



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

Residentiële behandeling van eetstoornissen: de invloed van trauma op behandelingseffecten op de korte termijn

Nathalie Reniers, Chris Schotte, Michel Probst en Johan Vanderlinden*

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een onderzoek waarbij de invloed van een traumaverleden op de behandeling van eetstoornissen is nagegaan. De getraumatiseerde patiënten vertonen een hogere score op bijna alle variabelen, maar deze verschillen zijn statistisch gezien niet significant. Verder tonen de onderzoeksresultaten ook geen verschil in de behandelingsresultaten tussen de eetstoornispatiënten met en zonder traumaverleden. Wat de ontwikkeling in eetstoornissymptomatologie, gestoorde lichaamsbeleving en dissociatie betreft verbeteren beide groepen significant na afloop van de behandeling. Tegen de verwachting in en tegengesteld aan eerder onderzoek suggereren de resultaten dat trauma-ervaringen geen significante impact hebben op de behandelingseffecten van eetstoornissen op de korte termijn. In de nabespreking wordt hiervoor een aannemelijke verklaring gegeven, tezamen met suggesties voor verder onderzoek.

Inleiding

In de afgelopen decennia is veel onderzoek gepubliceerd omtrent de behandelingsuitkomst bij eetstoornissen. Uit een literatuuroverzicht blijkt dat gemiddeld 47% van de patiënten met anorexia nervosa (Steinhausen, 2002) en 47,5% van de patiënten met boulimia nervosa (Steinhausen, 1999) volledig herstelt na behandeling. Deze resultaten suggereren dat ongeveer de helft van de eetstoornispatiënten niet volledig geneest na behandeling. Sommige onderzoekers menen dat deze slechte behandelingsresultaten bij eetstoornispatiënten samenhangen met het voorkomen van traumatische ervaringen in het verleden (Gleaves & Eberenz, 1994; Ro, Martinsen, Hoffart, & Rosenvinge, 2003). En dat is wat wij hebben getracht te onderzoeken: de invloed van traumatische ervaringen op de behandelingsresultaten bij eetstoornissen.

* DRS. N. RENIERS is als psycholoog verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel.
DR. C.K.W. SCHOTTE is als hoofddocent verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen en als klinisch psycholoog aan de Dienst Psychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en aan het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.
PROF. DR. M. PROBST is als psychomotorisch therapeut werkzaam in het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, campus Kortenberg en is hoofddocent aan de faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen aan de K.U. Leuven.
DR. J. VANDERLINDEN is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de dienst eetstoornissen van het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, campus Kortenberg (België) en als academisch consulent aan de Faculteit Psychologie, afdeling Psychopathologie en Psychodiagnostiek van de K.U. Leuven. E-mail: johan.vanderlinden@uc-kortenberg.be.

De invloed van trauma op de relevante aspecten van eetstoornissen en dissociatie

Het onderzoek op het vlak van eetstoornissen werd de laatste jaren sterk beïnvloed door de veronderstelling dat traumatische ervaringen in het verleden een cruciale etiologische rol spelen in het ontstaan van eetstoornissen (Kent & Waller, 2000; Léonard, Steiger, & Kao, 2003; Murray & Waller, 2002; Pope & Hudson, 1992). In de DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 463) wordt een traumatische ervaring omschreven als:

'De betrokkene werd slachtoffer, was getuige of werd geconfronteerd met een gebeuren of een reeks gebeurtenissen waarbij er sprake was van een feitelijk of dreigend overlijden of ernstig gewond raken, of waarbij de eigen fysieke integriteit of die van anderen bedreigd werd. Hierbij behoren een intense angst, hulpeloosheid of afschuw tot de reactie van de betrokkene.'

Op basis van een gedetailleerd literatuuronderzoek, concluderen verschillende onderzoekers dat dergelijke traumatische ervaringen niet beschouwd kunnen worden als een specifieke risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis, maar eerder als een risicofactor voor vele vormen van psychopathologie waaronder eetstoornissen (Thompson & Wonderlich, 2004; Vanderlinden & Vandereycken, 1997; Wonderlich, Brewerton, Jovic, Dansky, & Abbott, 1997). Men kan zich de vraag stellen wat de invloed van dergelijke ervaringen is op de relevante aspecten van eetstoornissen en dissociatie.

Bronckaers (2005) toonde aan dat getraumatiseerde eetstoornispatiënten bij het begin van de residentiële behandeling significant ernstigere eetstoornissymptomen en een significant meer gestoorde lichaamsbeleving rapporteren dan niet-getraumatiseerde eetstoornispatiënten. In een andere recente studie onderzochten Treuer, Koperdák, Rózsa en Füredi (2005) de invloed van seksueel misbruik en fysieke mishandeling op de ernst van de gestoorde lichaamsbeleving bij 63 eetstoornispatiënten. Ook hier tonen de resultaten aan dat de lichaamsbeleving van de patiënten met een verleden van fysieke mishandeling significant ernstiger gestoord is dan bij de patiënten zonder dergelijk verleden. Voor seksueel misbruik werden echter geen significante verschillen gevonden tussen de trauma- en de non-traumagroep. Deze onderzoekers concluderen dat een verleden van fysieke mishandeling een belangrijkere factor is in het ontstaan van een gestoorde lichaamsbeleving dan het seksuele misbruik. Diverse studies melden significant meer dissociatieve symptomen bij eetstoornispatiënten dan bij een gezonde controlegroep. Verder tonen deze studies aan dat dissociatieve symptomen significant meer gerapporteerd worden door eetstoornispatiënten met een traumaverleden (Dalle Grave, Oliosi, Todisco, & Bartocci, 1996a; Dalle Grave, Rigamonti, Todisco, & Oliosi, 1996b; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, & Vertommen, 1993). Brown, Russell, Thornton en Dunn (1999) onderzochten het verband tussen traumatische ervaringen en dissociatie bij 117 eetstoornispatiënten. De onderzoekers rapporteren significant meer dissociatieve symptomen bij patiënten met een verleden van seksueel misbruik dan bij patiënten zonder dergelijk verleden en dit op alle subschalen van de Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Voor fysieke mishandeling vonden de onderzoekers enkel op de subschaal 'amnesie' een significant verschil tussen de trauma- en de non-traumagroep. Ook Dalle Grave et al. (1996a; 1996b) vonden de hoogste mate van dissociatie bij eetstoornispatiënten met een verleden van seksueel misbruik en een

vrijwel even hoge score bij de eetstoornispatiënten met een verleden van emotionele mishandeling.

Niet alle onderzoekers komen echter tot deze bevindingen. Favaro, Dalle Grave en Santonastaso (1998) gingen de invloed na van seksueel en fysiek misbruik op de relevante aspecten van een eetstoornis en dissociatie bij 86 anorexiapatiënten, 69 boulimiapatiënten en 81 controlepatiënten. De resultaten laten geen significante verschillen zien tussen de trauma- en de non-traumagroep op het vlak van leeftijd, BMI, ziekte duur en frequentie van eetbuien en braken. Ook de scores van de EDI, een vragenlijst waarmee de klinisch relevante aspecten van een eetstoornis worden vastgesteld, tonen slechts een paar significante verschillen tussen de trauma- en de non-traumagroep. Verder vonden de onderzoekers geen significante verschillen tussen de trauma- en de non-traumagroep op de scores van de Dissociation Questionnaire (DIS-Q). Favaro et al. (1998) concludeerden dat het louter voorkomen van traumatische ervaringen, zonder rekening te houden met de aard van het trauma, geen verband houdt met de ernst van de eetstoornis en de graad van dissociatieve ervaringen.

De invloed van trauma op de behandelingseffecten van eetstoornissen

Uit bovenstaande blijkt dat diverse studies de relatie tussen traumatische ervaringen en eetstoornissen onderzocht hebben, met uiteenlopende resultaten. Een belangrijke vraag in deze context is of een traumaverleden samenhangt met een minder gunstig behandelingseffect. Tot op heden is echter weinig bekend over de impact van een traumaverleden op de behandeling van eetstoornissen. Slechts enkele studies onderzochten de verschillen in behandelingseffect bij eetstoornispatiënten met en zonder traumatische ervaringen in het verleden.

Anderson, LaPorte, Brandt en Crawford (1997) onderzochten in hun follow-up studie de invloed van een traumaverleden op de outcome na een residentiële behandeling bij 74 patiënten met boulimia nervosa. Maar liefst 61% van de patiënten meldt een verleden van seksueel misbruik. Deze getraumatiseerde patiënten rapporteren bij opname significant meer eetgestoorde attitudes (vasten, eetbuien en braken) en significant hogere niveaus van depressie en angst, wat consistent is met ander onderzoek (Bronkaers, 2005). Na de behandeling vertonen zowel de trauma- als de non-traumagroep een significante vermindering in symptomatologie. De resultaten geven echter geen significante verschillen weer tussen de beide groepen wat betreft de symptoomreductie (wat aantoont dat er geen verschil is in de uitkomst na behandeling tussen de trauma- en de non-traumagroep). Wel vertoonden de getraumatiseerde patiënten bij ontslag en na drie maanden follow-up hogere niveaus van eetgestoorde attitudes, depressie en angst. Verder is bij follow-up slechts 11% van de patiënten uit de traumagroep symptoomvrij (afwezigheid van vasten, eetbuien en braken), tegenover 22% in de non-traumagroep. Bovendien werden significant meer getraumatiseerde patiënten (27%) opnieuw gehospitaliseerd tijdens de follow-up periode dan niet-getraumatiseerde patiënten (0%). De onderzoekers suggereren dat de omvang van het verschil in de uitkomst na behandeling tussen de trauma- en de non-traumagroep mogelijk gereduceerd is wegens de vooruitgang die deze patiënten geboekt hebben tijdens hun tweede opname. De auteurs suggereren dat de getraumatiseerde patiënten een zwakkere behandelingsoutcome kennen, omdat ze bij opname meer psychiatrische en eetstoornisgerelateerde symptomen vertonen en

concluderen dat een verleden van seksueel misbruik samenhangt met een minder gunstige outcome na behandeling.

Vanderlinden, Vandereycken & Probst (1995) onderzochten of er een verschillende ontwikkeling plaatsvond (bij ontslag en na zes maanden follow-up) in de dissociatieve symptomen tussen de eetstoornispatiënten *met* ($n = 26$) en *zonder* ($n = 36$) traumaverleden. De resultaten tonen aan dat de dissociatieve symptomen bij de niet-getraumatiseerde patiënten significant verminderen na verloop van tijd. In de traumagroep werd na een residentiële behandeling echter geen reductie in dissociatie gevonden. De dissociatieve symptomen waren therapieresistent bij de getraumatiseerde patiënten.

Recent bestudeerden Rodríguez, Pérez en García (2005) de invloed van een traumaverleden op de behandelingseffecten, terugval en drop-out (het vroegtijdig stoppen van de behandeling) bij 160 Colombiaanse eetstoornispatiënten. De onderzoeksresultaten tonen aan dat een traumaverleden samenhangt met een slecht behandelingsresultaat. Hierbij blijkt dat herhaaldelijk seksueel misbruik én het voorkomen van seksueel misbruik met fysiek geweld de grootste risicofactoren vormen voor een zwak resultaat. De resultaten tonen bovendien aan dat de kans op een zwakke behandelingsuitkomst zesmaal groter wordt als verschillende soorten trauma gemeld worden. Verder blijkt uit de resultaten dat een traumaverleden geassocieerd is met een hoger risico op terugval en drop-out. Bij de getraumatiseerde patiënten was de kans op terugval na behandeling driemaal groter dan bij de niet-getraumatiseerde patiënten. Het risico op het vroegtijdig stoppen van de behandeling was maar liefst tienmaal groter wanneer een traumaverleden gerapporteerd werd. De onderzoekers concluderen dat een traumaverleden samenhangt met slechte behandelingseffecten en een grotere kans op terugval en drop-out, voornamelijk wanneer verschillende soorten trauma gemeld worden. Deze bevinding is consistent met de observaties van Mahon, Bradley, Harvey, Winston en Palmer (2001). Deze auteurs melden een gedoseerd effect van trauma op het vroegtijdig stoppen van de behandeling bij 114 patiënten met boulimia nervosa. Hun resultaten tonen aan dat geen of één traumatische ervaring een kleine invloed heeft op drop-out. Indien echter twee of meerdere traumatische ervaringen gemeld worden, dan is er een groter verband met het vroegtijdig stoppen van de behandeling.

Het verdere onderzoek naar de verschillende behandelingseffecten tussen eetstoornispatiënten met en zonder traumaverleden is relevant. Mogelijk zijn additionele behandelingen en/of specifieke therapeutische interventies noodzakelijk voor een succesvolle behandeling van eetstoornispatiënten met een traumaverleden (Vanderlinden, Vandereycken, & Claes, 2006). Bij andere stoornissen, bijvoorbeeld middelenmisbruik, is het 'niet kunnen omgaan met het traumaverleden' vaak een reden voor terugval (Rohsenow, Corbett & Devine, 1988). Mogelijk geldt ditzelfde fenomeen voor eetstoornissen, rekening houdend met de bevinding dat het risico op terugval driemaal groter is bij getraumatiseerde eetstoornispatiënten dan bij patiënten zonder traumaverleden (Rodríguez et al., 2005).

Deze studie tracht de invloed van traumaverleden op de behandeling van eetstoornissen te onderzoeken. Hierbij wordt de impact van een traumaverleden onderzocht op de ontwikkeling in de ernst van de eetstoornis, de lichaamsbeleving en dissociatie op drie meetmomenten (bij opname, ontslag en na zes maanden follow-up). In navolging van

de studie van Anderson et al. (1997) kan na afloop van de behandeling zowel binnen de traumagroep als de non-traumagroep een reductie worden verwacht in de eetstoornissymptomatologie en de gestoorde lichaamsbeleving. In navolging van de studie van Vanderlinden et al. (1995) kan binnen de non-traumagroep een reductie worden verwacht in de dissociatieve symptomen na de behandeling. Een dergelijke vermindering wordt echter niet verwacht binnen de traumagroep. Verder kan op basis van de onderzoeken van Bronckaers (2005), Brown et al. (1999), Dalle Grave et al. (1996a; 1996b) en Treuer et al. (2005) verwacht worden dat de traumagroep bij aanvang van de behandeling ernstigere eetstoornissymptomen, een meer gestoorde lichaamsbeleving en meer dissociatieve symptomen zal vertonen dan de non-traumagroep. Bijgevolg kan worden verwacht dat de traumagroep een minder gunstige behandelingsuitkomst zal hebben wat betreft de ontwikkeling in de ernst van de eetstoornis, de lichaamsbeleving en dissociatie dan de non-traumagroep.

Methode

Proefpersonen

De originele proefpersoongroep bestond uit 298 vrouwelijke patiënten die residentieel behandeld werden in het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, campus Kortenberg (België). Alleen de patiënten wier gegevens op de drie meetmomenten beschikbaar waren, werden geselecteerd ($n = 117$). Overeenkomstig de diagnostische criteria van de DSM-IV (APA, 1994) werden 61 patiënten (52,1%) gediagnosticeerd met anorexia nervosa van het 'restrictieve type' (AN-R), 23 patiënten (19,7%) met anorexia nervosa van het 'gemengde type' (AN-G) en 33 patiënten (28,2%) met boulimia nervosa (BN). Op basis van de gehanteerde definitie van trauma werden de proefpersonen ingedeeld in twee groepen: 64% van de patiënten ($n = 75$) maakte deel uit van de traumagroep en 36% van de patiënten ($n = 42$) behoorde tot de non-traumagroep. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bij opname bedroeg 21 jaar. Univariate variantieanalyses duiden significante leeftijdsverschillen aan, waarbij de traumagroep significant ouder was dan de non-traumagroep ($F(1,115) = 5.21, p = .024$). De ziekteduur van de patiënten bedroeg gemiddeld 3,5 jaar. De totale eetstoornispopulatie had bij opname een gemiddelde BMI van 17 (wat samenhangt met een gemiddelde lengte van 1.66 m. en een gemiddeld gewicht van 46 kg). Wat de woonsituatie betreft bleek de meerderheid van de eetstoornispatiënten (73%) bij opname nog bij de ouders in te wonen, hetgeen op basis van de gemiddelde leeftijd verwacht kan worden. Verder bleek 12,8% alleen te wonen, 10,3% bij de partner of echtgenoot en 3,4% had een andere woonvorm. Daarbij aansluitend gaf de meerderheid van de patiënten aan gehuwd noch verloofd te zijn (83,8%). De overige patiënten waren gehuwd (8,5%), verloofd (6%) of gescheiden (1,7%). Met betrekking tot de beroepssituatie werd een vergelijkbaar patroon teruggevonden: 80% van de patiënten studeerde nog, 7,7% werkte, 6,8% was werkzoekend en de overige 17,1% was met ziekteverlof. De χ^2 -analyses geven significante verschillen weer tussen de trauma- en de non-traumagroep voor de woonsituatie ($\chi^2(3) = 9.7, p = .021$), maar niet voor de burgerlijke staat en de beroepssituatie. Wat de woonsituatie betreft bleek de non-traumagroep bij opname significant meer in te wonen bij de ouders dan de traumagroep.

Meetinstrumenten

De *Vragenlijst Belastende Ervaringen* (VBE) ofwel '*Traumatic Experiences Checklist*' (TEC) is een zelfrapportagevragenlijst die belastende ervaringen in de voorgeschiedenis nagaat. De VBE vraagt naar 25 potentieel belastende ervaringen, waarbij de 10 eerste items naar ervaringen peilen zoals 'gezinsbelasting', 'parentificatie' en 'overlijden van gezinslid'. In de 15 laatste items worden traumatische ervaringen bevraagd die weergegeven worden in vijf clusters: 'emotionele verwaarlozing', 'emotionele mishandeling', 'lichamelijke mishandeling', 'hinderlijke seksuele toenadering (niet uitmondend in seksueel contact)' en 'seksueel misbruik'. Bij deze 25 items dient de persoon aan te geven of hij/zij een dergelijke gebeurtenis ooit heeft meegemaakt en op welke leeftijd deze gebeurtenis zich in dat geval voordeed. Tevens wordt nagegaan in welke mate de gebeurtenis belastend was voor de persoon, wat gescoord wordt op een 5-puntsschaal, variërend van 'in enige mate' tot 'in zeer ernstige mate' (Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002).

De *Eating Disorder Inventory* (EDI) is een internationaal veelgebruikte vragenlijst, die gedragskenmerken en psychologische kenmerken meet die vaak voorkomen bij eetstoornissen. De kernsymptomen van de eetstoornissen worden gemeten door de subschalen 'wens om te vermageren' (EDI-1), 'boulimie' (EDI-2) en 'lichaamsontevredenheid' (EDI-3). De overige vijf schalen bevatten aan eetstoornis verwante symptomen: 'ineffectiviteit' (EDI-4), 'perfectionisme' (EDI-5), 'interpersoonlijk wantrouwen' (EDI-6), 'interoceptieve waarneming' (EDI-7) en 'angst voor volwassenheid' (EDI-8) (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983).

De *Eating Disorder Evaluation Scale* (EDES) is ontworpen om de ernst van een eetstoornis te beoordelen. Deze vragenlijst meet zowel de specifieke symptomen als de psychosociale aspecten van de eetstoornis. In tegenstelling tot de andere meetinstrumenten in dit onderzoek geldt de regel 'hoe lager de score, des te ernstiger de pathologie'. Er worden vier subschalen onderscheiden: 'anorectische preoccupatie' (EDES-1), 'boulimisch gedrag' (EDES-2), 'seksualiteit' (EDES-3) en 'psychosociale aanpassing' (EDES-4) (Vandereycken, 1993).

De *Lichaamsattitude Vragenlijst* (LAV) ofwel '*Body Attitude Test*' (BAT) meet de subjectieve lichaamsbeleving en lichaamsattitude bij eetstoornispatiënten. Factoranalyses onderscheiden drie klinisch relevante factoren: 'negatieve beleving van de lichaamsomvang' (LAV-1), 'gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam' (LAV-2) en 'algemene ontevredenheid met het lichaam' (LAV-3) (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle, & Vanderlinden, 1995).

De *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) meet een brede waaier aan dissociatieve ervaringen. Factoranalyses onderscheiden vier subschalen: 'identiteitsverwarring en -fragmentatie' (DISQ-1), 'controleverlies' (DISQ-2), 'amnesie' (DISQ-3) en 'absorptie/verhoogde concentratie' (DISQ-4) (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, & Verkes, 1993).

Procedure

Dataverzameling

Na 'informed consent' kregen 298 eetstoornispatiënten korte tijd na hun opname bovenstaande vragenlijsten, die ze op vrijwillige basis konden invullen. Het multidisciplinaire team verzamelde bovendien een aantal demografische variabelen en parameters, zoals opnamegewicht, lengte en BMI. Met behulp van een semigestructureerd interview, uitgevoerd door zowel de behandelende psychotherapeut als de arts, werden de patiënten volgens de DSM-IV criteria (APA, 1994) ingedeeld in de drie diagnostische subgroepen. De mannelijke eetstoornispatiënten ($n = 2$) en de patiënten met een atypische eetstoornis ($n = 13$) werden niet geïncludeerd in deze studie. Om de follow-up informatie te verzamelen, werden vier vragenlijsten (EDI, EDDES, LAV en DIS-Q) naar het meest recente thuisadres van de patiënten gestuurd. In totaal hadden 179 patiënten (60% van de originele proefpersoongroep) de vragenlijsten, zes maanden na opname (cfr. 'ontslag'), ingevuld en teruggestuurd. Van de originele proefpersoongroep namen slechts 117 patiënten (39%) deel aan de studie op de drie tijdstippen (opname, ontslag en zes maanden follow-up). Deze hoge drop-outcijfers hangen enerzijds samen met het vroegtijdig beëindigen van de behandeling. Uit een literatuuroverzicht blijkt dat 0 tot 33% van de patiënten een behandeling vroegtijdig beëindigt (Mitchell, 1991), wat overeenkomt met het percentage in de huidige studie. Anderzijds werd niet alle follow-up informatie terugbezorgd aan ons centrum, waardoor de drop-outcijfers na ontslag nog verhoogden. De descriptieve gegevens (leeftijd, lengte, gewicht, BMI en ziekte duur bij opname) en demografische gegevens (woonsituatie, burgerlijke staat en beroepssituatie bij opname) van de geselecteerde patiënten werden vergeleken met die van de drop-outgroep ($n = 181$). Hoewel de drop-outgroep ouder was en een langere ziekte duur had dan de patiënten die deelnamen aan de studie, werden er geen significante verschillen gevonden. Hieruit kan men concluderen dat de geselecteerde patiënten een adequate representatie zijn van de normale patiëntenpopulatie in het UC Sint-Jozef.

Behandelingsprogramma

De patiënten werden gedurende minstens vier maanden (maximaal zes maanden) behandeld op een gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen in het UC Sint-Jozef te Kortenberg. Het behandelingsprogramma is eclecticisch (een combinatie van cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie) en sluit nauw aan bij de wetenschappelijke kennis over eetstoornissen. Naast aandacht voor de medische aspecten staat de psychologische aanpak centraal, die vooral geïnspireerd is door het cognitief-gedragstherapeutische model. De therapeutische activiteiten vonden plaats in twee groepen van 8 à 9 eetstoornispatiënten. In de eerste plaats werd de behandeling gericht op het herstellen van het lichaamsgewicht en het normaliseren van het eetgedrag. Daarnaast werden verscheidene therapeutische modules aangeboden die focussen op de instandhoudende factoren zoals het verhogen van de motivatie, het versterken van het zelfvertrouwen, het verbeteren van de lichaamsbeleving, het installeren van een functioneel zelfevaluatiesysteem en het afbouwen van perfectionisme (Vanderlinden, 2005). Alle patiënten (trauma en non-trauma) kregen hetzelfde programma aangeboden.

Definitie van trauma

Voor de definiëring van trauma wordt gebruikgemaakt van de *Vragenlijst Belastende Ervaringen* (VBE). De traumagroep omvat patiënten die minstens op één item van de VBE aangeven dat zich een bepaalde traumatische gebeurtenis heeft voorgedaan (prevalentiescore = 1) én dat deze gebeurtenis hen in zekere mate belast heeft in hun leven (belastingsscore = 3, 4 of 5). De non-traumagroep omvat patiënten die ofwel geen traumatische ervaringen melden in hun leven (VBE totaalscore = 0) of alleen melding maken van gebeurtenissen waar ze amper hinder van ondervonden (prevalentiescore = 1 én belastingsscore = 1 of 2).

Statistische analyses

Bij de statistische analyses gebruikten we het statistisch verwerkingsprogramma *SPSS for Windows 12.0*. Om de verschillen in de behandelingseffecten tussen de traumagroep en de non-traumagroep na te gaan, werd gebruikgemaakt van de totaalscores én de subschaalscores van de EDI, de EDES, de LAV en de DIS-Q. Om deze totaalscores en subschaalscores te vergelijken op de drie tijdstippen, werd, voor elke schaal afzonderlijk, gebruikgemaakt van een variantieanalyse met herhaalde metingen, waarbij 'trauma' fungeert als tussen-groepen-factor en 'tijdstip' als binnen-groepen-factor (2*3 [trauma*tijdstip] mixed ANOVA). Wanneer de ANOVA een significant hoofdeffect weergeeft van 'tijdstip' ($p < .05$) en/of een significant interactie-effect van 'trauma x tijdstip' ($p < .05$), wordt een 'Bonferroni Post-Hoc Test' uitgevoerd. Indien de ANOVA een significant hoofdeffect weergeeft van 'trauma', worden geen bijkomende analyses uitgevoerd, aangezien trauma slechts twee niveaus heeft.

Resultaten

In Tabel 1 worden, zowel voor de traumagroep als de non-traumagroep de gemiddelde totaalscores en subschaalscores van de EDI, de EDES, de LAV en de DIS-Q weergegeven op de drie tijdstippen (opname, ontslag en na zes maanden follow-up).

Invloed van trauma op de ernst van de eetstoornis na behandeling

In overeenstemming met de verwachtingen tonen de resultaten voor beide groepen een reductie in de eetstoornissymptomatologie na afloop van de behandeling. De variantieanalyses geven significante hoofdeffecten weer van 'tijdstip' op bijna alle schalen van de EDI en de EDES. Hierbij tonen de resultaten een significante verbetering door de tijd heen op de totaalscores van de EDI en de EDES en op de volgende subschaalscores: 'wens om te vermageren' (EDI-1), 'boulimie' (EDI-2), 'lichaamsontevredenheid' (EDI-3), 'ineffectiviteit' (EDI-4), 'perfectionisme' (EDI-5), 'interoceptieve waarneming' (EDI-7), 'anorectische preoccupatie' (EDES-1) en 'boulimisch gedrag' (EDES-2). Voor deze laatstgenoemde schalen tonen de Bonferroni post-hoc tests binnen de traumagroep een significante verbetering van opname naar ontslag. Binnen de non-traumagroep is er enkel op de totaalscores van de EDI en de EDES én op de scores van de schalen 'wens om te vermageren' (EDI-1), 'lichaamsontevredenheid' (EDI-3), 'interoceptieve waarneming' (EDI-7) en 'anorectische

preoccupatie' (EDES-1) sprake van een significante verbetering van opname naar ontslag. Wat de verdere ontwikkeling van ontslag naar follow-up betreft tonen de Bonferroni post-hoc tests een (niet significante) achteruitgang op bijna alle schalen van de EDI en EDES. In tegenstelling tot de vooropgestelde hypothese wordt binnen de traumagroep geen minder gunstige behandelingsoutcome gevonden wat betreft de eetstoornissymptomatologie dan in de non-traumagroep. De variantieanalyses geven geen significante hoofdeffecten weer van trauma, maar tonen wel aan dat de traumagroep, op bijna alle schalen van de EDI en de EDES, (niet significant) meer pathologie vertoont dan de non-traumagroep – dit op de drie tijdstippen. Bovendien tonen de variantieanalyses, in tegenstelling tot de verwachtingen, geen significante interactie-effecten aan van 'tijdstip x trauma'.

Tabel 1 De ontwikkeling in de gemiddelde scores van de EDI, de EDES, de LAV en de DIS-Q op de drie tijdstippen binnen de trauma- en de non-traumagroep.

| | Trauma (n = 75) | | | | | | Non-trauma (n = 42) | | | | | | Hoofd- effect trauma ANOVA F | Hoofd- effect tijdstip ANOVA F | Inter- actie- effect ANOVA F |
|-------------|--------------------|--------|---------|--------|-----------|--------|------------------------|--------|---------|--------|-----------|--------|--|--|--|
| | Opname | | Ontslag | | Follow-up | | Opname | | Ontslag | | Follow-up | | | | |
| | M | (SD) | M | (SD) | M | (SD) | M | (SD) | M | (SD) | M | (SD) | | | |
| EDI totaal | 80.2 | (27.3) | 46.5 | (32.0) | 50.6 | (32.5) | 67.4 | (29.9) | 39.4 | (27.8) | 42.8 | (27.5) | 3.60 | 6369***ab | .55 |
| EDI-1 | 13.0 | (6.3) | 6.6 | (6.5) | 7.6 | (6.7) | 11.6 | (7.0) | 4.9 | (5.9) | 5.5 | (6.4) | 4.09 | 5988***ab | .07 |
| EDI-2 | 3.9 | (5.6) | 1.6 | (3.0) | 1.8 | (3.5) | 2.6 | (4.7) | 0.4 | (1.1) | 1.6 | (3.7) | 2.12 | 1370***ab | .87 |
| EDI-3 | 15.3 | (7.6) | 7.9 | (7.7) | 8.9 | (8.2) | 14.4 | (7.1) | 7.9 | (7.0) | 8.8 | (7.9) | .05 | 5413***ab | .30 |
| EDI-4 | 14.4 | (7.2) | 9.1 | (7.9) | 9.6 | (7.9) | 11.5 | (7.0) | 7.7 | (6.6) | 7.6 | (5.9) | 3.14 | 2648***ab | .57 |
| EDI-5 | 8.2 | (4.6) | 5.9 | (4.1) | 6.5 | (4.3) | 6.7 | (4.6) | 4.8 | (3.5) | 5.2 | (3.6) | 3.36 | 1580***ab | .12 |
| EDI-6 | 7.0 | (5.2) | 5.5 | (4.6) | 5.3 | (4.4) | 5.3 | (4.2) | 4.3 | (4.3) | 4.4 | (4.0) | 2.63 | 677***ab | .63 |
| EDI-7 | 10.8 | (5.6) | 5.4 | (5.5) | 6.1 | (6.0) | 9.4 | (5.7) | 4.3 | (4.2) | 4.8 | (5.3) | 2.11 | 4305***ab | .03 |
| EDI-8 | 6.7 | (5.1) | 5.1 | (5.1) | 5.1 | (4.5) | 6.3 | (4.6) | 5.0 | (4.8) | 4.8 | (4.3) | .11 | 723***ab | .08 |
| EDES totaal | 37.9 | (9.2) | 51.4 | (15.3) | 50.9 | (15.9) | 42.6 | (9.6) | 53.8 | (13.2) | 57.3 | (13.7) | 4.07 | 5481***ab | 1.01 |
| EDES-1 | 6.4 | (5.0) | 14.0 | (6.1) | 13.7 | (7.5) | 6.3 | (5.3) | 14.2 | (5.1) | 16.4 | (6.3) | .93 | 8935***ab | 2.40 |
| EDES-2 | 12.2 | (5.2) | 14.9 | (4.0) | 14.4 | (4.2) | 14.8 | (5.0) | 16.8 | (2.6) | 16.1 | (3.3) | 7.75 | 1589***ab | .54 |
| EDES-3 | 7.1 | (4.8) | 8.2 | (4.8) | 8.8 | (4.7) | 6.3 | (4.9) | 8.1 | (5.2) | 8.7 | (5.4) | .15 | 1158***ab | .37 |
| EDES-4 | 12.4 | (5.6) | 14.3 | (6.2) | 13.9 | (5.4) | 15.3 | (4.3) | 15.6 | (4.3) | 16.1 | (5.2) | 5.74 | 222***ab | .85 |
| LAV totaal | 59.5 | (17.9) | 42.4 | (20.7) | 45.0 | (23.2) | 53.7 | (18.8) | 37.9 | (16.9) | 39.6 | (18.8) | 2.65 | 4002***ab | .05 |
| LAV-1 | 18.9 | (8.5) | 12.8 | (8.7) | 13.7 | (9.2) | 15.8 | (9.3) | 10.7 | (8.2) | 11.8 | (8.3) | 2.57 | 2676***ab | .32 |
| LAV-2 | 19.3 | (7.0) | 13.8 | (8.2) | 15.0 | (9.1) | 17.8 | (6.2) | 11.3 | (6.2) | 11.4 | (7.4) | 4.24 | 3615***ab | .96 |
| LAV-3 | 14.0 | (4.3) | 9.7 | (5.9) | 10.1 | (5.5) | 13.5 | (4.1) | 9.1 | (4.1) | 10.1 | (4.4) | .18 | 3335***ab | .15 |
| DISQ totaal | 2.4 | (0.6) | 2.0 | (0.6) | 2.1 | (0.6) | 2.1 | (0.6) | 1.9 | (0.5) | 1.8 | (0.6) | 4.76 | 2381***ab | 1.98 |
| DISQ-1 | 2.5 | (0.8) | 2.0 | (0.8) | 2.1 | (0.8) | 2.2 | (0.7) | 1.8 | (0.7) | 1.7 | (0.7) | 5.35 | 2992***ab | 1.29 |
| DISQ-2 | 2.5 | (0.6) | 2.2 | (0.6) | 2.3 | (0.7) | 2.3 | (0.6) | 2.1 | (0.6) | 2.1 | (0.7) | 1.96 | 1446***ab | 1.09 |
| DISQ-3 | 1.7 | (0.5) | 1.5 | (0.5) | 1.6 | (0.6) | 1.6 | (0.5) | 1.5 | (0.5) | 1.5 | (0.6) | .88 | 381***ab | .93 |
| DISQ-4 | 2.7 | (0.7) | 2.4 | (0.7) | 2.4 | (0.7) | 2.5 | (0.8) | 2.3 | (0.8) | 2.0 | (0.7) | 4.11 | 1637***ab | 2.17 |

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$; Bonferroni post-hoc test bij significant ($< .05$) hoofdeffect van tijdstip: a = opname > ontslag bij trauma, b = opname > ontslag bij non-trauma; EDI-1 = wens om te vermageren, EDI-2 = boulimie, EDI-3 = lichaamsontevredenheid, EDI-4 = ineffectiviteit, EDI-5 = perfectionisme, EDI-6 = interpersoonlijk wantrouwen, EDI-7 = interocceptieve waarneming, EDI-8 = angst voor volwassenheid; EDES-1 = anorectische preoccupatie, EDES-2 = boulimisch gedrag, EDES-3 = seksualiteit, EDES-4 = psychosociale aanpassing; LAV-1 = negatieve beoordeling van de lichaamsomvang; LAV-2 = gebrek aan vertrouwdheid met eigen lichaam; LAV-3 = algemene ontevredenheid met het lichaam; DISQ-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie, DISQ-2 = controleverlies, DISQ-3 = amnesie, DISQ-4 = absorptie. Opmerking: hoe lager de scores op de EDES, des te ernstiger is de pathologie.

Invloed van trauma op de lichaamsbeleving na behandeling

In overeenstemming met de vooropgestelde hypothese tonen de resultaten voor beide groepen een reductie in de gestoorde lichaamsbeleving na afloop van de behandeling. De variantieanalyses geven significante hoofdeffecten weer van tijdstip voor alle schalen van de LAV. Hierbij tonen de Bonferroni post-hoc tests, zowel binnen de traumagroep als de non-traumagroep, een significante verbetering van opname naar ontslag. In de periode van ontslag naar follow-up is echter voor beide groepen sprake van een (niet significante) achteruitgang op de bijna alle LAV-schalen. Men kan concluderen dat in tegenstelling tot de verwachtingen de traumagroep geen minder gunstige behandelingsoutcome heeft wat betreft de gestoorde lichaamsbeleving dan de non-traumagroep. De variantieanalyses geven geen significante hoofdeffecten weer van trauma, maar tonen wel aan dat de traumagroep, op bijna alle schalen van de LAV, een (niet significante) hogere score heeft dan de non-traumagroep, en dit op de drie tijdstippen. Tot slot tonen de variantieanalyses, in tegenstelling tot de verwachtingen, geen significante interactie-effecten aan van 'tijdstip x trauma'.

Invloed van trauma op dissociatie na behandeling

In tegenstelling tot de verwachtingen laten de resultaten voor beide groepen een reductie zien in de dissociatieve symptomen na afloop van de behandeling. De variantieanalyses geven op bijna alle schalen van de DIS-Q significante hoofdeffecten weer van tijdstip, waarbij er sprake is van een significante verbetering door de tijd heen op de totaalscores van de DIS-Q en op de subschaalscores 'identiteitsverwarring en -fragmentatie' (DISQ-1), 'controleverlies' (DISQ-2) en 'absorptie' (DISQ-4). Voor deze schalen tonen de Bonferroni post-hoc tests binnen de traumagroep een significante verbetering van opname naar ontslag. Binnen de non-traumagroep is er alleen op de schaal 'identiteitsverwarring en -fragmentatie' (DISQ-1) sprake van een dergelijke verbetering. In tegenstelling tot de verwachtingen vertoont de traumagroep een grotere reductie in dissociatieve symptomen van opname naar ontslag dan de non-traumagroep. De resultaten tonen geen significante verdere verbetering in de periode van ontslag naar follow-up. Verder worden er, in tegenstelling tot de vooropgestelde hypothese, binnen de traumagroep geen minder gunstige behandelingsresultaten gevonden wat betreft de dissociatieve symptomen dan in de non-traumagroep. De variantieanalyses geven geen significante hoofdeffecten weer van trauma. De resultaten tonen wel aan dat de traumagroep – en dit op de 3 tijdstippen – op alle schalen van de DIS-Q een hogere score behaalt dan de non-traumagroep, maar deze verschillen zijn niet significant. Verder tonen de variantieanalyses geen significante interactie-effecten aan van 'tijdstip x trauma'.

Nabespreking

Dit onderzoek evalueerde de invloed van een traumaverleden op de behandeling van eetstoornissen. Er werd verwacht dat de getraumatiseerde eetstoornispatiënten een minder gunstig behandelingsresultaat zouden hebben dan de niet-getraumatiseerde patiënten. De resultaten ondersteunen deze hypothese echter niet. In tegenstelling tot de vooropgestelde hypothesen werden bij aanvang van de behandeling geen significante verschillen gevonden tussen de beide groepen in de

eetstoornissymptomatologie, de lichaamsbeleving en dissociatie. Onze bevindingen zijn enerzijds tegenstrijdig met de resultaten van eerder onderzoek, waarbij de traumagroep significant hogere niveaus van eetstoornissymptomatologie, gestoorde lichaamsbeleving en dissociatie meldt (Bronckaers, 2005; Brown et al., 1999; Dalle Grave et al., 1996a, 1996b; Treuer et al., 2005). Anderzijds werden door enkele auteurs (Favaro et al., 1998; Léonard et al., 2003) gelijksoortige resultaten gevonden als in onze studie. Deze onderzoekers veronderstellen dat het 'zuiver' voorkomen van traumatische ervaringen, zonder rekening te houden met de aard van het trauma, geen verband houdt met de ernst van de eetstoornis en de graad van de dissociatieve symptomen. Wel vertoonden de beide groepen, in overeenstemming met de vooropgestelde hypothesen, na afloop van de behandeling een significante reductie in bijna alle klinisch relevante symptomen van de eetstoornis én in de gestoorde lichaamsbeleving. Verder is het opmerkelijk dat zowel de traumagroep als de non-traumagroep significant minder dissociatieve symptomen rapporteerden na afloop van de behandeling. Deze bevinding is tegenstrijdig met de resultaten van eerder onderzoek (Vanderlinden et al., 1995), waar de behandeling bij de traumagroep weinig invloed had op de dissociatieve symptomen.

In tegenstelling tot de vooropgestelde hypothesen suggereren onze onderzoeksresultaten dus dat er geen significante verschillen zijn in de behandelingsuitkomst tussen eetstoornispatiënten *met* en *zonder* traumaverleden. Zowel de trauma- als de non-traumagroep verbeteren na afloop van de behandeling op het vlak van de eetstoornissymptomatologie, de gestoorde lichaamsbeleving en dissociatie. Hierbij is het opmerkelijk dat er op de drie meetmomenten geen significante verschillen worden gevonden tussen de traumagroep en de non-traumagroep. Deze opmerkelijke resultaten kunnen mogelijk verklaard worden door de bevinding dat het 'zuiver' voorkomen van trauma geen verband houdt met de ernst van de eetstoornis en de graad van de dissociatieve symptomen (Favaro et al., 1998; Léonard et al., 2003). Indien de huidige studie rekening had gehouden met de aard en de ernst van de traumatische levensgebeurtenissen, waren er wellicht significante verschillen gevonden tussen de eetstoornispatiënten met en zonder traumaverleden. Een andere verklaring kan gelegen zijn in het 'gedoseerde effect' van trauma. Eerder onderzoek toont aan dat trauma een invloed heeft op de capaciteiten van een persoon om een veilige hechtingsstijl te ontwikkelen en dat een onveilige hechtingsstijl de kans reduceert dat een persoon een duurzame therapeutische relatie aangaat (Adshead, 1998). Andere onderzoekers concluderen dat geen of één traumatische ervaring in het verleden van eetstoornispatiënten een kleine invloed heeft op het vroegtijdig beëindigen van de behandeling. Indien echter twee of meerdere traumatische ervaringen gemeld worden, die eveneens een invloed hebben op de hechtingsstijl, is er een groter verband met 'drop-out' (Mahon et al., 2001). Mogelijk geldt hetzelfde fenomeen voor de behandelingsuitkomst: indien de patiënten twee of meerdere traumatische ervaringen melden, is er een grotere kans dat de patiënten minder gunstig reageren op de groepstherapeutische interventies. Misschien is de definitie van trauma in de huidige studie te mild en te weinig selectief, aangezien de traumagroep patiënten omvat die minstens één traumatische gebeurtenis ervaren hebben. Indien de huidige studie het gedoseerde effect van trauma in beschouwing had genomen in de definiëring van trauma, hadden de resultaten wellicht significante verschillen aangetoond tussen de trauma- en de non-traumagroep. Deze vraagstelling wordt verder bestudeerd. Toch blijft het een merkwaardige constatering dat eetstoornispatiënten die traumatische ervaringen vermelden – in vergelijking met de non-traumagroep – evenveel baat hebben

van een cognitief-gedragstherapeutische behandeling, die zich hoofdzakelijk naar de 'hier-en-nu'-situatie van de patiënt richt. Een mogelijke verklaring kan gelegen zijn in de bevinding dat zowel eetstoornispatiënten als getraumatiseerde patiënten een gevoel van controleverlies ervaren. Door de behandeling heen was 'het opnieuw verwerven van zelfcontrole' ('ik kan het aan') een van de belangrijkste doelstellingen. Bovendien ondersteunen deze resultaten een nieuwe visie op de behandeling van psychotrauma: trauma's uit het verleden hoeven niet weer naar boven gehaald te worden om een verandering te bewerkstelligen. Blijkbaar volstaat het de patiënten te helpen de controle te hervinden in de 'hier-en-nu'-situatie en zichzelf de moeite waard te leren vinden. Op deze wijze herschrijven patiënten hun traumascenario en leggen zo de bouwstenen voor een nieuwe en betere toekomst (Vanderlinden et al., 2006).

Alvorens suggesties te doen voor toekomstig onderzoek, dient een aantal beperkingen van deze studie besproken te worden. Gezien de korte duur van de studie kan de verdere ontwikkeling in eetstoornissymptomatologie, gestoorde lichaamsbeleving en dissociatie niet worden nagegaan. Indien er voor de lange termijn follow-up informatie beschikbaar was, zouden de onderzoeksresultaten meer kracht hebben. Verder kunnen vraagtekens geplaatst worden bij het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten. De betrouwbaarheid van dergelijke vragenlijsten wordt mede bepaald door de mate van oprechtheid van de ondervraagde. Eetstoornispatiënten hebben echter de neiging hun eetprobleem geheim te houden (Vandereycken, 2000). Verder dient opgemerkt te worden dat de traumarapportering wegens het retrospectieve karakter van de informatie mogelijk onderworpen is aan een geheugenbias. Bovendien werd de VBE ingevuld bij opname, terwijl sommige patiënten pas later in de behandeling hun traumatische ervaringen bekendmaken. Desalniettemin blijven vragenlijsten een nuttig screeningsinstrument voor het bevragen van grote onderzoeksgroepen, zoals in deze studie.

Tot slot dient een kritische noot geplaatst te worden bij de representativiteit van de onderzoeksgroep. Enerzijds werd in de studie geen rekening gehouden met de patiënten van wie informatie ontbrak op de drie meetmomenten ('drop-out'). Van de originele groep proefpersonen nam slechts 39% van de patiënten deel aan het onderzoek. De klinische variabelen bij opname van deze proefpersoongroep ($n = 117$) werd vergeleken met die van de drop-outgroep ($n = 181$), waarbij op geen enkele variabele significante verschillen teruggevonden werden. Toch bestaat de kans dat de geselecteerde patiënten een verschillende behandelingsuitkomst hebben dan de patiënten die het onderzoek vroegtijdig beëindigd hebben. Bovendien namen in totaal 84 anorexiapatiënten deel aan de studie op de drie meetmomenten, in vergelijking met slechts 33 boulimiapatiënten. Deze verhouding komt niet overeen met de normale patiëntenpopulatie in de gespecialiseerde afdeling voor eetstoornissen te Kortenberg. Vermoedelijk hangt dit samen met de bevinding dat anorexiapatiënten vanuit hun pathologie meer willen beantwoorden aan de verwachtingen (Vanderlinden, 2005) en dus sneller geneigd zijn om de follow-up informatie bij ontslag en zes maanden na het ontslag aan het centrum te bezorgen. Tevens dient te worden opgemerkt dat in deze studie geen controlegroep gebruikt werd; dit was binnen de huidige behandelingssetting nagenoeg onrealiseerbaar.

Naast deze beperkingen kent dit onderzoek een aantal sterke troeven. Tot op heden is weinig onderzoek gepubliceerd naar de impact van een traumaverleden op de behandeling van eetstoornissen. Hierbij onderzochten eerdere studies de invloed van een traumaverleden op de ontwikkeling na behandeling in een 'beperkt' aantal klinische

variabelen. In deze studie worden enerzijds diverse klinisch relevante aspecten van een eetstoornis geïnccludeerd, waarbij voor het eerst de impact van trauma op de behandeling van de gestoorde lichaamsbeleving werd nagegaan. Anderzijds worden eveneens dissociatieve symptomen in de studie betrokken. Bovendien onderzochten eerdere studies uitsluitend de impact van seksueel misbruik en/of fysieke mishandeling op de behandelingsoutcome bij eetstoornissen. In deze studie wordt een brede waaier aan traumatische ervaringen geïnccludeerd en de subjectief beleefde ernst van de ervaringen in de definiëring van trauma betrokken. Dit levert voor het eerst een beeld van de impact van dergelijke ervaringen op de behandelingseffecten bij eetstoornispatiënten. De onderzoeksresultaten wijzen erop dat het verder uitdiepen van de impact van een traumaverleden op de behandeling bij eetstoornissen relevant is. Toekomstig onderzoek zou meer duidelijkheid kunnen scheppen betreffende de impact van trauma op de behandelingseffecten bij eetstoornissen door de traumagroep verder op te splitsen volgens de aard en de ernst van het trauma. De VBE kan hierbij een invalshoek bieden. Tot slot kan men bij de bovenstaande suggesties een follow-up op de lange termijn aanbevelen. Enerzijds zijn eetstoornissen persistente stoornissen waardoor langetermijnfollow-up noodzakelijk is, anderzijds leveren korte-, middellange- en langetermijn follow-up studies sterk uiteenlopende resultaten op (Ratnasuriya, Eisler, Szmulker, & Russell, 1991).

Abstract

The goal of this study was to explore the impact of traumatic experiences on the treatment outcome of eating disorders. The trauma patients showed a higher score on almost all variables at the three measurements, however these differences were statistically not significant. Moreover, the research results showed no significant differences in the treatment outcome between the trauma and non-trauma patients. Both groups improved significantly on the eating disordered symptoms, body dissatisfaction and dissociation after the treatment. In contrast with our expectation and earlier research, these results suggest that traumatic experiences have no significant impact on the short-term treatment outcome of eating disorders. Furthermore a plausible explanation is given for the found results together with suggestions for future research.

Referenties

- Adshead, G. (1998). Psychiatric staff as attachment figures: Understanding management problems in psychiatric services in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 172, 64-69.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, K.P., LaPorte, D.J., Brandt, H., & Crawford, S. (1997). Sexual abuse and bulimia: response to inpatient treatment and preliminary outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 31(6), 621-633.
- Bronckaers, B. (2005). *De invloed van traumatische ervaringen op eetstoornissen, algemene psychopathologie en dissociatie*. Niet-uitgegeven masterscriptie. Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel.

- Brown, L., Russell, J., Thornton, C., & Dunn, S. (1999). Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 521-528.
- Dalle Grave, R., Oliosi, M., Todisco, P., & Bartocci, C. (1996a). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Dissociation*, 9(4), 274-281.
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., & Oliosi, E. (1996b). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4(4), 232-240.
- Favaro, A., Dalle Grave, R., & Santonastaso, P. (1998). Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(5), 358-363.
- Garner, D.M., Olmsted, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Gleaves, D.H. & Eberenz, K.P. (1994). Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 15(3), 227-231.
- Kent, A. & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 887-903.
- Léonard, S., Steiger, H., & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalence's and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 397-405.
- Mahon, J., Bradley, S.N., Harvey, P.K., Winston, A.P., & Palmer, R.L. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: A replication. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 138-148.
- Mitchell, J.E. (1991). A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(Suppl.1), 23-31.
- Murray, C., & Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 186-191.
- Nijenhuis, E.R.S., Hart, O. van der, & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
- Pope, H.G. & Hudson, J. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 455-463.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppinolle, H. van, & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3(2), 133-144.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I., & Russell, G.F.M. (1991). Anorexia Nervosa: Outcome and prognostic factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 495-502.
- Ro, O., Martinsen, E.W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J.H. (2003). Short-term follow-up of severe bulimia nervosa after inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 1(5), 405-417.
- Rodríguez, M., Pérez, V., & García, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 299-306.
- Rohsenow, D., Corbett, R., & Devine, D. (1988). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(1), 13-18.
- Steinhausen, H.C. (1999). Eating disorders. In: H.C. Steinhausen, & F.C. Verhulst, F.C. (1999). *Risks and outcomes in developmental psychopathology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 210-230.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1265-1283.
- Thompson, K.M. & Wonderlich, S.A. (2004). Child sexual abuse and eating disorders. In: J.K. Thompson (Ed.), (2004). *Handbook of eating disorders and obesity*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, pp. 679-694.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S., & Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 106-111.
- Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1(2), 115-122.
- Vandereycken, W. (2000). Eetstoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (2000). *Handboek psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghoun, pp. 313-332.

- Vanderlinden, J. (2005). *Anorexia Nervosa overwinnen in 13 stappen*. Tiel: Lannoo.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 13*, 187-194.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*(1), 21-27.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. New York: Taylor & Francis/Brunner/Mazel.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Claes, L. (2006). Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol: Lessons from the eating disorders field. In: E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel (In press). *Dissociation: Neurobiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Probst, M. (1995). Dissociative symptoms in eating disorders: A follow-up study. *European Eating Disorders Review, 3*(3), 174-184.
- Wonderlich, S.A., Brewerton, T.D., Jolic, Z., Dansky, B., & Abbott, D.W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1107-1115.