

# Cognitieve gedragstherapie bij overgewicht en behoud van gewichtsverlies

Voor mensen met overgewicht is vooral het behoud van gewichtsverlies een groot probleem.

Het toevoegen van cognitieve therapie aan een gedragstherapeutische behandeling voor overgewicht voorkomt dat men na het beëindigen van de behandeling weer in gewicht toeneemt.

Dr. Marieke Werrij is onderzoeker bij de capaciteitsgroep Work & Social Psychology van de Universiteit Maastricht. Ze ontwikkelde samen met haar collega's een programma waarbij het bereiken van een gering gewichtsverlies en het behoud hiervan op de lange termijn centraal staan. In dit overzichtartikel beschrijft ze de huidige stand van zaken.

## Huidige aanpak overgewicht teleurstellend

Voor overgewicht en obesitas zijn er verschillende vormen van behandeling, waaronder maagverkleiningsoperaties, gewichtsreducerende medicijnen en gedragstherapie. Hoewel maagverkleiningsoperaties goede resultaten boeken op de lange termijn<sup>1</sup>, zijn ze lang niet altijd succesvol: 30% van de patiënten wordt weer dikker binnen twee jaar na de operatie, en ongeveer 30% van de patiënten ondervindt complicaties.<sup>2</sup> Bovendien komt slechts een selecte subgroep van

de mensen met obesitas in aanmerking voor een maagverkleining.

Met gewichtsreducerende medicijnen kan een gewichtsverlies van ongeveer 10% worden bereikt. Meestal blijft dit gewichtsverlies echter alleen gehandhaafd gedurende de tijd dat het medicijn wordt gebruikt.<sup>3</sup>

Gedragstherapeutische programma's ten slotte, richten zich op het reduceren van de energie-inname en het stimuleren van beweging. Hoewel de precieze vorm van dergelijke programma's varieert, bevatten ze vaak de volgende componenten: veranderen van het eetgedrag (geen voorgeschreven dieet), stellen van uitdagende maar haalbare doelen, self-monitoring, omgaan met moeilijke situaties, terugvalpreventie en beweging. Op de korte termijn leiden traditionele gedragstherapeutische programma's tot een gewichtsverlies van ongeveer 9%.<sup>4</sup> De resultaten op de lange termijn zijn echter uitermate teleurstellend; binnen 1 tot 5 jaar zijn de meeste patiënten weer terug op hun uitgangsgewicht.<sup>5</sup> Het volhouden van de nieuwe eetregels op de langere termijn lijkt hierbij het voornaamste probleem.<sup>6</sup>

Ditzelfde geldt voor programma's waarbij wel een dieet wordt voorgeschreven, zoals de populaire diëten. Uit recent wetenschappelijk onderzoek waarin vier populaire diëten met elkaar werden vergeleken (Atkins, Ornish, Weight Watchers en Zone) kwam naar voren dat de diëten tot matig gewichtsverlies leidden, maar alleen bij diegenen die het dieet ook wisten vol te houden. Het maakte dus niet zozeer uit welk dieet men volgde, maar cruciaal was de mate waarin men het dieet kon volhouden.<sup>7</sup>

## Denkpatronen veranderen

Om de effectiviteit van gangbare gedragstherapeutische programma's te verbeteren, zijn recentelijk programma's ontwikkeld gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.<sup>8,9</sup> Deze pro-

## De praktijk

Voor mensen met overgewicht lijkt het bijna onhaalbaar om eenmaal bereikt gewichtsverlies ook op de langere termijn vol te houden. Dit komt herhaaldelijk naar voren uit wetenschappelijk onderzoek. Ook in de dagelijkse praktijk van diëtisten zorg is het een bekend probleem. Cliënten met overgewicht hebben baat bij een behandeling waarbij ook de psychologische kant van dik zijn en dik blijven wordt belicht. Diëtisten zijn echter niet opgeleid voor het bieden van psychotherapeutische interventies. Psychotherapeuten, op hun beurt, zijn meestal niet thuis in het behandelen van overgewicht. Een samenwerking tussen beide disciplines, waarbij de mogelijkheid gecreëerd wordt om een cognitieve gedragstherapeutische behandeling voor overgewicht aan te bieden, is voor cliënten met overgewicht van groot belang.

gramma's richten zich niet alleen op eetgedrag, maar ook op het veranderen van cognities (denkpatronen) die ten grondslag liggen aan gedrag.

Disfunctionele cognities spelen een belangrijke rol bij verschillende vormen van psychopathologie, waarbij elke stoornis gekenmerkt wordt door zijn eigen specifieke gedachten en cognitieve schema's.<sup>10</sup> Zo hebben patiënten met een depressie vooral last van negatieve gedachten over zichzelf, de wereld en de toekomst, terwijl bij patiënten met een angststoornis vooral gedachten over angst de boventoon voeren. Bij een cognitief therapeutische behandeling van deze stoornissen staat het opsporen en veranderen van deze specifieke gedachten en cognitieve schema's centraal.

### **Cognitieve gedragstherapie en overgewicht**

Ook mensen met overgewicht blijken karakteristieke cognities te hebben die disfunctioneel kunnen zijn. Deze cognities gaan dan over eten, uiterlijk en gewicht of soms ook over zelfwaardering. Een voorbeeld van een dergelijke gedachte over eten is 'Die nootjes móeten op'. Of: 'Ik heb geen rust voordat het schaaltje nootjes leeg is'. Voor iemand die probeert het snacken te verminderen, is een dergelijke gedachte niet functioneel. Als de aanwezigheid van een schaaltje nootjes deze gedachten activeert, zal het immers erg moeilijk zijn om het schaaltje niet leeg te eten. Functioneler is het in dit geval om bijvoorbeeld te denken: 'Ik neem één handje nootjes, dat mag ik best hebben en daar mag ik gerust van genieten'.

Een voorbeeld van een gedachte over gewicht die men bijvoorbeeld heeft bij het wegen, is: 'Als ik zo dik ben als nu, kan ik me nooit leuk kleden'. Ook deze gedachte is disfunctioneel. Ze kan somber stemmen of ertoe leiden dat men grijpt naar een van de populaire diëten, waarvan op voorhand al vaststaat dat ze op de lange termijn niet werkzaam zijn. Bovendien is de gedachte niet waar. Misschien kost het vinden van mooie, moderne kleding meer moeite, maar onmogelijk is het zeker niet. Mogelijk spelen (deze en andere) disfunctionele cognities een belangrijke rol bij het instandhouden van verstoord eetgedrag en obesitas.<sup>11,12</sup>

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectieve behandeling voor eetstoornissen zoals bulimia nervosa en de eetbui-stoornis.<sup>13-9</sup> Vooral belangrijk is dat het gunstige effect van cognitieve gedragstherapie bij bulimia nervosa ook op de langere termijn behouden blijft.<sup>13</sup> Ook bij de behandeling van obesitas werd al eerder gebruik gemaakt van cognitieve therapie. De effectiviteit van een puur cognitieve behandeling voor mensen met obesitas werd onderzocht door Nauta en collega's.<sup>9</sup> Het doel van deze behandeling was het veranderen van cognities over uiterlijk, eten en het zelfbeeld. Deze behandeling werd vergeleken met een gedragstherapeutische behandeling die het veranderen van het eet- en beweeg-

patroon tot doel had. De resultaten lieten zien dat de cognitieve behandeling effectiever was dan de gedragstherapeutische behandeling in het verbeteren van zorgen over eten en uiterlijk, het reduceren van eetbuien, en – alleen op de korte termijn – het verbeteren van de zelfwaardering. Daarnaast leek de gedragstherapeutische behandeling in eerste instantie superieur in het bereiken van gewichtsverlies, maar na zes maanden waren de deelnemers weer zwaarder geworden. Deze bevindingen laten zien dat het gebruiken van cognitieve therapie bij de behandeling van obesitas vooral kan leiden tot verbeteringen op het gebied van eetpsychopathologie en zelfwaardering.

### **Toevoegen cognitieve gedragstherapie**

Kort samengevat kunnen we stellen dat gedragstherapeutische behandelingen veelal leiden tot gewichtsverlies op de korte termijn, maar helaas niet of nauwelijks op de lange termijn. Om wel effectief te zijn op de lange termijn is het van belang dat men de nieuwe eetregels die men leert in de behandeling, ook blijft volhouden. Cognitieve therapie leidt tot langdurige effecten bij de behandeling van bulimia nervosa. Bij de behandeling van obesitas zorgt cognitieve therapie voor verbeteringen op het gebied van eetpsychopathologie en zelfwaardering, maar niet voor gewichtsverlies. Mogelijk zorgt het toevoegen van cognitieve therapie aan een gangbare groepsbehandeling voor overgewicht ervoor dat het gewichtsverlies dat bereikt wordt na een gedragstherapeutische behandeling ook behouden blijft op de lange termijn. Cognitieve therapie lijkt dan ook een veelbelovende aanvulling voor gangbare gedragstherapeutische behandelingen voor mensen met overgewicht. In een grootschalige studie onderzochten wij of het toevoegen van cognitieve therapie ervoor kan zorgen dat men het bereikte gewichtsverlies ook kan behouden.<sup>14</sup> Voorafgaand aan de interventiestudie werden twee vooronderzoeken uitgevoerd (zie kader).

#### *Interventiestudie*

In een grootschalige interventiestudie werden twee behandelingen met elkaar vergeleken: de cognitieve gedragstherapie (CGT) en de gangbare groepsbehandeling (GB). Beide behandelingen hadden tot doel gewichtsverlies te bereiken (5-10%) door middel van het veranderen van het eetpatroon. Daarnaast was de cognitieve gedragstherapie gericht op het veranderen van disfunctionele cognities over eten, gewicht en uiterlijk en schema's over de eigen persoon, terwijl deelnemers in de standaardbehandeling gingen bewegen. De cognitieve gedragstherapie werd gegeven door diëtisten in samenwerking met cognitief gedragstherapeuten, de gangbare behandeling door diëtisten in samenwerking met fysiotherapeuten. Deze gangbare groepsbehandeling voor mensen met overgewicht werd gegeven door de diëtisten van het Groene

Kruis Zorg te Maastricht.

Onze hypothese was dat de cognitieve gedragstherapie effectiever zou zijn dan een standaard gedragstherapeutische behandeling in het reduceren van bezorgdheden over eten, gewicht en uiterlijk, in het verminderen van eetbuien en depressie, en in het verbeteren van de zelfwaardering, en dat het gewichtsverlies beter behouden zou blijven na cognitieve gedragstherapie dan na de standaard gedragstherapie.

#### *Nieuwe cognitieve behandeling*

Om de effectiviteit van een dergelijke nieuwe cognitieve gedragstherapie te onderzoeken werd een cognitief model voor de instandhouding van overgewicht /obesitas ontwikkeld, evenals een nieuwe cognitieve behandeling, gebaseerd op dit model.<sup>14</sup> Centraal in het cognitieve model staan gedachten over eten, uiterlijk of gewicht die, uitgelokt door een bepaalde situatie, kunnen leiden tot specifieke gevoelens en gedrag.

#### *Een voorbeeld*

Een voorbeeld. Mevrouw Breedkamp (BMI = 35) staat op de weegschaal en ziet haar gewicht (situatie). Ze denkt: 'Als ik zo dik ben als nu, kan ik me nooit leuk kleden' (gedachte). Deze gedachte stemt haar verdrietig (gevoel) en doet haar besluiten de volgende dag te beginnen met een streng dieet (gedrag). Helaas weet de diëtist al dat streng diëten slechts leidt tot gewichtsverlies op de korte termijn en dat er voor

het volhouden van het nieuwe gewicht veel meer nodig is. Het zou beter zijn voor mevrouw Breedkamp wanneer ze bij het zien van haar gewicht niet zou denken dat ze zich nooit leuk kan kleden en dus streng moet gaan diëten. Een meer realistische gedachte zou immers zijn dat het misschien wat meer moeite kost om mooie kleding te vinden, maar dat het zeker niet onmogelijk is. Een andere gedachte in de betreffende situatie (tijdens het wegen) zal leiden tot andere gevoelens en een ander gedrag. Uiteraard zijn de situaties en automatische gedachten bij elk persoon anders. Bij de cognitieve behandeling wordt dan ook bij elk persoon aandacht besteed aan specifieke disfunctionele gedachten, door middel van het invullen van een gedachtendagboek.

#### *200 deelnemers begeleid*

In totaal namen 200 mensen met overgewicht (BMI > 27) gedurende 10 wekelijkse bijeenkomsten deel aan onze studie. Gemiddeld hadden zij een BMI van 33,4. De gemiddelde leeftijd was 45 jaar. Ruim driekwart van de deelnemers (81%) was vrouw. De deelnemers werden op basis van toeval ingedeeld in een van beide condities: de cognitieve gedragstherapie (CGT) of de gangbare groepsbehandeling (GB). Beide behandelingen waren groepsbehandelingen (maximaal 12 personen) en bestonden uit 10 bijeenkomsten van 2 uur. Het eerste uur werd gegeven door de diëtist, het tweede uur door een cognitief therapeut (CGT) of een fysiotherapeut (GB). Meetingen werden gedaan voorafgaand aan de eerste bijeen-

## Onderzoek voorafgaand aan de interventiestudie

### **Vooronderzoek 1: Effectiviteit van een gangbare behandeling voor overgewicht door diëtisten.<sup>14</sup>**

*Onderzoeksvraag A:* Heeft een gangbare behandeling door de diëtist, die primair gericht is op het bereiken van gewichtsverlies, ook effect op de extreme bezorgdheid over eten, gewicht en uiterlijk, eetbuien, depressie en zelfwaardering, zonder dat hierbij gebruik wordt gemaakt van een psychologische interventie?

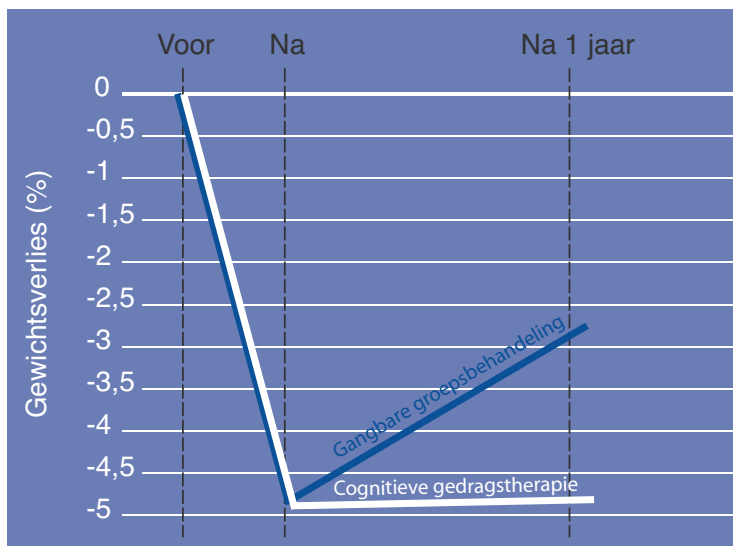
*Onderzoeksvraag B:* Is er verschil in effectiviteit tussen groepsbehandeling en een individuele behandeling?

*Resultaten:* De deelnemers waren na de behandeling minder bezorgd over hun gewicht, hadden een hogere zelfwaardering en voelden zich minder depressief dan ervoor. Op deze variabelen was er geen verschil tussen de individuele- en de groepsbehandeling. De groepsbehandeling was wel effectiever dan de individuele behandeling in het reduceren van de bezorgdheid over eten en uiterlijk. Hoewel de behandeling door de diëtist niet gericht was op het veranderen van psychologische variabelen, verbeterden de deelnemers significant op maten van eetgerelateerde en algemene psychopathologie.

### **Vooronderzoek 2: Psychologische kenmerken van mensen met overgewicht die hulp zoeken bij de diëtist.<sup>14,16</sup>**

*Hypothese:* Mensen met overgewicht én depressieve symptomen hebben meer zorgen over eten, gewicht en uiterlijk, scoren hoger op gerapporteerd lijngedrag, hebben een lagere zelfwaardering en hebben een hogere BMI dan mensen met overgewicht zonder depressieve symptomen. Daarnaast zullen in de groep met depressieve symptomen meer mensen eetbuien rapporteren dan in de niet-depressieve groep.

*Resultaten:* De bevindingen bevestigden onze hypothesen. Opmerkelijk was dat bijna de helft van de deelnemers aan deze studie last had van depressieve symptomen. Het is van groot belang dat diëtisten en andere behandelaars zich bewust zijn van een eventuele depressieve stemming bij hun cliënten. Mogelijk hebben juist deze 'depressieve' cliënten baat bij een behandeling aangevuld met cognitieve therapie, waarvoor zij doorverwezen kunnen worden naar een psychotherapeut.



Figuur 1. Percentage gewichtsverlies voor en na behandeling, en een jaar na het beëindigen van de behandeling. (De figuur is gebaseerd op complete cases analyses.)

komst, vier weken na de laatste bijeenkomst, en een jaar na het beëindigen van de behandeling. De psychologische variabelen (zorgen over eten, gewicht en uiterlijk, lijngedrag, eetbuien, depressie en zelfwaardering) werden gemeten met behulp van vragenlijsten. Lengte en gewicht (BMI) werden gemeten door de diëtist.

#### Geen terugval bij CGT

De behandeling leidde bij de deelnemers tot gewichtsverlies, een afname van zorgen over eten, uiterlijk en gewicht, een hogere score op 'lijnen', een vermindering van het aantal eetbuien, een afname van depressieve gevoelens en een toename van de zelfwaardering. Hierbij was er geen verschil tussen de beide behandelgroepen. Een jaar na het beëindigen van de behandeling bleek – zoals voorspeld – dat gewichtsverlies behouden bleef na cognitieve gedragstherapie, en niet na de gangbare behandeling (zie Figuur 1). Bovendien bleek dat cognitieve gedragstherapie effectiever was in het reduceren van bezorgdheden over eten en gewicht (intention-to-treat analyses). Bijzonder opvallend was dat vooral de subgroep van deelnemers met depressieve symptomen leek te profiteren van de cognitieve gedragstherapie.

#### Conclusie en aanbevelingen

De bevindingen uit de behandelstudie laten zien dat het toevoegen van een cognitieve interventie aan een gedragstherapeutische behandeling van overgewicht voorkomt dat men na het beëindigen van de behandeling weer toeneemt in gewicht. Bovendien lijken de deelnemers met depressieve symptomen extra van de cognitieve gedragstherapie te profiteren. Daarnaast laten de bevindingen zien dat gezond lijnen aangemoedigd moet worden voor mensen met overgewicht; de hypothese dat lijnen lijdt tot eetbuien<sup>15</sup> werd door onze data niet ondersteund. Integendeel: onze resultaten laten juist zien dat lijnscores hoger zijn na de behandeling, terwijl

eetpsychopathologie (inclusief eetbuien) afneemt.

Dit is een belangrijke bevinding voor diëtisten en andere behandelaars van mensen met overgewicht. Samenwerking met cognitief gedragstherapeuten en/of een RIAGG kan de effectiviteit van de gangbare gedragstherapeutische behandelingen op de lange termijn verbeteren. Het is van groot belang dat diëtisten en andere behandelaars zich bewust zijn van een eventuele depressieve stemming bij hun cliënten. Mogelijk hebben juist deze 'depressieve' cliënten baat bij een behandeling aangevuld met cognitieve therapie, waarvoor zij doorverwezen kunnen worden naar een psychotherapeut.

#### Dr. Marieke Werrij

Onderzoeker capaciteitsgroep Work & Social Psychology, Universiteit Maastricht

Correspondentie: Dr. Marieke Werrij, Universiteit Maastricht, Cap. groep Work & Social Psychology, Faculteit der Psychologie (uns 5), Postbus 616, 6200 MD Maastricht, e-mail [m.werrij@psychology.unimaas.nl](mailto:m.werrij@psychology.unimaas.nl).

#### [Literatuur]

1. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683-93.
2. Hsu LKG, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. *Psychosom Med* 1998;60:338-46.
3. Bray GA. A concise review on the therapeutics of obesity. *Nutrition* 2000;16:953-60.
4. Wadden TA, Sarwer DB, & Berkowitz RI. Behavioural treatment of the overweight patient. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 1999;13:93-107.
5. Wilson GT. Behavioral treatment of obesity: Thirty years and counting. *Advances in Behav Res Ther* 1994;16:31-75.
6. Jeffery RW, Epstein LH, Wilson GT, Drewnowski A, Stunkard AJ, Wing RR et al. Long-term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychol* 2000;19 (Suppl. 1):5-16.
7. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA* 2005;293:43-53.
8. Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*;39:499-511.
9. Nauta H, Hospers H, Kok G, Jansen A. A comparison between a cognitive and behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behav Ther* 2000;31:441-461.
10. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
11. Cooper MJ, Fairburn CG. Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1992;30:501-11.
12. Nauta H, Hospers HJ, Jansen A, Kok G. Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cognit Ther Res* 2000;24:521-31.
13. Wilson GT. Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. *Behav Res Ther* 1999;37: S79-S95.
14. Werrij MQ. *Weighty thoughts: a cognitive approach to the treatment of obesity*. Proefschrift Universiteit Maastricht: 2005.
15. Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing: A causal analysis. *Am Psychol* 1985; 40:193-201.
16. Werrij MQ, Mulken S, Hospers H, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns* 2006;62:126-31.