

De predictieve waarde van psychologische variabelen voor het beloop van eetstoornissen bij adolescenten

door T. van der Ham, D.C. van Strien en H. van Engeland

Gepubliceerd in 1994, no. 5

Samenvatting

Onderzoeksresultaten naar prognostische factoren bij eetstoornissen zijn niet erg eenduidig. De aandacht richtte zich tot nog toe vooral op de predictieve waarde van eetgedrag, ziekte duur, comorbiditeit en demografische variabelen in groepen met gemengde eetstoornissen. De laatste tijd ontstaat echter meer aandacht voor de rol van psychologische en persoonlijkheidsfactoren.

In deze 4-jarige prospectieve follow-up-studie bij 90 eetgestoorde adolescenten wordt de predictieve waarde van genoemde variabelen alleen bevestigd bij de boulimische patiënten. De prognostische waarde van psychologische en persoonlijkheidsvariabelen, onderzocht met behulp van de Eating Disorder Inventory en de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst, blijken te verschillen voor anorectische of boulimische patiënten. Ongunstige prognostische factoren voor de anorectici zijn rijpingsangsten en algehele gevoelens van insufficiëntie ten opzichte van het volwassen worden. Bij de boulimici zijn vooral een lage zelfwaardering en sterke gevoelens van inadequaatie gerelateerd aan een slechte prognose, samen met een gestoord lichaamsbeeld en slecht interoceptief bewustzijn.

Inleiding

Betrouwbare predictoren, die onderscheiden tussen de meer kwaadaardige vormen van eetstoornissen en die met een meer goedaardig en begrensd beloop, kunnen van grote waarde zijn voor de geestelijke gezondheidszorg. De meeste studies naar prognostische factoren bij eetstoornissen richtten zich tot nog toe op de predictieve waarde van factoren die te maken hebben met eetgedrag, ziekte duur, comorbiditeit en met demografische variabelen. De laatste tijd komt er echter steeds meer belangstelling voor de relatie tussen psychologische en persoonlijkheidsvariabelen en het ontstaan en het beloop van eetstoornissen. Verschillende follow-up-studies (o.a. Halmi 1982; Sturzenberger 1977; Rosenvinge 1990; Ratnasuriya 1991; Herpertz-Dahlmann 1993) tonen aan dat patiënten weliswaar na verloop van tijd genezen van de eetstoornis, maar dat een belangrijk deel van hen blijft kampen met affectieve en persoonlijkheidsstoornissen en psychoseksuele problematiek.

Recentelijk publiceerden Steinhausen e.a. (1983a, 1991) en Herzog (1988) review-artikelen over de outcome en prognose van eetstoornissen. Het betrof hier voor het merendeel retrospectieve studies over volwassen patiënten. Ongunstige prognostische factoren bij volwassen anorexiapatiënten zijn: een extreem gewichtsverlies, boulimia, slechte relaties met de ouders, sociaal isolement, lage zelfwaardering, neurotische problematiek, obsessief-compulsieve of persoonlijkheidsstoornissen en alcoholmisbruik. Tegenstrijdige resultaten werden gevonden wat betreft de prognostische waarde van de leeftijd bij aanvang van de ziekte, aantal en duur van eerdere opnames en de ziekte duur. De meeste studies wijzen in de richting van een gunstige prognose bij aanvang van de ziekte in de puberteit of adolescentie en van een ongunstige prognose bij aanvang van de ziekte voor de puberteit (Dally 1969; Walford 1991) of op latere leeftijd. Geen predictieve waarde werd gevonden bij sociale klasse. Maddocks en Kaplan (1991) vonden dat een hoge mate van depressiviteit en ineffectiviteit en lage zelfwaardering bij boulimici een slechte outcome met zich meebrachten. Sohlberg, Norring en Rosmark (1992) vonden dat gebrek aan egosterkte en interpersoonlijk wantrouwen gerelateerd waren

aan een slechte prognose. Ook vonden zij dat rijpingsangsten een prognostische betekenis hadden, maar in hun studie waren deze, afhankelijk van het tijdstip waarop gemeten werd, zowel negatief als positief gerelateerd aan een slechte prognose.

Bij studies naar predictieve factoren bij adolescenten met eetstoornissen (Crisp 1977; Steinhausen 1983b; Bryant-Waugh 1988; Jarman 1991; Jeammet 1991) werden over het algemeen dezelfde ongunstige factoren gevonden als bij volwassen patiënten. De variabelen die in de volwassenenstudies echter tegenstrijdige predictieve waarden opleveren, vallen bij de adolescenten in de ongunstige categorie. Verder worden ook als ongunstige prognostische factoren gevonden: depressieve trekken, sterke meegaandheid of gedragsproblemen als kind, afkomstig zijn uit een éénoudergezin of uit een gezin waarin een van de ouders eerder getrouwd is geweest, gestoord lichaamsbeeld, premorbide obesitas. Geen predictieve waarde hadden het exclusieve gebruik van vasten of hyperactiviteit als middel tot vermagering, ziekteduur, geslacht en gewicht bij aanmelding.

Onze studie is een vierjarig prospectief follow-up-onderzoek, gericht op de predictieve waarde van zowel variabelen die met eetgedrag en achtergrond te maken hebben, als van psychologische en persoonlijkheidsfactoren voor het beloop van anorexia en boulimia nervosa bij adolescenten.

Methode

Alle 90 eetgestoorde patiënten die zich op de polikliniek voor jeugdpsychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht meldden in de jaren 1983 tot 1987, volgden wij prospectief over vier jaar. In deze periode zagen wij elke patiënt viermaal: bij aanmelding, een jaar later en daarna tweemaal met een tussenpoos van anderhalf jaar.

Bij aanmelding werden gegevens verzameld over geslacht, leeftijd, ziekteduur, gewicht en gewichtsverlies, eerdere behandeling, opleiding, werk en sociale klasse. Ook werd een uitgebreide familieanamnese afgenomen waarbij de ouders werden geïnterviewd. Op de vier meetpunten werden alle patiënten steeds door dezelfde psychiater ondervraagd met behulp van een semi-gestructureerd interview. De interviewer was in geen der gevallen de behandelaar. Gegevens verkregen uit dit interview werden gescoord volgens het Morgan en Russell Outcome- Schedule (Morgan en Hayward 1988). De schalen, zoals door ons gebruikt, zien er als volgt uit:

<i>Schaal</i>	<i>Subschaal</i>	<i>slecht-goed</i>
A. Anorectische toestand	A1. Beperking van voedsel- inname	1-4
	A2. Preoccupatie met voedsel	1-3
	A3. Lichaamsgewicht	1-4
B. Boulimische toestand	B1. Vreetbuien	1-4
	B2. Braken	1-4
C. Menstruatie	C. Menstruatiepatroon	1-3
D. Psychische toestand	D. Psychisch functioneren	1-3
E. Psychoseksuele toestand	E1. Seksuele houding	1-3
	E2. Seksueel gedrag	1-3
F. Psychosociale toestand	F1. Relatie met ouders	1-3
	F2. Losmaking van het gezin	1-3
	F3. Vrienden	1-3
	F4. School/werkprestaties	1-3
De Average Outcome Score = A+B+C+D+E+F		

Wij zagen ons genoodzaakt het Morgan en Russell Outcome-Schedule enigszins aan te passen omdat in onze patiëntengroep een groot aantal patiënten boulimisch gedrag vertoont en de Morgan en Russell-schalen hierin niet voorzien. Een hoge Average Outcome Score (AOS) betekent een goede uitkomst van het ziektebeloop, een lage AOS-score een slechte.

Behalve de schaal psychosociale toestand is de betrouwbaarheid van de Morgan en Russell-schalen goed (Cronbachs alpha .70, Nunnally 1978). De intra-judge betrouwbaarheid van de interviewer in de scoring op de Morgan en Russell-schalen over een periode van vijf jaar bereikte een gemiddelde kappa van .60 (Cohen 1988).

De patiënten werden onderworpen aan een schriftelijke eetest (Eating Disorder Inventory (EDI), Garner e.a. 1983). De EDI is een vragenlijst met 64 items, welke het multidimensionele karakter van anorexia en boulimia nervosa onderzoekt. De test bestaat uit acht subschalen die verschillende psychologische constructen vertegenwoordigen, welke als essentieel voor eetstoornissen worden beschouwd. Deze subschalen zijn: magerzucht, boulimia, onvrede met het lichaam, ineffectiviteit, perfectionisme, interpersoonlijk wantrouwen, interoceptief bewustzijn en rijpingsangst. Ook werden patiënten onderworpen aan de Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst (NPV) (Luteijn e.a. 1975). De NPV onderzoekt zeven persoonlijkheidskenmerken: inadequatie, sociale inadequatie, rigiditeit, verongelijkheid, zelfgenoegzaamheid (egoïsm), dominantie en zelfwaardering.

De betrouwbaarheid en validiteit van de EDI en de NPV voor de Nederlandse adolescenten is goed bevonden (Van Furth 1991; Van Furth e.a. 1990). Deze beide testen werden niet door alle patiënten ingevuld. De NPV werd niet helemaal vanaf het begin van het onderzoek gebruikt en de EDI werd pas vanaf 1985 in het onderzoek toegepast. Voordien werd met de Eating Attitude Test gewerkt.

Het onderzoek is geen behandelingsevaluatie. Gegevens over de behandeling van de patiënten waren incompleet. Voor zover ons bekend waren de behandelingen zeer divers in aard en intensiteit.

Tabel 1 geeft een overzicht van de DSM-III-R-diagnose bij intake en bij follow-up 1, 2 en 3 (APA 1987). Het percentage uitvallers bij follow-up 3 is hoog (38%). Bij nadere bestudering bleek deze groep significante verschillen te vertonen met de patiënten die bleven meewerken. Dit betrof onder andere meer psychopathologie in de gezinsachtergrond, een lager opleidingsniveau en hogere scores op de NPV-schalen verongelijkheid en zelfgenoegzaamheid (Van Strien e.a. 1992). Door het hoge uitvalspercentage bij de atypischen is deze groep niet nader geanalyseerd op predictieve factoren.

Om statistische redenen hebben wij alle patiënten met boulimische kenmerken (anorexia met boulimia, boulimia na anorexia, normal-weight boulimia en atypischen met boulimia (6 van de 22)) samengevoegd tot één groep (Herzog en Norman 1985). Voor het berekenen van de predictieve waarde van de variabelen maakten wij gebruik van Multiple Regressie Analyse (SSPC Method Stepwise). Hierbij hebben wij steeds een analyse gemaakt voor de hele groep (anorectici, boulimici en atypischen te zamen) en voor de anorectische en de boulimische groep afzonderlijk.

Tabel 1: DSM-III-R-classificatie bij intake en groeps grootte bij intake en follow-up 1, 2 en 3

DSM-III-R-classificatie	bij intake	int.	f1	f2	f3
anorexia nervosa	n = 41	41	33	28	25
anorexia nervosa met boulimia nervosa	n = 11	} 33*	30	26	24
boulimia nervosa na anorexia nervosa	n = 14				
normal weight boulimia	n = 2				
eetstoornis NAO (atypisch)	n = 22*	16	10	8	7
totaal	n = 90	90	73	62	56

* Alle patiënten met boulimia werden samengevoegd in een groep boulimici, inclusief 6 atypische patiënten met boulimia.

Resultaten

Kenmerken van de patiëntengroep bij aanmelding - Van de 90 patiënten waren er 85 meisjes en 5 jongens. De gemiddelde leeftijd bij aanmelding was 15.4 jaar (anorectici 15 jr., range 10.6-19.1; boulimici 15.7 jr., range 13-20.8). De gemiddelde ziekte duur bij aanmelding was 1.8 jaar (anorectici 1.86 jr., range 0.5-7.2; boulimici 1.88 jr., range 0.4-4.8). Het gemiddelde gewicht bij aanmelding was 49 kg (anorectici 43.2 kg, range 30-52.3; boulimici 55.4 kg, range 38-79). Het gemiddelde gewichtsverlies (voor groei gecorrigeerd) van de anorectici bij aanmelding was 27.1% (range 10-43%) en van de boulimici 11.5% (range 0-32%).

De helft van de patiënten had voor aanmelding niet eerder hulp gezocht voor de eetproblemen, eenderde had een somatische opname achter de rug en de rest had hulp gezocht bij een RIAGG of een diëtiste.

De Eating Disorder Inventory werd ingevuld door 42 patiënten. De groep die de test niet invulde, bleek gemiddeld significant ($p < .05$) jonger bij aanvang van de ziekte, jonger bij aanmelding, lager opgeleid en minder behandeld dan de groep die de test wel kreeg voorgelegd. Vergeleken met een eetgestoorde adolescente populatie (Van Furth 1991) was de gemiddelde score van de anorectische groep laag op de schaal boulimie; gemiddeld op de schalen magerzucht, onvrede met het lichaam en perfectionisme; hoog op de schalen ineffectiviteit, interpersoonlijk wantrouwen, interoceptief bewustzijn en rijpingsangsten. De gemiddelde score van de boulimische groep was zeer hoog op de schalen interpersoonlijk wantrouwen en interoceptief bewustzijn en hoog op alle andere schalen.

De Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst werd ingevuld door 61 patiënten. De groep die de test niet invulde, bleek gemiddeld significant jonger bij aanvang van de ziekte, was lager opgeleid en had een groter gewichtsverlies bij aanmelding. Vergeleken met normale adolescenten waren de gemiddelde scores van zowel de anorectische als de boulimische groep laag op de schaal zelfwaardering; gemiddeld op de schalen sociale inadequaatie, verongelijkheid, zelfgenoegzaamheid en dominantie; hoog op de schaal inadequaatie. De anorectici waren meer rigide (boven gemiddeld) dan de boulimici (gemiddeld).

Outcome - De globale toestand van de patiënten werd gemeten met behulp van de Average Outcome Score (AOS) van de Morgan en Russell- schalen. Een AOS tussen 3.28 en 2.53 betekent een goede score, tussen 2.52 en 1.77 een matige score en tussen 1.76 en 0 een slechte score.

Van de hele groep scoorde na vier jaar (follow-up 3) 70% goed, 25% matig en 5% slecht. Voor de anorectici waren deze scores: 68% goed, 28% matig en 4% slecht, en voor de boulimici: 79% goed, 13% matig en 8% slecht.

Predictieve waarde - Vier verschillende Multiple Regressie Analyses werden uitgevoerd om separaat de predictieve waarde te berekenen van de achtergrondvariabelen (A), de Morgan en Russell-schalen (B), de Eating Disorder Inventory (C) en de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (D) ten opzichte van de Average Outcome Score bij follow-up 2 (2.5 jaar na intake) en follow-up 3 (4 jaar na intake). De resultaten zijn weergegeven in tabel 2.

A.Achtergrondvariabelen. Voor de boulimici is een korte ziekteduur bij intake een voorspeller voor een gunstig beloop (= hoge AOS-score) bij follow-up 2 en 3.

B.Morgan en Russell-subschalen. Voor de hele groep zijn de belangrijkste predictieve factoren voor een slechte prognose het gestoorde lichaamsbeeld en slechte relaties met de ouders. Een ernstig verstoord lichaamsbeeld verklaart 16% van de variantie van de Average Outcome Score bij follow-up 2 en 10% van de AOS bij follow-up 3. Slechte relaties met de ouders voegen respectievelijk 8 en 16% aan deze verklaarde variantie toe. Deze twee predictieve factoren vinden we met name terug bij de boulimische groep. Een gestoord lichaamsbeeld verklaart 31% van de variantie van de AOS bij follow-up 2, en slechte gezinsrelaties voegen daar 26% aan toe. De aanwezigheid van braken is bij de boulimici ook een ongunstige prognostische factor en voegt 22% toe aan de verklaarde variantie van de AOS. Daarentegen is het voorkomen van vasten bij boulimici in dit onderzoek een gunstige factor. Ongunstige predictieve variabelen bij anorectici zijn: slecht psychisch functioneren (d.w.z. een abnormale of dysfore stemming), een inadequate houding ten opzichte van seksualiteit en onvoldoende losmaking van het ouderlijk gezin. Deze drie variabelen verklaren respectievelijk 39%, 18% en 9% (samen 66%) van de verklaarde variantie van de AOS bij follow-up 2.

C.Eating Disorder Inventory (EDI). Voor de hele groep zijn een hoge mate van rijpingsangst en perfectionisme ongunstige prognostische factoren. Bij nader onderzoek blijkt rijpingsangst vooral voor de anorectici een hoge voorspellende waarde te hebben. Deze variabele verklaart 42% van de variantie van de AOS bij follow-up 2 en 59% bij follow-up 3. Voor de boulimici is vooral gebrek aan

interoceptief bewustzijn een ongunstige predictieve factor. Deze variabele verklaart 60% van de variantie van de AOS bij follow-up 2 en 45% bij follow-up 3.

Tabel 2: Overzicht van de resultaten van 4 Multiple Regression Analyses ($p < .05$) voor de hele groep, de anorectische en de boulimische groep. Predictieve waarde (R^2) voor de Average Outcome Score (AOS) bij follow-up 2 en 3

		follow-up 2					follow-up 3				
		N	R^2	Beta	T	p	N	R^2	Beta	T	p
hele groep											
ziekteduur	A	56	.08	-.2821	-2.161	.0351	50	.16	-.3946	-2.975	.0046
gezinsrelaties	B	46	.08	.2786	2.088	.0427	40	.16	.3513	2.447	.0193
gestoord lichaamsbeeld	B	46	.16	.3803	2.851	.0067	40	.10	.3133	.2182	.0355
rijpingsangsten	C	30	.19	-.4406	-2.597	.0148	31	.25	-.7047	-4.024	.0004
perfectionisme	C						31	.12	.3933	2.246	.0328
zelfwaardering	D	40	.18	.4213	2.864	.0068	41	.19	.4338	3.007	.0046
anorectici											
psychisch functioneren	B	19	.39	.5313	3.135	.0064	16	.55	.5130	3.762	.0027
vrienden	B	19	.17	.4247	2.506	.0234					
seksuele houding	B						16	.18	.3605	2.516	.0271
losmaking van gezin	B						16	.09	.3227	2.410	.0329
rijpingsangsten	C	14	.42	-.6458	-2.930	.0216	13	.59	-.7707	-4.011	.0020
sociale inadequatie	D						15	.31	-.6561	-3.214	.0074
zelfgenoegzaamheid	D						15	.21	.4693	2.299	.0402
boulimici											
ziekteduur	A	23	.46	-.7853	-5.316	.0001	21	.40	-.6284	-3.521	.0023
eerdere behandeling	A	23	.11	.3482	2.277	.0339					
gestoord lichaamsbeeld	B	23	.31	.6779	4.843	.0001					
braken	B	23	.22	.4410	3.167	.0051					
vasten	B	23	.12	-.3418	-2.505	.0215					
gezinsrelaties	B	21	.26	.5107	2.589	.0180					
interoceptiefbewustzijn	C	14	.60	-.7762	-4.264	.0011	14	.45	-.6748	-3.167	.0081
zelfwaardering	D	21	.34	.4401	2.397	.0276	21	.33	.5748	3.062	.0064
sociale inadequatie	D	21	.13	-.3923	-2.137	.0466					

Analyse A = Achtergrondvariabelen
 B = Morgan en Russell-schalen
 C = Eating Disorder Inventory
 D = Nederlandse Persoonlijheids Vragenlijst

D. Nederlandse Persoonlijheids Vragenlijst (NPV). Voor de hele groep is weinig zelfwaardering een ongunstige prognostische factor voor beide follow-ups. Bij de anorectici voorspellen een gebrek aan zelfgenoegzaamheid en een hoge mate van sociale inadequatie een slechte uitkomst. Bij de boulimici verklaart de variabele 'gebrek aan zelfwaardering' 34% van de variantie van de AOS bij follow-up 2 en 33% bij follow-up 3. Sociale inadequatie speelt bij hen dezelfde rol als bij de anorectici.

E. Beste predictie. Wanneer we onderzoeken welke van de variabelen met een significante predictieve waarde uit de voorgaande analyses de beste predictoren zijn ten opzichte van de Average Outcome Score bij follow-up 1, 2 en 3, vinden we de resultaten zoals weergegeven in tabel 3. Vanwege het geringe aantal patiënten dat de EDI invulde en het hoge uitvalspercentage zijn de groepsaantallen in deze analyse klein. De groepsgrootte bij follow-up 1, 2 en 3 is respectievelijk $n = 26$, $n = 24$ en $n = 22$.

Tabel 3: Overzicht van de beste predictoren (R₂) voor de Average Outcome Score (AOS) bij follow-up 1, 2 en 3, geanalyseerd met behulp van Stepwise Multiple Regression (p < .05)

	follow-up 1				follow-up 2				follow-up 3			
	R ₂	Beta	T	p	R ₂	Beta	T	p	R ₂	Beta	T	p
hele groep	n = 26				n = 24				n = 22			
rijpingsangsten	.14	-.5054	-3.962	.0009	.28	-.6368	-3.725	.0013	.36	-.7329	-4.300	.0004
boulimia	.12	-.4290	3.695	.0017								
vreetbuien					.15	-.3989	-2.334	.0296	.14	-.4008	-2.351	.0297
preoccupatie	.17	.5925	4.477	.0003								
menstruatie	.13	.4632	4.403	.0003								
vrienden	.11	.3797	3.561	.0022								
seksueel gedrag	.10	-.3526	-2.588	.0186								
ziekteduur	.07	-.2445	-2.298	.0337								
anorectici	n = 11				n = 11				n = 10			
rijpingsangsten	.76	-.5540	-3.471	.0084	.60	-.7714	-3.636	.0054	.66	-.8133	-3.953	.0042
seksueel gedrag	.13	.4769	2.989	.0174								
boulimici	n = 10				n = 10				n = 10			
gest. lich.beeld	.48	.6940	2.727	.0260								
zelfwaardering					.46	.8412	6.615	.0006				
inadequatie					.37	-.7275	-5.933	.0010				
boulimia					.09	.3601	2.685	.0363				
zelfgenoegzaamheid									.60	-.6728	-6.848	.0002
ineffectiviteit									.33	-.5857	-5.961	.0006

Voor de hele groep hebben we een hoge mate van rijpingsangsten en boulimisch gedrag (boulimia en/of vreetbuien) predictieve waarde voor alle tijdstippen. De predictieve waarde van rijpingsangsten neemt over de tijd toe (respectievelijk 14.28 en 36% van de verklaarde variantie van de AOS bij follow-up 1, 2 en 3). De aanwezigheid van boulimia en/of vreetbuien voegt een min of meer constant percentage van 15% aan de verklaarde variantie toe.

Bij de anorectici valt de hoge en constante predictieve waarde van de rijpingsangsten op (76, 60 en 66% van de verklaarde variantie van de AOS). Bij de boulimici lijkt het beeld op het eerste gezicht wat meer versnipperd. Bij follow-up 1 is een gestoord lichaamsbeeld een ongunstige prognostische factor. Bij follow-up 2 zijn de belangrijkste predictieve factoren voor een slechte uitkomst een lage zelfwaardering en een hoge mate van inadequatie. Een hoge mate van zelfgenoegzaamheid en sterke ineffectiviteitsbeleving voorspellen een slechte prognose bij follow-up 3.

Discussie

Wij zijn ons ervan bewust dat de besproken resultaten gebaseerd zijn op kleine groepsaantallen, met name waar het de EDI en de beste predictie betreft. Multiple Regressie Analyse bij kleine groepen is discutabel en kan instabiele uitkomsten geven. Aanbevelingen van methodologen variëren van minimaal 5 tot 25 proefpersonen per predictor, waarbij de meeste ten minste 10 proefpersonen aanbevelen (Steketee 1992). Bovendien is de betrouwbaarheid van een van de Morgan en Russell-schalen en de intrajudge-betrouwbaarheid niet maximaal. Daarom dienen de resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

De door Steinhausen e.a. (1983a, 1991) en Herzog e.a. (1988) gevonden resultaten worden in deze studie bevestigd. Ongunstige prognostische factoren zijn slechte gezinsrelaties en een lange ziekteduur. Slechte uitkomst correleert met veel vreetbuien, veel braken en een gestoord

lichaamsbeeld. In onze studie hebben deze factoren echter alleen predictieve waarde voor het ziektebeloop van de boulimische groep, maar niet voor dat van de anorectische patiënten.

Als niet door Steinhausen en Herzog genoemde factoren voor een ongunstige prognose komen in deze studie bij de anorectici de volgende variabelen naar voren: onvoldoende losgekomen zijn van het ouderlijk gezin en een inadequate houding ten opzichte van seksualiteit.

Psychologische factoren blijken in onze studie een grotere predictieve waarde te hebben dan de gedragsmatige en de achtergrondvariabelen. In tegenstelling tot de resultaten van Sohlberg, Norring en Rosmark (1992) is de prognostische waarde van rijpingsangsten in deze studie eenduidig. Weinig rijpingsangst correleert met een goede outcome en vice versa. Hier rijst het beeld op van het door Crisp (1985) beschreven anorectische meisje, wanneer hij stelt dat anorexia nervosa een poging is om het hoofd te bieden aan een crisis in de volwassenwording. Hij herkent bij anorectici sterke onzekerheidsgevoelens en een onvoldoende toegerust zijn voor de overstelpende eisen van de volwassenheid. Dit wordt in deze studie bevestigd door hoge scores van de anorectici op ineffectiviteit, interpersoonlijk wantrouwen en inadequate.

Bij de boulimici komt een iets ander beeld naar voren. Predictieve factoren voor een ongunstig beloop zijn voor hen vooral de door Bruch (1962, 1973, 1977) genoemde perceptuele en conceptuele stoornissen: een ernstig gestoord lichaamsbeeld, een verstoord interoceptief bewustzijn en sterke insufficiëntiegevoelens. Maar bij de boulimici lijkt deze insufficiëntiebeleving minder te maken te hebben met hulpeloos staan ten opzichte van de eisen van de volwassenheid alswel met een algemeen gevoel waardeloos te zijn, geen zelfwaardering en zelfvertrouwen te hebben. Als beste predictor blijven bij de boulimici persoonlijkheidskenmerken over, en bij hen lijken insufficiëntie en depressiviteit (hoge scores op inadequate) dan ook meer met de persoon verbonden te zijn, terwijl bij de anorectici depressiviteit meer als begeleidende dysfore stemming (slechte scores op psychisch functioneren) aanwezig lijkt te zijn.

Een ander aandachtspunt is voor welke fase van het ziektebeloop een predictieve factor van belang is. Voor de anorectici is rijpingsangst gedurende het hele beloop in ongeveer gelijke mate van belang. Hetzelfde geldt voor een depressieve stemming. Factoren rond zelfstandig en volwassen worden (sociale inadequate, losmaking van het gezin, vrienden) zijn meer van belang in de eerste jaren na intake.

Bij de boulimici zijn een lange ziekteduur bij intake, slecht interoceptief bewustzijn en lage zelfwaardering van belang voor de lange-termijnprognose. Een gestoord lichaamsbeeld is belangrijk in de eerste jaren na intake.

Het lijkt er dus op dat zowel bij de anorectici als bij de boulimici psychologische en persoonlijkheidsfactoren het meest van belang zijn voor het ziektebeloop op de lange duur. Replicatie van deze bevindingen met een grotere onderzoekspopulatie is gewenst.

Literatuur

American Psychiatric Association (1988), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,

third revised edition. American Psychiatric Association, Washington D.C.

- Bruch, H. (1962), Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973), *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York.
- Bruch, H. (1977), Psychological antecedents of anorexia nervosa. In: R.A. Vigersky (red.), *Anorexia nervosa*. Raven Press, Londen, 1.
- Bryant-Waugh, R., J. Knibbs, A. Fosson e.a. (1988), Long-term follow-up of patients with early-onset anorexia nervosa. *Archives of Diseases in Childhood* 63, 5- 9.
- Cohen, J. (1988), *Statistical Power Analyses for the Behavioral Sciences*, second edition. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale (NY).
- Crisp, A.H., R.L. Palmer en R.S. Kalucy (1977), The long-term prognosis in anorexia nervosa. Some factors predictive of outcome. In: R.A. Vigersky (red.), *Anorexia nervosa*. Raven Press, Londen, 55.
- Crisp, A.H. (1980), *Anorexia nervosa, let me be*. Grune & Stratton, New York.
- Dally, P.J. (1969), *Anorexia nervosa*. Grune & Stratton, New York.
- Furth, E.F. van, M. Richardson en D.C. van Strien (1990), *Reliability, Validity and Normative Data for the Dutch Personality Questionnaire (DPQ) in Eating Disorder Patients and Non-Patient Samples*. Research Report Department of Clinical Psychology and Health, University of Utrecht.
- Furth, E.F. van (1991), *Parental expressed emotion and eating disorders*. Elinkwijk, Utrecht.
- Garner, D.M., M.P. Olmsted en J. Povily (1983), Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 2, 15-34.
- Halmi, K.A., en J.R. Falk (1982), Anorexia nervosa: a study of outcome discriminators in exclusive dieters and bulimics. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 21, 369-375.
- Herpertz-Dahlmann, B., en H. Remschmidt (1993), Depression and Psychosocial Adjustment in Adolescent Anorexia Nervosa. A Controlled 3-year Follow-Up Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 2, issue 3, 146-154.
- Herzog, D.B., en D.K. Norman (1985), Subtyping Eating Disorders. *Comprehensive Psychiatry* 26, 375-380.
- Herzog, D.B., M.B. Keller en Ph.W. Lavori (1988), Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa; A review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 131-143.
- Jarman, F.C., W.S. Rickards en I.L. Hudson (1991), Late adolescent outcome of early onset anorexia nervosa. *J. Paediatr. Child Health* 27, 221-227.
- Jeammet, P., G. Brechon, C. Payan, A. Gorge en J. Fermanian (1991), Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'enfant XXXIV*, 2, 381-442.

Luteijn, F., J. Starren en H. van Dijk (1975, 1985), *Handleiding bij de NPV*. Swets & Zeitlinger BV, Lisse.

Maddocks, S.E., en A.S. Kaplan (1991), The Prediction of Treatment Respons in Bulimia Nervosa; a Study of Patient Variables. *British Journal of Psychiatry* 159, 846-849.

Ratnasuriya, R.H., I. Eisler, G.I. Szmukler en G.F.M. Russell (1991), Anorexia nervosa: Outcome and Prognostic Factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry* 158, 495-502.

Rosenvinge, J.H., en S.O. Moulund (1990), Outcome and Prognosis of Anorexia Nervosa: a retrospective study of 41 subjects. *British Journal of Psychiatry* 156, 92- 97.

Sohlberg, S.S., C.E.A. Norring en B.E. Rosmark (1992), Prediction of the course of Anorexia nervosa/Boulimia nervosa over three years. *International Journal of Eating Disorders* 12, 121-131.

Steinhausen, H.C. (1983a), Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings. *Psychological Medicine* 13, 239-249.

Steinhausen, H.C., en K. Glanville (1983b), A longterm follow-up of adolescent anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 68, 1-10.

Steinhausen, H.C., C. Rauss-Mason en D. Seidel (1991), Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine* 21, 447-454.

Steketee, G., en D.L. Chambless (1992), Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review* 12, 387-400.

Strien, D.C. van, T. van der Ham en H. van Engeland (1992), Drop-out characteristics in a follow-up study of 90 eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders* 12, 341-343.

Sturzenberger, S., P. Dennis, P. Cantwell, J. Burroughs, B. Salkin en J.K. Green (1977), A Follow-Up Study of Adolescent Psychiatric Inpatients with Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 16, 703-715.

Walford, G., en N. McCune (1991), Long-term Outcome in Early-Onset Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry* 159, 383-389.

Summary: The predictive value of psychological variables for the course of eating disorders of adolescents

Results of studies on predictives factors in eating disorders are not very clear up till now. Attention was focused primarily on the predictive value of eating behaviour, duration of illness, comorbidity and demographic variables in groups with mixed eating disorders, but lately more studies were published concerning the influence of psychological and personality features. In this four year follow-up study of 90 eating disordered adolescent patients predictive value of the behavioral and demographic variables is confirmed in the bulimic patients only. The prognostic value of psychological variables and personality characteristics analysed with the Eating Disorder Inventory and the Dutch Personality Questionnaire appear to be different for anorexic and bulimic patients. Unfavorable prognostic variables for anorexics are maturity fears and feelings of

ineffectivity towards the demands of adulthood. For the bulimic patients low self esteem and strong feelings of inadequacy are related to a poor prognosis, together with a disturbed body image and poor interoceptive awareness.

De auteurs zijn respectievelijk psycholoog/onderzoeker (poli Jeugdpsychiatrie, AZU), psychiater (poli Jeugdpsychiatrie, AZU) en hoofd van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie (AZU).

Correspondentieadres: prof. dr. H. van Engeland, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 1-2-1994.