



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De betekenis van impulsiviteit in de subclassificatie van patiënten met een eetstoornis

Laurence Claes, Walter Vandereycken en Hans Vertommen*

Samenvatting

De mate waarin impulsief gedrag voorkomt bij patiënten met eetstoornissen lijkt sterk te verschillen tussen de diagnostische subgroepen. In dit artikel beschrijven we een onderzoek naar de discriminatieve waarde van 'impulsiviteit' in de subclassificatie van patiënten met een eetstoornis. We vergelijken de resultaten op een aantal vragenlijsten (waaronder de Leidse Impulsiviteitsvragenlijst, de München Alcohol Test en de Zelfverwondingsvragenlijst) bij drie groepen patiënten met een eetstoornis: anorexia nervosa van het restrictieve type (AN-R; N = 36), anorexia nervosa van het purgerende type (AN-P; N = 58) en boulimia nervosa (BN; N = 40). Patiënten met BN vertonen significant meer impulsief gedrag dan AN-R-patiënten. De AN-P-groep bevindt zich tussen de AN-R-en de BN-groep. Discriminant-analyses tonen aan dat we met behulp van de impulsiviteitsmetingen 77% van de AN-R- en de BN-patiënten correct kunnen classificeren, maar dat te veel AN-P-patiënten foutief worden geclassificeerd.

Inleiding

Klinische observatie toont dat bepaalde subgroepen van patiënten met een eetstoornis, met name boulimia nervosa (BN) en anorexia nervosa patiënten van het purgerend subtype (AN-P), meer impulsief gedrag (zoals braken, purgeren, alcohol- en middelenmisbruik) vertonen dan patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve subtype (AN-R). Verder blijkt de aanwezigheid van een of meerdere impulsieve gedragingen een negatieve invloed uit te oefenen op het verloop en het resultaat van de behandeling. Zo tonen Vandereycken en Pierloot (1983) aan dat purgerende AN-patiënten in vergelijking met restrictieve AN-patiënten gedurende langere tijd symptomen van de eetstoornis blijven vertonen, dat zij minder kans hebben op volledig herstel en dat de kans op overlijden groter is. Verder benadrukken Mitchell, Specker en Edmonson (1997) dat de behandeling van patiënten met BN en AN-P patiënten die afhankelijk zijn van een of meerdere middelen een andere aanpak vergt dan de behandeling van de AN-R-groep. Het feit dat deze subgroepen anders reageren op gelijkaardige behandelingsprogramma's en dat aangepaste behandelingsprogramma's nodig zijn, heeft geleid tot onderzoek naar de rol van 'impulsiviteit' in de ontwikkeling,

* DRS. L. CLAES is als assistent verbonden aan de Afdeling Psychodiagnostiek en Psychologische begeleiding van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven. Correspondentie-adres: Tiensestraat 102, 3000 Leuven.
PROF. DR. W. VANDEREYCKEN is hoofddocent aan de Katholieke Universiteit Leuven. Hij is tevens verbonden aan de Psychiatrische Kliniek Alexianen in Tienen en aan het Universitair Centrum Sint Jozef in Kortenberg.
PROF. DR. H. VERTOMMEN is gewoon hoogleraar aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven, Afdeling Psychodiagnostiek en Psychologische begeleiding.

de manifestatie en de behandeling van eetstoornissen (Lowe & Eldredge, 1993; Vanderlinden & Vandereycken, 1997).

Impulsiviteit verwijst in de meeste van deze studies naar de aanwezigheid van een reeks van impulsieve gedragingen zoals braak- en purgeergedrag, alcohol- en middelenmisbruik, kleptomanie, automutilerend en suïcidaal gedrag. Net zoals Lacey en Evans (1986) noemen de auteurs uit voornoemde studies hun patiënten 'impulsief' of 'niet impulsief' afhankelijk van het aantal impulsieve gedragingen dat ze vertonen. Zij gaan ervan uit dat 'multi-impulsieve' patiënten categorisch verschillen van 'niet-impulsieve' patiënten. Andere onderzoekers zoals Eysenck, Pearson, Easting en Allsopp (1985) daarentegen beschouwen impulsiviteit als een dimensionele persoonlijkheidstrekk. Zij maken gebruik van vragenlijsten die de latente persoonlijkheidstrekk 'impulsiviteit' meten. Onderzoek waarin men de persoonlijkheidstrekk 'impulsiviteit' als zodanig tracht te meten en in verband brengen met eetstoornissen, is eerder zeldzaam. Dit is wellicht te verklaren door het gebrek aan een eenduidige definitie van het begrip 'impulsiviteit' en het tekort aan betrouwbare en valide metingen van deze persoonlijkheidstrekk. De meest bekende en gebruikte meting van de persoonlijkheidstrekk 'impulsiviteit' werd ontwikkeld door Eysenck en Eysenck (1975), die 'impulsiviteit' beschrijven als 'een gebrek aan reflectie tussen een stimulus en een respons'. Fahy en Eisler (1993) ten slotte, stellen voor om beide voorgaande onderzoeksstrategieën te combineren. Zij stellen dat patiënten met BN en purgerende AN-patiënten meer manifest impulsief gedrag vertonen dan restrictieve AN-patiënten, omdat de eersten een hogere positie innemen op de latente dimensie 'impulsiviteit', zoals wij in onze studie zullen aantonen.

Alvorens echter over te gaan tot een beschrijving van onze studie, geven we een overzicht van het onderzoek naar de rol van impulsiviteit in de ontwikkeling, de manifestatie en de prognose van eetstoornissen.

Onderzoek naar de rol van impulsiviteit in de *ontwikkeling* van eetstoornissen tracht aan te tonen dat de kans om excessief eet- en braakgedrag te ontwikkelen binnen een eetstoornisproblematiek, groter is als de patiënt eerstegraadsverwanten heeft die lijden aan een stoornis in de impulscontrole, zoals alcohol- of middelenmisbruik. Zo stellen Piran, Lerner, Garfinkel, Kennedy en Brouillette (1988) vast dat purgerende AN-patiënten significant meer middelenmisbruik rapporteren bij eerstegraadsverwanten dan de restrictieve AN-patiënten, namelijk 34,2% versus 6,7% bij de ouders en 26,3% versus 3,3% bij broers en zussen. Gelijkaardige resultaten worden vastgesteld door Strober, Salkin, Burroughs en Morrell (1982), die met behulp van de MMPI aantonen dat de vaders van patiënten uit de AN-P-groep impulsiever zijn dan de vaders van patiënten uit de AN-R-groep.

Andere onderzoekers, zoals Fahy en Eisler (1993) stellen dat wanneer het aan de eetstoornis verbonden impulsieve gedrag bij patiënten met BN en AN-P voortvloeit uit hun hogere positie op de latente persoonlijkheidstrekk 'impulsiviteit', men kan verwachten dat deze patiënten nog andere vormen van impulsief gedrag vertonen, welke niet gerelateerd zijn aan de eetstoornis per se. In de literatuur wordt deze topic vanuit drie verschillende perspectieven benaderd. Ten eerste onderzoekt men de prevalentie van eetstoornissen bij vrouwen met andere stoornissen in de impulscontrole. Dit onderzoek is voornamelijk toegespitst op het onderkennen van symptomen van een eetstoornis bij vrouwen met alcoholproblemen (Beary, Lacey & Merry, 1986; Beglin

& Fairburn, 1992; Lacey & Moureli, 1986; Peveler & Fairburn, 1990). Bij deze laatste is het prevalentiecijfer van eetstoornissen (vooral BN en AN-P) groter dan in een vergelijkbare controlegroep van 'normalen'. Ten tweede kijkt men naar de aanwezigheid van stoornissen in de impulscontrole bij individuen met eetproblemen (en vergelijkt deze prevalentiegegevens met die van een controlegroep). Uit deze studies komt naar voren dat een grote groep patiënten met BN comorbiditeit of een voorgeschiedenis vertoont van alcohol- of middelenmisbruik (Beary et al., 1986; Lacey & Moureli, 1986; Mitchell, Hatsukami, Pyle & Eckert, 1988; Pyle, Mitchell & Eckert, 1981). Verder vindt men meer kleptomaan gedrag (zowel gericht op voedsel als op andere objecten) bij patiënten met BN dan bij controlegroepen (Leon, Carroll, Chernyk & Finn, 1985; Pyle et al., 1981). Tot slot vergelijkt men stoornissen in de impulscontrole, en met name de frequentie van controleverlies, bij verschillende subgroepen van patiënten met een eetstoornis (Crisp, Hsu & Harding, 1980a, 1980b; Eckert et al., 1979; Fahy & Eisler, 1993; Newton, Freeman & Munro, 1994; Vandereycken & Van Houdenhove, 1996). Globaal kan men stellen dat de frequentie van impulsief gedrag het laagst is bij restrictieve AN-patiënten, gevolgd door purgerende AN- en BN-patiënten. Binnen de boulimische groep blijkt de purgerende subgroep meer impulsief gedrag te vertonen dan de niet-purgerende subgroep.

Met betrekking tot de *prognose* van impulsieve patiënten met een eetstoornis is er tot op heden weinig gecontroleerd onderzoek verricht. Sohlberg, Norring, Holmberg en Rosmark (1989) zijn de enige auteurs die in een gecontroleerde studie de invloed van impulsiviteit op het behandelresultaat hebben onderzocht. In een steekproef van 35 patiënten met AN en BN vinden zij dat impulsiviteit 25% van de variantie in symptomatologie verklaart na 2 tot 3 jaar follow-up, en 14% na 4 à 6 jaar follow-up. Zij stellen vast dat een grotere mate van impulsiviteit bij patiënten met AN en BN leidt tot een negatievere prognose; en dat de prognose van BN-patiënten negatiever is dan die van AN-patiënten.

Dit literatuuronderzoek toont aan dat middelenmisbruik samenhangt met het vóórkomen van eetstoornissen, dat BN correleert met alcoholmisbruik en met kleptomanie, dat impulsiviteit in de AN-R-groep minder voorkomt dan in de AN-P-groep en dat de AN-P-groep – in bepaalde gevallen – minder impulsief is dan de BN-groep. Men kan dus verwachten dat de BN-groep de meeste impulsieve gedragingen zal vertonen, gevolgd door de AN-P- en de AN-R-groep en dat 'impulsiviteit' een belangrijke betekenis kan hebben in de subclassificatie van eetstoornissen. Deze hypothesen trachten we in deze studie te onderzoeken. In tegenstelling tot de vermelde onderzoeken hebben wij in onze studie het aspect impulsiviteit dubbel geoperationaliseerd: enerzijds door meting van de persoonlijkheidstrek 'impulsiviteit', zoals gedefinieerd door Eysenck en Eysenck (1975), en anderzijds door inventarisering van 'impulsieve gedragingen' (zelfverwonding en problematisch drinkgedrag) met behulp van vragenlijsten die in de paragraaf over de metingen beschreven zullen worden.

Method

Deelnemers

De proefgroep bestond uit 134 vrouwen die residentieel behandeld werden voor een eetstoornis, gediagnosticeerd volgens de DSM-IV (APA, 1994). Van deze patiënten kreeg 26,9% ($N = 36$) de diagnose 'anorexia nervosa restrictief' (AN-R: zuivere vasters);

43,3% ($N = 58$) leed aan anorexia van het purgerende type (AN-P: met braken, eetbuien en gebruik van laxantia); en 29,8% ($N = 40$) kreeg de diagnose boulimia nervosa (BN). De gemiddelde ziekteduur van de groep was 5,4 jaar. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedroeg 22 jaar ($SD = 7,7$). Van hen had 66% een middelbare opleiding (havo), 23,8% een hogere niet-universitaire opleiding en 8,7% een universitaire opleiding voltooid. Op het moment van opname studeerde 55% van de patiënten, 19,6% werkte, 8,9% zocht werk en 16,1% was arbeidsongeschikt. Met betrekking tot de leefsituatie stelden we vast dat 12% van de patiënten alleen woonde op het moment van opname; 69,6% woonde bij de ouders en 7,1% woonde samen met een partner of echtgenoot.

Metingen

Alle deelnemers vulden bij opname een reeks vragenlijsten in:

- De *Eating Disorder Evaluation Scale* (EDES; Vandereycken, 1993 ; zie Norré & Vandereycken, 1993) is een korte vragenlijst om de ernst van een eetstoornis te evalueren. De betrouwbaarheid en de validiteit van de lijst zijn goed. Er zijn vier subschalen: 1 Anorectische preoccupatie, 2 Boulimisch gedrag, 3 Seksualiteit en 4 Psychosociale aanpassing. De lijst bestrijkt zowel de specifieke symptomen als de bredere psychosociale aspecten. De totaalscore van de EDES kan gebruikt worden als een evaluatiescore van het algemene functioneren van de betrokken patiënt. Anders dan de overige instrumenten die we in dit onderzoek gebruiken, duidt een lagere score op meer pathologie.
- De *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q; Vanderlinden, 1993) is een instrument voor het meten van een brede waaier aan dissociatieve ervaringen. Betrouwbaarheid en construct- en criteriumvaliditeit blijken goed tot zeer goed. Behalve een totaalscore kunnen vier subschalen berekend worden: 1 Identiteitsverwarring en -fragmentatie, 2 Verlies van controle, 3 Psychogene amnesie en 4 Verhoogde concentratie. De schaal 'Verlies van controle' bevat een aantal items die verwijzen naar impulsiviteit, zoals 'Ik doe vaak iets zonder er bij na te denken', en 'Ik word wel eens boos terwijl ik dat helemaal niet wil'.
- Het zelf-beoordelingsgedeelte van de *München Alcohol Test* (MALT-Z; Walburg & Limbeek, 1985) kan dienen als een zoektest voor problematisch drinkgedrag en alcoholverslaving. De totaalscore wordt eenvoudig verkregen door optelling van de positieve antwoorden op de 24 vragen. Een op de MALT-Z toegepaste factoranalyse resulteerde in vier factoren: 1 subjectieve erkenning van het problematisch karakter van het drankgebruik, 2 consequenties van het overmatig drankgebruik, 3 psychische problematiek in relatie tot overmatig drankgebruik en 4 problematisch drinkgedrag en onthoudingsverschijnselen. De validiteit en de betrouwbaarheid van de MALT-Z is voldoende.
- De *Leidse Impulsiviteitsvragenlijst* (LIV-State, LIV-Trait; ontwikkeld door Verkes, maar nog ongepubliceerd). De LIV-Trait is een zelf-beoordelingsvragenlijst voor het meten van impulsiviteit als persoonlijkheidstrekk. De lijst bestaat uit 11 items, afkomstig uit de veel langere impulsiviteitslijst van Eysenck & Eysenck (1977). De door Verkes bewerkte items zijn de 11 items die hoog laden op één factor die door Eysenck & Eysenck beschreven wordt als 'Impulsiviteit in engere zin'. Voorbeelden zijn: 'Ik kom in de problemen doordat ik dingen doe zonder nadenken', 'Ik ben een impulsief persoon', 'Ik doe dingen naar wat het eerst in me opkomt'. De interne consistentie van de schaal zou zeer bevredigend zijn (Cronbach's $\alpha = 0,89$) en de test-hertestbetrouwbaarheid bedroeg na circa 12 weken 0,71 ($N = 89$). De LIV-State is een door Verkes ontwikkelde zelfbeoordelingsvragenlijst voor het vastleggen van impulsiviteit als toestandsbeeld. Er wordt gevraagd naar verschillende

soorten van impulsief gedrag in de afgelopen week. Voorbeelden zijn: 'Heeft u in een opwelling aankopen gedaan?', 'Heeft u zichzelf pijn gedaan of verwond?', 'Bent u betrokken geweest bij vechtpartijen?' Hoewel er bewust naar uiteenlopende vormen van impulsief gedrag wordt gevraagd was de interne consistentie hoger dan verwacht: Cronbach's alfa = 0,75. Verdere gegevens over de betrouwbaarheid en de validiteit van deze vragenlijst zijn nog niet beschikbaar.

- De *Automutilatievragenlijst* (ontwikkeld door Vandereycken; zie Lagrou, 1996) is een experimentele zelf-beoordelingsvragenlijst die bestaat uit 34 items. Twintig items peilen de aanwezigheid van (automutilerende) reacties en gedrag bij spanning gedurende de laatste zes maanden (deel I). Voorbeelden zijn: 'Ik snij mezelf', 'Ik sla of klop op mezelf'. Deze items zijn gebaseerd op de hypothese dat zelfverwonding een reactie is op spanning. Veertien andere items peilen naar reacties en gewoonten van de persoon gedurende de laatste zes maanden, waarbij het dan niet specifiek over spanningshantering gaat (deel II). Voorbeelden zijn: 'Als ik ergens een klein wondje heb, kan ik er moeilijk afblijven', 'Ik kan mezelf met opzet lichamelijk pijnigen om me te straffen'. Gegevens over de betrouwbaarheid en de validiteit van deze vragenlijst zijn nog niet beschikbaar.

Data-analyses

De data-analyses werden uitgevoerd met behulp van het statistisch programma SPSS for Windows 6.0. Om het verschil in schaaluitslagen tussen de verschillende subgroepen te onderzoeken, maakten we gebruik van de eenwegs-variantieanalyse (ANOVA). Indien de F-test aangaf dat er significante verschillen aanwezig waren, werd aan de hand van Scheffés post hoc-test nagegaan welke groepen significant van elkaar verschilden. Verder voerden we discriminant-analyses uit voor twee en voor drie groepen. Als onafhankelijke variabelen fungeerden LIV-trait, LIV-state, DISQ-2, MALT-4 en AUTOMUT-Tot. In de discriminant-analyse voor twee groepen fungeerden AN-R en BN als afhankelijke variabelen en AN-R, AN-P en BN in de discriminant-analyse voor drie groepen. Hierbij dient vermeld te worden dat de items die verwijzen naar het boulimisch gedrag 'excessief eten' niet als discriminerende variabelen werden opgenomen, daar deze fungeerden om de groepen op te delen in AN-R respectievelijk AN-P en BN.

Resultaten

Variantie-analyses en correlaties tussen de schalen

Met behulp van een aantal impulsiviteitsmetingen kon een significant verschil worden aangetoond tussen de subgroepen van patiënten met een eetstoornis. In tabel 1

Tabel 1 Vergelijking van de drie subgroepen van eetstoornispatiënten met behulp van anova's en Scheffé post hoc-tests.

	AN-P (N=36)	AN-P (N=58)	BN (N=40)	F-test	Scheffé post hoc test p<0.05
LIV-State	20.08	24.63	26.54	10.56***	AN-R<AN-P; AN-R<BN
LIV-Trait	16.12	19.42	20.94	7.38***	AN-R<AN-P; AN-R<BN
DISQ-Tot	1.95	2.33	2.43	5.32**	AN-R<AN-P; AN-R<BN
DISQ-1	2.12	2.45	2.41	1.92	n.s.
DISQ-2	1.94	2.56	2.97	18.87***	AN-R<AN-P; AN-R<BN; AN-P<BN
DISQ-3	1.39	1.72	1.76	3.65*	n.s.
DISQ-4	2.36	2.76	2.56	3.25*	AN-R<AN-P
EDES-Tot (a)	42.63	40.61	38.86	0.77	n.s.
EDES-1	6.09	8.15	9.52	3.00	n.s. (p<0.06)
EDES-2	17.45	9.50	7.00	68.95***	AN-R>AN-P; AN-R>BN; AN-P>BN
EDES-3	5.29	8.00	11.80	16.29***	AN-R>AN-P; AN-R>BN; AN-P>BN
EDES-4	13.18	11.81	11.22	1.51	n.s.
EDES-braken	6.00	2.24	1.69	63.41***	AN-R>AN-P; AN-R>BN
EDES-(vr)eten	5.44	3.36	1.50	39.97***	AN-R>AN-P; AN-R>BN; AN-P>BN
EDES-laxeren	6.00	3.86	3.79	16.06***	AN-R>AN-P; AN-R>BN
EDES-suicide	1.80	1.57	1.46	4.78**	AN-R>BN
EDES-drugs	1.88	1.71	1.59	4.02*	AN-R>BN
MALT-Tot	1.22	2.40	3.20	2.65	n.s.
MALT-1	0.20	0.71	0.94	1.70	n.s.
MALT-2	0.17	0.43	0.51	2.63	n.s.
MALT-3	0.64	0.84	0.89	0.74	n.s.
MALT-4	0.19	0.53	0.78	3.90*	AN-R<BN
AUTOMUT-Tot	26.78	30.37	32.59	5.91**	AN-R<BN

***=p<0.001; **=p<0.01; *=p<0.05(a) Hoe lager de scores op de EDES-schalen/items, des te pathologischer de scores. LIV-State = Impulsiviteit-State, LIV-Trait = Impulsiviteit-Trait, DISQ-Tot = Dissociation Questionnaire, DISQ-1 = Identiteitsverwarring en fragmentatie, DISQ-2 = Controleverlies, DISQ-3 = Amnesie, DISQ-4 = Verhoogde concentratie, EDES-Tot = Eating Disorder Evaluation Scale Totaal, EDES-1 = Anorectische preoccupatie, EDES-2 = Boulimisch gedrag, EDES-3 = Seksualiteit, EDES-4 = Psychosociale Aanpassing, MALT-Tot = München Alcohol Test, MALT-1 = Subjectieve erkenning van problematisch karakter van alcoholprobleem, MALT-2 = Consequenties van alcoholmisbruik, MALT-3 = Psychische problematiek in relatie tot alcoholmisbruik, MALT-4 = Problematisch drinkgedrag en onthoudingsverschijnselen, AUTOMUT-Tot = Totaal Automutilatiegedrag.

stellen we vast dat zowel de LIV-state en LIV-trait als de DIS-Q-schaal 'Impulscontroleverlies' (DIS-Q-2) een significant verschil aantoonde tussen de drie patiëntengroepen. Zo bleken BN-patiënten impulsiever dan purgerende AN-patiënten, en toonden beide subgroepen zich impulsiever dan de AN-R-subgroep. Het verschil tussen de BN-en AN-P-subgroepen gold echter niet de subschalen EDES-2, EDES-3, EDES-overeten, -laxeren, -suicide, -drugs, alcohol (MALT-4) en automutilatie (AUTOMUT-TOT).

Verder stelden we vast (tabel 2

Tabel 2 Correlaties tussen de schalen van de Impulsiviteitsvragenlijst (IMP), de Dissociation Questionnaire (DIS-Q), de Eating Disorder Evaluation Scale (EDES), de München Alcohol Test (MALT) en de Automutilatie-vragenlijst (AUTOMUT).

	LIV-Trait	LIV-State	DISQ-2
LIV-Trait	1.00	–	–
LIV-State	0.53***	1.00	–
DISQ-2	0.55***	0.60***	1.00
EDES-2 (a)	-0.38***	-0.54***	-0.60***
EDES-braken	-0.33***	-0.47***	-0.51***
EDES-(vr)eten	-0.45***	-0.58***	-0.60***
EDES-laxeren	-0.11	-0.24**	-0.33***
EDES-suicide	-0.23**	-0.41***	-0.44***
EDES-drugs	-0.31***	-0.26***	-0.26**
MALT-4	0.35***	0.47***	0.37***
AUTOMUT-Tot	0.25**	0.51***	0.63***

***= $p < 0.001$; **= $p < 0.01$; *= $p < 0.05$ (a) Hoe lager de scores op de EDES-schalen/items, des te pathogischer het beeld. LIV-State = Impulsiviteit-State, LIV-Trait = Impulsiviteit-Trait, DISQ-2 = Controleverlies, EDES-2 = Boulimisch gedrag, MALT-4 = Problematisch drinkgedrag en onthoudingsverschijnselen, AUTOMUT-Tot = Totaal Automutilatiegedrag.

) dat de impulsiviteitsschalen onderling betekenisvol correleerden, zodat we mochten besluiten dat zij verwezen naar een gelijkaardige latente trek. De correlatie tussen de schalen LIV-state en LIV-trait bedroeg 0,53 ($p > 0,001$), de correlaties tussen DIS-Q-2 en LIV-state, LIV-trait respectievelijk 0,60 en 0,55 ($p > 0,001$). Verder toonden de correlaties tussen de impulsiviteitsmetingen en de impulsieve gedragingen aan dat het vóórkomen van impulsief gedrag in sterke mate samenhang met een hoge positie op de latente impulsiviteitstrekk. Des te impulsiever de eetstoornispatiënt, des te hoger de kans op het voorkomen van vreet-, braak- en laxeedgedrag, des te groter het risico op suïcidepogingen en automutilatief gedrag, en des te frequenter misbruik van alcohol en drugs. Ook de variantieanalyses (zie tabel 1) toonden aan dat de aAN- of afwezigheid van deze impulsieve gedragingen betekenisvol discrimineerden tussen de eetstoornisgroepen. De aanwezigheid van suïcidepogingen en automutilatief gedrag, het misbruik van drugs en het al dan niet voorkomen van braak- en purgeergedrag, differentieerden in het bijzonder tussen de AN-R- en BN-subgroepen. Om na te gaan in welke mate de voornoemde variabelen correct discrimineren tussen de respectievelijke patiëntengroepen, hebben we discriminantanalyses uitgevoerd.

Discriminant-analyses

In eerste instantie voerden we een tweegroepen discriminant-analyse uit. De resultaten toonden aan dat de bij elkaar opgetelde impulsiviteitsmetingen (LIV-trait, LIV-state, DIS-Q-2, MALT-4 en AUTOMUT-TOT) betekenisvol discrimineerden tussen de AN-R- en de BN-subgroepen (Wilks Lambda = 0,59, Chi-square = 27,53, $df = 5$, $p < 0,0001$). De discriminantfunctie stelde ons in staat om 77% van de restrictieve AN- en de BN-patiënten correct te classificeren. De resultaten van deze classificatie vindt men in tabel 3.

Tabel 3 Resultaten van de classificatie op basis van de discriminant-analyse bij twee groepen.

Reële groep	N*	Voorspeld groepslidmaatschap	
		AN-R	BN
AN-R	28	20	8
		71.4%	28.6%
BN	29	5	24
		17.2%	82.8%

*N=aantal subjecten, van wie de resultaten beschikbaar waren op de 5 impulsiviteitsmetingen.

Daar het mogelijk was om met behulp van de impulsiviteitsmetingen een betekenisvolle discriminatie tot stand te brengen tussen de AN-R- en de BN-groepen, werd in een tweede discriminantanalyse nagegaan of deze variabelen ook een significant onderscheid konden maken tussen de AN-R-, de AN-P- en de BN-subgroepen. We voerden daarom een driegroepen discriminantanalyse uit. De resultaten van deze analyse waren minder gunstig: het percentage correcte classificatie daalde tot 48%. Tabel 4

Tabel 4 Resultaten van de classificatie op basis van de discriminantanalyse bij drie groepen.

Reële groep	N*	Voorspeld groepslidmaatschap		
		AN-R	AN-P	BN
AN-R	28	20	4	4
		71.4%	14.3%	14.3%
AN-P	42	15	10	17
		35.7%	23.8%	40.5%
BN	29	6	5	18
		20.7%	17.2%	62.1%

*N=aantal subjecten, van wie de resultaten beschikbaar waren op de 5 impulsiviteitsmetingen.

geeft de resultaten van deze classificatie.

We stellen vast dat de meeste classificatiefouten optraden in de subgroep AN-P, waar een té groot aantal AN-P-patiënten werd toegekend aan de AN-R-(35,7%) of aan de BN-(40,5%) subgroepen. We kunnen besluiten dat de impulsiviteitsmetingen voldoende discrimineren tussen de AN-R- en de BN-groep, doch dat deze metingen alleen niet volstaan om een goede discriminatie tot stand te brengen tussen de AN-P- en de overige subgroepen.

Beschouwing

Onderzoek naar het voorkomen van impulsiviteit bij patiënten met een eetstoornis kan opgesplitst worden in twee categorieën. Enerzijds zijn er onderzoekers als Lacey en Evans (1986) die patiënten kenmerken als 'impulsief' en 'niet impulsief', afhankelijk van het aantal impulsieve gedragingen (alcohol- en drugsmisbruik, automutilatie). Zij gaan ervan uit dat 'multi-impulsieve' patiënten categorisch verschillen van minder impulsieve patiënten. Zo maken zij onderscheid tussen 'gewone' en 'multi-impulsieve' patiënten met boulimia nervosa. Andere onderzoekers, zoals Eysenck en Eysenck (1975) beschouwen impulsiviteit daarentegen als een dimensionele persoonlijkheidstrekk. Hun onderzoek toont aan dat de subgroepen van patiënten met

een eetstoornis een verschillende positie innemen op de latente trek 'impulsiviteit'. Patiënten met restrictieve anorexia nervosa situeren zich het laagst op dit continuüm, patiënten met boulimia nervosa het hoogst. Ook Fahy en Eisler (1993) stellen voor om de onderzoekscategorieën 'wel impulsief' en 'niet impulsief' te combineren. Zij willen aantonen dat het vóórkomen van manifest impulsief gedrag bij bepaalde patiëntgroepen verklaard kan worden door een hoge positie van deze patiënten op het latente continuüm 'impulsiviteit'. Men zal er echter eerst in moeten slagen om de persoonlijkheidstrekk 'impulsiviteit' duidelijk te definiëren en te operationaliseren, alvorens dit soort onderzoek kans maakt om te slagen.

De resultaten van ons onderzoek zijn hoopgevend. We vonden significante verbanden tussen een aantal – nog te optimaliseren – metingen van de persoonlijkheidstrekk 'impulsiviteit' en de aanwezigheid van impulsief gedrag zoals alcoholmisbruik en automutilatie. Onze onderzoeksbevindingen bevestigen gedeeltelijk de resultaten die we vonden in de literatuur. We stellen duidelijk verschillen vast qua impulsiviteit tussen de AN-R- en BN-, en tussen de AN-R- en AN-P-subgroepen. De verschillen tussen de AN-P- en BN-subgroepen worden echter niet systematisch teruggevonden. Dit moet ons niet verwonderen, daar we ook in de literatuur niet steeds duidelijke verschillen qua impulsiviteit aantreffen tussen AN-P- en B-subgroepen. Verder onderzoek rond het belang van de dimensie impulsiviteit bij patiënten met eetstoornissen blijft aangewezen, daar deze variabele een bekenisvolle invloed uitoefent op het verloop en het resultaat van de behandeling en op de prognose. Vandereycken en Pierloot (1983) tonen immers aan dat purgerende AN-patiënten, die impulsiever zijn dan de AN-R-subgroep, langere tijd symptomen blijven vertonen, minder kans hebben op volledig herstel en een grotere kans op overlijden. Verder vinden Solhberg et al. (1989) dat een grotere mate van impulsiviteit samenhangt met een ongunstiger prognose. Mitchell et al. (1997) tonen aan dat de therapeutische behandeling van boulimische en purgerende anorexia-patiënten die afhankelijk zijn van een of meerdere middelen, een andere aanpak vergt dan de behandeling van boulimische en purgerende en restrictieve anorexia patiënten zonder comorbiditeit. Zij pleiten ervoor om het eetprobleem en de andere stoornissen in de impulscontrole gelijktijdig te behandelen en werkten hiervoor een speciaal twaalfstappen-programma uit.

Abstract

The amount of impulsive behaviors in patients with eating disorder depends strongly on the type of eating disorder that is involved. This article presents a study on the discriminative power of impulsivity in the subclassification of eating disorders. We compared the results of three subgroups of eating disorder patients on several impulsivity scales. The subgroups consisted of 36 restrictive anorexia nervosa patients (AN-R), 58 anorexia nervosa patients of the mixed type (AN-P) and 40 patients with bulimia nervosa (BN). The BN subgroup showed significantly more impulsive behavior than the AN-R and the AN-P-subgroups, and the AN-P-group was positioned between the AN-R and the BN-groups. Discriminant analyses

showed that it was possible to differentiate between the BN- and AN-R-subgroups, but that it was not possible to differentiate the AN-P correctly from the other groups.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beary, M.D., Lacey, J.H., & Merry, J. (1986). Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *British Journal of Addiction*, 81, 685-689.
- Beglin, S.J., & Fairburn, C.G. (1992). The evaluation of a new instrument for detecting eating disorders in community samples. *Psychiatry Research*, 44, 191-201.
- Crisp, A.H., Hsu, L.K.G., & Harding, B. (1980a). Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 179-191.
- Crisp, A.H., Hsu, L.K.G., & Harding, B. (1980b). The starving hoarder and voracious spender: Stealing in anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 225-231.
- Eckert, E.D., Goldberg, S.C., Halmi, K.A., Casper, R.C., & Davis, J.M. (1979). Alcoholism in anorexia nervosa. In R.W. Pickens & L.L. Heston (Eds.), *Psychiatric Factors in Drug Abuse* (pp. 267-283). New York: Grune & Stratton.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. Londen: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, S.B.G., & Eysenck, H.J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Eysenck, S.B.G., Pearson, P.R., Easting, G., & Allsopp, J.F. (1985). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Personality and Individual Differences*, 6, 613-619.
- Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.
- Lacey, J.H., & Evans, D.H. (1986). The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Lacey, J.H., & Moureli, E. (1986). Bulimic alcoholics: Some features of a clinical subgroup. *British Journal of Addiction*, 81, 389-393.
- Lagrou, M. (1996). *Automutilatie bij eetstoornissen*. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling. Katholieke Universiteit Leuven: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Leon, G.R., Carroll, K., Cherny, B., & Finn, S. (1985). Binge eating and associated habit patterns within college student and identified bulimic populations. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 43-57.
- Lowe, M.R., & Eldredge, K.L. (1993). The role of impulsiveness in normal and disordered eating. In W.G. McCown, J.L. Johnson & M.B. Shure (Eds.), *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment* (pp. 185-224). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Pyle, R.L., & Eckert, E. (1988). Bulimia with and without a family history of drug abuse. *Addictive Behaviors*, 13, 245-251.
- Mitchell, J.E., Specker, S., & Edmonson, K. (1997). Management of Substance Abuse and Dependence. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 415-423). New York/Londen: The Guilford Press.
- Newton, J.R., Freeman, C.P., & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: Is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 389-394.
- Norré, J., & Vandereycken, W. (1993). *Ambulante behandeling van eetstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Peveler, R., & Fairburn, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal of Addiction*, 85, 1633-1638.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P.E., Kennedy, S.H., & Brouillette, C. (1988). Personality disorders in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 589-599.
- Probst, M., Coppens, H. van, & Vandereycken, W. (1992). De Lichaams-Attitude-Vragenlijst (LAV) bij patienten met eetstoornissen: Onderzoeksresultaten. *Bewegen & Hulpverlening*, 9, 286-299.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E., & Eckert, E.D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64.

- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J., & Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa: Parental personality characteristics and family psychiatric morbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 345-351.
- Sohlberg, S., Norring, C., Holmgren, S., & Rosmark, B. (1989). Impulsivity and long-term prognosis of psychiatric patients with anorexia nervosa/bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 249-258.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1, 115-123.
- Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). The significance of subclassification in anorexia nervosa: A comparative study of clinical features in 141 patients. *Psychological Medicine*, 13, 543-549.
- Vandereycken, W., & Houdenhove, V. van (1996). Stealing behavior in eating disorders: Characteristics and associated psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 316-321.
- Vanderlinden, J. (1993). *Dissociative Experiences, Trauma and Hypnosis: Research Findings & Clinical Applications in Eating Disorders*. Delft: Eburon.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. New York-Londen: Brunner/Mazel.
- Walburg, J.A., & Limbeek, J. van (1985). *München Alkohol Test*. Lisse: Swets & Zeitlinger.