

Vreetbuistoornis: een overzicht

A.E. DINGEMANS, M.J. BRUNA, E.F. VAN FURTH

ACHTERGROND De vreetbuistoornis (binge eating disorder) is een 'nieuwe' stoornis, waarvan de onderzoekscriteria in 1994 in de DSM-IV zijn opgenomen.

DOEL Dit artikel heeft tot doel meer bekendheid te geven aan deze nieuwe eetstoornis. Er wordt een overzicht gegeven van de kenmerken, diagnostische criteria, beloop en behandeling.

METHODE Literatuuronderzoek met behulp van Medline en PsycLit, Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) en Social Science Citation Index (SSCI). De bij de aldus gevonden artikelen behorende referenties zijn eventueel ook in het onderzoek betrokken.

RESULTATEN De vreetbuistoornis neemt qua kenmerken en ernst een middenpositie in tussen boulimia nervosa en obesitas. Op dit moment is cognitieve gedragstherapie de behandeling van eerste keus, maar uit nog schaars onderzoek lijken ook interpersoonlijke psychotherapie, vormen van zelfhulp en selectieve serotonineheropnameremmers effectief te zijn.

CONCLUSIE Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de vreetbuistoornis een aparte stoornis is. Meer onderzoek is echter noodzakelijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 5, 321-331]

TREFWOORDEN overzicht, vreetbuistoornis

Begin jaren negentig pleitten een aantal onderzoekers (Spitzer e.a. 1991; Devlin e.a. 1992) voor het formuleren van een nieuwe diagnostische groep binnen het spectrum van de eetstoornissen. Deze patiënten hebben vreetbuien, maar vertonen geen compensatoir gedrag na de vreetbui (zoals braken, laxeren of overmatig bewegen), dit in tegenstelling tot patiënten met boulimia nervosa. Deze eetstoornis, de vreetbuistoornis (binge eating disorder), was niet te classificeren met behulp van de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987). In 1994 werd de vreetbuistoornis voor het eerst opgenomen in de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) onder 'eetstoornissen niet anders omschreven' waarin vervolgens verwezen wordt naar de onderzoekscriteria in Appendix B (alleen vermeld in de Amerikaanse versie). De vreetbuistoornis is op dit moment nog geen formele diagnose. In dit arti-

kel wordt ingegaan op de kenmerken, de classificatie en de behandeling van de vreetbuistoornis. Tevens worden de verschillen en overeenkomsten met boulimia nervosa en obesitas besproken.

METHODE

De relevante literatuur over de vreetbuistoornis is gezocht met behulp van Medline, PsycLit, Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) en Social Science Citation Index (SSCI). Tevens zijn de referentielijsten van de gevonden artikelen nagekeken op relevante literatuur.

DE VREETBUISTOORNIS

Epidemiologie De vreetbuistoornis komt bij

1-2% van de bevolking voor. De vreetbuistoornis komt, in tegenstelling tot boulimia nervosa, in gelijke mate bij mannen en vrouwen voor (Spitzer e.a. 1992; Spitzer e.a. 1993; Hay 1998). De diagnose vreetbuistoornis lijkt sterk gerelateerd aan overgewicht en een geschiedenis van onstabiel gewicht (Spitzer e.a. 1993); naarmate het overgewicht toeneemt, komt zij vaker voor (Telch e.a. 1988). De gevonden prevalenties van de vreetbuistoornis onder mensen met obesitas lopen echter sterk uiteen van 1,3% tot 30,1% (Spitzer e.a. 1992; Basdevant e.a. 1995; Varnado e.a. 1997).

Differentiële diagnose Centraal in de diagnostiek van de vreetbuistoornis staat het hebben van vreetbuien. Deze zijn tevens een kenmerk van boulimia nervosa. Om officieel als een aparte stoornis in een nieuwe versie van de DSM-IV te worden opgenomen, moet de vreetbuistoornis duidelijk onderscheiden worden van zowel obesitas als boulimia nervosa.

In veel opzichten lijkt obesitas een minder ernstige stoornis dan de vreetbuistoornis. Mensen met een vreetbuistoornis én overgewicht hebben in vergelijking tot mensen met overgewicht zonder vreetbuien een lagere zelfwaardering, vaker een depressieve stemming en vaker andere psychiatrische stoornissen, vooral affectieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (De Zwaan e.a. 1992; Mitchell & Mussell 1995; Yanovski e.a. 1993; Striegel-Moore e.a. 1998; Telch e.a. 1998). De mate van psychiatrische symptomatologie bij een vreetbuistoornis lijkt gerelateerd aan de ernst van de vreetbuien en niet aan de ernst van het overgewicht (Telch e.a. 1994).

Op het eerste gezicht lijken er veel overeenkomsten te zijn tussen de vreetbuistoornis en boulimia nervosa. De criteria van de vreetbuistoornis zijn afgeleid van die van boulimia nervosa. Het hebben van vreetbuien is een duidelijk gezamenlijk kenmerk. Over het algemeen blijken patiënten met een vreetbuistoornis minder psychopathologie te vertonen dan patiënten met boulimia nervosa. In vergelijking met mensen met boulimia nervosa zijn mensen met een

vreetbuistoornis minder angstig over hun eetpatroon en gewicht. Zij voelen zich minder schuldig over hun overgewicht, hun gewenste gewicht ligt ook binnen het normale bereik. Tevens zijn ze minder gepreoccupeerd met hun eetgedrag. Daarnaast is er een minder hoge comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen (met name affectieve stoornissen) (Mitchell e.a. 1995). Ze staan sociaal sterker in hun schoenen.

In vergelijking met boulimia-nervosapatiënten eten patiënten met een vreetbuistoornis tijdens een vreetbui gemiddeld de helft en loopt de calorie-inname meer uiteen. Tevens genieten de vreetbuistoornispatiënten dan vaak van het eten (Goldfein e.a. 1993; Mitchell e.a. 1998; Mitchell e.a. 1999). Patiënten met een vreetbuistoornis zijn beter in staat om relaties te onderhouden, zijn sociaal beter aangepast en hebben een beter oordeel over zichzelf. Zij overschatten hun gewicht niet, boulimia-nervosapatiënten doen dat wel. Het gewenste gewicht van mensen met een vreetbuistoornis ligt binnen het normale bereik (Raymond e.a. 1995). Overgewicht lijkt geen onderscheidend kenmerk tussen de vreetbuistoornis en boulimia nervosa (Hay 1998). Bij de meeste patiënten met boulimia nervosa en bij een deel van de patiënten met de vreetbuistoornis wordt het ontstaan van de vreetbuien voorafgegaan door lijnen en gewichtsverlies. Er is ook een groep patiënten met de vreetbuistoornis te onderscheiden die juist gaat lijnen ten gevolge van de vreetbuien omdat deze een toename in gewicht veroorzaken (Spitzer e.a. 1993; Mussell e.a. 1995; Raymond e.a. 1995; Santonastaso e.a. 1999).

CLASSIFICATIE VAN DE VREETBUISTOORNIS

Wanneer we aan de hand van de voorgestelde (onderzoeks)criteria een diagnose proberen te stellen, stuiten we op een aantal onduidelijkheden en tegenstrijdigheden. In tabel 1 is een overzicht te vinden van deze criteria. In het onderstaande worden de DSM-onderzoekscriteria besproken.

TABEL 1 Diagnostische criteria voor de vreetbuistoornis (DSM-IV)

-
- A. Terugkerende episodes van vreetbuien.
Een vreetbui wordt als volgt gekarakteriseerd:
1. Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
 2. Een gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bijvoorbeeld het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet).
- B. De episodes met vreetbuien zijn geassocieerd met minstens drie van het volgende:
1. Veel sneller eten dan gewoonlijk.
 2. Eten totdat men zich oncomfortabel vol voelt.
 3. Eten van grote hoeveelheden voedsel terwijl men geen fysiek hongergevoel heeft.
 4. In eenzaamheid eten uit schaamte over de grote hoeveelheid voedsel die gegeten wordt.
 5. Walging van zichzelf, depressief of schuldig voelen na het overeten.
- C. Merkbaar leed ten aanzien van de vreetbuien is aanwezig.
- D. De vreetbuien komen gemiddeld minstens twee dagen per week voor gedurende zes maanden.
NB: De methode om de frequentie te bepalen verschilt van die voor boulimia nervosa.
- E. De vreetbuien gaan niet gepaard met regelmatig inadequaot compensatoir gedrag (bijvoorbeeld zelfopgewekt braken, het misbruik van laxeremiddelen, vasten of overmatige lichaamsbeweging) en de stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa of boulimia nervosa.
-

De in criterium A1 gehanteerde definitie van een vreetbui is ontleend aan de definitie van vreetbuien bij boulimia nervosa. Bij boulimia nervosa is een vreetbui goed af te bakenen omdat deze gevolgd wordt door compensatoir gedrag zoals braken. Het begin en het einde van een vreetbui bij een patiënt met een vreetbuistoornis zijn echter niet duidelijk. Dit bemoeilijkt de diagnostiek. In het eerste geval is de herinnering van de gebeurtenis beter.

Criterium B omschrijft een vijftal kenmerken waarbij aan drie moet worden voldaan voor het stellen van de diagnose. Echter, criteria B1, B2 en B3 verwijzen naar het verlies van controle dat al in criterium A2 omschreven werd, en criteria B4 en B5 verwijzen naar het psychisch lijden dat in criterium C is omschreven. Daarnaast is het onduidelijk wat er wordt verstaan onder psychisch lijden. Het kan verwijzen naar een emo-

tionele staat die de patiënt zelf rapporteert, maar ook naar een beperking in het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven (De Zwaan e.a. 1993).

Dat de voorgestelde criteria niet duidelijk zijn, blijkt tevens uit de discrepantie in de tijds-criteria genoemd in criterium A1 en D. Het is niet duidelijk wat de wenselijke methode is om de frequentie van vreetbuien te meten: het tellen van episodes of van dagen.

Ten slotte wordt in criterium E vermeld dat er geen sprake mag zijn van regelmatig inadequaot compensatoir gedrag naar aanleiding van de vreetbuien. Het is onduidelijk wat met regelmatig en inadequaot gedrag bedoeld wordt.

In een aantal onderzoeken zijn aanbevelingen gedaan over mogelijke aanpassing van de criteria van de vreetbuistoornis. Ten eerste is nader onderzoek naar de frequentiecriteria van de

TABEL 2 Schema voor het classificeren van episodes van overeten (Cooper e.a. 1987)

Hoeveelheid is groot	Hoeveelheid is niet groot, maar wordt door de patiënt wel zo ervaren
Verlies van controle	Objectieve boulimische episode
Geen verlies van controle	Subjectieve boulimische episode
	Objectief overeten
	Subjectief overeten

vreetbuien wenselijk (Rossiter e.a. 1992). Ten tweede blijkt dat patiënten zelf meer nadruk leggen op het verlies van controle en niet zozeer op de hoeveelheid voedsel die gegeten is. De diagnostiek kan bevorderd worden door onderscheid te maken tussen objectieve en subjectieve boulimische episodes (Cooper e.a. 1987, zie tabel 2). Het is van belang om een vreetbui als zodanig te classificeren wanneer het een objectieve boulimische episode betreft.

Ten slotte is het belangrijk om een voldoende lange periode te nemen om de vreetbuien in kaart te brengen (bijvoorbeeld 28 dagen). Een kortere periode hoeft niet representatief te zijn voor het eetpatroon (Marcus 1993; Smith e.a. 1992). Uit bovenstaande blijkt dat er meer onderzoek nodig is voordat de definitieve criteria geformuleerd kunnen worden.

BEHANDELING

Psychologische behandeling Tot op heden zijn er vier gecontroleerde onderzoeken van psychologische behandelingen uitgevoerd (Agras e.a. 1995; Eldredge e.a. 1997; Peterson e.a. 1998; Carter e.a. 1998) (zie tabel 3). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de meest onderzochte behandeling en wordt gezien als de eerste keus. De effectiviteit van de andere behandelvormen, zoals interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en gewichtsverliesbehandeling, wordt in de onderzoeken met CGT vergeleken. Bij CGT wordt eerst een regel-

matig eetpatroon geïntroduceerd. Vervolgens worden verstoorde cognities over eten, gewicht en figuur geïdentificeerd. Ten slotte leert men alternatieve eetpatronen en copingstrategieën.

IPT (Klerman e.a. 1984) zou geschikt kunnen zijn voor de vreetbuistoornis omdat er in de behandeling aandacht besteed wordt aan interpersoonlijke moeilijkheden die geassocieerd zijn met de vreetbuistoornis, zoals bijvoorbeeld sociale isolatie, de angst om afgewezen te worden en negatieve stemmingen (Wilfley e.a. 1993; Wilfley e.a. 1998). Patiënten leren bevredigende sociale contacten te ontwikkelen en te onderhouden. Daarnaast leren ze effectievere copingstrategieën (in plaats van de vreetbuien) om met sociale en interpersoonlijke problemen om te gaan.

Uit de onderzoeken blijkt dat psychologische behandeling, afgezien van het soort, een statistisch significante vermindering van de frequentie van de vreetbuien teweegbrengt (reductie aantal vreetbuien 68-77%; abstinentie 40-87%).

Twee onderzoeken hebben CGT gecombineerd met een gewichtsverliesbehandeling (Agras e.a. 1995; Eldredge e.a. 1997). Het lijkt erop dat de behandeling van mensen met een vreetbuistoornis plus overgewicht meer effect heeft wanneer eerst de vreetbuien worden aangepakt alvorens men het gewichtsprobleem gaat behandelen.

Uit het onderzoek van Agras bleek dat vervolgbehandeling met IPT na CGT geen toegevoegde waarde had.

In twee onderzoeken is het effect van zelfhulp op de vermindering van het aantal vreetbuien onderzocht (Peterson e.a. 1998; Carter e.a. 1998). Het zelfhulpprogramma is gebaseerd op technieken die ook bij de cognitieve-gedragstherapie gebruikt worden. Veel patiënten bleken baat te vinden bij een zelfhulpboek. In het onderzoek van Peterson e.a. (1998) kwam naar voren dat therapeutgeleide zelfhulp even effectief was in het verminderen van de frequentie en de duur van de vreetbuien als gedeeltelijk therapeutgeleide zelfhulp en pure zelfhulp. Uit het onder-

TABEL 3 Overzicht gecontroleerde psychologische behandelingsonderzoeken

Auteurs	Patiënten en methode	Uitkomstmaten	Resultaten
Agras e.a. 1995	50 personen (43 vrouw/7 man) met een vreetbuistoornis (DSM-IV) en overgewicht 1. CGT (groep), 12 sessies (n = 39) plus wekelijks wegen, bewegingsprogramma en informatie over vetarm voedsel Indien succesvol: 12 sessies gewichtsverliesbehandeling Indien niet succesvol: 12 sessies IPT (groep) 2. Wachtlijst (n = 11)	1. aantal vreetbuidagen 2. gewicht	1. Aantal vreetbuidagen: 77% vermindering CGT-groep 22% vermindering wachtlijstgroep 2. Gewicht: afname in CGT-groep toename in wachtlijstgroep geen toegevoegde waarde van IPT
Eldredge e.a. 1997	46 personen (44 vrouw/2 man) met een vreetbuistoornis (DSM-IV) en overgewicht 1. CGT (groep), 12 sessies, (n = 36) Indien succesvol: 12 sessies gewichtsverliesbehandeling (n = 18) Indien niet succesvol: 12 sessies CGT extra (n = 18) 2. Wachtlijst (n = 10)	1. frequentie vreetbuien 2. gewicht	Na 12 weken: 1. Frequentie vreetbuien: 50% abstinentie CGT-groep 68% vermindering CGT-groep 20% vermindering wachtlijstgroep 2. Gewicht: geen vermindering gewicht Na 24 weken: 1. Frequentie vreetbuien: 67% abstinentie CGT-groep 2. Gewicht: geen vermindering gewicht
Peterson e.a. 1998	61 vrouwen met een vreetbuistoornis (DSM-IV) en zelfhulp gebaseerd op CGT (14 sessies); elke sessie psycho-educatie en review-huiswerk 1. Therapeutgeleide zelfhulp (TZH) (n = 16) 2. Gedeeltelijke zelfhulp (GZH) (n = 19) 3. Pure zelfhulp (PZH) (n = 15) 4. Wachtlijst (WL) (n = 11)	1. frequentie vreetbuien 2. duur episode	TZH = GZH = PZH > WL Significante vermindering in frequentie en duur vreetbuien Abstinentie: objectieve vreetbuien respectievelijk 69%, 68%, 87% en 13%
Carter e.a. 1998	72 personen met een vreetbuistoornis (DSM-IV) en zelfhulp gebaseerd op CGT gedurende 12 weken: 1. Pure zelfhulp (PZH) 2. Begeleide zelfhulp (BZH) 3. Wachtlijst (WL) (na 12 weken werden de patiënten van de wachtlijst at random verdeeld in een PZH en BZH-groep)	frequentie vreetbuien	Abstinentie vreetbuien: BZH > PZH > WL (resp. 50%, 43% en 8%) Na 6 maanden abstinentie vreetbuien: BZH > PZH (respectievelijk 50% en 40%)

CGT = cognitieve-gedragstherapie; IPT = interpersoonlijke psychotherapie

zoek van Carter e.a. (1998) kwam echter naar voren dat patiënten meer baat hadden bij een begeleide zelfhulpgroep dan bij een pure zelfhulpgroep. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat deelnemers aan dit onderzoek nooit eerder in behandeling waren geweest voor een vreetbuistoornis.

Farmacologische behandeling Ook het aantal gecontroleerde onderzoeken naar farmacologische behandelmethoden is gering. Deze dubbelblinde, placebogecontroleerde onderzoeken hebben zich vooral gericht op selectieve serotonine-

heropnameremmers (fluoxetine, fluvoxamine, sertraline), die de eetlust en stemming reguleren (Greeno e.a. 1996; Hudson e.a. 1998; McElroy e.a. 2000) en op het eetlustonderdrukkende middel d-fenfluramine (Stunkard e.a. 1996). Opvallend in deze onderzoeken was het hoge placebo-effect. Voor aanvang van de meeste onderzoeken kregen alle deelnemers gedurende één tot vier weken een placebo. Tweeënveertig tot 44% van de deelnemers voldeed daarna niet meer aan de criteria van de vreetbuistoornis.

Uit elk onderzoek bleek dat het onderzochte middel een significante verbetering laat zien op

TABEL 4 Dubbelblinde, placebogecontroleerde farmacologische behandelingsonderzoeken

Auteurs	Patiënten en methode	Uitkomstmaten	Resultaten
Greeno e.a. 1996	38 vrouwen met een vreetbuistoornis (DSM-IV) en 32 zonder, gedurende 6 weken 1. Fluoxetine 60 mg/dag (n = 34) 2. Placebo (n = 36)	voedselinname	Fluoxetine heeft meer effect dan placebo bij beide groepen Geen informatie over frequentie vreetbuien en gewichtsafname
Stunkard e.a. 1996	24 personen met een vreetbuistoornis (DSM-IV), gedurende 8 weken 1. d-Fenfluramine 30 mg/dag (n = 12) 2. Placebo (n = 12)	frequentie vreetbuien	d-Fenfluramine heeft meer effect dan placebo (abstinentie resp. 80% en 33%) Na 1 en 4 maanden follow-up is het effect verdwenen Geen vermindering gewicht
Hudson e.a. 1998	67 personen met een vreetbuistoornis (DSM-IV), gedurende 9 weken 1. Fluvoxamine 50-300 mg/dag (n = 29) 2. Placebo (n = 38)	1. frequentie vreetbuien 2. Clinical Global Impression (CGI)	Fluvoxamine heeft meer effect dan placebo Meer drop-out bij fluvoxamine wegens bijwerkingen Geen vermindering gewicht
McElroy e.a. 2000	34 personen met een vreetbuistoornis (DSM-IV), gedurende 6 weken 1. Sertraline 50-200 mg/dag (n = 18) 2. Placebo (n = 16)	1. frequentie vreetbuien 2. ernst 3. globale verbetering 4. BMI	Sertraline heeft meer effect dan placebo

BMI = body-mass index

TABEL 5 Combinatie psychologische en farmacologische behandelingsonderzoeken

Auteurs	Patiënten en methode	Uitkomstmaten	Resultaten
Agras e.a. 1994	108 vrouwen met een vreetbuistoornis (DSM-IV) en overgewicht 1. Gewichtsverliesterapie (GVT), 30 sessies, (n = 37) 2. CGT (groep), 12 sessies daarna GVT 18 sessies (n = 36) 3. CGT (groep) 12 sessies, daarna GVT 18 sessies plus desipramine (25-300 mg/dag) 6 maanden (n = 36)	1. gewicht 2. frequentie vreetbuien	Bij einde behandeling geen statistisch significant verschil GVT, CGT/GVT en CGT/GVT/desipramine wat betreft abstinentie vreetbuien (respectievelijk 19%), 37% en 41%) en gewichtsverlies (respectievelijk 6,0, 1,6 en 3,7 kg) Abstinentie vreetbuien geassocieerd met grotere gewichtsverliezen

CGT = cognitieve-gedragstherapie; GVT = gewichtsverliesterapie

de uitkomstmaten in vergelijking tot de placebo, zoals op ernst en frequentie van de vreetbuien. Medicatie lijkt echter geen effect te hebben op vermindering van het gewicht. Het lijkt erop dat er nauwelijks langetermijneffecten te zien zijn na het stopzetten van de medicatie. Vergelijking van de onderzoeken is moeilijk omdat de uitkomstmaten verschillen. Nadelen van de onderzoeken zijn dat het aantal deelnemers beperkt is (24 tot 67) en de duur kort (maximaal negen weken).

Combinatiebehandeling Er is tot op heden één onderzoek gedaan waarin een gewichtsverliesprogramma, CGT en medicatie (desipramine, een klassiek tricyclisch antidepressivum) met elkaar gecombineerd zijn (Agras e.a. 1994). De toevoeging van zowel medicatie als cognitieve-gedragstherapie aan het gewichtsverliesprogramma leidde niet tot een grotere daling in de frequentie van de vreetbuien of grotere afname van het gewicht. Aan het einde van de behandeling was er geen statistisch significant verschil te zien in de reductie van de frequentie van de vreetbuien en de totale gewichtsafname tussen de drie behandelgroepen (zie tabel 5).

BELOOP VAN DE VREETBUISTOORNIS

Er zijn twee onderzoeken verricht naar het natuurlijke beloop van de vreetbuistoornis in de algehele bevolking (Fairburn e.a. 2000; Cachelin e.a. 1999). Hieruit komt een belangrijk argument voor een aparte diagnostische categorie naar voren: er blijkt dat weinig verschuivingen optreden van de ene diagnostische categorie naar de andere. In het onderzoek van Fairburn werd een groep mensen met een vreetbuistoornis gedurende vijf jaar gevolgd. Na vijf jaar bleek slechts 10% van deze personen nog te voldoen aan de criteria van de vreetbuistoornis (daarnaast voldeed 3% (n = 1) aan de criteria van boulimia nervosa en 5% (n = 2) aan 'eetstoornis niet anders omschreven'). Zevenenzeventig procent van de groep was volledig abtinent (geen objectieve boulimische episodes). Opvallend was dat de groep gemiddeld zwaarder was geworden en dat een groter deel overgewicht had ontwikkeld (39% vergeleken met 20% bij aanvang van het onderzoek). Een opmerkelijke bevinding was dat slechts 3% gedurende die vijfjarige periode behandeld was voor een eetstoornis. In het onderzoek van Cachelin werden

vrouwen met een vreetbuistoornis gedurende zes maanden gevolgd. Na zes maanden voldeed 52% nog aan de criteria van een vreetbuistoornis en 48% was in gedeeltelijke remissie. Het bleek dat hulp zoeken in het algemeen niet geassocieerd was met een verbetering van de vreetbuistoornis op korte termijn.

Fichter e.a. (1998) hebben het resultaat van een intensieve klinische behandeling bij patiënten met een vreetbuistoornis over een periode van zes jaar bekeken. De meerderheid van de patiënten verbeterde tijdens de therapie, viel licht terug gedurende de drie jaar na behandeling en verbeterde en stabiliseerde in het vierde, vijfde en zesde jaar. Na zes jaar bleek 21% van de patiënten nog te voldoen aan de criteria van een eetstoornis volgens de DSM-IV (6% voldeed aan de criteria voor een vreetbuistoornis, 7% aan die van het purgerende type van boulimia nervosa, 7% aan die van een 'eetstoornis niet anders omschreven').

Bovenstaande resultaten van de onderzoeken kunnen impliceren dat therapie meer slecht dan goed doet. Echter, mensen die psychiatrische hulp zoeken voor een vreetbuistoornis, hebben mogelijk een ernstigere problematiek dan mensen met een vreetbuistoornis die geen psychiatrische hulp zoeken (Fairburn e.a. 1996).

DISCUSSIE

Uit bovenstaande blijkt dat de vreetbuistoornis qua ernst van de psychopathologie een middenpositie inneemt tussen boulimia nervosa en obesitas (Howard & Porzelius 1999). Hay & Fairburn (1998) stellen dat boulimische eetstoornissen deel uitmaken van een continuüm, dat loopt van het purgerende subtype van boulimia nervosa (meest ernstig), via het niet-purgerende subtype van boulimia nervosa tot de vreetbuistoornis (minst ernstig).

In de meeste onderzoeken wordt de vreetbuistoornis vergeleken met obesitas, maar een deel van de mensen met de vreetbuistoornis heeft geen overgewicht (Spitzer e.a. 1993). Tevens zou uit de onderzoeken naar de behandeling kunnen

worden opgemaakt dat overwegend vrouwen aan deze stoornis lijden, terwijl de stoornis even vaak bij mannen als vrouwen voorkomt. Het lijkt alsof alleen vrouwen met overgewicht behandeling zoeken voor de vreetbuistoornis. Daarnaast kan het ook zijn dat alleen vrouwen hiervoor worden geïndiceerd. Het is echter van belang om ook bij mensen met een normaal gewicht en vreetbuien en bij mannen met vreetbuien aan de diagnose vreetbuistoornis te denken.

Opvallend is dat een groot deel van de mensen met een vreetbuistoornis verbetert zonder behandeling. Wel bleek dat er een duidelijke toename van het gewicht was. Wellicht zoeken mensen pas hulp wanneer ze zowel ernstige vreetbuien als ernstig overgewicht hebben. Dit verklaart ook dat er vooral onder deze groep onderzoek verricht is.

Cognitievegedragstherapie is op dit moment de therapie van eerste keuze, maar interpersoonlijke psychotherapie, vormen van zelfhulp en selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) lijken ook effectief te zijn.

Er is meer onderzoek nodig om een beter beeld te krijgen van de kenmerken van deze 'nieuwe' eetstoornis. Tevens moeten de criteria beter omschreven worden voordat ze in een nieuwe editie van de DSM kunnen worden opgenomen. Ten slotte is het van belang een specifiekere behandeling te ontwikkelen. Een belangrijke vraag hierbij is in hoeverre overgewicht een rol speelt in het ontstaan en voortbestaan van de vreetbuistoornis.

LITERATUUR

- Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., e.a. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral and desipramine treatments in binge eating disorder. An additive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
- Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., e.a. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 356-360.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition - revised (DSM-III-R)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., e.a. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 309-315.
- Cachelin, F.M., Striegel-Moore, R.H., Elder, K.A., e.a. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 45-54.
- Carter, J.C., & Fairburn, C.G. (1998). Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder. A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 616-623.
- Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination. A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Devlin, M., Walsh, B.T., Spitzer, R.L., e.a. (1992). Is there another binge eating disorder? Review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 333-340.
- Eldredge, K.L., Agras, W.S., Arnow, B., e.a. (1997). The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 347-352.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., e.a. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., e.a. (1996). Bias and bulimia nervosa. How typical are clinic cases? *American Journal of Psychiatry*, 153, 386-391.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Gnutzmann, A. (1998). Binge eating disorder. Treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 385-405.
- Goldfein, J.A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.L., e.a. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431.
- Greeno, C.G., & Wing, R.R. (1996). A double-blind, placebo-controlled trial of the effect of fluoxetine on dietary intake in overweight women with and without binge-eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 64, 267-273.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors. An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.
- Hay, P., & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Howard, C.E., & Porzelius, L.K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder. Etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 19, 25-44.
- Hudson, J.I., McElroy, S.L., Raymond, N.C., e.a. (1998). Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder. A multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1756-1762.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., e.a. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: BasicBooks.
- Marcus, M.D. (1993). Binge eating in obesity. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson, *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 77-96). New York: Guilford Press.
- McElroy, S.L., Casuto, L.S., Nelson, E.B., e.a. (2000). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1004-1006.
- Mitchell, J.E., & Mussell, M.P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 20, 725-732.
- Mitchell, J.E., Crow, S., Peterson, C.B., e.a. (1998). Feeding laboratory studies in patients with eating disorders. A review. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 115-124.
- Mitchell, J.E., Mussell, M.P., Peterson, C.B., e.a. (1999). Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 165-170.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Weller, C.L., e.a. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 395-401.
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., e.a. (1998). Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder. A comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 125-136.
- Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J.E., e.a. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 135-143.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F., e.a. (1992). The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 111-120.
- Santonastaso, P., Ferrara, S., & Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 215-218.
- Smith, D.E., Marcus, M.D., & Kaye, W. (1992). Cognitive-behavioral treatment of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 257-262.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., e.a. (1991). Binge eating disorder.

- der. To be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 627-629.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., e.a. (1992). Binge eating disorder. A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S.Z., Wadden, T., e.a. (1993). Binge eating disorder. Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
- Striegel-Moore, R.H., Wilson, G.T., Wilfley, D.E., e.a. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27-37.
- Stunkard, A., Berkowitz, R., Tanrikut, C., e.a. (1996). d-Fenfluramine treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1455-1459.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Rossiter, E.M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 115-119.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology. Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61.
- Telch, C.F., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder. Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768-776.
- Varnado, P.J., Williamson, D.A., Bentz, B.G., e.a. (1997). Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eating Weight Disorders*, 2, 117-124.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., e.a. (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., Frank, M.A., Welch, R., e.a. (1998). Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder. Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*, 8, 379-391.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., e.a. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Zwaan, M. de, & Mitchell, J.E. (1992). Binge eating in the obese. *Annals of Medicine*, 24, 303-308.
- Zwaan, M. de, Mitchell, J.E., Specker, S.M., e.a. (1993). Diagnosing binge eating disorder. Level of agreement between self-report and expert-rating. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 289-295.

AUTEURS

A.E. DINGEMANS is als psycholoog/onderzoeker werkzaam bij de Robert-Fleury Stichting, Landelijk Centrum voor Eetstoornissen 'de Ursula'.

M.J. BRUNA is als psychiater werkzaam bij de Robert-Fleury Stichting, Landelijk Centrum voor Eetstoornissen 'de Ursula'.

E.F. VAN FURTH is als psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij de Robert-Fleury Stichting, Landelijk Centrum voor Eetstoornissen 'de Ursula'.

Correspondentieadres: Robert-Fleury Stichting, Landelijk Centrum voor Eetstoornissen 'de Ursula', Postbus 422, 2260 AK Leidschendam. E-mail: a.dingemans@worldonline.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-9-2000.

SUMMARY

Binge eating disorder. A review – A.E. Dingemans, M.J. Bruna, E.F. van Furth –

BACKGROUND Binge eating disorder is a 'new' disorder of which the research criteria were added to the DSM-IV in 1994.

AIMS This paper aims to improve the knowledge of this new eating disorder. An overview of its characteristics, diagnostic criteria, course and treatment is given.

METHOD A literature search in Medline, PsycLit, SCI-EXPANDED and SSCI was performed. References belonging to the found literature were included.

RESULTS *The binge-eating disorder has a level of psychopathology that falls between bulimia nervosa and obesity. At present cognitive behavioural treatment is the treatment of choice, but interpersonal psychotherapy, self-help and SSRI's seem to be effective.*

CONCLUSIONS *Binge eating disorder seems to be a distinct disorder, but more research is needed.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 5, 321-331]

KEYWORDS review, treatment