

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/54489>

Please be advised that this information was generated on 2021-09-21 and may be subject to change.

Wanneer we de oorzaken voor overgewicht louter zoeken in bewegingsarmoede en een overdaad aan voedselprkkelers, dreigen we een belangrijke factor over het hoofd te zien, stelt Tajana van Strien in onderstaande bij-

Wetenschap

Emotioneel en extern eten Het verschil en de therapie

Nu het eindelijk tot de Nederlandse samenleving begint door te dringen dat overgewicht hard op weg is een volksziekte te worden, wordt het tijd dat we het eens worden over de meest effectieve bestrijding ervan, en over de rol die psychologen daarin kunnen spelen. De beide boosdoeners waar het beleid zich momenteel op richt, zijn de toenemende bewegingsarmoede en de overdaad aan voedselprkkelers waarmee we in onze welvaartssamenleving van jongs af worden geconfronteerd, met als gevolg een toenemende overconsumptie – de toxische leefomgeving, zoals wordt uitgewerkt door Guerrieri in het afgelopen decembernummer van *De Psycholoog* (Guerrieri, 2005). In het onderhavige artikel wordt de stelling verdedigd dat we een belangrijke factor over het hoofd zien wanneer we de bestrijding van overgewicht en de behandeling van obesitas uitsluitend hierop richten. Uit onderzoek blijkt steeds duidelijker dat er een omvangrijke categorie mensen is met overgewicht die geen baat hebben bij de gebruikelijke maatregelen en therapieën, en die na aanvankelijk succesvol lijkende afslankpogingen de wijzer van de weegschaal opnieuw zien doorslaan – het bekende jojoën. Lijnen is bij hen vaak erger dan de kwaal (zie Van Strien, 2003).

De bedoelde probleemcategorie is die van de *emotionele eters*. Uiteraard zijn ook zij gevoelig voor de overdaad van prikkelers uit onze *toxische* leefomgeving, maar het overeten wordt bij hen toch vooral getriggerd door negatieve emoties. Dit is voor het eerst onderkend in de zogenaamde *psychosomatische theorie* van overeten, een theorie waar straks op wordt teruggekomen. Zij is de tegenhanger van de *externaliteitstheorie* die, op de gebruikelijke manier, de nadruk legt op externe voedselprkkelers. Onderzoek wijst uit dat het om twee mechanismen gaat die elkaar niet uitsluiten, maar bij ieder mens voorkomen, zij het met aanzienlijk verschillende accenten. Bij de constructie van de *Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag* (NVE), nu twintig jaar geleden, is dit tot uitdrukking gebracht door twee schalen in te bouwen: één voor extern eetgedrag en één voor emotioneel eetgedrag. Van

drage. Naast de 'externe eters' bestaat er ook een omvangrijke groep 'emotionele eters': mensen

Tajana van Strien

bij wie overeten vooral dient om negatieve emoties te ontvluchten. Zij hebben ook geen baat bij de gebruikelijke maatregelen en therapieën. Hun behandeling vraagt om een eigen aanpak.

deze vragenlijst is afgelopen jaar een nieuwe versie verschenen, genormeerd op de uitkomsten van meer dan 10.000 respondenten. Onderzoek met de NVE en met de Engelstalige versie ervan, de *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (DEBQ)

en haar derivaten in andere talen, toont aan dat het inderdaad om twee psychometrisch duidelijk onderscheidbare patronen van eetgedrag gaat, die zich manifesteren binnen de meest uiteenlopende culturen, van Argentinië tot Korea toe.

Voor de psychometrische fundering van beide eetpatronen en voor een overzicht van het experimenteel onderzoek naar de daaraan ten grondslag liggende mechanismen, wordt verwezen naar de nieuwe handleiding bij de NVE (Van Strien, 2005) en naar het populair-wetenschappelijk boek *De afslankmythe* (Van Strien, 2004). In deze bijdrage wordt vooral de nadruk gelegd op de klinische aspecten waarin emotionele eters zich onderscheiden van externe eters. Achtereenvolgens zal daarbij worden stilgestaan bij (1) het verschijnsel gevoelsblindheid (*alexithymia*), (2) verschillen in impulsiviteit en affectregulatie, (3) het recentelijk aan het licht gekomen verband met de dopaminehuishouding en (4) de relatie met depressiviteit. Elk van deze factoren blijkt een empirisch aanwijsbare rol te spelen bij emotioneel eetgedrag. Bij externe eters is dit, zoals vervolgens zal blijken, niet het geval.

Gezien deze laatste uitkomst is het logisch dat de behandeling van overgewicht dat berust op emotioneel eetgedrag en een daaraan gerelateerde syndroom als *binge eating disorder* om een eigen aanpak vraagt. Waar (cognitieve) gedragstherapie bij externe eters vaak tot goede resultaten leidt, heeft de *Dialectical Behavior Therapy* van Linehan bij emotionele eters meer kans op succes (Telch, 1997). Ook de zelfconfrontatiemethode van Hermans lijkt perspectieven te bieden. In de slotparagraaf zal op deze kwesties nader worden ingegaan. Inmiddels zal dan duidelijk zijn dat persoonlijke verschillen in de psychologische ontstaansfactoren bij de bestrijding van overgewicht de volle aandacht dienen te krijgen.

Gevoelsblindheid

Emotioneel eten, dat wil zeggen eten bij emoties als depressie, eenzaamheid of verveling, is een 'onnatuurlijk' antwoord op negatieve emoties en stress. De 'natuurlijke' reactie op stress is dat de samentrekkingen van de maag ophouden en het bloedsuikergehalte omhooggaat – een effect vergelijkbaar met de verzadiging die normaal ontstaat na inname van voedsel. Omdat vermindering van voedselinname gedurende stress en stressvolle emoties de 'biologisch natuurlijke' reactie is, ligt het voor de hand aan te nemen dat de 'onnatuurlijke' reactie van emotioneel eten is aangeleerd. Volgens de psychosomatische theorie is emotioneel eten het resultaat van vroege leerervaringen, waar het kind met voedsel werd 'zoet' gehouden. Hilde Bruch (1973), één van de belangrijkste vertegenwoordigers van de psychosomatische theorie, legt het accent op vroege ouder-kindinteracties. Als ouders, in het bijzonder moeders, op systematische wijze de eigen behoeftes van het kind negeren, hetzij door verwaarlozing, hetzij door overprotectie, leert het kind niet af te gaan op de eigen impulsen en gevoelens, met slecht introspectief bewustzijn ('poor interoceptive awareness') als mogelijk gevolg. Behalve een gebrek aan onderscheidingsvermogen tussen gevoelens van honger en verzadiging, houdt slecht introceptief bewustzijn ook in dat de fysiologische prikkels die met emoties gepaard gaan, slecht worden onderscheiden. Er is sprake van *alexithymia* (gevoelsblindheid). Zowel bij dikke vrouwen (Larsen, Van Strien, Eisinga & Engels, in druk) als bij vrouwen met *binge eating disorder* (Pinaque et al., 2003), bleek alexithymia inderdaad met emotioneel eten samen te hangen.

Dat alexithymia ten grondslag ligt aan emotioneel eten, illustreert het volgende experiment (Van Strien & Ouwens, aangeboden). Proefpersonen (86 vrouwelijke studenten aan de Radboud Universiteit te Nijmegen) werd gevraagd de smaak van zoute crackertjes te beoordelen. De helft van de proefpersonen was daaraan voorafgaand zenuwachtig gemaakt, door hen in de veronderstelling te brengen dat zij voor een panel deskundigen een toespraak moesten houden. De andere helft was juist heel rustig gemaakt, door hen aan zachte lapjes stof te laten voelen. De mate van alexithymia werd gemeten met de Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) van Bagby, Parker en Taylor (1994). Vrouwen die blijkens hun score op deze schaal niet alexithymisch waren, aten – heel normaal – minder crackertjes als zij zenuwachtig waren. Maar mensen die wél alexithymisch waren aten – en dat is tegennatuurlijk – evenveel of zelfs iets meer crackertjes als zij zenuwachtig waren.

Impulsiviteit en affectregulatie

In tegenstelling tot Bruch (1973), volgens wie emotioneel eten niet noodzakelijk tot een verbetering van de gemoedstoestand leidt, beschouwen Kaplan en Kaplan (1957), vanuit hun interpretatie van de psychosomatische theorie, emotioneel eten wél als een manier om de negatieve gemoedstoestand op te heffen. Ook meer recente theorieën over affectregulatie, zoals de *escape-theorie* van Heatherton en Baumeister (1991) wijzen in deze richting. Zeker als het emotionele eten de vorm aanneemt van een eetbui waarbij het eten in een soort roes naar binnen wordt gewerkt, is het heel goed voorstelbaar dat negatieve emoties worden geblokkeerd of 'ontvlucht' (*escape*). Tijdens een eetbui vindt er namelijk een bewustzijnsvernauwing plaats waarbij de persoon helemaal opgaat in de nabije omgevingswereld en heftige emoties worden afgezwakt. De afzwakking van de emotie en het eten van voedsel gaan hierbij hand in hand: '[...] a shift to low levels of thinking will result in reliance on immediate (food) stimuli, as well as a dampening of affect' (o.c., p. 102). Ook misbruik van alcohol en drugs kan deze functie hebben, evenals vijandig, destructief intermenselijk gedrag. Ook ander onderzoek wijst erop dat emotioneel eten en eetbuïen samenhangen met andere vormen van impulsief gedrag. In recent onderzoek bij vrouwelijke studenten (Fisher, Smith & Anderson, 2003) en bij dikke vrouwen (Van Strien, Larsen & Engels, aangeboden) bleek dit inderdaad het geval.

Het onderzoek van Van Strien, Larsen & Engels (aangeboden) vond plaats bij 303 vrouwen met overgewicht (dikke vrouwen) die allen waren geworven door middel van een oproep in plaatselijke kranten. Zij hadden een BMI (Body Mass Index = gewicht/lengte²) gelijk of hoger dan 25 (hun gemiddelde BMI lag rond de 30) en een gemiddelde leeftijd van rond de 45 jaar. Emotioneel eten en extern eten werd gemeten met de NVE. De mate van impulsiviteit werd gemeten met de impulsiviteitschaal uit de Eating Disorder Inventory-II (EDI-II) van Garner (1991). Behalve de neiging tot gebruik van alcohol en drugs meet deze impulsiviteitschaal ook de mate van emotionele instabiliteit, zoals tot uiting komt in impulsief vijandig en destructief intermenselijk gedrag ('Ik ben snel geneigd om in boosheid of woede uit te barsten'; 'Ik zeg impulsief dingen waar ik later spijt van krijg'). Gecontroleerd voor extern eten, leeftijd en opleiding, verklaarde impulsiviteit ruim 8% van de variantie in emotioneel eten.

Dopaminehuishouding

In recent neurobiologisch onderzoek (Volkov et al., 2003) werd gevonden dat emotioneel eten samenhangt met een hypofunctie (een tekort) van aan dopamine gerelateerde beloningssystemen in het dorsale striatum in de hersenen. Dopamine (DA) beïnvloedt als neurotransmitter niet alleen onze

stemming maar ook onze gevoeligheid voor voedselprikkels. De vondst van Volkow c.s. suggereert dat emotionele eters een laag DA-niveau, en de daarmee verbonden negatieve emoties, trachten te compenseren door meer te gaan eten. Inname van voedsel gaat namelijk gepaard met een verbetering van de DA-huishouding (Volkow et al., 2002) Daarnaast wordt een laag DA-niveau ook in verband gebracht met problemen in de impulscontrole. Het DA-tekort zou mensen namelijk gevoeliger maken voor bekrachtigende aspecten van alcohol en drugs, en gepaard gaan met een verhoogde neiging tot impulsief, risicovol en destructief gedrag (Blum et al., 2003; Dawe & Loxton, 2004).

Aan zowel emotioneel eten als impulsiviteit ligt dus vermoedelijk een DA-tekort ten grondslag. Dit zou ook een verklaring kunnen zijn van het verband tussen emotioneel eten en impulsiviteit.

Depressiviteit

Emotioneel eten vindt vaak plaats in een toestand van depressie (terwijl de normale reactie op depressie juist verlies aan eetlust is). Ook alexithymia gaat vaak met depressie samen (Parker, Bagby & Taylor, 1991), terwijl ook voor impulsiviteit een verband met depressie wordt verwacht (als mogelijke (inadequate) manier om met deze negatieve emotie om te gaan).

In het hierboven genoemde onderzoek bij dikke vrouwen bleek emotioneel eten inderdaad met depressie samen te hangen. Ook alexithymia en impulsiviteit bleken, behalve met emotioneel eten, ook een sterke samenhang met depressie te vertonen (Pearsoncorrelaties $>.60$). De betekenis van affectregulatieproblematiek wordt hierdoor nog eens versterkt.

In het onderzoek van Van Strien, Larsen & Engels (aangeboden) bij dikke vrouwen werd de mate van alexithymia gemeten met de TAS-20, en de mate van depressie met de depressieschaal (minus het item over eetlust) van de Symptom Checklist-90 (SCL-90) van Arrindell en Ettema (1991). Gecontroleerd voor extern eten, leeftijd en opleiding, verklaarde alexithymia bijna 8% van de variantie in emotioneel eten, terwijl alexithymia en impulsiviteit tezamen meer dan 11% van de variantie in emotioneel eten verklaarden.

Depressie, gecontroleerd voor extern eten, leeftijd en opleiding, verklaarde meer dan 8% van de variantie in emotioneel eten. Opmerkelijk genoeg vertoonde depressie wél een significant verband met emotioneel eten in combinatie met ofwel alexithymia ofwel impulsiviteit (in beide gevallen verklaarde depressie nog rond de 2% van de variantie in emotioneel eten). Maar in combinatie met alexithymia en impulsiviteit tezamen vertoonde depressie niet langer een significant verband met emotioneel eten.

Al met al suggereren de resultaten van dit onderzoek dat emotioneel eten bij dikke vrouwen de (oneigenlijke) functie heeft negatieve emoties het hoofd te bieden (zoals bijvoorbeeld depressie). Waarschijnlijk spelen zowel alexithymia als impulsiviteit een rol bij deze problematische vorm van affectregulatie.

Extern eten

Uiteraard is er alleen aanleiding tot een speciale aanpak wanneer de gevonden verbanden niet gelden voor externe eters. Externe eters laten zich eerder dan anderen door sterke voedselprikkels uit de omgeving tot eten verleiden, zoals de prikkelende geur en visuele aantrekkelijkheid van zich aanbiedend voedsel, zonder dat zij acht slaan op hun werkelijke lichamelijke behoefte aan voedsel. In ons onderzoek bij dikke vrouwen bleek inderdaad dat extern eten (gecontroleerd voor emotioneel eten) noch was gerelateerd aan alexithymia, noch aan depressie, en dat het slechts een zeer laag verband vertoonde met impulsiviteit (het verklaarde minder dan 1% van de variantie in extern eten). Dit geeft aan dat we bij extern eten naar alle waarschijnlijkheid niet met affectregulatieproblematiek te maken hebben.

Volkow et al. (2003) suggereerden dat dit type eetgedrag mogelijk samenhangt met hersengedeelten die vooral met *perceptuele eigenschappen* van voedsel te maken hebben. Er zou dan verhoogde activiteit zijn in de somato-sensorische cortex voor de lippen en de tong: hersengebieden waar DA-activiteit geen invloed op heeft. Anderzijds zou een sterke neiging tot extern eten ook kunnen worden toegeschreven aan een overconditionering van 'cephalische faseresponsen' (Powley, 1977): anticiperende reacties op het eten van voedsel, zoals een verhoogde afscheiding van insuline en speeksel. We zouden dan kunnen denken aan klassieke conditionering zoals bij de kwijlende honden van Pavlov (Wardle, 1990). Een heel gewoon leerproces, dat niets met psychopathologie te maken heeft. Dit wordt ondersteund door de bevinding dat extern eten, in tegenstelling tot emotioneel eten, niet méér voorkwam bij dikke vrouwen dan bij vrouwen met een normaal lichaamsgewicht (Van Strien et al., aangeboden). Daarnaast was de samenhang van extern eten met impulsiviteit bij de dikke vrouwen niet sterker dan bij vrouwen met een normaal lichaamsgewicht, terwijl de samenhang van emotioneel eten met zowel alexithymia als impulsiviteit bij de dikke vrouwen wél sterker was dan bij de vrouwen met een normaal lichaamsgewicht.

Extern eten lijkt niet typisch 'obees' eetgedrag te zijn, maar komt blijkbaar in alle gewichtscategorieën voor, zowel bij dikke als dunne mensen. 'Externe' obesitas lijkt dus vooral te berusten op aangeleerde verkeerde eetpatronen. Dit brengt ons op de kwestie van de therapie.

Behalve 303 dikke vrouwen bevatte het onderzoek van Van Strien, Larsen & Engels (aangeboden) ook 349 vrouwen met een normaal lichaamsgewicht, allen student aan de Radboud Universiteit te Nijmegen en met een BMI beneden de 25 (de gemiddelde BMI lag rond de 21 en hun gemiddelde leeftijd rond de 20 jaar). Mate van overgewicht werd gemeten door de steekproef van vrouwen met een normaal lichaamsgewicht versus die bestaande uit dikke vrouwen te (dummy) coderen als 0 en 1. Gecontroleerd voor extern eten, leeftijd en opleiding, verklaarde mate van overgewicht ruim 4% van de variantie in emotioneel eten, terwijl mate van overgewicht, gecontroleerd voor emotioneel eten, leeftijd en opleiding, geen variantie in extern eten verklaarde ($p > .05$).

Daarnaast was voor emotioneel eten er zowel voor alexithymia als voor impulsiviteit een interactie met mate van overgewicht. Gecontroleerd voor extern eten, leeftijd, opleiding, alexithymia en impulsiviteit verklaarde de interactie tussen mate van overgewicht en alexithymia ruim 1% van de variantie in emotioneel eten, terwijl de interactie tussen mate van overgewicht en impulsiviteit (in een aparte analyse) ook ruim 1% van de variantie in emotioneel eten verklaarde. Nadere inspectie van deze interacties wees uit dat de samenhang van emotioneel eten met zowel alexithymia als impulsiviteit sterker was bij de dikke vrouwen dan bij de vrouwen met een normaal lichaamsgewicht. Voor extern eten werd voor impulsiviteit geen interactie met mate van overgewicht gevonden ($p > .10$).

Therapie

Gangbare behandelingen van overgewicht en *binge eating disorder* bestaan vaak uit het gedragstherapeutisch aanleren van gezond en regelmatig eetgedrag, aangevuld met stimuluscontroletechnieken, zoals anticiperen op risicosituaties, het inbouwen van positieve bekrachtigingen en het leren weerstaan van verleidelijke voedselprikkels. Dit laatste kan zowel inhouden dat wordt aangeleerd deze te vermijden als het juist blootstellen van deelnemers aan dit soort prikkels – *cue exposure* – en er toch weerstand tegen te bieden. Bijvoorbeeld de opgave aan een overheerlijk blokje chocolade te ruiken om het dan toch weg te leggen. In cognitieve therapie wordt daarnaast aandacht besteed aan cognities: opvattingen over uiterlijk, lichaamsgewicht en dergelijke.

Helaas is het succes van vermageringsprogramma's zelden blijvend. Bij gewone vermageringsprogramma's (gericht op energiebeperkende diëten) zijn de meeste mensen na een jaar driekwart van het behaalde gewichtsverlies weer aangekomen. Na vier jaar is het merendeel zelfs zwaarder dan vóór het dieet, maar dit geldt helaas ook voor vermageringsprogramma's die op gedragstherapeutische principes zijn gebaseerd of de therapieën met een cognitieve component (Wilson, 1994; Wilson, & Brownell, 2002; Wilson 1999). Wel-

iswaar houdt het gewichtsverlies bij cognitieve therapieën vaak wel een jaar stand, zie bijvoorbeeld het recente promotieonderzoek van Werrij (2005), maar onderzoek naar de effecten op langere termijn geeft ook hier weinig reden tot optimisme (Wilson, 1999).

Een mogelijke reden voor deze geringe mate van blijvend succes is dat veel van deze therapieën niet of matig effectief zijn in het bestrijden van emotioneel eten als belangrijkste factor voor overgewicht en eetbuien (Van Strien et al., in druk; Jansen, Broekmate & Heymans, 1992).

Uit een follow-up vier jaar later van een vermageringsinterventie bij 97 patiënten met diabetes mellitus type 2 uit diverse Nederlandse huisartspraktijken, bleek meer dan de helft van de patiënten drie tot vier kilo zwaarder dan voor de interventie. Deze gewichtstoename werd significant voorspeld door de neiging tot overeten (emotioneel en extern eten bij de voormeting, vier jaar daarvoor) en ook de voedselconsumptie na vier jaar werd significant voorspeld door neiging tot overeten bij de voormeting vier jaar daarvoor (Van Strien, et al., in druk).

Noch bij de 51 vrouwen, noch bij de 46 mannen had de interventie na vier jaar effect op veranderingen in emotioneel eten en hetzelfde gold bij de mannen voor extern eten (de effect sizes [gemiddelde_{diagnose} - gemiddelde_{followup} / standaarddeviatie_{diagnose}] waren alle $< .2$. Dit getal staat voor geen effect). Alleen bij de vrouwen was het externe eten na vier jaar significant lager, maar de effect size was 0.2 (wat staat voor een klein effect).

In een publicatie van een pilotstudie van *cue exposure* versus *self controle* bij het behandelen van *binge eating* door Jansen et al. (1992) staan in Tabel 3 (p. 239) de gemiddelden en standaarddeviaties vermeld van de scores voor emotioneel eten en extern eten (zoals gemeten met de *NEVE*) bij de voormeting en de follow-upmeting na een jaar. Op basis van deze gegevens kan de *effect size* van *cue exposure* voor emotioneel eten en extern eten gemakkelijk zelf worden berekend. Hieruit blijkt dat voor extern eten de *effect size* van *cue exposure* na een jaar veel hoger ligt dan voor emotioneel eten (2 versus 0.75).

Overigens is in geen van beide studies bij het berekenen van de *effect sizes* rekening gehouden met de hoge correlatie tussen emotioneel eten en extern eten. Het gaat hier dus niet om emotionele eters en externe eters, maar emotioneel eten (ongecontroleerd voor extern eten) en extern eten (ongecontroleerd voor emotioneel eten). Op grond van de in dit artikel gerapporteerde bevindingen van Van Strien et al., (aangeboden), kan worden verwacht dat het effect van *cue exposure* op emotioneel eten, gecontroleerd voor extern eten, nog veel lager zal liggen dan dat van *cue exposure* op extern eten, gecontroleerd voor emotioneel eten. Het zou interessant zijn dit met de ruwe data te onderzoeken.

Cognitieve therapie leidt vaak wel tot verbetering van psychologisch welbevinden (Nauta, 2001) en depressie (Werrij, 2005), en ook houdt, zoals gezegd, het behaalde gewichtsverlies vaak nog een jaar stand. Maar helaas zijn ook deze therapieën weinig effectief in het handhaven van dit gewichtsverlies op de lange termijn, terwijl ook de hoge drop-out een belangrijk punt is (Wilson, 1999) – in het onderzoek van Werrij lag de drop-out bij cognitieve therapie rond de 16%. Een belangrijk probleem bij dit soort therapieën is dat problemen met affectregulatie niet rechtstreeks worden aangepakt (Telch, 1997). In de recent ontwikkelde dialectische gedragstherapie (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT) gebeurt dit wél, en daarom lijkt DBT emotionele eters helemaal op het lijf geschreven. In deze in oorsprong voor borderline persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelde cognitieve gedragstherapie (Linehan, 1993a, 1993b), worden onopgeloste spanningen binnen het gevoels- en gedachteleven van de patiënt beurtelings geaccepteerd en uitgedaagd. Vandaar de term 'dialectisch'. Het belangrijkste doel is de patiënt te leren hun emoties beter te reguleren. Dit gebeurt door het aanleren van vier soorten vaardigheden: 1. aandacht voor de eigen emoties; 2. bestand zijn tegen emotionele spanning en stress; 3. het beter reguleren van de eigen emoties en 4. sociale vaardigheden. De eerste resultaten van dialectische therapie bij mensen met *binge eating disorder* – een stoornis die sterk samenhangt met emotioneel eten ($r=.71$, zie Van Strien, Engels, Van Leeuwe & Snoek, 2005) – zijn veelbelovend, terwijl ook de drop-out uitzonderlijk laag was (Safer, Telch & Agras, 2001).

Een andere aanpak die zich volledig op de emotiehuis-houding richt is de zelfconfrontatiemethode (ZKM) van de Nederlandse persoonlijkheidspsycholoog Hubert Hermans (Hermans & Hermans-Jansen, 2004). Het gaat hier om de enige therapie van Nederlandse bodem die ook in het buitenland ruim verbreiding heeft gevonden. De verdienste ervan is vooral dat ze hulpmiddelen aanreikt om de emotioneel gevoelige domeinen van je bestaan in kaart te brengen. Getuige de verschillende herdrukken die de *Handleiding* in korte tijd heeft beleefd, vindt ze in toenemende mate verbreiding. Omdat de ZKM gemakkelijk toegankelijk is voor Nederlandse gebruikers wordt hier niet verder op ingegaan. Elders (Van Strien, 2004, p. 110-113). heb ik uitgewerkt hoe de ZKM zou kunnen worden ingezet voor de behandeling van emotioneel eten.

Therapie op maat

Werrij vond in haar promotieonderzoek dat dikke mensen vooral baat hadden bij cognitieve gedragstherapie als zij symptomatisch scoorden op de BDI (*Beck Depression Inventory*; Beck, Steer & Gabin, 1988) Zij doet daarom de aanbeveling de BDI te gebruiken voor toewijzing op maat (Werrij, 2005, p. 82). Zonder het item over eetgedrag bestaat de BDI uit twintig items.

Toewijzing op maat is op zich een heel aardig idee. Ook de auteur van dit artikel is daar voorstander van, zij het dat

zij daarvoor de 33-items tellende NVE veel meer geschikt acht. Niet alleen omdat de NVE door veel diëtisten, psychologen, kruisverenigingen, klinieken en ziekenhuizen daarvoor al jaren wordt gebruikt en het een betrouwbaar en valide instrument is voor emotioneel eten, extern en lijngericht eetgedrag (Van Strien, 2005), maar ook en vooral omdat depressie, zoals in dit artikel naar voren komt, maar een deel van de variantie in emotioneel eten voorspelt. Ook alexithymia en impulsiviteit spelen bij emotioneel eten een rol, maar emotioneel eten wordt natuurlijk door nog veel meer factoren bepaald.

Alexithymia en impulsiviteit verklaarden tezamen 11% van de variantie in emotioneel eten. Gezien het verschijnsel in psychologisch onderzoek (intelligentieonderzoek uitgezonderd) dat correlaties tussen variabelen van .20 tot .30 eerder regel dan uitzondering zijn (en de daarbij behorende r^2 dus varieert van 4 tot 9%) kan een verklaarde variantie van 11% als 'moderate' ofwel 'gemiddeld' worden gekwalificeerd. Tegelijkertijd betekent deze r^2 echter ook dat emotioneel eten door nog veel meer dan deze factoren wordt bepaald. Behalve een tekort aan hersendopamine zou men kunnen denken aan woede, vijandigheid, een laag zelfbeeld of stijl van coping (zie voor het laatste het promotieonderzoek van Spoor (2006)) maar ook aan veel minder heftige zaken: verveling, niets te doen hebben, rusteloosheid...

Mijn idee van toewijzing op maat bestaat eruit dat een cliënt met een eet- en/of gewichtsprobleem voorafgaand aan de behandeling eerst met de NVE wordt geclassificeerd als emotionele of externe eter. Voor elk van de NVE-schalen zijn van diverse populaties, uitgesplitst naar geslacht, gewicht of beide, normtabellen beschikbaar (Van Strien, 2005). Op basis van het gevonden eetpatroon kan aan de hand van de al eerder gepubliceerde beslisboom de juiste behandelingsstrategie worden bepaald (Van Strien, 2003). Personen die op geen van beide schalen hoog of zeer hoog scoren, kunnen worden doorverwezen naar de diëtist. Voor personen met een sterk emotioneel of extern eetgedrag is individuele of groepspsychotherapie de enige oplossing, maar dan wel een therapie die rekening houdt met het specifieke karakter van de eetproblemen.¹ Externe eters kunnen dan in een (cognitieve) gedragstherapie beter leren omgaan met hun gevoeligheid voor voedselprikkels. Emotionele eters kunnen in dialectische gedragstherapie of via de zelfconfrontatiemethode beter met hun emoties leren omgaan. Of zo'n toewijzing op maat ook op de lange termijn (na vier jaar) nog effectief is, moet uit onderzoek nog blijken, maar dit geldt op dit moment helaas voor alle voorstellen voor therapie op maat.

Mw dr. T. van Strien is universitair hoofddocent bij de sectie Klinische Psychologie vanuit het Instituut voor Gender Studies aan de Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen.

E-mail: <vanstrien@psych.ru.nl>

Noot

1. Overigens komen de klassen hoog tot zeer hoog overeen met schaalcores boven het 80ste percentiel, respectievelijk 95ste percentiel van de eigen normgroep. Dit betekent dat in de praktijk slechts een kleine minderheid van de cliënten in aanmerking komt voor doorverwijzing naar therapie (in de eigen normgroep namelijk maximaal 20 procent).

Literatuur

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.M.H. (1991). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (scl-90); *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 4, 77-108.
- Bagby, R., Parker, J.D.A. & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Gibin, M.G. (1988). Psychometric properties of the beck Depression Inventory: twenty years of evaluation. *Clinical psychology Review*, 8, 77-100.
- Blum, K., Braverman, E.R., Holder, J.M., Lubar, J.F., Monastra, V.J., Miller, D., Lubar, J.O., Chen, T.J.H. & Comings, D.E. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviours. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 1-68.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York: Basic Books.
- Dawe, S. & Loxton, N.J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343-351.
- Fisher, S., Smith, G.T. & Anderson, K. (2003). Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 406-411.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Guerrieri, R. (2005). Toen de koekjestrommel de fruitschaal verdrong... De toxische omgeving als oorzaak van obesitas. *De Psycholoog*, 40, 642-646.
- Heatherington, T.F. & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Hermans, H.J.M. & Hermans-Jansen, E. (2004). *Het verdeelde gemoed: over de grondmotieven in ons dagelijks leven*. Baarn: Nelissen.
- Jansen, A., Broekmate, J. & Heymans, M. (1992). Cue exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 235-241.
- Kaplan, H.I. & Kaplan, H.S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125, 181-201.
- Larsen, J., Van Strien, T., Eisinga, R. & Engels, R. (in press). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Psychosomatic Research*.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Nauta, H.M. (2001). *Nothing to lose? Cognitive and behavioral therapy for obesity and binge eating disorder*. Maastricht: academisch proefschrift Universiteit Maastricht.
- Parker, J.D.A., Bagby, R.M. & Taylor, G.J. (1991). Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32, 387-394.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.P. & Barber, P. (2003). Emotional eating, alexithymia and binge eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11, 195-201.
- Powley, T.L. (1977). The ventromedial hypothalamic syndrome: satiety and a cephalic phase hypothesis. *Psychological Review*, 84, 89-126.
- Safer, D.L., Telch, C.F. & Agras, W.S. (2001). Dialectical behaviour therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Spoor, S. (2006). *Feeling bad, fat or ugly. Inner body versus outward appearance in women*. Tilburg: academisch proefschrift Universiteit van Tilburg.
- Telch, C.F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 77-81.
- Van Strien, T. (2003). Lijnen erger dan de kwaal? *De Psycholoog*, 38, 68-73.
- Van Strien, T. (2004). *De afslankmythe. Waarom afvallen vaak niet lukt. De psychologie van het lijnen*. Schiedam: Scriptum Publishers.
- Van Strien, T. (2005). *Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (nve). Handleiding*. Amsterdam: Boom Test Publishers.
- Van Strien, T., Engels, R.C.M.E., Van Leeuwe, J. & Snoek, H.M. (2005). The Stice model of overeating. Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45, 205-213.

- Van Strien, T., Larsen, J.K. & Engels, R.C.M.E. (aangeboden). Disinhibited eating. Are emotional and external eating differentially related to alexithymia and impulsivity?
- Van Strien, T., Van de Laar, F., Van Leeuwe, J.E.F., Van Lucassen, P.C.B., Van den Hoogen, H.J.M., Rutten, G.E.M. & Van Weel, C. (in druk). The dieting dilemma in patients newly diagnosed with type 2 diabetes. Does dietary restraint predict weight gain four years after diagnosis? *Health Psychology*.
- Van Strien, T. & Ouwens, M. (aangeboden) Effects of tension, alexithymia and impulsivity on eating.
- Volkow, N.D., Wang, G., Fowler, J.S., Logan, J., Jayne, M., Franceschki, D., Wong, C., Gatley, S.J., Gifford, A.N., Ding, Y. & Pappas, N. (2002). 'Nonhedonic' food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. *Synapse*, 34, 175-180.
- Volkow, N.D., Wang, G., Maynard, L., Jayne, M., Fowler, J.S., Zhu, W., Logan, J., Gatley, S.J., Ding, Y., Wong, C. & Pappas, N. (2003). Brain dopamine is associated with eating behaviours in humans. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 136-142.
- Wardle, J. (1990). Conditioning processes and cue exposure in the modification of excessive eating. *Addictive Behaviours*, 15, 387-393.
- Werrij, M. (2005). *Weight thoughts. A cognitive approach for the treatment of obesity*. Maastricht: academisch proefschrift Universiteit Maastricht.
- Wilson, G.T. (1994). Behavioural treatment of obesity. Thirty years and counting. *Advanced Behavior Research therapy*, 16, 31-75.
- Wilson, G.R. (1999). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 579-595.
- Wilson, G.T. & Brownell, K.D. (2002). Behavioral treatment for obesity. In C.C.Fairburn & K.D. Brownell (Eds), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (p. 524-528). New York: Guilford Press.

Summary

Emotional and external eating. The difference and the treatment

T. van Strien

Emotional and external eating scales of the *Dutch Eating Behaviour Questionnaire* (DEBQ) are based on psychosomatic and externality theory, where they are conceived as distinct constructs. Research findings suggest a differential relationship of emotional and external eating with alexithymia, impulsivity, brain dopamine and depression. This means that emotional and external eating should indeed be conceived as distinct constructs, implying that different therapies are required for treatment of emotional versus external eating.