

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Vijftig jaar eetstoornissen

Nieuwe kansen!

ANITA JANSEN

Samenvatting

In de afgelopen vijftig jaar groeide cognitieve gedragstherapie (CGT) uit tot de voorkeursbehandeling (*gold standard*) voor eetstoornissen. CGT is redelijk effectief, maar terugval komt regelmatig voor, en niet iedere patiënt profiteert ervan. Ook is anorexia nervosa nog steeds een raadselachtige stoornis. Gepleit wordt voor betere CGT-opleiding van eetstoornistherapeuten, meer onderzoek naar klinische verbetering, andere gedragstherapeutische componenten in CGT, meer en betere cognitieve interventies in CGT, en voor mogelijkheden om obesitas in de ggz te behandelen. De ontwikkelingen van de laatste jaren bieden tal van mogelijkheden voor spannend, fris en creatief onderzoek, dat uiteindelijk behandelingen beter kan maken.

Trefwoorden: eetstoornissen, anorexia nervosa, boulimia nervosa, binge eating disorder, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

Het is een hele eer als de redactie van dit prachtperiodiek je uitnodigt om de geschiedenis, evolutie en toekomst van je vak (lees: stoornis) te beschrijven. Tegelijkertijd drukt het je met de neus op de feiten: je bent kennelijk zo oud dat je je stoornis hebt zien evolueren. Nu is er strikt genomen geen tijds-limiet voor evoluerende fenomenen, het *hoeft* niet heel langzaam te gaan, en technisch gesproken is het goed mogelijk om een evolutie te beschrijven zonder haar mee te maken. Maar toch.

Als we kijken naar eetstoornissen rond de geboorte van de VGCT, dus zo'n vijftig jaar geleden, dan wordt al snel duidelijk dat er sindsdien een hele hoop is gebeurd en vooral ook bereikt. Toen de VGCT geboren werd, bestonden eetstoornissen al heel lang, maar werd er nauwelijks onderzoek naar gedaan. Decennia lang werd er beweerd dat eetstoornissen 'voor het leven' waren. Inmiddels weten we beter. Eetstoornissen zijn redelijk goed te behandelen. Een aanzienlijk deel van de patiënten heeft veel baat bij cognitieve gedrags-

therapie (CGT), momenteel de meest effectieve behandeling voor de meeste eetstoornissen. Maar ook moet gezegd dat we er nog lang niet zijn. Niet iedereen met een eetstoornis is voldoende geholpen met CGT. Bij een aanzienlijk deel van de patiënten slaat de behandeling niet aan of zien we terugval na een ogenschijnlijk goede start. Ook weten we nog veel te weinig van anorexia nervosa (AN). Die eetstoornis lijkt ongrijpbaar, zowel voor therapeuten als voor onderzoekers. Daarover later meer. Laten we aan de hand van een aantal opvallende gebeurtenissen eerst eens kijken waar we nu staan en hoe we daar gekomen zijn, om te besluiten met een blik op de toekomst.

DE SIXTIES EN SEVENTIES: LIJNEN ALS BOOSDOENER

.....

Slechts een paar jaar na de geboorte van de VG(C)t publiceert de Amerikaanse sociaal psycholoog Stanley Schachter (1968) een reeks elegante 'eet-experimenten' in het wetenschappelijke toptijdschrift *Science*. Schachter probeert te verklaren waarom sommige mensen dik zijn (vijftig jaar geleden waren er veel minder mensen dik dan nu, ook in Amerika). Hij is een van de eersten die eetgedrag in het laboratorium bestudeert en zijn pionierswerk is waardevol. Experimenten in de elegante stijl van Schachter worden tot op de dag van vandaag gedaan. Schachters werk toont aan dat mensen met overgewicht veel gevoeliger zijn voor externe prikkels, zoals de tijd (eten op de klok), en het zien en ruiken van voedsel, dan mensen met een gezond gewicht. Schachters experimenten zijn zo gedenkwaardig omdat ze een heel nieuwe traditie in het onderzoek naar eetgedrag en eetstoornissen inluiden: experimenteel onderzoek.

Een paar jaar later laat de Canadees Peter Herman zien dat niet zozeer het gewicht van de proefpersonen bepaalt hoe ze op manipulaties in het laboratorium reageren, maar de mate waarin ze zeggen 'aan de lijn' te doen (Herman & Mack, 1975; Herman, Polivy, Pliner, Threlkeld, & Munic, 1978). Juist mensen die zeggen aan de lijn te doen vertonen afwijkend eetgedrag in het laboratorium, of ze nu dik zijn of niet. Mensen met overgewicht hebben vaak, maar niet altijd, de intentie om aan de lijn te doen, en er zijn ook mensen met een gezond gewicht die aangeven aan de lijn te doen. Peter Herman en zijn eega Janet Polivy tonen in de jaren daarna veelvuldig aan dat proefpersonen die hoog scoren op een lijst die intenties om te lijnen meet hetzelfde gedrag laten zien als Schachters mensen met overgewicht: 'lijners' overeten na allerlei 'ontremmende' manipulaties, zoals het eten van een calorierijk voorafje, het drinken van alcohol, als ze angstig of somber gemaakt worden, enzovoort (zie voor een overzicht: Jansen, van den Hout, & Merckelbach, 2010). Onderzoekers vinden het eetgedrag van lijners in het laboratorium een mooi experimenteel model voor het eetgedrag van mensen met eetbuien, zoals bij *boulimia nervosa* (BN) en de eetbuistoornis (*binge eating disorder*, BED). De conclusie luidde al snel dat lijnen de oorzaak is van eetbuien of te veel eten.

Sinds deze ‘lijnen-leidt-tot-eetbuien’-theorie de vorige eeuw haar intrede deed, is er weinig veranderd. De theorie is nog steeds in zwang en wordt breed gepropageerd. Niet alleen beweert men dat mensen die aan de lijn doen veel risico lopen om te ‘overeten’, ook concludeert iedereen die daar oren naar heeft: ‘Zie je wel, lijnen maakt dik, en diëten hebben dus geen zin.’ Dat dit een redeneerfout is, ontgaat menigeen. We komen er later op terug.

DE EIGHTIES EN NINETIES: COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE UIT OXFORD

.....

In 1981 publiceert de Britse psychiater Christopher Fairburn (Fairburn, 1981) als eerste een nieuwe vorm van behandeling voor BN: cognitieve gedragstherapie (CGT). Fairburn publiceert niet alleen een behandelprotocol, maar doet ook samen met gerenommeerde collega's als Terence Wilson, Stewart Agras en Timothy Walsh tal van studies naar de effecten van CGT. Hun bevindingen spreken boekdelen: CGT voor BN is tamelijk effectief. De meeste patiënten hebben geen eetbuien meer na CGT en veel minder klachten, terwijl ongeveer twee derde van hen geen eetstoornis meer heeft. Tal van studies tonen aan dat CGT de beste behandeling is die wij onze patiënten met eetstoornissen kunnen bieden. Maar de behandelende voorhoede in Nederland en België wil er niet aan, nog lang niet. De praktiserende eetstoornis-elite is stellig van mening dat CGT veel te simpel is voor hun patiënten, die buitengewoon veel moeilijker en complexer zouden zijn dan de ivoren-toren-patiënten van onderzoekers. ‘Hun’ patiënten hebben langdurig maatwerk nodig. Iedere patiënt heeft zo zijn eigen oorzaak. Daar is geen protocol voor: iedereen moet echt enorm eclectisch behandeld worden. Het indalen van de CGT-boodschap kost veel tijd. Terwijl gerespecteerde wetenschappers sinds de jaren tachtig van de daken schreeuwen dat CGT de *gold standard* is voor de meeste eetstoornissen, duurt het nog vele jaren voordat CGT de gouden standaard in Nederland en België wordt. In de dagelijkse praktijk worden patiënten met eetstoornissen behandeld met multimodale totaalpakketten en niet met *evidence-based* interventies. Waarom veroveren empirisch gevalideerde behandelingen zo traag een plek in de klinische praktijk?

HET DERDE MILLENNIUM: EEN EN AL DIEPTEPUNT

.....

Intussen wordt er in de internationale pers driftig gepubliceerd over eetstoornissen. Die publicaties in wetenschappelijke tijdschriften betreffen vooral verschijningsvormen, complicaties, epidemiologie en behandeling. Er wordt wereldwijd weinig onderzoek gedaan naar de psychologische processen die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan, voortbestaan, en veranderen of verminderen van eetstoornissen.

Begin 2000 installeert wijlen minister Borst een 'kenniscentrum eetstoornissen'. Een flinke politieke lobby zorgt ervoor dat dit kenniscentrum in het Zuiden van Nederland opgetuigd wordt; niet in Zuid-Limburg zoals men dan zou denken, maar in Zuid-Holland. Academisering van de klinische praktijk, in Maastricht al jaren het geval (de Universiteit Maastricht werkt sinds de jaren tachtig nauw samen met Virenze, toen nog Riagg Maastricht), is duidelijk niet het leidende criterium voor toekenning. Er wordt vooral gekeken naar behandelaanbod. In feite komt er geen geld voor nieuwe kennis, maar wel voor meer zorg. Dit is strategisch gezien een tamelijk onhandige manoeuvre. Het is niet efficiënt om al het beschikbare geld te steken in verruiming van het behandelaanbod zolang er geen effectieve behandelingen zijn (Jansen, 2001). Daarbij is het naïef om te denken dat het benoemen van een gespecialiseerde kliniek automatisch tot betere zorg en meer kennis leidt.

In 2012 wordt bekend dat de Belgische psychiater en vermaard anorexia-expert Walter Vandereycken zich jarenlang misdadig heeft gedragen. Vandereycken, destijds hoogleraar aan de universiteit van Leuven, psychiater in een psychiatrisch centrum in Tienen en therapeut in zijn eigen privépraktijk, behandelde jonge vrouwen met anorexia nervosa en had minstens twintig jaar lang seksuele relaties met patiënten die bij hem in behandeling waren. Kwetsbare patiënten. Het is een schokkend dieptepunt in de geschiedenis van ons vak.

DE LAATSTE JAREN EN DE TOEKOMST: KANSEN!

.....

De laatste paar jaren kenmerken zich door positieve ontwikkelingen. In 2013 krijgt Nederland er twee hoogleraren eetstoornissen bij: professor Eric van Furth (Leiden) en professor Annemarie van Elburg (Utrecht). Rond de hoogleraren groeien onderzoeksgroepen die eetstoornissen bestuderen en daarbij nauw samenwerken met geassocieerde ggz-instellingen, net als in Maastricht, waar mijn 'eetgroep' zich al vele jaren bezighoudt met onderzoek naar en behandeling van eetstoornissen, in nauwe samenwerking met de geacademiseerde ggz-instelling Virenze Riagg Maastricht. Ook de universiteiten van Leuven (professor Laurence Claes), Gent (professoren Myriam Vervaeet en Caroline Braet) en Groningen (professor Peter de Jong) bestuderen eetstoornissen in nauwe samenwerking met de ggz. Al met al groeit het aantal Nederlandse en Belgische onderzoekers dat eetstoornissen bestudeert, en werken de verschillende groepen ook nog eens fijn samen, met elkaar en met klinische instellingen. Dat is mooi en belooft een hoop goeds. Die progressie zien we gereflecteerd in de praktijk van alledag: Nederlandse behandelaars van eetstoornissen geven aan dat zij hun patiënten voornamelijk met CGT behandelen.

Valt er dan helemaal niets meer te verbeteren? Welnee, er is nog een hele hoop te doen. Behandelingen kunnen en moeten veel beter, ook de CGT voor eetstoornissen. Hoe krijgen we dat voor elkaar?

1) *Betere opleiding*

Allereerst zouden behandelaars beter opgeleid moeten worden in effectieve technieken, zodat zij kwaliteiten ontwikkelen die onmisbaar zijn voor goede CGT. Er is doorgaans veel te weinig training in het uitvoeren van interventies die effectief zijn. Goede training vereist inzet van schaarse experts en kostbare tijd. Ook anno 2016 zijn er nog veel behandelaars die patiënten met eetstoornissen met CGT behandelen terwijl ze nauwelijks CGT-scholing hebben gehad. Lang niet alle behandelingen die onder de vlag 'CGT' gegeven worden, verdienen die kwalificatie. De kwaliteit van eetstoornisbehandelingen kan en zal enorm toenemen door excellente scholing, frequente nascholing, en intensieve supervisie en intervisie.

2) *Meer onderzoek naar klinische verbetering*

Daarnaast is er behoefte aan onderzoek, vooral experimenteel onderzoek naar processen die cruciaal zijn voor klinische verbetering. Wat maakt behandelingen succesvol? Welke mechanismen zorgen ervoor dat patiënten verbeteren? We weten daar nog erg weinig van, terwijl juist die kennis onze behandelingen potentieel flink kan verbeteren.

3) *Andere G in CGT*

De huidige CGT voor eetstoornissen is verre van optimaal. Een belangrijke aanname in het moderne CGT-model is een erfenis van vijftig jaar geleden: omdat lijnen leidt tot eetbuien, ontstaan eetbuien door 'aan de lijn' te doen; daarom is CGT gericht op reductie van lijngedrag. Experimentele studies uit de vorige eeuw tonen wel aan dat lijners na bepaalde manipulaties overeten, maar het is een redeneerfout om te beweren dat lijnen *dus* leidt tot eetbuien en eetstoornissen (Polivy & Herman, 1985, 2002). Het zijn de manipulaties die lijners aanzetten tot overeten, niet het lijnen zelf. Daarbij wordt lijnen doorgaans vastgesteld met behulp van vragenlijsten. Daarop geeft iemand aan dat ze graag minder zou willen eten dan ze doet. Het is echter onwaarschijnlijk dat mensen die hoog scoren op zulke lijsten ook daadwerkelijk minder energie innemen dan ze nodig hebben of gebruiken. Vaak hebben lijners een hogere *body mass index* (BMI) dan niet-lijners.

Zodra lijnen gemanipuleerd wordt door mensen een energiebeperkt dieet te laten volgen, blijkt de restrictie van inname juist allemaal positieve effecten te hebben: mensen worden gelukkiger en voelen zich gezonder. Ook hebben ze minder honger en, in tegenstelling tot wat het CGT-model voorspelt,

ervaren ze meer controle over hun eetgedrag, en hebben ze minder eetbuien en minder symptomen van eetstoornissen (Anton et al., 2009; Burton & Stice, 2006; Groes & Stice, 2007; Lowe, Gleaves, & Murphy-Eberenz, 1998; Lowe & Kral, 2006; Lowe & Timko, 2007; Lowe, Witt, & Grossman, 2013; Presnell & Stice, 2003; Redman, Martin, Williamson, & Ravussin, 2008; Stice, Martinez, Presnell, & Groesz, 2006; Stice, Presnell, Groesz, & Shaw, 2005; Williamson et al., 2008).

Eetbuien lijken eerder een goede reden om aan de lijn te gaan doen. Veel mensen met eetstoornissen zijn impulsief en hebben beperkte inhibitievaardigheden (Nederkoorn, Smulders, Havermans, Roefs, & Jansen, 2006). Die lokken ongecontroleerd overeten uit en zetten aan tot lijngedrag (Jansen et al., 2003). Deze bevindingen suggereren dat lijnen een gevolg is van de neiging om te overeten en niet andersom.

CGT zou daarom baat kunnen hebben bij het schrappen van de dominante 'lijnen-leidt-tot-eetbuien'-aannee en de daaraan gekoppelde gedragsinterventie dieetmanagement. In plaats daarvan zouden verschillende vormen van *exposure*, gericht op het durven eten van verboden voedsel (AN), het weerstaan van verleidingen (BN, BED) en het verbeteren van het lichaamsbeeld (alle eetstoornissen), een prominentere rol in CGT moeten krijgen (zie bijvoorbeeld: Jansen & Mulkens, 2015).

4) Meer en betere C in CGT

Het cognitieve deel van de cognitieve gedragstherapie is voor veel behandelaars van eetstoornissen een struikelblok. Een goede cognitieve therapie uitvoeren is lastig, en velen zijn niet getraind, zelfs niet in basisvaardigheden als de socratische dialoog, en in het opzetten en uitvoeren van gedragsexperimenten, wat de kwaliteit van cognitieve therapie voor eetstoornissen niet ten goede komt. De gangbare CGT volgens het protocol van Fairburn is niet zo sterk op cognitieve interventies gericht. Zij focust veel meer op dieetmanagement. Cognitieve veranderingen zijn echter noodzakelijk om blijvend te herstellen van eetstoornissen. Dat vergt meer en betere training.

Naast de traditionele 'cognitieve herstructurering' is het tijd om (de effecten van) nieuwe cognitieve interventies te bestuderen. Cognitieve processen gerelateerd aan executief functioneren, zoals betere inhibitie, gerichte aandacht, werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en planning, staan momenteel volop in de belangstelling. Training in deze cognitieve processen lijkt de controle over gedrag te vergroten. Onderzoek zal moeten uitwijzen of dergelijke trainingen ook een gunstig effect op eetstoornissen hebben.

Ook *exposure* verandert cognities. Recente studies bij angststoornissen laten zien dat goede *exposure* heel geschikt is om bepaalde verwachtingen uit te dagen en te veranderen (zie bijvoorbeeld: Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Of dit ook zo is bij eetstoornissen, is een empirische kwestie.

5) *Obesitas is een eetstoornis en hoort in de ggz*

302

Obesitas (ernstig overgewicht) is een medische conditie die doorgaans door medici en paramedici wordt behandeld. Obesitas staat niet beschreven in de DSM, waardoor obese mensen niet voor behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in aanmerking komen. Alleen als er sprake is van een bijkomende eetstoornis, bijvoorbeeld BED, kan de eetstoornis in de ggz behandeld worden. Er is echter veel voor te zeggen dat obesitas een gedragsstoornis is die in de ggz behandeld zou moeten worden, om zo de talloze disfunctionele cognities te veranderen, het eetgedrag beter onder controle te krijgen en eventuele comorbide psychologische problemen aan te pakken (Jansen, 2014; Jansen, Houben, & Roefs, 2015). Jansen en Mulkens (2015) publiceerden een nieuw CGT-model voor alle eetstoornissen en het CGT-protocol *Leren om niet te eten*, dat gebruikt kan worden om obesitas te behandelen. Het unieke protocol omvat, naast tekst en uitleg, veel filmfragmenten, die cognitieve en gedragsmatige interventies in beeld brengen. Uitvoer vereist echter een gedegen training in CGT-technieken, en die deskundigheid vinden we vooral in de ggz.

6) *Anorexia nervosa*

AN is een eetstoornis waar we nog maar weinig van begrijpen. We weten dat de stoornis zeer ernstig kan zijn en dat behandelingen lang niet altijd succesvol zijn. Er is een groot tekort aan onderzoek naar processen en mechanismen die tot de eetstoornis leiden, haar in stand houden en haar doen verminderen. Wat AN betreft is er maar één conclusie mogelijk: onderzoekers en behandelaars moeten de handen ineenslaan om theorieën te toetsen die uiteindelijk tot betere behandelingen leiden.

TOT SLOT

In dit feestjaar is optimisme op zijn plaats. De behandeling van eetstoornissen is tegenwoordig een stuk beter dan een aantal decennia geleden. Er wordt meer evidence-based (met CGT dus) behandeld dan ooit, en daarmee is het merendeel van de patiënten met boulimia nervosa en binge eating disorder (en hun 'niet anderszins omschreven' varianten) goed geholpen. Maar niet iedereen profiteert voldoende. Onduidelijk is wie er wel en niet profiteren van CGT, en waarom. Ook is anorexia nervosa nog steeds een raadselachtige stoornis.

Er is spannend, fris en creatief onderzoek nodig om meer van eetstoornissen, met name van anorexia nervosa, te begrijpen, en om behandelingen beter te maken. Zodra we kunnen verklaren waardoor eetstoornissen ontstaan

en waarom ze blijven voortbestaan, liggen interventies binnen handbereik. Er is kortom nog een hele hoop moois te doen.

Anita Jansen is hoogleraar experimentele klinische psychologie aan de Universiteit Maastricht: Universiteit Maastricht, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: a.jansen@maastrichtuniversity.nl

Summary Over the past fifty years, cognitive behaviour therapy (CBT) has become the gold standard for eating disorders. CBT is reasonably effective, but relapses occur on a regular base, and not all patients profit from CBT. Also, anorexia nervosa still is an enigmatic disorder. It is advocated that eating disorder therapists should be better educated in CBT, more research into clinical improvement should be done, CBT should include other behavioural interventions and more and better cognitive interventions and it should be possible to treat obesity in mental health care. The developments in the last few years offer lots of opportunities for exciting, fresh and creative research that, in the end, enables better treatments.

Keywords: *eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, cognitive behaviour therapy*

Literatuur

- Anton, S. D., Han, H., York, E., Martin, C. K., Ravussin, E., & Williamson, D. A. (2009). Effect of calorie restriction on subjective ratings of appetite. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22, 141-147.
- Burton, E., & Stice, E. (2006). Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: A preliminary randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1727-1738.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Groesz, L. M., & Stice, E. (2007). An experimental test of the effects of dieting on bulimic symptoms: The impact of eating episode frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 49-62.
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Herman, C. P., Polivy, J., Pliner, P., Threlkeld, J., & Muncie, D. (1978). Distractibility in dieters and non dieters: An alternative view of 'externality'. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 536-548.
- Jansen, A. (2001). Towards effective treatment of eating disorders: Nothing is so practical as a good theory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1007-1022.
- Jansen, A. (2014). Missie obesitas. *De Psycholoog*, 49, 33-43.
- Jansen, A., Houben, K., & Roefs, A. (2015). A cognitive profile of obesity and its translation into new interventions. *Frontiers in Psychology*, 6, 1807. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01807

- Jansen, A., & Mulkens, S. (2015). *Leren om niet te eten: Een programma voor behandelaars van mensen met overgewicht*. Retrieved from <http://educ.lonte.org/>
- Jansen, A., Theunissen, N., Slechten, K., Nederkoorn, C., Mulkens, S., & Roefs, A. (2003). Overweight children overeat after exposure to food cues. *Eating Behaviors, 4*, 197-209.
- Jansen, A., van den Hout, M., & Merckelbach, H. (2010). *Gek. Experimentele psychopathologie: Over angst, verslaving, depressie en andere ellende*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lowe, M. R., Gleaves, D. H., & Murphy-Eberenz, K. P. (1998). On the relation of dieting and bingeing in bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 263-271.
- Lowe, M. R., & Kral, T. V. E. (2006). Stress-induced eating in restrained eaters may not be caused by stress or restraint. *Appetite, 46*, 16-21.
- Lowe, M. R., & Timko, C. A. (2007). Dieting: Really harmful, merely ineffective or actually helpful? *British Journal of Nutrition, 92*(S1), S19.
- Lowe, M. R., Witt, A. A., & Grossman, S. L. (2013). Dieting in bulimia nervosa is associated with increased food restriction and psychopathology but decreased binge eating. *Eating Behaviors, 14*, 342-347.
- Nederkoorn, C., Smulders, F. T. Y., Havermans, H., Roefs, A., & Jansen, A. (2006). Impulsivity in obese women. *Appetite, 47*, 253-256.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist, 40*, 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.
- Presnell, K., & Stice, E. (2003). An experimental test of the effect of weight-loss dieting on bulimic pathology: Tipping the scales in a different direction. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 166-170.
- Redman, L. M., Martin, C. K., Williamson, D. A., & Ravussin, E. (2008). Effect of caloric restriction in non-obese humans on physiological, psychological and behavioral outcomes. *Physiology & Behavior, 94*, 643-648.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science, 161*(3843), 751-756.
- Stice, E., Martinez, E. E., Presnell, K., & Groesz, L. M. (2006). Relation of successful dietary restriction to change in bulimic symptoms: A prospective study of adolescent girls. *Health Psychology, 25*, 274-281.
- Stice, E., Presnell, K., Groesz, L., & Shaw, H. (2005). Effects of a weight maintenance diet on bulimic symptoms in adolescent girls: An experimental test of the dietary restraint theory. *Health Psychology, 24*, 402-412.
- Williamson, D. A., Martin, C. K., Anton, S. D., York-Crowe E., Han, H., & Redman, L. (2008). Is caloric restriction associated with development of eating-disorder symptoms? Results from the CALERIE trial. *Health Psychology, 27*, S32-S42.