



UZ
LEUVEN



Hoe kan de psycholoog helpen ?

Wout Van der Borgh
Psycholoog - Gedragstherapeut
Dienst Endocrinologie- Liaisonpsychiatrie

UZ
Leuven

Herestraat 49
B - 3000 Leuven

www.uzleuven.be
tel. +32 16 33 22 11

UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN

De uitdaging van obesitas

- Obesitas is een van de meest prangende wereldwijde problemen van onze tijd (naast ondervoeding en klimaatopwarming).
- Er is heel wat innovatie mbt medische en chirurgische behandelingen
- Toch behandeling blijft identiek sinds Hippocrates “eet minder en beweeg meer”
 - in de dagelijkse praktijk is er niet veel veranderd
 - de last ligt nog steeds bij de patiënt
- Dieet (informatie en begeleiding) blijft de eerste stap in de behandeling wanneer gewichtsdeling het eerste doel is.

EOSS: EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM - *Staging Tool*

STAGE 0

- **NO** sign of obesity-related risk factors
- **NO** physical symptoms
- **NO** psychological symptoms
- **NO** functional limitations

Case Example:

Physically active female with a BMI of 32 kg/m², no risk factors, no physical symptoms, no self-esteem issues, and no functional limitations.

Class I, Stage 0 Obesity

EOSS Score

WHO Obesity Classification

STAGE 1

- Patient has obesity-related **SUBCLINICAL** risk factors (borderline hypertension, impaired fasting glucose, elevated liver enzymes, etc.) - **OR** -
- **MILD** physical symptoms - patient currently not requiring medical treatment for comorbidities (episodes of moderate asthma, occasional aches/pains, fatigue, etc.) - **OR** -
- **MILD** obesity-related psychological symptoms and/or mild impairment of well-being (quality of life not impacted)

Case Example:

38 year old female with a BMI of 33.2 kg/m², borderline hypertension, mild lower back pain, and knee pain. Patient does not require any medical intervention.

Class II, Stage 1 Obesity

WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS (BMI kg/m²)

Class Class I _____ 30 - 34.9
Class Class II _____ 35 - 39.9
Class Class III _____ ≥40

Stage 0 / Stage 1 Obesity

Patient **does not meet clinical criteria for admission** at this time.
Please refer to primary care for further preventative treatment options.

STAGE 2

- Patient has **ESTABLISHED** obesity-related comorbidities requiring medical intervention (HTN, Type 2 Diabetes, sleep apnea, PCOS, osteoarthritis, reflux disease) - **OR** -
- **MODERATE** obesity-related psychological symptoms (depression, eating disorders, anxiety disorder) - **OR** -
- **MODERATE** functional limitations in daily activities (quality of life is beginning to be impacted)

Case Example:

32 year old male with a BMI of 35 kg/m² who has primary hypertension and obstructive sleep apnea.

Class II, Stage 2 Obesity

STAGE 3

- Patient has **significant** obesity-related end-organ damage (myocardial infarction, heart failure, diabetic complications, liver metastatic osteoarthritis) - **OR** -
- **SIGNIFICANT** obesity-related psychological symptoms (major depression, suicide ideation) - **OR** -
- **SIGNIFICANT** functional limitations (eg unable to walk or complete routine activities, reduced mobility)
- **SIGNIFICANT** impairment of well-being (quality of life is significantly impacted)

Case Example:

49 year old female with a BMI of 67 kg/m² diagnosed with sleep apnea, CV disease, GERD, and suffered from stroke. Patient's mobility is significantly limited due to osteoarthritis and gout.

Class III, Stage 3 Obesity

STAGE 4

- **SEVERE** (potential end stage) from obesity-related comorbidities - **OR** -
- **SEVERELY** disabling psychological symptoms - **OR** -
- **SEVERE** functional limitations

Case Example:

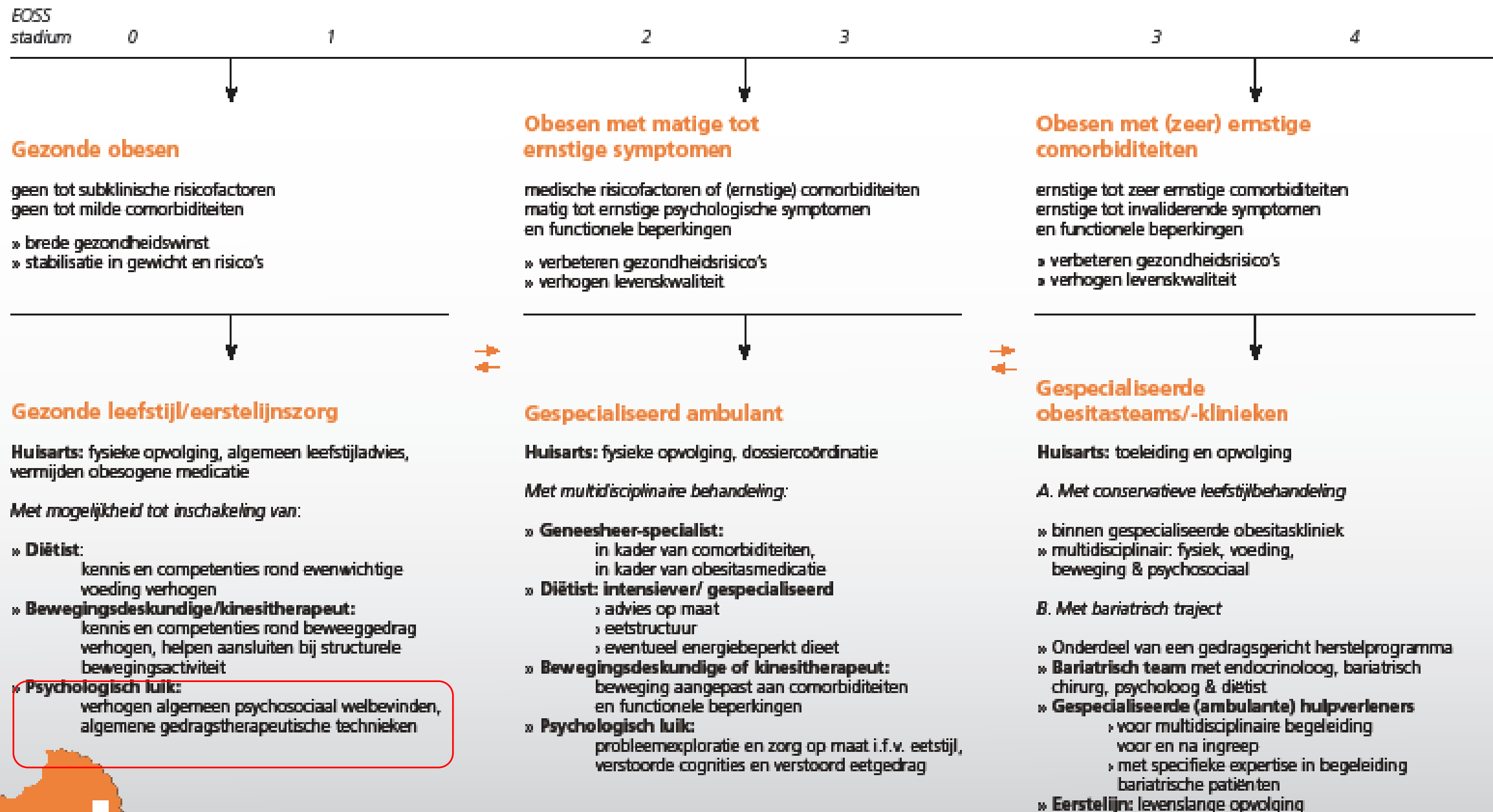
45 year old female with a BMI of 54 kg/m² who is in a wheel chair because of disabling arthritis, severe hyperlipidemia, and anxiety disorders.

Class III, Stage 4 Obesity

GERICHTE ZORGTOEWIJZING VANUIT DE EERSTELIJN BIJ DE AANPAK VAN OBESITAS

Ernstinschatting op basis van EOSS

risicofactoren/comorbiditeiten op vlak van
medische toestand, mentale toestand of functionaliteit



Psycholoog in de eerste lijn: screening en counseling

- Screening voor eetstoornissen : BED, BN, NES
- Screening voor psychologische comorbiditeit : Angst en depressie
- Motiverende interventies
- Aandacht voor de impact van obesitas op zelfbeeld, intieme relaties, sociale interacties edm
- Andere behandeldoelen :
 - Lange termijn gewichtsstabilisatie
 - Gezonde levensstijl
 - Emotioneel en psychisch welbevinden
 - Aanvaarding van gewichtstoornis als chronische ziekte

Table 1 Summary of key findings and evidence to date

Summary of key findings in existing weight bias research	Strength of evidence		
	Limited ^a	Moderate ^b	Strong ^c
Employment settings			
Obese employees perceive weight-based disparities in employment			x
Obese employees experience a wage penalty (controlling for sociodemographic variables)			x
Obese applicants face weight bias in job evaluations and hiring decisions			x
Obese employees face disadvantaged employment outcomes due to weight bias		x	
Health-care settings			
Health-care professionals endorse stereotypes and negative attitudes about obese patients			x
Weight bias negatively affects providers' weight management practices	x		
Obese patients perceive biased treatment in health care		x	
Weight bias negatively impacts health-care utilization	x		
Educational settings			
Weight bias contributes to educational disparities for obese students	x		
Educators endorse negative weight-based stereotypes and antifat attitudes	x		
Obese students perceive weight bias from educators	x		
Interpersonal relationships			
Weight bias negatively impacts romantic relationships for obese adults	x		
Obese individuals perceive weight bias from family members and friends		x	
Family/friends report stereotypes and negative attitudes about obese persons	x		
Media			
Overweight/obese characters are stigmatized in television and film			x
Overweight/obese characters are stereotyped in children's media (TV, videos, cartoons)		x	
Weight bias exists in news media		x	
Media and television exposure is positively related to stigmatization of obese persons	x		
Psychological and physical health consequences			
Weight bias increases vulnerability to depression, low self-esteem, and poor body image		x	
Weight bias contributes to maladaptive eating behaviors among obese individuals			x
Weight bias contributes to less participation/avoidance of physical activity	x		
Weight bias negatively impacts cardiovascular health outcomes	x		
Stigma-reduction strategies			
Effective intervention strategies have been identified to reduce weight bias	x		

^aInitial evidence has been documented, but clear conclusions cannot yet be established. ^bThere is adequate evidence to suggest the phenomenon exists, but additional research is needed to strengthen current findings. ^cConsistent evidence across a number of studies. Findings are clearly established.

Puhl & Heuer, The stigma of obesity : a review and update. *Obesity* (2009)

Depressie bij obesitas

- Verhoogd voorkomen van psychologische problemen bij obese personen die hulp zoeken in een ziekenhuis.
- info vanuit literatuur : verhoogd voorkomen van depressie
 - Istvan et al (2002), Carpenter et al (2000) : verband BMI en depressie bij obese vrouwen
 - Roberts et al (2003) longitudinale studie : 78% meer kans op depressie
- eigen screeningstesten wijzen op voorkomen van psychologische problemen bij obese patiënten in het uz
 - 41 % scoort boven cut-off op angstschaal van HADS
 - 21 % scoort boven cut-off op depressieschaal (HADS)
 - Emotioneel eetgedrag (NVE)
 - Gemiddeld 1,9 objectieve eetbuien per maand
 - Hogere scores voor piekeren over gewicht en lichaamsvormen (EDEQ)

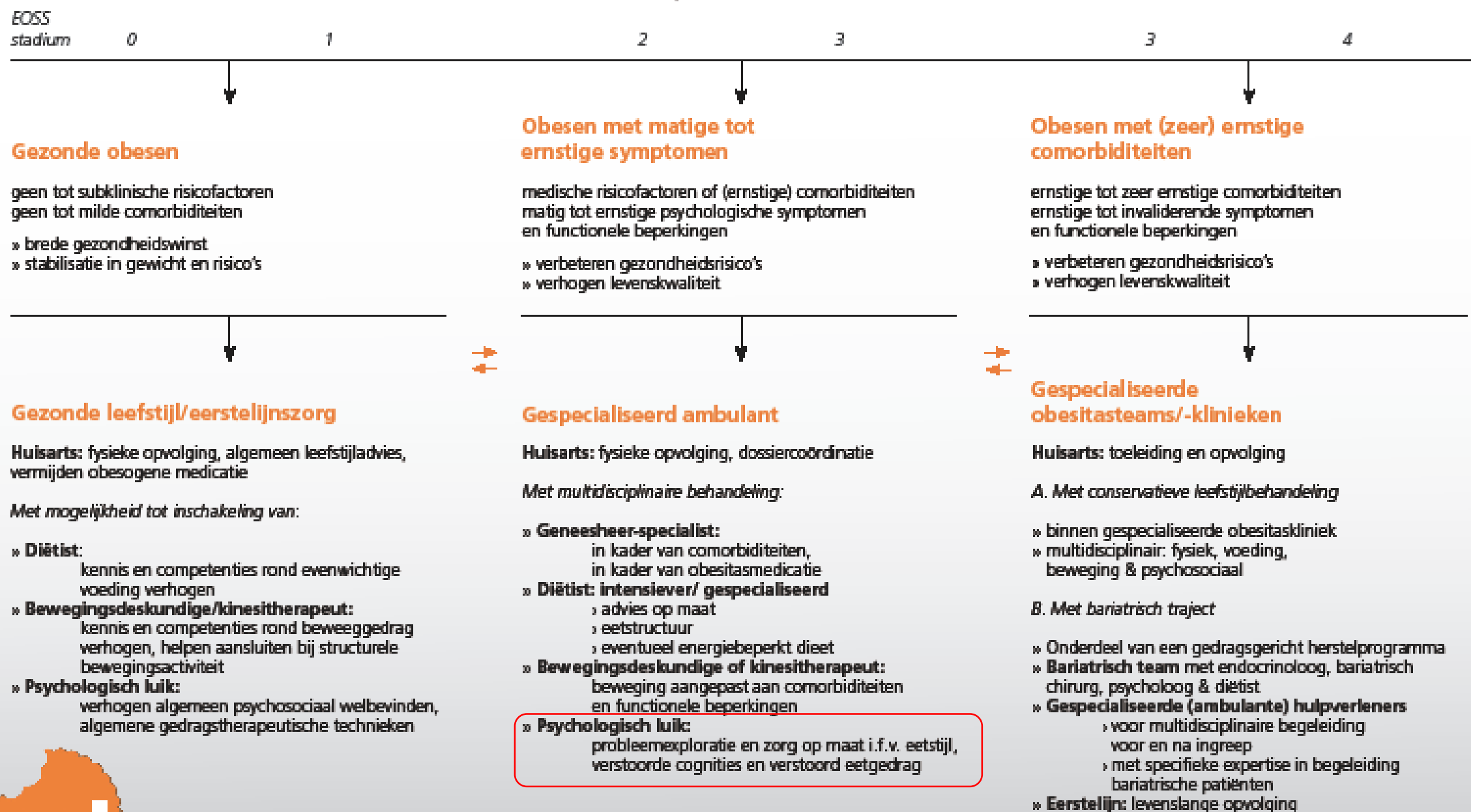
Gewichtsstabilisatie volhouden

- Hoog niveau van fysieke activiteit volhouden.
- Richten naar eenvoudige doelen
 - Caloriebeperkend eten
- Actieve monitoring van het lichaamsgewicht en eetgewoonten.
 - Info over veranderingen
 - Geen preoccupatie
 - Snelle reactie
- Cognitieve verandering : dieet - flexibiliteit

GERICHTE ZORGTOEWIJZING VANUIT DE EERSTELIJN BIJ DE AANPAK VAN OBESITAS

Ernstinschatting op basis van EOSS

risicofactoren/comorbiditeiten op vlak van
medische toestand, mentale toestand of functionaliteit



Gespecialiseerde ambulante psychologische zorg bij obesitas

- Verschil verstoord eetgedrag en eetstoornis
 - Vooral wanneer gevoel van controleverlies over het eten dan eetstoornis
 - Hoeveelheid voedsel per eetmoment (extreem weinig of extreem veel)
 - Vele types : eetbuien, subjectief of objectief; grazing (hele dag door kleine beetjes); snacking (grotere hoeveelheid, op een bepaald moment), nachtelijk eten (geen eetbuien), emotioneel eten.
- Cognitieve Gedragstherapie is nog steeds de psychotherapie-vorm van eerste keuze bij de behandeling van obesitas.
- Nieuwe stromingen kunnen hier plaats hebben :
 - De hype van het mindful eating
 - Acceptance & Commitment therapy
- Betrekken van de familie indien aangewezen, soms zijn gezinsgesprekken nodig.

Cognitieve Gedragstherapie bij obesitas

- Gedragstherapie blijkt te werken via
 - Verhogen van lijngericht voedingsgedrag (dietary restraint)
 - aanbrengen van adaptieve dieet-strategieën
 - ontmoedigen van maladaptieve dieetgewoonten
 - verhogen van de motivatie om meer fysiek actief te zijn.
- De behandeling heeft tot doel om het individu nieuwe probleemhanteringsgedrag aan te leren om beter om te gaan met de vele aanleidingen om te overeten.
- Strategieën die gericht zijn op het identificeren en veranderen van storende denkpatronen en emotionele toestanden kunnen gewichtsverlies bemoeilijken.
- Behandeling is gericht op het verhogen van de motivatie die essentieel is voor het volhouden van een gezondere levensstijl als het enthousiasme voor het programma wat gemilderd is.

Centrale elementen van de CBT bij obesitas

- Waarden : Samen met de patiënt zoeken naar wat écht belangrijk voor hem/haar is op lange termijn en dit gebruiken als leidraad of kompas bij de dagelijkse eetbeslissingen.
- Distress Tolerantie : De patiënt helpen te leven met onaangename sensaties van honger en goesting of zelfs drang naar eten (ze niet willen minimaliseren of laten verdwijnen).
- Meta cognitieve bewustwording : De patiënt helpen zich bewust te blijven van de impact van de omgeving op eten en die veranderen.

- Van het eigen gedrag
 - eet-dagboek
 - gewoonte-dagboek
- De meest efficiënte gedragsveranderingstechniek in combinatie met
 - Intention formation (Als {de aanleiding} er is, dan zal ik {mijn routine} beginnen want daardoor kan ik {mijn beloning} bereiken)
 - Specific goal setting
 - Feedback on performance
 - Review of behavioural goal

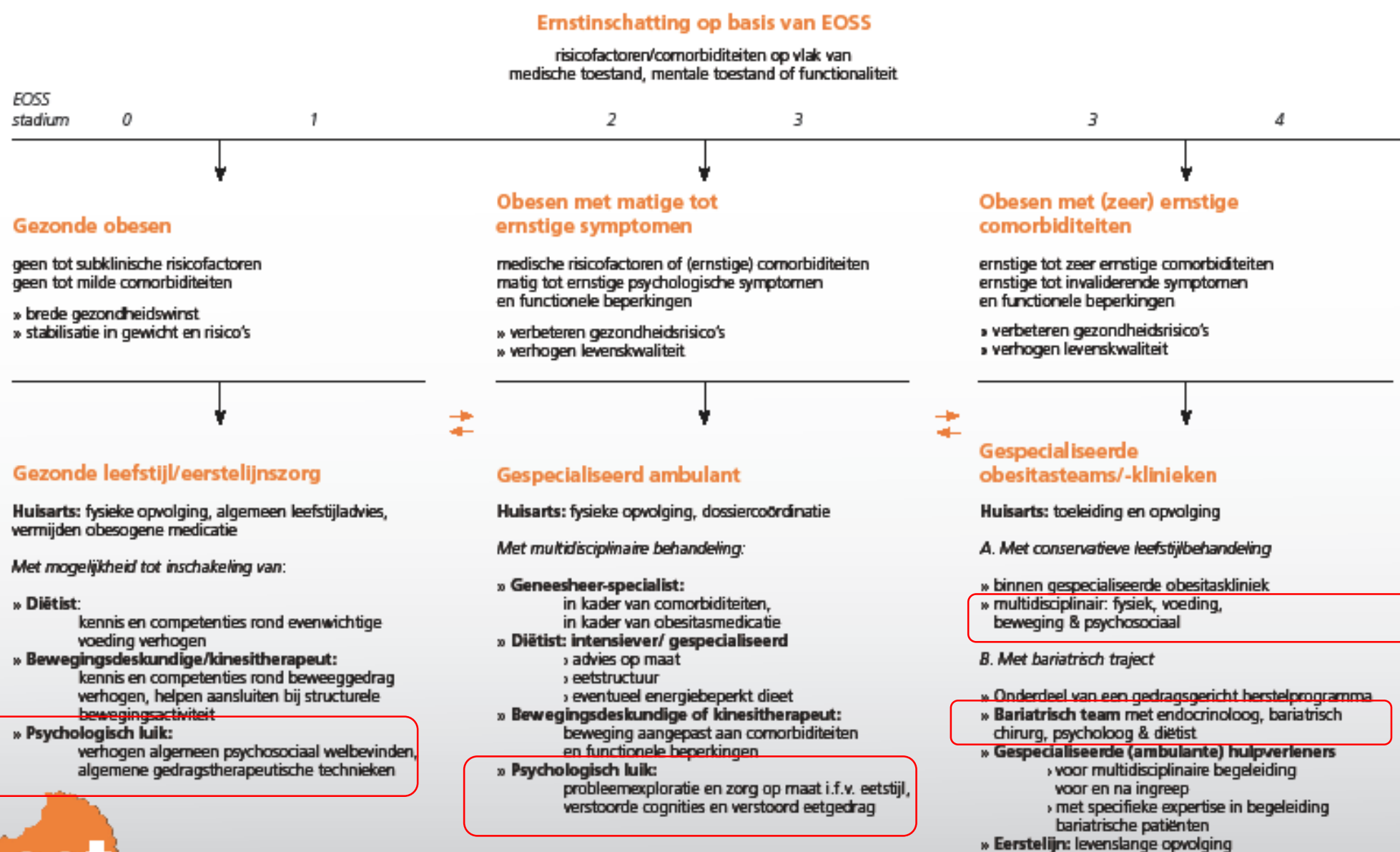
Michie, S., Whittington, C., Abraham, C. McAteer, J. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: a meta-regression. *Health Psychology*, 28, 690-701.

Burke, L.E., Wang, J., Sevick, M.A. (2011). Self-monitoring in weight loss : a systematic review of the literature. *J. Am.Diet.Assoc.*, 111, 92-102.

Groepstherapie met psycholoog ?

- Verbetering van succesratio van groepsbehandeling obesitas
 - Het effect van dieetbehandeling obesitas verbetert indien gecombineerd met gedragstherapie en fysieke activiteit.
 - psycholoog expert in groepsprocessen en is ondersteuning van de diëtiste
 - toepassen van gedragsveranderingstechnieken en adviezen

GERICHTE ZORGTOEWIJZING VANUIT DE EERSTELIJN BIJ DE AANPAK VAN OBESITAS



Psycholoog in de derde lijn

- Psycholoog maakt deel uit van het bariatrisch behandelteam
- Screening en evaluatie van de kandidaten voor bariatrie.
 - NIET gatekeeper
 - psychologische problemen zijn mi zelden absolute contra-indicaties voor bariatrie
 - uitzondering : actief middelenmisbruik (alcohol, illegale drugs, nicotine), boulemia nervosa, acute majeure depressie, acute psychotische episode;
 - relatieve contraindicatie: actieve ernstige bed, gebrek aan inzicht in problematiek en onrealistische verwachtingen
- Advies aan chirurgisch team omtrent :
 - haalbaarheid,
 - readiness van de patiënt,
 - psychologische comorbiditeiten in kaart brengen en
 - inschatten van risico ervan op postoperatieve aanpassing en gewichtsverlies
 - therapietrouw inschatting op lange termijn
- Advies aan patiënten gericht op de individuele aandachtspunten of risicofactoren

Psycholoog in het bariatrisch team

- Begeleiding voor en na de ingreep
 - voorbereidend traject met als doel patiënt te helpen om te komen tot geïnformeerde beslissing, aanpassing eetgedrag
 - behandeling van postoperatieve psychologische problemen :
 - aanpassingsmoeilijkheden
 - lichaamsbeeld-problematiek
- lange termijn : begeleiding ikv
 - LT complicaties zoals oncontroleerbare dumpingklachten, pijnproblematiek, eetgedrag, alcoholgebruik
 - behandeling in geval van gewichtsherstel :
 - individueel of in groep

