

Combinatie gedrags- en cognitieve therapie effectief

# Diëtist en gedragstherapeut: tandem tegen overgewicht

Uit onderzoek blijkt dat een combinatie van gedrags- en cognitieve therapie bij mensen met overgewicht en vooral obesitas de effectiviteit op lange termijn bevordert. Thuiszorgorganisatie GroenekruisDomicura en Riagg Maastricht zochten samenwerking om hieraan een praktische invulling te geven. Dit gebeurde in de vorm van de groepstherapie 'Gezond Gewicht en Dik Tevreden'.

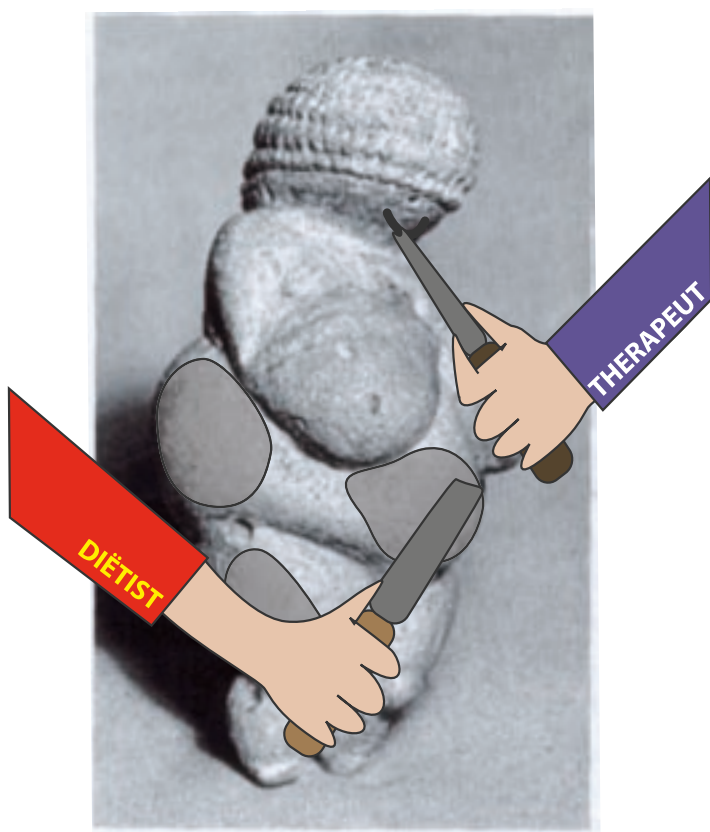
Uit promotieonderzoek van Marieke Werrij bleek dat vijftig procent van de mensen met overgewicht onder behandeling van GroenekruisDomicura (GKD) lichte tot matige depressieve klachten had.<sup>1,2</sup> De belangrijkste conclusie van het onderzoek was dat het toevoegen van cognitieve therapie de effectiviteit van de gangbare gedragstherapie voor overgewicht en obesitas (gegeven door diëtisten) op de lange termijn verbetert. De combinatie van cognitieve therapie en

voedingsadvies leidde tot minder gewichtsterugval dan de controlebehandeling (dieetadvies plus beweging). Ook in de *Conceptrichtlijn diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen* wordt genoemd dat overgewicht psychische problemen en verminderde kwaliteit van leven met zich meebrengt.<sup>3</sup>

## Stap naar geestelijke gezondheidszorg groot

Psychische problemen zijn vaak (deels) toe te schrijven aan discriminatie en stigmatisering van obese mensen en de lage zelfwaardering die hiermee samenhangt. Diëtisten begeven zich bij de individuele begeleiding dan ook vaak op het vlak van psychische problematiek. Ze zijn meestal goed in staat om problemen te signaleren en deels te analyseren, maar een veel gehoorde klacht van de diëtisten van GKD is dat psychische problemen op het bord van de diëtist gedropt worden terwijl deze buiten haar deskundigheid vallen. Doorverwijzing naar bijvoorbeeld een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg – in dit geval de Riagg in Maastricht – wordt door zowel de diëtist als de cliënt als moeilijk ervaren. Hierbij spelen emotionele overwegingen een rol ('Ik ben toch niet gek?'), maar ook praktische. Gesignaleerde knelpunten zijn onduidelijkheden rondom de doorverwijzing (welke specialisatie/afdeling), moeizame communicatie en slechte bereikbaarheid, gebrek aan terugkoppeling/terugrapportage vanuit de GGZ, hoogdrempeligheid en lange wachtperiodes met betrekking tot de eerste intake.

Op basis van deze ervaringen werd binnen onze organisatie besloten om naast de reguliere aanpak van obesitas door diëtisten (gericht op voedingsadvies, gedrag en beweging)



extra aandacht te besteden aan de psychische kant van het probleem, in het bijzonder aan de vraag wat het zo moeilijk maakt om eenmaal geleerde voedingsadviezen uit te voeren en op lange termijn vol te houden. Er werd daarom binnen GKD samenwerking gezocht tussen de eigen diëtisten en gedragstherapeuten van Riagg Maastricht.

### **Groepsbehandeling mét cognitieve therapie**

Bij de groepsbehandeling zonder gedragstherapeut wordt uitgegaan van gedragsverandering met behulp van de zelfcontrole methode, motivational interviewing, reguliere kennisoverdracht over voeding en het aanleren van vaardigheden (zoals 'nee' leren zeggen, maar ook leren gezond te koken). Het beoogde doel is een blijvende gewichtsvermindering, gestoeld op reële doelen, te bereiken door een gezondere leefstijl. Dit houdt soms in dat gewichtsbehoud ondanks een hoge BMI toch een goed resultaat is.

Werrij en haar collega's onderzochten binnen onze organisatie de effectiviteit van het toevoegen van cognitieve therapie (zie kader) aan de gangbare groepsbehandeling. Ze ontwikkelden een kortdurend programma (tien weken) voor cognitieve groepsbehandeling bij obesitas als aanvulling op een diëtistenbehandeling. Het programma wordt bij voorkeur uitgevoerd door gedragsdeskundigen (psychologen, (gedrags)psychotherapeuten).

Najaar 2006 en voorjaar 2007 startten twee pilotgroepen met het programma 'Gezond Gewicht en Dik Tevreden', waarin de diëtist en de gedragstherapeut in een tandem samenwerken. Inmiddels zijn deze twee groepen afgerond en geëvalueerd. In het voorjaar van 2008 is inmiddels de vierde groep gestart.

### **Samenwerking diëtist en gedragstherapeut**

In het programma 'Gezond Gewicht en Dik Tevreden' begeleiden de diëtist en twee gedragstherapeuten samen een groep van maximaal twaalf personen met overgewicht/obesitas (BMI > 25). De groepsbijeenkomsten duren twee

uur en een kwartier, waarbij beide disciplines ieder een uur voor hun rekening nemen. Tijdens de pauze ontmoeten diëtist en gedragsdeskundigen elkaar. Bij de eerste en de laatste bijeenkomst zijn zowel de diëtist als de gedragstherapeuten de volledige bijeenkomst aanwezig. Voorafgaande aan de groepsbehandeling vindt een individuele intake plaats door de diëtist, die haar bevindingen rapporteert aan de gedragsdeskundigen. Bij het uur van de diëtist ligt het accent op voedingsverandering, praktische kooklessen en rondleiding in de supermarkt, maar ook gedragsverandering komt aan bod. De gedragstherapeuten gaan aan de slag met cognities over eten, uiterlijk en gewicht en zelfwaardering.

Irrationale cognities worden daarbij uitgedaagd. Neem de gedachte: 'Ik heb nu toch al iets gesnoept, dus is de hele dag verpest; nu kan ik net zo goed dooreten'. Hiervoor worden allereerst voor- en tegenargumenten gezocht. Waarom klopt deze gedachte wel en waarom misschien niet? De cliënt moet gedachten vervolgens ook gaan toetsen in de vorm van gedragsexperimenten. Zo wordt bijvoorbeeld getest of de rol koekjes echt helemaal op móet of dat men ook kan stoppen na een afgesproken hoeveelheid. Het huiswerk bestaat uit het invullen van gedachtendagboekjes, uitdagingen en het uitvoeren van gedragsexperimenten.

### **Ervaringen 'Gezond Gewicht en Dik Tevreden'**

#### *Diëtisten*

Een aspect dat de diëtisten opviel bij de maandelijkse consultatie met de psychotherapeut en het samenwerken met gedragstherapeuten in de groepsbehandeling was het gebruik van gevoelsreflecties en parafrases. Daarbij viel ook de wijze van analyseren van de problemen en positief heretiketteren op. Tijdens de hele sessie was de houding van de gedragsdeskundigen: rustig, luisterend en spiegelend (confronterend). Dit werd ook door de cliënten als zeer positief ervaren. De onderwerpen die bij de gedragstherapeuten aan bod kwamen, zijn ook onderdeel van de gangbare therapie van de diëtist (gebaseerd op de zelfcontrole methode). Dit vormt echter geen belemmering; het is eerder een effectieve herhaling vanuit een ander perspectief.

#### *Gedragstherapeuten*

Het was een uitdaging om in een doelgroep die niet nadrukkelijk was aangemeld met psychische problematiek te onderzoeken welke psychische barrières hen hinderden in het volhouden van een gezond eetpatroon. Een voordeel was dat de meerderheid gemotiveerd was; de deelnemers hadden immers expliciet voor deze methode gekozen. Praten over en werken aan het veranderen van negatieve/irrationele gedachten en de daarbij horende gevoelens wekte veel emoties op, waarbij we moesten opletten dat het

### **Cognitieve theorie volgens Beck**

De cognitieve theorie volgens Beck stelt dat psychische problemen, zoals depressie en angststoornissen, worden veroorzaakt en in stand gehouden door onlogische en irrationele ideeën (disfunctionele cognities) die mensen aanhangen.<sup>4</sup> Cognitieve therapie wordt vaak samen toegepast met gedragstherapie, en is in deze combinatie de voorkeursbehandeling bij veel psychische stoornissen, zoals boulimia nervosa. Cognitieve therapie werd in het verleden ook al toegepast bij obesitas met een eetbuistoornis.

geen psychotherapiegroep werd. We hadden immers maar een beperkt aantal sessies en geen vangnet voor eventuele verstoring van het psychische evenwicht (zoals plotselinge ernstige depressie of andere crisis). Het merendeel van de deelnemers begreep de uitleg en profiteerde van de methode.

Het aantal deelnemers is idealiter maximaal tien, om iedereen zo goed mogelijk te kunnen helpen. Een veel gehoorde opmerking was dat 'het kwartje viel' na vijf à zes sessies. Deelnemers werden zich dan vaak pas bewust van de macht die irrationele cognities over hen hadden.

#### *Cliënten*

Cliënten binnen de 'Gezond Gewicht en Dik Tevreden'-behandeling reageerden positief op de interventie van de gedragstherapeuten. De nadruk werd primair gelegd op het stoppen van gewichtstoename, aangezien in deze groep veel mensen door jojo-gedrag steeds dikker waren geworden. Realistische doelen stellen was een belangrijk uitgangspunt. Dit bleef voor enkele deelnemers moeilijk te accepteren.

Beide pilotgroepen waren opvallend hecht in vergelijking met soortgelijke groepen die geen cognitieve therapie ontvingen. Dit is wellicht te verklaren door de aandacht die werd gegeven aan aspecten als zelfbeeld en de emoties die dit oproep bij cursisten. Men had hierdoor veel steun aan elkaar. Een ander opvallend punt was dat men positiever naar zichzelf en de ander ging kijken. Ten slotte speelden emoties soms hoog op bij deze bijeenkomsten. De problemen waren vaak diepgeworteld. Het maken van huiswerk in de vorm van gedachtendagboekjes was een essentieel onderdeel van de cognitieve therapie. Opvallend was dat de gedachtenboekjes goed ingevuld werden en dat men daar heel serieus mee bezig was.

Enkele reacties van cliënten: 'Ik voel me nu prettiger, minder afstotelijk en hoopvoller', 'Ik voel me niet meer schuldig wanneer ik iets meer eet; ik neem daarna weer makkelijker de draad op', 'De behandeling heeft mij doen beseffen dat de oorzaak van mijn eetproblematiek eerst opgelost moet worden; dan kan ik pas slagen (afvallen)'.

#### **Knelpunten opgelost**

Wat betreft de problemen die diëtisten tegenkwamen in individuele behandelingen heeft een gesprek met Riagg Maastricht mogelijkheden opgeleverd voor consultatie en verwijzing. De volgende afspraken zijn gemaakt:

- Maandelijks casuïstiekbespreking tussen diëtisten en een deskundige psychotherapeut op het gebied van eetstoornissen van Riagg Maastricht. Hier worden cliënten met psychische problemen besproken.
- Goede afspraken over doorverwijzing en terugrapportage.

- Bereikbaarheid via telefonisch spreekuur van de Riagg dagelijks gewaarborgd.

Deze werkwijze wordt sinds mei 2006 gevolgd. Uit regelmatige evaluatie blijkt dat zowel de gedragsdeskundige van de Riagg als de diëtisten de werkwijze zeer zinvol, effectief en waardevol vinden.

#### **Aanbevelingen voor samenwerking**

Om de kwaliteit van de behandeling van mensen met overgewicht en obesitas te bevorderen, kunnen diëtisten samenwerking zoeken met gedragsdeskundigen. Het is belangrijk daartoe zelf de eerste stap te zetten en contact op te nemen met een instelling voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de buurt. Formuleer de vraagstelling duidelijk en staaf deze met praktijkvoorbeelden. Als duidelijk is waar bij beide partijen behoeftes en knelpunten liggen, kan samenwerking tot succesvolle resultaten leiden.

#### **Drs. Yvonne Smits**

*Diëtist GroenekruisDomicura*

#### **Dr. Sandra Mulkens**

*Onderzoeker Universiteit Maastricht en GZ-psychooloog/psychotherapeut, Riagg Maastricht*

*Correspondentie: GroenekruisDomicura, Postbus 1307, 6201 BH Maastricht, e-mail: Y.Smits@gkdzorg.nl, telefoon: 043-360620 (Secretariaat Vodi).*

#### **Literatuur**

1. Werrij, MQ. Weighty thoughts: a cognitive approach to the treatment of obesity. Academisch proefschrift, Universiteit Maastricht, 2005.
2. Werrij MQ. Cognitieve gedragstherapie bij overgewicht en behoud van gewichtsverlies. Ned Tijdschr voor Voeding & Diëtetiek 2007;62(5):7-10.
3. Conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht: Medisch Wetenschappelijke Raad van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007 (p. 24).
4. Beck AT. The past and future of cognitive therapy. The Journal of Psychotherapy Practice and Research: a journal of the American Psychiatric Association 1997;6:276-84.