

Nederlandse samenvatting

Binge or Control? Assessment of the validity, treatment and underlying mechanisms of Binge Eating Disorder

Alexandra Dingemans

Nederlandse samenvatting

Eetbuien of controle? Onderzoek naar de validiteit, behandeling en onderliggende mechanismen van de Eetbuistoornis.

De eetbuistoornis is een van de eetstoornissen naast anorexia nervosa en boulimia nervosa. Begin jaren negentig pleitte een aantal onderzoekers (Devlin, Walsh, Spitzer, & Hasin, 1992) voor het formuleren van een nieuwe diagnostische groep binnen het spectrum van de eetstoornissen. Deze patiënten hebben eetbuien maar vertonen geen compensatoir gedrag na de eetbui (zoals braken, laxeren of overmatig bewegen), dit in tegenstelling tot patiënten met boulimia nervosa. Deze eetstoornis was niet te classificeren met behulp van het toenmalige handboek voor psychische stoornissen, de DSM-III-R. Deze eetstoornis wordt de eetbuistoornis genoemd ('binge eating disorder'). In 1994 werd de eetbuistoornis voor het eerst opgenomen in de DSM-IV onder "eetstoornissen niet anderszins omschreven" waarin vervolgens verwezen wordt naar de onderzoekscriteria in Appendix B (alleen vermeld in de Amerikaanse versie). De eetbuistoornis wordt gekarakteriseerd door herhaaldelijk optredende eetbuien (minstens twee per week). Een eetbui wordt gekarakteriseerd door zowel: 1) het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld 2 uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan de meeste mensen in een zelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten als 2) een gevoel van controleverlies over het eten tijdens de eetbui (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat en hoeveel men eet). Na afloop van een eetbui walgen mensen van zichzelf of voelen zij zich somber of schuldig. De eetbuistoornis en overgewicht gaan vaak samen.

Hoofdstuk één is de inleiding op dit proefschrift. Er wordt een overzicht gegeven van de onderzochte behandelingen voor de eetbuistoornis. In meer detail wordt er in gegaan op de inhoud van de cognitieve gedragstherapie. Dit is momenteel de behandeling van eerste keuze voor de eetbuistoornis. Vervolgens wordt er een overzicht gegeven van verschillende modellen die ontwikkeld en onderzocht zijn om mechanismen die ten grondslag liggen aan eetbuien te kunnen verklaren: zoals het 'restraint'-model en het 'emotieregulatie' model. Het hoofdstuk besluit met een overzicht van de experimentele onderzoeken die uitgevoerd zijn onder mensen met een eetbuistoornis.

Het vervolg van het proefschrift bestaat uit drie delen. In het eerste deel (*hoofdstuk twee, drie en vier*) wordt de validiteit van de eetbuistoornis onderzocht. Is de eetbuistoornis een aparte eetstoornis die goed te onderscheiden is van anorexia en boulimia nervosa wat betreft kenmerken, behandeling en beloop en is het een volwaardige eetstoornis? Het tweede deel (*hoofdstuk vijf*) geeft de resultaten weer van een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de behandeling van de eetbuistoornis. In het derde en laatste deel ga ik dieper in op mogelijke onderliggende mechanismen van een eetbuistoornis. Dit wordt gedaan aan de hand van de resultaten van twee experimentele studies (*hoofdstuk zes en zeven*). Ten slotte bestaat *hoofdstuk*

acht uit een samenvatting en discussie en komen methodologische kwesties, klinische implicaties en aanwijzingen voor vervolgonderzoek aan de orde.

In *hoofdstuk twee* wordt er een overzicht gegeven van de epidemiologie, karakteristieken, etiologie, criteria, beloop en mogelijke behandelingen voor de eetbuistoornis en de effecten daarvan. Een eetbuistoornis komt bij ongeveer 1% tot 3% van de bevolking voor. Een eetbuistoornis lijkt vooral voor te komen bij mensen die hulp zoeken voor overgewicht (1.3-30.1%). Deze eetstoornis komt bijna even vaak bij vrouwen als bij mannen voor (3:2).

In tegenstelling tot mensen met een eetbuistoornis, beginnen de meeste mensen met boulimia nervosa vaak met streng lijnen omdat zij ontevreden zijn over hun gewicht of figuur en ontwikkelen hierdoor later eetbuien. Er zijn aanwijzingen dat veel mensen met de eetbuistoornis eerst eetbuien ontwikkelen en dat zij pas in een later stadium gaan lijnen wanneer zij in gewicht aankomen. Er lijken andere oorzaken een rol te spelen bij het ontstaan van de eetproblemen. Bij veel mensen met een eetbuistoornis is overgewicht of obesitas een bijkomend probleem. Mogelijk zijn de eetbuien de oorzaak van de gewichtstoename. De eetbuistoornis neemt wat betreft de ernst van de psychopathologie een tussen positie in tussen boulimia nervosa en obesitas. Maar het lijkt erop dat mensen met een eetbuistoornis meer lijken op mensen met boulimia nervosa dan op mensen met overgewicht of obesitas wat betreft bijvoorbeeld de ernst van de psychopathologie. Een overzicht van behandelstudies geeft aan dat cognitieve gedragstherapie de behandeling de voorkeur heeft maar dat ook interpersoonlijke psychotherapie, zelfhulpprogramma's en medicatie effectief kunnen zijn. Het eerste doel van de behandeling zou het stoppen van de eetbuien moeten zijn. Behandeling voor gewichtsverlies kan aangeboden worden als mensen vrij zijn van eetbuien.

In *hoofdstuk drie* wordt er ingegaan op de vraag of de eetbuistoornis inderdaad een goed te onderscheiden eetstoornis is en of de eetstoornis opgenomen moet worden in een volgende versie van het handboek voor psychische stoornissen, de DSM-V. We beantwoorden deze vraag door vier argumenten van Pincus (1992) tegen opname van een nieuwe psychische stoornis in de DSM te betrekken op de eetbuistoornis. Een nieuwe diagnose kan pas opgenomen worden wanneer er solide bewijs is dat de diagnose nuttig is voor het voorspellen van de prognose, de keuze of het resultaat van de behandeling.

Het eerste argument om een stoornis niet op te nemen in het classificatiesysteem is dat zeldzame diagnostische categorieën het geheel onnodig complex maken. Echter, de eetbuistoornis blijkt geen zeldzame eetstoornis te zijn: 1 tot 3% van de mensen in de algemene bevolking lijdt eraan.

Een tweede argument tegen opname is dat een nieuwe stoornis door experts wordt voorgedragen en dat minder ervaren beoordelaars meer vals positieven identificeren. Een duidelijke operationalisering van de criteria van een eetbuistoornis is hierbij essentieel. De voorgestelde criteria zijn niet altijd eenduidig en zijn voor verbetering vatbaar (zoals

bijvoorbeeld de criteria voor eetbuien). Een praktische oplossing biedt het assessment interview voor eetstoornispsychopathologie (de Eating Disorder Examination) van Fairburn waarin een praktisch schema wordt gepresenteerd. Het schema maakt onderscheid tussen objectieve en subjectieve eetbuien en objectief en subjectief overeten. De interviewer bepaalt of de hoeveelheid die gegeten is ongewoon groot (objectief) is en of er sprake is van controleverlies (sneller eten dan normaal, drang om te eten, weerstand is onmogelijk). Tevens dient beter omschreven te worden dat mensen met een diagnose eetbuistoornis duidelijk leed ondervinden van de eetbuien en dat hun functioneren hierdoor duidelijk beperkt wordt. Tijdens een eetbui wordt er niet genoten van het eten. Door de criteria beter te omschrijven kan men pathologische eetbuien onderscheiden van normale gulzigheid.

Het derde argument tegen opname is dat een stoornis nog niet goed genoeg onderzocht is. Echter, vele studies laten zien dat de eetbuistoornis goed te onderscheiden is van anorexia en boulimia nervosa en van mensen met overgewicht zonder eetstoornis. Tevens laten taxonomische studies zien dat er voldoende bewijs is dat de eetbuistoornis een aparte eetstoornis is. Het aantal studies naar de eetbuistoornis is de afgelopen jaren exponentieel toegenomen.

Het laatste argument van Pincus is dat er een overlap kan zijn met gerelateerde categorieën. Het is inderdaad moeilijk gebleken om de eetbuistoornis en boulimia nervosa, niet purgerende type (compensatoir gedrag door middel van overmatig bewegen en vasten) goed te onderscheiden. Hier moet nog meer onderzoek naar gedaan worden.

Concluderend blijkt dat de eetbuistoornis een goed te onderscheiden eetstoornis is met specifieke kenmerken en een specifiek beloop. In een volgende versie van de DSM dienen de criteria duidelijker te worden geformuleerd. In de klinische praktijk heeft bijna elke instelling een specifieke behandeling voor de eetbuistoornis. Dit duidt er ook op dat er blijkbaar een noodzaak is om mensen met een eetbuistoornis anders te behandelen dan mensen met anorexia en boulimia nervosa.

In *hoofdstuk vier* wordt de vraag onderzocht of de eetbuistoornis goed is te onderscheiden van de overige eetstoornissen en een gezonde controlegroep wat betreft zogenaamde disfunctionele schema's. Disfunctionele schema's of disfunctionele cognities reflecteren de onvoorwaardelijke negatieve overtuigingen en gevoelens in relatie tot de omgeving. Deze schema's verwijzen naar stabiele en langdurige thema's die zijn ontwikkeld in de kindertijd. Tijdens de kindertijd is zo'n overtuiging een manier om de omgeving te begrijpen. Deze schema's staan centraal in iemands persoonlijkheid. In dit hoofdstuk worden de disfunctionele schema's van mensen met anorexia nervosa (restrictieve type), anorexia nervosa (purgerende type), boulimia nervosa, eetbuistoornis en zonder eetstoornis vergeleken. Daarnaast werd er onderzocht of er een relatie was tussen eetstoornissymptomen (zoals braken, laxemiddelenmisbruik en vasten) en disfunctionele schema's. Voor dit onderzoek hebben we de disfunctionele schema's in vier factoren gegroepeerd:

1. Disconnectie (het gevoel dat men niet aardig gevonden wordt of geliefd is: mensen die hier hoog op scores verwachten dat er niet aan hun emotionele behoeften wordt voldaan; ze geloven dat er iets niet klopt aan henzelf en proberen daarom niks van zichzelf te laten zien en/of wantrouwen anderen).

2. Beschadigde autonomie (men ziet zichzelf als een mislukkeling, men heeft het gevoel dat men afhankelijk is van anderen of kwetsbaar is en/of men heeft het gevoel niet genoeg zelfcontrole of discipline te hebben om goed te presteren).

3. Beschadigde grenzen (beperkingen in het stellen van interne grenzen, verantwoordelijkheid ten opzichte van anderen of het stellen van lange termijn doelen. Mensen die hier hoog op scores hebben moeite met het respecteren van de rechten van anderen, met het samenwerken met anderen, met het maken afspraken, met het stellen en behalen van doelen en met het verdragen van onplezierige emoties).

4. Over controle (mensen die hier hoog op scores leggen (te) veel nadruk op het controleren van gevoelens en keuzes, (te) veel nadruk op prestatie, plicht, perfectionisme en het volgen van regels).

Mensen met anorexia nervosa (beide subtypes) and boulimia nervosa hadden significant meer disfunctionele schema's dan de gezonde controles. Mensen met een eetbuistoornis hadden tussenliggende scores. Er werd geen correlatie gevonden met disfunctionele schema's en frequentie van eetbuien. Echter, frequentie van braken, laxeremiddelen misbruik en vasten was positief gecorreleerd met alle disfunctionele schema's. Dus, hoe meer men braakt, laxeert of vast, des te meer disfunctionele schema's iemand heeft. Mensen met een eetstoornis hebben dus ook disfunctionele schema's die niet direct gerelateerd zijn aan eten, gewicht of figuur. Dit onderzoek toonde aan dat het tijdens de behandeling belangrijk is om aandacht te hebben voor het purgeergedrag en het vasten. Dit gedrag kan voor meer staan dan alleen compensatie van de eetbuien. Bijvoorbeeld men kan braken om zichzelf te straffen of een gevoel te hebben van kracht of controle.

Concluderend kan er op basis van de in deel 1 besproken gegevens gesteld worden dat de eetbuistoornis een aparte en stabiele eetstoornis is. Mensen met een eetbuistoornis zijn duidelijk anders dan mensen met anorexia of boulimia nervosa en gezonde (obese) mensen. Mensen met een eetbuistoornis vertonen bijvoorbeeld geen inadequaate compensatoir gedrag (zoals braken en laxeremiddelen misbruik) iets wat mensen met anorexia en boulimia nervosa wel doen. Ook lijkt de oorzaak het ontstaan van de eetbuien te verschillen. Daarnaast hebben veel mensen met een eetbuistoornis overgewicht, wat ook maakt dat de focus en inhoud van de behandeling anders is dan bij de andere eetstoornissen.

In het *vijfde hoofdstuk* (deel 2) worden de resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde behandelstudie gepresenteerd waarin de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt vergeleken met een wachtlijstgroep. Daarnaast wordt er onderzocht of er mediators en voorspellers van de effectiviteit van CGT zijn. Tweeënvijftig

mensen met een eetbuistoornis werden door het lot toegewezen aan de behandelgroep of de wachtlijstgroep. De behandeling bestond uit 15 zittingen. De eerste helft van de behandeling ging hoofdzakelijk in op het doorbreken en stoppen van de eetbuien. In het tweede deel was er aandacht voor achterliggende problematiek zoals problemen rondom gewicht, assertiviteit, zelfwaardering en stress management. In het derde en laatste deel werd er aandacht besteed aan de terugvalpreventie. Voor, tijdens en direct na de behandeling waren er metingen evenals een jaar na het einde van de behandeling. Zoals verwacht was CGT effectief in het verminderen van de eetbuien, depressieve symptomen, psychologische eetstoornissymptomen en algemene psychopathologie. Het reduceren van het piekeren over gewicht bleek een mediator voor de abstinentie (het geheel stoppen) van de eetbuien aan het einde van de behandeling. Een mediator is in dit geval een bepaald gedrag dat het werkingsmechanisme van de effectiviteit van de behandeling (stoppen met eetbuien) zou kunnen verklaren. Het reduceren van het piekeren over eten en figuur, de depressieve symptomen en algemene psychopathologie bleek gedeeltelijk een mediator te zijn voor de abstinentie van eetbuien aan het einde van de behandeling. De effectiviteit van de behandeling (stoppen met eetbuien) kon niet aan het begin van de behandeling voorspeld worden door de ernst van de eetstoornissymptomen, comorbide psychopathologie of disfunctionele schema's. Ook kon de effectiviteit van behandeling in het jaar na het eind niet voorspeld worden door deze symptomen. Wel bleek dat mensen die aan het einde van de behandeling hogere scores hadden op de copingstijlen 'palliatieve reactie' en 'expressie van emoties' van de Utrechts Copinglijst (UCL) bij de 1-jaar follow-up meting meer eetbuien hadden. Met andere woorden mensen met een eetbuistoornis die zich proberen beter te voelen door te eten, roken of drinken en die hun woede en ergernissen meer uiten aan het einde van de behandeling, zijn minder in staat om het succes van de behandeling te behouden. In het jaar na het einde van de behandeling daalde het gewicht significant. Mensen die in staat waren de eetbuien te stoppen verloren over het algemeen gewicht.

Omdat tijdens de behandeling bleek dat het overgrote deel van de patiënten zeer snel vrij van eetbuien was, kunnen we geen oorzakelijke interpretaties geven aan de associatie tussen abstinentie van eetbuien en de mogelijke mediators. Dit was een reden om vervolgens twee experimentele studies uit te voeren.

In het derde en laatste deel van het proefschrift worden de resultaten van twee experimentele studies besproken. In *hoofdstuk zes* werd onderzocht of er a) een oorzakelijke relatie is tussen het onderdrukken van negatieve emoties, negatieve stemming en overeten bij mensen met een eetbuistoornis en b) of deze relatie sterker is bij mensen met een eetbuistoornis die ernstigere depressieve symptomen rapporteren. Diverse onderzoeken toonden aan dat er een positieve relatie is tussen de ernst van de eetbuien en mate van depressie. Het lijkt er op dat de vraag niet is *of* maar *hoe* negatieve emoties eetbuien tot gevolg

hebben. Overeten of eetbuien kunnen een consequentie zijn van het onderdrukken van negatieve emoties.

Om deze neigingen om te overeten te onderdrukken en de negatieve emoties te reguleren moet men zelfcontrole uitoefenen. Baumeister en Muraven (2000) veronderstellen dat zelfcontrole energie kost waarvan men maar een beperkte voorraad heeft. Wanneer men opeenvolgend en binnen korte tijd veel zelfcontrole uitoefent, is deze energie meestal niet toereikend. Wanneer er dus in twee opeenvolgende taken controle moet worden uitgeoefend, zal er minder energie over zijn voor de tweede taak. Hierdoor zal het controleren van die tweede taak veel minder goed gebeuren.

We verwachtten dat mensen met een eetbuistoornis die gevraagd worden hun emoties te reguleren tijdens het kijken naar een emotioneel filmfragment meer zullen eten tijdens een daarop volgende smaaktest dan mensen die geen instructies ontvangen om hun emoties te controleren. Die eerste groep is minder goed in staat om aantrekkelijk voedsel te weerstaan omdat zij zelfcontrole moeten uitoefenen over hun emoties terwijl de tweede groep dat niet doet. Ook werd er verwacht dat mensen met een eetbuistoornis die ernstige depressieve symptomen rapporteren meer gingen eten dan mensen die geen depressieve symptomen rapporteren omdat hun energieniveau minder hoog is waardoor zij minder energie over hebben om zelfcontrole uit te oefenen.

Zesenzestig vrouwen met een eetbuistoornis werden op basis van toeval toegewezen aan een van twee condities. Ze kregen allemaal een somber filmfragment te zien. De ene groep werd gevraagd de negatieve gevoelens te reguleren en onderdrukken tijdens het kijken terwijl de andere groep geen specifieke instructies kreeg. Daarna kregen ze allemaal gedurende 15 minuten dezelfde smaaktest. Beide groepen aten evenveel calorieën tijdens de smaaktest. Tevens bleek er geen relatie te zijn tussen het onderdrukken van negatieve emoties, depressieve symptomen en aantal gegeten calorieën.

De stemming daalde over het algemeen in beide condities en verbeterde weer tijdens de smaaktest. Wellicht is overeten gerelateerd aan onmiddellijke reparatie van een negatieve stemming. Mogelijk eten sombere mensen omdat ze denken of verwachten dat calorierijk voedsel hun stemming zal verbeteren. Daarnaast bleken depressieve symptomen positief gecorreleerd met het aantal gegeten calorieën. Verder bleek dat hoe groter de stemmingsverandering tijdens het filmpje des te hoger de calorie-inname in de matige tot ernstig depressieve groep. In de niet tot milde depressieve groep werd deze relatie niet gevonden. Een mogelijke verklaring is dat depressieve mensen minder in staat zijn om met een acute negatieve stemming om te gaan dan minder depressieve mensen. De depressieve mensen met een eetbuistoornis blijven zich somberder voelen na de stemmingsdip door het filmpje dan de niet depressieve mensen en eten daardoor wellicht meer en/of langer door.

In hoofdstuk zeven werd er onderzocht of 1) veranderingen in verwachtingen en stemming een effect hadden op calorie-inname en of 2) depressieve symptomen dit effect versterkten. Drieënzeventig vrouwen met een eetbuistoornis werden door het lot toegedeeld

aan een conditie waarin hun verwachtingen over voedsel en emoties bevestigd werden of aan een conditie waarin deze verwachtingen ontkracht werden. Dit werd gedaan door middel van een vragenlijst. Men kreeg een aantal stellingen te zien over voeding en men moest dan aangeven of die stelling waar was of niet. Van die vragenlijst waren twee versies. Het doel van de ene versie was het bevestigen van de verwachtingen tussen eten en stemmingsverbetering en het doel van de andere versie was het ontkrachten van deze verwachtingen.

Een voorbeeld was de stelling 'In chocolade zit een stofje waar je blij van wordt'. In de bevestigende versie kreeg men als feedback 'In chocolade zit het stofje fenylethylamine waar je blij van wordt'. In de ontkrachtende versie kreeg men de feedback 'Van chocolade word je helemaal niet blij. Chocolade bevat wel het stofje fenylethylamine maar dat is alleen werkzaam in hele grote hoeveelheden bijvoorbeeld een halve vrachtwagen'. Vervolgens kregen ze of wel een positief filmfragmentje (uit 'When Harry met Sally') of wel een negatief filmfragmentje (uit 'The Champ') te zien. Vervolgens kreeg iedereen gedurende 15 minuten dezelfde smaaktest. Er waren dus vier verschillende condities: 1) bevestigende informatie plus negatieve stemmingsinductie, 2) bevestigende informatie plus positieve stemmingsinductie, 3) ontkrachtende informatie plus negatieve stemmingsinductie en 4) ontkrachtende informatie plus positieve stemmingsinductie.

In tegenstelling tot onze verwachtingen aten alle mensen in de vier condities even veel: er was dus geen effect van de manipulatie van de verwachtingen of de stemming. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat onze manipulatie van verwachtingen niet lang of krachtig genoeg was. Echter, mensen die aan het begin van het onderzoek hogere verwachtingen hadden dat voedsel plezierig en belonend is, aten meer na het positieve filmfragmentje. Niet-depressieve mensen met een eetbuistoornis aten minder na een negatief filmpje dan depressieve mensen. Opvallend was dat de niet-depressieve mensen na een negatief filmpje zelfs minder aten dan depressieve en niet-depressieve mensen na een positief filmpje. Een mogelijke verklaring is dat mensen (in het algemeen) anders reageren wanneer ze in een positieve of negatieve stemming zijn. In een positieve stemming beoordelen mensen informatie anders dan in een negatieve stemming. Een negatieve stemming geeft het signaal dat er een probleem is terwijl een positieve stemming het signaal geeft dat er geen problemen zijn. In een negatieve stemming worden er allerlei processen automatisch opgestart om te proberen het probleem op te lossen terwijl dit in een positieve stemming niet het geval is omdat er geen probleem gesignaleerd is.

Mogelijk zijn niet-depressieve mensen zijn beter in staat om problemen op te lossen op een gezonde manier dan depressieve mensen omdat de eerste groep minder calorieën at dan de laatste groep. Depressieve mensen met eetbuien eten waarschijnlijk meer tijdens de smaaktest omdat ze denken zo hun stemming te kunnen verbeteren. In een positieve stemming zijn mensen met een eetbuistoornis minder alert op hun voedselinname: we vonden geen verschillen tussen de niet-depressieve en depressieve mensen.

Hoofdstuk acht bevat een samenvatting en discussie van het proefschrift zoals hierboven gegeven.

Methodologische overwegingen

Eén van de sterke punten van het proefschrift is dat de eetbuistoornis onderzocht is door middel van verschillende onderzoeksmethoden: literatuuronderzoek, een cross-sectionele studie, een gerandomiseerde gecontroleerde behandelstudie en twee experimentele studies. Ook is al het onderzoek bij patiënten met een eetstoornis uitgevoerd. Dit bleek echter ook moeilijkheden op te leveren. Het was vaak moeilijk om mensen te vinden met een eetbuistoornis waardoor de instroom van deelnemers langzaam verliep. Dit is ook van de reden waarom het aantal deelnemers in de behandelstudie relatief laag is.

We hebben uiteindelijk niet alleen patiënten geworven via Centrum Eetstoornissen Ursula en andere centra voor eetstoornissen maar ook via advertenties in dagbladen en op Internet en via posters in huisartsenpraktijken. Een voordeel hiervan was dat er veel mensen in het onderzoek zijn betrokken die nog niet in behandeling waren. Mensen die hulp zoeken zijn vaak ernstiger ziek dan mensen die dat niet doen. Door ook die laatste groep in het onderzoek te betrekken zijn de resultaten van dit onderzoek waarschijnlijk representatief voor mensen die lijden aan een eetbuistoornis.

Het was opmerkelijk dat er in de behandelstudie maar drie mannen deelnamen terwijl uit literatuuronderzoek blijkt dat de verhouding man: vrouw bij de eetbuistoornis ongeveer 2:3 is. Je zou een hoger percentage mannen verwachten op grond van deze getallen. Blijkbaar zoeken mannen met een eetbuistoornis nauwelijks hulp. Dit is ook de reden waarom we er voor gekozen hebben de twee experimentele studies alleen bij vrouwen uit te voeren. Dit maakt het generaliseren van de resultaten voor mannen echter minder betrouwbaar.

Het feit dat we geen effect van het reguleren en onderdrukken van negatieve emoties in de eerste experimentele studie vonden, kan ook verklaard worden door het feit dat er mogelijk sprake was van een plafondeffect. Wellicht hebben mensen met een eetbuistoornis over het algemeen minder energie om zelfcontrole uit te oefenen. Daarnaast bleek het moeilijk om de verwachtingen die mensen ten aanzien van voedsel en het verbeteren van hun stemmingen, te veranderen tijdens het experiment. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat mensen deze verwachtingen al jaren hebben en dat die verwachtingen moeilijk te veranderen zijn op korte termijn.

Enkele klinische implicaties

Cognitieve gedragstherapie is een effectieve therapie voor mensen met een eetbuistoornis. Ook mensen met (subjectieve) eetbuien die niet volledig voldoen aan de criteria van de DSM-IV kunnen profiteren van de behandeling.

Tijdens het onderzoek werden alle deelnemers individueel uitgebreid geïnformeerd over de behandeling. Na afloop van het onderzoek is de behandeling een onderdeel geworden

van het reguliere behandelaanbod. De uitgebreide informatie werd niet meer verstrekt. Veel mensen bleken uit te vallen tijdens de behandeling. Het is belangrijk gebleken om iedereen voor de behandeling goed en volledig te informeren over wat ze kunnen verwachten in de behandeling en wat er van hen verwacht wordt. Het resultaat van de behandeling wordt beïnvloed in positieve zin door juiste verwachtingen vooraf. Daarnaast is het belangrijk om alert te zijn op eventuele bijkomende depressieve symptomen. De eetbuien kunnen verergeren door ernstige depressieve symptomen. Wanneer de depressieve symptomen tijdens de behandeling blijven bestaan dan zou men eventueel een medicamenteuze behandeling of psychologische behandeling die specifiek gericht is op de depressieve symptomen kunnen overwegen.

Veel mensen met een eetbuistoornis hebben overgewicht. Zij hebben naast het stoppen van de eetbuien vaak ook (terecht) een sterke wens om gewicht te verliezen. In de behandeling van mensen met een eetbuistoornis zou hier meer aandacht voor moeten zijn.

Tijdens de behandeling ligt vaak de nadruk op de relatie tussen negatieve emoties en eetbuien, echter uit het experimentele onderzoek blijkt dat positieve emoties net als negatieve emoties uitlokkers kunnen zijn om te gaan eten. Wanneer men in een positieve stemming is, is men echter minder alert op de voedselinname.

Verder onderzoek

In de toekomst zou het interessant zijn om de resultaten van de experimentele studies te repliceren in een gezonde controlegroep of in een groep mensen met een klinische depressie. Zo zou er onderzocht kunnen worden of mensen met een eetbuistoornis inderdaad meer eten tijdens een smaaktest in vergelijking met gezonde mensen. Daarnaast zou een vergelijking met mensen met een klinische depressie interessant zijn omdat in dat geval puur de invloed van depressieve symptomen op het eetgedrag onderzocht kan worden.

Daarnaast zou er meer onderzoek moeten worden gedaan naar het effect van gewichtsvermindering bij mensen met een eetbuistoornis. Het gelijktijdig aanpakken van zowel de eetbuien als het overgewicht zou het herstel bij mensen met een eetbuistoornis kunnen versnellen. Ten slotte is het interessant om meer onderzoek te verrichten naar het effect van (impliciete) verwachtingen die mensen hebben ten aanzien van het effect van voedsel op de stemming maar ook het effect van verwachtingen van de behandeling op het behandelresultaat.