

De betekenis van perfectionisme bij eetstoornissen

Een vergelijkend onderzoek

B. SOENENS, W. NEVELSTEEN, W. VANDEREYCKEN

ACHTERGROND Uit diverse onderzoeken blijkt een consistente samenhang tussen perfectionisme en eetstoornissen of daar aan gerelateerde symptomen. Perfectionisme is echter geen eenduidig, maar een multidimensionaal concept.

DOEL Dit onderzoek bij patiënten met eetstoornissen gaat de relevantie na van het onderscheid tussen maladaptief en adaptief perfectionisme. Verder wordt onderzocht of perfectionisme ook persisteert na behandeling van de eetstoornis.

METHODE Een groep patiënten met een eetstoornis ($n=122$) werd vergeleken met een normale controlegroep ($n=48$) met behulp van vragenlijsten betreffende klinische maten en het onderscheid tussen adaptief en maladaptief perfectionisme. Bovendien werd bij een deel van de patiënten een meting gedaan bij het einde van de klinische behandeling van de eetstoornis.

RESULTATEN De eetstoornisgroep en de controlegroep verschilden vooral wat betreft maladaptief perfectionisme en binnen de eetstoornisgroep voorspelde alleen maladaptief perfectionisme de ernst van symptomen. Hoewel de scores op beide componenten van perfectionisme daalden van het begin naar het einde van de behandeling, bleven de perfectionismescores van de eetstoornisgroep bij het einde van de behandeling verhoogd ten opzichte van die van de controlegroep.

CONCLUSIE De bevindingen wijzen op het belang van een onderscheid tussen maladaptief en adaptief perfectionisme voor het onderzoek van eetstoornissen en suggereren dat (maladaptief) perfectionisme een risicofactor voor terugval kan zijn na behandeling van de eetstoornis.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)10, 709-718]

TREFWOORDEN behandeling, eetstoornissen, perfectionisme

Patiënten met een eetstoornis – en patiënten met anorexia nervosa in het bijzonder – worden vaak beschreven als perfectionistisch. In de recente klinische literatuur wordt perfectionisme, naast andere factoren (zoals opvoeding en genetische invloeden), zelfs als een belangrijke kwetsbaarheidsfactor beschouwd voor de ontwikkeling van een eetstoornis (Shafran & Mansell 2001). In lijn met deze hypothese wijzen empirische onderzoeken in

toenemende mate op een samenhang tussen perfectionisme en (symptomen van) eetstoornissen (Franco-Paredes e.a. 2005). De onderzoeksliteratuur in dit verband vertoont echter een aantal belangrijke tekortkomingen, zowel conceptueel als methodologisch. Zo bestaat er weinig systematisch onderzoek naar de relevantie van het conceptueel onderscheid tussen maladaptief en adaptief perfectionisme in relatie tot eetstoornissen. Verder

zijn de meeste onderzoeken crosssectioneel van aard, wat bijvoorbeeld niet toelaat na te gaan of perfectionisme persisteert na herstel van de eetstoornis.

In het onderzoek waarover in deze bijdrage gerapporteerd wordt, wordt een poging gedaan om tegemoet te komen aan deze en andere beperkingen. Eerst wordt een beschrijving van het concept perfectionisme gegeven. Vervolgens wordt een kort overzicht gegeven van de empirische literatuur over perfectionisme en eetstoornissen. Ten slotte wordt ons eigen onderzoek gepresenteerd (methode, resultaten, discussie).

PERFECTIONISME: EEN MULTIDIMENSIONAAL CONSTRUCT

Perfectionisme is een complex begrip dat zowel maladaptieve als meer adaptieve kenmerken omvat (Blatt 1995; Hamacheck 1978; Shafran & Mansell 2001). Perfectionisten stellen ten eerste hoge doelen voorop. Op zich is dit geen disfunctionele eigenschap omdat van duidelijke doelen een zekere motiverende kracht kan uitgaan. Perfectionisme wordt echter wel maladaptief wanneer mensen hun zelfbeoordeling in sterke mate afhankelijk maken van hun prestaties en succes. Op dat ogenblik dreigen ze zichzelf kritisch te gaan evalueren wanneer ze falen om hun doelen te bereiken. Ze ontwikkelen een sterke angst om fouten te maken en twijfelen voortdurend of hun gedrag wel tegemoetkomt aan hun hoge standaarden.

Onderzoek heeft het onderscheid tussen adaptief en maladaptief perfectionisme bevestigd. Factoranalyse op de veel gebruikte *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost e.a. 1990) toonde een onderscheid tussen een factor die gedefinieerd wordt door de schaal 'personal standards' (adaptief perfectionisme) en een factor die gedefinieerd wordt door de schalen 'concern over mistakes' en 'doubts about actions' (maladaptief perfectionisme) (Bieling e.a. 2004; Enns e.a. 2002; Frost e.a. 1990). De maladaptieve component van perfectionisme bleek gerelateerd aan stress, suïciderisico en diverse andere psychopathologische symptomen.

Adaptief perfectionisme, gemeten met de sub-schaal 'personal standards', bleek daarentegen samen te hangen met een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen (Frost e.a. 1990).

Enkele kanttekeningen over het onderscheid adaptief-maladaptief perfectionisme zijn hier echter op hun plaats. Ten eerste blijkt de factor adaptief perfectionisme in verschillende onderzoeken geen samenhang te vertonen met metingen van aanpassing en welbevinden (Soenens e.a. 2005). Hoewel adaptief perfectionisme dus geen risicofactor lijkt te vormen voor negatieve ontwikkeling, kan niet gezegd worden dat het hier gaat over een 'gezonde' vorm van perfectionisme die positieve ontwikkeling stimuleert. Ten tweede blijken beide componenten relatief sterk gecorreleerd met elkaar (Enns e.a. 2002). Individen met een hoge score op 'adaptief' perfectionisme ervaren dus doorgaans ook een relatief hoge mate van maladaptief perfectionisme. Men kan zich zelfs de vraag stellen of adaptief perfectionisme de ontwikkeling van maladaptief perfectionisme door de tijd heen niet stimuleert of in stand houdt.

Om twee redenen leek het ons belangrijk om de relevantie van het onderscheid tussen adaptief en maladaptief perfectionisme te bestuderen binnen de context van eetstoornissen: (1) omdat dit onderscheid erg consistent wordt teruggevonden in onderzoek; en (2) omdat beide componenten relatief differentieel blijken samen te hangen met parameters van welbevinden en algemene psychopathologie (Dunkley e.a. 2006).

PERFECTIONISME BIJ EETSTOORNISSEN

Patiënten met een eetstoornis worden beschreven als perfectionistisch. Zowel individuen met anorexia nervosa als met bulimia nervosa trachten zich te houden aan een streng dieet en/of fysieke eisen in de hoop het perfecte lichaam te creëren. Ze zijn erg zelfkritisch en houden zich hoge standaarden voor op gebied van studie, beroep, sociale contacten en eetgedrag (Franco-Paredes e.a. 2005). Een idee dat vaak terugkomt in theoretische modellen over perfectionisme en eetstoornissen

(Goldner e.a. 2002) is dat perfectionistische individuen een gebrek aan controle ervaren in hun dagelijkse leven. Ze voelen zich zelden in staat om hun hoge standaarden en idealen in het echte leven waar te maken. Om te compenseren voor dit gebrek aan controle zouden sommige perfectionisten een focus ontwikkelen op één levensterrein waarover ze wel degelijk veel controle hebben, namelijk eten (Shafran & Mansell 2001). Vanaf het moment dat een dergelijke focus ontstaat zouden perfectionisten steeds verder gaan in het verleggen van grenzen voor een ideaal lichaamsgewicht. Op die manier kunnen perfectionistische individuen terecht komen in een negatieve spiraal waarbij ze hun lichaam – ondanks objectief gewichtsverlies – in toenemende mate negatief beoordelen en onderwerpen aan steeds strengere vermageringsregimes.

Terwijl vroeger onderzoek over perfectionisme en eetstoornissen vooral naging of perfectionistische trekken aanwezig waren bij mensen met een eetstoornis, wordt recent meer aandacht besteed aan de rol van perfectionisme bij het ontstaan en in stand houden van eetstoornissen. We bespreken hier enkele onderzoeken die gebruikmaakten van het eerder beschreven instrument, de MPS van Frost e.a. (1990). Daarnaast wordt vaak gebruikgemaakt van de Eating Disorder Inventory (EDI; Garner 1991) die een subschaal perfectionisme bevat. In vergelijking met een normale controlegroep werden bij patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve type significant hogere scores gevonden op elke subschaal van de EDI (waaronder perfectionisme) en hogere scores op alle MPS-subschalen (behalve 'parental expectations') (Bastiani e.a. 1995). Deze hoger dan normale scoring op perfectionismematen bleek nog steeds voor te komen na gewichtsherstel. Ook Srinivasagam e.a. (1995) vonden dat vrouwen die meer dan een jaar hersteld waren van anorexia nervosa nog steeds hoger scoorden op de MPS en de perfectionismeschaal van de EDI dan de vrouwelijke controlegroep.

In een onderzoek bij 322 vrouwen met een geschiedenis van anorexia nervosa werd een onder-

scheid gemaakt volgens diagnostisch subtype (restrictief versus purgerend) (Halmi e.a. 2000). Elk subtype scoorde hoger op elke subschaal van de MPS dan de vrouwelijke controlegroep (behalve 'organization': daarop scoorde alleen het purgerende subtype hoger). Bovendien scoorde elk subtype hoger dan de 'gezonde' normen op de perfectionismeschaal van de EDI. Bulik e.a. (2003) vonden dat de MPS-subschaal 'concern over mistakes' uitsluitend significant verhoogd was bij individuen met anorexia en bulimia nervosa en niet bij andere psychiatrische stoornissen. Hoge scores op de subschaal 'doubts about actions' kwamen zowel bij eet- als angststoornissen voor, maar het meest significant bij de eetstoornissen. In een longitudinaal onderzoek (Sutandar-Pinnock e.a. 2003) werd een groep patiënten met anorexia nervosa gevolgd voor en na therapie. Op de MPS scoorden de patiënten op beide meetmomenten hoger dan een controlegroep. Hoewel ze op de perfectionismeschaal van de EDI vóór de therapie hoger scoorden dan de controlegroep, was dit niet meer het geval na hun behandeling. De auteurs wijten deze tegenstrijdige resultaten aan de gevoeligheid van de EDI voor het toestandsbeeld en aan sommige aspecten van perfectionisme die eerder kortdurend zijn en geassocieerd zouden zijn met de klinische toestand (ondergewicht).

Op basis van deze resultaten kan men besluiten dat perfectionisme in aanzienlijke mate voorkomt bij eetstoornissen, meer bepaald anorexia nervosa. Globaal gezien lijkt perfectionisme te persisteren na herstel van de belangrijkste symptomen van de eetstoornis. Hebben we hier dan te maken met een risicofactor voor de ontwikkeling van eetstoornissen? En is het predictief voor mogelijke terugval na behandeling? Voor we dit soort vragen kunnen beantwoorden moeten er, gezien het toch nog relatief beperkte onderzoek, eerst nog wat concrete vragen binnen een klinische groep beantwoord worden. Daarom hebben we een onderzoek opgezet met de volgende aandachtspunten: (1) vergelijking van de eetstoornisgroep met een 'gezonde' controlegroep op de perfectionismedimensies; (2) vergelijking van de verschillende

diagnostische subtypes; (3) mogelijke relatie van perfectionisme met de ernst van de eetstoornis; en (4) de veranderbaarheid van perfectionisme na herstel van de eetstoornis. Bij het beantwoorden van deze onderzoeksvragen gaan we systematisch het belang na van een onderscheid tussen een maladaptieve en een relatief adaptieve vorm van perfectionisme. Op basis van de bestaande literatuur stellen we als hypothesen voorop dat: (1) de eetstoornisgroep en de controlegroep vooral op het vlak van maladaptief perfectionisme verschillen; (2) er weinig verschillen zijn op het vlak van perfectionisme tussen de diagnostische subtypes; (3) vooral maladaptief perfectionisme geassocieerd zal zijn met de ernst van de eetstoornis; en (4) perfectionisme verhoogd blijft ten opzichte van de controlegroep na behandeling van de eetstoornis.

METHODE

Deelnemers

De groep vrouwelijke patiënten met een eetstoornis (totaal 122) is volgens diagnostische criteria van de DSM-IV als volgt onder te verdelen: 54 personen met anorexia nervosa van het restrictieve type, 13 personen met anorexia nervosa van het gemengde type (met eetbuien, braken en/of laxeren), 32 personen met bulimia nervosa, 23 personen met een eetstoornis Niet Anderszins Omschreven. Allen waren opgenomen in het gespecialiseerde behandelprogramma voor eetstoornissen van de Psychiatische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen. De gemiddelde leeftijd was 19,8 jaar (range 15-45); het opleidingsniveau lag gemiddeld tussen lager en hoger secundair onderwijs; 85 patiënten (70%) kwamen uit intacte gezinnen, van 28 patiënten (24%) waren de ouders gescheiden, en van 5 patiënten (4%) was 1 van de ouders overleden. De patiënten hadden gemiddeld reeds gedurende 4 jaar en 3 maanden eetproblematiek.

De controlegroep bestond uit 48 vrouwelijke psychologiestudenten aan de Katholieke Universiteit Leuven. De gemiddelde leeftijd was 19,5 jaar

(18-25); 37 studenten (77%) kwamen uit intacte gezinnen, van 7 studenten (15%) waren de ouders gescheiden, en van 4 studenten (8%) was 1 van de ouders overleden. Er werden geen verschillen gevonden tussen de controlegroep en de eetstoornisgroep wat betreft gemiddelde leeftijd, noch wat betreft gezinsstructuur, maar wel wat betreft opleidingsniveau ($t [168] = 2,34; p < 0,05$). Bij de controlegroep werd geen diagnose gesteld. Eerdere analyses toonden echter aan dat de gemiddelde scores van de controlegroep op de EDI-II (zie verderop bij metingen; met name de schalen 'wens om slank te zijn', 'boulimie' en 'ontevredenheid met het lichaam') overeenstemmen met de gemiddelde scores van een normgroep vrouwelijke universiteitsstudenten (Van Strien 2002) en dat geen van de controlegroepdeelnemers de cut-offscores voor een klinische eetstoornis overschreden.

Procedure

Deelname aan het onderzoek was vrijwillig, voor minderjarigen was ook de toestemming van de ouders nodig. De vragenlijsten werden op 3 momenten afgenomen. De gegevens voor dit onderzoek zijn afkomstig van de data-afnames op het eerste en het derde moment, omdat de perfectionismemetingen slechts op deze momenten werden afgenomen. Het eerste meetmoment vond plaats binnen de 48 uur na opname. De eerste week van opname was bedoeld als wederzijdse kennismaking; patiënten kregen informatie over de verdere behandeling en beslisten na deze week of ze doorgingen met de therapie. Na deze beslissing, in de tweede week, werd opnieuw een vragenlijst afgenomen. Patiënten verbleven daarna nog 1 tot 3 weken in een motivatiefase om vervolgens ingeschakeld te worden in het specifieke therapieprogramma voor eetstoornissen (minimaal 2 en maximaal 6 maanden verblijf; voor informatie: zie website www.alexianentienen.be/terberken). Het laatste meetmoment was in de week van het ontslag uit de kliniek.

Metingen

Perfectionisme De oorspronkelijke MPS (Frost e.a. 1990) is een zelfrapportagevragenlijst (35 items worden gescoord op een 5-puntslikert-schaal) die zowel algemeen perfectionisme meet als de verschillende dimensies aan de hand van zes subschalen: 'personal standards', 'concern over mistakes', 'doubts about actions', 'organization', 'parental expectations' en 'parental criticism'. In het huidige onderzoek werd gewerkt met een Nederlandse vertaling (Soenens e.a. 2005) die 3 schalen en 20 items bevat, namelijk 'personal standards' (7 items, bv.: 'Ik stel mezelf extreem hoge doelen'), 'concern over mistakes' (8 items, bv.: 'Andere mensen zullen me waarschijnlijk minder waarderen als ik een fout bega') en 'doubts about actions' (5 items, bv.: 'Zelfs wanneer ik iets erg zorgvuldig doe, heb ik vaak het gevoel dat ik het niet volledig juist doe'). De subschaal 'organization' werd niet gebruikt, omdat deze ook door Frost e.a. (1990) niet wordt gezien als een kernaspect van perfectionisme. De twee subschalen 'parental expectations' en 'parental criticism' werden niet meegenomen in de data-verwerking omdat het focus van dit onderzoek ligt op individuele kenmerken.

Vorig onderzoek (Enns e.a. 2002; Soenens e.a. 2005) heeft aangetoond dat de items van 'concern over mistakes' en 'doubts about actions' een andere factor (omschreven als 'maladaptief perfectionisme') meten dan de items van 'personal standards' ('adaptief perfectionisme'). In navolging van dit onderzoek werd het gemiddelde van de items uit de subschalen 'concern over mistakes' en 'doubts about actions' samen berekend als meting van maladaptief perfectionisme en werd het gemiddelde van de items van de schaal 'personal standards' berekend als meting van adaptief perfectionisme. Om na te gaan of het samenvoegen van de 13 items van de 2 schalen die betrekking hebben op maladaptief perfectionisme in onze data gerechtvaardigd was, werd een exploratieve factoranalyse uitgevoerd op de totale steekproef. Slechts 1 factor had een eigenwaarde groter dan 1:

deze verklaarde 55% van de variantie en alle 13 items hadden ladingen groter dan 0,50 op deze factor. De betrouwbaarheid (Cronbachs alfa) van de schaal voor adaptief perfectionisme bedroeg in de eetstoornisgroep 0,86 en die van maladaptief perfectionisme 0,91. In de controlegroep bedroeg de betrouwbaarheid voor adaptief en maladaptief perfectionisme respectievelijk 0,85 en 0,86.

Klinische uitkomstmaten De Beck Depression Inventory (BDI; Beck e.a. 1961) is een vaak gebruikt meetinstrument om de ernst van depressie na te gaan. De Eating Disorder Inventory (EDI-II; Garner 1991; Nederlandse bewerking met eigen normgegevens: Van Strien 2002) meet psychologische en gedragskenmerken die met eetstoornissen samenhangen. De 64 items worden gescoord op 8 schalen: 'wens om slank te zijn' (DT), 'boulimie' (B), 'ontevredenheid met het lichaam' (BD), 'ineffectiviteit' (I), 'perfectionisme' (P), 'interpersoonlijk wantrouwen' (ID), 'interoceptief bewustzijn' (IA) en 'angst voor volwassenheid' (MF).

Statistische analyse

De statistische analyse verliep in vier stappen. Eerst werd met variantieanalyse (ANOVA) nagegaan of er gemiddelde verschillen zijn tussen de eetstoornisgroep en de controlegroep met betrekking tot maladaptief en adaptief perfectionisme. Ten tweede werd via ANOVA's en post hoc tukey-tests onderzocht in welke mate de diagnostische categorieën onderling en in relatie tot de controlegroep verschillen inzake perfectionisme. In een derde stap werden binnen de eetstoornisgroep de correlaties berekend tussen perfectionisme en de klinische uitkomstmaten. Ten slotte werden via een *repeated-measures-ANOVA* (variantieanalyse) gemiddelde verschillen in perfectionisme nagegaan bij aanvang en einde van de behandeling.

RESULTATEN

Vergelijking van de eetstoornisgroep met de controlegroep Om de eetstoornisgroep (de volledige

groep bij aanvang van de therapie) en de controle-groep te vergelijken op de perfectionismedimensies werden 2 univariate (ANOVA's) uitgevoerd met als onafhankelijke variabele 'groep' (eetstoornis- versus controlegroep), 1 met als afhankelijke variabele adaptief perfectionisme en 1 met als afhankelijke variabele maladaptief perfectionisme. Hoewel beide groepen verschilden op het vlak van opleidingsniveau, bleek dit niet gecorreleerd te zijn met metingen van perfectionisme ($p > 0,05$) en werd het dus niet nodig geacht om voor deze variabele te controleren. De controlegroep en de eetstoornisgroep verschilden significant op adaptief ($F[1, 168] = 24,79$; $p < 0,001$) en maladaptief ($F[1, 168] = 94,20$; $p < 0,001$) perfectionisme, waarbij patiënten met een eetstoornis hoger scoorden op maladaptief (gemiddelde (M) = 3,62; standaarddeviatie (SD) 0,82) en adaptief perfectionisme ($M = 3,66$; SD 0,87) dan controlepersonen ($M = 2,35$; SD 0,62 en $M = 2,98$; SD 0,69 respectievelijk). De effectgrootte voor maladaptief perfectionisme ($\eta^2 = 0,36$) was echter beduidend groter dan die van adaptief perfectionisme ($\eta^2 = 0,13$), wat erop wijst dat beide groepen sterker verschillen in maladaptief dan in adaptief perfectionisme.

Vergelijking van de diagnostische subtypes Om gemiddelde verschillen tussen de diagnostische subtypes na te gaan en ook te vergelijken met de controlegroep voerden we ANOVA's uit met groep/diagnose (een variabele met vijf niveaus: controlegroep, anorexia restrictief, anorexia gemengd, bulimia nervosa, en eetstoornis Niet Anderszins Omschreven) als onafhankelijke variabele en de twee perfectionismedimensies als afhankelijke variabelen. Met post hoc tukeytoetsen

werd vastgesteld dat de diagnostische groepen onderling niet van elkaar verschillen, zowel wat betreft adaptief als maladaptief perfectionisme (alle $p > 0,05$). De controlegroep scoorde significant lager op beide vormen van perfectionisme in vergelijking met elke diagnostische groep (alle $p < 0,05$), behalve in vergelijking met de groep van eetstoornissen Niet Anderszins Omschreven. Hier werd geen significant verschil in adaptief perfectionisme gevonden (zie tabel 1).

Relatie van perfectionisme met de ernst van de eetstoornis Aan de hand van correlaties binnen de eetstoornisgroep gingen we de relatie na tussen de perfectionismedimensies en de klinische uitkomstmaten (tabel 2). Adaptief perfectionisme is met geen enkele van de uitkomstmaten significant gecorreleerd, behalve met de EDI-subschalen 'perfectionisme' en 'angst voor volwassenheid'. Maladaptief perfectionisme daarentegen is significant gecorreleerd met alle uitkomstmaten, behalve 'boulimie' en 'interpersoonlijk wantrouwen'. Het is interessant om op te merken dat de EDI-II-perfectionismeschaal even sterk gecorreleerd is met adaptief als met maladaptief perfectionisme. Mogelijk omvat de verondersteld unidimensionale schaal voor perfectionisme uit de EDI-II zowel elementen van adaptief als maladaptief perfectionisme.

Veranderbaarheid van perfectionisme na herstel Van slechts 39 patiënten hadden we de score bij begin en einde van de behandeling. Een t-toets voor onafhankelijke steekproeven toonde aan dat deze groep bij baseline niet significant verschilde van de gehele groep proefpersonen wat betreft

TABEL 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van de controlegroep en de diagnostische subgroepen van eetstoornispatiënten in scores voor adaptief en maladaptief perfectionisme

	Controlegroep ($n = 48$)	Anorexia nervosa restrictieve type ($n = 54$)	Anorexia nervosa gemengde type ($n = 13$)	Bulimia nervosa ($n = 32$)	Eetstoornis Niet Anderszins omschreven ($n = 23$)
Adaptief perfectionisme	2,97 (0,69) ^a	3,83 (0,81) ^b	3,74 (0,74) ^b	3,57 (0,69) ^b	3,33 (1,20) ^{ab}
Maladaptief perfectionisme	2,35 (0,62) ^a	3,69 (0,78) ^b	3,52 (0,64) ^b	3,54 (0,81) ^b	3,61 (1,05) ^b

Gemiddelden met een verschillend superscript verschillen significant van elkaar ($p < 0,05$).

TABEL 2 Correlaties tussen adaptief, maladaptief perfectionisme, BDI- en EDI-subschalen bij de eetstoornisgroep

	Adaptief perfectionisme	Maladaptief perfectionisme
BDI	0,16	0,52**
DT	0,20	0,41**
B	-0,12	-0,13
BD	0,01	0,26*
I	0,16	0,49**
P	0,50**	0,44**
ID	0,02	0,18
IA	0,20	0,42**
MF	0,25*	0,30**

BDI = Beck Depression Inventory

DT = wens om slank te zijn

B = boulimie

BD = ontevredenheid met het lichaam

I = ineffectiviteit,

P = perfectionisme

ID = interpersoonlijk wantrouwen

IA = interoceptief bewustzijn

MF = angst voor volwassenheid

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

adaptief ($t [120] = -1,59$; $p > 0,05$) en maladaptief perfectionisme ($t [120] = -1,39$; $p > 0,05$), en evenmin qua verdeling over de diagnostische categorieën ($\chi^2 [3] = 5,88$; $p > 0,05$), duur van de eetproblematiek ($t [120] = 0,85$; $p > 0,05$), leeftijd ($t [120] = 1,53$; $p > 0,05$), opleidingsniveau ($t [123] = -1,77$; $p > 0,05$) en gezinsstructuur ($\chi^2 [3] = 6,79$; $p > 0,05$).

Binnen de subgroep van 39 patiënten toonde een repeated-measures-ANOVA een significant verschil in maladaptief perfectionisme tussen begin en einde van de therapie ($F[1,37] = 25,07$; $p < 0,001$). Patiënten scoorden lager op maladaptief perfectionisme bij het einde van de behandeling ($M = 3,01$; $SD = 0,82$) dan bij het begin van de behandeling ($M = 3,73$; $SD = 0,82$). Er werden minder uitgesproken, maar eveneens significante verschillen gevonden in adaptief perfectionisme tussen de 2 tijdstippen ($F[1, 37] = 8,42$; $p < 0,05$). Patiënten scoorden lager op adaptief perfectionisme bij het einde ($M = 3,37$; $SD = 0,89$) dan bij het begin van de behandeling ($M = 3,80$; $SD = 0,82$).

We waren ook geïnteresseerd of het niveau van perfectionisme bij het einde van de behandeling, ondanks een significante daling, nog steeds verhoogd was in vergelijking met de controlegroep. Hiervoor werden twee univariate ANOVA's

uitgevoerd met als onafhankelijke variabele 'groep' (eetstoornisgroep bij einde van de behandeling versus controlegroep) en als afhankelijke variabelen 'adaptief perfectionisme' en 'maladaptief perfectionisme'. Er bleef een significant verschil bestaan tussen de controlegroep en de eetstoornisgroep bij het einde van de behandeling, zowel voor adaptief ($t = -2,6$; $p < 0,05$) als maladaptief ($t = -4,35$; $p < 0,001$) perfectionisme.

DISCUSSIE

Zoals andere onderzoekers (bv. Bastiani e.a. 1995) hebben ook wij gevonden dat patiënten met een eetstoornis perfectionistischer zijn in vergelijking met een normale controlegroep. Maladaptief perfectionisme blijkt echter sterker te discrimineren tussen beide groepen dan adaptief perfectionisme. Verder stellen we vast dat perfectionisme in overeenkomstige mate voorkomt bij alle subtypes van eetstoornissen, wat ook door andere onderzoekers gemeld werd (Halmi e.a. 2000).

Bijna alle maten waarmee we de ernst van de eetstoornispathologie operationaliseerden, zijn zoals verwacht significant gecorreleerd met maladaptief perfectionisme. Een uitzondering op dit

patroon vormt de niet-significante correlatie tussen maladaptief perfectionisme en de EDI-schaal 'boulimie'. Hoewel verder onderzoek deze bevinding dient te repliceren, bestaat de mogelijkheid dat een 'overgecontroleerde' eigenschap, zoals perfectionisme, sterker gerelateerd is aan symptomen van anorexia terwijl een 'ondergecontroleerde' eigenschap, zoals gebrekkige impulscontrole, sterker zou kunnen samenhangen met symptomen van bulimia nervosa (Claes e.a. 2006). In tegenstelling tot maladaptief perfectionisme was adaptief perfectionisme niet gerelateerd aan de meeste klinische maten. Ook hier komt het belang van een onderscheid tussen twee vormen van perfectionisme duidelijk naar voren.

Waarom uitsluitend de maladaptieve vorm van perfectionisme zo'n pathologische betekenis heeft is een belangrijke vraag voor toekomstig onderzoek. Mogelijk speelt een gebrek aan competentie en controle een rol. Wegens hun voortdurende angst om fouten te maken en hun excessieve twijfels over het behalen van hun normen ervaren mensen die hoog scoren op maladaptief perfectionisme vermoedelijk weinig controle over hun leven. Een eetstoornis kan voor deze personen als een soort compensatie beschouwd worden, waarbij ten minste op het terrein van eten en gewicht een gevoel van zelfcontrole bewerkstelligd kan worden. Als maladaptieve perfectionisten echter deze focus op eten en vermageren eenmaal hebben ontwikkeld gaan ze hierin erg ver: ze zijn slechts kortstondig tevreden met de behaalde resultaten, verleggen voortdurend hun grenzen, en vertonen zo in toenemende mate pathologisch eetgedrag (Shafran & Mansell 2001).

In tegenstelling tot het idee dat perfectionisme een volstrekt stabiele kwetsbaarheidsfactor voor eetstoornissen is, hebben we gevonden dat zowel adaptief als maladaptief perfectionisme significant gedaald waren na de behandeling. Perfectionisme blijkt dus gerelateerd aan de symptomatologie van de eetstoornis en varieert ermee in ernst. Moet de perfectionistische instelling van patiënten met een eetstoornis dan focus van de behandeling zijn? Het lijkt erop dat de therapie toch eerst ge-

richt moet zijn op de eetstoornis zelf. Maar na behandeling van de eetstoornis blijft het perfectionisme hoger dan bij normale leeftijdgenoten en dat kan dus een risicofactor voor terugval zijn. Gezien de hoge terugvalcijfers bij eetstoornissen speelt maladaptief perfectionisme mogelijk toch een rol bij deels herstelde patiënten. Toekomstig onderzoek zou meer aandacht moeten besteden aan deze factor. Specifieke interventies van terugvalpreventie zouden dan vergeleken kunnen worden.

Ten slotte moet met enkele beperkingen van ons onderzoek rekening worden gehouden. Ten eerste heeft slechts één subgroep meegedaan op alle meetmomenten. Statistisch gezien bleek onze onderzochte subgroep niet te verschillen van de gehele groep van deelnemers op een aantal relevante variabelen, maar het kleine aantal houdt mogelijk een beperking in naar generaliseerbaarheid voor alle patiënten met een eetstoornis, zeker wat betreft de pre/posttherapievergelijking. Ook de analyses waarbij verschillen tussen diagnostische subgroepen werden onderzocht, hadden betrekking op kleine groepen. Bovendien werkten we met een selecte steekproef in een gespecialiseerd therapieprogramma voor patiënten met een eetstoornis. Het is niet ondenkbaar dat deze selectie en/of de specifieke behandeling een eigen effect heeft en aldus bepaalde bevindingen in de hand werkt. Toekomstig onderzoek zou dus bij voorkeur in andere instellingen en bij ambulante patiënten uitgevoerd dienen te worden. Ook de controlegroep vormde een geselecteerde en hoogopgeleide groep. De rol van perfectionisme zou daarom ook bestudeerd moeten worden in een steekproef met meer variabiliteit qua opleidingsniveau, inkomen en gezinsstructuur.

CONCLUSIE

Dit onderzoek toont het belang aan van een onderscheid tussen maladaptief en adaptief perfectionisme in de context van eetstoornissen. Vooral maladaptief perfectionisme, dat gekenmerkt wordt door aanhoudende twijfels over gedrag en bezorgdheid over het maken van fouten,

blijkt te discrimineren tussen patiënten met een eetstoornis en 'normale' leeftijdgenoten. Maladaptief perfectionisme blijft ook na behandeling verhoogd aanwezig in vergelijking met een controlegroep, wat een rol kan spelen als risicofactor voor terugval.

LITERATUUR

- Bastiani, A.M., Rao, R., Weltzin, T., e.a. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., e.a. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bieling, P.J., Israeli, A.L., & Antony, M.M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36, 1373-1385.
- Blatt, S.J. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *The American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Bulik, C.M., Tozzi, F., Anderson, C., e.a. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 366-368.
- Claes, L., Vandereycken, W., Luyten, P., e.a. (2006). Personality prototypes in eating disorders based on the Big Five model. *Journal of Personality Disorders*, 20, 401-416.
- Dunkley, D.M., Blankstein, K.R., Masheb, R.M., e.a. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of 'clinical' perfectionism: a reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 63-84.
- Enns, M.W., Cox, B.J., & Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 33, 921-935.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R., e.a. (2005). Perfectionism and eating disorders: a review of the literature. *European Eating Disorders Review: the Journal of the Eating Disorders Association*, 13, 61-70.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., e.a. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Garner, D.M. (1991). EDI-2: Eating Disorder Inventory-2. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Goldner, E.M., Cockell, S.J., & Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. In G.L. Flett & P.L. Hewitt (Red.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Halmi, K.A., Sunday, S.R., Strober, M., e.a. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hamachek, D.E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyten, P., e.a. (2005). Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 38, 487-498.
- Srinivasagam, N.M., Kaye, W.H., Plotnicov, K.H., e.a. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1630-1634.
- Strien, T. van. (2002). Eating Disorder Inventory II. Nederlandse versie (EDI-II NL). Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J.C., e.a. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24-month follow-up study. *The International Journal of Eating Disorders*, 33, 225-229.

AUTEURS

B. SOENENS is psycholoog en werkzaam als doctor-assistent in de Vakgroep Ontwikkelings-, Sociale, en Persoonlijkeidspsychologie aan de Universiteit Gent.

W. NEVELSTEEN is psycholoog en was ten tijde van het onderzoek student aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen aan de Koninklijke Universiteit Leuven.

W. VANDEREYCKEN is hoogleraar psychiatrie aan de Koninklijke Universiteit Leuven en werkzaam in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen.

Correspondentieadres: dr. B. Soenens, Vakgroep Ontwikkelings-, Sociale, en Persoonlijkeidspsychologie, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent, België.

E-mail: bart.soenens@ugent.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-3-2007.

SUMMARY

The significance of perfectionism in eating disorders. A comparative study – B. Soenens, W. Nevelsteen, W. Vandereycken –

BACKGROUND Various studies have shown a consistent relationship between perfectionism and eating disorders or related symptoms. Perfectionism, however, is not a single, unified concept but it is a multidimensional one.

AIM To study the relevance of the difference between maladaptive and adaptive perfectionism in patients with eating disorders and to find out whether perfectionism persists after eating disorder has been treated.

METHOD A sample of patients with eating disorders ($n=122$) was compared with a normal control group ($n=48$) by means of questionnaires relating to clinical measures and designed to reveal the difference between adaptive and maladaptive perfectionism. In addition, some of the patients were assessed just after their treatment for an eating disorder had finished.

RESULTS The eating-disorder group and the control group differed primarily with regard to maladaptive perfectionism. In the eating-disorder group maladaptive perfectionism only predicted the severity of eating-disorder symptoms. Although the scores for both types of perfectionism decreased during the course of treatment, at the end of the treatment the perfectionism scores of the eating-disorder group remained higher than those of the control group.

CONCLUSIONS The findings emphasise that in research into eating disorders it is important to distinguish between maladaptive and adaptive perfectionism; in addition, the findings suggest that maladaptive perfectionism can be a risk factor for relapse after the eating disorder has been treated.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)10, 709-718]

KEY WORDS eating disorders, perfectionism, therapy