

Agressieregulatie bij eetstoornissen: evidentie voor een kortdurende module psychomotorische therapie¹

C. BOERHOUT, J.T. VAN BUSSCHBACH, M. VOSKAMP, N.A.C. TROQUETE, M. SWART, H.W. HOEK

ACHTERGROND Mensen met een eetstoornis blijken woede en agressie overmatig te internaliseren. Echter, tot dusver ontbrak een gerichte en onderbouwde interventie voor deze hardnekkige problematiek. Vanuit de praktijk van psychomotorische therapie (PMT) is een module agressieregulatie ontwikkeld om woede en agressie te leren inzetten tegen de destructieve invloed van de eetstoornis.

DOEL Testen van de effectiviteit van de PMT-module agressieregulatie.

METHODE De PMT-module agressieregulatie werd onderzocht in een eerste gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) op een polikliniek en een RCT op twee multidisciplinaire dagklinieken voor eetstoornissen. Uitkomstmaten waren het omgaan met woede, gemeten met de Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst (SECS) en de eetstoornissymptomen, gemeten met de Vragenlijst Eetproblemen (EDE-Q).

RESULTATEN De beide RCT's leverden het eerste bewijs van de toegevoegde waarde van PMT voor het reduceren van geïnternaliseerde woede. In het poliklinisch onderzoek was bovendien sprake van een significant sterkere afname van de eetstoornissymptomen in de interventiegroep in vergelijking tot de controlegroep.

CONCLUSIE Er is eerste evidentie voor de effectiviteit van PMT in het reduceren van onderdrukte en op zichzelf gerichte woede bij mensen met een eetstoornis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)8, 572-581

TREFWOORDEN agressie, eetstoornis, emotieregulatie, lichaamsgerichte therapie, psychomotorische therapie, woedecoping



ARTIKEL



Een onderbelicht aspect in de behandeling van patiënten met een eetstoornis is dat eetproblematiek voor een belangrijk deel gerelateerd is aan onderdrukte en op zichzelf gerichte woede en agressie (Truglia e.a. 2006). Woede en agressie zijn geassocieerd met het subtype eetstoornis, met de ernst van de stoornis, met comorbiditeit en met het therapieresultaat (Krug e.a. 2008). Er is behoefte aan een gerichte en onderbouwde interventie voor agressieregulatie bij deze doelgroep. Hierbij zou psychomotorische therapie (PMT) heel nuttig kunnen zijn.

PMT is een lichaams- en bewegingsgerichte vorm van vaktherapie met een traditie in het behandelen van agressieproblematiek bij diverse doelgroepen (Kuin 2005). Bij eet-

stoornissen heeft PMT een vaste plek in de behandeling van lichaamsbeleving, emotieregulatie en bewegingsgedrag (waaronder bewegingsdrang). Regulatie van woede en agressie is niet het eerste waar behandelaars en patiënten aan denken bij de doelgroep, terwijl het lichaam, het lichamelijke zelf, toch ernstig geweld wordt aangedaan (zie Truglia e.a. 2006 voor toelichting over het ernstig zelfbeschadigend gedrag).

Om recht te doen aan deze destructieve kant van de eetstoornis is vanuit de PMT een module agressieregulatie ontwikkeld als mogelijke interventie. In dit artikel geven wij op basis van het proefschrift van de eerste auteur (Boerhout 2017) een overzicht van de inhoud van de

interventie en de resultaten van twee gerandomiseerde effectstudies (gerandomiseerde gecontroleerde trial; RCT). De ene RCT werd uitgevoerd op de polikliniek Eetstoornissen van Lentis PsyQ Groningen, en de andere op de dagklinieken voor eetstoornissen van Lentis PsyQ Groningen en van GGNet Amarum in Zutphen (Boerhout e.a. 2016; 2017). Het doel van ons onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het effect van de interventie op het omgaan met woede en het effect op de eetstoornissymptomen. We beogen bij te dragen aan onderbouwing van de praktijk en aan de vereiste wetenschappelijke evidentie voor het vakgebied van de PMT. In overeenstemming met Europese onderzoeksrichtlijnen (ROAMER; Forsman e.a. 2015) sluit dit onderzoek aan bij het streven naar innovatie van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg.

Eetstoornissen en agressieregulatie

EETSTOORNISSEN

De DSM-5-classificatie van eetstoornissen maakt onderscheid tussen anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en – nieuw als aparte categorie – de eetbuistoornis, vaak aangeduid met de Engelse term *binge eating disorder* (BED). Er zijn twee restcategorieën, te weten, andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis (*other specified feeding or eating disorder*; OSFED) en ongespecificeerde voedings- of eetstoornis (*unspecified feeding or eating disorder*; UFED) (APA 2013; Hoek & Van Elburg 2014). Voor alle categorieën geldt dat patiënten zichzelf ernstige gezondheidsschade toebrengen. Met name AN gaat gepaard met hoge mortaliteitscijfers als gevolg van suïcide of uithongering (Arcelus e.a. 2011; Smink e.a. 2012).

Kenmerkend voor eetstoornissen zijn een hevige angst voor gewichtstoename en een preoccupatie met voedsel en lichaamsvormen. Afhankelijk van het type eetstoornis is het eetpatroon vaak ernstig verstoord door eetbuien en schadelijk compensatiegedrag, zoals braken, overmatig bewegen, onderkoeling en gebruik van laxantia, vetverbranders of diuretica. Bij ernstig ondergewicht behoort dwangbehandeling met sondevoeding tot de mogelijkheden (Elzackers 2017). De nieuwe zorgstandaard Eetstoornissen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) pleit voor inzet op vroegdetectie om de kans op een gunstig behandelverloop te vergroten (<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>).

EMOTIEREGULATIE

Een kenmerk van alle typen eetstoornissen is een verstoorde emotieregulatie, met name het vermijden en onderdrukken van emoties (Mallorquí-Bagué e.a. 2018). Het onderdrukken van emoties wordt onder meer in ver-

AUTEURS

CEES BOERHOUT, bewegingswetenschapper, hoofd arbeidstherapie/trajectbegeleiding, beeldende therapie en psychomotorische therapie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen; supervisor, masteropleiding Psychomotorische therapie, Hogeschool Windesheim, Zwolle.

JOOSKE VAN BUSSCHBACH, senior onderzoeker, Rob Giel Onderzoekcentrum, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen; lector Bewegen, Gezondheid en Welzijn, Hogeschool Windesheim, Zwolle.

MARJON VOSKAMP, psychomotorisch therapeut, Amarum Centrum voor Eetstoornissen, GGNet, Zutphen.

NADINE TROQUETE, onderzoeker, ten tijde van het onderzoek Lentis PsyQ, Groningen.

MARTE SWART, Gz-psycholoog in opleiding tot specialist, Lentis PsyQ, Groningen.

WIJBRAND HOEK, opleider psychiatrie, Parnassia Groep; hoogleraar Psychiatrie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen; hoogleraar Epidemiologie, Columbia University, New York.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Cees Boerhout, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.
E-mail: c.boerhout@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-5-2019.

band gebracht met woederegulatie, negatieve lichaamswaardering en *silencing the self*, ofwel een lage zelfwaardering gepaard aan een oriëntatie op de behoefte van anderen (Zaitsoff e.a. 2002; Norwood e.a. 2011). Vanuit de invalshoek van PMT gaat het in feite om *silencing the body*: patiënten met een eetstoornis leggen het lichaam het zwijgen op door zichzelf te reduceren tot een rationeel executief systeem dat het irrationele, emotionele lichaam controleert (Boerhout e.a. 2013). Mensen met een eetstoornis neigen er vaak toe emoties te vermijden.

Bij AN is vermijdingsgedrag een onderhoudende factor voor gevoelens van angst en depressie en voor de ernst van de eetstoornis (Wildes e.a. 2010). Voor deze patiënten heeft verstoring van emotieregulatie een negatieve invloed op het mentale vermogen om de ernst van de eigen situatie in te zien en daarop beslissingen te nemen (Elzackers 2017). Bij BN en BED gaan negatieve emoties vaak vooraf aan eetbuien (Lehr e.a. 2015). Met name woede en impulsiviteit kunnen hierbij een rol spelen (Engel e.a. 2007).

Er zijn aanwijzingen dat een verbetering in de waarneming van lichaamssignalen en regulatie van emoties een verminderd risico op eetproblematiek voorspelt na afloop van de behandeling (Preyde e.a. 2016). Onderzoekers geven aan dat verstoorde emotieregulatie meer aandacht verdient dan nu het geval is in de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie (Mallorquí-Bagué e.a. 2018).

AGRESSIEREGULATIE

Agressie is een multidimensioneel begrip. De term 'agressieregulatie' is gekozen als overkoepelend begrip, met inbegrip van de regulatie van onderliggende woede. Agressie is op te vatten als gedrag dat voortkomt uit woedegereguleerde emoties, cognities, impulsen of beelden, in gradaties van lichte naar hevige intensiteit. Het is bekend dat disfunctionele coping met woede verhoogde gezondheidsrisico's met zich meebrengt en het neurologisch functioneren belemmert (John & Gross 2004; Trnka & Stuchlikova 2011; Garfinkel e.a. 2015).

Agressie heeft doorgaans een negatief imago, geassocieerd met fysiek of verbaal geweld dat gecontroleerd dient te worden. Om te beginnen is herwaardering van dat imago nodig om te voorkomen dat agressie vermeden wordt en 'ondergronds' gaat in opgekropte woede. Herwaarderen van een emotie is een gezondere coping dan onderdrukken van de respons (John & Gross 2004). Een geslaagde agressieregulatie levert een bevrijdende en krachtige ervaring op met een potentieel positieve uitwerking op relaties (Kuppens e.a. 2004), copingvaardigheden (Monnier e.a. 1998), gedragsmotivatie (Garfinkel e.a. 2015), optimisme en resultaatverwachting (Gendolla & Silvestrini 2011). Woede kan als een bedreigende emotie ervaren worden door mensen met een eetstoornis (Harrison e.a. 2010; Ioannou & Fox 2009). Moeilijk te verdragen woede wordt egodystoon beleefd, verscholen achter de walging van het eigen lichaam (Fox & Harrison 2008). De geïnternaliseerde woede en agressie komen tot uitdrukking in zelfdestructief eet- en compensatiegedrag en een te kritisch zelfbeeld (Truglia e.a. 2006). Oefeningen met spiegel- en videoconfrontatie onthullen een hiermee verbonden overmatig kritisch en vaak vertekend lichaamsbeeld dat is omgeven met angst voor controleverlies en zelfbestraffende cognities (Boerhout 2004).

Herwaardering van woede en agressie bij eetstoornissen is hard nodig, samen met de noodzakelijke herwaardering van het eigen lichaam, dat zoveel geweld wordt aangedaan. Dit onderstreept het belang van een lichaams- en bewegingsgerichte benadering van agressieproblematiek, zoals wordt voorgestaan door PMT.

De interventie

ACHTERGROND

De module agressieregulatie werd bij de PMT binnen Lentis PsyQ Groningen ontwikkeld in een kliniek voor eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Praktijkervaringen toonden de noodzaak aan om agressieregulatie op te nemen in het behandelprogramma. Om dit nader te onderzoeken is een pilotstudie uitgevoerd naar de resultaten van de interventie. De studie leverde positieve bevindingen op voor patiënten die hun woede overmatig internaliseren (Boerhout & Van der Weele 2007). Het resultaat vormde de basis voor gerandomiseerd vervolgonderzoek naar de effectiviteit van de interventie bij eetstoornissen.

DOEL

Doel van de interventie is het verkrijgen van regie over de balans tussen internalisatie en externalisatie van woede, met aandacht voor gepaste timing en intensiteit van agressie in relatie met anderen. PMT beoogt interoceptieve waarneming van lichaamssignalen en emotionele expressievaardigheden te verbeteren op basis van 'leren en ervaren door doen'. Het gaat niet alleen om het leren omgaan met woede als bedreigende emotie, maar ook om het gebruik van woede als krachtig copingmechanisme tegenover bedreigingen van binnenuit of van buitenaf (Boerhout e.a. 2013).

De module start met educatie over woede en agressie in relatie tot de eetstoornis. De therapeut expliciteert het onderscheid tussen destructieve en constructieve agressie. De eerste staat voor verbaal of fysiek geweld tegen zichzelf of anderen, de tweede voor (sociaal) aanvaardbare agressie gericht tegen het valse zelf van de eetstoornis of tegen de ondermijnende invloed van anderen. Het gaat er niet om woede en agressie 'kwijt' te raken. Dat is een zowel theoretisch als praktisch onhoudbare wensgedachte (Bushman e.a. 1999). Het gaat erom woede te herwaarderen en te voelen als bron van kracht om destructieve agressie te kunnen ombuigen in constructief gedrag. De positieve betekenis van woede en agressie is vaak een eye-opener voor patiënten.

WERKWIJZE

Het moduleprotocol is semigestructureerd en bestaat uit zes wekelijkse bijeenkomsten van een uur met twee patiënten. De PMT'er maakt gebruik van slag-, stoot-, en werpmateriaal naast duw-, trek-, stem- en stoeivormen. Deze expressievormen worden aangeboden met op- en afbouw van kracht, afgestemd op de intensiteit van emoties, cognities, beelden en ervaringen.

TABEL 1 Groepsverschillen RCT polikliniek Eetstoornissen Lentis PsyQ Groningen; gemiddelde (SD), tenzij anders vermeld

	Interventiegroep	Controlegroep	p
Vrouwen (n)	17	12	
Leeftijd	25,12 (6,60)	30,75 (11,04)	0,09 ^a
Diagnose DSM-5 (n, AN;BN;BED)	3;11;3	6;5;1	0,17 ^b
BMI	22,3 (4,29)	19,53 (3,01)	0,07 ^a
Duur voorafgaande behandeling (in jaren)	4,94 (4,93)	8,17 (7,31)	0,17 ^a
Motivatie voor de interventie (n, gemotiveerd; neutraal; niet gemotiveerd)	14;3;0	8;4;0	0,33 ^b
Aantal ondersteunende contacten	6,29 (5,89)	8,75 (5,71)	0,17 ^c
Aantal keer interventie gevolgd	4,88 (1,93) ^d	n.v.t.	
Som van de contacten	11,17 (6,09)	8,75 (5,71)	0,29 ^a
Interventieperiode (in weken)	11,76 (3,96)	13,08 (3,20)	0,35 ^a
SECS woede-internalisatie bij aanvang	26,82 (6,66)	24,75 (7,05)	0,43 ^a
SECS woede-externalisatie bij aanvang	18,29 (4,19)	21,75 (7,86)	0,18 ^a
EDE-Q-totaalscore bij aanvang	3,82 (0,23)	3,13 (0,50)	0,24 ^a

AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; BED: binge eating disorder (eetbuisstoornis).

EDE-Q: Vragenlijst Eetproblemen; SECS: Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst.

^at-test, ^b χ^2 -toets, ^cU-toets van Mann-Whitney, ^dvoor degenen die de interventie gevolgd hadden (n = 15) gemiddeld aantal sessies 5,53 (SD: 0,64).

In de PMT-module wordt verbinding gemaakt tussen de lichaamsbeleving die bij de eetstoornis hoort en de drang tot lichamelijk handelen die bij agressie hoort. PMT gaat daarbij uit van een relationele benadering van lichamelijkheid en agressieregulatie. De relationele benadering binnen PMT houdt in dat iemand geen lichaam 'heeft', maar lichamelijk 'handelt' in een netwerk van betekenisrelaties. Zodoende 'heeft' iemand geen agressie (en kan die dus ook niet 'kwijtraken' door catharsis), maar 'handelt' agressief binnen een relationeel netwerk (Boerhout e.a. 2013; Roffman 2004).

In de module wordt gewerkt met symbolische werkvoorwerpen, zoals de 'agressiestraat', waarin met een knuppel in de hand de confrontatie wordt aangegaan met oude en actuele lasten die een bedreiging vormen voor herstel. Deelnemers ervaren hoe bevrijdend het kan zijn om stapsgewijs kracht in te zetten tegen overmatige schaamte en schuld, het taboe op vet, een kritische innerlijke stem, een gemis aan bestaansrecht, traumatische ervaringen, angst voor controleverlies of een dreigend gevoel van leegte dat kan optreden als de eetstoornis moet wijken. Loskomen van de eetgestoorde identiteit wordt bevorderd door (delen van) de eetstoornis op afstand te zetten en bijvoorbeeld te projecteren in een boksak. De fysieke en tegelijk doorvoelde expressie kan een ervaring van kracht en bevrijding opleveren. De deelnemers krijgen huiswerk mee om te oefenen met het constructief uiten van boosheid in stressvolle situaties (Boerhout e.a. 2013).

Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

POLIKLINISCHE RCT

De effectiviteit van de PMT-module agressieregulatie werd onderzocht in een eerste RCT op de polikliniek Eetstoornissen van Lentis PsyQ Groningen (Boerhout e.a. 2016). Uitkomstmaten waren het omgaan met woede, gemeten met de *Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst* (SECS; Van Elderen e.a. 1994) en de eetstoornissymptomen, gemeten met de *Vragenlijst Eetproblemen* (EDE-Q; Fairburn & Beglin 1994). Op basis van de pilotstudie (Boerhout & Van der Wee 2007) werden uitkomsten verwacht op internalisatie en externalisatie van woede. Patiënten kregen bij intake de mogelijkheid voorgelegd om mee te doen met de module aan het begin van hun individuele behandeltraject. Een onafhankelijke onderzoeksmedewerker zorgde voor de informatieverstrekking en het invullen van toestemmingsformulier en vragenlijsten. Hierna volgde de randomisatie in blokken van vier opeenvolgende patiënten, uitgevoerd door een externe medewerker. In totaal 40 deelnemers werden geïncludeerd en per tweetal toegewezen aan de agressiemodule plus ondersteunend contact, of aan een controlegroep met alleen ondersteunend contact. Ondersteuning was met name gericht op medicatie, gedrag, dieet en gewichtsherstel. Een psychomotorisch therapeut die niet betrokken was bij het pilotonderzoek bood de module aan. Van 15 patiënten uit de interventiegroep en 14 in de controlegroep waren voor- en nametingen beschikbaar.

TABEL 2 Uitkomsten RCT polikliniek Eetstoornissen Lentis PsyQ Groningen

Groepen	Interventiegroep		Controlegroep		Voor-nameting ^a		
	T1	T2	T1	T2	Verschil tussen gemiddelden interventie- en controlegroep		ES
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (95%-BI)	p	d
SECS woede-internalisatie	26,82 (6,66)	24,24 (5,72)	24,75 (7,05)	27,50 (7,50)	5,34 (0,55-10,13)	0,03	0,78
SECS woede-externalisatie	18,29 (4,19)	18,76 (3,33)	21,75 (7,86)	20,08 (6,08)	-2,14 (-5,57-1,29)	0,21	0,34
EDE-Q-totaalscore	3,82 (0,23)	2,85 (0,36)	3,13 (0,50)	3,07 (0,41)	0,91 (0,14-1,67)	0,02	0,76

EDE-Q: Vragenlijst Eetproblemen; SECS: Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst; ES: effectgrootte (Cohens d).

Steekproefgrootte interventiegroep: SECS: n = 17, EDE-Q: n = 11; controlegroep: SECS: n = 12; EDE-Q: n = 9.

^a t-test voor verschillen tussen gemiddelden.

Bij aanvang waren er geen statistisch significante verschillen tussen beide condities waar het gaat om de variabelen die zijn opgenomen in **TABEL 1**. Er werd extra gecontroleerd voor groepsverschillen op motivatie en comorbide trauma en depressie. Hieruit bleken geen verschillen in motivatie. Trauma en depressie waren in geen van beide groepen gediagnosticeerd.

Onafhankelijke t-toetsen werden uitgevoerd op de verschillen tussen de scores voor en na de module. Het resultaat wees uit dat deelname aan de module leidde tot een grotere reductie van geïnternaliseerde woede ($p = 0,03$; $d = 0,78$) en een grotere verbetering in eetstoornissymptomen ($p = 0,02$; $d = 0,76$) in vergelijking met de controlegroep (**TABEL 2**).

RCT OP TWEE DAGKLINIEKEN

PMT vindt vaak plaats in groepsverband binnen een multidisciplinaire behandelsetting. Vandaar dat een tweede RCT werd uitgevoerd op twee dagklinieken voor mensen met een eetstoornis: Lentis PsyQ Groningen en GGnet Amarum te Zutphen (Boerhout e.a. 2017). Ook in deze trial waren de SECS en de EDE-Q de uitkomstmaten. Onafhankelijke onderzoekersmedewerkers en andere psychomotorisch therapeuten dan in het voorgaande onderzoek werden ingezet op beide locaties.

Er konden 70 deelnemers worden gerandomiseerd óf naar *treatment as usual* óf naar *treatment as usual plus de module agressieregulatie*. De gebruikelijke behandeling bood een multidisciplinair programma met psychiatrische zorg, cognitieve gedragstherapie, PMT, sociotherapie, dieetmanagement, van 3-5 dagen per week, gedurende 3-9 maanden. Power in deze studie werd verkregen door een voldoende aantal deelnemers.

Bij aanvang werden geen verschillen gemeten tussen beide condities waar het gaat om de variabelen opgenomen in **TABEL 3**. Ook werden geen verschillen gemeten afzonderlijk per locatie. Er was één significant verschil tussen beide locaties, namelijk een hogere beginwaarde op internalisatie van woede bij de deelnemers in behandeling bij Amarum.

Het verschil in scores voor en na de module werd getest met een ANOVA voor herhaalde metingen. De resultaten lieten een grotere afname zien van internalisatie van woede in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep ($p = 0,001$, $\eta^2 = 0,16$). Dit verschil bleef significant bij controle voor het verschil in internalisatie tussen beide locaties bij aanvang. Beide groepen lieten een afname zien in eetstoornissymptomen, maar het verschil tussen de groepen was niet significant (**TABEL 4**).

DISCUSSIE

Met beide onafhankelijk van elkaar uitgevoerde trials levert de PMT eerste evidentie voor een innovatieve interventie die voorziet in de behoefte aan een gerichte behandeling van woede- en agressieproblematiek bij eetstoornissen. PMT leverde een significante bijdrage aan vermindering van internalisatie van woede, met name bij AN en BN. Bovendien verbeterden in de poliklinische trial de eetstoornissymptomen significant meer in de interventiegroep dan in de controlegroep. Dat in de dagklinische trial de eetstoornissymptomen even sterk verbeterden binnen de interventie- en de controlegroep komt mogelijk doordat de module slechts een beperkt onderdeel vormde binnen een intensief programma gericht op de eetproblematiek voor beide groepen.

Anders dan verwacht, gingen de scores op externalisatie in beide trials niet omhoog door deelname aan de interventie.

TABEL 3 Groepsverschillen RCT dagbehandeling eetstoornissen Lentis PsyQ Groningen en GGNet Amarum Zutphen (totaal van beide locaties); gemiddelde (SD), tenzij anders vermeld

	Interventiegroep*	Controlegroep*	p
Vrouwen	n = 38	n = 32	
Leeftijd	92%	97%	0,39 ^a
Diagnose DSM-5 (n, AN;BN;BED;OSFED)	25,00 (7,59)	23,34 (7,30)	0,36 ^b
BMI (n)	20;12;2;4	19;11;1;1	0,64 ^a
< 18,5 (M: 16,53; SD: 1,03)	n = 36	n = 32	0,82 ^a
18,5-24,9 (M: 20,79; SD: 1,62)	18	18	
> 24,9 (M: 28,63; SD: 2,07)	16	13	
Duur van voorafgaande behandeling (n)	2	1	
M	n = 32	n = 28	0,21 ^a
< 2 jaar	4,78 (5,20)	4,71 (6,97)	
2-5 jaar	13	9	
> 5 jaar	8	13	
Duur interventieperiode (weken)	11	6	
Scores bij aanvang	9,37 (2,30)	9,50 (2,83)	0,87 ^b
SECS woede-internalisatie	n = 37	n = 32	
SECS woede-externalisatie	30,46 (5,90)	29,90 (6,29)	0,71 ^b
EDE-Q-totaalscore	18,62 (5,80)	18,59 (4,76)	0,82 ^c
	n = 37	n = 30	
	3,41 (1,08)	3,41 (1,18)	1,00 ^b

AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa, BED: *binge eating disorder* (eetbuistoornis); OSFED: *other specified feeding or eating disorder* (andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis).

EDE-Q: Vragenlijst Eetproblemen; SECS: Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst.

^a χ^2 -toets, ^b t-test, ^c U-toets van Mann-Whitney.

* N varieerde vanwege missende data.

Dit kan mogelijk worden toegeschreven aan de hardnekkigheid van de problematiek, maar ook aan de negatieve inhoud van SECS-items die hierop betrekking hebben ('Wanneer ik kwaad of woedend ben, zeg ik hatelijke dingen', of '... maak ik sarcastische opmerkingen tegen andere mensen'). Dit kan leiden tot onderrapportage. Overigens is een hogere score op deze items ongewenst, omdat de inhoud niet past bij de constructieve expressie van kwaadheid die wordt nagestreefd in de interventie.

De patiënttevredenheid was hoog, waarbij het merendeel van de patiënten aangaf de module aan te raden aan anderen. Patiënten in beide studies adviseerden het aantal sessies uit te breiden.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van de trials is dat het onderzoek de reguliere procedures volgde in de klinische praktijk, waarbij de interventie was toegevoegd aan het standaardbehandelaanbod. Dit komt de validiteit en generaliseerbaarheid van de uitkomsten ten goede.

Er is in de poliklinische trial niet gekozen voor een ANOVA op de herhaalde metingen, zoals in de dagbehandelingtrial, vanwege het kleine aantal deelnemers. Met de onafhankelijke t-toets op de verschillen tussen de groepen in mate van verandering in de tijd, verliezen we de minste vrijheidsgraden. Vergelijking van veranderingen in de twee groepen op basis van verschil tussen voor- en nameting was mogelijk, omdat er bij aanvang geen significant verschil was tussen beide groepen.

Een beperking binnen beide studies is het gebruik van vragenlijsten. Zeker bij het meten van woede bij een internaliserende doelgroep is er risico op sociaal wenselijk antwoorden, ontkenning van woede, dan wel een gebrek aan bewustzijn van lichaamssignalen zoals bekend bij eetstoornissen (Fassino e.a. 2001; McEwan e.a. 2009). Bovendien, een retrospectieve evaluatie van woede meet nog niet de actuele omgang met woede en agressie. Daarvoor zijn aanvullende gedragsmaten nodig, waarvoor ook binnen PMT kansen voor onderzoek liggen. In het proefschrift van de eerste auteur werd ook een psychomotori-

TABEL 4 Uitkomsten RCT dagbehandeling eetstoornissen Lentis PsyQ Groningen en GGNet Amarum Zutphen

	Interventiegroep		Controlegroep		Voor-nameting ^a			ES
	T1	T2	T1	T2	Tijd	Groep	Tijd x Groep	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F (p)	F (p)	F (p)	η^2
SECS woede internalisatie	30,54 (6,07)	25,14 (5,53)	29,97 (6,41)	28,73 (6,48)	31,10 (< 0,001)	1,12 (0,29)	12,27 (0,001)	0,16
SECS woede-externalisatie	18,60(5,85)	19,20 (4,03)	18,57 (4,56)	17,83 (4,41)	0,02 (0,90)	0,43 (0,52)	1,69 (0,20)	0,03
EDE-Q-totaalscore	3,40 (1,08)	2,71 (1,31)	3,45 (1,08)	2,94 (1,26)	32,73 (< 0,001)	0,24 (0,63)	0,74 (0,40)	0,01

EDE-Q: Vragenlijst Eetproblemen; SECS: Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst; ES: Effectgrootte (η^2).

Steekproefgrootte interventiegroep: SECS: n = 35, EDE-Q: n = 34; controlegroep: SECS: n = 30, EDE-Q: n = 28.

^a ANOVA voor herhaalde metingen.

sche gedragsmaat voor agressieregulatie geïntroduceerd, de 'Methode voor Stamp Stoot Stem' (MSSS; Boerhout e.a. 2018).

Vervolgonderzoek

Replicatiestudies in verschillende behandelsettings zijn aangewezen, evenals studies naar de langetermijneffecten. Op geleide van de feedback van patiënten kan men overwegen te experimenteren met de behandelduur. Onderzoek bij homogene groepen kan mogelijke verschillen opleveren, bijvoorbeeld tussen mensen met AN, BN en BED. Ook onderzoek naar mogelijke werkingsmechanismen is nodig met gebruik van uitkomstmaten zoals lichaamsbewustzijn, lichaamswaardering, emotieherkenning, de gerichtheid van woede op het lichaam.

Er is meer zicht nodig op de interactie tussen de eetstoornis en de agressieproblematiek. Patiënt- en therapeutkarakteristieken kunnen meegenomen worden om zicht te krijgen op predictieve factoren. Ook zou onderzocht moeten worden wat het optimale moment is om de module aan te bieden binnen langer lopende behandelingen. In de studies met deelnemers die soms voor het eerst in behandeling kwamen, maar meestal al meerdere behandelingen achter de rug hadden, was het niet mogelijk om hier goed zicht op te krijgen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Press; 2013.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 724-31.
- Boerhout C. Het lichaam in beeld: voor de spiegel en op de video. *GGZ Wetenschappelijk* 2004; 8: 27-35.
- Boerhout C, van der Weele K. Psychomotorische therapie en agressieregulatie; Een pilotonderzoek. *Tijdschr vakther* 2007; 2: 11-8.

CONCLUSIE

Het lijkt verdedigbaar in een vroeg stadium de PMT-module agressieregulatie aan te bieden, omdat correlatiestudies laten zien dat onderdrukte woede een majeure rol speelt in het ziektebeeld van eetstoornissen, terwijl dit door de aard van de problematiek vaak niet meteen duidelijk is. De directe effecten lijken uit te wijzen dat de PMT-interventie in kort tijdsbestek een moeilijk te behandelen emotie tackelt die een rol kan hebben in het blokkeren van het hele behandelproces. Het onderzoek heeft eraan bijgedragen dat de module is opgenomen in de recent uitgekomen zorgstandaard Eetstoornissen (<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>).

NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, 'Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders; evidence-based treatment and performance-based measurement', (6 november 2017, Rijksuniversiteit Groningen): [https://www.rug.nl/research/portal/publications/psychomotor-therapy-and-aggression-regulation-in-eating-disorders\(9f49f72e-8770-4c08-b347-b43894c-b2dof\).html](https://www.rug.nl/research/portal/publications/psychomotor-therapy-and-aggression-regulation-in-eating-disorders(9f49f72e-8770-4c08-b347-b43894c-b2dof).html)

- Boerhout C, van Busschbach JT, Wiersma D, Hoek HW. Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body Mov Dance Psychother* 2013; 8: 241-53.
- Boerhout C, Swart M, van Busschbach JT, Hoek HW. Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement oriented intervention. *Eur Eat Disord Rev* 2016; 24: 114-21.
- Boerhout C, Swart M, Voskamp M, Troquete NAC, van Busschbach JT, Hoek HW. Aggression Regulation in Day Treatment of Eating Disorders: Two-Centre RCT of a Brief Body and Movement-Oriented Intervention. *Eur Eat Disord Rev* 2017; 25: 52-9.
- Boerhout C. Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders: evidence-based treatment and performance-based measurement [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2017.
- Boerhout C, van Busschbach JT, Vermerris SM, Troquete NAC, Hof AL, Hoek HW. Force production parameters as behavioural measures for anger expression and control: the method of Stamp Strike Shout. *PLoS ONE* 2018; 13: e0206494.
- Bushman BJ, Baumeister RF, Stack AD. Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies? *J Pers Soc Psychol* 1999; 76: 367-76.
- Elderen T van, Maes S, van der Kamp L, van der Ploeg H, Ensink J, Spielberger C. Handleiding bij de Zelf-Expressie en Controle vragenlijst. Leiden University, Leiden; 1994.
- Elzakkars IFFM. Weighing the options: Compulsory treatment, mental capacity and decision making in anorexia nervosa. [Proefschrift.] Utrecht: Universiteit Utrecht, 2017.
- Engel SG, Boseck JJ, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Smyth J, e.a. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior. *Behav Res Ther* 2007; 45: 437-47.
- Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994; 16: 363-70.
- Fassino S, Daga GA, Pierò A, Leombruni P, Rovera GG. Anger and personality in eating disorders. *J Psychosom Res* 2001; 51: 757-64.
- Forsman AK, Wahlbeck K, Aarø LE, Alonso J, Barry MM, Brunn M, e.a. Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. *Eur J Public Health* 2015; 25: 249-54.
- Fox JR, Harrison A. The relation of anger to disgust: The potential role of coupled emotions within eating pathology. *Clin Psychol Psychother* 2008; 15: 86-95.
- Garfinkel SN, Zorab E, Navaratnam N, Engels M, Mallorquí-Bagué N, Minati L, e.a. Anger in brain and body: the neural and physiological perturbation of decision-making by emotion. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2015; 11: 150-8.
- Gendolla GH, Silvestrini N. Smiles make it easier and so do frowns: masked affective stimuli influence mental effort. *Emotion* 2011; 11: 320.
- Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med* 2010; 40: 1887-97.
- Hoek HW, van Elburg AA. Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 187-91.
- Ioannou K, Fox JR. Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 336-47.
- John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers* 2004; 72: 1301-34.
- Krug I, Bulik CM, Vall-Llovera ON, Granero R, Agüera Z, Villarejo C, e.a. Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Res* 2008; 161: 195-205.
- Kuin F. Op tijd stoppen. In: De Lange J, Bosscher RJ, red. *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care; 2005. p. 43-68.
- Kuppens P, van Mechelen I, Meulders M. Every cloud has a silver lining: interpersonal and individual differences determinants of anger-related behaviors. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30: 1550-64.
- Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015; 49: 125-34.
- Mallorquí-Bagué N, Vintró-Alcaraz C, Sánchez I, Riesco N, Agüera Z, Granero R, e.a. Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: cross-sectional and longitudinal approach. *Eur Eat Disord Rev* 2018; 26: 53-61.
- McEwan TE, Davis MR, MacKenzie R, Mullen PE. The effects of social desirability response bias on STAXI-2 profiles in a clinical forensic sample. *Br J Clin Psychol* 2009; 48: 431-6.
- Monnier J, Hobfoll SE, Dunahoo CL, Hulsizer MR, Johnson R. There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety Stress Coping* 1998; 11: 247-72.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. *Zorgstandaard Eetstoornissen*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2017.
- Norwood SJ, Bowker A, Buchholz A, Henderson KA, Goldfield G, Flament MF. Self-silencing and anger regulation as predictors of disordered eating among adolescent females. *Eating Behav* 2011; 12: 112-8.
- Preyde M, Watson J, Remers S, Stuart R. Emotional dysregulation, interoceptive deficits, and treatment outcomes in patients with eating disorders. *Soc Work Ment Health* 2016; 14: 227-44.
- Roffman AE. Is anger a thing-to-be-managed? *Psychother Theor Res Pract Train* 2004; 41: 161-71.

- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 1-9.
- Trnka R, Stuchlikova I. Anger coping strategies and anger regulation. In: Trnka R, Balcar K, Kuska M, red. *Re-constructing emotional spaces: from experience to regulation*. Prague: College of Psychosocial Studies Press, 2011, p. 89-103.
- Truglia E, Mannucci E, Lassi S, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V. Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology* 2006; 39: 55-68.
- Wildes JE, Ringham RM, Marcus MD. Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 398-404.
- Zaitsoff SL, Geller J, Srikameswaran S. Silencing the self and suppressed anger: Relationship to eating disorder symptoms in adolescent females. *Eur Eat Disord Rev* 2002; 10: 51-60.

SUMMARY

Aggression regulation in eating disorders: evidence for a brief body and movement oriented intervention

C. BOERHOUT, J.T. VAN BUSSCHBACH, M. VOSKAMP, N.A.C. TROQUETE, M. SWART, H.W. HOEK

BACKGROUND Individuals with eating disorders tend to internalise their anger and aggression excessively. However, an evidence-based intervention, targeted on this persistent issue, was missing until now. Therefore, a body and movement oriented intervention was developed, which supports patients to reframe and redirect anger and aggression against the destructive influence of the eating disorder.

AIM To study the effectiveness of the aggression regulation intervention.

METHOD The intervention was tested in a first randomised controlled trial (RCT) in an outpatient setting and in a two-center RCT in a multidisciplinary day hospital setting. Coping with anger was measured by the Self-Expression and Control Scale (SECS). Eating disorder pathology was measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).

RESULTS Both RCTs delivered first evidence for the brief body and movement oriented intervention to reduce excessive anger internalisation in individuals with eating disorders. Moreover, in the outpatient trial the eating disorder pathology was significantly more reduced in the intervention group compared to the control group.

CONCLUSION There is first evidence for the effectiveness of a body and movement oriented approach of reducing excessive anger internalisation in individuals with eating disorders.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)8, 572-580

KEY WORDS aggression, anger coping, body-oriented therapy, eating disorder, emotion regulation, psychomotor therapy