

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

Recente ontwikkelingen binnen cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E)

MARTIE DE JONG & JEFFREY VAN DER STARRE

Samenvatting

Cognitive behavior therapy – enhanced (CBT-E) is opgenomen in de zorgstandaard als behandeling voor volwassen cliënten met een eetstoornis. In dit overzichtsartikel worden recente ontwikkelingen beschreven in de internationale onderzoeks- en *practice-based* literatuur met betrekking tot CBT-E. Dit betreft: (1) CBT-E bij ondergewicht, (2) bij adolescenten, (3) via beeldbellen, (4) in de groep, en (5) factoren die van invloed zijn op het behandelresultaat. De belangrijkste bevindingen voor de klinische praktijk en suggesties voor toekomstige ontwikkelingen worden besproken.

Trefwoorden: CBT-E, eetstoornissen, ondergewicht, adolescenten, groep, beeldbellen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

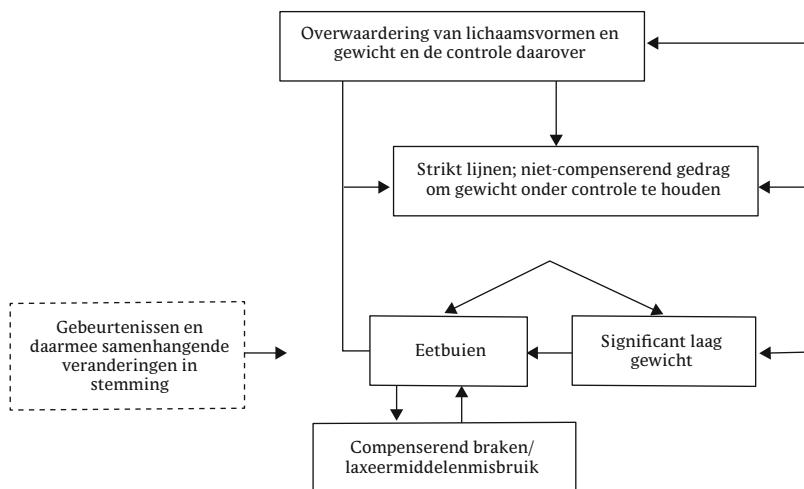
- De evidentie voor de effectiviteit van CBT-E in de behandeling van eetstoornissen zonder ondergewicht is robuust.
- Er is evidentie voor de toepassing van CBT-E bij volwassen cliënten met een eetstoornis en ondergewicht. Voor deze groep is echter, gezien de hogere drop-out en terugvalcijfers, het creëren en het behouden van commitment een belangrijk aandachtspunt in de behandeling. Het toevoegen van extra motivatietechnieken lijkt vooralsnog geen verbetering van behandelresultaat of vermindering van drop-out te geven.
- De toepassing van CBT-E bij jongeren met een eetstoornis is veelbelovend.

INLEIDING

255

Binnen de zorgstandaard *Eetstoornissen* (GGZ Standaarden, 2017) wordt individuele cognitieve gedragstherapie beschreven als een van de eerste-keuzebehandelingen voor volwassen cliënten met anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) of eetbuistoornis (*binge eating disorder*, BED). In het bijzonder wordt het protocol *cognitive behavior therapy – enhanced* (CBT-E) genoemd (Fairburn, 2008). Conform het advies van de zorgstandaard is CBT-E een duidelijk omschreven behandelprotocol dat uitgevoerd dient te worden door getrainde therapeuten.

CBT-E kent een transdiagnostische benadering gericht op het doorbreken van de belangrijkste in stand houdende psychologische processen van AN, BN en BED (Fairburn, 2008). Volgens dit model is een belangrijk kernprobleem van een eetstoornis de overwaardering van lichaamsvormen en gewicht, en de controle daarover. Dat wil zeggen dat de cliënt vooral zelfwaardering ontleent aan een slank postuur en een laag lichaamsgewicht. Andere eetstoornissymptomen vloeien hieruit voort, zoals het zichzelf opleggen van eetregels en een restrictief eetpatroon.



FIGUUR 1 *Transdiagnostisch model vanuit CBT-E (Fairburn, 2008)*

CBT-E is erop gericht de cliënt zelf expert te laten worden wat betreft zijn of haar eigen eetproblemen en hoe die in stand gehouden worden. Er wordt bij de start van de behandeling samen met de cliënt een persoonlijke formulering opgesteld, ook wel bekend als het *transdiagnostisch model* (zie figuur 1). Dit transdiagnostisch model is vergelijkbaar met een casusconceptualisatie en richt zich op de in stand houdende factoren van de eetstoornis. Vervolgens worden in de behandeling de belangrijkste in stand houdende factoren

van de eetstoornis systematisch aangepakt, bijvoorbeeld door te zoeken naar nieuwe bronnen van zelfwaardering, door het eetpatroon en het gewicht te normaliseren, en/of door meer adaptieve vormen van emotieregulatie aan te leren. Dit wordt de *gefocuste variant* van CBT-E genoemd. De behandeling kan zo nodig uitgebreid worden met modules waarin gewerkt wordt aan stoornisoverstijgende factoren, zoals extreem negatieve zelfwaardering, klinisch perfectionisme en/of interpersoonlijke problemen. Dit staat bekend als de *uitgebreide variant* van CBT-E.

CBT-E is ingedeeld in vier fasen. In fase I vinden er twee sessies per week plaats. De belangrijkste doelen van fase I zijn: (1) het opbouwen van een regelmatig eetpatroon, (2) leren over hoe een eetstoornis werkt en wat de gevolgen ervan zijn, en (3) inzicht vergroten in de mechanismen die de eetstoornis bij de cliënt in stand houden. Fase II is een evaluatiefase van een of twee sessies, waarin wordt stilgestaan bij de vooruitgang en de eventuele obstakels voor verdere verandering besproken worden. In deze fase wordt vastgesteld welke mechanismen de eetstoornis in stand houden (onder andere overwaardering van lichaamsvormen en gewicht, en de controle daarover, eetregels, ondergewicht of problemen in de emotieregulatie). In fase III vinden de sessies wekelijks plaats. In deze fase staat het doorbreken van de in stand houdende factoren centraal. In fase IV van de behandeling vinden de sessies om de week plaats. In deze fase wordt een terugvalpreventieplan opgesteld dat gericht is op het vasthouden van wat er geleerd is en op het zelfstandig leren voortzetten van verandering. Na een therapiepauze van 20 weken vindt een follow-upsessie plaats, waarin gekeken wordt of er voldoende vooruitgang is geboekt om de behandeling af te kunnen sluiten. Wat betreft *duur* van de behandeling zijn er twee varianten: (1) 20 sessies in 20 weken voor cliënten die geen extreem ondergewicht hebben, en (2) een variant van 40 sessies in 40 weken voor cliënten met ondergewicht.

Diverse studies hebben de effectiviteit van CBT-E aangetoond, met name bij volwassen cliënten met een gezond lichaamsgewicht (Atwood & Friedman, 2020; Dahlenburg et al., 2019; de Jong et al., 2018; Fairburn, 2008). Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van CBT-E bij volwassen cliënten met ondergewicht, maar deze evidentie is minder robuust (Agras, 2019).

In dit artikel willen we klinici een overzicht geven van de recente onderzoeksbevindingen en *practice-based* literatuur op het gebied van CBT-E. Specifiek zullen we ingaan op de literatuur rondom de effectiviteit van CBT-E vanaf 2018 in verschillende populaties en settingen, namelijk: (1) CBT-E bij cliënten met verschillende eetstoornissen, (2) CBT-E wanneer er sprake is van ondergewicht, (3) CBT-E bij adolescenten, (4) de evidentie voor het gebruik van de uitgebreide versus de gefocuste variant, (5) het aanbieden van CBT-E via beeldbellen, en (6) de effectiviteit van CBT-E wanneer die aangeboden wordt in een groepssetting en/of in een opnamesetting. We bespreken factoren waarvan uit recent onderzoek is gebleken dat ze mogelijk van invloed zijn op het behandelresultaat. Voor een overzicht van de effec-

tiviteit van CBT-E bij eetproblematiek zonder extreem ondergewicht in de periode tot 2018 verwijzen wij naar de systematische review van de Jong en collega's (2018).

METHODE

Voor dit overzichtsartikel zijn de volgende databases geraadpleegd: EM-base, Google Scholar, MEDLINE, PsychINFO en PubMed. Hierin includeerden we empirische literatuur in de vorm van studies, reviews, meta-analyses en hoofdstukken uit boeken. De gebruikte Medical Subject Headings (MeSH; trefwoorden) betroffen: CBT-E, *cognitive behavio(u)r therapy enhanced*, *eating disorders*, *anorexia*, *bulimia*, *binge eating disorder*, *underweight*, eetstoornissen, eetbuisstoornis, ondergewicht, adolescent, *remote delivery*, *digital*, *blended*, *group*, groep(sgewijze) en *e-therapy*/therapie. Als jaartalbeperking hebben we ervoor gekozen om artikelen van 2018 tot 2022 te includeren. Literatuur in het Engels en Nederlands is geselecteerd voor nadere beschouwing. Gestart werd met het lezen van de titel en (indien beschikbaar) de samenvatting. Als de bron voldeed aan onze doelstelling, werd de gehele tekst gelezen. Wanneer er op deelonderwerp onvoldoende literatuur voorhanden was die voldeed aan ons jaartalcriterium, werd ervoor gekozen bronnen van vóór 2018 te raadplegen.

In juli 2022 heeft de tweede auteur een literatuursearch uitgevoerd. Een eerste search leverde 144 resultaten op. Na verwijdering van duplicaten betroffen dit 114 resultaten. De titels en abstracts van deze artikelen werden gelezen. Hiervan werden 23 artikelen geëxcludeerd, omdat ze niet aan onze inclusiecriteria voldeden: in 15 studies ging het niet om CBT-E, vijf studies betroffen gevalsbeschrijvingen en in drie studies betrof het geen eetstoornispopulatie. De overgebleven 92 artikelen werden door de tweede auteur gelezen. Hiervan werden 28 artikelen meegenomen in dit overzichtsartikel. Artikelen werden meegenomen als: (1) het originele studies met de door ons gekozen populatie en focus betroffen, (2) het overzichtsartikelen waren van gedegen methodologische kwaliteit (voorzien van flowchart en MeSH-termen), of (3) indien ze op een andere manier inzicht gaven in recente ontwikkelingen en ervaringen binnen het veld van CBT-E.

RESULTATEN

CBT-E bij gemengde eetstoornisgroepen

De Jong en collega's (2020) vergeleken de gefocuste variant van CBT-E met *treatment as usual* (TAU; een minder gestandaardiseerd op CGT gebaseerd

behandelprogramma) bij 143 volwassen cliënten met een eetstoornis. Het betrof een gemengde groep: deelnemers waren geclassificeerd met AN, BN, BED of een andere gespecificeerde eetstoornis. Alle deelnemers hadden een *body mass index* (BMI) van 17,5 of hoger.

De belangrijkste bevinding was dat er na 80 weken (voor CBT-E 60 weken na afronding van de behandeling) geen significante verschillen waren in effect tussen de groepen in termen van herstel van eetstoornissymptomen. De CBT-E-groep herstelde echter sneller: na 6 weken behandeling was er in de CBT-E-groep sprake van een sterkere afname van eetpathologie gemeten met de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Aardoom et al., 2012; Fairburn & Beglin, 1994). De auteurs vermoeden dat de focus op gedragsverandering in de eerste fase van behandeling (waarin deelnemers twee sessies per week kregen) de kortetermijnverschillen kan verklaren.

Daarnaast is er gekeken naar de behandel-effecten op zelfwaardering, die gemeten werden met de Rosenberg Self Esteem Scale (McKay et al., 2014; Rosenberg, 1965). De CBT-E-groep verbeterde meer op het vlak van zelfwaardering dan de TAU-groep. De auteurs vermoeden dat dit deels begrepen kan worden vanuit de expliciete focus bij CBT-E op het verkrijgen van zelfwaardering uit andere domeinen van het leven (zoals werk of sociale contacten), in plaats van uit gewicht of lichaamsvormen. Opmerkelijk genoeg is dit effect het sterkst in de eerste 6 weken van behandeling, waarin zelfwaardering nog weinig expliciete aandacht krijgt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de eerste fase van de behandeling intensief is en inzet op vroege gedragsverandering, waardoor er hoop op verandering ontstaat, met als gevolg een toename van zelfvertrouwen. Tot slot merken de onderzoekers op dat de CBT-E uit minder sessies bestond dan de TAU, waardoor de methode minder tijd vergde van het behandelend team en er dus in kortere tijd meer cliënten behandeld konden worden. De onderzoekers beschrijven dat de groep cliënten met AN relatief klein was in deze studie en er meer onderzoek naar de effectiviteit van CBT-E bij deze groep nodig is.

Lammers en collega's (2022) vergeleken een aangepaste variant van CBT-E (CBT+) met dialectische gedragstherapie (DGT) in een sample van 175 cliënten met BED of een andere gespecificeerde eetstoornis, meest lijkend op BED. De auteurs schrijven dat de CBT+ aangepast was aan de therapiebehoeften van cliënten met BED en gebaseerd was op het protocol van Fairburn (2008), aangevuld met psychomotorische therapie, gedachten uitdagen, gedragsexperimenten en het vergroten van lichaamsbewustzijn, in combinatie met het stimuleren van regelmatig bewegen.

Bij follow-up na 6 maanden viel op dat beide groepen een significante afname van eetstoornisklachten vertoonden. Aan het einde van de behandelperiode was er in de CBT+-groep significant meer verbetering op de EDE-Q; dit effect verdween bij follow-up. De reductie van eetbuien en emotieregulatieproblemen was vergelijkbaar binnen de groepen, evenals de toename in

zelfwaardering. Er waren geen verschillen in drop-out. De auteurs concluderen dat beide behandelingen vergelijkbaar zijn qua effectiviteit en dat CBT+ sneller effect sorteert.

De evidentie voor de effectiviteit van CBT-E bij volwassen cliënten zonder ondergewicht is robuust.

CBT-E bij volwassen cliënten met ondergewicht

Ondergewicht wordt vaak gezien als een prognostisch ongunstige factor voor het behandelverloop (Wild et al., 2016). Binnen CBT-E is de aanwezigheid van ondergewicht een reden om de behandeling langer voort te zetten: 40 weken in plaats van de gebruikelijke 20 weken (Fairburn, 2008). De extra tijd stelt de cliënten in staat gestaag aan te komen tot een gezond lichaamsgewicht.

Calugi en collega's (2017) voerden een CBT-E-behandelstudie uit waarbij een groep van 32 cliënten met langdurige AN vergeleken werd met een groep van 34 cliënten met AN met een kortere ziektegeschiedenis. De effectiviteit van de behandeling en de drop-outcijfers bleken voor beide groepen vergelijkbaar. Het merendeel van de cliënten met langdurige AN ging qua ernststatus van zeer ernstig naar mild, conform de DSM-5-richtlijnen voor AN (Messent, 2013). De mate van verbetering was opmerkelijk genoeg vergelijkbaar met de cliënten met een kortere ziektegeschiedenis. De auteurs vonden dat de duur van de ziekte niet voorspellend was voor de mate van herstel. In de groep cliënten met langdurige klachten nam de eetpathologie weer toe in de therapievrije periode. Extra aandacht voor terugvalpreventie en langduriger begeleiding lijkt binnen deze groep op zijn plaats.

In een *case series* (Calugi et al., 2021) van dezelfde onderzoeksgroep werden vergelijkbare resultaten gevonden. De auteurs concluderen dat ambulante behandeling middels CBT-E voor langdurige AN een alternatief kan zijn voor klinische opname. De onderzoekers benadrukken dat er zeer actief werd geïnvesteerd in het creëren van behandelcommitment, bijvoorbeeld door te bellen bij afwezigheid, door in de sessies tijd te spenderen aan obstakels die de voortgang van de behandeling in de weg stonden, of door met cliënten in gesprek te gaan over ambivalentie ten opzichte van de behandeling.

Ook in de Nederlandse situatie werd door van den Berg en collega's (2022) geconcludeerd dat CBT-E een geschikte behandelvorm is wanneer er sprake is van ondergewicht. In deze studie werden de data van een cohort cliënten die TAU kregen vergeleken met een groep die CBT-E kreeg. Dit betrof een niet-gerandomiseerde studie. Binnen beide groepen was er een vergelijkbare afname van klachten, maar binnen de CBT-E-groep was er meer gewichtstoename zichtbaar. Gemiddeld kregen deze deelnemers meer behandelingsessies dan de TAU-groep.

Gezien de relevantie van de oudere studie van Byrne en collega's (2017) waarin het effect van drie behandelcondities voor AN met elkaar vergeleken werden, beschrijven we hier aanvullend kort de uitkomsten daarvan. In deze studie werd het effect van CBT-E met twee andere behandelvormen voor AN vergeleken, namelijk: (1) het Maudsley Model of Anorexia Treatment for Adults (MANTRA; Schmidt et al., 2018), en (2) Specialist Supportive Clinical Management (SSCM; McIntosh et al., 2006). In alle drie de behandelcondities verbeterden cliënten significant op eetstoornissymptomen, gemeten met de Eating Disorder Examination (Cooper & Fairburn, 1987). Er werden geen significante verschillen in effect gevonden tussen de verschillende behandelingen. Wel kwamen ook hier de deelnemers met AN in de CBT-E-conditie significant sneller tot gewichtsherstel. Daarnaast bleek de toevoeging van een motivatietraject (waarin deelnemers onder andere vriend-vijandbrieven schreven naar de eetstoornis, of een kosten-baten-analyse maakten van de eetstoornis) niet tot betere behandeluitkomsten of minder drop-out te leiden (Allen et al., 2012). De deelnemers in alle drie de condities kregen evenveel behandelsessies. De auteurs adviseren hier een CBT-E-conform protocol aan te bieden zonder de toevoeging van andere therapie-elementen, zoals extra motiverende interventies.

Samenvattend kan gesteld worden: (1) dat er toenemend evidentie is voor de toepassing van CBT-E bij volwassen cliënten met ondergewicht, (2) dat aandacht voor het creëren en behouden van commitment en terugvalpreventie belangrijk is bij deze groep, maar ook (3) dat het toevoegen van extra motivatietechnieken aan CBT-E geen verbetering van behandel-effect of vermindering van drop-out lijkt te geven.

CBT-E bij adolescenten

De meeste studies naar de behandeling van eetstoornissen bij adolescenten zijn gedaan naar de systemisch georiënteerde *family-based treatment* (FBT; Lock & Le Grange, 2015). Binnen deze behandelvorm speelt het gezin van de cliënt een centrale rol en richt de behandeling zich op het doorbreken van disfunctionele interactiepatronen. Bij FBT is het gezin vooral de probleem-eigenaar en worden ouders gesteund en bekrachtigd om het eetpatroon van hun kind te herstellen. Een implementatiestudie wees echter uit dat niet alle cliënten profiteren van FBT en dat behandelaren de methode als intensief ervaren en het protocol niet altijd goed navolgen (Couturier et al., 2013). Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE; Jones et al., 2021) adviseert CBT-E bij adolescenten als FBT niet kan worden toegepast, bijvoorbeeld bij mishandeling van de cliënt door de ouders (Kimber et al., 2019) of als eerdere behandeling gebaseerd op FBT-principes niet effectief gebleken is.

Conceptueel verschilt CBT-E op enkele belangrijke vlakken van FBT (Dalle Grave, Eckhardt et al., 2019). Zo heeft binnen CBT-E de adolescent de regie over de behandeling en wordt er veel aandacht besteed aan de behandelcom-

mitment van de adolescent. Bij CBT-E worden ouders ook actief betrokken maar vooral ingezet als helpers die ondersteuning bieden in het proces van herstel, terwijl het kind de regie houdt. Het potentiële voordeel hiervan is dat CBT-E daarmee aansluit bij de autonomie wens in deze leeftijdsfase.

Enkele niet-gerandomiseerde studies hebben de effectiviteit aangetoond van CBT-E bij adolescenten. Dalle Grave, Sartirana en Calugi (2019) inclusieerden 49 adolescenten met AN in de leeftijd van 11-18 jaar. De deelnemers vertoonden significante verbeteringen op het vlak van BMI: 62,9% had een gezonde BMI na afloop. Er was ook sprake van een significante daling van eetproblemen zichtbaar op de EDE-Q. De auteurs beschrijven dat het aantal deelnemers dat de behandeling wist te voltooien (71,4%) in deze studie lager was dan in studies waarin FBT onderzocht werd (gemiddeld 84%), maar dat dit deels te verklaren valt vanuit de operationalisatie van drop-out. Zo werden cliënten die opgenomen werden in een klinische setting hier wel beschouwd als drop-out, terwijl dit niet in alle studies het geval was.

Le Grange en collega's (2020) vergeleken FBT en CBT-E in een niet-gerandomiseerde studie. De steekproef bestond uit cliënten met AN, BN, BED of een andere gespecificeerde eetstoornis. De leeftijd lag tussen 12 en 18 jaar, waarbij de deelnemers verdeeld werden in een ondergewichtsgroep en een groep normaal gewicht en overgewicht. De kinderen met hun ouders kregen de keuze tussen CBT-E en FBT. Hoewel er in de FBT-groep meer gewichtstoename was direct na de behandeling, verdween dit verschil bij 12 maanden follow-up. Verder bleken er op dat moment geen significante verschillen meer wat betreft eetproblemen gemeten met de EDE of EDE-Q of in zelfwaardering. Daarbij moet opgemerkt worden dat de CBT-E-deelnemers gemiddeld ouder waren, een langere ziektegeschiedenis hadden en meer angst- of stemmingsklachten rapporteerden bij de start van de behandeling. De auteurs concludeerden dat CBT-E een passend alternatief is wanneer FBT niet geïndiceerd is of onvoldoende aanslaat.

De onderzoeksgroep van Calugi en collega's (2019) vond vergelijkbare resultaten wat betreft de effectiviteit van CBT-E bij adolescenten. Hier werden 62 cliënten tussen 13 en 18 jaar met AN behandeld met CBT-E. Het aantal deelnemers dat de behandeling voltooide betrof 90,3%. Verder bereikte 96% van hen een gezond BMI aan het einde van de behandeling en wist meer dan 80% van de deelnemers dit ook te behouden bij 1 jaar follow-up. Er werden significante verbeteringen gevonden op eetpathologie, gemeten met de EDE (Cooper & Fairburn, 1987) aan het einde van de behandeling. De auteurs concludeerden dat CBT-E een veelbelovende interventie lijkt voor adolescenten met AN.

Hoewel op dit moment FBT als eerstekeuzebehandeling vermeld staat in de zorgstandaard voor jongeren met een eetstoornis, is er toenemend evidentie voor de effectiviteit van CBT-E bij deze cliëntenpopulatie. Een gerandomiseerde studie die een directe vergelijking maakt tussen de effectiviteit van FBT en die van CBT-E ontbreekt nog. De clinicus kan CBT-E overwegen

wanneer een systemisch georiënteerde behandeling niet passend lijkt, onvoldoende effect heeft gehad of niet voorhanden is.

CBT-E uitgebreide variant versus focale variant

In een recente systematische review van Atwood en Friedman (2020) concluderen de auteurs dat de evidentie voor de uitgebreide versie van CBT-E (de variant met aandacht voor extreem negatieve zelfwaardering, klinisch perfectionisme en/of interpersoonlijke problemen) beperkt geacht moet worden. Het merendeel van de studies vond geen significante verschillen in termen van klachtenreductie tussen cliënten die de uitgebreide dan wel de gefocuste versie van de behandeling kregen. Vooralsnog is er op basis van het huidige onderzoek nauwelijks evidentie voor de meerwaarde van de uitgebreide variant van CBT-E.

CBT-E via beeldbellen

Mede onder invloed van de coronapandemie is de interesse en de noodzaak om behandelingen via beeldbellen te kunnen aanbieden toegenomen. Therapie via beeldbellen biedt specifieke voordelen voor de behandeling van cliënten met een eetstoornis. Zo is het mogelijk om als therapeut mee te kijken in de thuissituatie en zijn er mogelijkheden om gerichte exposureoefeningen aan te bieden, zoals het doorbreken van eetregels, waardoor de leerervaring ook wordt opgedaan in de eigen omgeving van de cliënt. Daarnaast kan beeldbellen een uitkomst bieden voor cliënten die verder weg van de instelling wonen of lichamelijke beperkingen kennen (mobiliteitsproblemen).

Abrahamsson en collega's (2018) voerden een verkennende studie uit naar de eerste fase van CBT-E via beeldbellen. Na een face-to-face kennismaking met de therapeut werd de therapie digitaal vervolgd. Het betrof een *multiple baseline case series* met cliënten met overgewicht en een eetstoornis (BED of een andere gespecificeerde eetstoornis). De onderzoekers vonden een significante afname van eetpathologie gemeten met de EDE-Q. De auteurs deden geen uitspraken over hoe deze resultaten zich verhiielden tot reguliere face-to-face therapie. De tevredenheid bij de cliënten over de therapeutische relatie en de effectiviteit waren groot. De onderzoekers gaven aan dat privacy en technologische vaardigheden van zowel de therapeut als de cliënt belangrijke factoren zijn om rekening mee te houden. Een laatste opmerkelijke bevinding in deze studie was dat de deelnemers werd aangeboden de behandeling face-to-face te continueren, maar dat allen de voorkeur gaven om online door te gaan.

Murphy en collega's (2020) schreven een artikel over digitaal aangeboden CBT-E. De auteurs identificeerden op basis van opgedane ervaring enkele voordelen boven reguliere face-to-face behandeling. Evenals bij andere beeldbeltherapieën voor eetstoornissen (Mitchell et al., 2008) lijkt het erop

dat de cliënt meer van de verandering aan eigen inzet toeschrijft en vaker een actieve houding heeft. Het opbouwen van een therapeutische relatie bij eetstoornisbehandelingen via beeldbellen is mogelijk, maar kost in de regel meer tijd dan bij face-to-face behandelingen, aldus de auteurs. De therapeut dient bij behandeling via beeldbellen extra bedacht te zijn op motivatieproblemen bij de cliënt, omdat die mogelijk lastiger te herkennen of te bewerken zijn, gegeven de afstand. Non-verbale communicatie (bijvoorbeeld lichaamshouding) is minder goed zichtbaar vanaf een computerscherm, waardoor een cliënt lastiger te ‘lezen’ kan zijn. Geadviseerd wordt om behandelcommitment een terugkerend onderwerp van gesprek te maken in de sessies.

De auteurs beschrijven als een risico van behandeling van eetstoornissen via beeldbellen dat het kan leiden tot het controleren van het eigen lichaam (*bodychecking*) tijdens een behandelsessie, omdat cliënten zichzelf continu zien op het beeldscherm. De auteurs doen de suggestie om gebruik te maken van de optie die veel videobelsoftware heeft om de instellingen zo te wijzigen dat de therapeut de cliënt wel kan zien, maar de cliënt niet zichzelf kan zien. Anderzijds wijzen de auteurs erop dat het zien van het eigen gezicht via de camera ook oefensituaties in de behandeling geeft, bijvoorbeeld door op een niet-minutieuze, beoordelende manier te leren kijken naar het eigen gezicht.

Resumerend kan gesteld worden dat op basis van de eerste ervaringen CBT-E via beeldbellen acceptabel lijkt, maar dat studies van grotere omvang en van methodologisch betere kwaliteit vooralsnog ontbreken. Bij complexe (comorbide) klachten of uitblijvend behandelresultaat is het advies om live te behandelen.

CBT-E in groepsverband

De zorgstandaard adviseert om eventuele groepsgewijze CGT met de cliënt te bespreken en als de cliënt hier de voorkeur aan geeft, deze aan te bieden. Er is enige evidentie dat voor veel vormen van psychopathologie groepsgewijze behandeling even effectief is als individuele behandeling (Rosendahl et al., 2021). Een groepsbehandeling biedt potentiële voordelen ten opzichte van een individuele behandeling. Zo is het mogelijk dat deelnemers steun en herkenning bij elkaar vinden en kan een behandeling mogelijk kosteneffectiever aangeboden worden.

Dalle Grave en collega's (2013) hebben een geïntensiveerde vorm van CBT-E ontwikkeld die met name in klinieken toegepast wordt, bekend als *intensive cognitive behavioral therapy enhanced* (ICBT-E). Deze behandelvorm is specifiek ontwikkeld om het risico op terugval na ziekenhuisopnamen te verkleinen en kent meer dan reguliere CBT-E een focus op het betrekken van naasten en ondersteuning tijdens eetmomenten (Dalle Grave et al., 2013). De behandeling bestaat uit zowel groepsgewijze als individuele sessies.

Vanuit deze onderzoeksgroep werd een groep volwassen vrouwen met AN die in een kliniek behandeld werden met ICBT-E onderzocht (Calugi et al., 2017, 2019; Calugi, Chignola et al., 2018; Calugi, El Ghoch et al., 2018). Bij baseline was het gemiddelde BMI van de deelnemers 14,4. Binnen deze groep voltooide 81,1% de behandeling en 75,3% herstelde in termen van gewicht (BMI > 18,5). Significante verbeteringen waren zichtbaar op de EDE-Q. Hoewel de significante verbetering op de vragenlijsten ook bij 6 maanden follow-up behouden werd, viel op dat slechts 40% van de deelnemers nog op gezond gewicht zat. De auteurs deden geen gerichte aanbevelingen over nazorg.

In een verkennende studie van Hamadi en collega's (2022) werd een deel van de CBT-E-behandeling digitaal en een deel in een groep aangeboden. Het betrof hier een groep adolescenten met AN of een andere gespecificeerde eetstoornis (atypische anorexia). De resultaten werden primair kwalitatief geïnterpreteerd. Zo werd gerapporteerd dat de groep de adolescenten hielp ervaren dat zij niet de enigen waren met dergelijke angsten of klachten. Een tweetal deelnemers merkte op dat zij enige concurrentie ervoeren op het vlak van gewicht, maar dat dit bespreekbaar was in de groep en niet aanzette tot verder afvallen.

Samengevat is het onderzoek naar groepsgewijze CBT-E vooralsnog zeer beperkt en zijn aanvullende studies nodig.

Factoren die van invloed zijn op het herstel

De behandeluitkomsten binnen CBT-E-onderzoek verschillen behoorlijk van studie tot studie (Melisse et al., 2022). Door meer inzicht te krijgen in factoren die van invloed zijn op behandeluitkomsten kan er gericht gekeken worden of en wanneer een specifieke behandeling als CBT-E geïndiceerd is. Linardon en collega's publiceerden een systematische review (2017) waarin geconcludeerd werd dat er enig onderzoek gedaan is naar moderatoren in de behandeling van BED, maar weinig binnen andere eetstoornissen. Een verandering in gedrag en cognitie die in de eerste fase van behandeling optreedt lijkt een consequente voorspeller te zijn voor het effect van CBT-E, met name bij BED (Hilbert et al., 2019).

Melisse en collega's (2022) deden een observationele cohortstudie naar voorspellende factoren van het behandelresultaat na CBT-E in een groep eetstoorniscliënten zonder ondergewicht. Gevonden werd dat de ernst van de eetstoornis zoals gemeten met de EDE-Q bij baseline een significante voorspeller was voor het behandelresultaat. De DSM-classificatie was niet voorspellend voor het herstel, maar wel voor drop-out, die in deze studie het hoogst was in de BN-groep. Daarnaast waren BMI, duur van de eetstoornis, frequentie van de eetbuien en purgeren bij baseline, en eerder gevolgde behandelingen geen significante voorspellers voor het behandelresultaat, wat pleit voor brede inzetbaarheid van CBT-E bij cliënten zonder ondergewicht.

In de eerder beschreven studie van de Jong en collega's (2020) werden drie moderatoren bekeken. De onderzoekers keken hier naar factoren die binnen de literatuur beschreven worden als redenen om de uitgebreide variant van CBT-E te indiceren, namelijk extreem negatieve zelfwaardering, klinisch perfectionisme of interpersoonlijke problemen. In deze studie werd geen bewijs gevonden voor de hypothese dat meer zelfbeeldproblemen, een grotere mate van perfectionisme of meer interpersoonlijke problemen bij start van de behandeling langetermijnvoortgang belemmeren. Er zijn dus geen aanwijzingen gevonden dat deze factoren extra aandacht zouden behoeven in een uitgebreider protocol.

In het eerder aangehaalde artikel van Calugi en collega's (2017) werd gekeken of de snelheid van gewichtsherstel voorspellend was voor de mate van herstel tijdens behandeling. De auteurs vonden dat de deelnemers die de behandeling voltooiden (in tegenstelling tot zij die uitvielen) significant sneller aankwamen in gewicht in de eerste fase van de behandeling. Dezelfde auteurs vonden daarnaast dat een negatieve lichaamsbeleving een voorspeller bleek voor gewichtsherstel: hoe negatiever de lichaamsbeleving, hoe trager het gewichtsherstel (Calugi & Dalle Grave, 2019).

In een oudere studie vergeleek Zander (2016) CBT-E met *integrative cognitive-affective therapy* (ICAT), een behandelvorm waarin emotieregulatie centraal staat. In deze studie werden deelnemers geselecteerd die verhoogd scoorden op emotieregulatieproblemen. Tegen de verwachting van de onderzoekers in werden er geen verschillen gevonden tussen de behandelingen: de mate van emotieregulatieproblematiek bleek geen modererend effect te hebben. Een latere studie vanuit dezelfde onderzoeksgroep (Peterson et al., 2017) vond dat verbetering in emotieregulatie binnen zowel een CBT-E-traject als een ICAT-traject gepaard ging met een verbetering van eetpathologie zoals gemeten met het EDE-interview. Verandering in emotieregulatie was echter niet voorspellend voor het aantal eetbuien of voor purgeergedrag aan het einde van de behandeling.

In een studie waarin CBT-E vergeleken werd met focale psychodynamische therapie en TAU werden 169 volwassen cliënten met AN geïnccludeerd (Wild et al., 2016). De onderzoekers waren met name geïnteresseerd in het voorspellen van herstel en de BMI bij 1 jaar follow-up na behandeling. De beste voorspellers bleken BMI bij baseline (waarbij een lagere BMI prognostisch ongunstig was), duur van de ziektegeschiedenis (waarbij langer dan 6 jaar prognostisch ongunstig was) en depressie. Als laatste werd gevonden dat ervaren lichamelijke pijn (zoals buikpijn) een negatief effect had op BMI en een betere zelfwaardering juist de kans op herstel vergrootte.

Folke en collega's (2017) onderzochten in hoeverre therapeuten zich hielden aan het CBT-E-protocol bij een studie naar de effectiviteit van CBT-E bij volwassen cliënten met BN. Hiervoor werden door getrainde observatoren audio-opnamen teruggeluisterd en gescoord middels een gevalideerd instrument dat in kaart brengt in hoeverre therapeuten het protocol volgen.

De onderzoekers vonden dat de mate waarin de therapeuten het protocol n volgden significant verband hield met een afname van eetbuien in de begin-fase en de middenfase van de behandeling. De auteurs wijzen op het belang van gecontinueerde scholing of training van therapeuten, ook om therapeu-tische dwaling te voorkomen (Waller & Turner, 2016).

Samenvattend is er bij eetpathologie zonder extreem ondergewicht geen voorspellende waarde van het type eetstoornis als het gaat om mate van her-stel, maar is er wel enige evidentie dat cliënten met BN sneller uitvallen in behandeling. De snelheid van gewichtsherstel lijkt een voorspeller voor her-stel bij AN. Daarnaast gaat een negatievere lichaamsbeleving gepaard met een trager gewichtsherstel. Een verbetering in emotieregulatie gaat gepaard met betere behandeluitkomsten. Een langere ziektegeschiedenis, lager BMI, lichamelijke pijn en comorbide persisterende depressieve stoornis hangen samen met ongunstigere behandeluitkomsten. Ten slotte is het behandel-effect van CBT-E groter wanneer behandelaren het therapieprotocol volgen.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

.....

Een belangrijke bevinding in dit overzichtsartikel is dat er naast robuuste evidentie voor de effectiviteit van CBT-E bij volwassenen met een eetstoornis zonder extreem ondergewicht ook in toenemende mate evidentie is voor de effectiviteit van CBT-E bij jongeren. CBT-E blijkt ook bij cliënten met een eetstoornis en ondergewicht effectief, maar voor deze groep is gezien de hogere drop-out en terugvalcijfers het creëren en behouden van commitment een belangrijk aandachtspunt. Het toevoegen van extra motivatietechnieken lijkt vooralsnog niet te leiden tot verbetering van behandel-effect of vermindering van drop-out.

De evidentie voor CBT-E via beeldbellen of in een groepsgewijze setting is nog nauwelijks onderzocht, maar lijkt veelbelovend.

Daarnaast is er evidentie dat de DSM-classificatie bij cliënten zonder ondergewicht niet significant voorspellend is voor de mate van herstel binnen CBT-E. Verder is er vooralsnog geen bewijs dat meer zelfbeeldproblemen, een hogere mate van perfectionisme of meer interpersoonlijke problemen bij de start van de behandeling langetermijnvoortgang in CBT-E belemmeren. Er lijkt wel een verband te zijn tussen enerzijds de snelheid van gewichtsherstel bij cliënten met ondergewicht en anderzijds de kans op het voltooien van behandeling en de mate van herstel. De snelheid van dit gewichtsherstel lijkt beïnvloed te worden door lichaamsbeleving. Een negatieve lichaamsbeleving gaat gepaard met een trager gewichtsherstel. Er zijn onderzoeken die aantonen dat psychomotorische therapie kan bijdragen aan het verbeteren van de lichaamsbeleving (Rekkers et al., 2022). Bij stagnatie in gewichtsherstel zouden deze interventies daarom als *add-on* module overwogen kunnen worden. Er dient voor gewaakt te worden dat het oor-

spronkelijke gedachtegoed van CBT-E (een focale behandeling gericht op de belangrijkste in stand houdende factoren) gehandhaafd blijft. Ten slotte komt uit onderzoek naar voren dat wanneer therapeuten zich houden aan het CBT-E-protocol en hier niet van afwijken, dit het effect van de behandeling ten goede komt.

Onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de uitkomsten van een CBT-E-behandeling hebben tot dusver beperkt bruikbare resultaten opgeleverd. Een gedegen begrip van de onderliggende werkingsmechanismen van de behandeling ontbreekt vooralsnog. Nieuwe digitale ontwikkelingen, zoals smartphone-apps, maken het in toenemende mate mogelijk om realtime en op minutieus niveau factoren te monitoren die mogelijk verband houden met de eetproblematiek (ook bekend als de *experience sampling method*; Ambwani et al., 2015). Dergelijk onderzoek heeft als voordeel dat de cliënt bevraagd kan worden op voor hem of haar belangrijke uitkomstmaten (zoals interpersoonlijk functioneren, emoties en omgevingsfactoren die gepaard gaan met het optreden van eetpathologie), waardoor meer inzicht verkregen kan worden in factoren die de eetproblematiek beïnvloeden.

Hoewel er onderzoeksvragen resteren, is CBT-E breed toepasbaar voor klinici die werken met cliënten met eetproblematiek. Met een brede implementatie van CBT-E in de klinische praktijk kan de toegankelijkheid van eetstoornisbehandelingen vergroot worden.

De auteurs willen Hermien Elgersma, Klaske Glashouwer, Iris van der Meer en Wesley Sloot bedanken voor hun tekstuele suggesties voor dit artikel.

Martie de Jong is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam binnen PsyQ Eetstoornissen te Den Haag en daarnaast P-opleider van Parnassia Groep.

Jeffrey van der Starre is gz-psycholoog-promovendus en als gz-psycholoog werkzaam binnen PsyQ Eetstoornissen te Den Haag en Rotterdam.

Correspondentieadres: Martie de Jong, PsyQ Eetstoornissen, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag. E-mail: martie.dejong@psyq.nl of j.vanderstarre@psyq.nl

Summary *Recent developments within cognitive behavior therapy-enhanced*

Cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E) is included in the Dutch guidelines for the treatment of eating disorders, specifically for adults. In this review we present an overview of recent developments presented in the international scientific and practice-based literature pertaining to CBT-E, such as CBT-E for underweight patients, adolescents, remote delivery, in a group setting and factors that influence treatment outcomes. Key findings for clinical practice are presented, as well as possible further developments.

Keywords *CBT-E, eating disorders, underweight, adolescents, group, remote delivery*

Referenties

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof-Op't Landt, M. C., & van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviour*, 13, 305-309. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>
- Abrahamsson, N., Ahlund, L., Ahrin, E., & Alfnsson, S. (2018). Video-based CBT-E improves eating patterns in obese patients with eating disorder: A single case multiple baseline study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.010>
- Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42, 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- Allen, K. L., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H., & Byrne, S. M. (2012). Motivation-focused treatment for eating disorders: A sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorder Review*, 20, 232-239. <https://doi.org/10.1002/erv.1131>
- Ambwani, S., Roche, M. J., Minnick, A. M., & Pincus, A. L. (2015). Negative affect, interpersonal perception, and binge eating behavior: An experience sampling study. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 715-726. <https://doi.org/10.1002/eat.22410>
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A., & Crosby, R. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47, 2823-2833. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001349>
- Calugi, S., Chignola, E., & Dalle Grave, R. (2019). A longitudinal study of eating rituals in patients with anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 10, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00015>
- Calugi, S., Chignola, E., El Ghoch, M., & Grave, R. D. (2018). Starvation symptoms in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 26, 523-537. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1471921>
- Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2019). Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 582-585. <https://doi.org/10.1002/eat.23031>
- Calugi, S., El Ghoch, M. E., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2018). Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.001>
- Calugi, S., El Ghoch, M. E., & Dalle Grave, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.006>
- Calugi, S., Sartirana, M., Frostad, S., & Dalle Grave, R. (2021). Enhanced cognitive behavior therapy for severe and extreme anorexia nervosa: An outpatient case series. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 305-312. <https://doi.org/10.1002/eat.23428>

- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S., & McVey, G. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 177-188. <https://doi.org/10.1002/eat.22049>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: A systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 27, 482-502. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560240>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 390-398. <https://doi.org/10.1159/000350058>
- Dalle Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S., & Le Grange, D. (2019). A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 7, 42. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 1042-1046. <https://doi.org/10.1002/eat.23122>
- de Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: A systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 436-444. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452>
- de Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., van der Meer, I., Danner, U. N., van der Schuur, S., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 447-457. <https://doi.org/10.1002/eat.23239>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Folke, S., Daniel, S. I., Gondan, M., Lunn, S., Taekker, L., & Poulsen, S. (2017). Therapist adherence is associated with outcome in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 54, 195-200. <https://doi.org/10.1037/pst0000107>
- GGZ Standaarden. (2017). *Eetstoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/introductie
- Hamadi, L., Hilson, R., Lunn, A., Ralph, E., Rodrigues, E., & Sohail, R. (2022). Can CBT-E be delivered in an online group format? A pilot study of the Body Image module in a child and adolescent eating disorder service. *Eating Disorders*, 31, 1-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2099606>
- Hilbert, A., Herpertz, S., Zipfel, S., Tuschen-Caffier, B., Friederich, H. C.,

- Mayr, A., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (2019). Early change trajectories in cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder. *Behaviour Therapy*, 50, 115-125. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.013>
- Jones, D., LaBouchardiere, J., Bird, C., & Richardson, J. (2021). NICE Nuggets: NG69 Eating disorders: Recognition and treatment. *InnovAiT*, 14, 580-582. <https://doi.org/10.1177/1755738020903757>
- Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Le Grange, D., Lock, J., & MacMillan, H. L. (2019). Identifying and responding to child maltreatment when delivering family-based treatment: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 292-298. <https://doi.org/10.1002/eat.23036>
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 55, 902-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23750>
- Le Grange, D., Eckhardt, S., Dalle Grave, R., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Keery, H., Lesser, J., & Martell, C. (2020). Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: A non-randomized effectiveness trial. *Psychological Medicine*, 52, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004407>
- Linardon, J., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). Predictors, moderators, and mediators of treatment outcome following manualised cognitive-behavioural therapy for eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorder Review*, 25, 3-12. <https://doi.org/10.1002/erv.2492>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 625-632. <https://doi.org/10.1002/eat.20297>
- McKay, M. T., Boduszek, D., & Harvey, S. A. (2014). The Rosenberg Self-Esteem Scale: A bifactor answer to a two-factor question? *Journal of Personality Assessment*, 96, 654-660. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.923436>
- Melisse, B., Dekker, J., van den Berg, E., de Jonge, M., van Furth, E. F., Peen, J., & de Beurs, E. (2022). Comparing the effectiveness and predictors of cognitive behavioural therapy-enhanced between patients with various eating disorder diagnoses: A naturalistic study. *Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e20. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000174>
- Messent, P. (2013). DSM-5. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 479-482. <https://doi.org/10.1177/1359104513502138>
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C., & Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research Therapy*, 46, 581-592. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.004>
- 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. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000161>
- Peterson, C. B., Berg, K. C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Accurso, E. C., Ciao,

- A. C., Smith, T. L., Klein, M., Mitchell, J. E., Crow, S. J., & Wonderlich, S. A. (2017). The effects of psychotherapy treatment on outcome in bulimia nervosa: Examining indirect effects through emotion regulation, self-directed behavior, and self-discrepancy within the mediation model. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 636-647. <https://doi.org/10.1002/eat.22669>
- Rekkers, M. E., Aardenburg, L., Scheffers, M., van Elburg, A. A., & van Busschbach, J. T. (2022). Shifting the focus: A pilot study on the effects of positive body exposure on body satisfaction, body attitude, eating pathology and depressive symptoms in female patients with eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 11794. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811794>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy*, 74, 52-59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Schmidt, U., Startup, H., & Treasure, J. (2018). *A cognitive-interpersonal therapy workbook for treating anorexia nervosa: The Maudsley model*. Routledge.
- van den Berg, E., Schlochtermeyer, D., Koenders, J., de Mooij, L., de Jonge, M., Goudriaan, A. E., Blankers, M., Peen, J., & Dekker, J. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy-enhanced compared with treatment-as-usual for anorexia nervosa in an inpatient and outpatient routine setting: A consecutive cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 10, 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00526-1>
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- Wild, B., Friederich, H. C., Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M., Schellberg, D., Lowe, B., de Zwaan, M., Zeeck, A., Herpertz, S., Burgmer, M., von Wietersheim, J., Tagay, S., Dinkel, A., & Herzog, W. (2016). Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa: Results from the ANTOP study. *Psychiatry Research*, 244, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.002>
- Zander, M. E. (2016). *Emotion dysregulation and impulsivity as moderators of treatment response and acceptability in bulimia nervosa*. University of North Dakota.