

## **Interpretatie van de scores van de REO**

De REO is geen diagnostische vragenlijst. Het is een screeningslijst die informatie geeft over mogelijke problemen die de diëtist kan tegenkomen in de behandeling van obesitas. Hierbij geeft de REO vooral informatie over het aanwezig zijn van een mogelijke eetstoornis en/of een depressie. Verder geeft de REO informatie over bijkomende impulsiviteit die de behandeling kan bemoeilijken.

De schaalscores lopen van 1-5. Bij een score van 4 of 5 is het noodzakelijk de diëtistische behandeling aan te passen, gericht op de problematiek die in de desbetreffende schaal tot uitdrukking komt. Bij de uitleg van de schalen op de volgende pagina's staat hierover meer beschreven.

Bij een totaalscore van 90 of hoger (afkapwaarde 89,5) is de kans erg groot dat er naast overgewicht/obesitas ook een onderliggende eetstoornis aanwezig is. Samenwerking met een psycholoog of psychotherapeut is dan zeer aan te raden. Verwijzing kan via de huisarts.

## A. Schalen die een relatie hebben met eetbuistoornissen

### 1. Preoccupatie met gewicht en uiterlijk

Te veel zorgen over hoe men eruitziet kan van invloed zijn op de gedachten over zichzelf als persoon. Een te grote preoccupatie met gewicht en uiterlijk en een negatief oordeel hierover leidt tot een negatief zelfbeeld. Men kan gedachten hebben als 'als ik afval dan krijg ik wel een leuke relatie' of 'als ik dunner ben, vindt men mij aardiger'. Hoe hoger de score op deze schaal, hoe problematischer de negatieve oordelen zijn die men over zichzelf heeft.

De diëtist kan de zorgen die iemand hierover heeft bespreken met de patiënt. Vooral de niet realistische gedachten kunnen uitgedaagd worden, door vragen te stellen, met respect voor de persoon zelf. Ook kan iemand gevraagd worden eens echt rond te kijken en te observeren of de angst voor negatieve oordelen wel realistisch zijn. Als je merkt dat de patiënt niet vatbaar is voor nuancering van zijn/haar visie kan het goed zijn om naast de dieetbehandeling ook een psychologische behandeling te adviseren.

### 2. Lijnverleden

Het lijnverleden is geen eenduidig criterium. Sommige onderzoeken geven aan dat er samenhang is met eetbuien, in andere onderzoeken komt het iets minder duidelijk naar voren. Wel is bekend dat honger eetbuien kan uitlokken. Daarmee is het belangrijk alert te zijn op veelvuldig en streng lijngedrag. Uitspraken als 'ik kan alleen afvallen als ik streng ben' of 'ik heb alle diëten al geprobeerd' kunnen een reden zijn om er eens verder over door te praten met de patiënt. Vraag dan goed na wat men al geprobeerd heeft in het verleden en wat het resultaat was, zowel op korte als langere termijn. Vooral goed bepreken waardoor de lijnpoging mislukte of waardoor men weer ging aankomen. Een gematigd dieetadvies en goede begeleiding en geruststelling over het tempo van afvallen zijn dan op zijn plaats. Vooral terugvalpreventie en nazorg zijn dan ook belangrijk.

### 3. Aanwezigheid van eetbuien en/of verstoord eetpatroon

Verstoord en/of ongeremd eetgedrag komt meer voor bij obesen met een eetbuistoornis. Wees hierbij ook alert op niet alleen eetbuien, maar ook het zogenaamde 'graas'-gedrag'. Soms wordt er over de hele dag zoveel gegeten dat het net zoveel is als in een echte eetbui.

Vraag door op hoeveelheden en op hoe het eten plaatsvindt. Patiënten moeten veelal aangespoord worden om alles te vertellen; vaak spelen schaamte en schuldgevoelens een rol. Een bijkomend probleem is dat sommige mensen met een eetbuistoornis een verstoord honger-verzadigingssysteem hebben. Ze moeten meer eten om een verzadigd gevoel te bereiken.

Uitspraken als 'ik ben een bodemloze put' of 'ik heb altijd honger' kunnen hierop wijzen. In de behandeling staat het afbouwen van eetbuien voorop. Daarbij dient geen energiebeperkte voeding gegeven te worden, maar vooral structuur en regelmaat in het eetpatroon geadviseerd te worden. Praktisch gezien houdt dit in dat er 3 normale maaltijden en 3 tussendoortjes gegeten worden. Als het eetpatroon genormaliseerd is en de eetbuien verdwenen, kan een lichte energiebeperking voorgeschreven worden. Hierbij zal continue begeleiding gericht op het voorkomen van terugval in het verstoorde eetpatroon en/of de eetbuien nodig zijn. Als je merkt dat iemand steeds terugvalt of niet te bewegen is tot verandering in het eetgedrag is een verwijzing naar een psycholoog op zijn plaats.

Het aantal eetbuien gemiddeld per week gedurende de afgelopen 3 maanden is een belangrijk criterium voor de ernst van de eetbuistoornis. Hiervoor is een aparte vraag toegevoegd waarbij de ernst wordt vastgesteld volgens de DSM-5 criteria, lopend van mild naar extreem. Is de score op vraag 25 mild of hoger (dus meer dan 1 keer per week een eetbui), overweeg dan ook een verwijzing naar een psycholoog. Hoe hoger de score hoe ernstiger de eetbuistoornis.

Vraag 26 wijst op compensatiegedrag. Is de score daar mild of hoger, dan is er meer aan de hand. Compensatiegedrag wijst namelijk op boulimia nervosa en vergt een adequate psychologische behandeling gericht op deze eetstoornis nodig. Bij boulimia nervosa is altijd psychologische behandeling vereist.

### 4. Verstoring psychosociaal functioneren

Mensen met obesitas ervaren een slechtere kwaliteit van leven dan mensen met een normaal gewicht. Als iemand ook nog een eetbuistoornis erbij heeft, is de kwaliteit van leven nog slechter. Ze ervaren meer stress in het functioneren, zowel in werk- als in privéomstandigheden. Uitspraken als 'als ik naar het strand ga, staart iedereen mij aan, dus dat doe ik niet', 'ik ga niet met de bus, want dan ben ik anderen tot last' of 'geen enkele man/vrouw is in mij geïnteresseerd, want ik zie er niet uit' kunnen hierop wijzen.

Ook angststoornissen komen vaker voor in combinatie met een eetstoornis. Denk hierbij bijvoorbeeld aan sociale angst, waardoor mensen in geïsoleerde omstandigheden komen en weinig sociale contacten hebben. Veel obesen met een eetbuistoornis hebben te maken met somberheid of depressies. Als de verstoring van het functioneren groot is, dient altijd psychologische hulp naast de dieetbehandeling ingeschakeld te worden.

## 5. Emotioneel eetgedrag

Zowel een negatieve als een positieve stemming kan leiden tot overeten. Denk hierbij aan verdriet, angst, somberheid of boosheid, maar ook blijdschap of iets te vieren hebben. Het herkennen van emoties is vaak lastig voor patiënten, waardoor alle emoties worden 'gelabeld' als honger. Doorvragen op emoties en proberen te achterhalen welke emotie speelt, kan hierbij zinvol zijn.

Veel obesen met een eetbuistoornis vinden het ook moeilijk om negatieve emoties te verdragen. Bijvoorbeeld uitspraken als 'ik heb dit nu nodig, anders word ik gek' of 'ik kan dat niet verdragen' kunnen hierbij voorkomen. Normaliseren van deze emoties en aangeven dat ook verdriet, angst en boosheid bij het leven horen kan hierbij helpen. Uitleg over de manier waarop emoties zich voordoen en dat ze altijd vanzelf minder heftig worden, kan mensen helpen om het aan te durven ze te ondergaan en niet meteen weg te eten. Verder kan samen met de patiënt naar alternatieven worden gezocht om afleiding te bieden voor het negatieve gevoel. Denk hierbij aan een eindje wandelen of fietsen, iemand bellen, een hobby gaan beoefenen, in bad gaan of een tijdschrift pakken als afleiding.

## 6. Morbide obesitas (absolute score)

Hoe hoger het gewicht, hoe groter de kans is dat alle andere risicofactoren meer meespelen in het geheel. Hoe zwaarder men is hoe groter de kans op depressie, slechtere kwaliteit van leven en verstoring van het psychosociaal functioneren.

## 7. Onrealistische verwachting ten aanzien van het streefgewicht

De vragen die gericht zijn op hoeveel men denkt te kunnen afvallen en wat het ideale gewicht is, kunnen besproken worden met de patiënt. Het is belangrijk in de behandeling te streven naar een realistisch en haalbaar gewichtsverlies van 10% (per jaar) en zich niet te laten verleiden tot het meegaan in onrealistische verwachtingen. Het streven naar een beduidend groter gewichtsverlies dan 10% zal zeker besproken dienen te worden. Ook het lijnverleden is in dit geval van belang evenals het gewichtsverloop door de jaren heen. Bespreek met de patiënt of zijn/haar wens realistisch is. Gebruik hiervoor de gewichtsverloopgrafiek en bespreek het verloop tot nu toe. Gewichtsverlies in kleine stapjes kan meer motiverend werken dan een niet realistisch doel, wat niet gehaald zal worden.

## B. De schaal Depressiviteit

Somberheid heeft een grote invloed op het eetgedrag. Ongeveer de helft van de patiënten met een eetbuistoornis heeft ook een depressie (gehad). Bij obesen zonder eetbuistoornis is dit rond de 10%. Het is niet altijd duidelijk of de depressie primair (op zichzelf staand) of secundair (gevolg van de obesitas of de eetbuistoornis) is. Dit maakt ook niet uit. Als er een depressie aanwezig is, dient altijd een psychologische behandeling met eventueel medicatie gegeven te worden.

Een hoge score op de depressieschaal, betekent dat de diëtist altijd rapporteert naar de huisarts die de diagnose kan stellen en een psycholoog kan inschakelen. Een co-behandeling is dan mogelijk.

### C. De Schaal Impulsiviteit

Onderzoek laat zien dat impulsiviteit vaker voorkomt bij obesitas en bij mensen met een eetbuistoornis nog vaker voorkomt. Impulsiviteit maakt het mensen moeilijker zich aan een dieetadvies te houden. Snelle bevrediging van behoeften en wensen gaan vóór langetermijn doelen, zoals afvallen, die iemand wil bereiken.

In de behandeling is het belangrijk mensen te leren hun omgeving prikkelarm te maken met betrekking tot voedselprikkels. Hiervoor kunnen zelfcontrolemethodieken gebruikt worden, zoals: boodschappen doen met een lijstje, niet naar de supermarkt gaan met trek, de boodschappen direct opruimen bij thuiskomst, verjaardagen en feestjes van tevoren goed plannen, zorgen dat er geen snoepgoed of koek in het zicht staat, en voorkomen dat het dieet te streng is en men honger/trek heeft.