

VOORSPELLERS VAN HERSTEL

De relatie tussen persoonlijkheidskenmerken
en herstel van Anorexia Nervosa

R. A. Scheepers - 3055957
Masterthesis - 2009/2010
Supervisor - Mw. Dr. U. N. Danner
Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht
Altrecht, Eetstoornissen Rintveld

ABSTRACT

Purpose: Previous research has shown that personality traits are predictors of recovery for patients with Anorexia Nervosa. However, some of this research has been limited and results so far were not consistent. Moreover, most studies have defined recovery based on bodily measures, with no mention of psychological measures. Since diagnostic criteria for AN include both bodily and psychological factors, in the current study both were used to define recovery, in order to examine the relationship between several specific personality traits and recovery of AN. *Method:* In this 5-year prospective follow-up study sixty-one female AN patients were included. The prognostic power of the personality traits were measured by the Eating Disorder Inventory and the Temperament and Characteristic Questionnaire. Recovery at follow-up was measured by BMI, menstruation and the Body Attitude Test. Based on both these bodily and psychological factors, three categories of outcome were defined: no recovery, partial recovery and full recovery from AN. *Results:* High cooperativeness appeared to be of marginal prognostic power for recovery of AN. Furthermore, low persistence had a significant positive influence on recovery and low fear of maturity contributed significantly to partial recovery. Low harm avoidance had a marginal positive effect on recovery. *Conclusion:* This study supported previous research that personality traits contribute to recovery of AN. It is important to extend this research, because treatment for AN patients can be improved by incorporating those traits that are important to establish recovery.

INLEIDING

Anorexia Nervosa (AN) behoort tot de categorie van ernstige psychiatrische problematiek (Stice, 2002). Het bevat het hoogste sterftecijfer van alle psychische stoornissen (5.3%) en een groot gedeelte van de personen die hieraan lijden blijft chronisch ziek (22%) (Steinhausen, 2002). Herstel van AN duurt over het algemeen lang; fysiek herstel duurt gemiddeld 4.7 jaar en psychosociaal herstel wordt gemiddeld na 6.6 jaar bereikt (Eckert, Halmi, Marchi, Grove & Crosby, 1995; Fennig, Fennig & Roe, 2002; Strober, Freeman & Morrell, 1997). Kennis van betrouwbare voorspellers van herstel, welke een onderscheid maken tussen chronische vormen van AN en vormen van AN met een kortere duur, kunnen van grote waarde zijn voor de geestelijke gezondheidszorg.

Uit onderzoek is gebleken dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken belangrijke voorspellers zijn voor herstel van AN (Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby & Mitchell, 2006). Zo blijkt dat perfectionisme, interpersoonlijk wantrouwen, rijpingsangst, ineffectiviteit en interoceptief bewustzijn voorspellers zijn van herstel (Bizeul, Rigaud & Sadowsky, 2001; Stice, 2000; van der Ham, van Strien & van Engeland, 1998). In ander onderzoek is niet zozeer de voorspellende waarde van kenmerken, als wel de algemene relatie tussen kenmerken en AN naar voren gekomen. Hieruit is gebleken dat patiënten met AN in meerdere mate leedvermijdend en volhardend zijn dan gezonde personen en in mindere mate zelfsturend, coöperatief en prikkelzoekend (Klump et al., 2004; Klump et al., 2000). Doel van huidig onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen deze kenmerken en herstel van AN.

Herstel

AN wordt volgens de DSM-IV (APA, 2000) gediagnosticeerd wanneer er sprake is van de volgende kenmerken: weigering het gewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht, een intense angst om dik te worden, stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht- of vorm beleeft (vertekend lichaamsbeeld) en (bij meisjes) de afwezigheid van ten minste drie achtereenvolgende menstruele cycli (amenorroe). Op basis hiervan is het bij herstel van AN essentieel dat patiënten een regelmatige menstruele cyclus en een gezond

gewicht hebben (Morgan & Russel, 1975). Echter, bij herstel van deze kenmerken is er veelal nog sprake van een verstoord eetpatroon en een vertekend lichaamsbeeld (Noordenbos & Seubring, 2006). Dit wordt ondersteund door een review van Steinhausen (2002), waaruit blijkt dat alhoewel een groot deel van de patiënten met AN hersteld zijn van gewicht (59.6%) en menstruele cyclus (57%), een minder groot deel een normaal eetpatroon (46.8%) en een normaal lichaamsbeeld (29,6%) (van Elburg et al., 2007) heeft ontwikkeld. Derhalve is het van belang dat er bij onderzoek naar herstel van AN zowel aandacht is voor lichamelijk herstel (menstruatie en BMI), als voor psychisch herstel (lichaamsbeeld).

Volledig herstel van AN bij follow-up meting komt slechts bij 46.9% van de patiënten voor. Daarnaast herstelt 33.5% van de patiënten gedeeltelijk, 20.8% van de patiënten blijft chronisch ziek en 5% van de patiënten overlijdt als gevolg van AN. Studies naar herstel van AN gebruiken vele verschillende manieren om herstel te meten (Steinhausen, 2002). In veel studies worden er drie categorieën gebruikt: geen, gedeeltelijk of volledig herstel. De criteria van deze categorieën zijn vaak niet helder geformuleerd. Daarnaast is gebleken dat veel studies uitsluitend lichamelijke criteria gebruiken om herstel vast te stellen en geen psychische criteria (Bardone-Cone, Sturm, Lawson, Robinson & Smith, 2010), terwijl beiden essentieel zijn voor het vaststellen van deze stoornis (APA, 2000). Wanneer herstel niet op valide wijze gemeten wordt, zijn resultaten misleidend en kunnen er geen passende interventies ter bevordering van herstel ingezet worden. Daarom wordt herstel binnen dit onderzoek zowel op basis van lichamelijke factoren als op basis van psychische factoren vastgesteld.

Persoonlijkheidskenmerken

Uit onderzoek blijkt dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken voorspellers zijn voor herstel van AN (Cassin & van Ranson, 2005; Lilienfeld et al., 2005; Bizeul et al., 2001; Stice, 2000; van der Ham et al., 1998). Dit betekent dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken bijdragen aan herstel van AN. Zo blijken neuroticisme en sociale angst een negatieve invloed te hebben op herstel van AN (van der Ham et al., 1998). Daarentegen is het hebben van een hoge zelfwaarde gunstig voor herstel van AN

(van der Ham et al., 1998). Omdat het overige onderzoek naar de voorspellende waarde van kenmerken voor herstel zich enerzijds kenmerkt door tegenstrijdige resultaten en anderzijds beperkt is tot de *algemene relatie* tussen kenmerken en AN, is het van belang onderzoek hiernaar uit te breiden. Verder is het van belang om in huidig onderzoek de relatie tussen kenmerken en herstel van AN theoretisch te onderbouwen, aangezien dit nog nauwelijks gedaan is (Lilenfeld et al., 2005). Er wordt uitsluitend empirisch onderzoek gedaan, zonder te verklaren waarop deze relatie gebaseerd kan zijn. Omdat gesuggereerd kan worden dat begrip hierover belangrijk is bij het vormgeven van behandelmethoden, wordt in huidig onderzoek gekeken naar verklaringen voor deze relatie. De kenmerken die van belang zijn bij herstel van AN worden als volgt besproken.

Perfectionisme blijkt een van de voorspellers te zijn voor herstel van AN (Bizeul et al., 2001). Dit wordt ondersteund door een review van Stice (2000) waaruit blijkt dat perfectionisme een onderhoudende factor is in het beloop van AN. Perfectionisme kan omschreven worden als de neiging om hoge eisen te stellen aan zichzelf (Cassin & von Ranson, 2005). Er kan onderscheid gemaakt worden in verschillende vormen van perfectionisme: normaal perfectionisme (een adaptieve vorm gekenmerkt door hoge persoonlijke standaarden en een verhoogde zelfwaarde) en neurotisch perfectionisme (een maladaptieve vorm gekenmerkt door overbezorgdheid over het maken van fouten en angst voor falen). Bij patiënten met AN kan deze maladaptieve vorm van perfectionisme een verklaring geven voor het ontwikkelen van eetpathologie. Immers blijkt het eigen aan neurotisch perfectionisme om onrealistische eisen te stellen aan zichzelf, onafhankelijk van de negatieve gevolgen (Cassin & von Ranson, 2005). Alleen een dergelijke vorm van perfectionisme kan gerelateerd zijn aan zeer ernstige gevolgen voor de patiënt. Ondanks dat patiënten veel last hebben van gedachten over eten en gewicht (en zich hierdoor doorgaans moeilijk kunnen concentreren), veel last hebben van hongergevoelens en dat hun lichamelijke gezondheid onder de stoornis lijdt, handhaven patiënten het restrictieve eetpatroon omwille van een (nog) slanker lichaam. Dat deze eigenschap van groot belang is bij deze ziekte, wordt ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat perfectionisme een fenotype eigenschap is van AN (Halmi et al., 2000).

Volharding is gebleken in het algemeen gerelateerd te zijn aan AN: patiënten met AN blijken in

meerdere mate volhardend dan gezonde personen (Klump et al., 2000, 2004). Volharding wijst op een hoge mate van prestatiedrang waarbij de neiging naar perfectionisme groot is (Maesschalk & Vertommen, 2001). Ondanks tegenslagen, frustratie en vermoeidheid wordt er ijverig en volhardend opgetreden. Dit lijkt overeenkomstig met perfectionisme, waar ondanks negatieve gevolgen getracht wordt aan onrealistische eisen te voldoen. De bevinding dat perfectionisme een voorspeller is van herstel, ondersteunt een algemene relatie tussen volhardendheid en AN.

Interpersoonlijk wantrouwen blijkt van voorspellende waarde te zijn voor herstel van AN (Bizeul et al., 2001). Interpersoonlijk wantrouwen verwijst naar een terughoudendheid in het ontwikkelen van intieme relaties en in het delen van gedachtes en gevoelens met anderen (Taylor, Parker, Bagby & Bourke, 1996). Een verklaring voor de negatieve invloed van interpersoonlijk wantrouwen op herstel komt naar voren in onderzoek. Uit dit onderzoek blijkt dat een verminderde neiging tot het zoeken van hulp bij anderen en een verminderde behoefte aan het uiten van gedachtes en gevoelens in het algemeen is geassocieerd met minder gunstige behandelresultaten (Tasca, Taylor, Bissada, Ritchie & Balfour, 2004). De reden hiervoor is dat de therapeut/behandelaar minder goed in staat is de hulpvraag van de patiënt te kunnen beantwoorden. Uit ander onderzoek naar de voorspellende waarde van interpersoonlijk wantrouwen voor herstel van AN, blijkt echter dat deze eigenschap geen voorspeller is van herstel. Bevindingen op dit gebied zijn tot dusver tegenstrijdig.

Coöperatief is een eigenschap die het algemeen gerelateerd blijkt te zijn aan AN: er is gebleken dat patiënten met AN in mindere mate coöperatief zijn dan gezonde personen (Klump et al., 2004). Dit houdt in dat patiënten met AN zich in mindere mate kunnen identificeren met anderen en in mindere mate empathisch, tolerant, behulpzaam en ondersteunend naar anderen zijn (Maesschalk & Vertommen, 2001). Uit onderzoek blijkt dat relaties met betekenisvolle personen en een gevoel van verbondenheid in relaties met anderen essentieel is voor psychisch welbevinden (Kashdan, 2002). Dit bevestigt dat verminderde neiging of capaciteiten hiertoe, oftewel een lage mate van coöperativiteit, gerelateerd is aan AN. Daarnaast wordt de algemene relatie tussen coöperatief en AN ondersteund door de bevinding dat interpersoonlijk wantrouwen een voorspeller is voor herstel van AN. Zowel interpersoonlijk wantrouwen als coöperatief verwijzen immers naar een terughoudendheid in

contacten.

Rijpingsangst komt daarnaast naar voren als belangrijke voorspeller van herstel van AN (van der Ham et al., 1998). Rijpingsangst kan omschreven worden als een angst voor volwassenheid. Hierbij wordt AN gezien als een poging om het rijpingsproces tot volwassenheid te kunnen doorstaan (Crisp, 1980). Volgens Crisp hebben patiënten met AN sterke gevoelens van onzekerheid en ineffectiviteit wat betreft de verwachtingen van volwassenheid. Dit wordt ondersteund door onderzoek, waarin naar voren komt dat patiënten met AN tijdens de adolescentie gevoelig zijn voor insufficiëntie gevoelens ten opzichte van volwassen worden, geen leeftijdsadequate houding ten opzichte van seksualiteit hebben en zich onvoldoende losmaken van het ouderlijk gezin (van der Ham, van Strien & van Engeland, 1994). Daarnaast blijkt uit ander onderzoek dat adolescenten die AN ontwikkelen zich meer zorgen maken en angst hebben voor seksuele volwassenwording in vergelijking met gezonde adolescenten (Hsu, 2000). Met name lijkt het ontwikkelen van een individuele identiteit moeilijk. Deze bevindingen ondersteunen het verband tussen rijpingsangst en herstel van AN.

Interoceptief bewustzijn en gevoelens van *ineffectiviteit* blijken ten slotte voorspellers voor herstel van AN: patiënten die in mindere mate capaciteiten hebben tot interoceptief bewustzijn en zich in meerdere mate ineffectief voelen hebben een ongunstiger prognose voor herstel dan andere patiënten (Bizeul et al., 2001; van der Ham et al., 1998). Interoceptief bewustzijn is het vermogen om de lichamelijke en emotionele staat te identificeren en ineffectiviteit verwijst naar het in het algemeen overspoeld worden door gevoelens van ineffectiviteit (Taylor et al., 1996). Dat patiënten met AN in mindere mate interoceptief bewustzijn hebben past bij de bevinding dat AN patiënten alexithymisch zijn, dat wordt gedefinieerd als een beperking in het vermogen om gevoelens te kunnen beschrijven en identificeren (Gillberg, Gillberg & Johansson, 1997). Uit onderzoek is tevens gebleken dat alexithymia een relatie heeft tot interoceptief bewustzijn en gevoelens van ineffectiviteit (Taylor et al., 1996). Echter wees dit onderzoek uit dat alexithymia niet gerelateerd is aan de duur van de ziekte en niet van voorspellende waarde is voor herstel. Er zijn kortom tegenstrijdige resultaten wat betreft de voorspellende waarde van interoceptief bewustzijn en ineffectiviteit.

Zelfsturing blijkt een eigenschap te zijn die volgens onderzoek in het algemeen gerelateerd is aan

AN: patiënten met AN blijken in mindere mate zelfsturend te zijn dan gezonde personen (Klump et al., 2004; Lilenfeld et al., 2006). Dit wijst erop dat patiënten met AN in mindere mate in staat zijn om op een volwassen, doelgerichte manier te handelen, waarbij zij vaak een laag gevoel van zelfwaarde hebben en in mindere mate in staat zijn om doelen te realiseren (Maesschalk & Vertommen, 2001). Volgens de Self-Efficacy theorie (Bandura, 1977) heeft een verminderde mate van effectiviteit en doelgerichtheid en een laag gevoel van competentie en zelfwaarde, negatieve en maladaptieve gevolgen voor het individuele functioneren en psychisch welbevinden (Gecas, 1989). Tevens is gebleken dat dit een significante factor is gebleken in verschillend gezondheidsgerelateerd gedrag, waaronder psychiatrische problematiek. Deze bevindingen, evenals de bevindingen dat een lage zelfwaarde en gevoelens van inefficaciteit een negatieve invloed hebben op herstel van AN, ondersteunen het verband tussen zelfsturendheid en AN (van der Ham et al., 1998).

Leedvermijding blijkt eveneens een van de kenmerken te zijn die in het algemeen gerelateerd is aan AN (Klump et al., 2004). Patiënten met AN blijken in meerdere mate leedvermijding te zijn dan gezonde personen. Leedvermijding kan ook omschreven worden als neuroticisme, aangezien dit kenmerk verwijst naar voorzichtigheid, spanning, angst, wantrouwen, onzekerheid, passiviteit, geremdheid in sociale situaties, gebrek aan energie, alsook naar een negatieve of pessimistische instelling in situaties waar anderen zich geen zorgen maken (Maesschalk & Vertommen, 2001). Psychiatrische problemen in het algemeen blijken gerelateerd te zijn aan een hoge mate van leedvermijding (Duijsens, Spinhoven, Goekoop, Spermon & Eurelings-Bontekoe, 1998). Deze eigenschap kan gezien worden als een kwetsbaarheid in het ontwikkelen van psychiatrische problemen, waaronder ook AN. De bevinding dat neuroticisme een voorspeller is voor herstel van AN ondersteunt de gevonden relatie tussen leedvermijding en AN (van der Ham et al., 1998).

Prikkelzoekendheid blijkt tevens een rol te spelen in de persoonlijkheid van patiënten met AN. Dit houdt in dat patiënten met AN in mindere mate prikkelzoekend blijken dan gezonde personen (Klump et al., 2000), wat betekent dat zij in mindere mate geneigd om nieuwe stimuli op te zoeken, enthousiast te zijn voor nieuwe ervaringen en geneigd zijn tot impulsieve handelingen (Maesschalk & Vertommen, 2001). Volgens de neurobiologische leertheorie van Cloninger kan een lage score op

prikkelzoekend gezien worden als een verhoogde mate van rigiditeit. Uit onderzoek is gebleken dat de aanwezigheid van rigiditeit in de kindertijd een relatie heeft met het ontwikkelen van AN op latere leeftijd (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh & Treasure, 2003). Daarnaast is gebleken dat rigiditeit en mentale inflexibiliteit in mindere mate aanwezig zijn bij patiënten die hersteld zijn van AN, dan bij patiënten die nog steeds lijden aan AN (Tchanturia, Morris, Anderluh, Collier, Nikolaou & Treasure, 2003). Deze bevindingen ondersteunen het gegeven dat prikkelzoekendheid/rigiditeit een belangrijke factor is bij beloop van AN.

Huidig onderzoek

Doel van huidig onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de voorspellende waarde van kenmerken voor herstel van AN. Op basis van onderzoeksbevindingen wordt verwacht dat een lage mate van perfectionisme, interpersoonlijk wantrouwen, rijpingsangst en ineffectiviteit en een hoge mate van interoceptief bewustzijn herstel van AN bevorderen. Daarnaast wordt verwacht dat een lage mate van leedvermijding en volharding en een hoge mate van zelfsturing, coöperatief en prikkelzoekendheid een positieve invloed hebben op herstel van AN.

In dit onderzoek worden twee vormen van herstel van AN meegenomen: zowel lichamelijk als psychisch herstel. Bij lichamelijk herstel wordt gekeken naar menstruatie en BMI (Body Mass Index: een methode om gewicht in relatie tot lengte en leeftijd te beoordelen) en bij psychisch herstel wordt gekeken naar lichaamsbeeld. Er zijn drie groepen: de eerste groep bevat participanten die op beide criteria (lichamelijk en psychisch) hersteld zijn en de tweede groep bevat participanten die gedeeltelijk hersteld zijn (wel lichamelijk, maar geen psychisch herstel). Tevens is er een groep van participanten die niet hersteld zijn (geen lichamelijk en geen psychisch herstel). Op deze manier worden, op basis van diagnostische criteria van AN (APA, 2000), verschillende vormen van herstel gewaarborgd.

METHODEN

Participanten

Er deden 61 vrouwelijke participanten mee aan het onderzoek. Zij werden tussen 2001 en 2003 aangemeld bij twee gespecialiseerde behandelcentra voor Eetstoornissen: Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) en Altrecht, Eetstoornissen Rintveld. Het behandelcentrum Rintveld was gericht op behandeling van patiënten jonger dan 17 jaar ($n = 31$) en het UMCU behandelde patiënten ouder dan 17 jaar ($n = 30$). Alle participanten verkregen op deze centra klinische behandeling door multidisciplinaire en gespecialiseerde teams. Beide teams hanteerden een geïntegreerde benadering gericht op herstel van lichaamsgewicht, eetpatroon en lichaamstevredenheid. Daarnaast was de behandeling gericht op het normaliseren van familierelaties en ontwikkeling van sociale vaardigheden.

Bij aanmelding (T0) voldeden alle 61 participanten aan de DSM-IV criteria voor AN. Van de totale steekproef werd 68.9% ($n = 42$) gediagnosticeerd met AN restrictief (ANR) en 31.1% ($n = 19$) met AN purgerend (ANP). De gemiddelde leeftijd bij aanmelding was 18.2 (SD = 3.1), waarbij het gemiddelde BMI 15.4 kg/m² was (range 12.8-18.2). De gemiddelde duur van ziekte (in termen van amenorroe, vóór aanmelding) was 22 tot 24 maanden. Alle participanten waren van Caucasische afkomst, op twee participanten na. Enkel participanten zonder psychiatrische comorbiditeit, met uitzondering van angst of depressie, werden geïnccludeerd binnen dit onderzoek.

Participanten werden in eerste instantie geïnccludeerd voor een 1-jarige follow-up studie, beschreven door van Elburg et al. (2007a). Elke participant gaf eveneens toestemming om benaderd te worden voor een 5-jarige follow-up studie. Voor beide studies was toestemming verkregen van de Medisch Ethische Toetsings Commissie.

Bij de 5-jarige follow-up meting (T5) werden participanten verdeeld in 3 groepen, op basis van lichamelijk en psychisch herstel. Lichamelijk herstel werd beoordeeld op basis van menstruatie en BMI. Het belangrijkste criterium van lichamelijk herstel was dat er bij T5 sprake was van een continue, regelmatige menstruele cyclus. Hiernaast was het belangrijk dat er sprake was van BMI gelijk of

hoger dan 18.5, op basis van de groeicurves van gezonde Nederlandse adolescenten/volwassenen volgens het TNO (van Buuren en Freriks, 2001). In enkele gevallen ($n = 3$) was er sprake van een menstruele cyclus bij een BMI lager dan 18.5. Bij deze participanten is ook lichamelijk herstel verondersteld, omdat een menstruele cyclus wijst op een gezonde staat van het lichaam met een gezond vetpercentage (Grinspoon et al., 1996). Daarnaast waren er enkele participanten die wel een gezond BMI hadden, echter geen herstelde menstruele cyclus ($n = 5$). Deze participanten werden als “geen lichamelijk herstel” beoordeeld, aangezien dit BMI voor hen individueel, vanwege afwezigheid van menstruatie, als niet gezond beoordeeld kon worden. Bij pilgebruik ($n = 21$) werd ten eerste gekeken naar BMI en menstruatie bij T1 (toen was er geen sprake van pilgebruik). Wanneer er toen met hetzelfde of een lager BMI (dan bij T5) sprake was van een menstruele cyclus, werd verondersteld dat hier ook sprake van zou zijn geweest bij T5. Wanneer vergelijking met T1 niet mogelijk was, werd gekeken naar BMI: bij een BMI van 18.5 of hoger werd een menstruele cyclus verondersteld, bij een BMI onder 18.5 werd amenorroe verondersteld.

Psychisch herstel werd geformuleerd als herstel van lichaamsbeeld. Dit werd bij T5 met de Lichaam Attitude Vragenlijst (zie Meetinstrumenten) vastgesteld. Wanneer participanten hoger scoorden dan de cut-off score werd een negatief lichaamsbeeld verondersteld, wat betekende dat er geen sprake was van psychisch herstel. Als de participant lager scoorde dan de cut-off score werd er geconcludeerd tot een normaal lichaamsbeeld, wat inhield dat er bij de participant sprake was van psychisch herstel.

Groep 1 betrof participanten die zowel lichamelijk als psychisch niet hersteld waren (geen herstel) bij 5-jarige follow-up meting ($n = 17$) (zie ook Tabel 1). Groep 2 betrof participanten die wel lichamelijk, maar niet psychisch hersteld waren (gedeeltelijk herstel) ($n = 19$) en groep 3 betrof participanten die zowel lichamelijk als psychisch hersteld waren (volledig herstel) ($n = 11$). Er was 1 participant die niet in een van deze groepen verdeeld kon worden, omdat deze participant niet lichamelijk, maar wel psychisch hersteld was.

Meetinstrumenten

Eating Disorder Inventory (EDI) is een zelfrapportage vragenlijst met 64 items gericht op psychologische en gedragskenmerken van AN en BN (Garner, Olmstead en Polivy, 1983). De vragenlijst bevat 9 schalen: Ascetisme, Interoceptief Vermogen, Perfectionisme, Interpersoonlijk Wantrouwen, Ontevredenheid met het Lichaam, Impulsregulatie, Bulimia, Magerzucht, Ineffectiviteit en Rijpingsangst (Killen et al., 1996). Uit onderzoek is gebleken dat de EDI niet alleen een meetinstrument is met zeer goede split-half betrouwbaarheid, maar ook met goede test-hertestbetrouwbaarheid (Wear & Pratz, 2006). Uit dit onderzoek is tevens gebleken dat de interne consistentie goed is: van de totale interne consistentie coëfficiënt is .93. Verder variëren de coëfficiënten tussen de subschalen van .69 tot .91.

Verkorte TCI (VTCI) is een verkorte versie van de Nederlandse TCI, de Temperament and Character Inventory (Maesschalk & Vertommen, 2001). Het is een zelfrapportage persoonlijkheidsvragenlijst met 105 items. Deze vragenlijst is gebaseerd op het biosociale model van persoonlijkheid van Cloninger. Het bestaat uit vier Temperamentschalen (Prikkelzoekend, Leedvermijdend, Sociaal-gericht en Volhardend) en drie Karakterschalen (Zelfsturend, Coöperatief en Zelf-transcedent) (Maesschalk & Vertommen, 2001). Uit onderzoek is gebleken dat de test-hertestbetrouwbaarheid goed is. Validatieonderzoeken zijn gebaseerd op de Nederlandse uitgebreide TCI, de resultaten hiervan kunnen volgens Maesschalk en Vertommen (2001) veralgemeend worden naar de VTCI. De validiteit van de TCI is goed. De interne consistentie coëfficiënten van de VTCI-hoofdschalen, uitgezonderd van de Sociaal-gerichtschaal, zijn voldoende. Deze variëren van .69 (Sociaal-gericht) tot .85 (Leedvermijdend).

Lichaam Attitude Vragenlijst (LAV) is een zelfrapportage vragenlijst van 20 items gericht op subjectieve lichaamservaring en de houding naar het eigen lichaam voor vrouwelijke patiënten met een eetstoornis. De items kunnen elk gescoord worden op een 6-puntschaal, variërend van *Nooit* (1) tot *Altijd* (6). De vragenlijst bevat de schalen Negatieve lichaamswaardering, Vertrouwdheid met het eigen lichaam, Algemene tevredenheid met het lichaam en Totale lichaamsontevredenheid (de totale score). Uit onderzoek is gebleken dat de verschillende subschalen betrouwbaar en valide zijn (Probst,

van der Eyken, van Coppemolle & van der Linde, 1995). Ook beschikken de schalen over een goede interne consistentie (.93 in totaal; de subschalen variëren van .55 tot .90) (Probst et al., 1995). Uit onderzoek is gebleken dat een score van 36 gezien kan worden als de cut-off score (Probst et al., 1995). Dit houdt in dat er boven een score van 36 op de LAV gesproken kan worden van een pathologisch negatief lichaamsbeeld, terwijl een score onder de 36 binnen de normale range valt.

Procedure

Basismeting (T0) vond plaats bij aanmelding. Participanten en ouders (wanneer participanten jonger waren dan 18 jaar) stemden via een toestemmingsformulier in met deelname. Eerst werd het BMI en (afwezigheid van) de menstruele cyclus vastgesteld. Daarnaast werd bij participanten de EDI afgenomen. Van de participanten hadden 39 de EDI ingevuld.

1-jarige Follow-up meting (T1) werd afgenomen 1 jaar na aanmelding, door de patiënten per brief te benaderen. Doel hiervan was om het lichamelijk en psychisch functioneren van participanten te onderzoeken. De VTCI werd ingevuld door 42 participanten.

5-jarige Follow-up meting (T5) werd ongeveer 5 jaar na start van het onderzoek uitgevoerd. Hierbij werden alle 61 participanten geïnformeerd over de follow-up studie middels een brief. Doel van deze follow-up meting was het onderzoeken van de huidige staat van lichamelijk en psychisch functioneren. Vervolgens werd telefonisch contact gelegd met participanten voor verdere uitleg en werden zij gevraagd of zij wilden deelnemen. Bij de participanten die niet toestemden is gevraagd naar de redenen hiervan en naar de huidige staat van ziekte. Uiteindelijk deden 54 participanten mee aan het onderzoek bij T5. Bij hen werd BMI en menstruatie vastgesteld. Omdat niet alle participanten hier informatie over gaven, konden enkele participanten niet meegenomen worden in de follow-up meting. Uiteindelijk werden er 48 participanten geïncludeerd. Tenslotte werd de huidige staat van het eetpatroon, anorectische cognities en lichaamsbeeld onderzocht middels de LAV, die door alle participanten werd ingevuld (n = 54).

Statistische analyses

Om te onderzoeken op welke manier kenmerken (op basis van de EDI bij T0 en op basis van de VTCl bij T1) gerelateerd waren aan herstel bij T5 (op basis van groep bij T5), werden ten eerste enkelvoudige multinomiale logistische regressie-analyses uitgevoerd. Middels deze analyse kon de invloed van metrische onafhankelijke variabelen (schalen van de EDI en VTCl) op een categorische afhankelijke variabele (herstel op basis van groep) vastgesteld worden (Lammers, Pelzer, Hendrickx & Eisinga, 2007). Hierbij waren de schalen van de EDI of VTCl de onafhankelijke variabelen en herstel was de afhankelijke categorische variabele. Om te onderzoeken of de voorwaarden voor deze analyse niet geschonden werden door sterke correlaties tussen de schalen van de EDI en de VTCl, waardoor mogelijk multi-collineariteit kan optreden, werd eerst gekeken naar de correlaties tussen deze schalen.

Op grond van de multinomiale logistische regressieanalyses kon worden vastgesteld of en in hoeverre een van de kenmerken een significante relatie had met herstel. Daartoe werd de Chi-kwadraat berekend met de mate van significantie. Ook kon de mate van verklaarde variantie worden vastgesteld op grond van de zogenaamde pseudo R^2 .

Hierna werden enkelvoudige variantie analyses uitgevoerd om op exploratieve wijze de verschillen in kenmerken van de EDI en de VTCl per groep te kunnen onderzoeken. Bij deze analyses werden per groep de scores berekend op de schalen van de EDI en de VTCl, als waren het afhankelijke variabelen. Groep (herstel) betrof bij deze analyse de onafhankelijk variabele. Dit is een overzichtelijke procedure, in tegenstelling tot de multinomiale logistische regressie-analyse, om naar verschillen in gemiddeldes tussen de groepen te kijken.

RESULTATEN

Uit de correlatie-analyses bleek dat, alhoewel er enkele hoge correlaties bestonden tussen sommige schalen, deze correlaties niet de waardes bereikten waaronder problemen van multicollineariteit ontstaan (zie Tabel 2). Hierdoor werden de voorwaarden voor regressie niet geschonden.

Op basis van de multinomiale logistische regressieanalyses kwam naar voren dat er een marginaal significant effect was van de VTCl-schaal coöperatief. Dit effect hield in dat een hogere score op coöperativiteit de kans verhoogde op herstel van AN bij T5.

Op basis van de enkelvoudige variantie-analyses werden de verschillen in scores op de EDI en de VTCl per groep in kaart gebracht (zie Tabel 4). Alhoewel op grond van deze analyses naar voren kwam dat geen van de relaties tussen de groepen en de schalen significant was, kon een tendens in de verschillen van de gemiddeldes tussen de groepen vastgesteld worden. Hierin kwam naar voren dat de gemiddelde scores op de schalen volharding en leedvermijding van de VTCl afnamen per groep (respectievelijk van groep 1 tot groep 3). Dit betekent dat patiënten die bij T5 volledig hersteld waren lagere scores hadden bij aanvang van het onderzoek (T0 en T1) op volharding en leedvermijding dan patiënten die bij T5 gedeeltelijk hersteld waren. Ook scoorden de patiënten die bij T5 gedeeltelijk waren hersteld, bij aanvang van het onderzoek lager op de beschreven schalen dan patiënten die bij T5 niet hersteld waren.

Daarnaast bleek uit de exploratie naar de tendens van de verschillen in gemiddelden per groep dat er een toename was in gemiddelde scores op de VTCl-schalen zelfsturing en prikkelzoekendheid (zie Tabel 4). Dit betekent dat patiënten die bij T5 volledig hersteld waren, bij aanvang van het onderzoek hoger scoorden op de beschreven schalen dan patiënten die bij T5 gedeeltelijk hersteld waren. Ook scoorden de patiënten die bij T5 gedeeltelijk hersteld waren, bij aanvang van het onderzoek hoger dan patiënten die bij T5 niet hersteld waren. Tenslotte bleek uit de exploratie van gemiddelden dat zowel patiënten die bij T5 geheel hersteld waren, als patiënten die bij T5 niet hersteld waren, bij aanvang een hogere score hadden op de EDI-schaal rijpingsangst, dan patiënten die bij T5 gedeeltelijk hersteld waren. Bij de andere schalen was er geen sprake van een tendens van

gemiddelden.

Omdat specifiek inzicht in de beschreven verschillen tussen de groepen, hoewel die strikt genomen niet significant zijn, klinisch wel zeker relevant kan zijn, zijn er aanvullende contrastanalyses uitgevoerd. Deze analyses werden uitgevoerd bij de statistische tendenties waarbij er sprake was van een p-waarde van .20 of lager. Vermoedelijk is kennis over de verschillen tussen de groepen onder deze p-waarde voor de klinische praktijk van belang.

Bij de contrastanalyses werd er gekeken naar de verschillen tussen een combinatie van twee groepen ten opzichte van de andere groep. Ten eerste werd er bij de VTCl-schaal volharding een contrastanalyse uitgevoerd, waarbij de volledig herstelde groep werd afgezet tegen de twee andere groepen (in gewicht 1,1,-2, respectievelijk). Op grond hiervan kwam naar voren dat de gemiddelde score van volledig herstel significant verschilde van gedeeltelijk en geen herstel, $F = 4.52$, $p = 0.041$, $\eta p^2 = .12$. Dit effect suggereert dat de volledig herstelde patiënten bij aanvang van het onderzoek minder hoog scoorden op volharding dan de andere twee groepen samen. Dit komt overeen met de verwachting dat een lage score op volharding een positieve invloed heeft op herstel.

Verder werd er middels een contrastanalyse gekeken naar de verschillen tussen de groepen wat betreft de EDI-schaal rijpingsangst, omdat er op basis van de univariate analyse naar voren was gekomen dat zowel patiënten met volledig als geen herstel een hogere score hadden dan gedeeltelijk herstel. Hierbij werd gedeeltelijk herstel vergeleken met geen en volledig herstel (in gewicht 1, -2, 1, respectievelijk). Het bleek dat ook deze verschillen significant waren, $F = 4.34$, $p = 0.045$, $\eta p^2 = .12$. Dit is een opvallende bevinding, die in tegenstelling is met de verwachting dat een lage score op rijpingsangst een positieve invloed heeft op herstel.

Tevens is er gekeken naar de verschillen tussen groepen bij de kenmerken leedvermijding en prikkelzoekendheid van de VTCl. Hierbij werd volledig herstel vergeleken met de twee andere groepen samen (in gewicht 1, 1, -2). Alhoewel bleek dat deze verschillen niet significant waren, kwam naar voren dat een lage mate van leedvermijding van marginale waarde was voor herstel van AN, $F = 3.63$, $p = .065$, $\eta p^2 = .01$.

DISCUSSIE

Het doel van huidig onderzoek was om te onderzoeken of een lage mate van perfectionisme, interpersoonlijk wantrouwen, rijpingsangst, gevoelens van ineffectiviteit en een verhoogde mate van interoceptief bewustzijn een positieve invloed hebben op herstel van AN. Daarnaast werd onderzocht of een lage mate van volharding en leedvermijding en een verhoogde mate van coöperativiteit, zelfsturing en prikkelzoekendheid zou bijdragen aan herstel van AN.

In dit onderzoek zijn er weinig effecten gevonden. Desalniettemin kwam in de resultaten een marginaal effect van coöperativiteit naar voren: een hogere mate van coöperativiteit verhoogde de kans op herstel. Alhoewel we voorzichtig moeten zijn met conclusies, kan het op grond hiervan van belang zijn in de behandeling van patiënten aandacht te vestigen op het ontwikkelen van coöperatieve vaardigheden. De lage mate van coöperativiteit belemmert personen met AN in ontwikkelen en onderhouden van relaties, wat ongunstig is voor herstel (Kashdan, 2002). Het ontwikkelen van coöperatieve vaardigheden bij AN patiënten wordt in de huidige behandelmethoden aangepakt middels sociale vaardigheidstraining (SVT) (van Elburg & Rijken, 2004). Door automatische disfunctionele gedachten met betrekking tot sociale contacten uit te dagen en te vervangen door functionele gedachten (ten Broeke, van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2004) en met dit hernieuwde inzicht vervolgens te kunnen oefenen in SVT, worden patiënten vaardiger op coöperatief en sociaal gebied. Dit helpt patiënten zowel in emotioneel als in psychisch opzicht (Kashdan, 2002), wat herstel ten goede kan komen.

Naast SVT, kan CGT gebruikt worden voor het ontwikkelen van coöperatieve vaardigheden. Dit blijkt een effectieve behandeling te zijn voor patiënten met AN, die een positieve invloed heeft op herstel van AN en de kans op terugval vermindert (Pike, Walsh, Vitouesk, Wilson & Bauer, 2003). Alhoewel CGT in veel onderzoek zwaar bediscussieerd wordt als passende behandeling voor AN (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2004), gaat dit onderzoek met name over de rol van CGT in het aanpassen van anorectische cognities, in plaats van over het aanpassen van cognities met betrekking tot coöperatieve vaardigheden (Vandereyken & Noordenbos, 2008). Op basis van huidige onderzoeksbevindingen kan er daarom gesuggereerd worden dat het belangrijk kan zijn om CGT als

behandeling voor AN patiënten specifiek te richten op het ontwikkelen van coöperatieve vaardigheden. Op deze manier zou herstel van AN patiënten bevorderd kunnen worden.

Een lage mate van volharding bleek een positieve invloed te hebben op herstel, conform de verwachtingen (Klump et al., 2000; 2004). Deze bevinding is van grote klinische waarde, omdat op basis hiervan behandelingen ter reductie van volharding ingezet kunnen worden, welke patiënten kunnen helpen in het herstelproces. Volharding is vermoedelijk sterk gerelateerd aan perfectionisme (Maesschalk & Vertommen, 2000). Disfunctionele denkpatronen met betrekking tot lichaamsvormen en gewicht spelen een grote rol bij AN patiënten (Vandereyken & Noordenbos, 2008). Patiënten zijn zo extreem perfectionistisch, dat zij de gehele zelfwaardering laten afhangen van ideeën over het (perfecte) lichaam, terwijl gezonde personen de zelfwaardering baseren op vele verschillende kenmerken (Bardone-Cone et al, 2010). Voor het ontwikkelen van vaardigheden die deze disfunctionele denkpatronen doorbreken, kunnen patiënten behandeld worden middels CGT. Uit onderzoek blijkt dat CGT de mate van perfectionisme doet afnemen (Lundh & Ost, 2001). Het kan daarom belangrijk zijn dat CGT zich in de toekomst bij de behandeling van AN patiënten meer specifiek gaat richten op het hanteren van de neiging tot volharding/perfectionisme.

Alhoewel gebleken is dat CGT perfectionisme kan verminderen, is het de vraag in hoeverre dit helpend is bij een specifieke doelgroep van AN patiënten. Het ondergewicht waar deze patiënten veelal mee kampen kan hen belemmeren in een succesvol behandeltraject, daar CGT een complexe therapievorm is die doorgaans veel aandacht vergt (Davies & Tchanturia, 2005). Wellicht moet er meer aandacht komen voor behandelingen die daarom specifiek rekening houden met de lichamelijke staat waarin patiënten vaak verkeren. Een behandeling die dit beoogt is Cognitive Remediation Therapy (CRT). Deze therapie probeert middels training het functioneren van verschillende hersenprocessen, waaronder mentale flexibiliteit/rigiditeit, die een rol kunnen spelen bij perfectionisme, te bevorderen (Davies & Tchanturia, 2005). Perfectionisme gaat vermoedelijk gepaard met rigiditeit, daar beiden gekenmerkt worden door het focussen en vasthouden aan details en patronen. Het is van belang middels onderzoek meer inzicht te krijgen in de mogelijkheden van CRT om perfectionisme en rigiditeit aan te pakken, waardoor deze therapie in de toekomst mogelijk

ingezet kan worden ter bevordering van herstel van AN.

Daarnaast bleek uit de resultaten dat een lage mate van rijpingsangst gedeeltelijk herstel bevordert, terwijl een hoge mate van rijpingsangst van invloed is op geen én volledig herstel. Dit is een opvallende bevinding. Onderzoeksbevindingen op dit vlak waren tot dusver tegenstrijdig. Zo bleek enerzijds dat rijpingsangst een voorspeller is van herstel van AN (van der Ham et al., 1998), terwijl dit in ander onderzoek niet naar voren kwam (Bizeul et al., 2001). Toch werd in ander onderzoek het belang van gevoelens van onzekerheid met betrekking tot volwassen worden bij patiënten met AN wel aangetoond (Hsu, 2000; van der Ham et al., 1994). Mogelijk speelt de leeftijd van de participanten bij start van dit onderzoek een rol in de opvallende bevindingen, daar elke groep gemiddeld rond de 18 jaar is (zie ook Tabel 1). Aangezien de puberteit bij Nederlandse vrouwen doorgaans ontstaat tussen het negende en veertiende jaar (Wikipedia, 2010), kunnen gevoelens van rijpingsangst in de patiëntenpopulatie van dit onderzoek op een andere manier een rol hebben gespeeld dan verwacht kon worden. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op de rol van rijpingsangst in het ontwikkelen en in stand houden van AN, waarbij de mogelijk modererende rol van leeftijd goed onderzocht moet worden.

Alhoewel er verder geen kenmerken van invloed bleken te zijn op herstel, wezen de resultaten op het marginale effect van leedvermijding: een lage mate van leedvermijding was gunstig voor herstel. Alhoewel we voorzichtig moeten zijn met conclusies, kan deze bevinding voor de klinische praktijk belangrijk zijn. Niet alleen in dit onderzoek is het mogelijke effect van leedvermijding naar voren gekomen, deze bevinding wordt tevens ondersteund door veel klinische observaties en ander onderzoek, waaruit is gebleken dat neuroticisme een onderhoudende factor is bij AN (Stice, 2000, van der Ham et al., 1998). Neuroticisme lijkt mogelijk veel op leedvermijding, daar beiden verwijzen naar een zekere spanning, angst en negatieve instelling waar anderen zich geen zorgen maken (Maesschalk & Vertommen, 2000). Vermoedelijk is er binnen dit onderzoek slechts een marginaal effect gevonden vanwege het kleine aantal participanten. Desondanks kan op grond van dit onderzoek gesuggereerd worden dat de rol van leedvermijding bij herstel, conform eerder onderzoek is. Er is gebleken dat de huidige behandelwijzen in de geestelijke gezondheidszorg (CGT,

farmacotherapie en activiteitentherapie) (Vandereycken & Noordenbos, 2008) de mate van leedvermijding en neuroticisme doet verminderen (Lyoo, Yoon, Kang & Kwon, 2003). Daarom is het voor de bevordering van herstel van patiënten met AN, vermoedelijk aanbevelingswaardig deze behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg te handhaven.

Op basis van de DSM-IV zijn zowel lichamelijke als psychische/cognitieve factoren van groot belang bij AN (APA, 2000). Dit wordt ondersteund door huidig onderzoek, waarin naar voren komt dat alhoewel 64 % (N = 30) van de patiënten sprake lichamelijk hersteld is, er slechts bij 23 % (N = 11) sprake is van psychisch herstel. Ook ander onderzoek bevestigt de rol van psychisch herstel, aangezien hieruit blijkt dat er veelal nog sprake is van cognitieve/psychische kenmerken (bijv. een preoccupatie met het lichaam en eten), terwijl patiënten daarentegen inmiddels hersteld zijn op het gebied van lichamelijke (BMI en menstruatie) en gedragsmatige kenmerken (bijv. braken) (Bardone-Cone et al., 2010). Doordat in veel eerder onderzoek naar herstel deze laatste cognitieve/psychische factor van AN niet meegenomen is (Bardone-Cone et al., 2010), kunnen bevindingen op dit gebied misleidend zijn. Het is daarom van grote waarde dat er binnen huidig onderzoek niet alleen gekeken is naar herstel van lichamelijke criteria, maar ook naar herstel van psychische/cognitieve criteria (lichaamsbeeld). Naast het psychische criterium "lichaamsbeeld", benoemt de DSM-IV tevens "angst om aan te komen" als diagnostisch criterium van AN (APA, 2000). In vervolgonderzoek is het derhalve aanbevelingswaardig ook dit criterium mee te nemen.

Limitaties

In dit onderzoek was er een klein aantal participanten (N = 61), waardoor de power in dit onderzoek laag was. Vermoedelijk was hierdoor een deel van de effecten in de participantenpopulatie niet significant (Grimm, 1992). Alhoewel het aantal participanten klein was, bleek desalniettemin dat een groot deel heeft geparticipeerd in twee follow-up metingen (zowel 1-jarige als 5-jarige follow-up meting) (N = 54, oftewel 89%). Dit is in vergelijking met andere follow-up studies een goed resultaat, daar drop-out scores veel variëren tussen studies en de gemiddelde dropout-score slechts bij één follow-up meting 13% is (Steinhausen, 2002). Desondanks is het aanbevelingswaardig om voor

vervolgonderzoek meer participanten te includeren, zodat mogelijke effecten makkelijker vastgesteld kunnen worden.

In huidig onderzoek werd o.a. middels de EDI de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en herstel van AN onderzocht. De meetpretentie van de EDI is echter niet gericht op persoonlijkheidskenmerken, maar op psychologische kenmerken (Garner et al., 1983). Daarom is het de vraag in hoeverre deze passend waren voor het meten van persoonlijkheidskenmerken. Tot dusver is er geen onderzoek gedaan naar de rol en betekenis van psychologische kenmerken. Eventueel zou een psychologisch kenmerk omschreven kunnen worden als alle eigenschappen en gedragingen die voortkomen uit persoonlijkheidskenmerken van mensen. Alhoewel psychologische kenmerken op grond hiervan vermoedelijk een overlap hebben met persoonlijkheidskenmerken, kan desalniettemin gesteld worden dat de meetpretentie van de EDI niet geheel aansloot op het doel van het onderzoek. In vervolgonderzoek kan beter gekozen worden voor meetinstrumenten met een passender meetpretentie: zo zou voor het meten van perfectionisme beter de Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) gekozen kunnen worden (Hewitt, Flett, Turnbull-Dunovon & Mikail, 1991). Dit is een vragenlijst die op dimensionele wijze het kenmerk perfectionisme meet, waarvan is aangetoond dat deze valide en betrouwbaar is (Hewitt et al., 1991). Ook zouden andere persoonlijkheidsvragenlijsten, zoals de Nederlandse Persoonlijkheds Vragenlijst (NPV), gebruikt kunnen worden om persoonlijkheidskenmerken te meten. Door de Commissie van Testaangelegenheden (Cotan) wordt deze vragenlijst beoordeeld als valide en betrouwbaar (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000).

De VTCl werd in dit onderzoek afgenomen op een moment dat participanten reeds een jaar in behandeling waren. Hierdoor was het onzeker in hoeverre deze op valide wijze herstel van AN kon voorspellen, immers de kenmerken zouden veranderd kunnen zijn als gevolg van de behandeling. Dit wordt echter weerlegd door verschillend onderzoek, waaruit is gebleken dat de kenmerken niet veranderen als gevolg van herstel of toename van BMI en van stabiele aard zijn (Klump et al., 2004; Klump et al., 2000). Vermoedelijk betekent dit de afname van de VTCl na een jaar behandeling, niet van storende invloed is geweest op de meetpretentie van de VTCl.

De bevinding dat kenmerken onafhankelijk zijn van herstel lijkt in tegenstrijd met de bevindingen dat deze van voorspellende waarde zijn voor herstel. Immers wanneer deze kenmerken van voorspellende waarde zouden zijn, zou verwacht worden dat deze verschillen tussen patiënten met AN van lange duur en patiënten met AN van kortere duur. Ander onderzoek naar de rol van het kenmerk perfectionisme bij herstel van AN weerlegt deze bevinding. Uit dit onderzoek blijkt dat scores op perfectionisme bij herstelden wel degelijk overeenkomen met gezonde personen en dus lager zijn dan scores van AN patiënten met een langere duur (Bardone-Cone et al., 2010). Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat neuroticisme, sociale angst en zelfwaarde voorspellers zijn van herstel (van der Ham, 1998). Hieruit blijkt dat persoonlijkheidskenmerken wel degelijk verschillen tussen patiënten en herstelden, wat suggereert dat deze van voorspellende waarde zijn. Kortom, resultaten op het gebied van de voorspellende waarde van kenmerken zijn tot dusver tegenstrijdig en het is belangrijk om dit onderzoek uit te breiden zodat er meer inzicht in deze relatie verkregen kan worden.

Conclusie

Er kan op basis van dit onderzoek geconcludeerd worden dat volharding en rijpingsangst van belang zijn bij herstel van AN. Daarnaast wees dit onderzoek op het mogelijke belang van coöperativiteit en leedvermijding bij herstel van deze stoornis. Alhoewel er geen stellige uitspraken hierover gedaan kunnen worden, is het inmiddels duidelijk dat persoonlijkheidskenmerken onlosmakelijk verbonden zijn met herstel van AN. Het is van grote klinische waarde dat onderzoek hiernaar zich niet alleen richt op lichamelijk, maar ook op psychisch herstel, omdat het inmiddels algemeen gedachtegoed is dat psychisch herstel van essentieel belang is. Door meer inzicht te krijgen in de rol van persoonlijkheidseigenschappen bij herstel kunnen personen die veelal op jonge leeftijd getroffen worden door deze ernstige psychiatrische stoornis beter geholpen worden. Kortom, het is zeer belangrijk om onderzoek naar deze voorspellers van herstel voort te zetten.

REFERENTIES

- American Psychiatry Association (2000). *Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Anderluh, M.B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. & Treasure, J. (2003). Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 242-247.
- Bandura, A., (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bardone-Cone, A.M., Sturm, K., Lawson, M.A., Robinson, D.P. & Smith, R. (2010). Perfectionism Across Stages of Recovery from Eating Disorders. *Journal of Eating Disorders*, *43*, 139-148.
- Bizeul, C., Sadowsky, N. & Rigaud, D. (2001). The Prognostic Value of Initial EDI Scores in Anorexia Nervosa Patients: a Prospective Follow-up Study of 5-10 Years. *European Psychiatry*, *16*, 232-238.
- Broeke ten, E., Heiden van der, C., Meijer, S. & Hamelink, H. (2004). *Cognitieve Therapie: de Basisvaardigheden*. Amsterdam: Boom.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A. T. (2004). The Empirical Status of Cognitive-Behavioral Therapy: A review of Meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31.
- Buuren van, S. & Fredriks, M. (2001). Worm Plot: a Simple Diagnostic Device for Modelling Growth Reference Curves. *Statistics in Medicine*, *20*, 1259-1277.
- Cassin, S.E. & Ranson von, K.M. (2005). Personality and Eating Disorders: A Decade in Review. *Clinical Psychology Review*, *25*, 895-916.
- Crisp, A.H. (1980). *Anorexia Nervosa, Let Me Be*. New York: Grune & Stratton.
- Duijsens, I.J., Spinhoven, P., Goekoop, J.G., Spermon, T & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (1998). The Dutch Temperament and Character Inventory (TCI): Dimensional Structure, Reliability and Validity in a Normal and Psychiatric Outpatient Sample. *Personality and Individual Differences*, *28*, 487-499.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. (1983). Development and Validation of a Multidimensional

- Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 2, 15.
- Gillberg, R.M., Gillberg, I. C. & Johansson, M. (1997). Alexithymia in Anorexia Nervosa: a Controlled Study Using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 385-388.
- Gecas, V. (1989). The Social Psychology of Self-Efficacy. *Annual Review Sociology*, 15, 291-316.
- Grinspoon, S., Gulick, H.A., Landt, M., Anderson, K.L.E., Ma, Z., Vignati, L., Bowsher, R., Herzog, D. & Klibanski, A. (1996). Serum Leptin Levels in Women with Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 81, 3861-3863.
- Elburg van, A.A. (2007). *Psychoneuroendocrinological Aspects of Anorexia Nervosa*. Enschede: Gildeprint Drukkerijen BV.
- Elburg van, A.A., Hillebrand, J.J.G., Kas, M.J.H., Kampman, K., van Engeland, H., Adan, R.A.H. & Hoek, H.W. (2007). Outcome of Anorexia Nervosa: Results of a Five-year Follow-up Study. Unpublished manuscript.
- Elburg van, A. A., Eijkemans, M. J., Kas, M. J., Themmen, A. P., de Jong, F. H., van Engeland, H., & Fauser, B. C. (2007a). Predictors of recovery of ovarian function during weight gain in anorexia nervosa. *Fertility and Sterility*, 87, 902-908.
- Elburg van, A.A. & Rijken, M.E. (2003). *Jongeren met Eetstoornissen*. Assen: van Gorcum BV.
- Evers, A., van Vliet-Mulder & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland*. Assen: van Gorcum.
- Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W., & Crosby, R. (1995). Ten-year Follow-up of Anorexia Nervosa: Clinical Course and Outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Fennig, S., Fennig, S., & Roe, D. (2002). Physical Recovery in Anorexia Nervosa: Is this the Sole Purpose of a Child and Adolescent Medical-Psychiatric Unit? *General Hospital Psychiatry*, 24, 87-92.
- Grimm, L.G. (1992). *Statistical Applications for the Behavioral Sciences*. Danvers: John Wiley & Sons, Inc.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Fichter, M., Treasure, J.,

- Berretini, W.H. & Kaye, W.H. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality and Pathological Eating Behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Ham van der, T., Strien van, D.C. & Engeland van, H. (1998). Personality Characteristics Predict Outcome of Eating Disorders in Adolescents: a 4-year Prospective Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 79-84.
- Ham van der, T., Strien van, D.C. & Engeland van, H. (1994). De Predictieve Waarde van Psychologische Variabelen voor het Beloop van Eetstoornissen bij Adolescenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 15-19.
- Herpertz-Dahlman, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J. & Remschidt, H. (2001). Prospective 10-year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa- Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity and Psychosocial Adaptation. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 42, 603-612.
- Hsu, L.K.G. (2001). Pathogenesis of Anorexia Nervosa. *Hong Kong Psychiatry*, 11, 7-12.
- Hewitt, P.L.H., Flett, G.L., Turnbull-Donovan, W. & Mikail, F.E. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment*, 3, 464-468.
- Kashdan, T.B. (2002). Social Anxiety Dimensions, Neuroticism, and the Contours of Positive Psychological Functioning. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 789-810.
- Killen, J.D., Taylor, C.D., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, Hammer, D.M., Kreamer, L., Blair-Greiner, H. & Strachowski, D. (1996). Weight Concerns Influence the Development of Eating Disorders: A 4-year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Klump, K., Bulik, C.M., Pollice, C., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Berrettini, W.H., Devlin, B., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D.B., Treasure, J., Shabbout, M., Lilienfeld, L.R., Plotnicov, K.H., & Kaye, W.H. (2000). Temperament and Character in Women with Anorexia Nervosa. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 559-567.

- Klump, K.L., Strober, M., Bulik, C.M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Woodside, D.B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Keel, P.K., Berrettini, W.H., Plotnicov, K., Pollice, C., Lilenfeld, L.R. & Kaye, W.H. (2004). Personality Characteristics of Women before and after Recovery from an Eating Disorder. *Psychological Medicine*, *34*, 1407-1418.
- Lammers, J., Pelzer, B., Hendrickx, J. & Eisinga, R. (2007). *Categorische Data Analyse met SPSS*. Assen: van Gorcum BV.
- Lilenfeld, L.R.R., Wonderlich, S., Riso, L.P., Crosby, R. & Mitchell, J. (2006). Eating Disorders and Personality: a Methodological and Empirical Review. *Clinical Psychology Review*, *26*, 299-320.
- Lyoo, I.K., Yoon, T., Kang, D.H. & Kwon, J.S. (2003). Patterns of Changes in Temperament and Character Inventory Scales in Subjects with Obsessive Compulsive Disorder following a 4-month Treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 298-304.
- Lundh, L.G. & Ost, L. (2001). Attentional Bias, Self-consciousness and Perfectionism in Social Phobia Before and After Cognitive-Behaviour Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, *30*, 4-16.
- Maasschalk, C., Vertommen, H. (2001). Nederlandse Verkorte Temperament en Karakter Vragenlijst (VTCl). *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *31*, 10-15.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. (1975). Value of Family Background and Clinical Features as Predictors of Long-term Outcome in Anorexia Nervosa: Four-year Follow-up Study of 41 Patients. *Psychological Medicine*, *5*, 355-371.
- Noordenbos, G. & Seubring, S.S. (2006). Criteria for Recovery from Eating Disorders according to Patients and Therapists. *Eating Disorders*, *14*, 41-54.
- Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitouesk, K., Wilson, G.T. & Bauer, J. (2003). Cognitive Behavior Therapy in the Posthospitalization Treatment of Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 2046-2049.
- Probst, M., van der Eycken, W., van Coppenolle, H., & van der Linde, J. (1995). Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating*

- disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145.
- Steinhausen, H.C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128, 5, 825-848.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Tasca, G.A., Taylor, D., Bissada, H., Ritchie, K. & Balfour, L. (2004). Attachment Predicts Treatment Completion in an Eating Disorders Partial Hospital Program Among Woman with Anorexia Nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 83, 201-212.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M & Bourke, M.P. (1996). Relationships between Alexithymia and Psychological Characteristics associated with Eating Disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 561-568.
- Tchanturia, K., Morris, R.G., Anderluh, M.B., Collier, D.A., Nikalaou, V. Treasure, J. (2003). Set Shifting in Anorexia Nervosa: an Examination before and after Weight Gain, in Full Recovery and Relationship to Childhood and Adult OCPD Traits. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 545-552.
- Wear, R.W., Pratz, O. (2006). Test-retest Reliability for the Eating Disorder Inventory. *International Journal for Eating Disorders*, 6, 767-769.
- Wikipedia, (2010). *Puberteit*. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Puberteit>.
- Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (2008). *Handboek Eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tabel 1

Enkelvoudige variantieanalyses van de verschillen per groep in scores op de EDI en de VTCl

	Geen		Deels		Volledig		<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta\rho^2$
	Herstel		Herstel		Herstel				
	N = 17		N = 19		N = 11				
	M	SD	M	SD	M	SD			
BMI	16.13	2.34	20.05	2.99	20.49	1.07			
Leeftijd	17.71	2.83	17.94	3.02	19.80	3.07			
EDI									
Perfectionisme	7.00	5.25	6.67	4.70	4.33	3.64	0.96	ns	
Inter. Wantrouwen	7.30	3.80	6.27	5.33	4.89	4.96	0.59	ns	
Rijpingsangst	10.30	5.64	6.13	4.79	10.11	7.24	2.11	.14	.12
Inter. Bewustzijn	12.00	7.51	12.93	6.55	11.22	6.39	0.18	ns	
Ineffectiviteit	11.10	4.51	13.27	7.49	10.56	6.33	0.61	ns	
VTCl									
Volhardend	12.42	1.44	12.36	1.86	10.67	3.08	2.20	.13	.12
Coöperatief	12.90	3.45	12.79	3.47	12.33	1.22	0.09	ns	
Zelfsturend	6.17	4.13	7.64	3.65	9.33	3.84	1.72	ns	
Leedvermijdend	11.90	2.75	11.07	3.91	8.44	5.77	1.91	.16	.10
Prikkelzoekend	2.08	1.98	4.79	3.60	4.89	4.08	2.76	.08	.15

Noot. M = Gemiddelde

Noot 2. Geen herstel = groep 1 (geen lichamelijk en geen psychisch herstel), Gedeeltelijk herstel = groep 2 (wel lichamelijk herstel maar geen psychisch herstel) en Volledig herstel = groep 3 (zowel lichamelijk als psychisch herstel)

Tabel 2

Pearson correlaties tussen de schalen van de EDI en de VTCI, gemiddelden en SD's van de EDI- en VTCI-schalen

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
EDI										
1.Perfectionisme	1									
2.Inter. Wantrouwen	.33*	1								
3.Rijpingsangst	.22	.17	1							
4.Inter. Bewustzijn	.33*	.64**	.32*	1						
5.Ineffectiviteit	.42**	.45**	.32*	.62**	1					
VTCI										
6.Volhardend	.12	.09	.41*	.14	.01	1				
7.Coöperatief	.19	.05	.07	.06	.09	.07	1			
8.Zelfsturend	-.01	-.19	-.06	-.09	.06	.08	.24	1		
9.Leedvermijdend	.12	.23	-.02	.05	.12	.12	.03	.64**	1	
10.Prikkelzoekend	-.29	-.38*	-.09	-.16	.02	.24	.00	.41**	.61*	1
Gemiddelde	6.10	5.97	7.69	11.74	11.90	11.83	13.10	7.93	10.83	4.17
SD	4.44	4.45	5.87	6.62	6.60	2.16	2.77	4.09	4.15	3.57

Noot. * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$

Tabel 3

Enkelvoudige multinominale logistische regressieanalyses, met groep als nominale afhankelijke variabele en de schalen van de EDI en VTCl als onafhankelijke variabelen

	X^2	p	Pseudo R^2 (Nagelkerke)
EDI			
Perfectionisme	30.48	ns	.67
Interpersoonlijk Wantrouwen	38.80	.12	.77
Rijpingsangst	34.44	ns	.72
Interoceptief Bewustzijn	32.58	ns	.69
Ineffectiviteit	40.21	ns	.28
VTCl			
Volhardend	26.85	.08	.61
Coöperatief	23.64	.05	.56
Zelfsturend	31.60	.14	.67
Leedvermijdend	27.64	ns	.62
Prikkelzoekend	23.82	ns	.56

