



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 traumatische ervaringen en psychopathologie bij eetstoornissen

Bart Bronckaers, Michel Probst, Chris Schotte en Johan Vanderlinden*

Samenvatting

In deze studie wordt het verband tussen traumatische ervaringen en verscheidene aspecten van de eetstoornis, comorbide psychopathologie en dissociatie nagegaan bij een klinische populatie vrouwelijke eetstoornispatiënten (n = 298). De prevalentie van traumatische ervaringen ligt opmerkelijk hoog binnen de gehele onderzoeksgroep (71,8%). Binnen de diagnostische groepen worden traumatische ervaringen het meest gerapporteerd door de anorexiapatiënten van het 'gemengde' type, op de voet gevolgd door de boulimiapatiënten. In deze groepen wordt ook het meest gestoorde beeld van de eetstoornis vastgesteld; bij hen is sprake van meer symptomatologie, comorbiditeit en dissociatie dan bij anorexiapatiënten van het restrictieve type. Ook worden de patiënten mét en zonder traumatisch verleden met elkaar vergeleken op de onderzochte klinische variabelen. De resultaten wijzen overduidelijk aan dat de traumagroep bij opname over de hele lijn meer psychopathologie vertoont in vergelijking met de non-traumagroep. Binnen de diagnostische subgroepen van de eetstoornissen komen dissociatie en algemene psychopathologie als meest traumaspecifieke kenmerken naar voren.

Inleiding

In de afgelopen decennia is – met een grote verscheidenheid aan resultaten – reeds veel onderzoek gepubliceerd over de relatie tussen traumatische ervaringen en eetstoornissen. Het verder uitdiepen van deze relatie is relevant aangezien eerder onderzoek heeft aangetoond dat een traumaverleden samenhangt met een slechtere prognose, de kans op terugval en het vroegtijdig stoppen van de behandeling (Anderson, LaPorte, Brandt, & Crawford, 1997; Gleaves & Eberenz, 1994; Mahon, Bradley, Harvey, Winston, & Palmer, 2001; Rodríguez, Pérez, & García, 2005). In deze studie wordt de invloed van belastende ervaringen in het verleden op verscheidene aspecten van de eetstoornis, algemene psychopathologie en dissociatie bij een klinische populatie vrouwelijke eetstoornispatiënten onderzocht.

* DRS. B. BRONCKAERS is als klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam in het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen te Tienen (België). E-mail: bart.bronckaers@fracarita.org.
PROF. DR. M. PROBST is als psychomotorisch therapeut werkzaam in het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, Campus Kortenberg en hoofddocent aan de Faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen van de K.U. Leuven.
PROF. DR. C. SCHOTTE is klinisch psycholoog/gedragstherapeut; hij is als hoofddocent verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen en lid van het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen.
DR. J. VANDERLINDEN is als psycholoog-systeemtherapeut verbonden aan de dienst eetstoornissen van het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, Campus Kortenberg en als academisch consulent aan de faculteit Psychologie (afdeling Psychopathologie en Psychodiagnostiek) van de K.U. Leuven. E-mail: johan.vanderlinden@psy.kuleuven.be.

Trauma

Trauma blijkt een veelzijdig gedefinieerd begrip. In tegenstelling tot eerdere DSM-edities komt in de meest recente definitie van 'traumatische ervaringen' in de DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 463) de subjectieve beleving van het trauma centraal te staan. De definitie is immers tweeledig: 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'*. Daarbij behoorden *'intense angst, hulpeloosheid of afschuw'* tot de reacties van de betrokkene. Die toevoeging van de subjectieve ervaring aan de definitie van traumatische ervaring is, zo blijkt uit recent onderzoek, relevant (Creamer, McFarlane, & Burgess, 2005). Gegeven deze centraliteit van de subjectieve ervaring in het definiëren van een stressor als zijnde traumatisch, is het niet gemakkelijk om de grenzen van trauma duidelijk af te bakenen (Becker et al., 2003). Sommige auteurs beargumenteren dat de DSM-IV-TR-definitie van trauma nog verder dient te worden uitgebreid met stressvolle ervaringen die niet meteen verband houden met fysieke dreiging of ernstige verwonding, zoals seksuele intimidatie op het werk (Avina & O'Donohue, 2002), en het (niet onverwacht) overlijden van een naaste persoon, scheiding van ouders, familiale problemen enzovoort (Gold, Marx, Soler-Baillo, & Sloan, 2005).

Binnen het onderzoeksdomein van de eetstoornissen zien we dat in vergelijking met de interesse voor seksueel en lichamelijk misbruik, andere traumatische ervaringen, zoals emotionele mishandeling of verwaarlozing, beduidend minder aandacht krijgen in het wetenschappelijke onderzoek. Na een korte bespreking van de onderzoeksbevindingen over misbruikervaringen bij eetstoornissen wordt beargumenteerd dat het zinvol is een brede waaier aan belastende ervaringen te bestuderen.

Trauma en eetstoornissen

De prevalentie van misbruikervaringen in de voorgeschiedenis van eetstoornispatiënten blijkt in de verschillende studies behoorlijk te verschillen. In de studie van De Groot, Kennedy, Rodin en Mc Vey (1992) geeft 25% van 187 niet-residentiële eetstoornispatiënten aan in het verleden seksueel misbruikt te zijn. In de studie van Oppenheimer en collegae (1985) blijkt dit maar liefst 70% ($n = 89$). Uit een overzicht van de literatuur zou, globaal genomen, ongeveer 30% van de eetstoornispatiënten een verleden van seksueel misbruik kennen (Connors & Morse, 1993). Het voorkomen van fysieke mishandeling ligt in dezelfde lijn. In de studie van Fullerton, Wonderlich en Gosnell (1995) rapporteerde 25% van de eetstoornispatiënten ($n = 184$) een verleden van fysiek misbruik. In het onderzoek van Treuer, Koperdák, Rózsa en Füredi (2005) bleek dit zelfs 57% ($n = 63$). Deze hoge prevalenties doen een etiologische rol van misbruikervaringen in het ontstaan van eetstoornissen vermoeden, al dient men dit met de nodige terughoudendheid te bekijken gezien de correlatieve aard van de gegevens. Smolac en Murnen (2002) bestudeerden in een meta-analyse van 53 studies de sterkte en de consistentie van het verband tussen seksueel misbruik in de kindertijd en eetstoornissen. Er bleek, ondanks de grote methodologische verscheidenheid tussen de verschillende studies, een zwakke maar toch positieve relatie tussen beide te bestaan. De meeste reviewers komen tot de conclusie dat seksueel misbruik in de kindertijd als

een risicofactor in het ontstaan van eetstoornissen kan worden beschouwd (Thompson & Wonderlich, 2004; Wonderlich, Brewerton, Jolic, Dansky, & Abbott, 1997).

Eerder vroegen onderzoekers zich af of misbruik verband hield met een specifieke symptomatologie van eetstoornissen, meer dan met de overkoepelende diagnose. In het onderzoek van Nagata et al. (2001) in een Japanse populatie rapporteerde 22% van de anorexia-nervosapatiënten van het purgerende type ($n = 46$) en 18% van de boulimia-nervosapatiënten ($n = 76$) fysieke mishandeling in hun verleden. Geen van de patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve type ($n = 38$) gaf aan in haar jeugd fysiek te zijn mishandeld. Vergelijkbare frequenties werden gevonden in de Amerikaanse populatie, met respectievelijk 24% ($n = 34$), 19% ($n = 16$) en 0% ($n = 29$). Over het algemeen bevestigt onderzoek dat de prevalentie van trauma hoger ligt in de groep van personen met boulimische symptomen (eetbuien, braken en/of laxeren) dan bij 'zuivere vasters' (Dalle Grave, Oliosi, Todisco, & Bartocci, 1996a; Dalle Grave, Rigamonti, Todisco, & Oliosi 1996b; Favaro, Dalle Grave, & Santonastaso, 1998; Nagata, Kirike, Iketani, Kawarada, & Tanaka, 1999; Steiger & Zanko, 1990; Waller, 1991). Er is weinig duidelijkheid over hoe misbruikervaringen het basissymptoom van de eetstoornissen, namelijk een gestoorde lichaamsbeleving, beïnvloeden. Connors (2001) concludeert dat het hoofdeffect van het misbruik de negatieve lichaamsbeleving is. Ook uit het onderzoek van Treuer et al. (2005) bleek de lichaamsbeleving bij patiënten met een verleden van lichamelijke mishandeling significant ernstiger gestoord dan bij patiënten zonder traumaverleden. Lichamelijke mishandeling (92%) en seksueel misbruik (38%) werden het meest gerapporteerd door anorexia-nervosapatiënten van het 'gemengde type'. De lichaamsbeleving bleek ook binnen deze groep het meest gestoord.

Trauma, eetstoornissen en comorbiditeit

Eetstoornissen komen zelden als geïsoleerde problemen voor. Verscheidene studies wijzen op de comorbide psychopathologie in eetstoornispatiënten, zoals stemmingsstoornissen, angst, interpersoonlijke problemen, persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik. Anorexiapatiënten van het restrictieve type vertonen over het algemeen minder comorbide psychopathologie dan boulimia-nervosapatiënten en anorexiapatiënten van het gemengde type (Varner, 1999; Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004). Het voorkomen van trauma in het verleden van eetstoornispatiënten zou een indicator kunnen zijn voor comorbide symptomen en een ernstigere psychopathologie. Sullivan, Bulik, Carter en Joyce (1995) namen in een klinische populatie structurele interviews af bij 87 vrouwen met boulimia nervosa. Diegenen met een verleden van seksueel misbruik maakten in grotere mate melding van depressieve symptomen, suïcidepogingen en een slechter globaal functioneren dan degenen die niet waren misbruikt. Ook voldeden ze vaker aan de DSM-III-R-criteria van de bipolaire stoornis, alcohol- en drugsafhankelijkheid, gedragsstoornis en vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Trauma blijkt dus samen te hangen met een ernstigere comorbide psychopathologie, al blijft dit effect in sommige studies beperkt. Zo werd in de analyses van Favaro et al. (1998) binnen alle diagnostische groepen slechts één verschil gevonden bij de anorexiapatiënten. Hierbij scoorde de misbruikte groep hoger dan de niet-misbruikte groep op de SCL-90 schaal 'Angst'.

Trauma, eetstoornissen en dissociatie

In de jaren 90 van de vorige eeuw kwam er een stroom onderzoeken op gang waarbij verscheidene onderzoekers significant meer dissociatieve symptomen terugvonden bij een groep patiënten met een eetstoornis dan in een gezonde controlegroep (Covino, Jimerson, Wolfe, Franko, & Frankel, 1994; Demitrack, Putman, Brewerton, Brandt, & Gold, 1990; Vanderlinden, Vandereycken, Van Dyck, & Vertommen, 1993b). Soms bleek zelfs een duidelijk verband te bestaan met dissociatieve stoornissen (Dalle Grave et al., 1996b; McCallum, Lock, Kulla, Rorty, & Wetzel, 1992; Vanderlinden et al., 1993b). Meer specifiek bleken de dissociatieve verschijnselen voornamelijk voor te komen bij eetstoornispatiënten met boulimische kenmerken, wat tevens verband lijkt te houden met het voorkomen van traumatische ervaringen (Dalle Grave et al., 1996a; Dalle Grave et al., 1996b; Vanderlinden et al., 1993b). Brown, Russell, Thornton en Dunn (1999) onderzochten met behulp van de Finkelhor Sexual Life Events Inventory (SLEI) en de Dissociation Questionnaire (DIS-Q) in een Australische populatie van 38 residentiële en 79 ambulante eetstoornispatiënten het verband tussen traumatische ervaringen, dissociatie en eetstoornissen. Er werden significante verschillen in dissociatie vastgesteld tussen patiënten die ervaringen van seksueel misbruik meldden en patiënten zonder misbruikverleden, en dit op alle subschalen van de DIS-Q. Patiënten met een verleden van fysieke mishandeling verschilden enkel op de subschaal 'amnesie' van de niet-getraumatiseerde groep.

Trauma ruimer gedefinieerd

In vergelijking met seksueel misbruik kregen andere traumatische ervaringen beduidend minder aandacht in wetenschappelijk onderzoek. Rorty, Yager en Rossotto (1994) benadrukken het belang om trauma ruimer te definiëren en een breed scala aan belastende ervaringen in onderzoek te betrekken. Zo bleken in de studie van Kent, Waller en Dagan (1999) in een niet-klinische populatie van 236 vrouwen zowel seksueel misbruik, fysieke en emotionele mishandeling als verwaarlozing geassocieerd te zijn met gestoord eetgedrag. Echter, wanneer men de covariantie van de verscheidene soorten misbruik in overweging nam, bleek uit een regressieanalyse enkel emotionele mishandeling een significante voorspeller van de ongezonde eetattitudes. Men kan veronderstellen dat emotionele mishandeling indirect gelinkt is aan ongunstige gezinssituaties (Kent & Waller, 2000). In het onderzoek van Webster en Palmer (2000) rapporteerden boulimia-nervosapatiënten in vergelijking met patiënten uit controlegroepen een significant hogere mate van onverschilligheid bij hun ouders, intrafamiliale conflicten en verwaarlozing. De anorexiapatiënten van het 'gemengde type' rapporteerden daarbij ook een sterkere mate van afwijzing door hun ouders en een grotere mate van fysieke mishandeling. In een multivariate analyse van Fairburn, Welsh, Doll, Davies en Conner (1997) bleek er bij de boulimiagroep vaker sprake van alcoholisme en depressie bij de ouders. Tevens was er vaker kritiek van en ruzie met de ouders. In zijn proefschrift noemt Noordenbos (1988) parentificatie (een kind vervult ouderlijke functies ten opzichte van zijn ouders of broers/zussen), hoewel slechts weinig vermeld in de literatuur, een relevante belastende ervaring bij eetstoornispatiënten. Ook verlieservaringen (dood, scheiding, enzovoort) worden als betekenisvolle belastende ervaringen beschouwd (Serpell & Troop, 1996). Harned (2000) vond door middel van regressieanalyses een sterk verband tussen seksuele intimidatie (zoals herhaaldelijke seksistische opmerkingen, aangestaard worden,

ongewenste verzoeken tot seks) en lichaamsbeleving en eetstoornissen. Seksuele intimidatie bleef de meerderheid van deze symptomen voorspellen, zelfs wanneer er gecontroleerd werd voor seksueel en fysiek misbruik. Ook gepest worden omwille van uiterlijk blijkt een belangrijke risicofactor te zijn in de ontevredenheid over het eigen lichaam, zoals uit de covariantieanalyses van een prospectieve studie over drie jaar naar voren kwam (Thompson, Covert, Richards, Johnson, & Cattarin, 1995).

Conclusies en onderzoeksopzet

Afgaande op bovengenoemde bevindingen lijkt het zinnig om trauma ruimer te definiëren. In deze studie wordt het voorkomen van een brede waaier aan belastende ervaringen in het verleden en de relatie met verscheidene componenten van de eetstoornis (zoals lichaamsbeleving, eetbuien en purgeergedrag, psychologische kenmerken, enzovoort), comorbide psychopathologie en dissociatie bestudeerd binnen een grote groep eetstoornispatiënten. Op deze manier wordt de uniformiteit in definities van zowel de traumatische ervaringen als van de eetstoornissen in relatie tot al deze verscheidene variabelen gewaarborgd. Gezien de verschillen die eerder tussen deze groepen werden vastgesteld wat betreft het voorkomen van trauma (Dalle Grave et al., 1996a; Nagata et al., 1999), lichaamsbeleving (Sepúlveda, Botella, & León, 2002), comorbide psychopathologie (Varner, 1999) en dissociatie (Vanderlinden et al., 1993b) lijkt het ook relevant hierbij een vergelijking te maken tussen de diagnostische subcategorieën van de eetstoornis. Deze aspecten zijn bij patiënten met boulimische symptomen over het algemeen ernstiger verstoord dan bij eetstoornispatiënten met een louter restrictieve symptomatologie.

Het doel van dit onderzoek is driedelig. Eerst wordt er een descriptief overzicht gegeven van de prevalenties van de verschillende belastende ervaringen in de totale eetstoornispopulatie en binnen de diagnostische subgroepen. Een dergelijk uitgebreide beschrijving van traumatische ervaringen bij eetstoornispatiënten werd in eerder onderzoek niet gegeven. Vervolgens worden de resultaten geïnterpreteerd in het licht van de verschillen in klinische variabelen die er tussen de diagnostische groepen bestaan. Ten slotte worden (opnieuw binnen de totale onderzoeksgroep, alsmede binnen elke diagnostische categorie) de patiënten met en zonder traumatisch verleden met elkaar vergeleken op een aantal klinisch relevante aspecten van de eetstoornis, algemene psychopathologie en dissociatie.

Methodie

Deelnemers

De proefgroep bestaat uit 298 vrouwelijke patiënten die residentieel behandeld werden in het UC Sint-Jozef te Kortenberg voor een eetstoornis, gediagnosticeerd volgens de DSM-IV (APA, 1994). Van hen kreeg het grootste deel, te weten 46,6%, de diagnose van anorexia nervosa van het 'restrictieve type' (AN-R) ($n = 139$), 22,5% kreeg de diagnose anorexia nervosa van het 'gemengde type' (AN-G) ($n = 67$) en 30,9% de diagnose boulimia nervosa (BN) ($n = 92$).

Descriptieve gegevens

In tabel 1 *Vergelijking van descriptieve variabelen tussen de drie subgroepen van eetstoornispatiënten* wordt een aantal descriptieve gegevens van de onderzoekspopulaties voorgesteld. De gemiddelde leeftijd van de patiënten bedraagt 21 jaar. In de gehele proefgroep is 9,1% jonger dan 15 jaar, het grootste deel (47,7%) is tussen de 15 en 20 jaar, 22,5% tussen 20 en 25 jaar en de overige 20,8% is ouder dan 25 jaar. Univariate variantieanalyses (ANOVA, tabel 1) duiden significante leeftijdsverschillen aan tussen patiënten van de verschillende diagnostische subgroepen ($F(2) = 13.02$, $p < .001$). De eetstoornispatiënten hebben een gemiddelde BMI van 17. Maar liefst 77,5% van de deelnemers heeft bij opname een te lage BMI-waarde (< 20) en 5,7% een te hoge BMI-waarde (> 25). Bij 16,8% valt de BMI-waarde in de normale range. Zoals men zou verwachten, verschillen de gemiddelde BMI-waarden tussen de diagnostische subgroepen ($F(2) = 193.47$, $p < .001$). Voor opname bleek de eetstoornis gemiddeld over alle deelnemers reeds 3,8 jaar te bestaan. De ziekteduur bij de subgroepen met boulimisch-purgerende symptomatologie blijkt significant langer dan bij de restrictieve vastersgroep.

Tabel 1 **Vergelijking van descriptieve variabelen tussen de drie subgroepen van eetstoornispatiënten.**

	Totaal (n = 298)		AN-R (n = 139)		AN-G (n = 67)		BN (n = 92)		ANOVA F	Scheffé post- hoc test (p < .05)
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
Leeftijd	21.3	(6.4)	19.7	(5.8)	24.4	(8.7)	21.6	(4.3)	13.01***	AN-G&BN > AN-R
Lengte	165.5	(6.7)	164.8	(7.1)	165.3	(6.5)	166.6	(6.3)	1.92	ns.
Gewicht	47.0	(12.9)	39.4	(5.2)	43.3	(4.7)	61.0	(13.7)	177.89***	BN > AN-G > AN-R
BMI	17.1	(4.4)	14.5	(1.6)	15.9	(1.6)	22.0	(4.7)	193.47***	BN > AN-G > AN-R
Ziekte- duur	3.8	(3.8)	2.6	(2.8)	5.6	(5.4)	4.4	(3.1)	14.73***	AN-G & BN > AN-R

* = $p < .05$. ** = $p < .01$. *** = $p < .001$ AN-R: anorexia van het 'restrictieve type'; AN-G: anorexia nervosa van het 'gemengde type'; BN: boulimia nervosa

Demografische gegevens

De grote meerderheid van de deelnemers (70,7%) – en dat is logisch gezien de gemiddelde leeftijd – blijkt nog bij de ouders te wonen; 11,1% woont alleen, 13,5% bij een partner of echtgenoot en 4,7% heeft een andere woonplaats. Daarbij aansluitend geeft 10,5% aan gehuwd te zijn, 6,4% verloofd en 2% gescheiden. Zoals verwacht geeft de grootste groep aan niet gehuwd, noch verloofd te zijn (81,1%).

Met betrekking tot de beroepssituatie vinden we een vergelijkbaar patroon terug: 60,1% van de patiënten studeert nog, 8,4% werkt, 7,8% is werkzoekend en de overige 23,6% is met ziekteverlof. Uit X^2 -analyses blijkt er een significant verschil te zijn in woonsituatie ($X^2(6) = 29.6$, $p < .001$), burgerlijke staat ($X^2(6) = 22.0$, $p = .001$) en beroepssituatie ($X^2(6) = 16.9$, $p = .01$) tussen de diagnostische subgroepen van de eetstoornissen. Deze demografische verschillen kunnen echter toegeschreven worden aan de leeftijdsverschillen die er tussen de patiënten van de verschillende subgroepen bestaan.

Meetinstrumenten

De *Vragenlijst Belastende Ervaringen* (VBE) of *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) is een zelfrapportagevragenlijst, die de voorgeschiedenis van belastende ervaringen peilt. De VBE bevraagt 25 potentieel belastende ervaringen, waarbij de 10 eerste items ervaringen peilen, zoals 'gezinsbelasting', 'parentificatie' en 'overlijden van gezinslid'. In de 15 laatste items worden traumatische ervaringen uitgevraagd die weergegeven worden in vijf clusters: 'emotionele verwaarlozing', 'emotionele mishandeling', 'lichamelijke mishandeling', 'hinderlijke seksuele toenadering (niet uitmondend in seksueel contact)' en 'seksueel misbruik'. Bij ieder item dient de persoon aan te geven of hij/zij zo'n gebeurtenis ooit heeft meegemaakt en op welke leeftijd zich deze voordeed. Ten slotte wordt er gevraagd in welke mate de gebeurtenis belastend was voor de persoon (weergegeven op een Likert 5-puntsschaal). De psychometrische karakteristieken van de VBE werden in een eerste verkennende studie onderzocht en goed bevonden (Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002). De vragenlijst werd ondertussen uitgebreid met een aantal items (Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999). De gegevens van dit onderzoek berusten echter nog op de afname van de eerdere versie van de vragenlijst (Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1995). Het voorbeelditem 'gepest worden' draagt niet bij tot de totaalscore van de VBE, maar wordt door vele patiënten ($n = 150$) toch ingevuld en daarom ook betrokken in deze studie.

De *Eating Disorder Inventory* (EDI) is een universeel aangewend instrument dat de attitudes en psychologische kenmerken meet die vaak voorkomen bij eetstoornissen. De kernsymptomen van de eetstoornissen worden gemeten door de subschalen 'drive for thinness' (EDI-1), 'bulimia' (EDI-2) en 'body dissatisfaction' (EDI-3). De overige schalen omvatten aan eetstoornis verwante symptomen: 'ineffectiveness' (EDI-4), 'perfectionism' (EDI-5), 'interpersonal distrust' (EDI-6), 'interoceptive awareness' (EDI-7) en 'maturity fears' (EDI-8). De validiteit en betrouwbaarheid zijn bevredigend (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983).

De *Eating Disorder Evaluation Scale* (EDES) heeft als doel de specifieke symptomen alsmede de bredere psychosociale aspecten van de eetstoornis te onderzoeken en geeft een weergave van de ernst van de eetstoornis. Er worden vier subschalen onderscheiden: 'anorectische preoccupatie' (EDES-1), 'boulimisch gedrag' (EDES-2), 'seksualiteit' (EDES-3) en 'psychosociale aanpassing' (EDES-4). De scoring resulteert in een totaalscore van maximaal 90. Anders dan de andere vragenlijsten die in deze studie gebruikt worden, wijst een lagere score op meer pathologie. Bij een totaalscore van 55 vond men de hoogste sensitiviteit (93%) en specificiteit (96%) en kon dus de beste differentiatie gemaakt worden tussen een normale populatie en patiëntenpopulatie (Vandereycken, 1993).

De *Lichaamsattitude Vragenlijst* (LAV) of *Body Attitude Test* (BAT) meet de subjectieve lichaamsbeleving. Factoranalyses resulteerden in vier stabiele factoren: 'negatieve beleving van de lichaamsomvang' (LAV-1), 'gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam' (LAV-2), 'algemene ontevredenheid met het lichaam' (LAV-3) en een restfactor van de twee items. De items resulteren in een maximale totaalscore van 100. De cut-off score ligt op 36, met een sensitiviteit van 69% en een specificiteit van 75%. Onderzoek wees op de goede betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle, & Vanderlinden, 1995).

De *Symptom Checklist* (SCL-90, Nederlandstalige versie: Arrindell & Ettema, 1986) is een welbekend meetinstrument voor de screening van een brede waaier aan psychiatrische symptomen. Naast een weergave van algemeen psychisch en/of lichamelijk disfunctioneren, uitgedrukt in de totaalscore 'psychoneuroticisme', worden de klachten ondergebracht in de volgende klinisch relevante gebieden: 'angst' (SCL-1), 'agorafobie' (SCL-2), 'depressie' (SCL-3), 'somatische klachten' (SCL-4), 'insufficiëntie van denken en handelen' (SCL-5), 'wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit' (SCL-6), 'hostiliteit' (SCL-7) en 'slaapproblemen' (SCL-8). De betrouwbaarheid en validiteit van de SCL-90 zijn bevredigend.

De *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) meet een uitgebreid scale aan dissociatieve ervaringen. Factoranalyses onderscheiden vier subschalen: 'identiteitsverwarring en -fragmentatie' (DISQ-1), 'controleverlies' (DISQ-2), 'amnesie' (DISQ-3) en 'absorptie/verhoogde concentratie' (DISQ-4). De 64 items worden weergegeven in een totaalscore, waarbij een cut-off score van 2,5 een uitstekende sensitiviteit (91%) en specificiteit (97%) weergeeft in de differentiatie tussen patiënten met dissociatieve stoornissen en alle andere psychiatrische categorieën. De betrouwbaarheid, construct- en criteriumvaliditeit van de DIS-Q blijken goed tot zeer goed (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, & Verkes, 1993a).

Procedure

Dataverzameling

De eetstoornispatiënten kregen na 'informed consent' ongeveer een week na hun opname voorgaande vragenlijsten, die ze op vrijwillige basis konden invullen. De drop-out rate is verwaarloosbaar. Naast demografische variabelen werden door het multidisciplinaire team ook parameters zoals opnamegewicht, lengte en BMI verzameld. De patiënten werden op basis van een semi-gestructureerd interview, uitgevoerd door zowel de behandelende psychotherapeut als de arts, volgens de DSM-IV-criteria (APA, 1994) ingedeeld in drie diagnostische subgroepen. De patiënten met een atypische eetstoornis (NAO) werden wegens hun geringe aantal ($n = 13$) niet geïnccludeerd in dit onderzoek.

Definitie van trauma

In de definitie van trauma wordt de *Vragenlijst Belastende Ervingen* (VBE) gebruikt. Er werd, in navolging van onderzoekers die het belang van de subjectieve beleving in de definitie van de traumatische ervaring benadrukken (APA, 2000), voor gekozen de mate van belasting in het onderzoek te betrekken. De traumagroep omvat daarom patiënten die op ten minste één item van de VBE rapporteren dat er zich in hun leven een bepaalde traumatische gebeurtenis heeft voorgedaan (prevalentiescore = 1) én dat deze gebeurtenis hen in zekere mate heeft belast in hun leven (belastingsscore 3, 4 of 5). De non-traumagroep bestaat uit die patiënten die ofwel geen traumatische gebeurtenissen melden in hun leven (VBE-totaalscore = 0), ofwel enkel melding maken van gebeurtenissen waarvan ze amper hinder ondervonden (prevalentiescore = 1 én belastingsscore 1 of 2).

Statistische analyses

De statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van het statistisch verwerkingsprogramma *SPPS for Windows 11.0*. Eerst werd de procentuele verdeling

van de verscheidene belastende ervaringen, uitgevraagd in de VBE, over de verschillende diagnostische subgroepen met elkaar vergeleken. Hiervoor werd de Chi-kwadraattest ($p < .05$) toegepast, nadat de variabelen in kruistabellen waren geplaatst. Wanneer de Chi-kwadraattest verschillen aangaf tussen de drie groepen, werden er opnieuw – ditmaal paarsgewijs – Chi-kwadraattests uitgevoerd om te bepalen hoe de frequenties zich tussen de groepen onderling situeren. Met een univariate variantieanalyse (ANOVA) werd het verschil tussen de diagnostische groeperingen in het aantal gerapporteerde belastende ervaringen (op basis van de dimensionele totaalscore van de VBE) nagegaan. Door middel van post-hocvergelijkingen met de ‘Scheffé-test’ werd de differentiatie tussen de groepen onderling onderzocht ($p < .05$). Op dezelfde manier werden vervolgens de diagnostische groepen onderling vergeleken op de dimensionele schaalscores van de EDI, EDES, LAV, SCL-90 en DIS-Q. Ten slotte werd er, op basis van de totaalscore van de VBE, binnen de onderzoeksgroep een onderverdeling gemaakt tussen de patiënten die melding maken van traumatische ervaringen en degenen zonder traumaverleden. In een between subjects design werden beide groepen (eerst binnen de gehele onderzoeksgroep, nadien telkens binnen de diagnostische subgroep) met elkaar vergeleken op de klinisch relevante aspecten aan de eetstoornissen (EDI, EDES, LAV), algemene psychopathologie (SCL-90) en dissociatie (DIS-Q) aan de hand van een ‘Two Independent Sample T-test’. Daarbij werd trauma als onafhankelijke variabele beschouwd en de dimensionele schaal- en subschaalscores van de vragenlijsten als afhankelijke variabelen. Ten slotte werd ziekte duur als covariaat opgenomen in een ANCOVA-vergelijking tussen de trauma en non-traumagroep om na te gaan of de gevonden verschillen blijven bestaan.

Resultaten

Prevalentie van belastende ervaringen

Prevalentie van belastende ervaringen binnen de gehele onderzoekspopulatie

In tabel 2 *Procentuele verdeling van belastende ervaringen en de chi-kwadraatvergelijking tussen de verschillende diagnostische categorieën* wordt de prevalentie van belastende ervaringen weergegeven, op basis van de item- en clusterscores van de VBE. 71,8% Van de eetstoornispatiënten rapporteerde ten minste één belastende ervaring. Op clusterniveau werden ervaringen van emotionele verwaarlozing en/of emotionele mishandeling het meest gerapporteerd: eenderde van de deelnemers rapporteerde dergelijke traumatische ervaringen. Emotionele verwaarlozing bleek daarbij voornamelijk binnen het gezin voor te komen (21,7%). Ervaringen van emotionele mishandeling vonden ook in aanzienlijke mate plaats buiten de familie (20,1%). Ook lichamelijke mishandeling, het traumacluster dat door de patiënten het minst werd gerapporteerd (11,8%), werd vooral binnen het gezin gesitueerd. Belastende ervaringen met een seksuele component bleken daarentegen voornamelijk extrafamiliaal: 15% van de patiënten ervoeren seksuele intimidatie bij niet-familieleden, tegenover 2,4% in het gezin van herkomst. Voor seksueel misbruik vinden we een gelijkaardig patroon terug, waarbij 11,3% van de patiënten door niet-familieleden zei misbruikt te zijn. Incestervaringen werden daarentegen bij 2,7% van de patiënten gerapporteerd. Op itemniveau springt vooral het item ‘gepest worden’ in het oog. Dit voorbeelditem blijkt met een prevalentie van 42,0% de meest gerapporteerde belastende ervaring. Een kwart (25%) van de patiënten rapporteerde een aanzienlijke mate van gezinsbelasting, zoals alcohol- of middelenafhankelijkheid bij de ouders, psychiatrische problematiek

bij één of meer gezinsleden of armoede; 23,3% gaf aan in aanzienlijke mate belast te zijn door de aanwezigheid bij ernstig belastende ervaringen die anderen treffen.

Tabel 2 Procentuele verdeling van belastende ervaringen en de chi-kwadraatvergelijking tussen de verschillende diagnostische categorieën.

Belastende ervaringen (VBE)	Totaal (n = 298)	AN-R (n = 139)	AN-G (n = 67)	BN (n = 92)	X ²
	valid%	valid%	valid%	valid%	
(Gepest worden)	42.0	25.3	60.6	57.1	17.20***
Als kind zorg moeten dragen voor ouders en/of andere kinderen in het gezin	13.0	7.4	14.9	20.0	7.85*
Gezinsbelasting	25.0	22.8	21.2	31.1	2.65
Overlijden van gezinslid in kindertijd	7.9	5.2	12.3	8.8	3.20
Overlijden van eigen kind of partner	0.3	0.7	0	0	1.15
Oplopen van lichamelijk letsel	5.1	3.6	9.2	4.4	2.98
Levensbedreigende ervaringen door ziekte, operatie of ongeval	11.2	11.6	12.1	10.0	0.21
Bedreiging van uw leven door toedoen van een ander	5.1	3.6	7.2	5.6	1.44
Intense pijn	14.2	9.6	18.5	18.2	4.52
Oorlogssituaties	2.0	0.7	1.5	4.4	3.85
Aanwezig zijn bij ernstig belastende gebeurtenissen die anderen treffen	23.3	18.9	28.8	26.2	2.80
Emotionele verwaarlozing in gezin van herkomst	21.7	10.9	34.8	28.6	18.77***
Emotionele verwaarlozing door andere familieleden	11.5	7.9	13.6	25.6	3.50
Emotionele verwaarlozing door niet-familieleden	11.9	12.2	12.1	11.1	0.71
Emotionele mishandeling in gezin van herkomst	18.8	10.9	24.6	26.7	10.79**
Emotionele mishandeling door andere familieleden	8.1	3.6	14.9	10.0	8.41*
Emotionele mishandeling door niet-familieleden	20.1	16.5	29.9	18.2	5.17
Lichamelijke mishandeling in gezin van herkomst	8.5	5.0	10.6	12.4	4.22
Lichamelijke mishandeling door andere familieleden	0.7	0	3,0	0	6.88*
Lichamelijke mishandeling door niet-familieleden	4.8	4.3	7.6	3.3	1.61
Hinderlijke seksuele toenadering in gezin van herkomst	2.4	0.7	4.5	3.3	3.34
Hinderlijke seksuele toenadering door andere familieleden	5.5	2.2	15.2	3.4	15.66***
Hinderlijke seksuele toenadering door niet-familieleden	15.0	8.0	19.7	22.5	10.38**
Seksueel misbruik in gezin van herkomst	2.7	0	4.5	5.6	7.47*
Seksueel misbruik door andere familieleden	3.4	0.7	9.1	3.3	9.58**
Seksueel misbruik door niet-familieleden	11.3	6.5	23.4	10.2	12.70**
Andere belastende ervaringen	24.9	18.1	30.2	31.8	6.58*
Opvang ervaren?	53.8	44.6	59.6	63.1	7.80*
VBE totaal > 0	71.8	60.4	83.6	80.4	16.86***
Emotionele verwaarlozing	33.3	21.6	49.3	39.6	17.87***
Emotionele mishandeling	33.3	25.9	41.8	38.5	6.70*
Lichamelijke mishandeling	11.8	8.6	17.9	12.2	3.75
Hinderlijke seksuele toenadering	19.6	9.4	31.3	26.7	17.98***
Seksueel misbruik	14.8	7.2	28.4	16.5	16.34***

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$. N.B.: Wanneer de chi-kwadraattest significante verschillen tussen de onderzoeksgroepen aanduidt, worden aanvullend paarsgewijze chi-kwadraattests ($p < .05$) tussen de onderlinge groepen uitgevoerd. De procentuele frequenties die daarbij significant hoger liggen dan in de andere diagnostische groep(en) worden daarbij in het vet afgebeeld.

Prevalentie van belastende ervaringen binnen de diagnostische subgroepen

In navolging van eerder onderzoek werden er ook in deze studie significant meer traumatische ervaringen gemeld door de patiënten met boulimische symptomatologie (AN-G en BN) dan bij de 'zuivere vasters' (AN-R) ($F(2) = 10.74, p < .001$; zie tabel 2). 83,6% Van de AN-G-patiënten en 80,4% van de BN-patiënten rapporteerde ten minste één belastende ervaring in hun verleden, tegenover 60,4% van de AN-R-subgroep. De hoogste prevalenties vinden we, wat de traumaclusters betreft, telkens terug in de groep patiënten met anorexia nervosa van het 'gemengde type', met duidelijk significante verschillen ten opzichte van de traumaprevalenties binnen de restrictieve vastersgroep, maar niet ten opzichte van de boulimiapopulatie. Bijna de helft van de AN-G-subgroep rapporteerde het voorkomen van emotionele verwaarlozing (49,3%) of van emotionele mishandeling (41,8%). Binnen de AN-G-subgroep ligt de frequentie van hinderlijke seksuele toenadering (31,3%), maar vooral van seksueel misbruik (28,4%), duidelijk hoger dan in de andere groepen. Ook in de eerste tien items, die niet bijdragen aan een clusterscore, vinden we de hoogste prevalenties van belastende ervaringen terug bij patiënten met eetbui- en/of purgeergedrag. Er wordt een aantal trauma-items teruggevonden die goed differentiëren tussen de boulimische subgroepen en de restrictieve anorexiagroep, zoals pestervaringen of parentificatie. Een groot deel van de patiënten met eetbui- of purgeergedrag vulde de VBE aan met andere ervaringen waardoor ze in aanzienlijke mate werden belast. Opmerkelijk is dat minder dan de helft (46,2%) van de onderzoekspopulatie aangaf geen opvang te hebben ervaren na een belastende gebeurtenis. In de groep van anorexia-nervosapatiënten bleek er na een belastende ervaring minder opvang te zijn geboden dan in de andere onderzoeksgroepen.

Vergelijking van de drie diagnostische subgroepen in klinische variabelen

In het voorgaande bleek dat de anorexia-nervosapatiënten van het 'gemengde type' in de grootste mate belastende ervaringen in het verleden rapporteren, gevolgd door de boulimiagroep. Zoals op basis van tabel 3 *Vergelijking van klinische variabelen tussen de drie diagnostische subgroepen van eetstoornispatiënten* kan worden opgemerkt, wordt er bij deze patiënten ook meer psychopathologie teruggevonden dan bij de restrictieve-anorexiapatiënten. De EDES-totaalscore suggereert een grotere ernst van de eetstoornis bij patiënten van de AN-G-groep dan in de andere diagnostische groepen. Deze patiënten rapporteerden voornamelijk meer gestoorde, aan eetstoornis verwante symptomen (zoals perfectionisme, gevoelens van ineffectiviteit) en een grotere comorbiditeit dan de restrictieve-anorexiapatiënten. Aan de andere kant blijken bij de boulimiapatiënten voornamelijk de kernsymptomen van de eetstoornissen (zoals een gestoorde lichaamsbeleving, boulimie, 'drive for thinness') ernstiger in vergelijking met de zuivere-vastersgroep. Beide groepen met een boulimische symptomatologie rapporteerden meer dissociatieve ervaringen dan de AN-R groep, voornamelijk ervaringen van controleverlies en amnesie.

Tabel 3 Vergelijking van klinische variabelen tussen de drie diagnostische subgroepen van eetstoornispatiënten.

	Totaal (n = 214)		AN-R (n = 139)		AN-G (n = 67)		BN (n = 92)		ANOVA F	Scheffé post- hoc test (p < .05)
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
EDI totaal	79.1	(33.3)	68.3	(31.5)	88.1	(32.3)	88.7	(32.3)	14.62***	AN-G & BN > AN-R
EDI-1	13.1	(6.7)	11.9	(7.2)	13.9	(6.5)	14.2	(5.8)	4.07*	BN > AN-R
EDI-2	4.7	(6.2)	0.6	(1.2)	5.2	(5.7)	10.7	(6.0)	150.46***	BN > AN-G > AN-R
EDI-3	15.5	(7.7)	13.8	(7.1)	16.4	(7.7)	17.3	(8.2)	6.42**	BN > AN-R
EDI-4	13.7	(7.4)	12.7	(7.2)	15.8	(7.3)	13.6	(7.5)	4.14*	AN-G > AN-R
EDI-5	7.2	(4.6)	6.4	(4.4)	8.6	(5.0)	7.4	(4.3)	5.52**	AN-G > AN-R
EDI-6	6.9	(4.8)	6.3	(4.8)	8.6	(4.7)	6.4	(4.6)	5.64**	AN-G > AN-R & BN
EDI-7	10.6	(6.5)	9.3	(6.4)	12.1	(6.4)	11.5	(6.2)	5.78**	AN-G & BN > AN-R
EDI-8	7.4	(5.7)	7.5	(5.5)	7.5	(6.0)	7.0	(5.8)	0.22	ns.
EDES totaal	37.8	(10.3)	39.3	(8.8)	33.4	(11.1)	38.9	(10.8)	8.59***	AN-R & BN > AN-G
EDES-1	6.4	(4.8)	4.6	(4.0)	5.8	(4.2)	9.7	(4.6)	40.38***	BN > AN-R & AN-G
EDES-2	12.0	(5.5)	16.4	(2.7)	8.9	(4.7)	7.6	(4.0)	188.38***	AN-R > AN-G & BN
EDES-3	7.0	(5.1)	4.9	(4.2)	6.5	(4.5)	10.7	(4.7)	45.38***	BN > AN-R & AN-G
EDES-4	12.5	(4.9)	13.4	(4.8)	12.4	(5.2)	11.1	(4.4)	6.57**	AN-R > BN
LAV totaal	57.2	(19.8)	53.1	(19.2)	59.0	(18.8)	62.1	(20.4)	6.15**	BN > AN-R
LAV-1	18.0	(9.6)	14.9	(9.2)	19.1	(8.9)	21.8	(9.4)	16.11***	AN-G & BN > AN-R
LAV-2	18.7	(7.3)	18.2	(7.7)	19.4	(7.1)	18.9	(7.0)	0.71	ns.
LAV-3	13.7	(4.4)	13.4	(3.9)	13.8	(4.5)	13.9	(5.0)	0.39	ns.
SCL-90 totaal	238.8	(64.2)	229.1	(66.6)	254.6	(65.3)	241.9	(57.5)	3.77*	AN-G > AN-R
SCL-1	25.5	(8.9)	24.3	(9.3)	26.4	(8.7)	26.5	(8.4)	2.27	ns.
SCL-2	13.8	(6.5)	13.0	(6.4)	15.1	(7.3)	14.0	(5.7)	2.33	ns.
SCL-3	51.5	(14.2)	49.8	(15.2)	55.0	(13.1)	51.3	(13.0)	3.05*	AN-G > AN-R
SCL-4	28.4	(9.8)	27.2	(9.9)	30.0	(9.8)	29.1	(9.5)	2.06	ns.
SCL-5	24.6	(8.3)	24.1	(8.8)	25.2	(8.4)	24.9	(7.6)	0.49	ns.
SCL-6	50.0	(14.5)	47.6	(15.1)	53.6	(13.6)	51.0	(13.7)	4.14*	AN-G > AN-R
SCL-7	12.3	(4.6)	11.9	(4.8)	12.9	(5.1)	12.3	(3.8)	1.19	ns.
SCL-8	9.1	(3.9)	9.3	(4.3)	9.7	(3.6)	8.2	(3.4)	3.56*	AN-G > BN
DISQ totaal	2.3	(0.6)	2.2	(0.6)	2.4	(0.7)	2.4	(0.6)	6.02**	AN-G & BN > AN-R
DISQ-1	2.4	(0.8)	2.3	(0.8)	2.6	(0.9)	2.5	(0.8)	2.67	ns.
DISQ-2	2.5	(0.7)	2.2	(0.6)	2.6	(0.7)	2.8	(0.6)	19.7***	AN-G & BN > AN-R
DISQ-3	1.7	(0.6)	1.5	(0.5)	1.8	(0.7)	1.8	(0.6)	6.78***	AN-G & BN > AN-R
DISQ-4	2.6	(0.8)	2.6	(0.8)	2.6	(0.7)	2.6	(0.7)	0.16	ns.

* = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001 EDI-1 = drive for thinness, EDI-2 = bulimia, EDI-3 = body dissatisfaction, EDI-4 = ineffectiveness, EDI-5 = perfectionism, EDI-6 = interpersonal distrust, EDI-7 = interoceptive awareness, EDI-8 = maturity fears 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 SCL-90 totaal = psychoneuroticisme, SCL-1 = angst, SCL-2 = agorafobie, SCL-3 = depressie, SCL-4 = somatische klachten, SCL-5 = insufficiëntie van denken en handelen, SCL-6 = interpersoonlijke sensitiviteit, SCL-7 = hostiliteit, SCL-8 = slaapproblemen DISQ-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie, DISQ-2 = controleverlies, DISQ-3 = amnesie, DISQ-4 = absorptie. N.B.: Hoe lager de scores op de EDES, des te ernstiger de pathologie.

Trauma en eetstoornissen, algemene psychopathologie en dissociatie

Trauma en eetstoornissen in de gehele onderzoekspopulatie

Vanuit de vergelijking van patiënten mét en zonder traumatische ervaringen in hun verleden komt overduidelijk naar voren dat de traumagroep bij opname over de hele lijn meer psychopathologie vertoont dan de non-traumagroep (zie tabel 4 *Verschillen tussen de non-trauma- en de traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie binnen de gehele populatie eetstoornispatiënten*). Independent Sample T-tests tonen hoogsignificante verschillen aan in bijna alle klinisch relevante aspecten van de eetstoornis. Enkel de angst voor volwassenheid (EDI-8), de anorectische preoccupatie (EDES-1) en de houding ten aanzien van seksualiteit (EDES-3) verschillen niet significant tussen de patiënten van beide groepen. Patiënten met een verleden van belastende ervaringen rapporteerden, zoals verwacht, een meer gestoorde lichaamsbeleving, meer lichamelijke en/of psychische klachten en een hogere mate van dissociatie dan de niet-getraumatiseerde groep.

Tabel 4 Verschillen tussen de non-trauma- en de traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie binnen de gehele populatie eetstoornispatiënten.

Gehele onderzoekpopulatie (n = 298)					
	Non-trauma (n = 84)		Trauma (n = 214)		T-toets
	M	(SD)	M	(SD)	
EDI totaal	64.7	(33.8)	84.7	(31.5)	4.80***
EDI-1	10.8	(6.9)	14.0	(6.4)	3.66***
EDI-2	2.8	(5.0)	5.5	(6.4)	3.78***
EDI-3	13.5	(7.9)	16.2	(7.5)	2.72**
EDI-4	11.0	(7.4)	14.7	(7.2)	3.89***
EDI-5	5.4	(4.4)	7.9	(4.4)	4.33***
EDI-6	6.0	(4.4)	7.2	(4.9)	2.07*
EDI-7	8.5	(5.9)	11.4	(6.5)	3.56***
EDI-8	6.6	(5.3)	7.6	(5.8)	1.40
EDES totaal	41.6	(11.1)	36.4	(9.5)	4.00***
EDES-1	6.7	(5.1)	6.4	(4.6)	0.47
EDES-2	13.9	(5.4)	11.2	(5.4)	3.89***
EDES-3	6.4	(5.3)	7.3	(4.9)	1.31
EDES-4	14.6	(4.4)	11.6	(4.8)	4.94***
LAV totaal	50.8	(20.5)	59.7	(19.0)	3.57***
LAV-1	15.0	(9.7)	19.2	(9.4)	3.48***
LAV-2	16.6	(8.2)	19.5	(6.8)	2.89**
LAV-3	12.8	(4.2)	14.0	(4.4)	2.02*
SCL-90 totaal	207.5	(68.4)	251.2	(58.2)	5.14***
SCL-1	21.7	(9.0)	26.9	(8.5)	4.71***
SCL-2	12.1	(6.2)	14.5	(6.5)	2.86**
SCL-3	45.2	(15.9)	53.9	(12.7)	4.47***
SCL-4	24.6	(9.9)	29.9	(9.3)	4.38***
SCL-5	21.3	(8.3)	25.9	(8.0)	4.38***
SCL-6	43.9	(15.0)	52.4	(13.6)	4.67***
SCL-7	10.9	(4.2)	12.8	(4.6)	3.36***
SCL-8	8.1	(4.0)	9.4	(3.8)	2.59**
DISQ totaal	2.0	(0.6)	2.4	(0.6)	5.25***
DISQ-1	2.1	(0.8)	2.6	(0.8)	4.76***
DISQ-2	2.2	(0.7)	2.6	(0.6)	4.68***
DISQ-3	1.5	(0.5)	1.7	(0.6)	3.48***
DISQ-4	2.3	(0.8)	2.7	(0.7)	3.61***

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ EDI-1 = drive for thinness, EDI-2 = bulimia, EDI-3 = body dissatisfaction, EDI-4 = ineffectiveness, EDI-5 = perfectionism, EDI-6 = interpersonal distrust, EDI-7 = interoceptive awareness, EDI-8 = maturity fears. 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 vertrouwdeheid met eigen lichaam, LAV-3 = algemene ontevredenheid met het lichaam SCL-90 totaal = psychoneuroticisme, SCL-1 = angst, SCL-2 = agorafobie, SCL-3 = depressie, SCL-4 = somatische klachten, SCL-5 = insufficiëntie van denken en handelen, SCL-6 = interpersoonlijke sensitiviteit, SCL-7 = hostiliteit, SCL-8 = slaapproblemen DISQ-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie, DISQ-2 = controleverlies, DISQ-3 = amnesie, DISQ-4 = absorptie. N.B.: Hoe lager de scores op de EDES, des te ernstiger de pathologie.

Ook werden trauma- en non-traumagroep vergeleken op een aantal descriptieve variabelen. De patiënten die traumatische ervaringen rapporteerden ($M = 21.9$, $SD = 6.7$) waren gemiddeld een tweetal jaar ouder dan de patiënten zonder traumaverleden

($M = 19.6$, $SD = 5.3$) ($t(190.6) = -3.15$, $p < .01$). Hun BMI lag gemiddeld hoger ($M = 17.4$, $SD = 4.3$) dan in de non-traumagroep ($M = 16.3$, $SD = 4.4$) ($t(296) = -2.09$, $p < .05$). Belangrijk is dat ze tevens een langere ziekteduur ($M = 4.3$, $SD = 4.1$) hadden ($M = 2.5$, $SD = 2.5$). Echter, wanneer ziekteduur als covariaat in de vergelijking tussen trauma- en non-traumagroepen wordt opgenomen, blijven nagenoeg alle significante verschillen bestaan.

Het lijkt nuttig om de invloed van traumatische ervaringen op deze variabelen binnen elke diagnostische subgroep afzonderlijk na te gaan. De diagnostische groepen verschillen onderling immers op bijna alle metingen van de klinisch relevante eetstoornisaspecten, algemene psychopathologie en dissociatie, maar ook in traumarapportage.

Trauma en eetstoornissen in de AN-R diagnostische subgroep

Ook binnen de restrictieve-anorexiagroep vinden we significante verschillen tussen de patiënten *met* en *zonder* traumaverleden; het meest uitgesproken in de klachtenrapportage op de SCL-90, zoals weergegeven in tabel 5 *Verschillen tussen de traumagroep en non-traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie bij patiënten met AN-R*. De traumagroep scoort op alle klachtendomeinen significant hoger dan de non-traumagroep. Een vergelijkbaar patroon vinden we terug in de metingen van lichaamsbeleving (LAV; EDI: 'body dissatisfaction', 'drive for thinness'). Verder gaven de anorexiapatiënten die belastende ervaringen rapporteerden meer gevoelens van ineffectiviteit en perfectionisme aan. Bovendien hadden ze minder vertrouwen in het beoordelen van hun honger- en verzadigingsgevoel en stonden ze negatiever tegenover het volwassen worden dan de niet-getraumatiseerde AN-R-patiënten. De EDES-totaalscore suggereert een grotere ernst van de eetstoornis bij de traumagroep, voornamelijk wat de psychosociale aanpassing van deze patiënten betreft. Ook de rapportage van dissociatieve ervaringen ligt hoger in de traumagroep, met name in het voorkomen van identiteitsverwarring, controleverlies en verhoogde concentratie. Opmerkelijk is dat er geen verschillen werden gevonden in de rapportage van amnesie, wat nochtans als het meest traumaspecifieke kenmerk van dissociatie wordt beschouwd.

Er werden binnen de AN-R-groep geen significante verschillen teruggevonden tussen de trauma en non-traumagroep wat betreft leeftijd, BMI-waarden of ziekteduur.

Tabel 5 Verschillen tussen de traumagroep en non-traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie bij patiënten met AN-R.

	AN-R (n = 139)				T-test
	Non-trauma (n = 55)		Trauma (n = 84)		
	M	(SD)	M	(SD)	
EDI totaal	58.2	(31.1)	74.9	(30.1)	3.13**
EDI-1	10.0	(7.1)	13.1	(7.0)	2.42*
EDI-2	0.4	(1.0)	0.7	(1.3)	1.66
EDI-3	12.0	(7.0)	15.0	(6.9)	2.47*
EDI-4	10.7	(7.2)	14.0	(7.0)	2.67**
EDI-5	5.2	(4.2)	7.1	(4.3)	2.51*
EDI-6	5.9	(4.6)	6.6	(4.9)	0.86
EDI-7	7.9	(5.9)	10.2	(6.6)	2.15*
EDI-8	6.2	(4.7)	8.4	(5.8)	2.44*
EDES totaal	41.2	(9.7)	38.1	(8.0)	.05*
EDES-1	5.1	(4.8)	4.3	(3.5)	1.05
EDES-2	16.7	(3.0)	16.1	(2.4)	1.12
EDES-3	4.5	(4.3)	5.2	(4.2)	0.95
EDES-4	15.0	(4.0)	12.4	(5.0)	3.14**
LAV totaal	47.9	(19.1)	56.5	(18.6)	2.63**
LAV-1	12.6	(9.1)	16.4	(9.0)	2.41*
LAV-2	16.5	(8.5)	19.2	(7.0)	2.04*
LAV-3	12.5	(4.0)	14.0	(3.7)	2.18*
SCL-90 totaal	202.1	(68.8)	246.7	(59.1)	4.04***
SCL-1	21.4	(8.9)	26.1	(9.1)	2.98**
SCL-2	11.6	(5.5)	13.9	(6.8)	2.07*
SCL-3	44.6	(16.6)	53.2	(13.3)	3.21**
SCL-4	23.9	(9.7)	29.4	(9.4)	3.33***
SCL-5	21.6	(8.7)	25.7	(8.5)	2.71**
SCL-6	42.2	(15.0)	51.2	(14.2)	3.54***
SCL-7	10.3	(3.8)	12.9	(5.1)	3.36***
SCL-8	8.2	(4.3)	10.0	(4.2)	2.38*
DISQ totaal	2.0	(0.6)	2.3	(0.6)	2.66**
DISQ-1	2.1	(0.9)	2.5	(0.8)	2.49*
DISQ-2	2.1	(0.7)	2.3	(0.6)	2.30*
DISQ-3	1.5	(0.5)	1.6	(0.5)	1.06
DISQ-4	2.4	(0.8)	2.7	(0.7)	2.31*

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ | EDI-1 = drive for thinness, EDI-2 = bulimia, EDI-3 = body dissatisfaction, EDI-4 = ineffectiveness, EDI-5 = perfectionism, EDI-6 = interpersonal distrust, EDI-7 = interoceptive awareness, EDI-8 = maturity fears | 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 vertrouwen met eigen lichaam, LAV-3 = algemene ontevredenheid met het lichaam | SCL-90 totaal = psychoneuroticisme, SCL-1 = angst, SCL-2 = agorafobie, SCL-3 = depressie, SCL-4 = somatische klachten, SCL-5 = insufficiëntie van denken en handelen, SCL-6 = interpersoonlijke sensitiviteit, SCL-7 = hostiliteit, SCL-8 = slaapproblemen | DISQ-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie, DISQ-2 = controleverlies, DISQ-3 = amnesie, DISQ-4 = absorptie. N.B.: Hoe lager de scores op de EDES, des te ernstiger de pathologie.

Trauma en eetstoornissen in de AN-G diagnostische subgroep

In tabel 6 *Verschillen tussen de traumagroep en non-traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie bij patiënten met AN-G*

worden de hoogste significanties uit de vergelijking van traumagroep en non-traumagroep van patiënten met anorexia nervosa van het gemengde type teruggevonden in de rapportage van dissociatieve ervaringen. De gemiddelde waarde van deze groep bevindt zich zelfs op de cut-offscore van pathologische dissociatie ($M = 2.5$, $SD = 0.6$). De traumagroep van de anorexiapatiënten van het gemengde type rapporteerde een grotere ernst van de eetstoornis en meer psychopathologie dan de non-traumagroep. Ze maakten meer melding van angst en somatische klachten, en daarnaast van slaapproblemen, depressie en insufficiëntie in denken en handelen. Opvallend is wel dat er geen significante verschillen in lichaamsbeleving en kernsymptomen (EDI) werden vastgesteld tussen beide groepen. Ook opmerkelijk is dat het voorkomen van trauma de ernst van de boulimische symptomen (EDI-2: bulimia; EDES-2: boulimisch gedrag) weinig lijkt te beïnvloeden.

Het leeftijdsverschil tussen beide AN-G-groepen was groot. Patiënten met een belastend verleden waren gemiddeld 6 jaar ouder ($M = 25.4$, $SD = 9.1$) dan die zonder dergelijk verleden ($M = 19.2$, $SD = 4.1$) ($t(33.1) = -3.59$, $p < .001$). Daarbij kenden ze een langere ziekteduur ($M = 6.0$, $SD = 5.9$) dan de andere groep ($M = 3.7$, $SD = 1.8$) ($t(47.3) = -2.22$, $p < .05$). In BMI-waarden werd er geen significant verschil vastgesteld.

Tabel 6 Verschillen tussen de traumagroep en non-traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie bij patiënten met AN-G.

	AN-G (n = 67)				T-test
	Non-trauma (n = 11)		Trauma (n = 56)		
	M	(SD)	M	(SD)	
EDI totaal	68.7	(39.0)	91.9	(29.8)	2.24*
EDI-1	11.2	(7.2)	14.5	(6.3)	1.54
EDI-2	5.0	(5.4)	5.2	(5.8)	0.12
EDI-3	13.6	(9.5)	17.0	(7.3)	1.32
EDI-4	12.5	(8.4)	16.5	(7.0)	1.65
EDI-5	5.4	(6.0)	9.2	(4.6)	2.39*
EDI-6	6.7	(3.0)	8.9	(4.9)	1.96
EDI-7	8.4	(6.1)	12.9	(6.2)	2.21*
EDI-8	5.9	(4.4)	7.8	(6.3)	0.96
EDES totaal	43.3	(13.2)	31.5	(9.7)	3.48***
EDES-1	9.3	(5.5)	5.1	(3.6)	3.20***
EDES-2	10.2	(4.9)	8.7	(4.7)	0.97
EDES-3	7.3	(4.8)	6.4	(4.5)	0.58
EDES-4	16.5	(4.3)	11.5	(4.9)	3.13***
LAV totaal	50.1	(26.6)	60.8	(16.6)	1.29
LAV-1	16.5	(10.6)	19.6	(8.6)	1.04
LAV-2	15.5	(8.7)	20.2	(6.5)	2.10*
LAV-3	11.8	(5.6)	14.2	(4.2)	1.60
SCL-90 totaal	203.9	(77.1)	264.6	(58.5)	2.98***
SCL-1	17.9	(6.3)	28.1	(8.1)	3.93***
SCL-2	12.8	(10.4)	15.5	(6.6)	1.12
SCL-3	43.5	(17.7)	57.3	(10.9)	2.50*
SCL-4	23.2	(9.1)	31.3	(9.5)	2.63*
SCL-5	19.1	(9.0)	26.4	(7.8)	2.78***
SCL-6	46.6	(16.4)	54.9	(12.7)	1.88
SCL-7	12.3	(6.1)	13.1	(4.9)	0.46
SCL-8	7.3	(3.9)	10.2	(3.4)	2.60*
DISQ totaal	1.8	(0.5)	2.5	(0.6)	3.5***
DISQ-1	1.8	(0.5)	2.7	(0.9)	4.90***
DISQ-2	2.1	(0.7)	2.7	(0.7)	2.64***
DISQ-3	1.3	(0.3)	1.9	(0.7)	4.67***
DISQ-4	2.3	(1.0)	2.7	(0.7)	1.09

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ | EDI-1 = drive for thinness, EDI-2 = bulimia, EDI-3 = body dissatisfaction, EDI-4 = ineffectiveness, EDI-5 = perfectionism, EDI-6 = interpersonal distrust, EDI-7 = interoceptive awareness, EDI-8 = maturity fears | 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 vertrouwdeheid met eigen lichaam, LAV-3 = algemene ontevredenheid met het lichaam | SCL-90 totaal = psychoneuroticisme, SCL-1 = angst, SCL-2 = agorafobie, SCL-3 = depressie, SCL-4 = somatische klachten, SCL-5 = insufficiëntie van denken en handelen, SCL-6 = interpersoonlijke sensitiviteit, SCL-7 = hostiliteit, SCL-8 = slaapproblemen | DISQ-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie, DISQ-2 = controleverlies, DISQ-3 = amnesie, DISQ-4 = absorptie. N.B.: Hoe lager de scores op de EDES, des te ernstiger de pathologie.

Trauma en eetstoornissen in de BN diagnostische subgroep

Opmerkelijk en tegen de verwachtingen in duiden t-tests binnen de groep patiënten met boulimia nervosa amper significante verschillen aan tussen de traumagroep en

non-traumagroep, zoals men kan nagaan in tabel 7 *Verschillen tussen de traumagroep en non-traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie bij patiënten met BN*. Hoewel de patiënten met een belastend verleden telkens meer pathologische scores rapporteerden dan degenen zonder dergelijk verleden, werden er geen significante verschillen gevonden in de klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen (zoals boulimisch gedrag) of lichaamsbeleving. Wel kan er een differentiatie worden gemaakt in trauma en non-traumagroep voor de rapportage van dissociatieve ervaringen, voornamelijk in 'absorptie/verhoogde concentratie'. Net zoals bij de AN-G-patiënten bereikt het gemiddelde van de BN-traumagroep de cut-offscore van de DIS-Q voor pathologische dissociatie ($M = 2.5$, $SD = 0.5$). Ten slotte gaven patiënten met een belastend verleden ook meer insufficiëntiegevoelens aan in denken en handelen ($t(87) = -2.06$, $p < .05$).

Belangrijk is dat er ook in deze onderzoeksgroep een significant verschil in ziekte duur werd vastgesteld ($t(35.4) = -3.29$, $p < .01$). De traumagroep rapporteerde hierbij een langere ziekte duur ($M = 4.3$, $SD = 4.1$) dan de non-traumagroep ($M = 2.5$, $SD = 2.5$). De t-tests duiden geen significante groepsverschillen aan voor de leeftijd of BMI-waarde van de BN-patiënten.

Tabel 7 Verschillen tussen de traumagroep en non-traumagroep in klinisch relevante aspecten van de eetstoornissen, psychopathologie en dissociatie bij patiënten met BN.

	BN (n = 92)				T-test
	Non-trauma (n = 18)		Trauma (n = 74)		
	M	(SD)	M	(SD)	
EDI totaal	81.8	(33.9)	90.4	(31.9)	1.02
EDI-1	12.9	(6.1)	14.6	(5.7)	1.10
EDI-2	8.9	(6.2)	11.1	(5.9)	1.41
EDI-3	18.1	(8.0)	17.0	(8.2)	0.50
EDI-4	11.2	(7.6)	14.2	(7.5)	1.50
EDI-5	5.9	(4.2)	7.8	(4.3)	1.65
EDI-6	5.7	(4.6)	6.6	(4.6)	0.80
EDI-7	10.6	(5.9)	11.7	(6.3)	0.66
EDI-8	8.4	(7.0)	6.7	(5.5)	1.10
EDES totaal	41.6	(14.0)	38.2	(9.9)	0.95
EDES-1	9.8	(4.0)	9.7	(4.7)	0.05
EDES-2	7.9	(5.0)	7.5	(3.7)	0.40
EDES-3	11.7	(4.9)	10.4	(4.6)	1.04
EDES-4	12.3	(4.7)	10.8	(4.3)	1.37
LAV totaal	59.9	(19.0)	62.6	(20.8)	0.50
LAV-1	20.9	(8.5)	22.0	(9.6)	0.44
LAV-2	17.4	(7.3)	19.3	(6.9)	1.03
LAV-3	14.3	(3.6)	13.8	(5.3)	0.40
SCL-90 totaal	225.8	(61.8)	246.0	(56.0)	1.34
SCL-1	24.8	(9.9)	27.0	(7.9)	1.00
SCL-2	12.9	(5.0)	14.2	(5.9)	0.84
SCL-3	48.2	(12.5)	52.2	(13.1)	1.17
SCL-4	27.4	(11.1)	29.5	(9.1)	0.81
SCL-5	21.7	(6.4)	25.7	(7.6)	2.06*
SCL-6	47.5	(14.0)	51.9	(13.6)	1.22
SCL-7	11.6	(4.1)	12.5	(3.8)	0.98
SCL-8	8.3	(3.0)	8.1	(3.5)	0.21
DISQ totaal	2.1	(0.6)	2.5	(0.5)	2.20*
DISQ-1	2.2	(0.8)	2.6	(0.8)	1.92°
DISQ-2	2.6	(0.7)	2.8	(0.6)	1.48
DISQ-3	1.7	(0.6)	1.8	(0.6)	1.00
DISQ-4	2.1	(0.6)	2.7	(0.7)	3.47***

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$ | EDI-1 = drive for thinness, EDI-2 = bulimia, EDI-3 = body dissatisfaction, EDI-4 = ineffectiveness, EDI-5 = perfectionism, EDI-6 = interpersonal distrust, EDI-7 = interoceptive awareness, EDI-8 = maturity fears; 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 vertrouwen met eigen lichaam, LAV-3 = algemene ontevredenheid met het lichaam; SCL-90 totaal = psychoneuroticisme, SCL-1 = angst, SCL-2 = agorafobie, SCL-3 = depressie, SCL-4 = somatische klachten, SCL-5 = insufficiëntie van denken en handelen, SCL-6 = interpersoonlijke sensitiviteit, SCL-7 = hostiliteit, SCL-8 = slaapproblemen; DISQ-1 = identiteitsverwarring en -fragmentatie, DISQ-2 = controleverlies, DISQ-3 = amnesie, DISQ-4 = absorptie. N.B.: Hoe lager de scores op de EDES, des te ernstiger de pathologie

Discussie

Prevalentie van traumatische ervaringen

In dit onderzoek ligt de prevalentie van traumatische ervaringen binnen de gehele onderzoeksgroep opmerkelijk hoog. De overgrote meerderheid van de eetstoornispatiënten (71,8%) rapporteert ten minste één traumatische ervaring in haar leven. Dit percentage ligt aanzienlijk hoger dan in de algemene populatie, waarbij hoogstens 50% van de vrouwen ten minste één traumatische ervaring in haar leven rapporteert (Creamer et al., 2005). Deze hoge traumaprevalentie is mogelijk deels te verklaren door een ruimere definiëring van trauma. Eerder onderzoek benadrukte immers de relevantie om een bredere waaier aan belastende ervaringen op te nemen in traumaonderzoek bij eetstoornispatiënten (Kent et al., 1999; Kent & Waller, 2000; Rorty et al., 1994). Huidige resultaten lijken dat uitgangspunt te ondersteunen. Immers, dergelijke 'emotionele' traumatische ervaringen worden het meest gerapporteerd binnen de onderzoekspopulatie. Zo maakt bijna de helft van de anorexiapatiënten van het 'mengtype' melding van ervaringen van emotionele mishandeling of verwaarlozing, overwegend binnen het gezin. Ook bij boulimiepatiënten situeren traumatische ervaringen zich eerder binnen het gezin, met een hogere rapportage van gezinsbelasting en parentificatie dan de andere subgroepen. Dit bevestigt eerder onderzoek waarin de meer ongunstige gezinssituaties bij patiënten met boulimisch-purgerende kenmerken belicht werden (Kent & Waller, 2000; Webster & Palmer, 2000). Ook pestervaringen blijken prominent aanwezig in de geschiedenis van eetstoornispatiënten. Het voorkomen van seksueel misbruik en fysieke mishandeling is in de huidige studie echter lager dan in ander onderzoek (o.a. Connors & Morse, 1993; Fullerton et al., 1995). Dit is mogelijk te wijten aan het grote aantal 'zuivere' anorexiapatiënten in de onderzoeksgroep, die in het algemeen minder melding maken van traumatische ervaringen dan de patiënten met een boulimisch-purgerende symptomatologie. Zo werden ook in deze studie de hoogste traumarapportages teruggevonden in de 'gemengde' anorexiagroep, gevolgd door de boulimiagroep. Opmerkelijk is dat onze data tevens een grotere ernst van de eetstoornis suggereren binnen deze groepen. Ze kennen een langere ziekteduur vóór opname, een negatievere lichaamsbeleving en meer comorbiditeit en dissociatieve ervaringen in vergelijking met de 'zuivere-vastersgroep'. Boulimische gedragingen zouden immers kunnen worden gezien als een manier om om te gaan met de negatieve emoties, resulterend uit het trauma. Eetbuien leiden vaak immers tot een soort van 'emotionele anesthesie' (Everill & Waller, 1995; Vanderlinden & Vandereycken, 1997; 2000).

Trauma en de ernst van het klinische beeld

In de lijn van de verwachting rapporteerden de eetstoornispatiënten met een traumaverleden een meer gestoorde lichaamsbeleving, meer boulimisch gedrag en compensatiegedrag, meer lichamelijke en/of psychische klachten en een hogere mate van dissociatie dan de niet-getraumatiseerde groep, zelfs wanneer er gecontroleerd wordt voor de ziekteduur. Binnen de diagnostische subgroepen vinden we een vergelijkbaar patroon terug, het meest uitgesproken binnen de restrictieve-anorexiagroep, het minst in de boulimiagroep. Men zou deze bevinding als volgt kunnen nuanceren: patiënten met anorexia nervosa kennen bij opname vaak een grote ziekteontkenning (Vanderlinden, 2005), terwijl de klachtenrapportage bij

boulimiapatiënten vaak meer uitgesproken is (Norré & Vandereycken, 1993). Mogelijk zijn anorexiapatiënten die op dat moment kunnen erkennen dat ze een traumatische ervaring hebben meegemaakt in hun leven, ook eerder geneigd andere klachten betreffende hun eetstoornis te erkennen, waardoor het verschil tussen traumagroep en non-traumagroep binnen de anorexiapopulatie meer uitgesproken wordt.

De meest opvallende verschillen met de non-traumagroepen worden binnen elke diagnostische subgroep telkens teruggevonden in de metingen van algemene psychopathologie en dissociatie. Deze aspecten blijken het meest traumaspecifiek te zijn. Het biedt bovendien ondersteuning voor de hypothese dat traumatische ervaringen de copingmogelijkheden van de persoon om met sterke affecten om te gaan, aantasten en de kwetsbaarheid op algemene psychopathologie vergroten (Rorty & Yager, 1993). Deze modellen gaan ervan uit dat traumaslachtoffers een kwetsbaarheid ontwikkelen voor impulsieve persoonlijkheidstrekken en zelfbeschadigende gedragingen. Een eetstoornis kan op die manier worden gezien als een vorm van zelfdestructief gedrag (McCallum et al., 1992) en kan samengaan met borderline persoonlijkheidsstoornis (Waller, 1993), impulsief gedrag (Corstorphine, Waller, Lawson, & Ganis, 2007) of dissociatie (Vanderlinden, 1993).

Therapeutische implicaties

De bevindingen van deze studie ondersteunen het klinische belang van het uitvragen van een mogelijk traumaverleden bij eetstoornispatiënten, voornamelijk in de groepen met een boulimisch-purgerende symptomatologie, een grotere comorbiditeit of dissociatie. Multidimensionale diagnostiek aan de hand van een gediversifieerde psychodiagnostische testbatterij (o.a. Vanderlinden & Vandereycken, 1997) is daarbij geïndiceerd, aangezien trauma invloed heeft op uiteenlopende aspecten binnen het klinische beeld. Eetstoornispatiënten, en dan vooral diegenen die een traumaverleden hebben of dissociëren, hebben vaak het gevoel van controleverlies. Daarom is een van de voornaamste therapiedoelen bij deze patiënten het opnieuw verwerven van interne controle over hun handelingen, gedachten en gevoelens. De patiënte dient de verantwoordelijkheid te nemen om positieve keuzes te maken, ondanks de belastende ervaringen in het verleden. Een vertrouwenwekkende en veilige therapeutische relatie is hiervoor noodzakelijk; zie Vanderlinden en Vandereycken (1997) voor verdere therapeutische richtlijnen. Ook kan geopperd worden dat het – vooral in de boulimisch-purgerende groepen – zinvol kan zijn om vanwege de impact van belastende ervaringen op zelfbeeld, persoonlijkheid, enzovoort naast de behandeling van de eetstoornis ook te streven naar traumaverwerking.

Suggesties voor verder onderzoek

Alvorens suggesties te doen voor verder onderzoek kan een aantal sterke troeven van dit onderzoek benadrukt worden. Waar het aantal klinische variabelen in eerdere studies 'beperkt' bleef, wordt in deze studie de samenhang van traumatische ervaringen in relatie tot een breed spectrum aan klinische variabelen onderzocht binnen een relatief grote onderzoekspopulatie eetstoornispatiënten. Op deze manier wordt de consistentie in definities van zowel trauma als eetstoornissen in relatie tot al die variabelen gewaarborgd. Bijzonder is dat er in deze studie een brede waaier aan

belastende ervaringen werd geïncludeerd, die vanuit de literatuurstudie relevant bleken. Dit levert voor het eerst een gedetailleerde weergave op van het voorkomen van dergelijke ervaringen binnen de gehele eetstoornispopulatie, alsmede binnen de diagnostische subgroepen. Een nieuwe interessante invalshoek is ten slotte – in navolging van onderzoekers die het belang van de subjectieve betekenis van het trauma benadrukken – dat de subjectief beleefde ernst van de ervaringen werd betrokken in de definiëring van trauma.

Toch dient er ook een aantal kritische bemerkingen gemaakt te worden. Allereerst moet worden opgemerkt dat de patiëntenpopulatie louter opgenomen patiënten betrof, die vermoedelijk klinisch een ernstiger beeld vertonen dan de patiënten die ambulante behandeld worden. Onze onderzoekspopulatie is daarom niet volledig representatief voor de totale eetstoornispopulatie en betreft dus een selectieve groep, waardoor de generalisatie van de resultaten naar niet-klinische eetstoornispopulaties met enige voorzichtigheid dient te gebeuren. Toch kunnen we opmerken dat onderzoek in niet-klinische populaties vergelijkbare associaties tussen trauma en eetstoornissen suggereert (Kent et al., 1999; Rayworth, Wise, & Harlow, 2004).

Daarnaast willen we waarschuwen voor ‘causale interpretaties’ van deze onderzoeksdata. De aanwezigheid van ‘meer psychopathologie’ bij patiënten met een traumaverleden suggereert een soort verband, doch over de aard van dit verband kunnen we geen uitspraak doen. Ook over het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten kan een kritische noot worden toegevoegd. Hoewel de psychometrische karakteristieken van de Vragenlijst Belastende Ervaringen (Nijenhuis et al., 1995) in een eerste verkennende studie werden onderzocht en goed bevonden (Nijenhuis et al., 2002), is er tot nog toe geen factoranalyse op deze vragenlijst uitgevoerd. Dit leidt mogelijk tot minder betrouwbare resultaten betreffende de prevalenties van de traumaclusters. Bovendien is traumarapportage gezien het retrospectieve karakter van de informatie onderhevig aan geheugenbias. Verder dient te worden opgemerkt dat de vragenlijsten werden ingevuld bij opname, terwijl sommige patiënten later in de therapie traumatische ervaringen bekendmaakten. Eerder werd het belang van de ziekteontkenning in zelfrapportageonderzoek bij anorexiapatiënten aangestipt (Vandereycken & Vanderlinden, 1983). Ondanks deze beperkingen blijven vragenlijsten een nuttig screeninginstrument voor het uitvragen van grote onderzoeksgroepen.

Toekomstig onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van longitudinale designs, zou zich kunnen richten op het verloop van de eetstoornis bij patiënten met een traumaverleden, zowel in klinische als ambulante populaties. Het longitudinaal bestuderen van het effect van de traditionele behandelprogramma's (in combinatie met het al dan niet toevoegen van traumaverwerkingstechnieken) op het ziekteverloop zou een interessant onderzoekstopic kunnen zijn. Het verder opsplitsen van de traumagroep op basis van de aard en ernst van de traumatische ervaringen kan ook een boeiende onderzoekspiste zijn, waardoor de functionaliteit van de symptomen mogelijk nog duidelijker onderzocht kan worden. Hiervoor was onze onderzoeksgroep echter te klein. Nu al bleek bij opdeling in diagnostische subgroepen het aantal patiënten zonder traumaverleden relatief klein, wat de kracht van de analyses mogelijk vermindert en om replicatie binnen nog grotere onderzoeksgroepen vraagt. Het verder uitdiepen van verscheidene traumaparameters, zoals de leeftijd waarop het misbruik plaatsvond, duur van het trauma, relatie tot dader, aantal daders, zou eveneens een boeiende piste

zijn. Op deze manier kan men de invloed van de 'objectieve ernst' van het trauma nagaan op de verscheidene klinische variabelen.

Een andere onderzoekslijn dient zich te focussen op de vraag waarom eetstoornispatiënten met een traumaverleden een ernstigere psychopathologie vertonen. Ontwikkelen deze patiënten andere en/of meer therapieresistente cognities of cognitieve schemata? Heeft de eetstoornis een andere functie en/of betekenis bij traumapatiënten? Zijn de gezinsrelaties meer 'gestoord', beschikken de ouders over minder 'copingvaardigheden', kunnen de ouders minder steun en begrip aanbieden? Misschien volgt de ziektegeschiedenis bij eetstoornispatiënten met een traumageschiedenis een andere 'ontwikkelingspiste' dan bij patiënten zonder traumavoorgeschiedenis?

Kortom: er is nog veel werk voor de boeg.

Abstract

In this study the relationship between traumatic experiences and different aspects of the eating disorder, comorbid psychopathology and dissociation was examined in a clinical population of female eating disorder patients (n = 298) by means of a series of self-report questionnaires administered upon admission to the hospital. In the entire group of participants the prevalence of traumatic experiences was remarkably high (71,8%) in the diagnostic groups. Traumatic experiences were reported the most frequently by the anorectic patients of the 'binge eating/purging type' and the bulimic patients. In these groups, the eating disorder seemed to be the most severe; they showed more eating symptomatology, comorbidity and dissociation than the group of anorectic patients of the 'restricting type'. The patients reporting traumatic experiences were compared to the non-trauma group. The results clearly showed that, during hospitalization, the trauma sample showed more psychopathology than the latter. When comparing the different diagnostic ED subgroups, dissociation and general psychopathology seemed to be the most trauma-specific related characteristics.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (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, 621-633.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Avina, C., & O'Donohue, W. (2002). Sexual harassment and PTSD: is sexual harassment diagnosable trauma? *Journal of Traumatic Stress*, 15, 69-75.
- Becker, D.F., Dayley, M., Gadpaille, W.J., Green, M.R., Flaherty, L.T., Harper, G., Hendren, L.R., King, R.A., Lester, P., Onesti, S.J., Scwab-Stone, M., & Wong, S.W. (2003). Trauma and adolescence I: The nature and scope of trauma. *Adolescent Psychiatry*, 27, 143-164.
- 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, 521-528.

- Connors, M. (2001). Relationship of sexual abuse to body image and eating problems. In: J.K. Thompson, & L. Smolak (Eds.) (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Connors, M.E. & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1-11.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 23-30.
- Covino, N.A., Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L., & Frankel, F.H. (1994). Hypnotizability, dissociation and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 455-459.
- Creamer, M., McFarlane, A., & Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *Journal of Affective Disorders*, 86, 175-182.
- 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., Rigamonto, R., Todisco, P., & Oliosi, E. (1996b). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4(4), 232-240.
- De Groot, J.M., Kennedy, S., Rodin, G., & Mc Vey, G. (1992). Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 516-518.
- Demitrack, M.A., Putman, F.W., Brewerton, T.D., Brandt, H.A., & Gold, P.W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1184-1188.
- Everill, J.T. & Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: research and theory. *European Eating Disorder Review*, 3(3), 129-147.
- Fairburn, C.G., Welsh, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., & Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- 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.
- Fullerton, D.T., Wonderlich, S.A., & Gosnell, B.A. (1995). Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 243-249.
- Garner, D., Olmsted, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 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, 227-231.
- Gold, S.D., Marx, B.P., Soler-Baillo, J.M., & Sloan, D.M. (2005). *Anxiety Disorders*, 19, 687-698.
- Harned, M.S. (2000). Harassed bodies: An examination of the relationships among women's experiences of sexual harassment, body image, and eating disturbances. *Psychology of Women Quarterly*, 24(2000), 336-348.
- Jacobi, C., Hayward, C, De Zwaan, M., Kraemer, H.C., & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20(7) 887-903.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting eating disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 159-167.
- 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, 138-148.
- McCallum, K.E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., & Wetzel, R.D. (1992). Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5, 227-235.
- Nagata, T., Kaye, W.H., Kirilke, N., Rao, R., McConaha, C., & Plotnicov C.H. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: A comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(4), 333-340.
- Nagata, T., Kirilke, N., Iketani, T., Kawarada, Y., & Tanaka, H. (1999). History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: Relationship with dissociation and impulsive behaviors. *Psychological Medicine*, 29, 935-942.

- 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 & Psychotherapy*, 9(3), 200-210.
- Nijenhuis, E.R.S., Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1995). *Vragenlijst belastende ervaringen (Traumatic Experiences Checklist)*. Onuitgegeven rapport, Universiteit Amsterdam.
- Nijenhuis, E.R.S., Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1999). The Traumatic Checklist (TEC). In: E.R.S. Nijenhuis (Ed.), *Somatiform dissociation: phenomena, measurement and theoretical issues*. Assen: Van Gorcum.
- Noordenbos, G. (1988). *Onbegrensd lijnen. Sekse en cultuurspecifieke factoren in de ontwikkeling van anorexia nervosa*. Proefschrift. Leiden: DSWO-Press.
- Norré, J. & Vandereycken, W. (1993). *Praktijkreeks gedragstherapie: ambulante behandeling van eetstoornissen*. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, L., & Chaloner, D. (1985). Adverse sexual experiences in childhood and clinical disorders; A preliminary description. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 157-161.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. & Vanderlinden, J., (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders*, 3, 133-144.
- Rayworth, R.B., Wise, L.A., & Harlow, B.L. (2004). Childhood Abuse and Risk of Eating Disorders in Women. *Epidemiology*, 15(3), 271-278.
- 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, 299-306.
- Rorty, M. & Yager, J. (1993). Speculations on the role of childhood abuse in the development of eating disorders among women. *Eating Disorders*, 1, 199-210.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1122-1126.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J., & León, J.A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: a meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6(1), 83-95.
- Serpell, L., & Troop, N.A. (2003). Psychological factors. In: J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth. *Handbook of eating disorders*, pp. 151-168. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Smolac, L., & Murnen, S.K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International journal of eating disorders*, 31, 136-150.
- Steiger, H. & Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating disordered, psychiatric and normal female groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 43-52.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., Carter, F.A., & Joyce, P.R. (1995). The significance of a history of childhood sexual abuse in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 167, 679-82.
- Thompson, J.K., Covert, M.D., Richards, K.J., Johnson, S., & Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 221-236.
- Thompson, K.M. & Wonderlich, S.A. (2004). Child sexual abuse and eating disorders. In: K. Thompson (Ed.) *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, 106-111.
- Vandereycken, 1993. The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders*, 1, 115-122.
- 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(4), 101-107.
- Vanderlinden, J. (1993). Validity studies of the dissociation questionnaire (DIS-Q). In: J. Vanderlinden, *Dissociative experiences, trauma and hypnosis*. Delft: Eburon Delft.
- Vanderlinden, J. (2005). *Anorexia nervosa overwinnen in 13 stappen*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1997) *Trauma, dissociation and impuls dyscontrol in eating disorders*. Philadelphia: Brunner/Mazel, Inc.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (2000). Mediating factors between trauma and dissociation in eating disorders. In: L. Sanchez-Planell, C. Diez-Quevedo (Eds.) (2000). *Dissociative states*. Barcelona: Springer-Verlag.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993b). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-194.

- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993a). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(1), 21-27.
- Varner, L.M. (1999). When an eating disorder isn't just an eating disorder. *Topics in Clinical Nutrition*, 14(3), 4-13.
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664-671.
- Waller, G. (1993). Association of sexual abuse and borderline personality disorder in eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 259-263.
- Webster, J.J., & Palmer, R.L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30, 53-60.
- 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 Adolescence Psychiatry*, 36, 1107-1115.