



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

Het verband tussen coping en herstel na klinische behandeling van anorexia nervosa

Hans Bloks, Philip Spinhoven, Ineke Callewaert, Cejoma Willemse-Koning en Anouk Turksma*

Samenvatting

Coping wordt gezien als een belangrijke mediërende factor tussen spannende gebeurtenissen en psychische stoornissen. In deze studie onderzochten wij hoe copingstijlen van patiënten met anorexia nervosa veranderen tijdens een klinische behandeling. We bekeken het verband tussen deze veranderende copingstijlen en de coping aan het einde van die behandeling met de toestand bij follow-up, een halfjaar na ontslag. Direct na de behandeling was bij 62 patiënten op sommige copingstijlen significante verandering te zien. Vergeleken met normgroepen vertoonden zij echter nog steeds meer 'Passief reageren', 'Vermijden', 'Palliatief reageren' en 'Geruststellende gedachten', en minder 'Actief aanpakken' en 'Sociale steun zoeken'. Verbetering op Passief reageren bleek gunstig samen te hangen met verandering in eet symptomen en psychisch functioneren. Bij purgerende patiënten met anorexia vonden we daarnaast dat meer Actief aanpakken grotere verbetering voorspelde. De toestand van de patiënten bij follow-up werd het best voorspeld door de toestand bij ontslag. Alleen de copingstijl Geruststellende gedachten voegde iets toe aan deze voorspelling. Deze bevindingen tonen aan dat adaptieve coping en de ernst van de eetstoornis meer in beschouwing dienen te worden genomen bij het behandelen van deze groep patiënten.

Coping en anorexia nervosa

Met de term *coping* wordt bedoeld manieren om met belastende situaties om te gaan. Aangezien deze manieren binnen de persoon en per situatie kunnen verschillen, onderscheidt men aan coping kenmerken die met een toestand en die met een trek samenhangen (Lazarus, 1993). In het algemeen ziet men coping als een belangrijke mediërende factor tussen gebeurtenissen die spanningen met zich meebrengen en het ontstaan, verergeren en voortduren van psychische stoornissen (Kessler, 1985). Bepaalde copingstijlen kunnen in de ene situatie effectief zijn, maar in een andere situatie het tegenovergestelde effect hebben (Schreurs, Van de Willige, Tellegen, & Brosschot, 1993). Kendler, Kessler, Heath, Neale en Eaves (1991) vonden in hun epidemiologisch onderzoek naar coping dat het Actief aanpakken van problemen en

* DRS. J.A. BLOKS, klinisch psycholoog NIP/psychotherapeut, werkt als behandelcoördinator op de afdeling eetstoornissen van het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest/Jelgersmakliniek te Oegstgeest.

PROF. DR. P. SPINHOVEN, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is hoogleraar bij de sectie Klinische en Gezondheidspsychologie en de afdeling Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Leiden.

DRS. I. CALLEWAERT, klinisch psycholoog NIP, is werkzaam als hoofd van de afdeling Psychodiagnostiek van het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest/Jelgersmakliniek.

DRS. C. WILLEMSE-KONING werkte tijdens het onderzoek als klinisch psycholoog en psychotherapeut in opleiding in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest/Jelgersmakliniek.

DRS. A. TURKSMA werkte tijdens het onderzoek als klinisch psycholoog in opleiding op de afdeling Psychodiagnostiek van psychiatrisch ziekenhuis Endegeest/Jelgersmakliniek.

het zich tot anderen wenden voor steun, de negatieve gevolgen van spannende gebeurtenissen kan verzachten. Ontkenning daarentegen zou de negatieve gevolgen vergroten. Passief reageren en Vermijden lijken samen te gaan met gevoelens van (sociale) inadequatie en een lage zelfwaardering (Friedman, 1991).

Spannende gebeurtenissen zijn in 67% van de gevallen aanwezig in het jaar voorafgaand aan het ontstaan van anorexia (Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews, & Treasure, 1997). Met name seksuele problemen lijken als triggers te fungeren. Cognitieve vermijding gaat gepaard met het ontstaan van anorectische symptomen (Troop & Treasure, 1997). Sohlberg en Strober (1994) vermoeden dat individuen met een kwetsbare persoonlijkheid niet kunnen omgaan met de uitdagingen van de adolescentie en daarom hun heil zoeken in anorexia of boulimie.

Soukop, Beiler en Terrel (1990) kwamen in hun onderzoek naar stressniveaus en copingstijlen tot de conclusie dat patiënten met anorexia meer moeite hebben met spannende gebeurtenissen dan personen uit een controlegroep. De copingstijl die daaraan ten grondslag leek te liggen was het vermijden van moeilijkheden. Ook Troop, Holbrey, Trowler en Treasure (1994) vonden dat patiënten met anorexia meer vermijden. In verschillende studies komt naar voren dat patiënten met anorexia de neiging hebben om op hun symptomen te vertrouwen als het gaat om het vermijden van onplezierige emotionele toestanden. Zij zijn perfectionistischer (Bastiani, Rao, Weltzin, & Kaye, 1995), zij vertonen rigide, obsessieel gedrag (Solanto, 1995) en zij hebben meer conflictvermijdende gezinsinteracties (Shugar & Krueger, 1995).

Crisp (1980) ziet anorexia nervosa als een manier van omgaan met de angsten en conflicten die geassocieerd zijn met psychobiologisch rijper worden. Als anorexia nervosa inderdaad opgevat kan worden als een vorm van vermijdende coping, valt het te verwachten dat patiënten die problemen actiever aanpakken en meer sociale steun zoeken, een gunstiger prognose hebben. Wanneer patiënten door behandeling spannende gebeurtenissen en problemen van de adolescentie beter leren hanteren, kan deze een voorspeller zijn voor de kans op herstel. In de behandeling zou men aan deze copingstijlen dan ook expliciet aandacht moeten besteden.

Wij onderzochten of een gespecialiseerde klinische behandeling voor patiënten met anorexia nervosa, gericht op gewichtsherstel en het leren omgaan met problemen, een verandering in coping, eetstijlen en psychisch functioneren zou opleveren. Daarnaast wilden we weten of een verandering in coping tijdens de behandeling en de coping aan het eind van de behandeling konden voorspellen hoe de conditie van de patiënten was met betrekking tot eetstijlen en psychisch functioneren een halfjaar na de behandeling.

Behandeling

Op de afdeling Eetstoornissen van psychiatrisch ziekenhuis Endegeest/Jelgersmakliniek wordt sinds een aantal jaren gewerkt met een behandelprogramma waarbij verantwoordelijkheid en controle over het hervoedingsproces zo veel mogelijk bij de patiënt ligt. Het is een open behandelafdeling met zestien bedden, gesitueerd boven de woon- en verblijfsruimte.

In de eerste fase van de opname wordt gestreefd naar gewichtsherstel en normalisatie van het eetpatroon. De overgang naar de volgende fase, waarin gewerkt wordt aan de achterliggende problematiek, verloopt geleidelijk. Het uitgangspunt van de behandeling vormt een behandelovereenkomst waarin afspraken staan over gewichtstoename, het eetpatroon en controle over vreetbuien, braken en laxeren. Gewichtsherstel is een noodzakelijke voorwaarde voor een zinvolle psychologische behandeling (Vandereycken, 1987). Bij een *Body Mass Index* (BMI; gewicht/lengte in het kwadraat) van minder dan 15,5 wordt een toename van minimaal 1 kg per week afgesproken; daarboven tot een BMI van 19,5 een toename van 0,5 kg per week.

Patiënten nemen vanaf het begin deel aan de gezamenlijke maaltijden, die plaatsvinden aan de eettafel op de afdeling. Er is plaats voor zestien patiënten. Het eten wordt via de ziekenhuiskeuken verstrekt. Twee verpleegkundigen eten mee; zij geven het goede voorbeeld en dienen als rolmodel. Zij stimuleren de sociale omgang aan tafel en brengen soms gespreksonderwerpen in. Om negatieve interacties rond het eten aan tafel te vermijden, is het eetgedrag van de patiënten geen onderwerp van gesprek. Patiënten krijgen bij opname van de verpleging een voedingsadvies, dat gericht is op de afgesproken gewichtstoename. Tijdens de maaltijden bepalen zij zelf wat zij op hun bord scheppen en zij smeren ook zelf hun boterhammen.

In een eetdagboek schrijven de patiënten op in welke mate ze het voedingsadvies hebben gevolgd, wat ze hebben weggelaten en de reden daarvan. Drie keer per week worden de eetdagboeken besproken in een groep van acht patiënten onder begeleiding van een verpleegkundige. Naast eetmanagement bestaat het behandelprogramma uit gestructureerde voor- en nabesprekingen over het weekend, cognitieve therapie in groepsverband, assertiviteitstraining, een aantal lichaamsgerichte therapieën waarin onder andere met spiegelconfrontatie en video wordt gewerkt, 'beeldende' creatieve therapie en dramatherapie. Alle patiënten krijgen bovendien individuele psychotherapie. Periodiek wordt psycho-educatie gegeven. Voor de ouders van patiënten worden relatieavonden georganiseerd. Gezin of partner worden bij de behandeling betrokken middels gezinsbegeleiding of -therapie.

Meetinstrumenten

Op de afdeling Psychodiagnostiek vulden de patiënten een aantal vragenlijsten in op drie meetmomenten: de voormeting aan het begin van de behandeling, de nameting aan het eind van de behandeling en de follow-up meting een halfjaar na ontslag.

Voor een bepaling van het algemeen functioneren werd gebruikgemaakt van de SCL-90-R (Arrindell & Ettema, 1986; Derogatis, 1977). Deze lijst werd aan het begin en aan het eind van de behandeling afgenomen. Hoe hoger de score, hoe meer psychopathologie.

Voor de bepaling van de ernst van de eetstoornis werd gebruikgemaakt van de *Eating Disorder Evaluation Scale* (EDES) van Vandereycken (1993). De EDES is een zelf-rapportagevragenlijst die de gebieden Anorectische Preoccupatie, Boulimisch gedrag, Seksualiteit en Psychosociale Aanpassing meet. Hoe lager de score, hoe ernstiger de eetstoornis. Bij een score lager dan 20 is sprake van een extreme eetstoornis. De

lijst heeft een goede betrouwbaarheid. Een score van 55 wordt als *cut-off-score* gebruikt voor normaliteit.

Daarnaast werd de *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner & Olmstedt, 1984; Garner, Olmstedt, & Polivy 1983) afgenomen. De EDI is een zelf-rapportagevragenlijst (64 vragen) die een aantal voor eetstoornispatiënten relevante dimensies meet. De lijst heeft twee secties. In het deel waarmee eetsymptomen worden vastgesteld (EDI-I) zijn de subschalen Wens om slank te zijn, Ontevredenheid met het lichaam, en Boulimia opgenomen. In het deel waarmee de fundamentele persoonlijkheidspathologie, c.q. het psychologisch functioneren wordt bepaald (EDI-II), zijn de subschalen Ineffectiviteit, Perfectionisme, Interpersoonlijk wantrouwen, Interoceptieve Bewustheid en Angst voor volwassen worden opgenomen. Voor beide secties geldt: hoe hoger de score, hoe ernstiger de pathologie. De EDI is in Nederland door Van Furth (1991) gevalideerd. De lijst heeft een goede betrouwbaarheid. De EDES en de EDI werden bij de voormeting, de nameting en de follow-up afgenomen.

Voor de bepaling van de coping werd gebruikgemaakt van de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs et al., 1993). Dit is een zelf-rapportagevragenlijst van 47 items, waarmee de volgende copingstijlen worden gemeten:

- Actief aanpakken, confronteren: de situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.
- Palliatief reageren: afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken: proberen zich wat prettiger te voelen door roken, drinken, of zich wat ontspannen.
- Vermijden, afwachten: de zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaat gebeuren.
- Sociale steun zoeken: het zoeken van troost en begrip bij anderen; zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.
- Passief reageren: zich volledig door de problemen en de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, piekerend in zichzelf terugtrekken, niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen, piekeren over het verleden.
- Expressie van emoties/boosheid: het laten blijken van ergernis of kwaadheid, spanningen afreageren.
- Geruststellende en troostende gedachten: zich geruststellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt, dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren, zichzelf moed inspreken.

Een hogere score geeft aan dat de proefpersoon meer gebruikmaakt van de copingstijl. De betrouwbaarheid varieert van $\alpha = .64$ tot $\alpha = .88$ per subschaal. De validiteit van de UCL is eveneens goed.

Statistische analyses

Bij de data-analyse werd gebruikgemaakt van een *t*-test voor onafhankelijke groepen om het verschil vast te stellen bij aanvang tussen restrictieve en purgerende patiënten, en het verschil tussen diegenen die de behandeling afmaakten en de drop-outs. Indien nodig werd een chi-kwadraat-test gebruikt. Om het verschil te meten tussen scores op

de voormeting en de nameting werd gebruik gemaakt van een *t*-test voor afhankelijke groepen.

Met behulp van Pearson's correlatiecoëfficiënt werd de samenhang tussen veranderingen op de diverse maten tijdens de behandeling vastgesteld. Middels een hiërarchische, multiële regressieanalyse werd in de eerste stap de toestand bij ontslag geforceerd ingebracht. In het model werden in de tweede stap de veranderingen in coping tijdens de behandeling en de coping aan het eind van de behandeling per variabele afzonderlijk ingevoerd. Zo kon worden nagegaan in welke mate de verandering in coping tijdens de behandeling en de coping bij ontslag voorspellend zijn voor de toestand bij follow-up, los van de toestand bij ontslag.

Onderzoeksgroep

Vanaf begin 1992 tot en met november 1996 werden 137 patiënten met een eetstoornis opgenomen. Van deze patiënten hadden 74 vrouwen een DSM-IV diagnose anorexia nervosa; 24 van het restrictieve type (alleen lijnen) en 50 van het purgerende type (lijnen in combinatie met braken, laxeren of eetbuien). In tabel 1 worden enkele kenmerken van de beide groepen en de scores op de vragenlijsten gegeven.

Tabel 1 Kenmerken van de restrictieve en purgerende anorexiapatiënten aan het begin van de behandeling.

	anorexia nervosa restrictief (n = 4)	anorexia nervosa purgerend (n = 50)	t(df)	P
Leeftijd	24,50 sd 10,02	26,32 sd 7,51	,873(72)	,385
Burg. staat **	80%	80%	3,835(4)	,429
Eerste opname **	58,3%	56%	4,465(6)	,614
Ziekte duur	3,50 sd 2,49	5,25 sd 3,92	2,003(72)	,049
BMI	13,75 sd 1,49	15,33 sd 1,82	3,690(72)	,000
EDES Tot.	34,25 sd 9,20	22,28 sd 10,92	4,635(72)	,000
EDI-I	21,96 sd 12,45	37,24 sd 13,06	4,653(67)	,000
EDI-II	37,00 sd 17,56	53,11 sd 18,63	3,449(67)	,000
EDI tot	58,96 sd 24,92	90,34 sd 27,49	4,607(67)	,000
SCL-90-R	224,30 sd 67,18	245,94 sd 59,32	1,372(68)	,175
SCLDEP	46,96 sd 16,14	53,21 sd 12,33	4,823(68)	,077
UCL				
Actief aanp.	16,91 sd 3,52	14,83 sd 4,17	2,063(68)	,043
Exp. emoties	6,48 sd 2,02	6,02 sd 1,93	,917(68)	,362
Geruststellen	12,78 sd 2,91	11,64 sd 2,77	1,589(68)	,115
Pal. reageren	19,48 sd 3,94	19,89 sd 3,77	,427(68)	,671
Passief reag.	16,57 sd 4,03	18,11 sd 3,42	1,670(68)	,099
Soc. steun zoek.	15,48 sd 4,54	10,83 sd 3,34	4,846(68)	,000
Vermijden	18,00 sd 3,61	18,96 sd 3,90	,989(68)	,326

bmi = Body Mass Index, edestot = Eating Disorder Evaluation Scale totaalscore, editot = Eating Disorder Inventory totaalscore, edi-i = Eating Disorder Inventory sectie eetsymptomatologie, edi-ii = ating Disorder Inventory sectie psychologisch functioneren, scl-90-r = Symptom Checklist 90 Revised, scldep = Symptom Checklist 90 Revised subschaal depressie, ucl = Utrecht Coping Lijst. ** getoetst met Chi-kwadraat

De restrictieve patiënten hebben een significant lagere Body Mass Index. De purgerende patiënten hebben een significant langere ziekte duur en significant lagere scores op de EDES en de EDI, zowel op eet symptomen als op psychisch functioneren. Vergeleken met de purgerende patiënten geven de restrictieve patiënten aan dat zij significant meer gebruikmaken van de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken.

Diegenen die binnen een periode van drie maanden afhaakten of ontslagen werden op grond van de behandelovereenkomst, worden tot de drop-outs gerekend. Deze groep bestond uit 12 patiënten (16%), 4 met de diagnose anorexia restrictief en 8 met anorexia purgerend. Er waren aan het begin van de behandeling geen significante verschillen tussen drop-outs en diegenen die de behandeling afmaakten, wat betreft gewicht, leeftijd, duur van de klachten, eerdere opnames, burgerlijke staat en scores op de gebruikte vragenlijsten. De gemiddelde opnameduur van de patiënten die de behandeling afmaakten was 6,7 maanden (SD 1,70) voor de restrictieve, en 8,1 maanden (SD 2,2) voor de purgerende patiënten.

Effect van de behandeling

De resultaten van de vergelijking tussen de scores op de voor- en nameting van de restrictieve en purgerende patiënten die de behandeling afmaakten, zijn in onderstaande tabel weergegeven. Van niet alle 62 patiënten zijn deze gegevens beschikbaar.

We vonden voor beide groepen significante veranderingen in de gunstige richting wat betreft de Body Mass Index, en de scores op de SCL-90-R, EDES en EDI. Aan het eind van de behandeling voldeden 13 restrictieve en 14 purgerende patiënten aan het EDES-criterium voor normaliteit (een score hoger dan 55). Deze patiënten (bijna 50%) zouden als hersteld beschouwd kunnen worden. Zowel de restrictieve als de purgerende patiënten gaven een significante verandering aan in de gunstige richting in de copingstijl Passief reageren.

De purgerende patiënten gaven tevens een significante verbetering aan wat betreft de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken. Op de overige copingstijlen vonden we geen significante veranderingen. Aan het eind van de behandeling was er geen verschil meer tussen de beide groepen in de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken. Er waren aan het eind van de behandeling geen significante verschillen tussen restrictieve en purgerende patiënten in gewicht, EDES, EDI-I, EDI-II, SCL-90-R en SCL-R-90 Depressie.

Tabel 2 Scores op bmi, scl-90 totaal, scl-90 Depressie, edes, edi-i, edi-ii, en ucl op voor- en nameting van restrictieve en purgerende patiënten die de behandeling afmaakten.

Variabelen	Voor	Na	t(df)	P
	M (SD)	M (SD)		
BMI				
ANR (n = 0)	13,76 (1,56)	17,79 (1,97)	9,831(19)	,000
ANP (n = 2)	15,19 (1,84)	18,39 (1,67)	12,572(41)	,000
SCL-90-R Tot.				
ANR (n = 0)	226,28 (64,24)	190,11 (61,10)	2,706(19)	,015
ANP (n = 5)	246,36 (62,79)	203,08 (71,38)	3,752(34)	,001
SCL-90-R DEP.				
ANR	46,42 (15,44)	37,42 (14,29)	2,787(19)	,012
ANP	52,92 (12,10)	45,56 (17,46)	3,471(35)	,001
EDES Tot.				
ANR (n = 0)	35,60 (8,17)	56,70 (11,45)	10,565(19)	,000
ANP (n = 8)	21,21 (9,12)	50,00 (13,45)	13,867(37)	,000
EDI-I				
ANR	22,76 (12,56)	12,94 (11,83)	3,384(19)	,004
ANP	37,60 (13,71)	19,11 (15,93)	6,510(34)	,000
EDI-II				
ANR	36,76 (16,82)	25,06 (15,80)	2,968(19)	,009
ANP	54,80 (17,33)	31,51 (21,56)	8,608(34)	,000
EDI tot.				
ANR (n = 0)	59,52 (24,64)	38,00 (24,58)	3,398(19)	,004
ANP (n = 5)	92,40 (27,02)	50,62 (34,56)	9,067(34)	,000
UCL				
Act. aanp.				
ANR (n = 8)	16,89 (3,38)	17,33 (2,87)	,666(17)	,515
ANP (n = 5)	15,46 (4,13)	17,17 (4,41)	2,690(34)	,011
Pal. reageren				
ANR	19,50 (4,22)	20,72 (3,64)	1,087(17)	,292
ANP	20,00 (3,86)	20,46 (3,40)	,709(34)	,483
Vermijden				
ANR	18,22 (3,99)	17,56 (4,12)	,959(17)	,351
ANP	18,89 (3,66)	17,94 (3,80)	1,639(34)	,110
Soc. st. zoek.				
ANR	15,44 (4,55)	14,00 (3,11)	1,566(17)	,136
ANP	10,71 (3,29)	13,14 (3,15)	4,272(34)	,000
Pas. reageren				
ANR	17,06 (4,22)	14,39 (3,93)	4,619(17)	,000
ANP	18,17 (3,62)	15,57 (4,67)	4,118(34)	,000
Exp. emoties				
ANR	6,44 (2,01)	6,17 (1,58)	,600(17)	,556
ANP	5,94 (2,00)	6,17 (1,58)	,676(34)	,504
Gerust. ged.				
ANR	13,17 (2,66)	13,17 (2,07)	,000(17)	1,000
ANP	11,91 (2,69)	12,51 (2,80)	1,273(34)	,212

anr = An. Nerv. restrictieve type, anp = An. Nerv. purgerende type

We hebben de copingstijlen die aan het eind van de behandeling werden gerapporteerd vergeleken met normgroepen. In onderstaande tabel worden de scores bij de nameting op de UCL-subschalen vergeleken met de scores van twee normgroepen, te weten vrouwen in de leeftijd van 18-25 jaar en vrouwen in de leeftijd van 25-35 jaar.

Tabel 3 Vergelijking van de scores op de ucl-subschalen van de nameting tussen de restrictieve en de purgerende patiënten en de normgroepen vrouwen van 18-25 jaar en vrouwen 25-35 jaar.

	Restrictieve	Purgerende	Normgroep	Normgroep
UCL	anorexia (n = 4)	anorexia (n = 0)	18-25jarigen (n = 19)	25-35jarigen (n = 13)
Actief aanpakken	17,3 sd 2,9	17,2 sd 4,4	19,4 sd 2,8	19,3 sd 2,8
Palliatief reageren	20,7 sd 3,6	20,5 sd 3,4	17,4 sd 3,4	16,3 sd 3,5
Vermijden	15,6 sd 4,1	17,9 sd 3,8	14,9 sd 2,8	14,1 sd 2,6
Sociale steun zoeken	14,0 sd 3,1	13,1 sd 3,1	15,5 sd 3,0	14,4 sd 2,8
Passief reageren	14,4 sd 3,9	15,6 sd 4,7	10,3 sd 2,5	10,1 sd 2,2
Expressie van emoties	6,2 sd 1,6	6,2 sd 1,6	6,3 sd 1,3	6,5 sd 1,2
Geruststellen	13,2 sd 2,0	12,5 sd 2,8	11,4 sd 2,1	11,5 sd 2,1

(* $p > .05$, ** $p > .01$)

Vergeleken met de normgroepen gebruikten de patiënten aan het eind van de behandeling nog steeds meer Passief reageren en Vermijden, en minder Actief aanpakken en Sociale steun zoeken. De patiënten gaven ook aan meer gebruik te maken van Palliatief reageren en Geruststellende gedachten. Wat betreft Expressie van emoties is er nauwelijks een verschil tussen de patiënten en de normgroepen. Deze subschaal lijkt niet te differentiëren.

Correlaties tussen de veranderingen

We hebben eveneens onderzocht of er een relatie was tussen de door patiënten aangegeven veranderingen in copingstijlen en veranderingen in eetsymptomen en psychisch functioneren. Daartoe zijn eerst de residuele verschilcores (het verschil ten opzichte van de gemiddelde verandering) berekend tussen de voor- en de nameting op de UCL. Vervolgens is de correlatie berekend met de residuele verschilcores van de voor- en nameting op de BMI, EDES, EDI-I, EDI-II, SCL-90-R en SCL-90-R Depressie. We bespreken hier verder die copingstijlen waarin tijdens de behandeling een significante verandering optrad.

Tabel 4 Correlaties tussen residuele verschillcores in copingstijlen die bij de restrictieve en purgerende patiënten significant veranderd zijn, en residuele verandering in bmi, edes, edi-i, edi-ii, scl 90-totaal en scl-90 Depressie aan het eind van de behandeling.

		Actief aanpakken	Passief reageren	Sociale steun zoeken
BMI				
	ANR		-.09	
	ANP	-.21	.15	-.08
EDES				
	ANR		.16	
	ANP	.23	-.20	.32
EDI-I				
	ANR		.56 **	
	ANP	-.40 *	.69 **	-.26
EDI-II				
	ANR		.82 **	
	ANP	-.57 **	.75 **	-.33
SCL-90-R				
	ANR		.66 **	
	ANP	-.27	.63 **	-.28
SCL-DEP				
	ANR		.61 **	
	ANP	-.25	.64 **	-.21

(* p > .05, ** p > .01)

Er was in beide groepen een sterke samenhang tussen verminderd Passief reageren en een vermindering in algemene klachten (SCL-90 totaal en SCL-90 Depressie), een vermindering van eetsymptomen (EDI-I) en een verbetering in psychisch functioneren (EDI-II). Het meer Actief aanpakken van de purgerende patiënten gaat samen met beter psychisch functioneren (EDI-II) en minder eetsymptomen (EDI-I).

De verandering in Sociale steun zoeken van de purgerende patiënten hangt niet significant samen met verandering in gewicht, klachten, eetsymptomatologie en psychologisch functioneren. Veranderingen in de copingstijlen en veranderingen in het gewicht lijken weinig met elkaar samen te hangen.

Follow-up

Na een klinische behandeling is de grootste terugval te verwachten gedurende het eerste jaar na ontslag (Eckert, Halmi, Marchi, & Grove, 1995). Een halfjaar na ontslag werden de 62 patiënten die de behandeling hadden afgemaakt, uitgenodigd voor een follow-up gesprek op de kliniek. Drie-en-veertig patiënten gingen daarop in en vulden nogmaals de EDES en de EDI in. Van hen hadden bij opname 15 patiënten de diagnose restrictieve anorexia nervosa en 28 de diagnose purgerende anorexia nervosa. De overige 19 belden af, kwamen niet opdagen of vulden de lijst niet in.

We hebben de ontslaggegevens van deze 19 patiënten vergeleken met de ontslaggegevens van de patiënten die de lijsten wel invulden. De restrictieve patiënten die niet op de follow-up kwamen, hadden bij ontslag een significant lagere BMI dan

de restrictieve patiënten die wel kwamen ($t\ 2,785(18), p > .012$). Dit verschil werd veroorzaakt doordat twee patiënten op grond van het criterium 'langer dan drie maanden in behandeling' waren opgenomen in de groep van diegenen die de behandeling afmaakten. Hun BMI bij beëindiging van de behandeling was respectievelijk 14 en 11,9. Deze patiënten hadden de behandeling niet afgemaakt en zijn op grond van de behandelovereenkomst eerder ontslagen. De gemiddelde BMI bij ontslag van de eerste groep was dan ook lager, te weten 15,96 ($SD\ 2,87$), die van de follow-up-groep 18,40 ($SD\ 1,15$).

We vonden bij de restrictieve patiënten geen significante verschillen tussen diegenen die wel en diegenen die niet op follow-up kwamen in leeftijd, scores op EDES, EDI-I, EDI-II, SCL-90-R, UCL en residuele verschillen. Bij de purgerende patiënten vonden we geen significante verschillen bij ontslag, tussen diegenen die wel en niet op de follow-up kwamen. In onderstaande tabel zijn de scores weergegeven op de verschillende meetmomenten op BMI, EDES en EDI van de patiënten die op de follow-up kwamen.

De verschillen tussen de nameting en de follow-up waren bij tweezijdige toetsing voor de restrictieve patiënten significant op de BMI ($t\ 2,455(14), p > .028$). Bij de purgerende patiënten vonden we een significant verschil tussen EDES bij de nameting en de score op de follow-up ($t\ 3,233(26), p > .003$). Op de nameting voldeden 13 restrictieve patiënten aan het EDES-criterium voor normaliteit. Bij de follow-up waren dat er nog 7. Van de 14 purgerende patiënten die bij ontslag aan dat criterium voldeden, bleven er 6 over. Daarnaast voldeed 1 purgerende patiënte die bij ontslag nog niet aan het criterium voldeed, dat op de follow-up wel. Dit betekent dat ongeveer de helft (14 van de 27) van de patiënten die bij ontslag als hersteld konden worden beschouwd, dat een halfjaar later nog zijn. De anderen zijn min of meer teruggevallen.

Tabel 5 Scores op edes, edi-i, edi-ii en de bmi op voor-, na- en follow-up meting van restrictieve en purgerende patiënten die op follow-up kwamen.

	Voor	Na	Follow-up
BMI			
ANR (n = 5)	13,83 sd 1,65	18,40 sd 1,15	17,45 sd 2,36
ANP (n = 8)	15,26 sd 1,94	18,41 sd 1,95	17,84 sd 2,28
EDES			
ANR (n = 5)	35,47 sd 8,63	59,07 sd 8,88	53,33 sd 10,24
ANP (n = 8)	20,96 sd 8,97	50,22 sd 13,85	43,63 sd 14,12
EDI-I			
ANR (n = 4)	20,36 sd 11,86	11,86 sd 9,63	12,92 sd 9,08
ANP (n = 5)	38,96 sd 14,12	21,92 sd 16,69	26,12 sd 17,24
EDI-II			
ANR (n = 4)	38,06 sd 16,53	26,64 sd 15,92	24,86 sd 14,48
ANP (n = 5)	54,48 sd 17,53	31,76 sd 22,90	35,56 sd 21,70
EDI tot			
ANR (n = 4)	58,42 sd 25,52	38,50 sd 23,00	37,78 sd 21,38
ANP (n = 5)	93,44 sd 27,45	53,68 sd 37,57	61,68 sd 36,26

* I = lagere school niet af / 7 = universitair diploma

Verandering in copingstijlen en verbetering na een halfjaar

Tot slot hebben we onderzocht of de scores met betrekking tot de coping op de nameting, en de aangegeven verandering in coping tussen voor- en nameting, de toestand bij follow-up konden voorspellen.

Vanwege de grootte van de groepen hebben we in de analyse de restrictieve (15) en de purgerende (28) patiënten samengevoegd. We voerden een hiërarchische multipale regressieanalyse uit, met als afhankelijke variabelen de scores op de follow-up op BMI, EDES, EDI-I en EDI-II. De scores op de nameting van deze maten werden als onafhankelijke variabele in de eerste stap ingevoerd. In de tweede stap werden de copingvariabelen steeds afzonderlijk toegevoegd.

De variantie in eet symptomen, gemeten volgens de EDI-I bij de follow-up, werd voor 59% voorspeld door die bij ontslag ($F(1,40) = 53,98, p < .000$). De copingstijl Geruststellende gedachten aan het eind van de behandeling voegde daar nog eens 8% aan toe ($F(2,36) = 37,18, p < .005$). Meer Geruststellende gedachten bij ontslag gaf minder eet symptomen bij follow-up.

Voor het psychisch functioneren bij de follow-up (EDI-II) gold hetzelfde. De variantie bij de follow-up werd voor 57% verklaard door de toestand bij ontslag ($F(1,40) = 49,36, p < .000$). De copingstijl Geruststellende gedachten aan het eind van de behandeling voegde hier 7% aan toe ($F(2,36) = 31,40, p < .017$). Meer Geruststellende gedachten bij ontslag voorspelde een beter psychisch functioneren bij follow-up.

De overige copingstijlen bij ontslag, en de veranderingen in coping tijdens de behandeling voegden niets toe aan de voorspelling van de situatie bij de follow-up. Dit gold ook voor het gewicht en de eet symptomen, gemeten met de EDES. Het gewicht (BMI) van de patiënten bij de follow-up werd voor 63% verklaard door hun gewicht bij ontslag ($F(1,40) = 61,40, p < .000$). De variantie in eet symptomen (EDES) bij de follow-up werd voor 47% verklaard door de eet symptomen bij ontslag ($F(1,40) = 32,61, p < .000$). De coping bij de nameting en de verandering in coping voegden noch bij de BMI, noch bij de EDES als voorspeller voor de follow-up iets toe.

Beschouwing

In deze studie werd de relatie onderzocht tussen copingstijlen en herstel na een gespecialiseerde klinische behandeling voor anorexia nervosa. Patiënten met anorexia nervosa van het purgerende type hadden, vergeleken met patiënten van het restrictieve type, in het algemeen een langere ziektegeschiedenis en meer klachten. Vergeleken met de purgerende patiënten gaven de restrictieve patiënten bij aanvang van de behandeling aan meer gebruik te maken van de copingstijlen Actief aanpakken en Sociale steun zoeken. Dit verschil was aan het eind van de behandeling verdwenen. Mogelijk gaven de restrictieve patiënten aan het begin van de behandeling een te gunstig of vertekend beeld. Vandereycken en Vanderlinden (1983) wezen al op het mechanisme van ontkenning bij het gebruik van zelf-rapportagematen bij patiënten met anorexia nervosa. Het invullen kan ook met name bij de patiënten met het grootste ondergewicht (de restrictieve groep) zijn beïnvloed door de effecten van de

‘ondervoedingsneurose’ (Vitousek & Manke, 1994). De resultaten op de voormeting moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Patiënten die de behandeling afmaakten, gaven aan wat betreft hun eetstoornis verbeterd of hersteld te zijn. Er was sprake van een significante vermindering van hun klachten, verbetering in hun psychisch functioneren en significante veranderingen wat betreft copingstijlen. Er waren aan het eind van de behandeling geen significante verschillen op gewicht, klachten, eetsymptomen en psychisch functioneren tussen restrictieve en purgerende patiënten.

Beide groepen gaven aan het eind van de behandeling aan dat zij minder gebruik maakten van Passief reageren. De purgerende patiënten scoorden bovendien hoger op Actief aanpakken en Sociale steun zoeken. Vergeleken met normgroepen (vrouwen van vergelijkbare leeftijd), scoorden de patiënten echter nog steeds hoger op Passief reageren en lager op Actief aanpakken en Sociale steun zoeken. Zij gaven eveneens aan meer te Vermijden, Palliatief te reageren en meer gebruik te maken van Geruststellende gedachten. Wat betreft de copingstijl Expressie van emoties vinden we geen verschillen tussen meetmomenten en geen tussen patiënten- en normgroepen.

Hoewel sprake kan zijn van antwoordtendenties, geven de scores aan het eind van de behandeling, door de vermindering van de effecten van de ondervoeding, wellicht een realistischer beeld. We vonden enige samenhang tussen veranderingen in copingstijlen en verbeteringen in algemene klachten en psychisch functioneren, maar niet tussen verandering in copingstijlen en verbetering in eetsymptomen. Minder Passief reageren en meer Actief aanpakken hing samen met minder algemene klachten en beter psychologisch functioneren. Minder Passief reageren hing eveneens samen met vermindering van depressie. Passief reageren en een vermijdende copingstijl hangt bij patiënten met boulimia nervosa sterk samen met depressie (Tobin & Griffing, 1995). Dit lijkt bij patiënten met anorexia eveneens het geval. Er was een grote samenhang tussen Passief reageren en depressie. Over de causaliteit daarvan valt op grond van dit onderzoek niets te zeggen. Waarschijnlijk beïnvloeden de veranderingen elkaar wederzijds.

Van de patiënten die we een halfjaar na ontslag terugzagen, was bij de helft sprake van een achteruitgang op eetsymptomen. De restrictieve patiënten die niet kwamen opdagen, hadden bij ontslag een lagere BMI. Twee daarvan bleken ten onrechte opgenomen in de groep van diegenen die de behandeling hadden afgemaakt. Hun behandeling was ook voortijdig beëindigd, maar pas nadat zij al drie maanden in behandeling waren. Waarschijnlijk zijn de patiënten die niet op de follow-up kwamen, niet verder verbeterd of teruggevallen. Patiënten geven wel eens aan zich te schamen voor een terugval, dat als een falen te beschouwen. Waarschijnlijk zijn patiënten die wel op de follow-up kwamen, er in het algemeen dan ook beter aan toe. De toestand van de patiënten een halfjaar na ontslag wordt het best voorspeld door hun toestand bij ontslag. Dit geldt vooral voor het gewicht, maar ook voor eetsymptomen en psychisch functioneren.

De veranderingen in sommige copingstijlen tijdens de behandeling voegden niets toe aan de voorspellingen voor de toestand bij follow-up. Meer gebruikmaken van de copingstijl Geruststellende gedachten aan het eind van de behandeling droeg bij tot de voorspelling van minder eetsymptomen en verbeterd psychisch functioneren bij

follow-up. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat die patiënten die aangeven wel wat te doen met probleemsituaties, beter af zijn.

De patiënten maken meer gebruik van Geruststellende gedachten dan normgroepen. Geruststellen kan worden beschouwd als een vorm van vermijdende coping. Het leidt op zich niet tot een bepaalde actie en kan plaatsvinden zonder dat anderen daarbij worden betrokken. Deze bevinding is een bevestiging van hetgeen Troop et al. (1998) vonden, namelijk dat patiënten met eetstoornissen meer gebruikmaken van cognitieve vermijding en minder geneigd zijn hun problemen actief aan te pakken. Hoewel er op de andere copingstijlen wel veranderingen waren te zien, vinden we in dit onderzoek geen steun voor de hypothese dat patiënten die aan het eind van de behandeling de problemen meer Actief aanpakken en meer Sociale steun zoeken, een halfjaar na ontslag in een betere conditie zijn.

Het gegeven dat de coping aan het eind van de behandeling nog steeds maladaptiever is in vergelijking met de normgroepen, roept verschillende vragen op. Is er in de behandeling wel voldoende aandacht voor copingstijlen geweest? Is het verschil misschien een gevolg van de lange duur van bestaande eetstoornissen? Verschillen patiënten met anorexia op dit punt categorisch van hun leeftijdgenoten; zijn ze daarom, in elk geval op korte termijn, onvoldoende te veranderen? Duidelijk is dat het hier om patiënten gaat die er ernstig aan toe zijn, en dat die patiënten die verbeteren, ook na een klinische behandeling van gemiddeld een halfjaar, nog verdere behandeling nodig hebben. Dit geldt evenzeer voor die patiënten die om welke reden dan ook afhaakten.

Uiteindelijk waren voor de follow-up slechts de gegevens van een kleine groep (43) patiënten beschikbaar. Dit kan gedeeltelijk verklaard worden doordat de patiënten niet vanaf het begin systematisch zijn gevraagd om voor de follow-up te komen. Degenen die wel kwamen hebben aanvankelijk niet steeds de vragenlijsten ingevuld. Een systematischer opgezet onderzoek met grotere groepen patiënten die over een langere periode worden gevolgd, is dan ook nodig om duidelijkheid te scheppen in de relatie tussen anorexia nervosa, copingstijlen en herstel. Dergelijk onderzoek wordt momenteel uitgevoerd. De resultaten daarvan hopen wij u in de toekomst te kunnen presenteren.

Abstract

Coping is an important mediator between stressful life-events and mental disorders. In this study we examined the relation between changes in copingstyles after inpatient treatment for anorexia nervosa and copingstyles after treatment, and the condition of the patients at follow-up six months later. Sixty-two patients who completed treatment reported changes in some copingstyles. Compared with normgroups however, their coping was still more passive and avoidant, they made more use of reassuring thoughts and palliative reacting and they used less active problemsolving and seeking social support. Changes in Passive reacting were associated with changes in general psychopathology, eating-symptoms and psychological functioning. For the anorectic patients of the purging type changes in Active problemsolving were also associated with changes in eating symptoms and psychological functioning. The condition at follow-up was predicted best by the condition at discharge. Only the copingstyle Reassuring thoughts adds to the prediction of treatment outcome. This result indicates that

inducing adaptive coping styles should be stressed more in the treatment of patients with anorexia nervosa.

Referenties

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W.H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Crisp, A.H. (1980). *Anorexia Nervosa, let me be*. New York: Grune & Stratton.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedure manual-I for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Eckert, E., Halmi, K.A., Marchi, P., & Grove, W. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine* 25, 143-156.
- Friedman, H.S. (Ed.) (1991). *Hostility, coping & health*. Washington: American Psychological Association.
- Furth, E.F. van (1991). *Parental expressed emotion in eating disorders*. Utrecht: Elinkwijk.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-24.
- Garner, D.M., & Olmsted, M.P. (1984). *Manual for Eating Disorder Inventory (EDI)*, Odessa.
- Kendler, K.S., Kessler, R., Heath, A., Neale, M., & Eaves, L. (1991). Coping: A genetic epidemiological investigation. *Psychological Medicine*, 21, 337-346.
- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36. Palo Alto, California, USA: Annual Reviews Inc.
- Lazarus, R.S., (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Tellegen, B., & Brosschot, J.F. (1993). *Herziene handleiding Utrechtse Coping Lijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B., & Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.
- Shugar, G., & Krueger, S. (1995) Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 23-31.
- Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in Anorexia Nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl 378), 1-15.
- Soukop, V.M., Beiler, M.E., & Terrell, F. (1990). Stress, coping style and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 5, 592-599.
- Tobin, D.L., & Griffing, A.S. (1995). Coping and depression in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 359-363.
- Troop, N.A., Holbrey, A., Trowler, R., & Treasure, J.L. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 535-540.
- Troop, N.A., & Treasure, J.L. (1997). Psychosocial factors in the onset of eating disorders: responses to life-events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 373-385.
- Vandereycken, W., & Vanderlinden, J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 101-107.
- Vandereycken, W. (1987). The management of patients with anorexia nervosa and bulimia basic principles and general guidelines. In P.J.V. Beumont, G.D. Burrows & R.C. Casper (Eds.), *Handbook of Eating Disorders. Part I: Anorexia and Bulimia Nervosa*, 235-253. Amsterdam: Elsevier.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders, The Journal of Treatment & Prevention*, 2, 115-121.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.