

De Eetbuienstoornis

Veerle Decaluwé

1. Inleiding

Sommige volwassen patiënten met overgewicht lijden ook aan een vorm van een eetstoornis. Of dit ook bij obese jongeren het geval is, weten we niet. Tot op heden werd bij deze groep weinig onderzoek gedaan naar het voorkomen van eetstoornissen. In de klinische praktijk bestaat een grote vraag naar meer kennis over eetstoornissen. Sinds enkele jaren loopt er aan de Universiteit Gent een onderzoeksproject naar de prevalentie van eetstoornissen bij obese jongeren. In wat volgt, wordt uitgelegd wat we bedoelen met eetstoornissen, in het bijzonder met Eetbuienstoornis of Binge Eating Disorder. Er wordt geschetst wat we hierover bij jongeren weten.

2. De Eetbuienstoornis

2.1. Wat is een Eetbuienstoornis?

“Binge Eating Disorder (BED)”, of in het Nederlands “de Eetbuienstoornis”, is een pas erkend diagnostisch concept, ondergebracht in de appendix van de 4^{de} editie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; APA, 1994). Dit wil zeggen dat de Eetbuienstoornis nog geen officieel erkende eetstoornis is, maar dat er wel diagnostische criteria zijn voorgesteld om verder onderzoek naar deze stoornis te stimuleren.

In de DSM-IV worden drie categorieën van eetstoornissen onderscheiden: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa en de categorie “Eetstoornis Niet Anderszins Omschreven” (EDNOS). Onder deze laatste categorie worden eetstoornissen gebracht die net niet voldoen aan alle criteria van Anorexia Nervosa of Bulimia Nervosa. Het is onder deze categorie dat onder andere de Eetbuienstoornis valt.

Met een *binge* of eetbui wordt bedoeld dat er binnen een beperkte tijd een hoeveelheid voedsel gegeten wordt die veel groter is dan wat de meeste mensen in een zelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten. Hierbij moet er rekening worden gehouden met de context waarin de eetbui gebeurde. Want, wat als een abnormale grote hoeveelheid voedsel voor een gewone maaltijd kan worden beschouwd, kan een normale maaltijd lijken tijdens een feest of bij een speciale gelegenheid. Een volgend kenmerkend aspect van een eetbui is dat de betrokkene het gevoel heeft de beheersing over het eten kwijt te zijn. Wanneer er geen controleverlies wordt ervaren, kan er niet gesproken worden van een eetbui. Om de diagnose (zie tabel 1) van een

Eetbuienstoornis te kunnen stellen, dienen de eetbuien, zoals hierboven beschreven, gemiddeld ten minste tweemaal per week, gedurende 6 maanden voor te komen (APA, 1994).

Tabel 1: Onderzoekscriteria voor de Eetbuienstoornis (APA, 1994)

| | |
|---|---|
| A | Herhaaldelijk optredende eetbuien. Een eetbui wordt gekarakteriseerd door: <ol style="list-style-type: none">1. het binnen een beperkte tijd eten (bijvoorbeeld binnen een periode van 2 uur) van een hoeveelheid voedsel die zeker groter is dan wat de meeste mensen zouden eten in een zelfde periode onder dezelfde omstandigheden2. een gevoel van controleverlies over het eten (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet meer kan stoppen met eten of controleren wat en hoeveel men eet) |
| B | Tijdens de eetbuien zijn er ten minste drie van de volgende indicatoren van controleverlies aanwezig: <ol style="list-style-type: none">1. veel sneller eten dan gewoonlijk2. eten tot men zich ongemakkelijk vol voelt3. grote hoeveelheden eten zonder honger te hebben4. heimelijk eten om niet door anderen in verlegenheid te worden gebracht5. een gevoel van afkeer van zichzelf, zich depressief of schuldig voelen na het overeten. |
| C | Aanzienlijke spanning met betrekking tot de eetbuien |
| D | De eetbuien komen gemiddeld ten minste tweemaal per week, gedurende 6 maanden voor |

2.2. Wat de Eetbuienstoornis niet is

2.2.1. *Bulimia Nervosa*

Het is belangrijk om een duidelijke afbakening te maken tussen de Eetbuienstoornis (BED) en Bulimia Nervosa (BN). De Eetbuienstoornis vertoont met Bulimia Nervosa een aantal gelijkenissen. Zoals bij BN zal een persoon met BED geregeld eetbuien hebben die gepaard gaan met controleverlies en na afloop schuldgevoelens hierover. Maar iemand met een Eetbuienstoornis zal in tegenstelling tot een persoon met Bulimia Nervosa niet compenseren. Het compenseren kan verschillende vormen aannemen zoals het induceren van braken, vasten, misbruik van laxativa en /of diuretica of aan overmatige lichaamsbeweging doen (APA, 1994). Een tweede verschil ligt in het feit dat personen met een Eetbuienstoornis vaak een gewichtsprobleem hebben. Zo wordt BED vooral aangetroffen onder obese personen. BN-patiënten hebben over het algemeen een normaal gewicht doordat ze de effecten van hun eetbuien teniet doen door te gaan compenseren. Bovendien consumeren patiënten met boulimie tijdens

hun eetbuien meestal suikerrijk en calorierijk voedsel, terwijl de eetbuien van patiënten met een Eetbuienstoornis meer lijken op zeer grote maaltijden. Een vierde onderscheid is klinisch van belang. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met boulimie meer psychopathologie vertonen (Marcus, 1995; Mitchell, Crow, Peterson, Wonderlich & Crosby, 1998). Patiënten met BN maken zich over het algemeen meer zorgen over hun eetpatroon en over hun gewicht dan patiënten met een Eetbuienstoornis, terwijl hun gewicht meestal normaal is. Psychologische problemen zouden bij BN sterker aanwezig zijn dan bij personen met een BED. Patiënten met een Eetbuienstoornis hebben daarentegen niet alleen last van hun eetstoornis, ze hebben ook een gewichtsprobleem.

2.2.2. Obesitas

Om verwarring te voorkomen is een afgrenzing tussen de Eetbuienstoornis en obesitas op zijn plaats. Obesitas is een medisch etiket en is niet ondergebracht in de DSM-IV, terwijl de Eetbuienstoornis wijst op een psychische stoornis. Momenteel wordt er verondersteld dat er obesen zijn met een Eetbuienstoornis en obesen zonder de stoornis. Obesitas en de Eetbuienstoornis zijn wel gerelateerd aan elkaar.

Uit het onderzoek van Marcus, Wing & Lamparsky (1985) blijkt dat obesen met een eetbuioproblematiek gemiddeld een hoger overgewicht hebben dan obesen die geen of zelden last hebben van eetbuien. In de studie van onder andere Adami, Gandolfo, Bauer en Scopinaro (1995) en Yanovski (1993) werd er een verband gevonden tussen de ernst van de eetbuien en de mate van overgewicht bij obese personen. Anderen konden deze bevindingen niet bevestigen. Gezien eetbuien tot een verhoogde energie-inname leiden, lijkt het ons plausibel dat obesen met eetbuien die niet compenseren een hogere mate van overgewicht hebben dan obesen die geen eetbuien aangeven.

Verscheidene studies geven ook aan dat er naast het overgewicht nog andere verschillen bestaan tussen obesen met en zonder eetbuien, namelijk op het vlak van psychopathologie en eetgerelateerde pathologie. In paragraaf 5 “Karakteristieken van patiënten die lijden aan een Eetbuienstoornis” wordt hier dieper op ingegaan. Men zou kunnen stellen dat, op een continuüm bekeken, personen met BN de meeste psychopathologie vertonen, gevolgd door patiënten met BED. Nog verder liggen personen met obesitas zonder Eetbuienstoornis en ten slotte ligt op het andere einde van het continuüm de algemene bevolking, waarbij de laagste graad van psychopathologie wordt geconstateerd.

3. Diagnostiek

Om tot een goede diagnose te komen, aan de hand van de DSM-IV criteria (APA, 1994) kan vertrokken worden van klinische interviews. Hierbij worden systematisch de verschillende criteria in een gestandaardiseerde en gestructureerde vorm overlopen. Het is onze ervaring dat

hierdoor ook de moeilijke items aan bod kunnen komen. Onder de klinische interviews is de Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1993) het meest beschreven en bestudeerde semi-gestructureerd interview. De Eating Disorder Examination is een gestandaardiseerd interview om de specifieke psychopathologie en diagnose van eetstoornissen vast te stellen. Het is het enige meetinstrument dat meteen alle diagnostische criteria van alle eetstoornissen nagaat. De EDE biedt heldere definities om onderscheid te maken tussen verschillende vormen van overeten. Verder worden ook de moeilijke vormen van compenseren nauwkeurig overlopen. Dit laatste is vooral van belang voor de differentiaaldiagnose tussen BED en BN. De EDE bestaat uit 35 items verdeeld over 4 subschalen: lijnen, piekeren over eten, piekeren over gewicht en piekeren over lichaamsvormen. Sinds kort is hiervan een Nederlandse vertaling beschikbaar en dit voor zowel volwassenen (Jansen, 2000; Universiteit Maastricht) als voor kinderen (Decaluwé & Braet, 1998; Universiteit Gent). De afname van het interview neemt ongeveer een uur in beslag en vereist enige training.

4. Prevalentie van de Eetbuienstoornis bij obese jongeren

Alhoewel het voorkomen van eetbuien bij obese volwassenen reeds in 1959 is beschreven door Stunkard (1959) kreeg dit fenomeen pas systematische aandacht vanaf de helft van de jaren tachtig. En pas zeer recent is er belangstelling voor eetstoornissen bij kinderen en adolescenten met overgewicht (Stunkard & Wadden, 1992). In 1993 werden de eerste studies gepubliceerd die het voorkomen van eetbuien bij obese adolescenten nagingen (Berkowitz, Stunkard & Stallings, 1993; Severi, Verri & Livieri, 1993). Binnen het Nederlands taalgebied werd hieraan recent een prevalentiestudie toegevoegd (Braet & Bettens, 1998). Uit deze drie studies bleek dat bij 20 tot 30% van de zwaarlijvige jongeren eetbuien voorkwamen, en dit zowel bij jongens als bij meisjes. Vergelijkbare prevalentie schattingen zijn terug te vinden in studies bij obese volwassenen die hulp zoeken voor hun overgewicht.

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat deze studies werden uitgevoerd bij geselecteerde groepen, namelijk obese patiënten die een behandeling zochten voor hun gewichtsprobleem. Deze resultaten zijn dus niet te veralgemenen naar een algemene obese populatie. In tegenstelling tot voorgaande prevalentiestudies komen de studies bij de globale populatie van obese volwassenen tot lagere prevalentie schattingen die variëren van 1,5% tot 16% (Hay, Fairburn & Doll, 1996). Eetbuien worden dus het meest geconstateerd bij obesen die in behandeling zijn voor hun overgewicht.

4.1. Beschouwingen inzake leeftijdsgerelateerde prevalentie

Eetbuien worden zelden gerapporteerd vóór de leeftijd van 14 jaar. Hiervoor zijn er verschillende verklaringen mogelijk. Vooreerst is er tot op heden weinig onderzoek gebeurd bij obese jongeren. Dit kwam onder meer omdat men tot voor kort nog niet over een aangepast instrumentarium beschikte om kinderen met eetstoornissen te onderzoeken. Veel vaker werd tot hiertoe een groep obese volwassenen retrospectief bevestigd inzake het ontstaan van hun eetbuien. Deze retrospectieve studies suggereren dat eetbuien slechts zouden ontstaan vanaf de late adolescentie. Retrospectieve studies leveren echter geen valide gegevens over het al dan niet aanwezig zijn van eetbuien op jongere leeftijd.

Een andere mogelijke verklaring voor het feit dat Eetbuienstoornissen zelden bij kinderen gerapporteerd werden, is van ontwikkelingspsychologische aard. Het is mogelijk dat kinderen niet het gevoel hebben dat ze zich overeten of dat ze de controle verliezen tijdens het overeten omdat ze misschien nog niet over de wil beschikken om zich tijdens het eten onder controle te houden of omdat ze nog te weinig besef hebben van het concept *controleverlies*. Bijgevolg ontbreekt bij deze jonge populatie het belangrijkste inclusiecriteria voor de diagnose van een eetbui.

Uit de klinische praktijk en preliminair onderzoek blijken er wel voorlopers van gestoord eetgedrag aanwezig te zijn bij obese kinderen (Decaluwé & Braet, 1998). Deze gegevens wijzen er op dat sommige obese kinderen wel kenmerken vertonen van de Eetbuienstoornis, maar niet voldoende om aan alle diagnostische criteria van deze stoornis te voldoen.

4.2. Geslachtsgebonden kenmerken

In tegenstelling tot de eetstoornissen Anorexia Nervosa en Bulimia Nervosa komt de Eetbuienstoornis ook geregeld voor bij mannen. Meer dan 90% van de anorexia en bulimia patiënten zouden vrouwen zijn. Mannen vormen bijgevolg een grote minderheid. Dit in tegenstelling tot de Eetbuienstoornis, waarbij de verhouding wordt geschat op 3 vrouwen tegenover 2 mannen (Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard, Devlin, Mitchell, Hasin & Horne, 1993; Striegel-Moore, Wilson, Wilfley, Elder & Brownell, 1998). Bij jongeren wijzen de resultaten in dezelfde richting (Severi et al., 1993).

5. Karakteristieken van patiënten die lijden aan een Eetbuienstoornis

Een obese populatie is geen homogene groep. Binnen deze populatie kan een subgroep van patiënten gedefinieerd worden die geregeld eetbuien ervaart. Deze groep krijgt best een specifieke behandeling gericht op de eetbuien (de Zwaan, Mitchell, Seim, Specker, Pyle, Raymond & Crosby, 1994; Fitzgibbon & Kirschenbaum, 1990 en 1991; Marcus, Wing &

Hopkins, 1988). Aparte aandacht is ook nodig omdat obese volwassenen en jongeren met een eetbuioproblematiek meer psychologische problemen ervaren.

5.1. Vertonen patiënten met een Eetbuienstoornis meer psychologische problemen?

Onder andere uit de studies van French, Jeffery, Sherwood en Neumark-Sztainer (1999) Marcus, Smith, Santelli en Kaye (1992), Spitzer et al. (1993) en Yanovski, Leet, Yanovski, Flood, Gold, Kissileff en Walsh (1992) blijkt dat obese volwassenen met eetbuien meer depressieve symptomen vertonen dan obesen die geen last hebben van eetbuien. Obesen die regelmatig eetbuien hebben, blijken ook een lager zelfbeeld te hebben, angstiger te zijn, meer problemen te ervaren op sociaal vlak en over minder probleemoplossingsvaardigheden te beschikken (French et al., 1999; Yanovski, Nelson, Dubbert & Spitzer, 1993). In het algemeen blijken ze ook meer psychopathologie te vertonen dan obesen die geen eetbuien hebben (Fichter, Quadflieg & Brandl, 1993). Tenslotte blijkt ook dat er meer persoonlijkheidsstoornissen voorkomen bij obesen met eebuioproblemen (Yanovski et al. 1993; Specker, de Zwaan, Raymond & Mitchell, 1994)

Studies bij obese jongeren zijn zeldzaam maar komen tot gelijkaardige bevindingen. Uit de studie van Berkowitz et al. (1993) blijken er meer depressieve signalen voor te komen bij obese meisjes naargelang de ernst van de eetbuien toeneemt. Hoe meer eetbuien, hoe meer depressieve klachten en hoe minder tevreden de adolescenten zijn. Uit de studie van Severi et al. (1993) konden er binnen een groep van obese adolescenten, die een behandeling volgden voor hun overgewicht, twee subgroepen geïdentificeerd worden. De groep die eetbuien rapporteerde, behaalde in vergelijking met diegene die geen eetbuien rapporteerde, op vier subschalen van een vragenlijst naar zelfwaardering een lagere score, met name op sociale competentie, lichaamsbeeld, interpersoonlijke competentie en geloof in eigen probleemoplossingvaardigheden. Tenslotte komt uit de studie van Braet en Bettens (1998) naar voor dat obese jongeren met eetbuien meer emotioneel eten, extern gericht eten en meer lichaamsontevredenheid vertonen dan obesen zonder eetbuien.

Concluderend kan worden gesteld dat personen met eetbuien meer psychopathologie vertonen. De co-morbiditeit blijkt vooral geassocieerd te zijn met affectieve stoornissen.

5.2. Verschillen in eetgewoonten en gerelateerde kenmerken

Er zijn ook andere duidelijke verschillen tussen obesen met en zonder eetbuien. Uit onderzoek blijken obesen met eetbuien over de algehele lijn meer eetgestoord gedrag te vertonen. Het zijn vooral die eigenschappen die typisch zijn voor personen met Anorexia Nervosa en Bulimia Nervosa die ook meer voorkomen bij obesen met eetbuien. Deze omvatten: preoccupatie met

slankheid, gewicht en lichaamsvormen, eten bij negatieve emoties, gevoelens van ineffectiviteit en perfectionisme, ontevredenheid over gewicht en figuur en obsessieel bezig zijn met eten.

In de literatuur zijn er een ruim aantal studies gepubliceerd die onderzochten of er een verband bestaat tussen *lijnen* en het hebben van eetbuien. Uit een van de eerste studies bleek er een positief verband te bestaan tussen de ernst van de eetbuien en het volgen van een dieet (Marcus et al., 1985). Obese volwassenen die geregeld last hadden van eetbuien bleken ook diegene te zijn die frequenter met diëten bezig waren en meer gewichtsschommelingen vertoonden. Een groot aantal onderzoekers vinden daarentegen geen verband terug en stellen vast dat obese personen die eetbuien hebben niet verschillen van obesen zonder eetbuien voor wat betreft het “lijnen”. Noch qua aantal diëten, noch qua dieetpogingen, noch qua gewichtsschommelingen zouden er verschillen zijn. Voor obese jongeren blijken deze bevindingen ook te gelden (Berkowitz et al., 1993).

Het feit dat deze studies geen eenduidig resultaat geven, kan verklaard worden door de manier waarop het dieetgedrag gemeten wordt. Het concept *dieetgedrag* kan namelijk verschillend gedefinieerd worden, het kan strikt diëten betekenen tegenover de cognitieve intentie om te diëten.

6. Etiologie van de Eetbuiestoornis

Tot op heden is er nog steeds geen duidelijkheid omtrent de etiologie van de Eetbuiestoornis. Verschillende studies onderzochten de mogelijke nefaste rol van het volgen van een dieet in de ontwikkeling van BED. Andere studies onderzochten de rol van familiale factoren in het gezin van herkomst.

6.1. Het restraint model

Voor patiënten met boulimie is gebleken dat dieetgedrag een aanzienlijke rol speelt in de ontwikkeling van Bulimia Nervosa. Sommigen zijn dan ook de mening toegedaan dat dit geldt voor elke eetstoornis (Polivy & Herman, 1993). Dit wordt via de restraint theorie van Herman & Polivy (1980) als volgt verklaard. Deze theorie van gaat ervan uit dat de druk om slank te zijn leidt tot een ontevredenheid over eigen lichaamsvormen, wat op haar beurt tot gevolg heeft dat men op dieet gaat. Dit dieetgedrag, waarbij vaak strikte eetregels worden gevolgd, zou er uiteindelijk toe leiden dat een persoon gedurende lange tijd honger moet doorstaan. In een moment van zwakte (bijvoorbeeld bij negatieve emoties of moeheid) kan dit evenwel leiden tot dooreten waarbij dan veel meer wordt gegeten dan nodig is. Het restraint model gaat er dus niet alleen van uit dat het volgen van een dieet nauw samenhangt met de drang om te overeten maar

veronderstelt bovendien dat het volgen van een dieet voorafgaat aan de eerste eetbui en dus als de causale factor van dit eetgestoord gedrag beschouwd wordt.

Studies bevestigen dat het volgen van een dieet vermoedelijk een rol speelt in de ontwikkeling van een Eetbuienstoornis maar dat dit zeker niet voor alle personen in dezelfde mate geldt (Wilson et al., 1993; Spurrell, Wilfley, Tanofsky & Brownell 1997). Zo zouden sommigen reeds last hebben van eetbuien nog vooraleer er sprake was van het volgen van een dieet. In ieder geval kan worden gesteld dat *op dieet gaan* een belangrijke factor is in de instandhouding van BED.

6.2. *Het interpersoonlijk kwetsbaarheidmodel*

Obesen die geregeld eetbuien hebben, blijken, in vergelijking met obesen zonder eetbuien, meer interpersoonlijke problemen te ondervinden, en dit onafhankelijk van de mate van overgewicht (Telch & Agras, 1994). Zo zouden obesen met BED ook meer gebrekkige relaties hebben, zowel op sociaal als op professioneel vlak, dan obesen zonder BED (Spitzer et al., 1993). De familiale kenmerken van patiënten met een Eetbuienstoornis zouden ook meer disfunctioneel zijn in vergelijking met deze van een normale controlegroep (Hodges, Cochrane & Brewerton, 1998). Daarom wordt wel eens verondersteld dat moeilijkheden in de vorming van hechte relaties mede aan de oorzaak van de Eetbuienstoornis zouden kunnen liggen.

6.3. *Risicofactoren*

In de grote populatiestudie van Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor (1998) werd expliciet gezocht naar risicofactoren en risicogroepen voor de ontwikkeling van BED. In deze studie werden een groot aantal mogelijke risicofactoren bekeken. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen risicofactoren die kunnen leiden tot de ontwikkeling van een psychiatrische stoornis in het algemeen, risicofactoren voor BN en ten slotte factoren die een specifieke bijdrage leveren in de ontwikkeling van BED.

In vergelijking met een controlegroep van gezond functionerende mensen, kwamen patiënten met een Eetbuienstoornis op jonge leeftijd meer in aanraking met een aantal ongunstige factoren, zoals het hebben van een laag zelfbeeld, depressie bij de ouders, negatieve ervaringen (waaronder seksueel of fysiek misbruik), last hebben van overgewicht en het herhaaldelijk horen van negatieve opmerkingen over lichaamsvormen, gewicht en eten. Deze laatste twee ervaringen blijken geen risicofactoren te zijn voor eender welke psychiatrische stoornis maar deze blijken specifiek te zijn voor BED.

In het onderzoek van Fairburn et al. (1998) vinden we een aantal risicofactoren terug die in verband staan met het ontwikkelen van de Eetbuienstoornis en die zowel aansluiten bij het

interpersoonlijk kwetsbaarheidmodel als het restraint model. Dit zou erop kunnen wijzen dat beide modellen niet rechtlijnig tegenover elkaar moeten worden geplaatst maar dat ze in combinatie een betere verklaring bieden voor de ontwikkeling en instandhouding van BED (Wilfley, Pike & Striegel-Moore, 1997).

6.4 Implicaties voor de behandeling

Wanneer volwassenen zich aanmelden omwille van een obesitasprobleem blijft hun eerste en vaak enige vraag om enkele kilo's af te vallen. Bij volwassenen werd herhaaldelijk aangetoond dat obesen met eetbuien het minder goed doen in de behandeling voor hun gewichtsprobleem (de Zwaan et al., 1994; Fitzgibbon & Kirschenbaum, 1990 en 1991; Marcus et al., 1988). We kunnen ons dan ook de vraag stellen of obesen enkel baat hebben bij een gewichtsreductieprogramma als blijkt dat ze ook eetbuien vertonen en andere symptomen van psychopathologie. Screenen naar eetstoornissen, en indien aanwezig, behandeling gericht op deze eetstoornis, zijn een gewenste aanvulling bij gewichtsreductieprogramma's.

Een screeningsprocedure kan er als volgt uitzien:

Tabel 2: Aanbevolen vraagstelling bij een vermoeden van eetbuien bij een kind met overgewicht

Een eerste oriënterende gesprek gebeurt best met het ganse gezin. Voor een meer uitvoerige bevraging is het aangeraden om het gesprek alleen met het kind te doen. Het kind is mogelijks verlegen of beschaamd om in de aanwezigheid van één van de ouders over zijn of haar eetprobleem te praten.

Eetpatroon

- Ga na of er momenten van overeten voorkomen.
- Peil naar de hoeveelheid voedsel die werd geconsumeerd:

“Wat heb je, op het moment dat je het gevoel had dat je teveel gegeten hebt, zoal gegeten? Wat at de rest van je familie op dat moment/ wat aten je vrienden op dat moment?”

- Ga na of er sprake is van controleverlies:

“Had je op dat moment het gevoel dat je niet meer kon controleren wat en hoeveel je at of dat je niet meer kon stoppen met eten nadat je eenmaal was begonnen?”

- Maakt het kind zich overmatige zorgen over eten?

Houding ten opzichte van gewicht en figuur

- Is er sprake van ontevredenheid over gewicht en lichaamsvormen?
 - Maakt het kind zich overmatige zorgen over gewicht en lichaamsvormen?
-

-
- Hoe belangrijk zijn gewicht en lichaamsvormen voor het kind?

Gewichtscontrole

- Is het kind op dieet?
 - Onderneemt het kind bewuste pogingen om te vermageren zoals bijvoorbeeld overmatige lichaamsbeweging, misbruik van laxativa en/of diuretica, zelfopgewekt braken, enz.?
-

Een multidisciplinaire behandeling waarbij psychologische ondersteuning op de voorgrond staat, zou beter aansluiten bij het huidige klinisch beeld van obesitas met eetbuien. Momenteel wordt er gepleit voor een multi-modale interventie waarbij enerzijds ingewerkt wordt via cognitieve gedragstherapie op het doorbreken van de vicieuze cirkel: lijnen-overeten-lijnen en anderzijds wordt er gebruik gemaakt van diverse behandelingstechnieken waardoor vooral het interpersoonlijke functioneren verbetert. De eerste resultaten van deze interventies zijn nu bekend en zijn hoopgevend (Agras, Telch, Arnow, Eldredge & Marnell, 1997; Wilfley, Agras, Telch, Rossiter, Schneider, Cole, Sifford & Raeburn, 1993).

Gezien door Fairburn et al. (1998) is vastgesteld dat obesitas in de kindertijd een risicofactor is voor het ontwikkelen van BED, wordt momenteel aanbevolen de obese kinderen niet alleen te volgen vanwege hun overgewicht maar ook vanwege het potentiële gevaar op het ontwikkelen van een eetstoornis. Of dit risico evenwel voor elk dik kind even groot is, wordt momenteel door onze onderzoeksgroep nader onderzocht.

7. Behandeling van jongeren met eetbuien

Recent is er een cognitieve-gedragmatige behandeling ontwikkeld door Braet en Tanghe (1997) geschikt voor kinderen en adolescenten tussen 9 en 16 jaar (zie ook: Braet, 2000). Dit protocol is een aanpassing van bestaande cognitief-gedragstherapeutische protocollen bij kinderen (Kendall, 1990). Het doel van deze behandeling is dat de jongeren inzicht krijgen in hun eetbuigedrag. Hiervoor worden situaties die aan de eetbui voorafgaan geïdentificeerd en wordt er gezocht naar gedragsalternatieven en rationelere gedachten. Daarnaast wordt er gestreefd naar een gezondere levensstijl, met een evenwichtige voeding en een uitbreiding van bewegingsactiviteiten. Het programma maakt gebruik van cognitieve strategieën die specifiek zijn gericht op de reductie van de eetbuien.

Het programma is gespreid over 10 sessies waarbij de volgende componenten aan bod komen: wegen, bespreking van dagboek -of huiswerkopdrachten, voedings -en gevoelseducatie, cognitieve-gedragmatige technieken (zoals probleemoplossend denken, rollenspel, modeling en relaxatie) en voedings -en bewegingsadvies.

Uit onderzoek van Tanghe, Braet & Decaluwé (2000) blijken de resultaten van deze behandeling positief. Bij jongeren met overgewicht die ook eetbuien rapporteerden, bleek er na de behandeling een sterke vermindering in het aantal eetbuien. Daarnaast was er ook een aanzienlijke gewichtsdaling.

8. Besluit

Een Eetbuienstoornis kenmerkt zich in eerste instantie door een gestoord eetpatroon, waarbij frequent optredende eetbuien op de voorgrond staan, à rato van minimum twee per week. Om aan de criteria te voldoen moet er tijdens de eetbuien een objectief grote hoeveelheid voedsel ingenomen worden, en moet de eetbui gepaard gaan met het ervaren van controleverlies waarbij de patiënt geen enkele vorm van compensatie vertoont na de eetbui.

Er bestaan een aantal hypothetische verklaringsmodellen voor het ontstaan van eetbuien. Uit recente onderzoeksresultaten kan worden afgeleid dat het restraint model en het interpersoonlijk kwetsbaarheidmodel als twee complementaire modellen kunnen worden beschouwd die gezamenlijk een betere verklaring bieden voor de ontwikkeling van de Eetbuienstoornis, dan elk apart.

Eetbuienstoornissen komen geregeld voor bij zwaarlijvige volwassenen én jongeren die hulp zoeken voor hun overgewicht. Patiënten met deze eetstoornis vormen een aparte subgroep binnen een obese populatie. Deze patiënten herkennen en onderscheid kunnen maken tussen deze twee groepen, met name de obesen met en zonder eetbuien, is belangrijk. Tijdens de behandeling zal ook aan de eetstoornis aandacht worden geschonken. Indien er een Eetbuienstoornis aanwezig is, is een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk waarbij psychologische ondersteuning een belangrijke rol zal spelen.

Literatuur:

- Adami, G.F., Gandolfo, P., Bauer, B. & Scopinaro, N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 45-50.
- Agras S. W., 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, 343-347.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Washington, DC: Author
- Berkowitz, R., Stunkard, A. J. & Stallings, V. A. (1993). Binge Eating Disorder in obese adolescent girls. In L. C. Williams & S. Y. S. Kimm (red.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, 699, *Prevention and treatment of childhood obesity* (pp. 200-206).
- Braet, C. (2000). Protocolbehandeling van jongeren met eetbuien. In: P.Prins & N. Pameijer (red.). *Protocolen in de jeugdzorg*, hoofdstuk 10, 191-207. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Braet, C. & Bettens, C. (1998). Obesitas en eetbuien bij adolescenten: Een vooronderzoek. *Gedrag & Gezondheid*, 26, 267-277.
- Braet, C. & Tanghe, A. (1997). Het DRANG-plan. Onuitgegeven manuscript
- Decaluwé, V. & Braet, C. (1998). Een onderzoek naar de prevalentie van eetstoornissen bij kinderen met een overgewicht. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling.
- Decaluwé, V. & Braet, C. (1998). *The Eating Disorder Examination, child version*. Universiteit Gent. Onuitgegeven manuscript.
- Decaluwé, V. & Braet, C. (2001). Prevalentie en psychologische aspecten van eetbuien bij jongeren. *Gedrag & Gezondheid*, 29, 86-97
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C. & Crosby, R. B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In: C. G. Fairburn & G. T. Wilson (red.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp 123-144). New York: Guilford Press
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for Binge Eating Disorder. A community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*, 55, 425-432.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: an empirical comparison of Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 1-16.
- Fitzgibbon, M. L. & Kirschenbaum, D. S. (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese individuals seeking treatment. *Addictive behaviors*, 15, 291-295
- Fitzgibbon, M. L. & Kirschenbaum, D. S. (1991). Distressed binge eaters as a distinct subgroup among obese individuals. *Addictive behaviors*, 16, 441-451.
- French, S. A., Jeffery, R. W., Sherwood, N. E. & Neumark-Sztainer D. (1999). Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of woman enrolled in a weight gain prevention program. *International Journal of Obesity*, 23, 576-585.
- Hay, P. J., Fairburn, C. G. & Doll, H. A. (1996). The classification of bulimic eating disorders: a community-based cluster analysis study. *Psychological Medicine*, 26, 801-812.
- Hodges, E. L., Cochrane C. E. & Brewerton, T. D. (1998). Family characteristics of Binge Eating Disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 145-151.
- Jansen, A. (2000). *Eating Disorder Examination (EDE 12.0). Interview ter vaststelling van de specifieke psychopathologie van eetstoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat Workbook*. Available from Philip. C. Kendall, Department of Psychology, Philadelphia, PA 19122.
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. In: K. D. Brownell & C. G. Fairburn (red.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. (pp 441-444). NY: Guilford Press
- Marcus, M. D., Smith, D., Santelli, R. & Kaye, W. (1992). Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 249-255.

- Marcus, M. D., Wing, R. R. & Hopkins, J. (1988). Obese binge eater: Affect, cognition, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433-439.
- Marcus, M. D., Wing, R. R. & Lamparsky, D. M. (1985). Binge eating and dietary in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10, 163-168.
- Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Wonderlich, S. & Crosby, R. D. (1998). Feeding laboratory studies in patients with eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 115-124.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1993) Etiology of binge eating: Psychological mechanism. In: C. G. Fairburn & G. T. Wilson (red.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp 173-205). New York: Guilford Press
- Severi, F., Verri, A. & Livieri, C. (1993). Eating behaviour and psychological profile in childhood obesity. *Advances in the Biosciences*, 90, 329-336.
- Specker, S., de Zwaan, M. D., Raymond, N. & Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without Binge Eating Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 185-190.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., 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.
- Spurrell, E. B., Wilfley, D. E., Tanofsky, M. B., & Brownell, K. D.: Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 1997, 21/1: 55-65.
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A. & Brownell, K. D. (1998). Binge eating in a obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27-37.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-292.
- Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524S-532S.
- Tanghe A., Braet, C. & Decaluwé, V. (2000). Behandeling van obese jongeren met eetbuien. *Gedragstherapie*, 3, 161-183.
- Telch, C. F. & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61.
- Wilfley D. E., Agras, S. W., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A., Sifford, L. & Raeburn, S. D (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305.
- Wilfley, D. E., Pike, K. M. & Striegel-Moore, R. H., (1997). Toward an integrated model of risk for Binge Eating Disorder. *Journal of Gender, culture and health*, 2,1-31.
- Wilson G. T., Nonas C. & Rosenblum G. D.: Assessment of binge-eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 1993, 13: 25-34.
- Yanovski, S. Z. (1993). Binge Eating Disorder: Current knowledge and future directions. *Obesity Research*, 1, 306-324.
- Yanovski, S. Z., Leet, M., Yanovski, J. A., Flood, M., Gold, P. W., Kissileff, H. R. & Walsh, B. T. (1992). Food selection and intake of obese women with Binge Eating Disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975-980.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K. & Spitzer, R. L. (1993). Association of Binge Eating Disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.