

Gehechtheid, mentaliseren en autonomie bij anorexia nervosa en bulimia nervosa¹

G.S. KUIPERS, L.A. VAN DER ARK, M.H.J. BEKKER

- ACHTERGROND** Onveilige gehechtheid en moeite met mentaliseren komen vaak voor bij patiënten met een eetstoornis, en hangen mogelijk samen met hun symptomen en gebrek aan autonomie.
- DOEL** Zicht krijgen op de rol van gehechtheid en mentaliseren in het beloop van anorexia (AN) en bulimia nervosa (BN).
- METHODE** Patiënten met AN en BN werden bij de start van behandeling, 1 jaar later en 1,5 jaar later, onderzocht op gehechtheid en mentaliserend vermogen in relatie tot eetstoornissymptomen, comorbiditeit en autonomie. De metingen bij de start werden vergeleken met die van personen zonder eetstoornis.
- RESULTATEN** Onveilige gehechtheid en een laag mentaliserend vermogen kwamen meer voor bij patiënten dan bij controlepersonen, en hingen samen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en/of zelfverwondend gedrag. Veilige gehechtheid nam toe in 1 jaar van behandeling. Herstel van de eetstoornis na 1 jaar ging gepaard met een hoger mentaliserend vermogen en toegenomen autonomie. Een laag mentaliserend vermogen bij aanvang van de behandeling bleek het voortduren van de eetstoornis 1,5 jaar later te voorspellen.
- CONCLUSIE** Goed mentaliseren hangt samen met verbetering van een eetstoornis. Onderzoek naar het effect van mentalization-based treatment bij patiënten met een eetstoornis, met of zonder comorbide borderlinepersoonlijkheidsstoornis, wordt aanbevolen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 148-156

TREFWOORDEN autonomie, eetstoornissen, gehechtheid, mentaliseren



Anorexia nervosa (AN) en bulimia nervosa (BN) worden gekenmerkt door afwijkend eetgedrag en een onevenredig grote invloed van het gewicht op de zelfwaardering (APA 2014). Bij AN is sprake van weinig eten, ondergewicht en hevige angst om aan te komen; bij BN van eetbuien, afgewisseld met gedrag dat gericht is op het voorkómen van gewichtstoename. Beide eetstoornissen gaan vaak gepaard met andere psychiatrische problematiek zoals depressies, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autisme, ADHD, zelfverwondend gedrag en alcoholmisbruik (Treasure e.a. 2010).

Erfelijke, neurobiologische en psychosociale factoren dragen in onderlinge wisselwerking bij aan verhoogde kwetsbaarheid voor het ontstaan van een eetstoornis. De

symptomen van AN en BN hangen samen met tekorten in emotieregulatie, sociaal functioneren en zelfwaardering (Connan e.a. 2003; Fairburn e.a. 2003; Treasure e.a. 2010; Tasca & Balfour 2014; Zipfel e.a. 2015).

Zowel AN als BN wordt in de regel ambulante behandeld; bij AN is er geen verschil in effectiviteit tussen steunende, cognitief-gedragstherapeutische of psychodynamische behandeling, bij BN heeft cognitieve gedragstherapie de voorkeur (Hay 2013). Voor patiënten die tijdelijk klinisch moeten worden behandeld is de langetermijnprognose slechter; ingeschat wordt dat minstens 25% van de patiënten met BN en 50% van degenen met AN ondanks behandeling niet herstelt (Keel & Brown 2010).

Rol gehechtheid

In hun verklaringmodel voor de ontwikkeling van eetstoornissen leggen Tasca en Balfour (2014) de nadruk op de rol van onveilige gehechtheid. Gehechtheid is het resultaat van de aangeboren neiging van kinderen om bescherming en troost te zoeken bij hun ouders op momenten van angst, pijn en ontredde. De verinnerlijking van de ervaringen met ouders in de kindertijd vormt de basis voor de mentale representatie van gehechtheid op latere leeftijd (Bowlby 1988). Ook traumatische ervaringen van misbruik of verlies hebben invloed op de gehechtheidsrepresentatie. Adequate reacties van ouders die begrijpen wat er in hun kind omgaat, dragen niet alleen bij aan veilige gehechtheid, maar ook aan een goed zelfgevoel en aan de emotieregulatievaardigheden van het kind (Sroufe 2005).

Bij patiënten met een eetstoornis is vaker dan in de algemene bevolking sprake van onveilige gehechtheid (Kuipers & Bekker 2012; Tasca & Balfour 2014), direct gerelateerd aan negatieve lichaamsbeleving (Troisi e.a. 2005; Abbate-Daga e.a. 2010). Indirect draagt onveilige gehechtheid bij aan de ernst van eetstoornissymptomen via mediërende factoren zoals depressiviteit, dysregulatie van emoties, perfectionisme, neuroticisme en vergelijking met anderen (Cortés-García e.a. 2019). De associatie met onveilige gehechtheid is niet uniek voor eetstoornissen, maar komt ook voor bij verslaving, posttraumatische stress, angst- en persoonlijkheidsstoornissen (Dozier e.a. 2008).

Rol mentaliseren

Fonagy en Target (2006) wezen op het belang van gehechtheidsinteracties met ouders voor de ontwikkeling van mentaliserend vermogen bij het kind. Mentaliseren houdt in dat men onderkent dat menselijk gedrag voortkomt uit innerlijke drijfveren - zoals emoties, verlangens, angsten

AUTEURS

GREET S. KUIPERS, zelfstandig gevestigd psychiater, 's-Hertogenbosch.

L. ANDRIES VAN DER ARK, hoogleraar Kwantitatieve onderzoeksmethodologie, Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam.

MARRIE H.J. BEKKER, hoogleraar Klinische psychologie, Universiteit van Tilburg en VU Amsterdam, hoofdopleider GZ-opleiding RINO Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

G.S. Kuipers, Van der Does de Willeboissingel 5, 5211 CA, 's-Hertogenbosch.

E-mail: gskuipers@outlook.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-9-2019.

en overtuigingen (Bateman & Fonagy 2004) en is positief gerelateerd aan veilige gehechtheid (Fonagy e.a. 1998). Uit diverse onderzoeken samengevat in **TABEL 1** blijkt het gemiddeld mentaliserend vermogen bij patiënten met een eetstoornis laag vergeleken bij dat van controlepersonen zonder eetstoornis (Fonagy e.a. 1996; Ward e.a. 2001; Rothschild e.a. 2010; Maxwell e.a. 2017); bij BN is dit bij een deel van de patiënten het geval (Pedersen e.a. 2012).

Ook bij aan eetstoornissen gelieerde comorbiditeit zoals borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) of zelfverwondend gedrag wordt beperkt mentaliseren gevonden (Fonagy e.a. 1996; Rossouw & Fonagy 2012). De vertaling van negatieve gevoelens in een negatieve lichaamsbele-

TABEL 1 Gemiddelde en standaarddeviatie van mentaliserend vermogen gemeten met de Reflective Functioning Scale* van patiënten met een eetstoornis en controles in verschillende studies

Studie	Groep (n)	M	SD
Fonagy (1996)	Controlegroep (85)	5,2	1,5
	Psychiatrische patiënten (82)	3,7	1,8
	Patiënten met eetstoornis (14)	2,8	1,7
Ward (2001)	Patiënten met anorexia nervosa (20)	2,4	1,6
Rothschild (2010)	Controlegroep (35)	5,8	1,5
	Patiënten met anorexia nervosa, purgerend (34)	3,8	1,8
Pedersen (2012)	Controlegroep (20)	4,3	1,3
	patiënten met bulimia nervosa (70)	4,1	1,8
Maxwell (2017)	Patiënten met eetbuistoornis (102)	3,0	1,1

*Reflective Function Scale: score < 3: mentaliseren afwezig; 3: twijfelachtig of laag mentaliseren; 5: normaal, >7: uitzonderlijk mentaliseren

ving, kenmerkend voor AN en BN , zou kunnen samenhangen met de moeite emotionele, lichamelijke en mentale belevingen van elkaar te onderscheiden (Skårderud 2007). De slechte gewaarwording van innerlijke drijfveren bemoeilijkt ook de aansturing van het eigen gedrag (Caglar-Nazali e.a. 2014), hetgeen zich uit in onzekerheid en gebrek aan autonomie. Dit zou de neiging zich voor een goed zelfgevoel te richten op externe zaken als prestaties of uiterlijk kunnen verklaren (Skårderud & Fonagy 2012).

Rol autonomie

Autonomie, gedefinieerd als het vermogen tot zelfsturing in relatie tot anderen, is geassocieerd met depressieve, angst- en eetstoornissymptomen (Bekker & Van Assen 2017) en medieert het verband tussen sekse en prevalentie van deze symptomen. In de overwegend vrouwelijke populatie van patiënten met een eetstoornis zou autonomie als transdiagnostische factor zowel gerelateerd kunnen zijn aan de eetstoornis als aan comorbide symptomen. Nader onderzoek naar de relaties tussen gehechtheid, mentaliseren en symptomen van patiënten met een eetstoornis is zowel theoretisch als praktisch interessant. In verschillende psychiatrische patiëntengroepen bleken gehechtheid en mentaliseren gerelateerd aan behandelresultaten: gehechtheid voorafgaand aan behandeling heeft invloed op de uitkomst, zowel bij eetstoornissen als bij andere psychiatrische diagnoses (Fonagy e.a. 1996; Illing e.a. 2010); mentaliserend vermogen voorafgaand aan behandeling van een eetbuistoornis hangt samen met behandel succes (Maxwell e.a. 2017); bij patiënten met een BPS verbeteren gehechtheid en mentaliseren in psychotherapeutische behandeling (Levy e.a. 2006; De Meulemeester e.a. 2017); en een op mentaliseren gerichte therapie (*mentalization-based treatment*; MBT , Bateman & Fonagy 2004) leidde bij adolescenten met zelfverwondend gedrag tot vermindering van dit gedrag in samenhang met verbetering van gehechtheid en mentaliseren (Rossouw & Fonagy 2012).

Samengevat lijken er verschillende relaties tussen gehechtheid, mentaliseren en eetstoornissen mogelijk: een directe met de ernst van eetstoornissymptomen, een associatie met specifieke comorbiditeit en met gebrek aan autonomie. Ook kunnen gehechtheid en mentaliseren de uitkomst van behandeling voorspellen, of door psychotherapeutische behandeling verbeteren. Longitudinaal onderzoek naar de samenhang van gehechtheid en mentaliseren met symptomen en herstel bij patiënten met AN en BN kan verhelderen of toepassing van een specifieke behandelmethode als MBT voor deze doelgroep zinvol is.

Eigen onderzoek

Wij zetten een onderzoek op met drie meetmomenten, waarin patiënten met een eetstoornis gevolgd werden vanaf de start van intensieve behandeling (T_0) tot 1 jaar (T_1) en 1,5 jaar (T_2) later. De termijn van 1 jaar werd gekozen vanwege het op grond van de literatuur te verwachten effect van 1 jaar behandeling op gehechtheid en mentaliseren (Levy e.a. 2006; Rossouw & Fonagy 2012). De follow-up 1,5 jaar na de start van de behandeling werd gepland omdat patiënten met een eetstoornis vaak terugvallen binnen 4-9 maanden na ontslag uit een (dag)kliniek (Carter e.a. 2012). Behalve naar de ernst van de eetstoornis keken we naar veelvoorkomende comorbiditeit waarvan een associatie met gehechtheid en mentaliseren bekend was: persoonlijkheidsstoornissen, depressie, angst en zelfverwondend gedrag (Kuipers e.a. 2016).

Hypotheses

Eerst vergeleken we patiënten met controlepersonen op T_0 . We verwachtten dat patiënten met AN en BN onveiliger gehecht zouden zijn en minder goed zouden mentaliseren dan controlepersonen (hypothese 1), en dat gehechtheid en mentaliseren in de patiëntengroep zouden samenhangen met de ernst van eetstoornis- en comorbide symptomen en met autonomie (hypothese 2).

Vervolgens onderzochten we de veranderingen in de patiëntengroep van T_0 naar T_1 . We verwachtten dat bij de patiënten, na 1 jaar behandeling, veilige gehechtheid en mentaliserend vermogen zouden toenemen (hypothese 3); dat deze verbeteringen zouden samenhangen met afname van eetstoornis- en comorbide symptomen en toename van autonomie (hypothese 4). Ook onderzochten we of gehechtheid en mentaliserend vermogen voorafgaand aan de behandeling samenhangen met de mate van symptoomreductie en toename van autonomie 1 jaar later (hypothese 5).

Ten slotte bekeken we de relaties tussen gehechtheid en mentaliseren 1 jaar na de start van behandeling met herstel van de eetstoornis. We verwachtten dat herstel van een eetstoornis op T_1 gerelateerd zou zijn aan veiliger gehechtheid en een hoger niveau van mentaliseren (hypothese 6); en dat gehechtheid en mentaliseren op T_1 de bestendigheid van herstel bij follow-up op T_2 voorspelden (hypothese 7).

METHODE

Opzet, procedure en deelnemers

Patiënten met AN of BN die startten met een klinische (dag-)behandeling in een van twee specialistische behandelcentra voor eetstoornissen, konden aan het onderzoek deelnemen. De behandeling was gericht op verbetering van eet-

gedrag en gewicht, en bestond uit een 4-5-daags programma van maaltijden, verpleegkundige begeleiding en individuele en groepstherapie. Na ontslag werd de therapie ambulant voortgezet. Het merendeel van de patiënten (90%) werd behandeld volgens de methode van MBT.

Exclusiecriteria waren leeftijd jonger dan 18 jaar en psychotische symptomen. We includeerden 51 patiënten (50 vrouw): 72% had AN, 10% BN en 18% had een diagnose AN of BN die niet geheel voldeed aan de DSM-IV-criteria (APA 2000). De gemiddelde duur van de eetstoornis was 5 jaar.

Bij de start (T_0) en één jaar later (T_1) werden dezelfde interviews en vragenlijsten afgenomen. Op T_1 deden 38 van de 51 patiënten opnieuw mee. Ze verschilden alleen op leeftijd van de 13 uitvallers: die waren ouder. Op T_2 kon bij alle 38 patiënten worden vastgesteld of en in welke mate er sprake was van een eetstoornis.

De controlegroep bestond uit 20 studenten van Tilburg University (van wie 19 vrouwen). Het percentage deelnemers met een academische opleiding was lager bij de patiënten (46%) dan bij de controlegroep (100%), maar beide groepen verschilden niet qua gemiddelde leeftijd en samenstelling op basis van geslacht.

Meetinstrumenten

GEHECHTHEID

Het *Adult Attachment Interview* (AAI; George e.a. 1996; Nederlandse vertaling: Van IJzendoorn e.a. 1999) is een gestructureerd interview bestaande uit vragen over gehechtheidservaringen met ouders in de kindertijd, misbruik en verlies door overlijden. Voor de classificatie van de actuele gehechtheidsrepresentatie is van belang hoe coherent de geïnterviewde over deze ervaringen spreekt.

Een veilige gehechtheidsrepresentatie ($F = free$) wordt gekenmerkt door openheid en objectiviteit; onveilige gehechtheidsrepresentaties door hetzij gereserveerdheid ($Ds = dismissing$), hetzij gepreoccupeerdheid met gehechtheidservaringen ($E = entangled, preoccupied$).

De onveilige classificatie U (*Unresolvedness for loss or abuse*) wordt toegekend indien momenten van desoriëntatie optreden bij de bespreking van misbruik of verlies. De score op de AAI-schaal *Coherence of Mind* (COH; Main e.a. 2002), die loopt van 1 tot 9, is een kwantitatieve maat voor gehechtheid, waarbij scores lager dan 5,5 als indicatie voor onveilige gehechtheid gelden. Interviews en scoring werden door verschillende personen gedaan.

MENTALISEREN

Mentaliseren werd gemeten met de *Reflective Functioning Scale* (RFS; Fonagy e.a. 1998), een schaal van -1 tot 9 (zie ook **TABEL 1**) die wordt gescoord op basis van het AAI.

OVERIGE INSTRUMENTEN

Het *Structured Clinical Interview for DSM Axis I disorders* (First e.a. 1996) en het *Structured Clinical Interview for DSM Axis II disorders* (First e.a. 1997) dienden om de diagnoses eetstoornis, depressie en persoonlijkheidsstoornissen te stellen. De totaalscore van de *Eating Disorder Inventory-II* (EDI-II; Garner 1991; Nederlandse vertaling: Van Strien 2002) gold als maat voor de ernst van de eetstoornis, en de subschalen *Drive for Thinness*, *Bulimia* en *Body Dissatisfaction* als maat voor deze kernsymptomen.

De *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger 1983; Nederlandse vertaling: Van der Ploeg e.a. 1979) mat actuele angst (*state anxiety*) en geneigdheid tot angst (*trait anxiety*). De totaalscore op de Nederlandse versie (Arrindell & Ettema 1986) van de *Symptom Checklist-90* (SCL-90; Derogatis 1977) was een maat voor globale psychische symptomen.

De Nederlandse versie van de *Autonomy-Connectedness Scale-30* (ACS-30; Bekker 2015) werd gebruikt voor het vaststellen van de mate van autonomie aan de hand van de subschalen zelfbewustzijn (SA), gevoeligheid voor anderen (SO), en het vermogen om nieuwe situaties te hanteren (CMNS).

De *Self-Injury Questionnaire-Treatment Related* (SIQ-TR; Claes & Vandereycken 2007) werd gebruikt om het voorkomen van zelfverwondend gedrag in de voorgaande maand te bepalen.

Statistische analyses

Op T_0 werden patiënten met en controlepersonen zonder eetstoornis vergeleken qua gehechtheid (zowel qua classificaties als kwantitatief) en mentaliseren, en ook gingen we de samenhang na van gehechtheid en mentaliseren met symptomen en met autonomie voor datzelfde meetmoment. Voor de vergelijking van categoriale uitkomsten werden χ^2 -toetsen, en voor de vergelijking van continue uitkomsten onafhankelijke t-toetsen gebruikt. Samenhang werd uitgedrukt met de product-momentcorrelatiecoëfficiënt.

Een jaar later op t_1 werd in de patiëntengroep onderzocht in hoeverre er veranderingen waren qua gehechtheid (zowel qua classificaties als kwantitatief) en mentaliseren, en of deze veranderingen samenhangen met veranderingen in symptomen en autonomie. Hiertoe werden mcnemar- χ^2 -toetsen en afhankelijke t-toetsen alsook product-momentcorrelatietests gebruikt. Middels variantieanalyse en onafhankelijke t-toetsen werd bepaald of gehechtheid (zowel qua classificaties als kwantitatief) en mentaliseren voorafgaand aan behandeling op T_0 gerelateerd waren aan de mate van symptoomreductie op T_1 .

De vraag of herstel van de eetstoornis op T_1 gerelateerd was aan gehechtheid (kwantitatief) en mentaliseren op T_1 werd getoetst middels onafhankelijke t-tests. De relaties

tussen herstel, terugval en voortduren van eetstoornis 1,5 jaar na de start van behandeling met gehechtheid (kwantitatief) en mentaliseren op T_1 werden getoetst middels variantieanalyses.

De statistische analyses werden uitgevoerd in PASW, versie 19 (SPSS 2010). Alle t-toetsen waren tweezijdig met een nominale type I-fout van $\alpha = 0,05$. Om de type I-fout te corrigeren voor het uitvoeren van meerdere statistische toetsen werd de correctie volgens Benjamini-Hochberg (Benjamini & Hochberg 1995) toegepast, waarbij voor elke opvolgende test een andere α -waarde wordt gebruikt. Als effectgroottes werden Cohens d (verschil in gemiddeldes), de correlatiecoëfficiënt (lineaire samenhang), en de phi-coëfficiënt (ϕ , nominale samenhang) gebruikt.

RESULTATEN

Eerst wordt het resultaat van de vergelijking van patiënten met controlepersonen op T_0 besproken, vervolgens de veranderingen in de patiëntengroep van T_0 naar T_1 en ten slotte de relaties tussen gehechtheid en mentaliseren op T_1 met herstel van de eetstoornis. Alle genoemde effecten waren statistisch significant met de correctie volgens Benjamini-Hochberg. Om redenen van efficiëntie worden de resultaten weergegeven zonder toetsingsgrootheden, vrijheidsgraden en p -waardes. Voor uitgebreide rapportage en details verwijzen we naar Kuipers e.a. (2016; 2017b) en Kuipers e.a. (2017a).

Patiënten versus controlepersonen

Van de patiënten in onze studie had 63% een depressie; 96% had één of meer persoonlijkheidsstoornissen; het meest voorkomend waren de ontwijkende (78%), dwangmatige (72%), depressieve (70%) en borderlinepersoonlijkheidsstoornis (64%). Zelfverwondend gedrag werd door 28% van de patiënten gerapporteerd.

Ten opzichte van controlepersonen en conform hypothese 1 hadden patiënten met een eetstoornis minder vaak de classificatie veilig gehecht (F) (33,3% versus 70%, medium effect, $\phi = -0,33$), vaker de onveilige classificatie U (41% versus 10%, medium effect $\phi = 0,30$) en lagere gehechtheidsscores ($M = 3,6$ versus $M = 5,7$); groot effect, $d = -0,87$). De gemiddelde score op mentaliseren was lager bij de patiënten ($M = 2,6$) dan bij de controlepersonen ($M = 4,6$; groot effect $d = -1,41$).

Hypothese 2 betrof de samenhang van gehechtheid en mentaliseren met symptomen en autonomie in de patiëntengroep. Zelfverwondend gedrag bleek geassocieerd met een lagere score op gehechtheid ($M = 2,5$ versus $M = 4,10$; medium effect, $d = -0,73$) en mentaliseren ($M = 1,8$ versus $M = 2,9$; groot effect, $d = -0,89$); en de prevalentie van een BPS was gerelateerd aan een lager niveau van mentaliseren ($M = 2,3$ versus $M = 3,2$ zonder BPS; medium effect, $d = -0,62$).

Voor de overige symptomen en voor autonomie werd geen samenhang met gehechtheid of mentaliseren gevonden.

Veranderingen na 1 jaar behandeling

Conform hypothese 3 was de gemiddelde gehechtheidsscore hoger op T_1 ($M = 4,5$) dan op T_0 ($M = 3,6$; klein effect, $d = 0,037$), maar afwijkend van hypothese 3 was mentaliseren niet verbeterd ten opzichte van T_0 . De verbetering van gehechtheid hing niet samen met de vooruitgang die werd gevonden qua eetstoornis, depressie, cluster A- en cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, angst en SCL-90-totaalscore. Hypothese 5 werd gedeeltelijk bevestigd: gehechtheid voorafgaand aan behandeling was niet voorspellend voor de afname van symptomen, maar een hoger niveau van mentaliseren op T_0 voorspelde een sterkere afname van zowel eetstoornis- als angstsymptomen op T_1 . Beide effecten waren groot.

Herstel en terugval

Van de 38 patiënten op T_0 waren er 11 (29%) op T_1 , en 14 (37%) op T_2 hersteld van de eetstoornis volgens de DSM-IV-criteria. Hypothese 6 werd gedeeltelijk bevestigd: herstel van een eetstoornis hing samen met een hoger niveau van mentaliseren op T_1 , maar qua gehechtheidsscore was er geen verschil met de niet-herstelde patiënten.

TABEL 2 toont de verschillen tussen de – op T_1 – wél en niet herstelde patiënten (voor uitleg variabelen zie Meetinstrumenten). Interessant is dat patiënten die van de eetstoornis herstelden ook qua comorbiditeit significant vooruitgingen. Hierbij is het van belang te vermelden dat er op T_0 op geen van deze variabelen of qua duur van de eetstoornis verschil bestond tussen beide groepen (Kuipers e.a. 2017a). In tegenstelling tot de verwachting (hypothese 7) bleken de mate van veilige gehechtheid en het mentaliserend vermogen op T_1 niet te voorspellen of er sprake was van herstel, terugval of een voortdurende eetstoornis op T_2 .

DISCUSSIE

Dit onderzoek richtte zich op de door verschillende auteurs (Skårderud 2007; Tasca & Balfour 2014) veronderstelde samenhang van eetstoornissymptomen met onveilige gehechtheid en een beperkt mentaliserend vermogen. In overeenstemming met de literatuur vonden wij bij patiënten met AN of BN een (vergeleken met een controlegroep zonder eetstoornis) hogere prevalentie van onveilige gehechtheid en een lager mentaliserend vermogen.

Qua comorbiditeit en niveau van mentaliseren was onze steekproef vergelijkbaar met andere (klinische) groepen van volwassen patiënten met een eetstoornis (Ward e.a. 2001; O'Brien e.a. 2003; Claes & Vandereycken 2007; Vrubel e.a. 2010). We vonden geen relaties tussen gehechtheid, mentaliseren en de ernst van eetstoornissymptomen.

TABEL 2 Gemiddelde scores (M) en standaarddeviaties (SD) of proporties (p), en effectgrootte (d of ϕ) voor gehechtheid, mentaliseren, eetstoornissymptomen en comorbide symptomen van herstelde en niet-herstelde patiënten met een eetstoornis, 1 j na de start van behandeling

Variabele	Hersteld (n = 11)		Niet hersteld (n = 27)		Effect
	M	SD	M	SD	d
Gehechtheid ^a	5,32	2,03	4,11	2,27	n
Mentaliseren ^b	3,73	1,42	2,52	1,42	-0,85***
Eetstoornis ^c	192,00	54,58	260,22	33,17	1,71***
Drive for thinness ^d	21,00	8,60	34,63	6,43	1,79***
Bulimia ^e	11,36	5,41	16,11	7,33	n
Body dissatisfaction ^f	34,91	13,66	44,30	8,66	0,82**
Depressie ^g	0,18	0,60	1,21	1,19	1,09***
Trait anxiety ^h	43,45	8,45	57,96	11,56	1,43***
State anxiety ⁱ	46,27	9,83	61,52	9,39	1,59***
Psychiatrische symptomen ^j	149,82	35,35	232,42	45,16	2,06***
Zelfbewustzijn ^k	2,85	0,83	2,47	0,98	n
Gevoeligheid voor anderen ^k	3,83	0,55	4,21	0,42	0,78**
Vermogen nieuwe situaties te hanteren ^k	2,53	0,78	2,14	0,96	n
	<i>p</i>		<i>p</i>		ϕ
Persoonlijkheidsstoornis cluster A ^l	0,00		0,33		0,36**
Persoonlijkheidsstoornis cluster B ^l	0,00		0,59		0,54***
Persoonlijkheidsstoornis cluster C ^l	0,64		0,96		0,44**
Zelfverwendend gedrag ^m	0,09		0,34		0,34**

^a Coherence of Mind schaal, ^b Reflective Functioning Scale, ^c totaalscore Eating Disorder Inventory II (EDI-II), ^d Drive for Thinness subschaal EDI-II, ^e Bulimia subschaal EDI-II, ^f Body Dissatisfaction subschaal EDI-II, ^g SCID-I, ^h State Trait Anxiety Inventory, ⁱ Symptom Checklist (SCL-90),

^k Autonomy-Connectedness Scale-30, ^l SCID-II, ^m Self-Injury Questionnaire, ⁿniet statistisch significant en daarom niet gerapporteerd, ^{**}medium effect, ^{***}groot effect

In onderzoek waar gehechtheid werd gemeten met een zelfrapportagevragenlijst in plaats van het AAI, werden dergelijke verbanden wel gevonden (Illing e.a. 2010). Waar zelfrapportagevragenlijsten vragen naar gevoelens en gedrag in actuele gehechtheidsrelaties, classificeert het AAI de aan dit gedrag ten grondslag liggende attitude. Reden om in onze studie voor het AAI te kiezen was het feit dat de tekst daarvan de noodzakelijke basis vormt voor het scoren van de RFS (mentaliseren). Wellicht is het instrument minder geschikt om relaties met symptomen te meten. Voor nieuw onderzoek naar de relaties tussen gehechtheid, mentaliseren en symptomen bij eetstoornissen bevelen wij dan ook aan ook zelfrapportagevragenlijsten te gebruiken.

In tegenstelling tot de meeste studies naar gehechtheid en mentaliseren bij eetstoornissen gaven wij ons rekenschap van comorbiditeit. Vanwege de vermoedelijk niet homogene verdeling van variabelen gebruikten we veelal

beschrijvende statistiek. Zowel BPS als zelfverwendend gedrag bleek in onze groep patiënten met een eetstoornis geassocieerd met een laag niveau van mentaliseren.

MBT heeft bewezen effect op de symptomen van patiënten met BPS (Bateman & Fonagy 2009; Rossouw & Fonagy 2012). Skårderud en Fonagy (2012) ontwikkelden een vorm van MBT voor patiënten met een eetstoornis. Het merendeel van de patiënten in onze studie werd hiermee behandeld, wat mogelijk een rol heeft gespeeld bij de significante afname van het aantal persoonlijkheidsstoornissen in de subgroep patiënten die in 1 jaar herstelde van de eetstoornis. Bij onderzoek naar het effect van MBT bij patiënten met een eetstoornis zou men onderscheid moeten maken tussen de subgroep met en zonder BPS.

In ons onderzoek nam *veilige gehechtheid* toe in 1 jaar van behandeling. Dit zou de verbondenheid met anderen en sociaal functioneren, die patiënten zelf essentieel vinden voor hun kwaliteit van leven (de la Rie e.a. 2007), ten goede

kunnen komen. Waar bij patiënten met BPS een verbetering van mentaliseren werd gevonden na 1 jaar individuele psychotherapie (Levy e.a. 2006) of 1,5 jaar MBT (De Meulemeester e.a. 2017), verbeterde mentaliseren in onze studie in 1 jaar niet. Het veelvuldig vóórkomen van ontwijkende en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis in onze steekproef zou het profijt van groepspsychotherapie in zo'n kort tijdsbestek hebben kunnen bemoeilijkt. De follow-up tijd van 1,5 jaar was aan de krappe kant gezien de langere behandelduur die vaak nodig is om herstel van AN te bereiken (Keel & Brown 2010). Het percentage van 37% herstelde patiënten 1,5 jaar na de start van behandeling komt overeen met wat anderen vonden 1,5 jaar na het einde van intensieve behandeling (Fittig e.a. 2008). Het mentaliserend vermogen bij aanvang van behandeling voorspelde zowel de afname van eetstoornissymptomen na 1 jaar van behandeling, als aanhoudend herstel van de eetstoornis na 1,5 jaar. Mogelijk draagt mentaliserend vermogen bij aan resilience en is een laag mentaliserend vermogen een specifieke risicofactor voor het ontstaan en persisteren van psychiatrische symptomen. Terwijl ze voor de behandeling niet verschilden qua comorbiditeit of eetstoornis, bleken de patiënten die na 1 jaar hersteld

waren van de eetstoornis vergeleken met niet-herstelde patiënten meer vooruitgegaan qua depressie, angst, persoonlijkheidsstoornissen, zelfverwonding en autonomie. Het is niet mogelijk om op grond van deze bevindingen een uitspraak te doen over eventuele causaliteit. Longitudinaal onderzoek naar het beloop van an en bn in relatie tot comorbiditeit en autonomie zou zich over enkele jaren moeten uitstrekken om meer zicht te krijgen op hun rol bij terugval en herstel.

Beperkingen

Beperkingen van dit onderzoek zijn de kleine steekproef, de korte follow-upperiode, en het geringe aantal patiënten met bn dat meedeed aan de studie. Voor toekomstig onderzoek bevelen wij de inclusie van een groter aantal patiënten en een langer tijdsbestek aan.

NOOT

¹Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift *Attachment and mentalization in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, waarop Greet Kuipers op 30 mei 2018 aan de Universiteit van Tilburg promoveerde, met als promotores Andries van der Ark en Marrie Bekker.

LITERATUUR

- Abbate-Daga G, Gramaglia C, Amianto F, Marzola E, Fassino S. Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198: 520-4.
- American Psychiatric Association. Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. Amsterdam: Boom; 2014.
- Arrindell W, Ettema J. SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator [Manual for a multidimensional psychopathology indicator]. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1986.
- Bateman AW, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Bekker MHJ. Autonomie-Gehechtheidsschaal 30 [AGS-30]: Handleiding. [Autonomy Connectedness Scale 30: Scale and Manual]. Houten, Netherlands: Bohn Stafleu Van Loghum; 2015.
- Bekker MHJ, Van Assen MALM. Autonomy-connectedness mediates sex differences in symptoms of psychopathology. *PLoS One* 2017; 12(8): e0181626.
- Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B [Methodological]*. 1995; 289-300.
- Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.
- Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen, J, Olabintan O, e.a. A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2014; 42: 55-92.
- Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, Bewell-Weiss CV, Crosby RD, Woodside DB, e.a. A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. *Psy Res* 2012; 200: 518-23.
- Claes L, Vandereycken W. The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related: Construction, reliability and validity in a sample of female eating disorder patients. In: Goldfarb PM, red. Psychological tests and testing research trends. New York: Nova Science Publishers; 2007. p. 111-39.
- Connan F, Campbell IC, Katzman M., Lightman SL, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav* 2003; 79: 13-24.
- Cortés-García L, Takkouche B, Seoane G, Senra C. Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14: e0213099.
- De la Rie S, Noordenbos G, Donker M, Van Furth E. The patient's view on quality of life and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 13-20.
- De Meulemeester C, Vansteelandt K, Luyten P, Lowyck B. Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personal Disord* 2017; 9: 22-9.

- Derogatis LR. SCL-90-: Administration, scoring, and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometrics Research; 1977.
- Dozier M, Chase Stovall-McClough K, Albus, KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver, PR, Eds. Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. New York: Guilford Press 2008; 479-519.
- Fairburn CG, Cooper, Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. Behav Res Ther 2003; 41: 509-28.
- First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders [SCID-II]. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version [SCID-CV]. Washington: American Psychiatric Press; 1996.
- Fittig E, Jacobi C, Backmund H, Gerlinghoff M, Wittchen HU. Effectiveness of day hospital treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2008; 16: 341-51.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, e.a. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 1996; 64: 22-31.
- Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self-pathology. J Pers Disord 2006; 20: 544-76.
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interview Londen: University of College London; 1998.
- Garner DM. Eating Disorder Inventory-2. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991.
- George C, Kaplan N, Main M. Adult attachment interview 3. 1996.
- Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. Int J Eat Disord 2013; 46: 462-9.
- Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. J Nerv Ment Dis 2010; 198: 653-9.
- IBM/SPSS. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk: IBM; 2010.
- Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. Int J Eat Disord 2010; 43: 195-204.
- Kuipers GS, Bekker MHJ. Attachment, mentalization and eating disorders: a review of studies using the Adult Attachment Interview. Curr Psy Rev 2012; 8: 326-36.
- Kuipers GS, Den Hollander S, Van der Ark LA, Bekker MHJ. Recovery from eating disorder 1 year after start of treatment is related to better mentalization and strong reduction of sensitivity to others. Eat Weight Disord 2017a; 22: 535-47.
- Kuipers GS, van Loenhout Z, van der Ark LA, Bekker MH. Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. Att Hum Dev 2016; 18: 250-72.
- Kuipers GS, Van Loenhout Z, Van der Ark LA, Bekker MHJ. Is reduction of symptoms in eating disorder patients after one year of treatment related to attachment security and mentalization? Eating Disorders 2017b; 26: 263-9.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, e.a. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 1027-40.
- Main M, Goldwyn R, Hesse E. Adult attachment scoring and classification systems. Unpublished manuscript. University of California at Berkeley. 2002.
- Maxwell H, Tasca, GA, Grenon R, Faye M, Ritchie K, Bissada H, Balfour L. Change in attachment dimensions in women with binge-eating disorder following group psychodynamic interpersonal psychotherapy. Psychother Res 2017; 1-15.
- O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence and causal relationships. Clin Psychol Rev 2003; 23: 57-74.
- Pedersen SH, Lunn S, Katznelson H, Poulsen S. Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2012; 20: 303-10.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psy 2012; 51: 1304-13.
- Rothschild-Yakar L, Levy-Shiff R, Fridman-Balaban, Gur E, Stein D. Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. J Nerv Ment Dis 2010; 201: 1-9.
- Skårderud F. Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa--theory. Eur Eat Disord Rev 2007; 15: 243-52.
- Skårderud F, Fonagy P. Eating disorders. In: Bateman A, Fonagy P, red. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012. pp. 347-83.
- Spielberger CD. Manual for the State Trait Anxiety Inventory [STAI]. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
- Sroufe, LA. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Att Hum Dev 2005; 7: 349-67.
- Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. Int J Eat Disord 2014; 47: 710-7.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet 2010; 375: 583-93.
- Troisi A, Massaroni P, Cuzzolare M. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. Br J Clin Psychol 2005; 44: 89-97.

- Van der Ploeg H, Defares P, Spielberger C. Zelfbeoordelingsvragenlijst [State Trait Anxiety Inventory]. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1979.
- Van Strien T. Eating Disorder Inventory II. Nederlandse versie [EDI-II NL]. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2002.
- Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Schuengel C, Juffer F. Gehechtheidsbiografisch Interview [Adult Attachment Interview]. [Unpublished Manuscript].
- Vrabel KR, Rø O, Martinsen EW, Hoffart A, Rosevinge JH. Five year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 22-8.
- Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Br J Med Psychol* 2001; 74[Pt 4]: 497-505.
- Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 1099-111.

SUMMARY

Attachment, mentalization and autonomy in anorexia nervosa and bulimia nervosa

G.S. KUIPERS, L.A. VAN DER ARK, M.H.J. BEKKER

BACKGROUND Attachment insecurity and difficulty with mentalization are common in patients with eating disorders and might be related to their symptoms and lack of autonomy.

AIM To investigate the role of attachment and mentalization in the course of anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN).

METHOD Patients with AN and BN were assessed at the start of treatment, and after 1 year and 1.5 years concerning attachment security and mentalization in relation to eating disorder and co-morbid symptoms and autonomy. The results at the start of treatment were compared to those of controls without an eating disorder.

RESULTS Attachment insecurity and low level of mentalization were more prevalent in patients than in controls, and associated with borderline personality disorder and/or self-injurious behaviour. Attachment security increased after 1 year of treatment. Recovery from eating disorder after 1 year was related to higher level of mentalization and improvement of autonomy. Low pre-treatment level of mentalization predicted persistence of eating disorder until 1.5 years of follow-up.

CONCLUSION Good mentalization is associated with recovery from eating disorder. More research on the effect of mentalization based treatment for patients with eating disorders, with or without borderline personality disorder, is recommended.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 148-156

KEY WORDS attachment, autonomy, eating disorders, mentalization