



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Binge-eating disorder in the Arabic world and the Netherlands, assessment, etiology, efficacy, effectiveness and economic evaluation of psychological interventions

Melisse, B.

Citation

Melisse, B. (2023, September 13). *Binge-eating disorder in the Arabic world and the Netherlands, assessment, etiology, efficacy, effectiveness and economic evaluation of psychological interventions.*

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from:

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Chapter 12 Nederlandse samenvatting

Eetstoornissen zijn aandoeningen die gepaard gaan met beperkingen op psychologisch en sociaal vlak en voor een verminderde kwaliteit van leven zorgen (Agh et al., 2015; Hay et al., 2015; Rojo-Moreno et al., 2015). *Binge-eating disorder* (BED), in het Nederlands ook wel de eetbuistoornis genoemd, heeft een geschatte levensprevalentie van 2% en is daarmee de meest voorkomende eetstoornis. BED is pas sinds 2013 opgenomen in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en daarmee de meest recent erkende eetstoornis. Ondanks de recente erkenning van BED, wordt BED in vergelijking met anorexia nervosa en boulimia nervosa nog onvoldoende (h)erkend. Deze gebrekkige herkenning zorgt ervoor dat een groot deel van de mensen met BED onbehandeld blijft. Hierdoor blijft het gebrek aan kennis over eigenschappen en behandel-effecten van BED cliënten in stand. Het aantal onderzoeken naar de etiologie, prevalentie, tegelijk voorkomende variabelen en behandeluitkomsten is schaars. Daarom richt dit proefschrift zich op verschillende aspecten van BED. Deel I richt zich op verschillende kennishiaten met betrekking tot diagnostiek, en prevalentie van BED, alsmede op variabelen geassocieerd met BED, met een specifiek oog voor Saoedi-Arabië. Deel II richt zich op de hiaten kennis over de behandeling van BED: de effectiviteit, werkzaamheid en kosteneffectiviteit. Er komen zo in dit proefschrift twee hoofdonderwerpen aan de orde: diagnostiek en variabelen geassocieerd met BED (deel I) en behandeling (deel II).

Hoewel in de westerse wereld gegevens over de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van behandelingen voor BED schaars zijn, zijn etiologie, prevalentie en variabelen die geassocieerd worden met BED in Arabische landen, zoals Saoedi-Arabië bijna geheel onbekend. Een verklaring voor het gebrek aan kennis over BED in Arabische landen is mogelijk dat de traditionele Arabische opvattingen over schoonheid aanzienlijk verschillen van het westerse ideaal. In de traditionele Arabische wereld wordt een lichaam met rondingen

geassocieerd met vruchtbaarheid en rijkdom. Sinds de opkomst van de olie wordt echter een slank lichaam steeds meer als het schoonheidsideaal gezien en zijn er aanwijzingen dat eetstoornissen wel voorkomen in de Arabische wereld. Saoedi-Arabië kampt echter met een gebrek aan diagnostische instrumenten en gespecialiseerde behandelcentra. Bovendien wordt onderzoek naar eetstoornissen verder bemoeilijkt doordat Saoedi-Arabië te maken heeft met meerdere taboes en stigma's met betrekking tot psychische stoornissen.

Diagnostiek

Door het gebrek aan diagnostische instrumenten die lichaamsontevredenheid en eetstoornisklachten meten, worden BED en andere eetstoornissen te vaak over het hoofd gezien. Doordat eetstoornissen onvoldoende gediagnosticeerd worden krijgen te weinig mensen met een eetstoornis een passende behandeling. Beschikbaarheid van gevalideerde en cultureel aangepaste diagnostische instrumenten draagt bij aan herkenning van mensen met een verhoogd risico op lichaamsontevredenheid en/of een eetstoornis. De *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (Cooper et al., 1987) en de *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q) (Fairburn & Beglin, 2008) worden wereldwijd het meest gebruikt om lichaamsontevredenheid, dan wel eetstoornispathologie te meten. Beide vragenlijsten zijn momenteel beschikbaar in verscheidene talen en inzetbaar voor diverse culturen. Van de BSQ en EDE-Q zijn echter momenteel geen Arabische versies die zijn aangepast voor gebruik in Saoedi-Arabië. Vanwege de culturele verschillen wordt geadviseerd zelfrapportagelijsten aan te passen aan de desbetreffende cultuur. Daarnaast kunnen normen voor westerse en Arabische bevolkingsgroepen verschillen. Een van de doelen van het huidige proefschrift was de BSQ en EDE-Q aan te passen aan de Saoedische taal en cultuur en de psychometrische eigenschappen te onderzoeken.

Variabelen geassocieerd met BED

Saoedi-Arabië heeft momenteel te kampen met snelle culturele veranderingen. Uit eerdere onderzoeken blijkt dat de prevalentie van eetstoornissen toeneemt in landen die met zulke snelle veranderingen te maken hebben (Gordon, 2001; Pavlova et al., 2010). Hiervoor zijn verscheidene verklaringen. Zo gaan sociaal-culturele veranderingen bijvoorbeeld gepaard met een toename van overgewicht, wat veroorzaakt wordt door de meer sedentaire levensstijl en een verschuiving in het voedingspatroon naar meer westerse soorten voedsel. De toename in overgewicht lijkt verband te houden met de toename in lichaamsontevredenheid.

Ontevredenheid met het lichaam verhoogt het risico op ongezonde dieetgewoonten en daarmee ook het risico op het ontwikkelen van eetstoornispathologie. De sociaal-culturele veranderingen in Saoedi-Arabië leiden ook tot verwestering. Met de verwestering wint het ‘slanke schoonheidsideaal’ aan terrein en daarmee ook de prevalentie eetstoornis pathologie. Door het veranderende schoonheidsideaal neemt de lichaamsontevredenheid toe en gaan Saoedi's meer diëten en. Het in kaart brengen van factoren die tegelijk voorkomen met eetstoornispathologie, alsmede het in kaart brengen van de co-variërende rol van een hoog BMI, kan het herkennen van individuen vergemakkelijken die risico lopen een eetstoornis te ontwikkelen. Deze individuen met een verhoogd risico kunnen baat hebben bij deelname aan preventieprogramma's (Stice et al., 2010).

Behandeling

Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (CBT-E) (Fairburn, 2008) blijkt een effectieve behandeling bij transdiagnostische groepen en voor volwassenen met boulimia nervosa en atypische anorexia nervosa. Er zijn echter weinig gegevens over hoe volwassenen

met de diagnose BED reageren op CBT-E. Bovendien wordt de werkzaamheid van CBT-E meestal onderzocht in gerandomiseerde gecontroleerde experimenten, terwijl effectiviteitsonderzoeken van naturalistische aard zijn en zo de effectiviteit van behandelingen in de dagelijkse klinische praktijk kan worden bepaald. Daarom wordt in dit proefschrift de effectiviteit van CBT-E bij cliënten met BED zoals toegediend in de alledaagse praktijk onderzocht en vergeleken met de effectiviteit van CBT-E bij andere eetstoornissen. Bovendien maakt onderzoek naar voorspellers van de effectiviteit van CBT-E duidelijk voor wie CBT-E waarschijnlijk een gunstig resultaat zal hebben en voor wie een minder gunstig resultaat. De effectiviteit van CBT-E kan hierdoor potentieel worden gemaximaliseerd, aangezien met deze kennis een meer op kenmerken van de persoon toegespitste behandeling aangeboden kan worden, waardoor de klinische besluitvorming wordt verbeterd (Kraemer, 2016).

CBT-E is een effectieve, maar een tijdrovende behandeling wanneer op de traditionele *face-to-face* wijze aangeboden. CBT-E vereist intensieve betrokkenheid van de therapeut. Een *eMental Health* -interventie van CBT-E vergezeld van 12 korte telefonische sessies (begeleide zelfhulp CBT-E) is potentieel een efficiëntere manier van behandelen en verkleint mogelijk het tekort aan behandelaanbod. Daarnaast heeft begeleide zelfhulp CBT-E ook een aantal andere bijkomende voordelen voor de cliënt. De eerste stap om deze vorm van behandeling voor BED te evalueren is de werkzaamheid te onderzoeken in een gerandomiseerd gecontroleerd experiment. De resultaten van een groep die begeleide zelfhulp CBT-E krijgt worden vergeleken met een controlegroep op een wachtlijst.

Begeleide zelfhulp CBT-E duurt korter dan *face-to-face* CBT-E en vereist minder betrokkenheid van de therapeut. Hierdoor gaat begeleide zelfhulp CBT-E naar verwachting gepaard met lagere kosten van de behandeling. Bovendien heeft begeleide zelfhulp CBT-E mogelijk een gunstig effect op de maatschappelijke lasten die BED met zich meebrengt

(Striegel Weissman & Rosselli, 2017). BED wordt namelijk geassocieerd met verscheidene somatische ziekten zoals hypertensie en diabetes mellitus en verminderde productiviteit op de werkplek. Daarom wordt naast het experimentele onderzoek ook een economische evaluatie uitgevoerd vanuit het maatschappelijk perspectief.

Deel I Diagnostiek, etiologie en variabelen geassocieerd met eetstoornispathologie

Belangrijkste bevindingen

Diagnostiek

De psychometrische eigenschappen van de Saoedische versie van de EDE-Q (hoofdstuk twee) bleken voldoende in vergelijking met de *Eating Disorder Examination* (EDE): de discriminerende en convergente validiteit bleken voldoende. De *receiver-operating-characteristic curve*-analyse toonde aan dat de EDE-Q op basis van de EDE onderscheid kon maken tussen individuen met en zonder eetstoornis. De ernst van de eetstoornispathologie kon accuraat worden vastgesteld aan de hand van de EDE-Q totaal score en de klinische afkapwaarde was 2.93. Het oorspronkelijke vier-factor model voor de EDE-Q werd echter niet teruggevonden in de Saoedi- Arabische EDE-Q.

De BSQ (BSQ34) en de verkorte versie van de BSQ (BSQ8C) konden op basis van de EDE subschaal ‘piekeren over figuur’, onderscheid gemaakt worden tussen klinische en niet-klinische niveaus van lichaamsontevredenheid. Beide Saoedi- Arabische BSQ's hadden een hoge interne consistentie en een eendimensionale factorstructuur. De voorgestelde afkapwaarde op de BSQ voor klinische lichaamsontevredenheid was 114. De Saoedi-Arabische EDE-Q en BSQ kunnen worden gebruikt om Saoedi's met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een eetstoornis te identificeren alvorens een preventieprogramma aan te bieden.

Etiologie

Het literatuuroverzicht in hoofdstuk vier toonde aan de hand van zelfrapportage lijsten aan, dat het risico op het ontwikkelen van een eetstoornis groter was bij vrouwen (11,4-54,8%) dan bij mannen (2-47,3%). Op basis van onze eigen bevindingen, gepresenteerd in hoofdstuk twee, kwam echter naar voren dat aan de hand van de Saoedi-Arabisch EDE-Q geschat werd dat 28,8% ($n = 775$) van de steekproef een verhoogd risico had op het ontwikkelen van een eetstoornis. Het was echter niet mogelijk om de exacte prevalentie van de verschillende eetstoornissen symptomen te onderzoeken. Dit had te maken met het feit dat de proefpersonen onvoldoende consistentie lieten zien tussen de EDE en EDE-Q in de presentatie van hun symptomen. We vermoeden echter dat BED de meest voorkomende eetstoornis is in Saoedi-Arabië, aangezien BED geassocieerd wordt met overgewicht en meer dan de helft van de Saoediërs overgewicht heeft. De conclusie dat BED de meest voorkomende eetstoornis was in Saoedi-Arabië, werd ondersteund door recente uitkomsten van een onderzoek met de *Saudi National Health Survey* (AlHadi et al., 2022). In deze studie werden een 12-maanden eetstoornisprevalentie van 3,2% en een levensprevalentie van 6,1% gevonden. BED was de meest voorkomende eetstoornis met een 12-maandenprevalentie van 2,1% en een levensprevalentie van 2,6%. Uit het literatuuroverzicht gepresenteerd in hoofdstuk vier kwam een sekseverschil naar voren, terwijl onze gegevens (waarover gerapporteerd wordt in hoofdstuk twee en drie) en de studie van AlHadi, et al (2022) geen verschillen in eetstoornispathologie tussen mannen en vrouwen lieten zien.

Hoofdstuk drie onderzocht de prevalentie van lichaamsontevredenheid bij een groep Saoediërs die online een set vragenlijsten invulden. Deze steekproef bestond voornamelijk uit hoogopgeleide jonge vrouwen. Volgens de Saoedi-Arabisch BSQ bleek 26,7% ($n = 231$) van hen een verhoogd risico te hebben op lichaamsontevredenheid. Uit de systematische review

(hoofdstuk vier) bleek echter dat aan de hand van de Stunkard's body silhouettes test (Stunkard et al., 1983), dat ongeveer 66% van de Saoedi's een verhoogde score had. De verscheidene studies uit het literatuuroverzicht lieten zien dat vrouwen een groter risico hadden op lichaamsontevredenheid dan mannen. In het literatuuroverzicht van hoofdstuk drie werden echter geen verschillen in lichaamsontevredenheid tussen vrouwen en mannen gevonden. De grote verschillen in lichaamsontevredenheid kunnen verklaard worden door het gebruik van verschillende diagnostische instrumenten. Daarnaast werden in meerdere studies in het literatuuroverzicht diagnostische instrumenten gebruikt die niet cultureel aangepast waren en waar geen passende normen beschikbaar voor waren. Dit kan van invloed zijn geweest op de geschatte prevalenties en de gevonden verschillen tussen mannen en vrouwen.

Variabelen geassocieerd met eetstoornispathologie

Hoofdstuk vier en vijf onderzochten welke variabelen geassocieerd waren met eetstoornispathologie. Lichaamsontevredenheid en een hoog BMI bleken geassocieerd met eetstoornispathologie. Een hoger BMI werd ook in verband gebracht met meer lichaamsontevredenheid. Dit was vooral een relevante bevinding omdat in Saoedi- Arabië de hoogste prevalentie van overgewicht wereldwijd is aangetoond (WHO, 2006). Een hoog BMI bleek bij Saoedi's ook een co-variabele te zijn in het verband tussen lichaamsontevredenheid en eetstoornispathologie. Mogelijk zijn de hoge percentages eetstoornispathologie en lichaamsontevredenheid in de Saoedische samenleving een weerspiegeling van de grote prevalentie overgewicht en de daaruit voortvloeiende pogingen tot gewichtsreductie. Daarnaast bleek uit hoofdstuk vijf en uit het onderzoek van AlHadi et al., (2022) dat ongehuwde Saoedi's meer eetstoornispathologie rapporteerden dan gehuwde Saoedi's. In de univariate analyses werd een zwakke associatie gevonden tussen eetstoornispathologie en sociale mediagebruik. Sociaal-economische status bleek matig geassocieerd met

eetstoornispathologie. Uit de multivariate regressieanalyse bleek echter dat een laag zelfbeeld, verwestering, stress, frequentie van sociale mediagebruik en een hoge sociaal- economische status niet geassocieerd waren met eetstoornispathologie.

Beperkingen en sterke punten van de onderzoeken

De belangrijkste beperking was dat een deel van de bevindingen gebaseerd waren op gebruik van diagnostische instrumenten die niet gevalideerd waren voor gebruik in Arabische landen (hoofdstuk vier). Dit kan zowel van invloed zijn geweest op de prevalentiecijfers, alsmede de geschatte ernst van de symptomen. Bovendien was er sprake van vertekening in de steekproeven in hoofdstuk twee, drie en vijf. De groep Saoediërs die online een set vragenlijsten invulden bestond voornamelijk uit jonge, hoogopgeleide vrouwen. Andere factoren kunnen ook selectie vertekening hebben veroorzaakt: deelnemers deden mogelijk mee aan het onderzoek omdat zij mogelijk verhoogde interesse hadden in gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg of eetstoornissen. De resultaten kunnen ook vertekend zijn geweest door het gebruik van zelf-rapportage vragenlijsten. De collectivistische culturele aard kan eraan bijgedragen hebben dat deelnemers het moeilijker vonden om hun specifieke zorgen te uiten. Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau bleken echter geen invloed te hebben op de eetstoornispathologie en de EDE-Q en BSQ presteerden vergelijkbaar bij vrouwen en mannen, alsmede bij de jongere en oudere Saoedi's. In hoofdstuk twee is het effect van selectievertekening tegengegaan, onder andere door *propensity*-weging toe te passen. Vanwege het cross-sectionele karakter van deel I was het onmogelijk om oorzakelijke verbanden te onderzoeken. De psychometrische eigenschappen van de EDE-Q en BSQ werden niet bepaald aan de hand van een klinische steekproef. Daarnaast werden test-hertest betrouwbaarheid noch gevoeligheid voor verandering beoordeeld.

Klinische implicaties

Om Saoedi's te selecteren die in aanmerking komen voor preventieprogramma's kunnen de voorgestelde afkapwaarden van de EDE-Q en BSQ worden aangehouden. Daarnaast kunnen de Saoedische BSQ en EDE-Q ook ingezet worden om de vermindering van eetstoornispathologie te meten aan het eind van behandeling. Op deze manier kan de werkzaamheid en effectiviteit van verscheidene beschikbare eetstoornis behandelingen wereldwijd onderzocht worden. Wellicht kunnen de verhoogde prevalentie van overgewicht en daarmee gepaarde gezondheidsrisico's tegengaan worden aan de hand van leefstijlinterventies. Deze leefstijlinterventies bevatten idealiter ook psycho-educatie om het aantal ongezonde pogingen tot gewichtsverlies te beperken. Door het gebrek aan kennis over eetstoornissen en het gebrek aan gespecialiseerde behandelaren en behandelcentra worden momenteel onvoldoende individuen met een eetstoornis behandeld. Daarnaast houdt het gebrek aan kennis over eetstoornissen het stigma en taboe op hulp zoeken in stand. Het is noodzakelijk in de Saoedische gemeenschap het bewustzijn met betrekking tot eetstoornissen te vergroten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen worden bereikt door op middelbare scholen zowel leerlingen als ouders psycho-educatie te geven. Bovendien zouden eetstoornissen in Saoedi-Arabië behandeld moeten kunnen worden in zowel de basis-ggz alsmede de specialistische ggz. Het is daarin essentieel dat behandelaren geschoold worden in het behandelen van eetstoornissen.

Toekomstig onderzoek

Voor vervolgonderzoek naar de Saoedi- Arabische EDE-Q en BSQ wordt aanbevolen om de test-hertest betrouwbaarheid, alsmede de gevoeligheid voor verandering te onderzoeken bij een klinische steekproef. De generaliseerbaarheid van dergelijke

onderzoeken wordt groter naarmate de steekproeven evenwichtiger zijn met betrekking tot leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Bovendien kunnen causale verbanden gelegd worden tussen risicofactoren voor het ontwikkelen van eetstoornispathologie bepaald worden wanneer er gebruik gemaakt wordt van longitudinale data. Op deze manier kan de causale relatie, alsmede de richting, bepaald worden tussen lichaamsontevredenheid, een hoog BMI en eetstoornispathologie.

Deel II Behandeling

Belangrijkste bevindingen

Uit hoofdstuk zes bleek dat *face-to-face* CBT-E ook een effectieve behandeling is voor BED cliënten wanneer de behandeling niet binnen een gerandomiseerd experiment aangeboden wordt. Bij afronden van de behandeling had 48% van de BED cliënten geen eetbuien meer en 65% had een EDE-Q-score onder de klinische afkapwaarde. Ongeveer 37% was volledig hersteld (abstinentie van eetbuien gecombineerd met een EDE-Q-score onder de klinische afkapwaarde). De reductie in EDE-Q-score gaf een groot effect aan. Bovendien, werd de transdiagnostische effectiviteit van CBT-E in de naturalistische studie in hoofdstuk zes bevestigd: het effect van de behandeling was vergelijkbaar bij cliënten met de diagnose BED, boulimia nervosa hun respectievelijke ander gespecificeerde eetstoornissen en atypische anorexia nervosa. Bovendien bracht hoofdstuk zes voorspellers van de behandel-effectiviteit van *face-to-face* CBT-E in kaart. Cliënten met de diagnose boulimia nervosa stopten significant vaker vroegtijdig met de behandeling. Bij het afronden van de behandeling bleken hoogopgeleide cliënten meer geprofiteerd te hebben van de behandeling dan cliënten met een lager opleidingsniveau en 20 weken na afronding van behandeling bleken mannen meer geprofiteerd te hebben van behandeling dan vrouwen. In overeenstemming met andere studies die voorspellers van de behandeling onderzochten, bleek een ernstigere eetstoornis bij de start

een voorspeller te zijn voor iets minder goed herstel bij zowel afronden, alsmede 20 weken na de behandeling. BED cliënten vormden hierop echter de enige uitzondering: ernst van de eetstoornis bij aanvang van de behandeling bleek geen voorspeller voor de ernst van de eetstoornispathologie 20 weken na de behandeling. Dit betekent dat 20 weken na afronden van *face-to-face* CBT-E bij BED cliënten met een ernstigere eetstoornis de eetstoornispathologie meer verminderde dan bij cliënten met een minder ernstige eetstoornis, beide groepen hadden na 20 weken vergelijkbare ernstscores.

Vervolgens werd de werkzaamheid van online begeleide zelfhulp CBT-E onderzocht. Begeleide zelfhulp CBT-E is een behandeling die minder inzet van therapeuten vraagt. Een dergelijke minder therapeut-intensieve vorm van CBT-E kan voor zowel cliënten als behandelaren verschillende andere voordelen opleveren. Begeleide zelfhulp CBT-E kan bijvoorbeeld de kloof tussen vraag en aanbod naar gespecialiseerde behandeling verkleinen: behandeling kan vrijwel overal aangeboden worden en begeleide zelfhulp CBT-E zorgt voor een vermindering in reiskosten en reistijd.

In hoofdstuk zeven en acht werd de werkzaamheid van deze begeleide zelfhulpversie van CBT-E geëvalueerd in een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT). Begeleide zelfhulp CBT-E werd vergeleken met een controlegroep die na een wachtperiode van gelijke duur als de interventie (12 weken) behandeling aangeboden kreeg. Na een periode van 12 weken bleek begeleide zelfhulp CBT-E superieur aan wachten op behandeling. In de groep die direct startte met begeleide zelfhulpconditie was 40% van de deelnemers volledig hersteld, 48% had geen eetbuien meer. Volgens de EDE was 63% hersteld (een score onder de klinische afkapwaarde) en 79% scoorde onder de klinische afkapwaarde van de EDE-Q. In de groep die 12 weken had gewacht op behandeling rapporteerde 10% geen eetbuien meer en 12% had een EDE score onder de klinische afkapwaarde. Tijdens de follow-up metingen

hadden beide groepen behandeling gekregen en waren er geen verschillen meer tussen de groepen met betrekking tot het aantal eetbuien en ernst van de eetstoornis pathologie.

In hoofdstuk negen werd onderzocht of begeleide zelfhulp CBT-E een redelijke investering was voor het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Een economische evaluatie werd uitgevoerd tijdens de drie maanden durende eerste fase van de RCT, waarin begeleide zelfhulp CBT-E werd vergeleken met wachten op behandeling. Uit de economische evaluatie bleek, dat na begeleide zelfhulp CBT-E kwaliteit van leven beter was dan bij de groep die wachtte voor behandeling. Het verschil in maatschappelijke kosten tussen beide condities was ongeveer €641 [BI -86-1.393]. De kosten voor toename van één QALY (een jaar leven in perfecte gezondheid) waren minimaal €32.515 [BI -4619-151.393] en ongeveer €17 [BI -2-40] per voorkomen eetbui. Op basis van deze resultaten kan begeleide zelfhulp CBT-E gezien worden als een redelijke investering voor de Nederlandse gezondheidszorg: de kosten voor toename van één QALY zijn namelijk binnen de NICE richtlijnen van een betalingsbereidheid van € 35.000 per QALY (NICE, 2023). Tussen beide groepen waren, behalve de kosten van de begeleide zelfhulp CBT-E interventie aan de experimentele groep, geen verschillen in maatschappelijke kosten. De robuustheid van de bevindingen werd ondersteund door de resultaten van de gevoeligheidsanalyses. De bevindingen van dit onderzoek kwamen overeen met de paar andere onderzoeken die concludeerden dat begeleide zelfhulpinterventies voor eetbuien kosteneffectief zijn (König et al., 2018; Lynch et al., 2010).

Beperkingen en sterke punten van de onderzoeken

De tijdsduur van gegevensverzameling na afsluiting van de behandeling was een van de beperkingen van de therapie-effect studies. Wanneer de follow-up periode in hoofdstuk zes langer zou zijn dan 20 weken, had beoordeeld kunnen worden of cliënten na *face-to-face* CBT-E langdurig herstellen. Hoofdstuk acht en negen onderzochten de werkzaamheid en

kosteneffectiviteit van begeleide zelfhulp CBT-E over een periode van drie maanden. Doordat cliënten in de controleconditie begeleide zelfhulp CBT-E tijdens de follow-up periode kregen konden de werkzaamheid, kosteneffectiviteit en kostenutiliteit na de periode van drie maanden niet meer met elkaar vergeleken worden. Hierdoor konden zowel de kosten alsmede de effectiviteit van wel of geen behandeling op de lange termijn niet onderzocht worden. Wanneer begeleide zelfhulp CBT-E met een andere actieve behandeling vergeleken zou worden was het wel mogelijk geweest om de kosten-effectiviteit en de werkzaamheid op de langere termijn te vergelijken. Een andere beperking van de therapie-effect studies was dat de werkzaamheid, danwel effectiviteit onderzocht waren aan de hand van de EDE-Q, terwijl de EDE betrouwbaarder is om het aantal eetbuien vast te stellen. Daarnaast kan er ook vertekening in de data ontstaan zijn omdat het voor sommige cliënten lastig was om zich hun klachten en kosten te herinneren van de afgelopen periode. Er is gepoogd herinneringsvertekening zo veel mogelijk tegen te gaan door in hoofdstuk negen de kosten en klachten alleen over de laatste maand te meten en deze vervolgens te extrapoleren over een periode van drie maanden. De behandelaren beoordeelden zelf in welke mate zij de behandeling getrouw aan het protocol uitvoerden. Het is echter betrouwbaarder om dit door een onafhankelijke beoordelaar te laten doen of aan de hand van een gestandaardiseerde checklist. Tot slot bleken de mannen ondervertegenwoordigd te zijn in de onderzochte cliënt-groepen. Hoewel 10-35% van de cliënten met een eetstoornis man is, was slechts 5-10% van de geïncludeerde cliënten in hoofdstuk 6-8 man.

Sterk punt van alle studies was dat alle behandelaren minimaal een keer per week supervisie kregen. Alle onderzoeken hadden voldoende power. Om met ontbrekende gegevens om te gaan zijn de datasets geïmputeerd. De zelf-rapportage vragenlijsten en de interviews die bij de cliënten zijn afgenomen worden wereldwijd gebruikt in onderzoek naar eetstoornissen en kosten effectiviteit. Door het *eMental Health* karakter van begeleide

zelfhulp CBT-E had de Covid-19-pandemie een beperkte impact op de studie uitvoering. Tot slot is dit proefschrift het eerste waarin de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van begeleide zelfhulp CBT-E werd onderzocht met cliënten die voldeden aan de BED criteria en niet bij cliënten met een subklinische BED.

Klinische implicaties

Volgens de Nederlandse zorgstandaard is CBT-E de aanbevolen behandeling voor eetstoornissen. Wanneer een persoonlijk behandelaanbod gedaan wordt hebben met name mannen, hoogopgeleide cliënten en cliënten met ernstige BED veel baat bij *face-to-face* CBT-E. Op basis van de resultaten dient *face-to-face* CBT-E dus met name voor mannen en hoogopgeleide cliënten met boulimia nervosa en atypische anorexia nervosa de voorkeursbehandeling te zijn. Cliënten met boulimia nervosa stopten vaker vroegtijdig met de behandeling, daarom zou wanneer bij aanvang blijkt dat zij verminderd gemotiveerd zijn voor behandeling, overwogen kunnen worden om aan hen de motivatie fase van het CBT-E-ondergewicht protocol aan te bieden. Bovendien zou, in overeenstemming met het *stepped care*-principe en internationale richtlijnen, begeleide zelfhulp CBT-E de voorkeursbehandeling kunnen zijn voor cliënten met BED. Bovendien zou begeleide zelfhulp CBT-E wereldwijd de toegang tot behandeling kunnen verbeteren. Het is dan echter wel essentieel dat begeleide zelfhulp CBT-E wordt aangepast aan de betreffende sociaal-culturele context. Begeleide zelfhulp CBT-E zou dus een oplossing kunnen zijn in Saoedi-Arabië om de grote afstanden, het gebrek aan gespecialiseerde behandelcentra en het gebrek aan behandelaren te overbruggen. Verscheidene onderzoeken hebben aangetoond dat de resultaten van online aangeboden psychotherapie, waaronder CBT-E, vergelijkbaar zijn met *face-to-face* psychotherapie, bij zowel afronden van de behandeling, alsmede bij de follow-up. Zelfs wanneer cliënten *face-to-face* behandeling prefereerden waren de behandelresultaten positief

(Linardon, 2022). Een ander voordeel van begeleide zelfhulp CBT-E ten opzichte van traditionele *face-to-face* therapie is dat cliënten geneigd waren hun herstel toe te schrijven aan hun eigen inspanningen in plaats van aan die van de behandelaar. Dit zal de gevoelens van zelfredzaamheid, zelfvertrouwen en de motivatie om de behandeling af te ronden vergroten. Deze voorbeelden laten zien dat begeleide zelfhulp CBT-E wereldwijd een positief effect kan hebben op eetstoornis herstel.

Toekomstig onderzoek

Een logische vervolgstap is om de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van begeleide zelfhulp CBT-E te vergelijken met reguliere CBT-E in een RCT. Bovendien is het aanbevolen om ook de werkzaamheid van begeleide zelfhulp CBT-E over een langere follow-up periode van 24 weken te onderzoeken. Op deze manier kunnen de werkzaamheid en kosteneffectiviteit over een langere tijdlijn onderzocht worden en aan de hand daarvan kunnen de richtlijnen voor behandeling verbeterd worden, aangezien dan de schaarste in het behandel aanbod zo efficiënt mogelijk ingezet kan worden (Konnopka et al., 2009; Stuhldreher et al., 2012). Het is ook aanbevolen om de werkzaamheid van begeleide zelfhulp CBT-E aangeboden middels videobellen in plaats van via de telefoon te onderzoeken. Wanneer cliënten tijdens de behandeling zichzelf op het scherm kunnen zien, is dit mogelijk een al op zichzelf staande interventie, omdat het de acceptatie en tolerantie van lichaam en gewicht verbetert (Murphy et al., 2020).

Referenties

- Agh, T., Kovacs, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Voko, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eat Weight Disord*, 20(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1007/s40519-014-0173-9>
- AlHadi, A. N., Almeharish, A., Bilal, L., Al-Habeeb, A., Al-Subaie, A., Naseem, M. T., & Altwaijri, Y. A. (2022). The prevalence and correlates of bulimia nervosa, binge-eating disorder, and anorexia nervosa: The Saudi National Mental Health Survey. *The International journal of eating disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23790>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. J. I. J. o. e. d. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. In (Vol. 6, pp. 485-494).[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O).
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
<http://catdir.loc.gov/catdir/toc/ecip089/2008002971.html>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination- Questionnaire (6.0).
- Gordon, R. A. (2001). Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound. *International Journal of Eating disorders* 1, 16.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating disorders*, 3(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/s40337-015-0056-0>
- König, H.-H., Bleibler, F., Friederich, H.-C., Herpertz, S., Lam, T., Mayr, A., . . . Egger, N. (2018). Economic evaluation of cognitive behavioral therapy and Internet-based guided self-help for binge-eating disorder. *International Journal of eating disorders*, 51(2), 155-164. <https://doi.org/10.1002/eat.22822>
- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E., & König, H.-H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 14-31.
- Kraemer, H. C. (2016). Messages for Clinicians: Moderators and Mediators of Treatment Outcome in Randomized Clinical Trials. *The American journal of psychiatry*, 173(7), 672-679. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15101333>
- Linardon, J. (2022). A systematic scoping review of research on COVID19 impacts on eating disorders: A critical appraisal of the evidence and recommendations for the field. *International Journal of eating disorders*, 55(1), 3.
- Lynch, F. L., Striegel-Moore, R. H., Dickerson, J. F., Perrin, N., Debar, L., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2010). Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol*, 78(3), 322-333.
<https://doi.org/10.1037/a0018982>
- Murphy, R., Calugi, S., Cooper, Z., & Dalle Grave, R. (2020). Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000161>
- Pavlova, B., Uher, R., Dragomirecka, E., & Papezova, H. (2010). Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(5), 541-550.
<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0092-7>
- Rojó-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., . . . Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52-57.

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178115001079?via%3Dihub>
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x>
- Striegel Weissman, R., & Rosselli, F. (2017). Reducing the burden of suffering from eating disorders: Unmet treatment needs, cost of illness, and the quest for cost-effectiveness. *Behaviour research and therapy*, 88, 49-64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.006>
- Stuhldreher, N., Konnopka, A., Wild, B., Herzog, W., Zipfel, S., Löwe, B., & König, H.-H. (2012). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in eating disorders: a systematic review. *The International journal of eating disorders*, 45(4), 476-491. <https://doi.org/10.1002/eat.20977>
- Stunkard, A. J., Sørensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 60, 115-120.
- WHO. (2006). *Country cooperation strategy for WHO and the United Arab Emirates 2005-2009*