., Vancampfort, D., Probst, M., & Vanderlinden, J. (2009). Een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor patiënten met obesitas en binge eating disorder: kortetermijnresultaten. *Directieve Therapie, 29*, 112-126.
- Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997).

- One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343-347.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Whight, D., Langham, C., Baggott, J., McGrain, L., Meadows, L., & Meyer, C. (2009). A case series evaluation of a modified version of interpersonal psychotherapy (IPT) for the treatment of bulimic eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 17, 260-268.
- Arnold, L.M., McElroy, S.L., Hudson, J.I., Welge, J.A., Bennett, A.J., & Keck, P.E. Jr. (2002). A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(11), 1028-1033.
- 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(4), 337-348.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Mussell, M.P., Raymond, N.C., Specker, S.M., & Seim, H.C. (2005). Short-term cognitive behavioral treatment does not improve outcome of a comprehensive very-low-calorie diet program in obese women with binge eating disorder. *Behavior Therapy*, 36(1), 89-99.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A., Petkova, E., Jiang, H., Raizman, P.S., Wolk, S., & Walsh, B.T. (2005). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Research*, 13(6), 1077-1088.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A., Petkova, E., Liu, L., & Walsh, B.T. (2007). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: Two-year follow-up. *Obesity*, 15(7), 1702-1709.
- Dingemans, A.E., Bruna, M.J., & Furth, E.F. van (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York, NY: The Guilford Press.
- Fandiño, J., Moreira, R.O., Preissler, C., Gaya, C.W., Papelbaum, M., Coutinho, W.F., & Appolinario, J.C. (2010). Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 110-114.
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 134-138.
- Gorin, A.A., Le Grange, D., & Stone, A.A. (2003). Effectiveness of spouse

- involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 421-433.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., & Wilson, G.T. (2005). Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry*, 57(3), 301-309.
- Gruzza, R.A., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 124-131.
- Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, art. no. CD000562.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. Jr., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Krysanski, V.L. & Ferraro, F.R. (2008). Review of controlled psychotherapy treatment trials for binge eating disorder. *Psychological Reports*, 102(2), 339-368.
- Leombruni, P., Piero, A., Lavagnino, L., Brustolin, A., Campisi, S., & Fassino, S. (2008). A randomized, double-blind trial comparing sertraline and fluoxetine 6-month treatment in obese patients with binge eating disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(6), 1599-1605.
- McElroy, S.L., Casuto, L.S., Nelson, E.B., Lake, K.A., Soutullo, C.A., Keck, P.E. Jr., & Hudson, J.I. (2000). A Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 1004-1006.
- McElroy, S.L., Hudson, J.I., Malhotra, S., Welge, J.A., Nelson, E.B., & Keck, P.E. Jr. (2003). Citalopram in the treatment of binge-eating disorder: A placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(7), 807-813.
- McElroy, S.L., Kotwal, R., Guerdjikova, A.I., Welge, J.A., Nelson, E.B., Lake, K.A., & Hudson, J.I. (2006). Zonisamide in the treatment of binge eating disorder with obesity: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 1897-1906.
- McElroy, S.L., Kotwal, R., Hudson, J.I., Nelson, E.B., & Keck, P.E. Jr. (2004). Zonisamide in the treatment of binge-eating disorder: An open-label, prospective trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 50-56.
- Pearlstein, T., Spurrell, E., Hohlstein, L.A., Gurney, V., Read, J., Fuchs, C., & Keller, M.B. (2003). A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge eating disorder: A high placebo response. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 147-151.
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Crow, S.J., Crosby, R.D., & Wonderlich, S.A. (2009). The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1347-1354.

- Reas, D.L. & Grilo, C.M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity*, 16(9), 2024-2038.
- Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Rotella, C.M., & Faravelli, C. (2009). Zonisamide combined with cognitive behavioral therapy in binge eating disorder: A one-year follow-up study. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(11), 23-28.
- Ricca, V., Mannucci, E., Mezzani, B., Moretti, S., Di Bernardo, M., Bertelli, M., Rotella, C.M. & Faravelli, C. (2001). Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: A one-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(6), 298-306.
- Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., & Molinari, E. (2003). Six-month follow-up of in-patient experiential cognitive therapy for binge eating disorders. *CyberPsychology & Behavior*, 6(3), 251-258.
- Safer, D.L., Robinson, A.H., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120.
- Santermans, L., Vanderlinden, J., Adriaens, A., & Pieters, G. (2008). De eetbuistoornis: overzicht van de huidige inzichten. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 64(22), 1132-1136.
- Stefano, S.C., Bacaltchuk, J., Blay, S.L., & Appolinario, J.C. (2008). Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: Systematic review and meta-analyses. *Eating Behaviors*, 9(2), 129-136.
- Treasure, J., Claudino, A.M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S.J., Kersting, A., & Herpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 205-217.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., Douchis, J.E., Frank, M.A., Wisemna, C.V., & Matt, G.E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721.
- Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras, W.S., & Bryson, S.W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94-101.
- Yager, J. (2008). Binge eating disorder: The search for better treatments. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 4-6.