



Universiteit Utrecht

Rintveld
Centrum Eetstoornissen



Symptomen van de Obsessief-Compulsieve Stoornis: Comorbiditeit bij Patiënten met een Eetstoornis.

Een Exploratief Onderzoek.

M.J.D. Kronenburg, BSc – 3277526

Onder supervisie van: dr. L. Sternheim

Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie

Faculteit Sociale Wetenschappen

Rintveld, Centrum voor Eetstoornissen

September 2012

ABSTRACT

Objective. Among patients with eating disorders (ED), comorbidity with anxiety disorders, and in particular with obsessive-compulsive disorder (OCD), is common. This comorbidity adversely affects the treatment of eating disorders and lowers the patients' quality of life. The aim of the current study was to investigate comorbid OCD symptoms amongst patients of the Rintveld Centre for Eating Disorders, and to investigate differences in clinical features between patients with and without OCD symptoms. Also, differences between subtypes of anorexia nervosa (AN) (binge eating/purging and restrictive type) were examined. **Method.** Adult patients' files were screened (N=85), including patients with either AN (N=57), bulimia nervosa (BN) (N=11), or eating disorder not otherwise specified (EDNOS) (N=17). Outcomes were measured using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Symptom Checklist (Y-BOCS-SC), the Eating Disorder Examination (EDE), the Eating Disorder Inventory (EDI), the Beck Depression Inventory (BDI), the Zelfbeoordelings Vragenlijst (ZBV), and the Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). **Results.** Both lifetime and current symptoms of OCD were present in ED patients, with a higher prevalence in AN patients. Patients showed highest frequency of symptoms on the Y-BOCS-SC dimension 'obsessions and checking'. Within the OCD group, there were no differences between subtypes of AN: both restrictive and binge eating/purging type showed similar patterns of OCD symptoms. Patients with OCD symptoms had a significantly lower quality of life, and significantly more concerns about eating in comparison with patients without OCD symptoms. Perfectionism, depression, and anxiety were significantly positively correlated with Y-BOCS-SC scores, whereas quality of life was significantly negatively correlated with Y-BOCS-SC scores. **Discussion.** More concerns about eating, as seen in ED patients with OCD symptoms, may indicate that they experience more severe eating pathology than ED patients without OCD symptoms. That ED patients with OCD symptoms report a lower quality of life than those without OCD symptoms should be considered in the treatment of ED. The present exploratory study suggests that further research is needed to investigate the nature and severity of obsessive and compulsive symptoms in eating disorders.

SAMENVATTING

Inleiding. Bij patiënten met een eetstoornis komen comorbide angststoornissen veel voor, met name de obsessief-compulsieve stoornis (OCS). Comorbiditeit beïnvloedt de behandeling van een eetstoornis negatief en zorgt voor een lagere kwaliteit van leven. Het doel van het huidige onderzoek was te onderzoeken of er sprake was van comorbide OCS symptomen bij eetstoornispatiënten bij Rintveld, Centrum voor Eetstoornissen en te onderzoeken of er verschillen waren in klinische kenmerken tussen patiënten met en zonder OCS symptomen. Tevens werden verschillen tussen de subtypes van anorexia nervosa (AN) (eetbuien/purgerende en restrictieve type) onderzocht. **Methode.** Er werd dossieronderzoek gedaan bij volwassen patiënten (N=85) met AN (N=57), boulimia nervosa (BN) (N=11) en de eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO) (N=17). Uitkomsten werden verzameld met behulp van de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Symptom Checklist (Y-BOCS-SC), Eating Disorder Examination (EDE), Eating Disorder Inventory (EDI), Beck Depression Inventory (BDI), Zelfbeoordelings Vragenlijst (ZBV) en de Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA). **Resultaten.** Zowel lifetime als huidige symptomen van OCS waren aanwezig bij eetstoornispatiënten, met een hogere prevalentie bij AN patiënten. Patiënten vertoonden de meeste symptomen op de Y-BOCS-SC dimensie ‘obsessies en controleren’. Binnen de OCS groep waren er geen verschillen tussen de subtypes van AN: zowel het restrictieve als het eetbuien/purgerende type vertoonden vergelijkbare OCS symptomen. Patiënten met OCS symptomen hadden een significant lagere kwaliteit van leven en significant meer zorgen omtrent eten dan patiënten zonder OCS symptomen. Perfectionisme, depressie en angst waren significant positief gecorreleerd met Y-BOCS-SC scores. Kwaliteit van leven was significant negatief gecorreleerd met Y-BOCS-SC scores. **Discussie.** Dat eetstoornispatiënten met OCS symptomen meer zorgen omtrent eten ervaren dan patiënten zonder OCS symptomen, kan indiceren dat zij een meer ernstige eetpathologie ervaren. Dat eetstoornispatiënten met OCS symptomen een lagere kwaliteit van leven rapporteren dan patiënten zonder OCS symptomen zou meegenomen moeten worden in de behandeling van de eetstoornis. Het huidige exploratieve onderzoek geeft aan dat vervolgonderzoek, wat zich richt op de aard en ernst van obsessieve en compulsieve symptomen bij eetstoornissen, nodig is.

VOORWOORD

Voor het huidige onderzoek heb ik me verdiept in de comorbiditeit van de obsessief-compulsieve stoornis (OCS) bij eetstoornispatiënten. Deze thesis is geschreven in het kader van mijn masteropleiding Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht. Dit onderzoek heb ik uitgevoerd bij de TOPGGz instelling Rintveld, Centrum voor Eetstoornissen in Zeist, die onderdeel is van de overkoepelende GGz instelling Altrecht.

Voor ik aan dit onderzoek begon, had ik nog niet eerder van de comorbiditeit van OCS bij eetstoornispatiënten gehoord. Achteraf kan wel gezegd worden dat ik bij Rintveld enorm veel heb geleerd. Niet alleen over eetstoornissen en OCS, maar ook over het doen van wetenschappelijk onderzoek. Voor mij was dit de eerste keer dat ik zelfstandig een onderzoek heb opgezet en uitgevoerd en ik kijk hier met veel plezier op terug. In het begin keek ik behoorlijk op tegen het analyseren van data met SPSS, maar achteraf is dit erg meegevallen. Dit komt mede door de begeleiding en steun die ik heb gekregen. Mijn dank gaat daarom in de eerste plaats en bovenal uit naar mijn begeleidster Lot Sternheim. Mijn dank gaat ook uit naar Maaïke Ammerlaan, die in het kader van haar onderzoek al veel informatie over mijn participanten verzameld had. Als laatste wil ik graag Noud van Geffen bedanken voor zijn onvoorwaardelijke steun.

INLEIDING

Naar schatting lijden er in Nederland vijf tot zesduizend mensen aan anorexia nervosa en twintigduizend aan boulimia nervosa (Keel & Klump, 2003). Hoewel eten een primaire levensbehoefte is, wordt eten of juist het niet eten voor sommigen een obsessie. Bij mensen die lijden aan een eetstoornis wordt het gehele leven beheerst door eten, calorieën en afvallen. De DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) onderscheidt drie categorieën van eetstoornissen: anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetstoornis niet anderszins omschreven.

Anorexia nervosa (AN) is een eetstoornis die vaak begint in het midden of aan het einde van de adolescentie, zich kenmerkt door ernstige verstoringen in het eetgedrag en een prevalentie heeft van ongeveer 0,5 – 1 procent bij vrouwen in Westerse culturen (Swinbourne, 2008; Serpell, Livingstone, Neiderman, & Lask, 2002; Altman & Shankman, 2009; Micali et al., 2011). Meer specifiek; individuen met deze stoornis weigeren het handhaven van een normaal lichaamsgewicht, zijn uitermate angstig om aan te komen en vertonen een significante verstoring in de perceptie van hun figuur en omvang (American Psychiatric Association, 1994). Een ander gehandhaafd criterium is, bij vrouwen, het hebben van amenorroe: de afwezigheid van minstens drie achtereenvolgende menstruele cycli (American Psychiatric Association, 1994).

Bij AN wordt het ervaren van controle over de voedselinname vaak gezien als een prestatie en door de langdurige ontregeling van het lichaam is er op den duur geen sprake meer van niet willen eten, maar van niet kunnen eten. AN heeft grote gevolgen voor de kwaliteit van leven en leidt tot beperkingen in het sociale, emotionele en lichamelijke functioneren (Wentz, Gillberg, Gillberg & Råstam, 2001; Sharp & Freeman, 1993). AN is één van de stoornissen met de hoogste kans op vroegtijdige sterfte; de kans op overlijden is vijf maal zo groot als voor gezonde leeftijdsgenoten zonder AN (Sullivan, 1995). De stoornis verdeelt zich in twee subtypes: het restrictieve type (ANR) en het eetbuien/purgerende type (ANBP); waarbij het eerste zich kenmerkt door aanhoudend diëten, vasten en/of excessief sporten en het tweede door het hebben van eetbuien die gevolgd worden door zelf opgewekt braken of misbruik van laxantia (Swinbourne & Touyz, 2007). Het hebben van eetbuien en braken is tevens een kenmerk van boulimia nervosa.

Boulimia nervosa (BN) is een eetstoornis die zich kenmerkt door het hebben van eetbuien en compenserende methoden die ongepast en gericht zijn op het voorkomen van gewichtstoename. De DSM-IV-TR specificeert verder dat de eetbuien en het compenserende gedrag minstens twee keer per week moeten voorkomen gedurende drie maanden (Sadock & Sadock, 2007). De eetbuien worden vaak beleefd als iets wat de patiënt zelf niet onder controle heeft; er kan niet worden gestopt met eten of met het beperken van de voedselinname. Een eetbui wordt vaak gevolgd door compenserend gedrag, zoals overmatig sporten, zelf opgewekt braken, vasten of het misbruiken van laxantia (Swinbourne, 2008). Het oordeel dat de persoon over zichzelf heeft wordt sterk bepaald door een preoccupatie met gewicht en lichaamsvorm. Een laatste DSM-IV-TR criteria is dat de stoornis niet uitsluitend voor mag komen tijdens episodes van AN (American Psychiatric Association, 1994).

BN ontwikkeld zich vaak later dan AN: in de late adolescentie of vroege volwassenheid, bestaat voor ongeveer 90 procent uit vrouwen en heeft een prevalentie van 1 – 3 procent in Westerse culturen (Swinbourne, 2008; Sadock & Sadock, 2007). BN zorgt door het purgerende gedrag regelmatig voor lichamelijke klachten als hartklachten, verslechtering van het gebit en maag- en darmklachten. Mensen met BN lopen, net als mensen met AN, een grotere kans om te overlijden dan hun leeftijdsgenoten (Harris & Barraclough, 1998). Hoe groot deze kans is, is niet bekend. Wel is deze kans kleiner dan voor AN (Keel & Mitchell, 1997). BN verdeelt zich net als AN in twee subtypes: het purgerende en het niet purgerende type.

Naast deze twee groepen eetstoornissen bestaat er nog een restcategorie: de eetstoornis niet anderszins omschreven (ESNAO). ESNAO is een diagnose die wordt gesteld bij patiënten met een klinisch significante eetstoornis, maar welke niet voldoen aan de DSM-IV-TR criteria voor AN of BN. Dit kunnen bijvoorbeeld patiënten zijn die voldoen aan alle criteria voor AN, behalve dat ze nog regelmatig menstrueren. Een ander voorbeeld zijn patiënten die voldoen aan de criteria voor AN maar ondanks het grote gewichtsverlies met hun BMI (*Body Mass Index*; kg/m^2) nog binnen de normale grenzen vallen. De eetbuien-stoornis (*binge-eating disorder*) valt in deze categorie. Deze stoornis bestaat uit het hebben van herhaaldelijke periodes van eetbuien en een afwezigheid van compenserend gedrag, hetgeen wel karakteristiek is voor BN (Sadock & Sadock, 2007).

Cijfers over het beloop van eetstoornissen zijn wisselend. Vooral het beloop van AN roept een somber beeld op. De kans op terugval is groot bij AN en bij één op de vier

personen wordt de stoornis chronisch (Steinhausen, 2002). De meerderheid van patiënten met AN houdt klachten en blijft lang ziek, waarvan een deel zal komen te overlijden. Patiënten met eetbuien en patiënten die purgeren hebben doorgaans een slechtere prognose dan patiënten die dit niet doen (Zipfel, Löwe, Reas, Deter & Herzog, 2000; Steinhausen, 2002). Motivatie voor behandeling is vaak laag door de enorme angst voor gewichtstoename en de angst om de controle los te laten. Bij ongeveer 45 procent van de opgenomen patiënten verbetert de situatie in de loop der jaren (Steinhausen, 2002).

Van de patiënten met BN herstelt ongeveer de helft. De andere helft verbetert maar houdt klachten, blijft ziek of krijgt een andere eetstoornis (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000). Het laatste komt vooral voor bij patiënten met de diagnose ESNAO. Deze patiënten voldoen vaak nog niet aan de criteria voor AN of BN, wat kan veranderen bij bijvoorbeeld een daling in het gewicht of meer frequent braken. Mensen met BN zoeken lang niet altijd behandeling. Patiënten die in behandeling zijn voor een eetstoornis vertonen over het algemeen meer ernstiger symptomen, grotere beperkingen in het functioneren en hebben een grotere kans op bijkomende ziekten dan mensen met een eetstoornis welke niet in behandeling zijn (Godart et al., 2006; Altman & Shankman, 2009).

Klinische en epidemiologische studies laten zien dat eetstoornissen regelmatig samengaan met andere As-I stoornissen. Het gelijktijdig voorkomen van twee of meer stoornissen bij dezelfde persoon wordt comorbiditeit genoemd. Hoge comorbiditeit met andere As-I stoornissen zoals angst- en stemmingsstoornissen wordt veelvuldig gevonden bij AN en in iets mindere mate bij BN (Godart et al., 2003; Godart et al., 2006; Iwasaki, Matsunaga, Kiriike, Tanaka & Matsui, 2000). Van de stemmingsstoornissen wordt de depressieve stoornis vaak bij AN gezien, heeft een comorbiditeit tot 65 procent (Sadock & Sadock, 2007) en kan tijdens de acute staat van ondervoeding bij maar liefst tot 91 procent van de patiënten voorkomen (Pollice, Kaye, Greeno & Weltzin, 1997). Tevens komen angststoornissen zoals de paniekstoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis en obsessief-compulsieve stoornis veel voor bij AN (Godart et al., 2006). De posttraumatische stress stoornis komt relatief minder vaak voor (Godart et al., 2003; 2006).

Angst- en stemmingstoornissen komen tevens bij BN voor (Swinbourne, 2008). De lifetime prevalentie van ten minste één angststoornis loopt bij BN op tot 75 procent

(Godart, Flament, Perdereau & Jeammet, 2002). In het onderzoek van Godart et al. (2006) varieert de comorbiditeit van BN en een depressieve stoornis van 31 tot 75 procent. Een systematische review van Godart et al. (2002) toont daarnaast aan dat de angststoornissen sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis en de obsessief-compulsieve stoornis voorkomen bij BN.

Vele studies laten zien dat vooral de obsessief-compulsieve stoornis (OCS) vaak voorkomt bij AN (Serpell et al., 2002; Sallet et al., 2010; Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, 2004; Micali et al., 2011; Halmi et al., 1991; Lilenfeld et al., 1998) en bij BN (Swinbourne, 2008; Godart et al., 2002, 2006). OCS is een angststoornis die bestaat uit terugkerende obsessies en/of compulsies. Obsessies verwijzen naar opdringerige, repetitieve gedachten, beelden of impulsen die onacceptabel of ongewenst zijn en leiden tot subjectieve weerstand, ongemak en angst (Rachman, 2004). Deze obsessies zijn vaak egodystoon, wat inhoudt dat het individu de inhoud van de obsessies beschouwt als vreemd, ze niet in zijn of haar eigen controle zijn en dat het niet het soort gedachten zijn die hij of zij verwacht te hebben (Swinbourne, 2008). Obsessies gaan bij OCS voornamelijk over besmetting of onacceptabele seksuele, agressieve of godslasterende gedachten (Rachman, 2004). Deze obsessies zorgen voor angst en resulteren vaak in een drang ze te negeren, onderdrukken of te neutraliseren in de vorm van compulsies.

Compulsies zijn herhaaldelijke, stereotyperende gedragingen om angst, ongemak, of de waarschijnlijkheid op een te verwachte gebeurtenis te verminderen en zijn grofweg te verdelen in twee groepen: compulsief schoonmaken en controleren (Rachman, 2004). OCS ontstaat meestal in de adolescentie of vroege volwassenheid, maar kan ook reeds in de kindertijd ontstaan. Bij vrouwen met OCS zijn de eerste symptomen meestal zichtbaar tussen de 20 – 29 jaar (Swinbourne, 2008) en de stoornis komt bij 2 – 3 procent van de bevolking voor (Serpell et al., 2002; Altman & Shankman, 2009; Sadock & Sadock, 2007). OCS gaat vaak samen met depressie, andere angststoornissen, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Sadock & Sadock, 2007).

De prevalentie van comorbiditeit tussen eetstoornissen en OCS verschilt sterk per onderzoek, variërend van tien (Micali et al., 2011), tot 69 procent (Altman & Shankman, 2009) bij AN en drie tot 33 procent bij BN (Swinbourne, 2008). Deze verschillen in prevalentie per eetstoornis zijn vooral te verklaren door methodologische verschillen. Sommige onderzoekers kijken bijvoorbeeld vooral naar klinische populaties, anderen

kijken naar ambulante populaties en weer andere onderzoekers combineren deze twee populaties. Patiënten in een klinische setting hebben vaak meer ernstig ondergewicht en meer comorbide symptomen dan patiënten in een ambulante setting (Godart et al., 2006; Altman & Shankman, 2009). Er wordt daarnaast een verschil gevonden in de prevalentie van OCS bij de twee subtypes van AN. Diverse onderzoeken laten zien dat de prevalentie van OCS hoger is bij het eetbuien/purgerende type (Swinbourne, 2008). Zo worden in het onderzoek van Godart et al. (2003) prevalenties van 17,5 procent (ANR) en 21,8 procent (ANBP) gevonden. Fornari et al. (1992) vinden een groter verschil: 25 procent (ANR) versus 66 procent (ANBP).

Hoge comorbiditeit van eetstoornissen met OCS is problematisch om diverse redenen. Comorbiditeit kan de behandeling negatief beïnvloeden en bemoeilijken (Brown & Barlow, 1992). Wanneer bijvoorbeeld gekeken wordt naar de mate van angstsymptomen na cognitieve gedragstherapie, blijkt dat comorbiditeit geassocieerd wordt met meer symptomen van angst (Ledley et al., 2005; Weertman, Arntz, Schouten & Dreessen, 2005). Door geringe motivatie aan de kant van de patiënt is AN moeilijk te behandelen. Aan de andere kant komt deze moeilijke behandeling doordat er vanuit Geestelijke Gezondheidszorg instellingen tot op heden onvoldoende effectieve behandelingen voorhanden zijn. Wanneer symptomen van anorexia een aantal jaar aanwezig zijn, wordt het beloop van de stoornis relatief onophoudelijk.

Onderzoek laat zien dat patiënten met een eetstoornis een mindere kwaliteit van leven hebben in vergelijking met een normale referentiegroep (de la Rie, Noordenbos & van Furth, 2005). Uit dit onderzoek blijkt dat zelfs wanneer patiënten herstelt zijn van hun eetstoornis, zij een mindere kwaliteit van leven rapporteren dan een normale referentiegroep. Uit het onderzoek van De la Rie et al. (2005) komt tevens naar voren dat patiënten met een eetstoornis, in vergelijking met patiënten met een stemmingsstoornis, een mindere kwaliteit van leven hebben. Comorbiditeit kan resulteren in meer psychopathologie en disfunctioneren, wat resulteert in een mindere kwaliteit van leven (Coryell et al., 1988). Anorexia patiënten met obsessief en compulsief gedrag hebben naast een zeer sterk verminderde kwaliteit van leven een slechtere prognose dan patiënten zonder deze comorbiditeit (Sadock & Sadock, 2007). Bovendien lopen ze een groter risico op terugval (Altman & Shankman, 2009). Dit alles maakt comorbide OCS des te meer problematisch.

Doordat de comorbiditeit zo groot blijkt te zijn is door Altman en Shankman (2009) gesuggereerd dat OCS en AN verschillende manifestaties zijn van onderliggende, gemeenschappelijke etiologische factoren. Hoewel de stoornissen in eerste instantie verschillend lijken, vertonen ze diverse cognitieve, gedragsmatige en persoonlijke karakteristieken die met elkaar overeenkomen (Altman & Shankman, 2009). Door Waller (2008) is een transdiagnostische theorie geopperd, waarin eetstoornissen als een subdivisie van een bredere categorie van psychopathologie gezien worden. Hierin wordt angst gezien als de hoofdcategorie (Waller, 2008). Zowel eetstoornissen als OCS hebben dezelfde cognitieve kenmerken zoals het hebben van herhaaldelijke gedachten en een preoccupatie met een bepaalde stimulus, die doorgaans resulteert in het negatieve affect angst. Beide worden daarnaast gevolgd door compenserend gedrag wat gericht is op het verminderen van de angst (Altman & Shankman, 2009), zoals een restrictie in eten, overgeven, overmatig sporten, het hebben van eetbuien, handen wassen, controleren et cetera.

Er zijn echter ook verschillen tussen de stoornissen. De obsessies en compulsies bij OCS zijn vaak egodystoon, waarbij de preoccupaties en rituelen bij AN vaker egosyntoon zijn (Sallet et al., 2010). Onderzoek laat zien dat obsessieve, fobische gedachten aan voedsel en gewicht bij anorexia patiënten voor ongemak zorgen en herhaaldelijk voorkomen, maar waarschijnlijk niet noodzakelijk tegen hun wil (Mazure et al., 1994; in Swinbourne & Touyz, 2007), hetgeen bij OCS patiënten wel het geval is (Rachman, 2004). Bij patiënten met AN en comorbide OCS is hiernaast een verschil te zien tussen klinische en ambulante patiënten. De obsessieve en compulsieve symptomen zijn bij klinische patiënten vaak meer duidelijk zichtbaar.

Er zijn diverse instrumenten beschikbaar die obsessieve gedachten en handelingen, zoals gezien in OCS, kunnen meten en in kaart kunnen brengen. Een veelgebruikt instrument hiervoor is de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). De Y-BOCS is een gestructureerd interview dat de aard en ernst van symptomen meet, vaak in onderzoek gebruikt wordt en kan worden ingezet voor het meten van therapie-effect (van Balkom & van Oppen, 1996). De Y-BOCS bestaat naast het gestructureerde interview uit een *symptom checklist* (Y-BOCS-SC), die aangeeft welke obsessieve en compulsieve symptomen bij een patiënt voorkomen. De Y-BOCS wordt veelvuldig gebruikt in onderzoek naar eetstoornissen en comorbide OCS. Onderzoek laat zien dat patiënten met een eetstoornis hoger scoren op de Y-BOCS in vergelijking met

gezonde controles (Pollice et al., 1997). Daarnaast vinden Pollice et al. (1997) dat de scores van anorexia patiënten op de Y-BOCS overeenkomen met die van patiënten met OCS. Deze bevinding wordt bevestigd in onderzoek van Serpell, Hirani, Willoughby, Neiderman en Lask (2006). Uit dit onderzoek blijkt een significant positieve relatie te bestaan tussen symptomen van AN en OCS. Eetstoornispatiënten behalen de hoogste scores op de Y-BOCS wanneer zij een actieve eetstoornis en één of meerdere angststoornissen hebben (Kaye et al., 2004).

Uit onderzoek door Iwasaki et al. (2000), Serpell et al. (2002) en Kaye et al. (2004) komt naar voren dat eetstoornispatiënten met comorbide OCS hoog scoren op dimensies als symmetrie, nauwkeurigheid en ordenen en schikken. Deze resultaten komen echter niet overeen met onderzoek van Sallet et al. (2010). Uit dit onderzoek komt naar voren dat OCS patiënten met een comorbide eetstoornis hogere scores op de Y-BOCS-SC dimensies agressieve, seksuele en religieuze dwanggedachten vertonen dan OCS patiënten zonder eetstoornis. OCS-AN patiënten laten een trend zien met verhoogde scores op de dimensies dwanggedachten over besmetting en poets- en wasdwanghandelingen (Sallet et al., 2010).

Pollice et al. (1997) rapporteren dat de obsessies het meest duidelijk aanwezig zijn bij een staat van ondervoeding, maar dat wanneer patiënten aankomen, de symptomen verminderden. Pollice et al. (1997) concluderen daarnaast dat het restrictieve type van anorexia nervosa significant hogere scores heeft op de Y-BOCS dan het eetbuiten/purgerende type. Deze bevinding is opmerkelijk, gezien de voorgaande bevindingen van Godart et al. (2003) en Fornari et al. (1992), waar bij beide onderzoeken een hogere prevalentie van OCS wordt gevonden bij ANBP.

Vooralsnog is het zodoende niet duidelijk of anorexia patiënten met OCS op een bepaalde dimensie of op bepaalde dimensies van de Y-BOCS-SC meer symptomen laten zien. Wanneer gekeken wordt naar BN en OCS, wordt duidelijk dat symptomen gerelateerd aan symmetrie en ordelijkheid vaak aanwezig zijn. Ook obsessies over besmetting en agressie worden gevonden, naast compulsies in controleren en schoonmaken (Matsunaga et al., 1999).

Naast de onduidelijkheid over de scores op de dimensies van de Y-BOCS-SC is er veel onduidelijk over het moment van ontstaan van OCS bij eetstoornissen. Uit onderzoek van Milos, Spindler, Ruggiero, Klaghofer en Schnyder (2002) komt naar voren dat AN voorafgaat aan het ontstaan van OCS en zij rapporteren dat individuen met

comorbide OCS een langere geschiedenis hebben met eetstoornissen, waarbij het waarschijnlijk is dat de eetstoornis als eerste is ontwikkeld. Andere onderzoeken zijn echter niet in lijn met deze bevinding en concluderen dat de ontwikkeling van OCS voorafgaat aan de ontwikkeling van AN (Iwasaki et al., 2000; Godart et al., 2003; Altman & Shankman, 2009; Micali et al., 2011). Zo komt uit onderzoek van Kaye et al. (2004) naar voren dat 23 procent van de patiënten met een eetstoornis al OCS heeft in de kindertijd, vergeleken met twee tot drie procent in de bevolking. Ander onderzoek laat tevens zien dat er een relatie is tussen OCS in de kindertijd en de ontwikkeling van een eetstoornis (Micali et al., 2011). Deze bevindingen suggereren dat het hebben van een dergelijke angststoornis een risicofactor is voor de ontwikkeling van AN (Lilenfeld et al., 1998; Kaye et al., 2004; Altman & Shankman, 2009).

De precieze relatie tussen OCS en AN is vooralsnog onbekend en daarnaast heerst er bij onderzoekers onenigheid over de obsessief-compulsieve symptomen die anorexia patiënten laten zien: zijn het 'echte' of 'typische' symptomen zoals gezien in OCS patiënten? Tevens is niet duidelijk of de symptomen secundair zijn aan gewichtsverlies en ondervoeding, of dat het een combinatie van beide is. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat een gezonde populatiegroep obsessieve symptomen vertoont in een staat van ondervoeding en dat deze symptomen verdwijnen bij herstel (Keys et al., 1950; in Swinbourne & Touyz, 2007). Ander onderzoek laat echter zien dat de symptomen van OCS, in vergelijking met een controlegroep, significant hoog blijven na het bereiken van een gezond gewicht, of na herstel van AN (Pollice et al., 1997). Deze verhoogde waarden van OCS symptomen worden tevens gevonden in meer recentelijk onderzoek (Lilenfeld et al., 1998; Serpell et al., 2002; Altman & Shankman, 2009).

Doordat OCS symptomen blijven bestaan na herstel of na het bereiken van een gezond gewicht, en omdat anorexia patiënten vaak persoonlijkheidstrekken vertonen van perfectionisme, rigiditeit, inflexibiliteit en een sterke behoefte aan controle, wordt door diverse onderzoekers afgevraagd of anorexia patiënten wellicht trekken vertonen die overeenkomen met een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (OCPS) (Lilenfeld et al., 1998; Serpell et al., 2002). OCPS wordt gekenmerkt door emotionele constrictie, ordelijkheid, standvastigheid, koppigheid en besluiteloosheid. Een essentieel kenmerk van de stoornis is een doordringend patroon van perfectionisme en inflexibiliteit (Serpell et al., 2002). Perfectionisme is tevens geïdentificeerd als een risicofactor voor de ontwikkeling van een eetstoornis (Swinbourne, 2008). In het

premorbid profiel van patiënten met een eetstoornis worden vaak perfectionistische trekken gezien (Fairburn, Cooper, Welch, & Doll, 1999), welke blijven bestaan na herstel. De prevalentie van OCPS is in de bevolking iets meer dan vier procent (Larsen & Buss, 2008) en de stoornis ontstaat doorgaans in de vroege volwassenheid. Patiënten vertonen regelmatig een achtergrond die zich kenmerkt door harde discipline. Patiënten zijn, door hun grote behoefte aan ordelijkheid, vaak gepreoccupeerd met regels, schema's, netheid, rituelen, details en het streven naar perfectie. Ze zijn overmatig toegewijd aan werk en productiviteit waarbij ontspanning nauwelijks voorkomt en waarbij vriendschappen het onderspit delven. Daarnaast zijn ze niet in staat versleten of waardeloze voorwerpen weg te gooien, zelfs wanneer deze geen gevoelswaarde hebben (Larsen & Buss, 2008).

Huidig onderzoek

In het huidige onderzoek zal onderzocht worden of eerdere bevindingen over de comorbiditeit met OCS (zie bijvoorbeeld Altman & Shankman, 2009; Kaye et al., 2004; Swinbourne & Touyz, 2007) gevonden worden bij een patiëntenpopulatie van Rintveld, Centrum voor Eetstoornissen in Zeist. Er zal worden onderzocht of patiënten met een ernstige eetstoornis symptomen vertonen van OCS of hier reeds mee gediagnosticeerd zijn. Obsessies en compulsies worden alleen als symptomen van OCS gezien wanneer de inhoud van de dwanggedachte of de dwanghandeling niet gerelateerd is aan een preoccupatie met voedsel en de eetstoornis. Er zal worden onderzocht of er bij patiënten met symptomen van OCS verschillen zijn in demografische en klinische kenmerken, in vergelijking met patiënten zonder symptomen van OCS. Hierna zal worden onderzocht of, binnen de OCS groep, OCS symptomen verschillen naargelang de eetstoornis. Tevens zal onderzocht worden op welke dimensie(s) van de Y-BOCS-SC de meeste symptomen gevonden worden. Als laatste zal worden onderzocht of Y-BOSC-SC scores samenhangen met demografische en klinische kenmerken.

Hypothesen.

1. Er wordt verwacht dat er in de patiëntenpopulatie van Rintveld patiënten zijn met symptomen of een diagnose van OCS.
2. Er wordt verwacht dat patiënten met OCS symptomen op demografische en/of klinische kenmerken verschillen van patiënten zonder OCS symptomen.

3. Binnen de OCS groep wordt verwacht dat de symptomen vaker aanwezig zijn bij anorexia patiënten dan bij boulimia patiënten of patiënten met een eetstoornis NAO.
4. Wanneer binnen de OCS groep gekeken wordt naar anorexia patiënten, wordt verwacht dat het eetbuien/purgerende type meer symptomen van OCS vertoont dan het restrictieve type.
5. Er wordt verwacht dat patiënten met symptomen van OCS het hoogst scoren op de dimensie symmetrie en ordenen van de Y-BOCS-SC, zoals uit onderzoek van o.a. Kaye et al. (2004) is gebleken.
6. Er wordt verwacht dat Y-BOCS-SC scores samenhangen met klinische en/of demografische kenmerken.

METHODE

Participanten

Voor het huidige exploratieve dossieronderzoek werd de beschikbare data van 146 volwassen patiënten verzameld. Al deze patiënten waren in het jaar 2011 voor behandeling aangemeld bij Altrecht Eetstoornissen Rintveld, een TOPGGz instelling. TOPGGz staat voor Topklinische Geestelijke Gezondheidszorg. Dit is zeer gespecialiseerde patiëntenzorg (topklinisch en topreferent), in combinatie met wetenschappelijk onderzoek, innovatieve behandelingen en kennisverspreiding, bestemd voor patiënten die vanwege ernstige, complexe en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van een behandeling in de tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (www.topggz.nl, 2012).

Participanten (zowel klinisch als ambulante) betroffen volwassenen vanaf achttien jaar met een zeer ernstige eetstoornis die moeilijk behandelbaar was en waarbij sprake was van andere blijvende aandoeningen. De eetstoornis werd na intake door een psychiater vastgesteld aan de hand van DSM-IV-TR criteria. Tevens werd een lichamelijk onderzoek, een semigestructureerd interview omtrent eten, een heteroanamnese en een psychiatrische anamnese afgenomen.

Van alle patiënten die in 2011 waren aangemeld, werden er 61 uitgesloten voor verdere deelname. Reden hiervoor was een BMI boven de 25 (N=14), wat duidde op overgewicht of obesitas. Daarnaast is één patiënt niet meegenomen in de analyses doordat zij vanaf zeer vroege leeftijd een voedingsstoornis had. Van 46 patiënten waren

geen gegevens beschikbaar van de Y-BOCS-SC, zodat deze patiënten tevens niet meegenomen werden in de analyses.

Uiteindelijk werd de data geanalyseerd van 85 patiënten, waarvan er 83 (97,6%) vrouw waren. De gemiddelde leeftijd was 28,23 jaar (SD = 10,08), met een spreiding van 18,09 – 62,90 jaar. De eetstoornis was gemiddeld 9,58 jaar (SD = 9,90) aanwezig, met een spreiding van 0,5 – 44 jaar. Gemiddeld werden de eerste symptomen van de eetstoornis zichtbaar wanneer de patiënt 18,39 jaar was (SD = 6,51; range 8 – 45 jaar). Het gemiddelde BMI betrof 17,62 (SD = 2,37), het laagste BMI was 13,2 en het hoogste 23. De huidige GAFscore (*Global Assessment of Functioning Scale*) bedroeg gemiddeld 51,76 (SD = 7,96; range: 30 - 75), wat overeenkwam met het hebben van matige tot ernstige symptomen of het hebben van matige tot ernstige beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school (American Psychiatric Association, 1994). Van 83 participanten was het medicatiegebruik bekend (antidepressiva, antipsychotica en/of benzodiazepines). Van deze participanten waren er 34 (41%) die medicatie gebruikten. Demografische gegevens van de gehele onderzoeksgroep zijn te zien in Tabel 1.

Van de 85 participanten was er reeds één met OCPS en één met zowel OCPS als OCS gediagnosticeerd door een psychiater. Participanten werden verdeeld in twee groepen, te weten een groep met symptomen van OCS en een groep zonder symptomen van OCS. Demografische gegevens van de twee groepen zijn te zien in Tabel 1.

Meetinstrumenten

Voor het verzamelen van de benodigde gegevens werd gebruik gemaakt van de uitkomsten van diverse vragenlijsten die bij de intakeprocedure afgenomen werden en werd gebruik gemaakt van informatie die in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) op Rintveld te vinden was. Uit deze informatie werden o.a. gegevens verzameld over de leeftijd, huidige GAFscore, leeftijd waarop eerste symptomen zichtbaar werden, duur van de eetstoornis en het BMI.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – (Y-BOCS)

Om een indruk te krijgen van de aanwezigheid, de hoeveelheid en het soort obsessieve en compulsieve symptomen werd de Y-BOCS *symptom checklist* (Y-BOCS-SC) afgenomen. De Y-BOCS (Goodman et al., 1989; Nederlandse vertaling: Arrindell, Albersnagel & van

Oppen, 1990) is een gestructureerd interview dat de aard en ernst van symptomen meet en gescoord kan worden door de therapeut of een onafhankelijk beoordelaar. Naast het interview bestaat de vragenlijst uit een *symptom checklist*. De Y-BOCS-SC bestaat uit twee subschalen: obsessies (dwanggedachten) en compulsies (dwanghandelingen). Patiënten gaven aan of zij nooit, ooit of afgelopen week last hadden gehad van dwanghandelingen en/of dwanggedachten. De Y-BOCS-SC bestaat uit 72 items welke diverse obsessies en compulsies representeren en is onderverdeeld in veertien categorieën: agressieve dwanggedachten, dwanggedachten over besmetting, seksuele dwanggedachten, dwanggedachten over hamsteren/verzamelen, religieuze dwanggedachten, dwanggedachten over symmetrie/nauwkeurigheid, diverse dwanggedachten, somatische dwanggedachten, poets/wasdwanghandelingen, controle dwanghandelingen, terugkerende rituelen, tel dwanghandelingen, dwanghandelingen over ordenen/schikken en diverse dwanghandelingen. Voorbeelden van items zijn: 'de vrees om jezelf iets aan te doen', 'het controleren of je niet een vreselijke fout hebt gemaakt' en 'overmatig of geritualiseerd handen wassen'.

Voor het huidige onderzoek werden de twee categorieën 'diverse dwanggedachten' en 'diverse handelingen' verwijderd. Daarnaast werden drie items verwijderd die te maken konden hebben met de eetstoornis: 'de overdreven bezorgdheid over een lichaamsdeel of aspect van het uiterlijk', 'overmatig lijstjes opstellen' en 'geritualiseerd eetgedrag'. Hierna bleven er 47 items over die gebruikt werden in het huidige onderzoek. De categorieën werden vervolgens, in navolging van ander onderzoek, onderverdeeld in vier dimensies: 'obsessies en controleren', 'symmetrie en ordenen', 'smetvrees en wassen' en 'hoarding en verzameldwang' (Leckman et al., 1997).

De Y-BOCS is nog niet door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) beoordeeld, maar is volgens Goodman et al. (1989a; 1989b) een betrouwbare en valide beoordelingsschaal om de ernst van dwangsymptomen bij patiënten met OCS in kaart te brengen. Daarnaast blijkt de Y-BOCS gevoelig te zijn voor het meten van therapie-effect (van Balkom & van Oppen, 1996). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de ernstscores wordt geschat op 0.95. De interne consistentie is hoog met een gemiddelde Chronbach's alpha van .89 (Goodman et al., 1989a).

Eating Disorder Examination – (EDE)

Om meer inzicht te krijgen in de eetstoornispathologie werd gekeken naar uitkomsten op de EDE (Fairburn & Cooper, 1993, Nederlandse vertaling: Jansen, 2000). De EDE is een semi-gestructureerd interview met als doel het diagnosticeren van eetstoornissen. Daarnaast bepaald het de ernst van de specifieke eetpathologie. Het interview bestaat uit 35 items waarvan 23 items vier subschalen vertegenwoordigen. Deze subschalen zijn: 'beperkend eten', 'zorgen over eten', 'zorgen over figuur' en 'zorgen over gewicht'. Hiernaast zijn er nog vier losse items die extra informatie leveren over gewicht, lengte en eetpatroon. Tot slot zijn er dertien diagnostische items die deels overlappen met items uit de subschalen en die de frequentie van verschillende vormen van overeten en gewichtscontrolemaatregelen bepalen.

Met het interview worden twee gedragsaspecten nagegaan (overeten en het gebruik van extreme gewichtscontrolemaatregelen) en wordt hun frequentie gescoord. Drie vormen van overeten worden gemeten: objectieve eetbuien, subjectieve eetbuien en episoden van objectief overeten. Hiervan wordt de frequentie vastgesteld en het aantal dagen waarop de episoden plaatsvinden. Van de gewichtscontrolemaatregelen (braken, misbruik van laxantia en diuretica en intensief sporten) worden de aanwezigheid en frequentie vastgesteld. De items van de EDE-subschalen worden gescoord op een zeven-puntsschaal. Hoe hoger de schaalscore, des te ernstiger of meer frequent is een bepaald kenmerk. Alle scores (van 0 – 6) zijn gebaseerd op de afgelopen 28 dagen, behalve de scores op de diagnostische vragen, die gaan over de afgelopen drie maanden (Jansen, 2000). Voorbeelden van vragen die tijdens het interview gesteld worden zijn: 'ben je in de afgelopen vier weken bang geweest om de controle over je eetgedrag te verliezen', 'eet je wel eens met andere mensen' en 'wilde je in de afgelopen vier weken gewicht verliezen'.

Er is geen beoordeling van de COTAN over de betrouwbaarheid en validiteit van de EDE aanwezig. Er zijn wel een beperkt aantal studies naar de betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit gedaan. Deze tonen aan dat het instrument voldoende betrouwbaar, valide en sensitief is (Jansen, 2000). Bij onderzoek naar eetstoornissen is de EDE de gouden standaard en onderzoek van o.a. Cooper, Cooper en Fairburn (1989) en Wade, Byrne en Bryant-Waugh (2008) toont aan dat het instrument valide is.

Eating Disorder Inventory – (EDI-II-NL)

Psychologische en gedragskenmerken die met de eetstoornis samenhangen werden gemeten met de EDI-II (Garner, 1991, Nederlandse vertaling: van Strien, 2002). Deze vragenlijst bestaat uit 91 items die verdeeld zijn over elf subschalen met zes tot elf items per subschaal. Voor het huidige onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de subschaal welke de persoonlijkheidsdimensie perfectionisme meet. Deze schaal werd gebruikt omdat perfectionisme veel terug te zien was bij patiënten met comorbide OCS en daarnaast kenmerkend is voor OCPS. De patiënt beantwoordt elk item met één van de zes antwoordmogelijkheden, variërend van 'nooit' tot 'altijd'. Voorbeeld van een item is: 'alleen voortreffelijk presteren is goed genoeg in ons gezin'. Met deze vragenlijst kan geen diagnose gesteld worden. Gemiddelde scores kunnen worden uitgesplitst naar verschillende eetstoornissen.

De interne consistentie van de acht subschalen is goed, Chronbach's alpha varieert van .63 - .94. De intercorrelaties tussen de subschalen zijn vooral hoog tussen 'najagen van dunheid' en 'ontevredenheid met het lichaam': .64 tot .71. Een discriminatieanalyse met de elf subschalen toont aan dat de EDI-II-NL 94,7 procent van de personen correct aan de juiste normgroep toe wijst (van Strien, 2002). De COTAN beoordeelt de EDI-II-NL met 'goed' op alle punten, behalve met een 'voldoende' op de kwaliteit van het testmateriaal (Evers, Braak, Frima & van Vliet-Mulder, 2009-2011).

State and Trait Anxiety Inventory – (STAI)

Voor informatie over de mate van angst als dispositie werd informatie uit de Nederlandse bewerking van de STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) gebruikt, de Zelf Beoordelings Vragenlijst (van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1980). De Zelf Beoordelings Vragenlijst (ZBV) is een korte, vrij vlug in te vullen vragenlijst die uit twee delen bestaat. In het eerste deel wordt de '*stait-anxiety*' (toestandangst) gemeten, in het tweede deel '*trait-anxiety*' (angst-dispositie). Beide delen omvatten twintig uitspraken, bij iedere uitspraak zijn vier antwoordmogelijkheden, lopend van 'geheel niet' tot 'zeer veel' en 'bijna nooit' tot 'bijna altijd'. Een lage somscore impliceert weinig of geen angst, een hoge score impliceert veel angst (van der Ploeg, 1982). Voor het huidige onderzoek werd enkel gekeken naar de mate van angst als dispositie. Voorbeelden van items zijn: 'ik voel me rustig en beheerst', 'ik heb gebrek aan zelfvertrouwen' en 'ik voel me in vrijwel alles tekortschieten'.

De betrouwbaarheid van de schaal 'angstdispositie' heeft Chronbach's alpha coëfficiënten tussen de .85 en .94. De test-hertest betrouwbaarheden zijn verkregen door de vragenlijst tweemaal bij geneeskundestudenten uit Leiden af te nemen. De correlaties voor de schaal 'angstdispositie' zijn .84 en .88. Gezien het concept toestandangst was het berekenen van de test-hertest correlaties minder relevant (van der Ploeg, 1982). De COTAN beoordeelt de ZBV met 'goed' op de punten betrouwbaarheid, kwaliteit van de handleiding en testmateriaal en uitgangspunten bij de testconstructie. De begrips- en criteriumvaliditeit zijn als 'voldoende' beoordeeld, de normen als 'onvoldoende', wegens veroudering (Evers et al., 2009-2011).

Beck Depression Inventory II – (BDI-II-NL)

De mate en ernst van een depressie als toestand werd gemeten met behulp van de BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1979; Nederlandse vertaling: Van der Does, 2002). De BDI-II wordt gebruikt voor het beoordelen van symptomen die overeenkomen met de DSM-IV-TR criteria voor depressieve stoornissen. Het doeleinde van de BDI-II is niet om een diagnose te stellen, daar is aanvullend onderzoek voor nodig. De vragenlijst bestaat uit 21 items waar bij elk item telkens vier keuzemogelijkheden waren. Bij elk item moet aangekruist worden welke van de vier uitspraken het beste beschrijft hoe de patiënt zich de afgelopen twee weken gevoeld heeft, bijvoorbeeld bij het item 'huilen'. Hierbij moet een keuze worden gemaakt tussen: 'ik huil niet meer dan vroeger', 'ik huil meer dan vroeger', 'ik huil om elk klein ding' en 'ik wil graag huilen, maar ik kan het niet'. Andere items zijn bijvoorbeeld 'somberheid, verdriet', 'afkeer van zichzelf' en 'verlies van eetlust'. De vier antwoordmogelijkheden verschillen per item. De BDI-II is onderverdeeld in drie dimensies: affect, cognitief en somatisch met respectievelijk 5, 7 en 9 items. Sommering van de ruwe scores levert een totaalscore op die loopt van 0 tot 63. Daarnaast worden er afkapscores gegevens voor het vaststellen van de ernst van de depressie: minimaal, licht, matig ernstig of ernstig.

Door de COTAN is deze vragenlijst beoordeeld met een 'goede' betrouwbaarheid, 'voldoende' begripsvaliditeit en 'onvoldoende' criteriumvaliditeit. Deze onvoldoende is gegevens wegens een gebrek aan onderzoek. Daarnaast zijn de normen als onvoldoende beoordeeld omdat deze niet representatief zijn, of doordat de representativiteit niet te beoordelen is (Evers et al., 2009-2011). Door Van der Does (2002) is onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit. De interne consistentie van de BDI-II is hoog met

Chronbach's alpha betrouwbaarheidscoëfficiënten van .92 voor de patiëntengroep en .88 voor de controlegroep. De test-hertestbetrouwbaarheids correlatie ligt tussen de .65 en .72. De convergente validiteit van de BDI-II is erg variabel, en ligt tussen de .27 en .89.

Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA

De tevredenheid op verschillende levensgebieden werd gemeten met de MANSA (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). De MANSA geeft een subjectieve maat over de kwaliteit van leven en betreft het oordeel van de patiënt zelf. De levensgebieden zijn: het leven in het algemeen, huisvesting, woonsituatie, dagbesteding, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, persoonlijke veiligheid, sociale relaties, familie, intieme relaties, seksualiteit en financiën. De vragenlijst bevat 16 items die moeten worden gescoord op een 7-puntsschaal (Likert), lopend van 0 (zeer ontevreden) tot 6 (zeer tevreden). Voor de totale vragenlijst wordt een mediane somscore berekend. Voorbeelden van items zijn: 'hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid', hoe tevreden bent u over uw sociale relaties' en 'hoe tevreden bent u met uw dagbesteding' (Priebe et al., 1999).

De MANSA is nog niet door de COTAN beoordeeld. Volgens Priebe et al. (1999) is de interne consistentie bevredigend (Chronbach's alpha: .74). De construct en convergerende validiteit zijn beide hoog (Priebe et al., 1999).

Procedure

Alle patiënten die zich in 2011 aangemeld hadden, werden in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) opgezocht, tenzij door de patiënt expliciet was aangegeven dat het dossier niet gebruikt mocht worden voor onderzoek (0%). Zodoende werd voor het huidige onderzoek geen aparte toestemming gevraagd voor gebruik van de gegevens. Per patiënt zijn de uitkomsten op de beschreven vragenlijsten opgezocht en werden demografische gegevens verzameld. De Y-BOCS-SC, STAI en MANSA werd door de patiënt thuis ingevuld, andere vragenlijsten werden afgenomen tijdens het psychodiagnostisch onderzoek. De EDE werd tijdens de intakeprocedure afgenomen.

De diagnose van de eetstoornis AN werd, in belang van het onderzoek, zoveel mogelijk opgedeeld in de subtypes ANR/ANBP door in het EPD te kijken naar de beschrijving van het klinisch beeld bij de uitkomst op de EDE. Er waren tevens veel patiënten met de diagnose eetstoornis NAO (niet anderszins omschreven). In het dossier van elke patiënt is zodoende, aan de hand van de uitkomst op de EDE, opgezocht wat het

klinisch beeld was waardoor een groot deel van deze patiënten ondergebracht kon worden bij eetstoornissen BN en de subtypes van AN.

Een groot deel van de participanten gaf aan een vorm van medicatie te gebruiken. Deze soort medicatie was zeer divers, variërend van homeopathische middelen tot antipsychotica. Om te controleren voor de invloed van medicatie werd besloten alleen te kijken naar psychische medicatie welke invloed had op het directe cognitieve functioneren. Zodoende werden drie groepen medicatie opgesteld: antidepressiva, benzodiazepines en antipsychotica.

Scores op de Y-BOCS-SC zijn berekend door alle items dichotoom te scoren, waarbij eerst gekeken werd naar de huidige symptomen en als tweede naar de lifetime symptomen. Items werden met 0 gescoord wanneer deze 'nooit' of 'ooit' voorkwamen, en kregen een 1 wanneer deze 'afgelopen week' voorkwamen. Voor het berekenen van de lifetime symptomen kregen items een 0 wanneer deze 'nooit' of 'afgelopen week' voorkwamen en een 1 als ze 'ooit' voorkwamen (Rufer, Fricke, Moritz, Kloss & Hand, 2006). Vervolgens werden alle scores voor elke patiënt per dimensie opgeteld en is een totaalscore voor huidige en lifetime symptomen berekend, zoals tevens gedaan is door Rufer et al. (2006).

Om te bepalen of een participant obsessieve en compulsieve symptomen had, werd als eerste in het dossier van de betreffende patiënt gekeken. Obsessies en compulsies werden alleen als symptomen van OCS gezien wanneer de inhoud van de dwanggedachte of de dwanghandeling niet gerelateerd was aan een preoccupatie met voedsel. Indien in het dossier duidelijke aanwijzingen stonden voor obsessief en/of compulsief gedrag wat niet gerelateerd was aan de eetstoornis werd de patiënt toegewezen aan de OCS groep. Wanneer hierover werd getwijfeld, werd aan de behandelaar gevraagd of deze zich hierin kon vinden. Het antwoord van de behandelaar bepaalde in dat geval aan welke groep de patiënt toegewezen werd. Participanten zonder obsessieve en compulsieve symptomen en participanten die weliswaar op de Y-BOCS-SC aangaven symptomen te ervaren, maar waarvan de behandelaar niet vond dat er sprake was van OCS gedrag, werden toegewezen aan de groep zonder OCS symptomen. Participanten waarbij de aan- of afwezigheid van OCS symptomen niet kon worden vastgesteld, werden aangeduid als '*missing value*'.

Statistische Analyse

Voor het uitvoeren van de analyses werd de data getoetst op normaliteit en homogeniteit van de variantie. Dit werd voor beide groepen apart gedaan. Bij het schenden van een van de assumpties werd in de analyses gebruik gemaakt van de non-parametrische Kruskal-Wallis test. Wanneer aan de assumpties werd voldaan, werd gebruik gemaakt van ANOVA's (*analysis of variance*).

Er werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek om te onderzoeken hoeveel patiënten symptomen van OCS hadden. Naast variantieanalyses (ANOVA's) werden non-parametrische tests (Kruskal-Wallis) uitgevoerd om de groep participanten met symptomen van OCS te vergelijken met de groep zonder OCS symptomen op demografische en klinische kenmerken. Door middel van ANOVA's (F) en Kruskal-Wallis testen (H (Field, 2009)) werd gekeken naar verschillen tussen verschillende eetstoornissen binnen de groep met OCS symptomen, door voor deze groep een nieuwe variabele aan te maken. Er werden correlaties berekend om de relatie tussen demografische, klinische en symptomen van OCS te onderzoeken, waarna handmatig de verklaarde variantie van de correlaties werd berekend ($r^2 \cdot 100$). Alle statistische analyses werden tweezijdig toetst waarbij een significantiewaarde van .05 werd aangehouden. Alle analyses werden uitgevoerd met behulp van het programma SPSS 16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTATEN

Van de 85 participanten waren er 57 (67,1%) met de diagnose AN, waarvan 31 met ANR (36,5%) en 26 met ANBP (30,6%). Elf participanten (12,9%) waren gediagnosticeerd met BN en zeventien (20%) met ESNAO. Om na te gaan of er in de patiëntenpopulatie van Rintveld patiënten waren met symptomen van OCS werd gebruik gemaakt van frequentie analyses om het aantal participanten met en zonder OCS symptomen te bepalen. Van de 85 participanten waren er vijf (5,9%) waarvan de aan- of afwezigheid van OCS symptomen niet kon worden vastgesteld, waardoor zodoende van tachtig participanten werd bepaald of zij wel of geen symptomen van OCS hadden. Er waren 59 participanten (73,8%) zonder symptomen van OCS en 21 (26,2%) met symptomen van OCS.

Tabel 1.

Demografische gegevens van zowel de gehele onderzoeksgroep (N=85) als voor de groepen met (N=21) en zonder (N=59) OCS symptomen.

	Gehele groep			OCS symptomen			Geen OCS symptomen		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range
Leeftijd	28,23	10,08	18,09-62,90	24,16	6,43	18,41-45,17	29,83	11,11	18,09-62,9
Duur eetstoornis	9,58	9,90	0,5-44	7,36	8,04	0,5-31	10,52	10,83	1-44
Eerste symptomen	18,39	6,51	8-45	16,33	3,62	9-25	19,30	7,41	8-45
BMI	17,62	2,37	13,2-23	17,51	2,37	13,2-22,5	17,67	2,44	13,8-23
Huidige GAFscore	51,76	7,96	30-75	49,76	10,31	30-75	52,08	6,75	35-70

Noot. Leeftijd in jaren; duur van de eetstoornis in jaren; eerste symptomen zichtbaar in jaren; BMI: Body Mass Index; GAFscore: Global Assessment of Functioning Scale.

Van de 21 participanten met OCS symptomen waren er 15 met AN (71,4%) en 6 met BN of ESNAO (28,6%) (zie Tabel 2). Meer specifiek waren er 8 met ANR (38,1%), 7 met ANBP (33,3%), 3 met BN (14,3%) en 3 met ESNAO (14,3%). In deze groep was 100% vrouw. 47,6% gebruikte een vorm van medicatie (N=10). In deze groep had 42,9% (N=9) een persoonlijkheidsstoornis (borderline: 4,8%, OCPS: 9,5%, NAO: 28,6%). 14,3% had geen persoonlijkheidsstoornis en 42,9% had een uitgestelde diagnose.

In de groep zonder OCS symptomen waren er 39 met AN (66,1%) en 20 met BN of ESNAO (33,9%) (zie Tabel 2). Meer specifiek waren er 23 met ANR (39%), 16 met ANBP (27,1%), 8 met BN (13,6%) en 12 met ESNAO (20,3%). In deze groep was 96,6% vrouw. 40,7% gebruikte medicatie (N=24). In deze groep had 39% (N=23) een persoonlijkheidsstoornis (cluster B: 1,7%, cluster C: 6,8%, cluster B/C: 5,1%, NAO: 25,4%). 16,9% had geen persoonlijkheidsstoornis en 44,1% had een uitgestelde diagnose.

Tabel 2.

Aantal participanten, eetstoornissen, medicatie en persoonlijkheidsstoornissen per groep (N (%)).

	OCS symptomen	Geen OCS symptomen
N (%)	21 (26,2)	59 (73,8)
ANR (%)	8 (38,1)	23 (39,0)
ANBP (%)	7 (33,3)	16 (27,1)
BN (%)	3 (14,3)	8 (13,6)
ESNAO (%)	3 (14,3)	12 (20,3)
Medicatie (%)	10 (47,6)	24 (40,7)
Persoonlijkheidsstoornis (%)	9 (42,9)	23 (39,0)

Noot. ANR: Anorexia Nervosa restrictief; ANBP: Anorexia Nervosa eetbuien/purgerend; BN: Boulimia Nervosa; ESNAO: eetstoornis niet anderszins omschreven.

De participanten met OCS symptomen werden vergeleken met de participanten zonder OCS symptomen door middel van een one-way ANOVA of een Kruskal-Wallis test op demografische (Tabel 1) en klinische kenmerken (Tabel 3). Voordat deze analyses werden uitgevoerd, werd gekeken naar de mogelijke invloed van medicatie op het cognitieve functioneren. Er waren geen groepsverschillen in medicatiegebruik: ($F(1, 76) = 0,185, p = .668$). Zodoende werd voor deze variabele in de verdere analyses niet gecontroleerd.

Demografische kenmerken

Er werd geen significant groepsverschil gevonden voor leeftijd: $H(2) = 3,558, p = .059$. Er waren geen significante groepsverschillen voor de duur van de eetstoornis, leeftijd waarop de eerste symptomen zichtbaar werden en BMI: $H(1) = 1,635, p = .201$; $H(1) = 2,174, p = .14$ en ($F(1,69) = 0,057, p = .812$ respectievelijk). Er was geen significant groepsverschil voor de huidige GAFscore: $H(1) = 1,346, p = .246$.

Y-BOCS-SC

De gemiddelde lifetime score op de Y-BOCS-SC was 18,14 (SD = 6,67) bij de groep met symptomen van OCS en 11,68 (SD = 9,78) bij de groep zonder OCS symptomen (zie Tabel 3). Dit verschil was significant: $H(1) = 10,449, p = .001$. De gemiddelde huidige score op de Y-BOCS-SC was 6,65 (SD = 4,28) bij de groep met OCS symptomen en 4,1 (SD

= 5,8) bij de groep zonder OCS symptomen. Dit verschil was significant: $H(1) = 8,976, p = .003$. Er werd een significant groepsverschil gevonden voor drie Y-BOCS-SC dimensies: 'obsessies en controleren', 'symmetrie en ordenen' en 'smetvrees en wassen': $H(1) = 5,053, p = .025$; $H(1) = 8,707, p = .003$ en $H(1) = 8,549, p = .003$.

Eetstoornis symptomen

De gemiddelde score op de EDE subschaal 'zorgen over eten' was 3,33 (SD = 1,33) bij de OCS groep en 2,41 (SD = 1,39) bij de niet OCS groep. Dit verschil was significant: $(F(1, 58) = 5,402, p = .024, r = .30)$. De gemiddelde score op de perfectionisme schaal van de EDI was 23,1 (SD = 5,13) voor de OCS groep en 22,0 (SD = 6,09) voor de niet OCS groep. Dit verschil was niet significant: $(F(1, 30) = 0,246, p = .624)$.

Angst

De gemiddelde score op de ZBV was 62,79 (SD = 9,59) voor de OCS groep en 58,84 (SD = 10,37) voor de groep zonder OCS symptomen. Dit groepsverschil was niet significant: $(F(1, 71) = 2,262, p = .137)$.

Depressie

De gemiddelde score op de BDI was 38,11 (SD = 12,93) voor de OCS groep en 29,76 (SD = 14,67) voor de groep zonder OCS symptomen. Dit verschil was niet significant: $(F(1, 24) = 2,059, p = .164)$.

Kwaliteit van leven

De gemiddelde score op de MANSA (kwaliteit van leven) voor de groep met OCS symptomen was 32,29 (SD = 8,62) en voor de groep zonder OCS symptomen 38,3 (SD = 9,25). Dit verschil was significant: $(F(1, 49) = 4,447, p = .04, r = .28)$.

Groepsverschillen binnen de OCS groep bij subtypes van de eetstoornis

Er werd gekeken naar verschillen op de Y-BOCS-SC binnen de anorexia groep met OCS symptomen. Deze zijn terug te vinden in Tabel 4. Het eetbuien/purgerende type van AN had, in vergelijking met het restrictieve type van AN, gemiddeld meer symptomen op de dimensies 'obsessies en controleren' en 'hoarding en verzameldwang'. Deze verschillen waren niet significant: $H(1) = 0,03, p = .86$ en $H(1) = 0,50, p = .48$ respectievelijk.

Er waren op de Y-BOCS-SC geen significante verschillen te zien tussen de eetstoornissen ANR en ANBP. Tevens waren er geen significante verschillen tussen AN en BN/ESNAO en tussen BN en ESNAO. Deze resultaten werden niet weergegeven in het huidige onderzoek.

Tabel 3.

Klinische kenmerken van de onderzoeksgroepen met en zonder symptomen van OCS.

	Geen OCS		<i>F/H</i>	<i>p.</i>
	OCS symptomen	symptomen		
	M (SD)	M (SD)		
Y-BOCS-SC totaal lifetime	18,14 (6,67)	11,68 (9,78)	10,50	.001**
Obsessies/controleren	9,57 (4,84)	6,64 (5,45)	5,05	.025*
Symmetrie/ordenen	2,95 (1,69)	1,68 (1,82)	8,71	.003**
Smetvrees/wassen	5,29 (3,26)	3,14 (3,84)	8,55	.003**
Hoarding/verzamelen	0,33 (0,48)	0,22 (0,42)	1,04	.307
Y-BOCS-SC totaal huidig	6,65 (4,28)	4,10 (5,80)	8,98	.003**
EDE totaal	3,99 (1,26)	3,42 (1,22)	2,62	.111
EDE beperkend	3,69 (1,78)	3,26 (1,47)	1,11	.296
EDE zorgen over eten	3,33 (1,33)	2,41 (1,39)	5,40	.024*
EDE zorgen over gewicht	4,38 (1,70)	4,09 (1,50)	1,21	.271
EDE zorgen over figuur	4,54 (1,31)	3,89 (1,43)	2,60	.113
Kwaliteit van leven	32,29 (8,62)	38,30 (9,25)	4,45	.040*
BDI	38,11 (12,93)	29,76 (14,67)	2,06	.164
ZBV	62,79 (9,59)	58,84 (10,37)	2,26	.137
EDI perfectionisme	23,10 (5,13)	22,00 (6,09)	0,25	.624

Noot. * = $p < .05$; ** = $p < .01$. Y-BOCS-SC: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Symptom Checklist; EDE: Eating Disorder Examination; BDI: Beck Depression Inventory; ZBV: Zelf Beoordelings Vragenlijst; EDI: Eating Disorder Inventory.

Tabel 4.

Gemiddelde scores (SD) op de dimensies van de Y-BOCS-SC voor de AN subtypes.

	ANR	ANBP	<i>F/H</i>	<i>p.</i>
Y-BOCS-SC totaal	17,88 (6,29)	17,29 (7,85)	0,03	.87
Obsessies/controleren	9,00 (6,21)	9,43 (3,41)	0,03	.86
Symmetrie/ordenen	3,12 (1,13)	2,71 (1,98)	0,25	.62
Smetvrees/wassen	5,50 (2,73)	4,71 (4,23)	0,19	.67
Hoarding/verzamelen	0,25 (0,64)	0,43 (0,54)	0,50	.48

Correlaties

Er werden correlaties berekend om te onderzoeken of er een samenhang bestond tussen verschillende klinische en demografische variabelen. Meer specifiek werd gekeken naar de samenhang van diverse variabelen met de Y-BOCS-SC en de dimensies ervan (zie Tabel 5). De correlaties werden berekend over de groep participanten waarvan scores op de Y-BOCS-SC bekend waren ($N=85$).

Er werd een significant negatief verband gevonden tussen de totaalscore van de Y-BOCS-SC en leeftijd ($r = -.232, N = 85, p = .33$). Dit was een zeer zwakke correlatie: 5,4% van de variantie werd verklaard. Er werd een significant negatief verband gevonden tussen de leeftijd waarop de eerste symptomen zichtbaar werden en de totaalscore op de Y-BOCS-SC ($r = -.231, N = 80, p = .039$). Deze correlatie was zeer zwak: 5,3% van de variantie werd verklaard.

Er werd een significant positief verband gevonden tussen de Y-BOSC-SC en de totaalscore van de EDE ($r = .473, N = 64, p = < .001$). Deze correlatie was zwak: 22,4% van de variantie werd verklaard. Y-BOCS-SC scores waren significant positief gecorreleerd met de perfectionisme schaal van de EDI ($r = .437, N = 34, p = .01$). Deze correlatie was zwak: 19,1% van de variantie werd verklaard.

Y-BOCS-SC scores waren significant positief gecorreleerd met de ZBV ($r = .398, N = 77, p = < .001$). Deze correlatie was zwak: 15,8% van de variantie werd verklaard. Y-BOSC-SC scores waren significant positief gecorreleerd met de BDI, $r = .627, N = 29, p = < .001$. Deze correlatie was matig: 39,3% van de variantie werd verklaard. Er werd een significant negatief verband gevonden tussen de kwaliteit van leven en de totaalscore op de Y-BOSC-SC ($r = -.627, N = 54, p = < .001$). Deze correlatie was matig: 39,3% van de variantie werd verklaard.

Tabel 5.

Correlaties tussen demografische en klinische gegevens van participanten die de Y-BOCS-SC ingevuld hebben (N=85).

	Leeftijd	Duur eetstoornis	Eerste symptomen	EDE	MANSA	BDI	ZBV	Perfectionisme	Y-BOCS-SC	Symmetrie/ordenen	Smetvrees/wassen
Leeftijd	1										
Duur eetstoornis	,791**	1									
Eerste symptomen	,342**	-,303**	1								
EDE totaal	-,105	-,040	-,127	1							
MANSA	,037	,117	-,086	-,323*	1						
BDI	-,161	-,295	,248	,510**	-,723**	1					
ZBV	-,013	-,068	,093	,558**	-,478**	,780**	1				
EDI perfectionisme	-,093	-,193	,287	,486**	-,327	,618**	,604**	1			
Y-BOCS-SC totaal	-,232*	-,079	-,231*	,473**	-,627**	,627**	,398**	,437**	1		
Symmetrie/ordenen	-,167	-,040	-,153	,401**	-,521**	,378*	,311**	,393*	,813**	1	
Smetvrees/wassen	-,167	-,067	-,147	,306*	-,466**	,318	,229*	,287	,803**	,626**	1

* = $p < .05$; ** = $p < .01$

DISCUSSIE

Het doel van het huidige onderzoek was te onderzoeken hoeveel patiënten er waren met symptomen van OCS en of er verschillen waren tussen patiënten met en zonder OCS symptomen op demografische en klinische kenmerken. Binnen de OCS groep werd onderzocht of er verschillen waren tussen de verschillende eetstoornissen en subtypes, en werd onderzocht welke symptomen voornamelijk voorkwamen. Als laatste werd onderzocht welke klinische en demografische kenmerken samenhangen met obsessieve en compulsieve symptomen.

Uit dit exploratieve dossieronderzoek werd duidelijk dat er patiënten waren welke comorbide symptomen van OCS hadden. De prevalentie die in het huidige onderzoek werd gevonden, is in overeenstemming met ander onderzoek (o.a. Iwasaki et al., 2000) en komt eerder in de buurt bij de prevalentie die door Micali et al (2011) (tien procent) gevonden wordt, dan bij de prevalentie die Altman & Shankman (2009) (69 procent) rapporteren. Tegen de verwachting in bleken niet de obsessies en compulsies van de dimensie 'symmetrie en ordenen' het meest voor te komen zoals bleek uit onderzoek van Iwasaki et al. (2000) en Kaye et al. (2004), maar de obsessies en compulsies van de dimensie 'obsessies en controleren'. Deze dimensie omvat een grote

groep obsessies: agressieve, seksuele, religieuze en somatische dwanggedachten. De compulsies in deze dimensie bestaan uit controle dwanghandelingen. Bij patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis komt bij de meerderheid herhaald controleren voor (Van den Hout, 2010). Bovendien wordt het 'controleren' bij OCS als een van de hoofdtypen gezien (Rachman, 2004).

Overeenkomstig de verwachting waren er tussen de groepen met en zonder symptomen van OCS groepsverschillen te zien op diverse klinische kenmerken. Zoals verwacht rapporteerde de OCS groep significant meer lifetime en huidige obsessieve en compulsieve symptomen dan de groep zonder OCS symptomen. Groepsverschillen werden tevens teruggevonden op drie van de vier dimensies van de Y-BOCS-SC: 'obsessies en controleren', 'symmetrie en ordenen' en 'smetvrees en wassen'. Hoewel de relatie tussen eetstoornissen en OCS gedurende lange tijd wordt verondersteld, zou vervolgonderzoek uit moeten wijzen of er bij de OCS groep daadwerkelijk sprake is van een comorbide obsessief-compulsieve stoornis, dat deze groep zich beperkt tot het hebben van symptomen, of dat er een andere onderliggende samenhang bestaat tussen de comorbiditeit van eetstoornissen en OCS. Voor de praktijk impliceert dit dat er bij eetstoornispatiënten uitgebreide diagnostiek plaats dient te vinden wanneer er aanwijzingen zijn dat er sprake is van obsessies en/of compulsies.

Epidemiologische studies duiden aan dat de comorbiditeit tussen eetstoornissen en OCS niet ontstaat door toeval of een vertekening in de steekproef (Altman & Shankman, 2009). Deze comorbiditeit zou ten dele verklaard kunnen worden door het persoonlijkheidskenmerk perfectionisme. Onderzoek toont aan dat perfectionisme vaker voorkomt bij OCS dan bij andere angststoornissen en patiënten met een eetstoornis worden consistent gekarakteriseerd als perfectionistisch. Deze persoonlijkheidstrekk kan een onderliggende kwetsbaarheid voor de ontwikkeling en handhaving van deze stoornissen reflecteren (Altman & Shankman, 2009). Uit het huidige onderzoek kwam naar voren dat een toename in obsessieve en compulsieve symptomen samenhang met een stijging in perfectionisme.

Perfectionisme is tevens een kenmerk van de obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis, waarmee de comorbiditeit tussen AN en OCS regelmatig in verband wordt gebracht. Van een groep opgenomen patiënten met een eetstoornis blijkt dat 25,7 procent de diagnostische criteria bezit van OCPS (Gartner, Marcus, Halmi & Loranger, 1989, in: Swinbourne & Touyz, 2007). Deze persoonlijkheidsstoornis wordt

niet gevonden bij boulimia patiënten, wat suggereert dat de kenmerken meer consistent zijn bij anorexia patiënten (Swinbourne & Touyz, 2007). Lilenfeld et al. (1998) rapporteren dat proefpersonen met anorexia nervosa verhoogde waarden op OCPS hebben. Deze bevinding ondersteunt de eerdere bevindingen over perfectionisme en inflexibiliteit die gevonden worden bij het restrictieve type van AN (Serpell et al., 2002). Hiernaast blijkt uit het onderzoek van Lilenfeld et al. (1998) dat 31 procent van de anorexia patiënten voldoet aan de criteria voor zowel OCPS als OCS, wat leidt tot de suggestie dat individuen met OCPS meer kwetsbaar kunnen zijn voor het ontwikkelen van OCS dan individuen zonder deze persoonlijkheidskenmerken. Het onderzoek van Lilenfeld et al. (1998) wordt mede ondersteund door onderzoek van Davis en Kaptein (2006). Zij rapporteren dat de karakteristieken van OCPS vaak worden gezien in het premorbide profiel bij AN, met name bij het restrictieve type. Vervolgonderzoek zou uit moet wijzen wat de precieze relatie is tussen perfectionisme bij eetstoornissen en OCS.

In het huidige onderzoek scoorde de OCS groep significant hoger op de subschaal 'zorgen over eten' van de EDE dan de niet OCS groep. De OCS groep maakte zich meer zorgen om eten, voedsel en calorieën en deze gedachten interfereerden meer met de mogelijkheid om zich te kunnen concentreren. Deze bevinding is in overeenstemming met het feit dat comorbiditeit kan resulteren in meer ernstig psychopathologie (Coryell et al., 1988). Dat de OCS groep meer zorgen omtrent eten ervaart kan indiceren dat zij een ernstigere eetpathologie ervaren.

De groep met OCS symptomen rapporteerde een significant lagere score op de MANSAs, welke de kwaliteit van leven meet. Dit houdt in dat patiënten met comorbide obsessieve en compulsieve symptomen een mindere kwaliteit van leven ervaren dan de patiënten zonder deze comorbide symptomen. Deze bevinding is in overeenstemming met de verwachting en wordt tevens gevonden in onderzoek van Masellis, Rector en Richter (2003). Volgens hen wordt bij patiënten met OCS een lagere kwaliteit van leven vooral veroorzaakt door de ervaren obsessies en de ernst hiervan. Obsessies worden als intrusief en oncontroleerbaar ervaren en veroorzaken angst en stress. Compulsies worden weliswaar als irrationeel gezien, maar zijn noodzakelijk om de angst te verminderen (Masellis et al., 2003). Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het verschil in obsessies en compulsies op de kwaliteit van leven bij eetstoornispatiënten.

Comorbiditeit met obsessieve en compulsieve symptomen zorgde niet voor meer depressieve klachten. Hoewel de OCS groep meer depressieve klachten rapporteerden,

was er geen significant groepsverschil. Dit zou verklaard kunnen worden doordat beide groepen zeer hoog scoorden op de BDI (gemiddeld een ernstige depressie), wat kan betekenen dat er mogelijk sprake is van een plafondeffect. Doordat de eetstoornispathologie resulteert in een hoge mate van depressieve gevoelens, zorgen comorbide symptomen van OCS blijkbaar niet voor nog meer depressieve klachten.

Een mogelijk plafondeffect zou tevens de reden kunnen zijn wanneer gekeken wordt naar de mate van angst als dispositie (ZBV). Wanneer een cut-off score van 41 aangehouden wordt (Van der Ploeg et al., 1980), wordt door beide groepen erg hoog gescoord op deze vragenlijst. Deze hoge angstdispositie komt overeen met bevindingen uit het onderzoek van Pollice et al. (1996), waarbij een dergelijke hoge score gevonden wordt bij anorexia patiënten. Wellicht dat alleen al het hebben van een eetstoornis resulteert in een hoge mate van angst. Het continu bezig zijn met eten, niet eten, gewicht en het piekeren hierover veroorzaakt stress. In combinatie met een negatief zelfbeeld, onzekerheid en lichamelijke klachten kan dit resulteren in een grote mate van angst. Een andere verklaring voor deze hoge angst kan gezocht worden in de algehele comorbiditeit. Bij beide groepen patiënten was regelmatig sprake van andere comorbide angststoornissen, zoals een sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis. Comorbiditeit wordt geassocieerd met meer symptomen van angst (Ledley et al., 2005; Weertman et al., 2005). Daarnaast kan een depressie tevens zorgen voor hoge niveaus van angst. In ieder geval kan geconcludeerd worden dat angst een onderdeel is van de persoonlijkheid van eetstoornispatiënten.

Wanneer er binnen de OCS groep gekeken werd naar de bevindingen, bleek dat er, zoals verwacht, meer anorexia patiënten waren met obsessieve en compulsieve symptomen, dan boulimia patiënten of patiënten met de diagnose ESNAO. Tussen de subtypes van anorexia nervosa werden echter geen verschillen gevonden. In tegenstelling tot de verwachting had het eetbuien/purgerende type van AN niet meer symptomen van OCS dan het restrictieve type. Deze bevinding is in tegenstelling tot de bevindingen van Fornari et al. (1992) en Godart et al. (2006), maar wel in overeenstemming met Kaye et al. (2004). Uit hun onderzoek komt naar voren dat de prevalentie van OCS niet significant verschil tussen ANR, ANBP en BN. Pollice et al. (1997) vinden nog andere resultaten; zij concluderen dat juist het restrictieve type meer obsessief is dan het eetbuien/purgerende type. Een andere verklaring zou methodologisch van aard kunnen zijn. Voor het huidige onderzoek zijn patiënten met

een diagnose NAO zoveel mogelijk opgedeeld in de twee subtypes van AN door in het EPD te kijken naar het klinisch beeld. Een patiënt met de diagnose NAO beschikt (nog) niet over alle vereiste criteria van de DSM-IV-TR voor de diagnose ANR of ANBP. Zodoende zouden deze groepen meer homogeen kunnen zijn dan verwacht, waardoor groepsverschillen niet gevonden werden. Vervolgonderzoek zal zodoende moeten uitwijzen of er daadwerkelijk verschillen zijn in OCS symptomen tussen de subtypes van anorexia nervosa.

Sterke kanten en limitaties van het huidige onderzoek

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek dat OCS symptomen onderzocht heeft bij een Nederlandse populatie van eetstoornispatiënten. Een pluspunt van het huidige onderzoek is hiernaast het exploratieve karakter. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er sprake is van obsessieve en compulsieve symptomen bij eetstoornispatiënten welke ongerelateerd zijn aan de eetstoornis en geeft inzicht in de hoeveelheid en het soort symptomen. Dit onderzoek kan zodoende aanzet geven voor vervolgonderzoek, wat zich kan richten op de ernst van deze symptomen. De bevindingen leggen niet alleen de nadruk op de prevalentie van comorbide OCS symptomen, maar tevens op de behoefte om comorbide OCS grondig te onderzoeken en de relatie tussen beide stoornissen vast te stellen. Hiernaast bevestigt het eerdere bevindingen over de relatie tussen comorbiditeit en de kwaliteit van leven, waardoor er meer inzicht in de klinische context verkregen wordt.

Naast sterke kanten van het huidige onderzoek zijn er een aantal limitaties die in acht moeten worden genomen. Niet alle participanten die de Y-BOCS-SC hadden ingevuld, hadden alle andere vragenlijsten ingevuld. Van een aantal vragenlijsten (BDI en EDI) waren van minder dan de helft van de participanten gegevens beschikbaar. Hierdoor dienen resultaten met betrekking tot deze vragenlijsten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Een andere limitatie is dat het niet altijd duidelijk was of obsessies en/of compulsies gerelateerd waren aan de eetstoornis. Zo werd een enkele keer bijvoorbeeld uit het dossier wel duidelijk dat er zichtbaar sprake was van obsessies en/of compulsies, maar werd niet duidelijk gespecificeerd of deze eetstoornisgebonden waren of hier los van stonden. Deze patiënten werden toegewezen aan de OCS groep. Een andere limitatie is dat in de onderzoeksgroep andere angststoornissen regelmatig voorkwamen. Het is mogelijk dat comorbiditeit met andere

angststoornissen een verklaring kan bieden voor hoge Y-BOCS-SC scores bij de groep zonder OCS symptomen, gezien de positieve correlatie tussen scores op de Y-BOCS-SC en de ZBV. Een laatste limitatie is dat bij de berekening van de lifetime Y-BOCS-SC scores de huidige symptomen niet meegenomen zijn. Een korte herberekening laat echter zien dat de gemiddelde totaalscore niet dermate verschilt van de scores die in dit onderzoek gevonden zijn.

Klinische implicaties

De bevindingen uit dit onderzoek hebben verschillende klinische implicaties. Er bestaat een contrast tussen de gevonden prevalentie in het huidige onderzoek en het feit dat van de participantenpopulatie slechts één patiënt reeds de diagnose OCS had, zoals te zien was in het EPD. Dit vraagt om een betere herkenning van deze angststoornis. Symptomen welke eerder gerelateerd werden aan de eetstoornis, zouden in werkelijkheid gerelateerd kunnen zijn aan OCS. Anderzijds zouden symptomen welke gerelateerd werden aan comorbide OCS, secundair kunnen zijn aan de eetpathologie of ondervoeding. In ieder geval dient er een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen OCS symptomen welke gerelateerd zijn aan de angststoornis en eetstoornis gerelateerde obsessieve en compulsieve symptomen.

De bevindingen uit dit onderzoek kunnen meegenomen worden in de behandeling. Gegeven de bevinding dat comorbiditeit de behandeling kan bemoeilijken dient hier rekening mee gehouden te worden. Bij het herkennen van comorbide OCS bij eetstoornissen kan deze angststoornis behandeld worden naast de behandeling van de eetstoornis, waardoor de effectiviteit van de behandeling van eetstoornissen vergroot kan worden.

Doordat patiënten met comorbide symptomen van OCS een mindere kwaliteit van leven hebben, kan dit gegeven tevens meegenomen worden in de behandeling. Deze patiënten rapporteren op verschillende levensgebieden (zoals woonsituatie, sociale en intieme relaties, familie en financiën) een lagere tevredenheid, waardoor de behandeling zich naast de eetstoornis zou kunnen richten op het verbeteren van deze tevredenheid, zoals het verbeteren van de relatie met het gezin door middel van systeemtherapie.

Vervolgonderzoek

Gezien de bevindingen van het huidige exploratieve onderzoek kunnen een aantal suggesties voor vervolgonderzoek worden gedaan. Belangrijk is dat bij vervolgonderzoek de gehele Y-BOCS wordt afgenomen en niet enkel de *symptom checklist* ervan, zodat inzicht verkregen wordt in de ernst van de ervaren symptomen. Hiernaast is het belangrijk dat er een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen obsessies en compulsies welke kenmerkend zijn voor OCS en obsessies en compulsies die gerelateerd zijn aan de eetpathologie of secundair zijn aan ondervoeding. Een semi-gestructureerd interview zou hier nuttig kunnen zijn zodat een clinicus door kan vragen wanneer dit nodig is.

Dit onderzoek heeft patiënten geïncludeerd welke in 2011 op intake zijn geweest. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op een grotere groep patiënten, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen klinische en ambulante patiënten. Op deze manier kan onderzocht worden of er verschillen zijn tussen klinische en ambulante patiënten, gezien het gegeven dat klinische patiënten vaak meer comorbiditeit vertonen en meer en ernstiger symptomen en klachten hebben (Godart et al., 2006; Altman & Shankman, 2009).

Conclusie

Dit exploratieve onderzoek geeft aanwijzingen dat er sprake kan zijn van een comorbide obsessief-compulsieve stoornis bij patiënten met een eetstoornis, voornamelijk bij anorexia nervosa patiënten en dat de gepresenteerde symptomen, welke niet gerelateerd zijn aan de eetstoornis, vooral met obsessies en controleren te maken hebben. Deze patiënten ervaren een lagere kwaliteit van leven en maken zich meer zorgen om zaken omtrent eten dan eetstoornispatiënten zonder deze comorbide OCS symptomen. Kenmerken van angst, depressie en perfectionisme blijken samen te hangen met de mate van obsessieve en compulsieve symptomen.

REFERENTIES

- Altman, S.E., & Shankman, S.A. (2009). What is the Association Between Obsessive-Compulsive Disorder and Eating Disorders? *Clinical Psychology Review, 29*, 638-646.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association (DSM-IV).
- Arrindell, W.A., Albersnagel, F.A., & Oppen, P., van. (1990). *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Nederlandse bewerking, verkorte versie*. Gevonden op 13 maart, 2012 op: http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/measuring_instruments/meetinstrumenten_130pdf.pdf.
- Balkom, A.J.L.M. van., & Oppen, P. van. (1996). State of the Art. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 38*.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1979). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among Anxiety Disorders: Implications for Treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 835-844.
- Cooper, Z., Cooper, P.J., & Fairburn, C.G. (1989). The Validation of the Eating Disorder Examination and its Subscales. *British Journal of Psychiatry, 154*, 807-812.
- Coryell, W., Turvey, C., Endicott, J., Leon, A.C., Mueller, T., Solomon, D. et al. (1998). Lithium Discontinuation and Subsequent Effectiveness. *American Journal of Psychiatry, 155*, 895-898.
- Davis, C., & Kaptein, S. (2006). Anorexia Nervosa with Excessive Exercise: A Phenotype with Close Links to Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research, 142*, 209-217.
- Does, A.J.W. van der. (2002). *BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse Versie van de Beck Depression Inventory, 2nd edition*. Lisse: Harcourt Test Publishers.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & Vliet-Mulder, J.C. van. (2009-2011). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination. In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (12th ed., pp. 317-360). New York: Guilford Press.

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 659-665.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Welch, S.L., & Doll, H.A. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 468-476.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. 3th ed. London: SAGE Publications Inc.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D.E., Mathews, M., Skolnick, N., & Katz, J.L. (1992). Depressive and Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *12*, 21-29.
- Garner, D.M. (1991). *The Eating Disorder Inventory II. Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., Vernisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., Flament, M., & Curt, F. (2006). Does the Frequency of Anxiety and Depressive Disorders Differ Between Diagnostic Subtypes of Anorexia Nervosa and Bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 772-778.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J.L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., & Fermanian, J. (2003). Anxiety Disorders in Subjects Seeking Treatment for Eating Disorders: A DSM-IV Controlled Study. *Psychiatry Research*, *117*, 245-258.
- Godart, N.T., Flament, M.F., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between Eating Disorders and Anxiety Disorder: a Review. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 253-270.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry* *46*, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heniger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry* *46*, 1012-1016.

- Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugno, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 712-718.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Excess Mortality of Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 11-53.
- Iwasaki, Y., Matsunaga, H., Kiriike, N., Tanaka, H., & Matsui, T. (2000). Comorbidity of Axis I Disorders Among Eating-Disordered Subjects in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, (6) 454-460.
- Jansen, A. (2000). *Interview ter vaststelling van de specifieke psychopathologie van eetstoornissen: Eating Disorder Examination. (EDE 12.0)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2215-2221.
- Keel, P.K., & Klump, K. (2003). Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing their Etiology. *Psychological Bulletin*, *129*, 747-769.
- Keel, P.K., & Mitchell, J.E. (1997). Outcome in Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 313-321.
- Larsen, R.J., & Buss, D.M. (2008). *Personality Psychology: Domains of Knowledge about Human Nature*. 3th ed. New York: McGraw-Hill.
- Leckman, J.F., Grice, D.E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B.S., Cohen, D.J., Rasmussen, S.A., Goodman, W.K., McDougle, C.J., & Pauls, D.L. (1997). Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 911-917.
- Ledley, D.R., Huppert, J.D., Foa, E.B., Davidson, J.R.T., Keefe, F.J., & Potts, N.L.S. (2005). Impact of Depressive Symptoms on the Treatment of Generalized Social Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, *22*, 161-167.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G., Merikangas, K.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C.M., & Nagy, L. (1998). A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Psychiatric Disorders in First-Degree Relatives and Effects of Proband Comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 603-610.

- Masellis, M., Rector, N.A., & Richter, M.A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 72-77.
- Matsunaga, H., Miyaga, A., Iwasaki, H., et al. (1999). A Comparison of Clinical Features among Japanese Eating-Disordered Women with Obsessive-compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 337-342.
- Micali, N., Hilton, K., Natatani, E., Heyman, I., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2011). Is Childhood OCD a Risk Factor for Eating Disorders Later in Life? A Longitudinal Study. *Psychological Medicine, 41*, 2507-2513.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorders and Duration of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 284-289.
- Ploeg, H.M. van der. (1982). De Zelf-Beoordelings Vragenlijst (STAI-DY) De Ontwikkeling En Validatie van een Nederlandse Vragenlijst voor het Meten van Angst. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 24*, 576-588.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B., & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst, ZBV: Een Nederlandse bewerking van de Spielberger Stait-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Pollice, C., Kaye, W.H., Greeno, C.G., & Weltzin, T.E. (1997). Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 367-376.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evenas, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry, 45* (1), 7-12.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. 2nd ed. Hove: Psychology Press.
- Rie, S.M. de la., Noordenbos, G., & Furth, E.F. van. (2005). Quality of Life and Eating Disorders. *Quality of Life Research, 14*, 1511-1522.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Symptom Dimensions in Obsessive-compulsive Disorder: Prediction of Cognitive-behavior Therapy Outcome. *Acta Psychiatrica-Scandinavica, 113*, 440-446.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.

- Sallet, P.C., de Alvarenga, P.G., Ferrão, Y., de Mathis, M.A., Torres, A.R., Marques, A., Hounie, A.G., Fossaluza, V., do Rosario, M.C., Fontenelle, L.F., Petribu, K., & Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating Disorders in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence and Clinical Correlates. *International Journal of Eating Disorders, 43*, (4) 315-325.
- Serpell, L., Hirani, V., Willoughby, K., Neiderman, M., & Lask, B. (2006). Personality or Pathology?: Obsessive-Compulsive Symptoms in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 14*, 404-413.
- Serpell, L., & Livingstone, A., & Neiderman, M., & Lask, B. (2002). Anorexia Nervosa: Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive-Compulsive Personality Disorder, or Neither? *Clinical Psychology Review, 22*, 647-669.
- Sharp, C.W., & Freeman, C.P. (1993). The Medical Complications of Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry, 162*, 452-462.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (1970)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Steinhausen, H. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1284-1293.
- Strien, T. van. (2002). *Handleiding EDI-II-NL, Eating Disorder Inventory-II, Nederlandse versie*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Sullivan, P. (1995). Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1073-1074.
- Swinbourne, J.M. (2008). The Comorbidity Between Eating Disorders and Anxiety Disorders. *University of Sydney*.
- Swinbourne, J.M., & Touyz, S.W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review, 15*, 253-274.
- TOPGGz. (2012). Gevonden 23 april, 2012 op: <http://www.topggz.nl>.
- Van den Hout, M.A. (2010). Even checken. Dwang. In A. Jansen, M.A. van den Hout & H. Merckelbach (Eds.). *Gek, Experimentele psychopathologie. Over angst, verslaving, depressie en andere ellende* (pp. 44-59). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wade, T.D., Byrne, S., & Bryant-Waugh, R. (2008). The Eating Disorder Examination: Norms and Construct Validity with Young and Middle Adolescent Girls. *International Journal of Eating Disorders, 41*, 551-558.

- Waller, G. (2008). A 'Trans-Transdiagnostic' Model of the Eating Disorders: a New Way to Open the Egg? *European Eating Disorders Review*, 16, 165-172.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of Beliefs and Personality Disorders on Treatment Outcome in Anxiety Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 936-944.
- Wentz, E., Gillberg, C, Gillberg, I.C., & Råstam, M. (2001). Ten-year Follow-up of Adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disorders and Overall Functioning Scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 613-622.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D.L., Deter, H.C., & Herzog, W. (2000). Long Term Prognosis in Anorexia Nervosa: Lessons from a 21-year Follow-up Study. *The Lancet*, 355, 721-722.