

Sekse en eetgedrag

TATJANA VAN STRIEN

Van Strien T. Sekse en eetgedrag. Huisarts Wet 1995; 38(9): 398-401.

Samenvatting Veel mensen hebben problemen met hun eetgedrag of lichaamsgewicht. Toch komen vooral vrouwen hiervoor bij de huisarts. In deze bijdrage wordt aan de orde gesteld waardoor dit sekseverschil in klacht-presentatie mogelijk wordt veroorzaakt. Uitgaande van de opvatting dat gewichtstoename en overgewicht meestal door overeten worden veroorzaakt, komen drie psychologische verklaringsmodellen en de daarbij behorende vormen van eetgedrag aan de orde: de psychosomatische theorie (eten bij negatieve emoties: emotioneel eten), de externaliteitstheorie (eten bij externe voedselprikkelers als geur, smaak en zichtbaarheid van voedsel: extern eten) en de theorie van lijngericht eetgedrag (lijnen). Vervolgens wordt aandacht besteed aan de eventuele sekseverschillen hierbij. De bijdrage wordt besloten met enkele praktische adviezen voor therapie.

Dr. T. van Strien, Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijksleer, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen.

Inleiding

Veel mensen hebben problemen met hun eetgedrag en lichaamsgewicht, maar vooral vrouwen komen met klachten hierover bij de huisarts. Bij vrouwen behoren deze klachten tot de 20 meest genoemde klachten; mannen komen hiervoor veel minder vaak bij de huisarts.¹

Uitgaande van de opvatting dat gewichtstoename en overgewicht meestal worden veroorzaakt door overeten, bespreek ik in deze bijdrage drie psychologische verklaringsmodellen voor overmatig eten en de daarbij behorende vormen van eetgedrag: de psychosomatische theorie, de externaliteitstheorie en de theorie van lijngericht eetgedrag (lijnen). Vervolgens komt aan de orde, waardoor het sekseverschil in klachtpresentatie wordt veroorzaakt, en ik besluit dit overzicht met enkele adviezen rond de therapie.

Psychosomatische theorie

De psychosomatische theorie stelt eten bij negatieve emoties als angst, boosheid of stress, centraal.

Een normale reactie op negatieve emoties of stress is verlies van eetlust. Stress roept dezelfde verzadigingsverschijnselen op als inneming van voedsel; de samentrekkingen van de maag houden op en het bloedsuikergehalte gaat omhoog.^{2,3} Voor de meeste mensen leidt stress dus tot gewichtsverlies. Er zijn echter ook mensen die op stress-ervaringen juist reageren met eten. Dit verschijnsel, ook wel emotioneel eten genoemd, komt volgens de psychosomatische theorie voor bij mensen die zich in hun eetgedrag niet zo zeer laten leiden door lichamelijke behoeften van honger en verzadiging, als wel door negatieve emoties als angst en depressie.

Een mogelijk gevolg van veelvuldig emotioneel eten is gewichtstoename en uiteindelijk overgewicht. In het Duits wordt dit verschijnsel beeldend omschreven met 'Kummerspeck'. Gebrek aan onderscheidend vermogen tussen gevoelens van honger en verzadiging wordt gezien als een mogelijk aspect van een algemeen psychisch minder adequaat functioneren.⁴

In de therapie wordt daarom niet zo zeer ingegaan op de gewichtsproblematiek, als wel op de psychische problemen. Achtergrond van deze werkwijze is de gedachte dat met het oplossen van de psychische problemen de aanleiding tot overeten wegvalt. Gewichtsvermindering is dan het uiteindelijke gevolg.⁵

Bruch, een van de vertegenwoordigers van de psychosomatische theorie, noemt overprotectie door de moeder als belangrijkste oorzaak van het emotionele eten. Zonder te letten op de werkelijke behoeften van honger en verzadiging geeft de moeder het kind ook te eten wanneer het om andere redenen dan honger huilt. Voedsel krijgt een symbolische waarde, bijvoorbeeld om liefde en genegenheid mee uit te drukken. Het kind leert zo niet hongerprikkelers te onderscheiden van prikkelers van emotionele aard. Dit leidt ertoe dat het kind eet in antwoord op bijna elke toestand van negatieve emoties en dat het zich slecht bewust is van specifieke hongergevoelens.⁶

Externaliteitstheorie

Centraal in de externaliteitstheorie staat het eten op grond van externe voedselprikkelers als geur, zichtbaarheid en smakelijkheid van voedsel. Evenals de psychosomatische theorie gaat de externaliteitstheorie ervan uit dat niet iedereen maagcontracties automatisch interpreteert als een hongergevoel. Hier houdt de overeenkomst echter op. In de externaliteitstheorie ligt de nadruk niet op het correct interpreteren van interne fysiologische verschijnselen, maar op het overreageren op externe prikkelers: overeten wordt toegeschreven aan een algemene gevoeligheid voor externe prikkelers, waarvan voedselprikkelers slechts een onderdeel vormen.

Er wordt van uitgegaan dat externaliteit een persoonlijkheidskenmerk is.⁷ Doordat extern gerichte personen eerder eten naar aanleiding van sterke voedselprikkelers uit de omgeving, lopen zij eerder kans dik te worden. Bij de behandeling van overgewicht staat in deze visie een gedragstherapeutische benadering, bijvoorbeeld stimuluscontrole, centraal.^{8,9}

Lijngericht eetgedrag

Volgens de theorie van lijngericht eetgedrag heeft iedereen een eigen 'natuurlijk gewicht', een vast gewicht dat binnen bepaalde grenzen door het lichaam in stand wordt gehouden in een homeostatische regelkring.¹⁰ Op pogingen tot verlaging van dit 'natuurlijke gewicht' door lijnen reageert het lichaam met fysiologische defensiemechanismen, bijvoorbeeld honger en een voorkeur voor zoete en vette producten. Er is dan sprake van een conflict tussen eetlust en voedselonthouding, tussen de wil om te eten en de wil om af te vallen. Wordt de cognitieve controle over het eetgedrag doorbroken door bijvoorbeeld het eten van 'verboden' voedsel als een reep chocolade, dan geven lijners vaak toe aan hun eetlust en komt het bij sommige lijners voor dat zij geweldige hoeveelheden voedsel consumeren.

Beroemd is het 'ijsexperiment' van *Herman & Mack*.¹¹ In dit experiment namen proefpersonen die op basis van hun scores op een vragenlijst waren geclassificeerd als 'lijner' en 'niet-lijner' deel aan een smaakproef. Voor zij drie soorten ijs – chocolade, vanille of aardbei – op smaak moesten beoordelen, kregen zij geen, één of twee milkshakes te drinken. Bij het proeven van het ijs konden zij zoveel ijs eten als zij wilden. Het bleek dat niet-lijnende proefpersonen minder ijs aten, naarmate zij van te voren meer milkshakes hadden gedronken. Daarentegen aten de lijners juist meer, naarmate zij meer milkshakes hadden gedronken. Uit nader onderzoek kwam naar voren dat bij het overeten van de lijners vooral de eigen interpretatie over het hebben kunnen handhaven van de eigen eetnormen een rol speelde. Degenen die het 'gedwongen' drinken van de milkshakes ondergingen als een verlies van controle over het eigen eetgedrag, lieten tijdens de smaakproef elke poging tot matiging varen en deden zich ongeremd te goed aan het ijs.¹² Een dergelijk 'wat kan het me ook schelen'-effect bleek ook te worden opgeroepen door onprettige emoties of depressie.^{13,14} Een goede gezondheid of een mooi lichaam telt in zo'n situatie minder zwaar dan normaal;

het motief om af te vallen wordt dan minder sterk en de eetlust die in de lijnperiode wordt onderdrukt krijgt de overhand.

Naast 'verboden' voedsel kunnen dus ook negatieve emoties de cognitieve controle op het eetgedrag bij lijners doorbreken. Het voortdurend negeren van gevoelens van honger kan bovendien leiden tot een blijvend onvermogen om fysiologische sensaties van honger en verzadiging op de juiste wijze te interpreteren, zodat lijnen uiteindelijk tot emotioneel of extern eetgedrag kan leiden. Volgens de theorie van lijngericht eetgedrag kan lijnen dus juist leiden tot toename van het lichaamsgewicht. In de behandeling volgens deze visie ligt het accent op het doorbreken van de gewoonte tot lijnen, het herontdekken van gevoelens van honger en verzadiging en het leren accepteren van het 'natuurlijke gewicht'.¹⁵

Sekse en eetgedrag

Om te kunnen meten in welke mate deze drie eetgedragingen bij iemand voorkomen, is de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) ontwikkeld. Deze vragenlijst bevat voor elk der eetgedragingen aparte schalen. De NVE is het resultaat van jarenlang psychometrisch onderzoek bij verschillende populaties proefpersonen met normaal gewicht en overgewicht.¹⁶ De uiteindelijke schalen hebben een grote mate van betrouwbaarheid en validiteit, en er zijn normtabellen beschikbaar van diverse populaties, uitgesplitst naar geslacht en/of gewicht.¹⁷ Inmiddels is de NVE ook in het Engels, Frans en Duits vertaald.^{18,19} Ook buiten Nederland blijkt de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument zeer goed.^{20,21}

Vrouwen vertonen meer emotioneel eetgedrag dan mannen, zo blijkt uit eigen onderzoek met de NVE: zij gaven vaker dan mannen aan te eten bij negatieve emoties als angst, boosheid of gevoelens van eenzaamheid. Met betrekking tot extern eetgedrag was er in dit onderzoek geen significant sekseverschil, terwijl lijngericht eetgedrag beduidend meer bij vrouwen dan bij mannen werd aangetroffen. Verder bleken veel vrouwen ook aan de

lijn te doen als zij volgens objectieve maatstaven helemaal niet te dik waren.¹⁸

Een mogelijke verklaring van het sekseverschil in *emotioneel eten* is dat de vrouwen psychisch minder goed functioneerden dan de mannen: zij rapporteerden een lager zelfbeeld en een hogere mate van angst.¹⁶ Ook de theorie van *Chodorow* wordt vaak aangehaald om dit sekseverschil te verklaren.²² Volgens Chodorow is het vooral voor meisjes moeilijk zich te ontplooiën tot een zelfstandig persoon. De moeder beschouwt haar dochter eerder als een verlengstuk van zichzelf dan haar zoon. Hierdoor bestaat vooral voor meisjes het gevaar dat de moeder haar eigen behoeften, wensen en gevoelens op het kind projecteert en de behoeften van het kind negeert. Jongens hebben volgens Chodorow veel minder moeite zich los te maken van de moeder, doordat zij zich gaan identificeren met de vader. Volgens Chodorow verleert het meisje haar eigen behoeften te onderkennen en leert het in plaats daarvan te anticiperen op de behoeften van anderen en die te zien als haar eigen behoeften.

Deze denkwijze verklaart dat meisjes zich al vroeg leren te gedragen volgens het traditionele rolpatroon, en hoe het komt dat vrouwen eerder dan mannen zullen neigen tot emotioneel eten. Het onderdrukken van de eigen behoeften kan leiden tot een grote mate van afhankelijkheid van de waardering van anderen. Uit angst de genegenheid van anderen te verliezen, zal een meisje eerder afhankelijk en passief zijn en minder gauw woede en agressie durven uiten. Dit traditioneel vrouwelijk gedrag kan weer kan leiden tot indirect gedrag, bijvoorbeeld emotioneel eten. Daarnaast kan een verlies aan contact met eigen behoeften leiden tot een verlies aan contact met de eigen gevoelens van honger en verzadiging.

Dat eigenschappen behorend bij het traditioneel vrouwelijk rolpatroon met emotioneel eten gepaard kunnen gaan, wordt ondersteund door eigen onderzoek.²³ Binnen de onderzochte groep vrouwen bleek de mate van psychisch welzijn samen te hangen met de mate waarin men seksestereo-

type 'vrouwelijke' eigenschappen aan zichzelf toeschreef: hoe meer een vrouw zichzelf beschreef in termen van 'vrouwelijke' eigenschappen, des te lager haar zelfbeeld was en des te meer angst zij rapporteerde. Verder was er een positief verband tussen de mate waarin een vrouw 'vrouwelijke' eigenschappen aan zichzelf toeschreef en de mate waarin zij rapporteerde 'emotioneel' te eten.

Dat vooral 'vrouwelijke' vrouwen last hebben van emotioneel eten, valt goed te begrijpen, wanneer men de inhoud van het vrouwelijk sekstereotype aan nadere inspectie onderwerpt. Volgens dit stereotype dienen vrouwen zich passief, afhankelijk en niet assertief te gedragen. Indien een vrouw zich meer aan dit voorschrift gelegen laat liggen, zal zij misschien eerder het gevoel hebben dat zij de eigen situatie niet in de hand heeft en zich ook eerder zorgen maken. Maar omdat zij niet heeft geleerd adequaat met deze emoties om te gaan, reageert zij met eten, in plaats van bijvoorbeeld haar woede te uiten of iets aan haar eenzaamheid of verveling te doen. Veel eten ligt juist voor vrouwen voor de hand, omdat voedsel (het inkopen en de bereiding ervan) voor de meeste vrouwen nu eenmaal een grote plaats inneemt in het traditionele rolpatroon.

Voor het sekseverschil in *lijngericht* eetgedrag wordt het huidige vrouwelijke schoonheidsideaal verantwoordelijk gesteld,²⁴ dat in verhouding tot het feitelijke lichaam van veel vrouwen veel te slank is. In een onderzoek van *Wiseman et al.* komt naar voren dat in de periode van 1979-1988 69 procent van de modellen op de middenpagina van het blad *Playboy* en 60 procent van de winnaressen van de schoonheidswedstrijden voor Miss America een lichaamsgewicht hadden dat 15 procent onder het normgewicht voor hun leeftijd en lengte lag en daarmee voldeed aan het gewichtscriterium voor de diagnose anorexia nervosa volgens de DSM-III-R uit 1987.²⁵

In het licht van dit absurde schoonheidsideaal is het niet vreemd dat de meeste vrouwen zich te dik vinden, ook als zij volgens objectieve maatstaven helemaal

niet te dik zijn, waarbij vooral dijen, heupen en taille een bron van onbehagen vormen. Dit verschijnsel wordt door *Rodin* wel 'normatieve ontevredenheid' genoemd,²⁶ aangezien ontevredenheid met het eigen lichaam tegenwoordig een kenmerk is van de meeste vrouwen, en niet alleen van vrouwen met anorexia nervosa, bulimia of obesitas.

In feite maakt de verkeerde sekse zich druk om het lichaamsgewicht: de appelvorm – het typische 'buikje' bij mannen – blijkt riskanter voor hart- en vaatziekten dan de typisch 'vrouwelijke' peervorm.²⁷

Behandeling

Overgewicht ontstaat wanneer iemand meer eet dan nodig is. De behandeling van overgewicht lijkt dan ook simpel: minder eten of meer lichaamsbeweging, of beide. Meestal kiezen mensen voor het eerste en gaan zij lijnen, maar helaas blijkt het effect van een vermageringsdieet voor de meesten slechts tijdelijk en zitten moeizaam kwijtgeraakte kilo's er in korte tijd weer aan. Bekend is de uitspraak van *Stunkard* over traditionele vermageringstherapieën: 'Most obese persons will not stay in treatment for obesity. Of those who stay in treatment most will not lose weight and of those who do lose weight, most will regain it'.²⁸

Ook nieuwe ontwikkelingen op het gebied van vermageringstherapieën geven weinig reden tot optimisme. Therapieën gebaseerd op gedragstherapeutische principes leiden bij de meeste deelnemers wel tot gewichtsverlies dat ook na een jaar nog bestaat, maar op langere termijn blijkt dat gewichtsverlies voor de meesten toch niet permanent te zijn.^{29,30} In het licht van het voorafgaande is dit alles geenszins verbazingwekkend. Het falen van gewone vermageringsprogramma's valt te verklaren vanuit de bevinding dat de meeste vrouwen die zich te dik vinden, toch al aan de lijn doen.²⁶ En laten de experimenten die hebben geleid tot de formulering van de theorie van lijngericht eetgedrag, ons niet overtuigend zien dat een sterke lijngerichtheid bij veel vrouwen tot mislukken gedoemd is – sterker nog: dat het middel

weleens erger dan de kwaal zou kunnen zijn?³¹

Ook het falen van gedragstherapeutische vermageringsprogramma's verbaast mij niets, aangezien deze programma's in eerste instantie zijn ontwikkeld vanuit de externaliteitstheorie, en de visie dat overeten en overgewicht het gevolg zijn van een sterke gevoeligheid voor externe voedselprikkelers. Door stimuluscontrole of juist *cue exposure* zou een 'externe eter' met verleidelijke situaties kunnen leren omgaan.

Maar niet ieder persoon met problemen met het lichaamsgewicht is een 'externe eter', zo laat onderzoek met de NVE ons zien. Vooral vrouwen lijken eerder last te hebben van emotioneel eten. Als de oorzaak van het emotionele overeten vooral ligt in een slecht psychisch functioneren, een laag gevoel van eigenwaarde, angst, of gebrek aan vermogen tot assertief gedrag,^{32,33} ligt het dan niet meer voor de hand door psychotherapie of gedragstherapie aandacht te besteden aan de problematiek die aan het overeten ten grondslag ligt? Deze suggestie wordt ondersteund door de bevinding dat de mate waarin iemand voorafgaand aan de behandeling gewend was te eten in antwoord op moeilijke situaties of negatieve emoties, een negatieve indicatie is voor het succes van de gewichtstherapie op de lange termijn.³⁴

Ik denk dat we van een eenheidstherapie geen blijvend succes kunnen verwachten. Meer succes verwacht ik van een behandeling 'op maat', een behandeling die optimaal aansluit bij het individuele eetprobleem.³⁵ Met de NVE kan worden gemeten in welke mate iemand emotioneel, extern en/of lijngericht eetgedrag vertoont. Deze vragenlijst is door elke patiënt eenvoudig te beantwoorden. De afname duurt ongeveer tien minuten. Het scoren van de lijst en het vergelijken van de persoonlijke scores van de patiënt met de normscores in de handleiding zijn eenvoudige routinehandelingen. In deze handleiding staat ook uitvoerig beschreven hoe met behulp van de NVE de beste behandelingsstrategie van het specifieke eetgedragprobleem bij de individuele patiënt kan worden bepaald.¹⁷

Literatuur

- 1 De Bakker DH, Claessens AAMC, Van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: Nivel: 1992.
- 2 Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton, 1914.
- 3 Carlson AJ. The control of hunger in health and disease. Chicago: University of Chicago Press, 1916.
- 4 Slochower JA. Excessive eating: the role of emotions and environment. New York: Human Sciences Press, 1983.
- 5 Rand CSW. Psychoanalytic treatment of obesity. In: Wolman BB, ed. Psychologic aspects of obesity. A handbook. New York: VNR, 1982.
- 6 Bruch H. Transformation of oral impulses in eating disorders. A conceptual approach. *Psychiatr Q* 1961; 35: 458-81.
- 7 Schachter S, Rodin J. Obese humans and rats. Halsted: Erlbaum, 1974.
- 8 Stuart RB, Davis B. Slim chance in a fat world: behavioral control of obesity. Champaign, Ill: Professional ed. Research Press, 1972.
- 9 Schaminee PJThM. Werken aan eetgewoonten volgens de zelfcontrole methode. In: De Boer JO, Deurenberg P, Van Gaal LF et al., red. Voeding en overgewicht. Alphen aan de Rijn: Samsom Stafleu, 1987.
- 10 Herman CP, Polivy J. Restrained eating. In: Stunkard AJ, ed. Obesity. Philadelphia, etc.: Saunders, 1980: 208-25.
- 11 Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating. *J Personality* 1975; 43: 647-60.
- 12 Polivy J. Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained subjects. *Addict Behav* 1976; 1: 237-43.
- 13 Herman CP, Polivy J. Anxiety, restraint and eating behavior. *J Abnorm Psychol* 1975; 84: 666-72.
- 14 Polivy J, Herman CP. Clinical depression and weight change: A complex relation. *J Abnorm Psychol* 1976; 85: 338-40.
- 15 Polivy J, Herman CP. Breaking the diet habit: the natural weight alternative. New York: Basic Books, 1983.
- 16 Van Strien T. Eating behaviour, personality traits and body mass. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- 17 Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- 18 Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *Int J Eating Disorders*, 1986; 5: 295-315.
- 19 Van Strien T, Frijters JER, Van Staveren WA, Defares PB, Deurenberg P. The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. *Int J Eating Disorders*, 1986; 5: 747-55.
- 20 Wardle J. Eating style: a validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *J Psychosom Res* 1987; 31: 161-9.
- 21 Grunert SG. Ein Inventar zur Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica* 1989; 36: 167-79.
- 22 Chodorow N. The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the Society of gender. Los Angeles: Berkeley, 1978.
- 23 Van Strien T, Bergers GPA. Overeating and sex-role orientation in women. *Int J Eat Disord* 1988; 7: 89-99.
- 24 Van Strien T. Antilope of mooi rose biggetje. Waarom vrouwen lijnen. *Psycholoog* 1987; 22: 558-64.
- 25 Wiseman CV, Gray JJ, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations of thinness in women: an update. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 85-9.
- 26 Rodin J, Silberstein L, Striegel-Moore RH. Women and weight: a normative discontent. In: Sondregger LB, ed. Nebraska Symposium on motivation psychology and gender. Lincoln: University of Nebraska Press, 1985.
- 27 Seidell JC. Overweight and fat distribution-associations with aspects of morbidity [Dissertatie]. Wageningen: Landbouw Universiteit, 1986.
- 28 Stunkard A, McLaren-Hume M. The results of treatment for obesity. *Arch Intern Med* 1959; 103: 79-85.
- 29 Wilson GT, Brownell KD. Behavior therapy for obesity. An evaluation of treatment outcome. *Adv Behav Res Ther* 1980; 3: 49-86.
- 30 Wilson GT. Behavioral treatment of obesity. Thirty years and counting. *Adv Behav Res Ther* 1994; 16: 31-75.
- 31 Van Strien T, Frijters JER, Defares BP. Te dik: Is lijnen erger dan de kwaal? *Psychologie*, 1984; 3: 11-5.
- 32 Ganley RM. Emotion and eating in obesity. A review of the literature. *Int J Eat Disord* 1989; 3: 343-61.
- 33 Van Strien T. In defence of psychosomatic theory. A critical analysis of Allison and Heschka's critical analysis. *Int J Eat Disord* 1995; 9: 299-304.
- 34 Leon GR, Rosenthal BS. Prognostic indicators of success or relapse in weight reduction. *Int J Eat Disord* 1984; 3: 15-24.
- 35 Brownell KD, Wadden TA. The heterogeneity of obesity. Fitting treatments to individuals. *Behav Ther* 1991; 22: 153-77.