

Masterthese

Positieve Psychologische Interventies (PPI's) in de behandeling van eetstoornissen

Een systematische review van de effecten van positieve psychologie op het welbevinden en de symptomen van mensen gediagnosticeerd met een eetstoornis

Marai Fuchtjohann
S 1339338
m.fuchtjohann@student.utwente.nl
Universiteit Twente
14. Februari 2018

Dr. Constance H.C. Drossaert
Dr. Farid Chakhssi
Opleiding Psychologie
Faculteit Behavioural, Management and Social sciences
University of Twente
Drienerlolaan 5
7522 NB Enschede
Netherlands

Inhoudsopgave

Dankwoord	3
Samenvatting	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
1.1 <i>Eetstoornis: symptomen en diagnoses</i>	6
1.2 <i>Eetstoornis: Epidemiologie</i>	7
1.3 <i>Gevolgen van eetstoornissen</i>	7
1.4 <i>Behandel mogelijkheden van eetstoornissen</i>	9
1.5 <i>Positieve psychologische interventies</i>	11
2. Methode	14
2.1 <i>Literatuuronderzoek</i>	14
2.2 <i>Inclusie en exclusie criteria</i>	14
2.3 <i>Data extractie</i>	14
3. Resultaten	15
3.1 <i>Selectie van studies</i>	16
3.2 <i>Karakteristieken van de interventies</i>	17
3.3 <i>Karakteristieken van de studies</i>	21
3.4 <i>Uitkomstmaten en resultaten</i>	28
4. Discussie	30
4.1 <i>Limitaties</i>	33
4.2 <i>Conclusie</i>	33
Referenties	35
Appendix	40

Dankwoord

Ik dank mijn begeleiders Dr. Constance H.C. Drossaert en Dr. Farid Chakhssi voor de inzichtelijke begeleiding tijdens dit onderzoek. Mijn hartelijke dank voor hun steunbetuiging en de doordachte feedback.

Samenvatting

Eetstoornissen zijn psychiatrische stoornissen die op de lange termijn zware lichamelijke, psychische en sociale gevolgen met zich mee brengen, en zelfs chronisch kunnen worden. Het sterftecijfer is hoog. Zo geldt de eetstoornis Anorexia Nervosa als de ziekte met het hoogste sterftecijfer. Met behulp van bestaande, traditionele behandelmethoden wordt er maar beperkte verbetering van symptomen bij de betrokkenen bereikt. Het aantal individuen dat door traditionele behandelmethoden geen verbetering ervaart is nog redelijk hoog. Verder blijkt uit onderzoek dat betrokkenen vaak ontevreden zijn met de behandeling.

De positieve psychologie is een wetenschappelijke stroming die zich bezighoudt met subjectieve, positieve ervaringen en eigenschappen van een individu. Positieve psychologische interventies (PPI's) richten zich op krachten en talenten van een individu en kijken niet zozeer naar klachten. Het doel is om het ervaren van positieve emoties en het welbevinden te verhogen. Hoewel uit onderzoek blijkt dat PPI's effectief zijn voor de behandeling van bepaalde psychiatrische stoornissen, zoals depressie, is er weinig bekend over het effect van PPI's in de behandeling van andere psychiatrische stoornissen. Dit is ook het geval voor eetstoornissen.

Het doel van het huidige literatuuronderzoek is in kaart te brengen welke positieve psychologische interventies al in de behandeling van eetstoornissen gebruikt worden en wat de effecten van deze interventies zijn op de symptomen van eetstoornissen, het welbevinden en de tevredenheid van het individu. Met behulp van een systematische zoekstrategie werd een klein aantal studies (n=11) gevonden die relevant voor dit onderzoek zijn. Deze studies werden in termen van verschillende interventiekenmerken, effectiviteit en acceptatie van de interventie onderzocht.

Hoewel de kwaliteit van de onderzochte studies laag is en de resultaten om deze reden voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden, laten de resultaten positieve effecten met betrekking tot het ziekteverloop en de levenskwaliteit van het individu zien. Bij de onderzochte interventies zijn positieve effecten gevonden met betrekking tot de afname van symptomen gerelateerd aan eetstoornissen. Dit ging met name over eetbuien en depressieve symptomen. Met oog op de levenskwaliteit zijn er bij drie van de onderzochte interventies positieve effecten gevonden. Ook met betrekking tot tevredenheid van participanten werden voornamelijk positieve resultaten gevonden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat PPI's geschikt zijn voor de behandeling van individuen met eetstoornissen.

In vervolgonderzoek zal gekeken moeten worden welke PPI-componenten het meest effectief zijn in de behandeling van eetstoornissen. Hierbij zal rekening gehouden moeten worden met de kwaliteit van studies.

Abstract

Eating disorders are psychiatric disorders that have serious long term effects in terms of physical, psychological and social consequences. These also often lead to more chronic stages. The mortality rate is high. For example, the eating disorder “Anorexia Nervosa” is the disease with the highest death rate. With the help of existing, traditional treatment methods, only limited improvement of symptoms is achieved among those involved. The number of individuals experiencing no improvement due to traditional treatment methods is still reasonably high. Furthermore, research shows that the people involved are often dissatisfied with the treatment.

Positive Psychology is a scientific movement that deals with subjective, positive experiences and qualities of an individual. Positive Psychological Interventions (PPIs) focus more on strengths and talents of individuals instead of looking at complaints. The goal is to increase positive emotions and well-being. Although research shows that PPIs are effective for the treatment of certain psychiatric disorders, such as depression, little is known about the effect of PPIs in the treatment of other psychiatric disorders. This is also the case for eating disorders.

The aim of the current literature research is to map out which positive psychological interventions are already being used in the treatment of eating disorders and what the effects of these interventions are on the symptoms of eating disorders, well-being and the satisfaction of the individual. Using a systematic search strategy, a small number of studies (n = 11) were found that are relevant to this study. These studies were examined in terms of different intervention characteristics, effectiveness and acceptance of the intervention.

Although the quality of these studies is low and the results need to be interpreted with caution, the results show positive effects with regard to the course of the disease and the quality of life of the individual. In the positive interventions investigated positive effects were found with regard to the reduction of symptoms related to eating disorders, especially binge eating and depressive symptoms. Regarding the quality of life, positive effects were found in three of the interventions studied. Positive results were also found mainly with regard to the satisfaction of participants. It can be concluded that PPIs are suitable for the treatment of individuals with eating disorders.

Within follow-up research, it will be necessary to examine which PPI components are the most helpful in the treatment of eating disorders. This will have to take into account the quality of studies.

1. Inleiding

1.1 Eetstoornis: symptomen en diagnoses

Eetstoornissen zijn psychiatrische stoornissen welke over het algemeen het denken en doen rondom het onderwerp eten en voeding betreffen (Mutlu, 2007). De betrokkenen houden zich steeds bezig met het lichaam en controleren het gewicht of de lichaamsomvang (Jansen & Elgersma, 2006). Abnormaal eetgedrag, strikte maatregelen om de voedingsopname te compenseren en een uiterst negatief lichaamsbeeld vaak gecombineerd met lage zelfwaardering gelden als symptomen van een eetstoornis. Ook laten veel betrokkenen gevoelens van angst en depressie zien (Jansen & Elgersma, 2006).

Individen met een eetstoornis verschillen in eetgedrag. Sommige van de betrokkenen nemen veel voeding tot zich terwijl anderen juist heel weinig of soms zelfs helemaal niet eten. Anderen laten wisselend eetgedrag zien. Vaak wordt een langere periode van weinig voedingsopname gevolgd door een periode van heel veel eten. Betrokkenen berichten dan ook over zogenaamde eetbuien. Dit betekent dat zij tijdens een periode van overmatige voedingsopname het gevoel hebben de controle te verliezen. Verder nemen betrokkenen vaak afstand van voeding met een hoge calorierijk waarde (Jansen & Elgersma, 2006).

De psychopathologie van eetstoornissen is complex en er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van eetstoornissen. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM), die zich met classificatie van psychiatrische stoornissen bezighoudt, maakt onderscheid tussen voedingsstoornissen en eetstoornissen (Hoek & Van Elburg, 2014). Onder voedingsstoornissen vallen de volgende stoornissen: Pica, Ruminatiestoornis en een vermijdende/restrictieve voedselinname stoornis.

Bij dit onderzoek wordt de focus gelegd op de stoornissen die volgens de DSM-5 onder eetstoornissen vallen. Deze zijn: Anorexia Nervosa (AN), Boulimia nervosa (BN), Eetbuienstoornis en andere gespecificeerde voedings- of eetstoornissen.

Individen die lijden aan Anorexia Nervosa hebben angst om te dik te worden terwijl het lichaamsgewicht te laag is. Bij individuen met deze diagnose is er sprake van een vertekende lichaamsperceptie (Hoek & Van Elburg, 2014). Bij Boulimia nervosa is er tevens sprake van eetbuien. Individen met deze diagnose eten overmatig veel en vertonen daarbij compensatiegedrag (Hoek & Van Elburg, 2014). Hiermee wordt bedoeld dat de betrokkenen op verschillende manieren proberen calorieën, welke zij door de voedingsopname binnen gekregen hebben, kwijt te raken. Terwijl sommige van de betrokkenen excessief gaan sporten proberen anderen de voeding door braken uit het lichaam te werken (Jansen & Elgersma, 2006). Individen met een Eetbuienstoornis, ook bekend als Binge eating disorder (BED) lijden, net zoals individuen met Boulimia nervosa, aan eetbuien, maar vertonen niet

noodzakelijk compensatiegedrag (Hoek & Van Elburg, 2014). De andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis wordt vaak ook “other specified feeding or eating disorder”(OSFED) of EDNOS genoemd. Dit staat voor “niet anders omschreven” of “eating disorder not otherwise specified”, genoemd (Hoek & Van Elburg, 2014).

1.2 Eetstoornissen: Epidemiologie

In Nederland komen eetstoornissen in vergelijking met andere psychiatrische stoornissen relatief weinig voor (Preti, de Girolamo, Vilagut, Alonso, de Graaf, Bruffaerts, 2009). Echter is het aantal individuen dat lijdt aan een eetstoornis in de afgelopen jaren toegenomen (Hoek & van Hoeken, 2003). Verder bestaat het vermoeden dat er mogelijk sprake is van een onderschatting van het aantal individuen met een eetstoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2006). Uit onderzoek blijkt dat een groot gedeelte van patiënten met een eetstoornis niet als zodanig herkend wordt, en er geen diagnose, of een andere diagnose gesteld wordt (Jansen en Elgersma, 2006). Verder herkennen patiënten zelf vaak niet dat het eetgedrag abnormaal is en zoeken daardoor geen hulp (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Ook schamen betrokkenen zich vaak en durven geen hulp te zoeken (Fijten & Noordenbos, 2007).

Epidemiologisch onderzoek laat zien dat jonge vrouwen het meest kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Hoek, 2002). Ook wordt in de DSM-5 de levensprevalentie van de eetstoornissen Anorexia Nervosa, Boulimia nervosa en de Eetbuienstoornis bij vrouwen duidelijk hoger geschat dan bij mannen (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Uit onderzoek met klinische samples blijkt dat 5-10% van de patiënten met een eetstoornis mannen zijn (Hoek, 2002).

Onderzoek suggereert dat het risico op boulimia nervosa en binge eating disorder hoger is bij opeenvolgende geboorte cohorten (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Verder toont onderzoek met betrekking tot Boulimia nervosa aan dat individuen die geweld meemaken in de jeugd eerder het risico lopen ziek te worden (Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'connor, 1998). Andere risicofactoren zijn herhaaldelijke blootstelling aan negatieve commentaren over het lichaamsgewicht en eetgedrag, en ouders met depressie (Fairburn et al., 1998).

1.3 Gevolgen van eetstoornissen

Eetstoornissen beïnvloeden het leven van de betrokkenen sterk (Jansen & Elgersma, 2006) en kunnen zware lichamelijke, psychische en sociale gevolgen hebben (Mutlu, 2007).

De lichamelijke gevolgen van eetstoornissen zijn veelzijdig en verschillen per eetstoornis. Overmatig eten, vasten en overmatig bewegen kunnen gevaarlijk zijn voor het lichaam (Rijn, 1998b). Gevolgen kunnen onder andere veranderingen met betrekking tot de hormoonhuishouding en de stofwisseling zijn (Rijn, 1998b). Bij individuen met *Boulimia Nervosa* is er vaak sprake van maag- en slokdarm problemen (Rijn, 1998b). Ook lijden individuen met *Boulimia Nervosa* vaak aan gebitsproblemen welke ontstaan door voortdurende blootstelling aan maagzuur door herhaaldelijk braken (Rijn, 1998b). Andere lichamelijke verschijnselen waarmee individuen met eetstoornissen kampen zijn onder andere: uitputting, trage hartslag, lage bloeddruk en misselijkheid tot diarree of duizeligheid (Beroerte, 2000; Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002).

Eetstoornissen zijn niet alleen van negatieve invloed op het lichaam maar kunnen ook zware gevolgen voor de psyche van het individu met zich mee brengen. De betrokkenen hebben vaak last van weinig zelfvertrouwen (Beroerte, 2000) en kampen met gevoelens van schaamte en schuld (Schachtschabel, 2005). Comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen komt bij eetstoornissen vaker voor (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007). Vaak lijden betrokkenen aan angst en/of zijn depressief (Beroerte, 2000). Ook kan er bij individuen met eetstoornissen sprake zijn van herhaaldelijk drugsgebruik en zelfs suïcidepogingen (Stice, 2002). Eetstoornissen kunnen zelfs van invloed zijn op het prestatievermogen van een individu. Vooral bij *Anorexia Nervosa* zijn cognitieve gevolgen zoals concentratieverlies te vinden (Beroerte, 2000) maar ook bij *Boulimia Nervosa* is er vaak sprake van concentratieproblemen (Spaans, 2005).

Eetstoornissen kunnen van invloed zijn op het sociale leven van een individu. De betrokkenen zonderen zich deels af van de buitenwereld en trekken zich terug (Schubert, 2007). Zij mijden sociale activiteiten, wat ertoe leidt dat sociale contacten verslechteren en verminderen (Schubert, 2007). Individuen met een eetstoornis lopen groter gevaar zich sociaal te isoleren en vooral individuen met *Boulimia Nervosa* tonen steeds meer wantrouwen tegenover hun omgeving (Noordenbos & Vandereycken, 2004). Vaak vertonen zij manipulatief gedrag om de ziekte geheim te kunnen houden of niet te hoeven eten (Noordenbos & Vandereycken, 2004).

Eetstoornissen kunnen op de lange termijn ook chronisch worden (Bulik, Sullivan, Fear & Pickering, 2000). Soms kunnen eetstoornissen zelfs levensgevaarlijke gevolgen hebben (Jansen & Elgersma, 2006). Zo geldt *Anorexia Nervosa* als de psychiatrische ziekte met het hoogste sterftcijfer (Vandereycken & Noordenbos, 2004). De reden voor het hoge sterftcijfer bij *Anorexia Nervosa* komt doordat patiënten vaak suïcide plegen, maar patiënten

sterven soms ook door lichamelijke verschijnselen als gevolg van extreme vermagering van het lichaam (Vandereycken & Noordenbos, 2004).

1.4 Behandel mogelijkheden van eetstoornissen

Omwille van de complexiteit van eetstoornissen behoeft deze stoornis een multidimensionale behandeling. Dit houdt in dat er bij de behandeling rekening wordt gehouden met psychische en lichamelijke aspecten (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Het is van belang om niet alleen het eetgedrag maar ook de achterliggende persoonlijke problemen van het individu te bekijken, omdat deze van essentieel belang voor een effectieve behandeling zijn (Mutlu, 2007).

Er bestaan verschillende behandelingen voor individuen met een eetstoornis, en soms wordt er medicatie voor de behandeling van eetstoornissen ingezet. Medicatie kan symptomen van eetstoornissen verminderen en ondersteunend werken, maar het zal niet de achterliggende problematiek wegnemen (van der Velde, 2016). Om deze reden zal een behandeling die uitsluitend op medicatie gebaseerd is niet voldoende zijn, en kan medicatie alleen ingezet worden als ondersteuning van psychotherapie (van der Velde, 2016).

Bij de verschillende psychotherapeutische behandelingen van eetstoornissen kan er onderscheid gemaakt worden tussen individuele behandeling en relatie- of gezinstherapie, ook bekend als systeemtherapie.

Bij de individuele behandelingsvormen wordt de focus voornamelijk op het individu dat met de eetstoornis kampt gelegd. Bij individuen met eetstoornissen blijken gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie als individuele behandelvormen effectief te zijn (Jansen, 2008).

De cognitieve gedragstherapie (CGT) richt zich op het uitdagen en neutraliseren van disfunctionele gedachten met betrekking tot eten en het eigen lichaam, en blijkt vooral bij boulimia nervosa effectief te zijn (Tobias & Beer, 2011). Zo blijkt gedragstherapie in vergelijking met farmacotherapie op de lange termijn effectiever voor de behandeling van individuen met boulimia nervosa te zijn (Jansen, 2008). Uit onderzoek blijkt dat er met behulp van gedragstherapie bij circa 80% van de patiënten eetbuien gereduceerd kunnen worden en 30 tot 50% van de betrokkenen berichten dat zij helemaal geen last meer van eetbuien hebben (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Ook werd er in onderzoek van Wilson, Grilo & Vitousek (2007) gevonden dat CGT van positieve invloed is op het eetpatroon, de lichaamsbeleving en de stemming en zelfwaardering van het individu.

Ook interpersoonlijke psychotherapie (IPT) blijkt voornamelijk geschikt voor de

behandeling van boulimia nervosa. IPT werd voor de eerste keer door Fairburn (1998) ingezet. De betrokkenen leren bij deze behandelvorm interpersoonlijke problemen herkennen en aanpakken. De interpersoonlijke problemen van het individu staan centraal. Er is weinig aandacht voor de eetproblematiek zelf (Jansen & Elgersma, 2006). Uit onderzoek van Wilson, Grilo & Vitousek (2007) is naar voren gekomen dat interpersoonlijke psychotherapie een positief effect op het eetgedrag van individuen met boulimia nervosa heeft. In vergelijking met CGT duurt het bij interpersoonlijke psychotherapie wat langer tot verandering bereikt wordt, maar na een jaar is er geen verschil meer tussen de effectiviteit van de twee behandelvormen bij boulimia nervosa patiënten (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Omdat met CGT sneller positieve resultaten bereikt worden wordt er in de praktijk voornamelijk met CGT gewerkt (Fairburn, Jones & Peveler, 1991).

Bij systeemtherapie (relatie- en gezinstherapie) wordt niet alleen naar het betrokken individu gekeken maar ook naar de context en directe persoonlijke omgeving. De relaties met het gezin of belangrijke anderen zijn onderzocht. Het doel daarvan is om inzicht te krijgen in de psychodynamiek van pathogene en gezonde relaties met het gezin of belangrijke anderen, en waar nodig hieraan te werken (Verheij, 2005). Uit onderzoek blijkt dat relatie- en gezinstherapie van positieve invloed zijn op het verloop van verschillende psychiatrische stoornissen zijn en deze hebben zelfs meerwaarde tegenover individuele behandeling (Lange, 2000). Dit geldt ook voor jonge vrouwen die kampen met anorexia (Lange, 2000). Verder blijkt uit onderzoek dat het betrekken van het gezin binnen de therapie vooral meerwaarde heeft voor patiënten onder de achttien jaar die lijden aan anorexia nervosa (Vanderlinden, 2002).

Hoewel er al verschillende effectieve vormen van behandeling voor individuen met een eetstoornis bestaan blijkt dat er toch nog behoefte aan verbetering is. Uit onderzoek blijkt namelijk dat bestaande behandelvormen beperkte resultaten opleveren. Behandelingen door huisartsen, die voornamelijk gebaseerd zijn op het geven van medicatie, blijken meestal niet veel resultaten op te leveren (Noordenbos, Oldenhav, Terpstra & Muschter, 2000). Ook de meest gebruikte behandelmethode voor eetstoornissen – CGT – behaalt beperkte resultaten. Zo kwam uit onderzoek naar voren dat er met behulp van deze behandelmethode klinisch significante verbeteringen in ongeveer 50% van de patiënten bereikt wordt (Wilson, 1997). Bevindingen uit onderzoek van Noordenbos, Oldenhav, Terpstra, & Muschter (2000) tonen vergelijkbare resultaten. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat patiënten sondevoeding, gedragstherapie en opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis een negatieve invloed op het verloop van hun ziekte vonden hebben. Deze behandelvormen zorgden ervoor dat de patiënten het vertrouwen in de behandelaar en het geloof in de eigen genezing verloren. Na de

10

behandeling had 8% het gevoel hersteld te zijn, 25% voelde zich beter en 30% geloofde door de behandeling verbetering te kunnen bereiken. Daarnaast gaf 67% aan zich nog steeds ernstig ziek te voelen en 75% gaf aan dat een nieuwe behandeling te wensen. De interpersoonlijke therapie is van positieve invloed op het verloop van *Boulimia Nervosa* (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Echter wordt er bij deze therapievorm langzaam verbetering bereikt (Wilson, Grilo & Vitousek, 2007). Verder is er weinig bekend over de effecten van interpersoonlijke therapie in de behandeling van andere eetstoornissen zoals *Anorexia Nervosa* en de eetbuienstoornis. Net zoals bij de gedragstherapie en de interpersoonlijke therapie kent ook de gezinstherapie beperkingen in de behandeling van eetstoornissen. Zo blijkt uit literatuuronderzoek van Lange (2000) dat deze vorm van behandeling niet effectief is in de behandeling van individuen met meer dan een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis. Aangezien eetstoornissen vaak comorbiditeit vertonen met depressie, angststoornissen en andere psychiatrische stoornissen, blijkt de gedragstherapie voor een groot gedeelte van betrokkenen niet geschikt. Bovendien toont onderzoek aan dat gezinstherapie gecombineerd zal moeten worden met individuele therapie en verschillende technieken (Lange, 2000). Onderzoek laat ook zien dat er niet voldoende bekend is over de effectiviteit van gezinstherapie bij verschillende culturele groepen en etnische minderheden (Lange, 2000).

1.5 Positieve psychologische interventies

De positieve psychologie is een wetenschappelijke stroming die zich bezighoudt met subjectieve, positieve ervaringen en eigenschappen van een individu (Lee Duckworth, Steen & Seligman, 2005). Deze stroming kijkt niet zozeer naar klachten van het individu maar naar welbevinden, geluk, tevredenheid en optimisme (Gillham & Seligman, 1999).

Positieve psychologische interventies richten zich niet alleen op tekorten, maar ook op sterke kanten en talenten van individuen met psychiatrische klachten. Door het ontdekken, ontwikkelen en uitbouwen van de eigen sterke kanten zal er bewustwording optreden van onder andere positieve gevoelens, positief gedrag en positieve ervaringen (Sin & Lyubomirsky, 2009). Het welbevinden en de positieve emoties van het individu zullen op deze wijze versterkt worden.

Er wordt steeds meer gebruik gemaakt van positieve psychologische interventies (PPI's) voor de behandeling van psychiatrische ziektes. Er bestaan verschillende positieve psychologische interventies zoals bijvoorbeeld de *loving-kindness meditation* (LKM), *mindfulness therapy* (MT), *acceptance and commitment therapy* (ACT), (*self-*)*compassion-*

focused therapy (CFT) en de well-being therapy (WBT) (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009; Lucre & Corten, 2013; Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998; Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli & Sirigatti, 2005). Bij de loving-kindness meditation (LKM) is het de bedoeling met behulp van meditatie onvoorwaardelijke, positieve emotionele gevoelens van vriendelijkheid en compassie te versterken (Hofmann, Grossman & Hinton, 2011). Uit onderzoek blijkt dat LKM in de behandeling van psychiatrische problemen gebruikt kan worden als aanvulling op behandelingen zoals CGT (Hofmann, Grossman & Hinton, 2011). Zo blijkt LKM effectief te zijn voor de behandeling van individuen met schizofrenie (Johnson, Penn, Fredrickson, Kring, Meyer, Catalino & Brantley, 2011). Bij mindfulness therapy (MT) en acceptance and commitment therapy (ACT) gaat het erom om bewuste aandacht voor interne en externe ervaringen te creëren (Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago & Ott, 2011) en een volledig en vitaal leven te bevorderen met openheid voor moeilijke gedachten en gevoelens (Hill, Masuda, Melcher, Morgan & Twohig, 2015). Deze therapieën blijken geschikt voor de behandeling van psychiatrische stoornissen zoals depressie (Hölzel et al., 2011; Hill et al., 2015). Hetzelfde geldt voor de (self-)compassion- focused therapy (CFT), welke als doel heeft om individuen te helpen ervaringen en gevoelens van warmte, veiligheid en rust te ontwikkelen en hiermee te werken (Gilbert, 2009) en voor de well-being therapy (WBT), die als doel heeft het psychologisch welbevinden van het individu te verhogen. Zo blijkt CFT in de behandeling van individuen met stemmingsstoornissen, vooral bij individuen met hoge zelfkritiek effectief te zijn (Leaviss & Uttley, 2015). Ook de WBT kan gebruikt worden in de behandeling van affectieve stoornissen, zoals depressie (Fava, Ruini, Rafanelli, Finos, Salmaso, Mangelli & Sirigatti, 2005).

Het effect van positieve psychologie in de behandeling van psychiatrische stoornissen kan verklaard worden met behulp van de broaden-and-build theorie, welke binnen positieve psychologische interventies gebruikt wordt. De broaden-and-build theorie probeert de ervaring van positieve emoties, aandacht, cognitie en acties van het individu te verbreden (broaden). Terwijl het verbredende effect op korte termijn optreedt, leidt het op lange termijn ertoe dat het individu vaardigheden, maar ook fysieke, intellectuele, psychologische en sociale middelen opbouwt die nuttig zijn bij het oplossen van problemen en het omgaan met moeilijke situaties in de toekomst (build) (Fredrickson, 2004).

Aangezien eetstoornissen vaak een chronisch verloop hebben kunnen PPI's mogelijkwijze een bijdrage aan effectieve behandeling van individuen met eetstoornissen leveren. Met behulp van interventies gebaseerd op de positieve psychologie kunnen

betrokkenen geholpen worden de focus niet op klachten te leggen maar te kijken wat er juist goed is in hun leven en hoe zij het beste uit hun leven kunnen halen ondanks het ziek zijn. Mindfulness meditatie, waarbij het doel is om stabiel, non-reactief bewustzijn in het moment te verkrijgen kan individuen met eetstoornissen helpen (Miller, Fletcher & Kabat -Zinn, 1995). Interventies gericht op (zelf-)compassie zijn ontworpen om individuen met een hoge mate van schaamte en zelfkritiek te helpen (Gilbert, 2000). Individen met een eetstoornis hebben vaak last van gevoelens van schaamte en een lage zelfwaardering (Schachtschabel, 2005; CBO & Trimbos-instituut, 2006). Zelfcompassie oefeningen kunnen deze individuen helpen door dit soort gevoelens te verminderen of te voorkomen.

Zoals eerder beschreven laat onderzoek zien dat met behulp van PPI's psychopathologie voorkomen kan worden, en ook effectief behandeld kan worden. Zo kunnen PPI's in de behandeling van affectieve stoornissen ingezet worden (Fava et al., 2005). Hoewel onderzoek laat zien dat depressieve symptomen bij individuen met stemmingsstoornissen verminderd kunnen worden met behulp van PPI's, is er relatief weinig bekend over de effectiviteit van positieve psychologische interventies voor de behandeling van andere psychiatrische stoornissen buiten stemmingstoornissen. Dit geldt ook voor eetstoornissen. Er is nog geen systematische review over het gebruik van PPI's voor individuen met eetstoornissen.

Hieruit komt het doel van dit onderzoek voort; het onderzoeken welke interventies uit het veld van de positieve psychologie tot nu toe gebruikt worden in de behandeling van eetstoornissen en hoe effectief deze zijn. Hierbij is gekeken naar het effect op symptomen van eetstoornissen, op het welbevinden en de tevredenheid van het individu ten aanzien van de behandeling. Binnen dit onderzoek wordt er gekeken naar stationaire en ambulante behandelingen. Met behulp van literatuuronderzoek zullen de volgende onderzoeksvragen beantwoord worden:

1. Welke type interventies (gebruikte PPI component, doelgroep, intensiteit (duur)) gebaseerd op de positieve psychologie worden voor de behandeling van eetstoornissen al gebruikt en hoe zijn deze te kenmerken?

2. Wat is het effect van de gebruikte PPI's op:

2.1 de symptomen van eetstoornissen?

2.2 positieve psychologische processen zoals het welbevinden en de levenskwaliteit?

2.3 de tevredenheid van de participanten ten opzichte van de behandeling?

2. Methode

Bij dit onderzoek is er gebruik gemaakt van de richtlijnen van de 'preferred reporting items' voor systematische reviews en meta-analyses (PRISMA).

2.1 Literatuuronderzoek

Er is gebruik gemaakt van de elektronische databases Scopus, PsycInfo en Web of Science. Om relevante literatuur voor dit onderzoek te verzamelen is er bij elke database gebruik gemaakt van termen met betrekking tot 'positieve psychologie' en 'welbevinden' gecombineerd met termen als 'eetstoornis' en 'interventie', eventueel gecombineerd met termen zoals 'resultaten' en 'effect/effectiviteit'. Een overzicht van de zoekstrategieën en de gebruikte termen is te vinden in Appendix A. Om actuele literatuur mee te nemen is er binnen de databases gezocht naar literatuur die verschenen is vanaf het begin van de positieve psychologie beweging in 1998 (Chakhssi, Kraiß, Sommer-Spijkerman & Bohlmeijer) tot en met 2017.

2.2 Inclusie en exclusie criteria

De literatuur in dit onderzoek is beperkt tot literatuur in het Engels, Nederlands, Duits en Spaans. Bovendien is er uitsluitend van wetenschappelijke artikelen, boeken of hoofdstukken uit boeken gebruik gemaakt.

De studies die met behulp van de gebruikte zoekstrategieën gevonden werden, en mogelijk relevant voor dit onderzoek waren, werden bestudeerd. Eerst werden titels en vervolgens abstracts gescreend en met betrekking tot relevantie voor dit onderzoek beoordeeld. Studies moesten aan de volgende criteria voldoen om in het onderzoek meegenomen te worden. De studies moesten i) zich bezighouden met de evaluatie/effectiviteit van interventies gebaseerd op positieve psychologische theorieën (positieve emoties, gedrag of cognitie verhogen), ii) Ontworpen zijn voor individuen met een gediagnosticeerde eetstoornis (AN, BN of EDNOS), iii) een beoordeling van het welzijn van de deelnemers of verwante constructen geven. Studies met de volgende criteria zijn van dit onderzoek uitgesloten. Studies die i) gebruik maakten van een steekproef waarbij meer dan 10% van de deelnemers een andere diagnose dan een eetstoornis had, ii) interventies die voornamelijk gebaseerd zijn op lichamelijke activiteiten ter verbetering van het welbevinden van het individu (bijvoorbeeld yoga), iii) niet vrij toegankelijk waren.

2.3 Data extractie

De in dit onderzoek meegenomen onderzoeken zijn door een onderzoeker in meer

detail bestudeerd en de karakteristieken van de interventie en de studie werden genoteerd. De karakteristieken van de interventie waren de gebruikte positieve psychologische componenten (PPI's) met het doel om welbevinden te verhogen, psychopathologie of symptomen te reduceren en/of psycho-educatie, maar ook de doelgroep van de interventie, de doelen van de interventie (versterking van positieve psychologische processen en welzijn, vermindering van psychopathologie/ symptomen en/of psycho-educatie), de duur van de interventie, het aantal sessies (intensiteit), of er begeleiding nodig was en het formaat (individueel of groep). Ten tweede werden karakteristieken van de studie meegenomen. Dit hield het design van de studie in (randomisatieproces, aantal controlegroepen en behandeling van controlegroepen), de steekproefgrootte, het meetobject en gebruikte instrumenten, de meetmomenten (tijdens de interventie en follow-up) en de resultaten met betrekking tot de effectiviteit van de interventie (verandering van psychopathologie of symptomen, verandering in positieve psychologische processen en welzijn en tevredenheid van participanten).

Met behulp van de checklist van Henselmans, Haes en Smets (2012) die ontworpen is voor kwaliteitsbeoordeling van interventies zijn de interventies beoordeeld. Er is gekeken naar randomisatie, blinding, verlies van deelnemers voor follow-up, analysemethode, validiteit van de gebruikte meetinstrumenten, gelijkwaardigheid van condities, verschillen tussen groepen en de steekproefgrootte. Deze gegevens zijn in tabel 2 te vinden (zie Appendix C).

3. Resultaten

3.1 Selectie van studies

In totaal zijn er met behulp van elektronische databases Scopus, PsycInfo en Web of Science 1.661 artikelen gevonden. Na initiële titel screening fase zijn 1.554 studies van het huidige onderzoek uitgesloten. Van 107 artikelen zijn de abstracts gelezen en beoordeeld op bruikbaarheid voor het huidige onderzoek. 50 artikelen kwamen in aanmerking voor het onderzoek. Deze artikelen zijn volledig gelezen waarna 11 artikelen uiteindelijk mee zijn genomen in het onderzoek. Van de 39 artikelen die van onderzoek uitgesloten zijn, is er bij negen geen gebruik gemaakt van een PPI. Bij 14 werd gebruik gemaakt van een steekproef die niet voor minstens 10% uit individuen bestond die gediagnosticeerd waren met een eetstoornis. Acht artikelen waren literatuuronderzoek en konden daardoor niet in dit onderzoek meegenomen worden. Omdat de acht artikelen die in aanmerking kwamen voor het onderzoek niet volledig beschikbaar waren, zijn ook deze artikelen van onderzoek uitgesloten.

Voor een meer gedetailleerd overzicht van het selectieproces zie figuur 1 (Appendix B).

3.2 Karakteristieken van de interventies

De 11 artikelen onderzochten 11 verschillende interventies met verschillende componenten gebaseerd op de positieve psychologie. Voor een overzicht van de verschillende karakteristieken van de interventies zie tabel 3.

Doelgroep en doel van de interventie: Bij alle 11 interventies bestond de doelgroep uit individuen gediagnosticeerd met een eetstoornis. Bij negen van de 11 interventies bestond de doelgroep uit individuen met een specifieke eetstoornis (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11). Hierbij bevatten zes interventies individuen gediagnosticeerd met een eetbuienstoornis (1, 5, 6, 7, 8, 9), twee interventies individuen met Anorexia Nervosa (10, 11) en een interventie individuen gediagnosticeerd met Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa als doelgroep (2).

De doelen van de interventies verschilden van elkaar, maar over het algemeen hadden alle doelen betrekking op de positieve psychologie en de traditionele klinische psychologie. Doelen in lijn met de positieve psychologie waren onder andere verandering in ACT gerelateerde processen: psychologische flexibiliteit (4), zoals ontwikkelen of toename van openheid met betrekking tot negatieve ervaringen (9), toename van emotioneel bewustzijn (10), acceptatie van emoties en acties (10, 11) en aanzetten tot actie (7, 9, 10). Andere doelen waren toename van levenskwaliteit (1), toename van welbevinden (2, 9), toename van mindfulness (6) en toename in dagelijks en sociaal functioneren (8, 9). Verder hadden drie interventies als doel negatieve gevoelens of negatief gedrag (3, 7) en depressieve symptomen (1) te reduceren. De meeste interventies (n=9) hadden als doel symptomen van eetstoornissen te reduceren (1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11) en/of eetbuien te verminderen (1, 6, 8, 9) maar er was geen enkele interventie waarbij symptoomreductie het enige doel was. Een aantal interventies omvatten onder andere psycho-educatie en hadden als doel over de ziekte te informeren en voor meer inzicht te zorgen. Een interventie (5) had als doel met behulp van psycho-educatie participanten te informeren om persoonlijke triggers voor eetbuien te leren herkennen. Andere doelen bij deze interventie waren het laten herstellen van een regelmatig eetpatroon door participanten, en bewustzijn te ontwikkelen voor factoren rondom eetbuien, negatieve gedachten etc.

PPI componenten: Bij zes van de 11 interventies is er gebruik gemaakt van mindfulness oefeningen (4, 5, 6, 7, 9, 10). Mindfulness oefeningen werden niet uitsluitend bij interventies gebaseerd op mindfulness gebruikt, maar ook bij interventies gebaseerd op acceptance and commitment therapy (4, 9) en emotie acceptance gedrags therapie (10). Vier interventies gebruikten verschillende strategieën en oefeningen om de acceptatie van

negatieve ervaringen, gevoelens of symptomen van de ziekte te verhogen (4, 9, 10, 11). Twee interventies maakten gebruik van oefeningen m.b.t. compassie (3, 8), waarbij een interventie zich beperkte tot zelfcompassie (8). Andere gebruikte PPI componenten waren oefeningen voor het verhogen van stress tolerantie (1), het (emotioneel) bewustzijn (1, 9) en oefeningen voor het verhogen van positieve emoties (2). Ook oefeningen voor het ontdekken en uitbouwen van krachten en deugden (2), net zoals oefeningen om participanten te leren de moment te genieten en te leven (10) werden gebruikt.

Intensiteit en Begeleiding: De tijdsduur en het aantal sessies per interventie verschilden. Bij een interventie kon de onderzoeker er niet aangegeven hoe lang de interventie duurde en hoeveel sessies deze omvatte, omdat deze interventie alleen een toevoeging aan al bestaande behandelingen was en de behandelduur en het aantal waargenomen sessies per individu verschilde (4). Een interventie (8) duurde drie weken. Het aantal sessies verschilde bij deze interventie per individu omdat de deelnemer de sessies zelf thuis uit diende te voeren bij het tegenkomen van bepaalde situaties of gevoelens. Een interventie duurde vijf weken en omvatte vijf sessies (2). Vier keer zijn interventies onderzocht die tien weken duurden en tien sessies omvatten (1, 5, 6, 9). Een 12 weken durende interventie met 12 sessies is onderzocht (7). Verder is een interventie onderzocht die 29 weken duurde en 24 sessies omvatte (3). Nog een andere interventie duurde 9 maanden (36 weken) en omvatte 18 sessies (11). De interventie die het langste duurde omvatte 33-58 sessies en duurde tussen 38 en 53 weken (10).

Van de 11 interventies waren zes groepsinterventies, waarbij individuen in een groep begeleid werden. De overige vijf interventies werden individueel gegeven. Bij vier van deze vijf interventies werden de participanten tijdens de hele interventie begeleid. Een interventie werd alleen tijdens de eerste sessie begeleid en vervolgens door de deelnemers individueel zonder begeleiding voortgezet.

Tabel 3: Interventie karakteristieken, gesorteerd naar formaat (individueel/ groep), gerangschikt naar jaar van publicatie

Eerste auteur (jaar)	Naam van de interventie	PPI component(en)	Doelgroep	Doel(en) met betrekking tot symptomen van eetstoornissen	Doelen met betrekking tot symptomen van depressie	Doel(en) met betrekking tot de positieve psychologie (welbevinden etc)	Intensiteit	Begeleiding	
Groep									
1	Juarascio et al. (2017)	Acceptance-based behavioral Therapy (ABBT)	(1) Oefeningen m.b.t stress tolerantie (2) Emotionele bewustzijn oefeningen	Individen gediagnosticeerd met een eetbuienstoornis	(1) Afname eetbuien (2) Afname symptomen van eetstoornis	(1) Afname depressieve symptomen	(1) Toename levenskwaliteit	Tijdsduur: 10 weken Sessies: 10	Ja
2	Harrison et al. (2016)	Positieve psychologie interventie	(1) Positieve emoties verhogen: Dankbaarheid oefening, drie goede dingen oefening, vriendelijkheids oefening (2) Krachten en deugden ontdekken	Individen gediagnosticeerd met een eetstoornis (Anorexia Nervosa of Boulimia Nervosa)	Niet van toepassing	Niet van toepassing	(1) Toename algemeen welbevinden (levenstevredenheid, subjectief geluk)	Tijdsduur: 5 weken Sessies: 5	Ja
3	Gale et al. (2014)	Compassion Focused Therapy (CFT)	(1) Oefening m.b.t. Compassie	Individen gediagnosticeerd met een eetstoornis	(1) Afname symptomen van eetstoornis	Niet van toepassing	(1) Afname gevoelens van schaamte en zelfkritiek	Tijdsduur: 20 weken Sessies: 24	Ja
4	Juarascio et al. (2013)	Acceptance and Commitment Therapy based group treatment (ACT- based group treatment)	(1) Acceptatie oefeningen (acceptatie negatieve emoties, acties) (2) Oefeningen m.b.t bereidheid tot verandering (3) Mindfulness oefeningen (4) Oefeningen m.b.t waardenverheldering	Individen (volwassenen) gediagnosticeerd met een eetstoornis	(1) Afname symptomen van eetstoornis	Niet van toepassing	(1) Verandering in ACT gerelateerde processen (niet in meer detail beschreven)	Tijdsduur: Individueel Sessies: ACT twee keer in de week aangeboden	Ja

Tabel 3: Interventie karakteristieken, gesorteerd naar formaat (individueel/ groep), gerangschikt naar jaar van publicatie (volgende)

Eerste auteur (jaar)	Naam van de interventie	PPI component(en)	Doelgroep	Doel(en) met betrekking tot symptomen van eetstoornissen	Doelen met betrekking tot symptomen van depressie	Doel(en) met betrekking tot de positieve psychologie (welbevinden etc)	Intensiteit	Begeleiding	
5	Woolhouse et al. (2012)	Mindfulness-CBT group therapy – Mindful MEG program	(1) Mindfulness oefeningen	Individen (volwassene) gediagnosticeerd met eetbuienstoornis	(1) Triggers voor eetbuien herkennen (2) Regelmatig eetpatroon herstellen	Niet van toepassing	(1) Bewustzijn voor factoren rondom eetbuien ontwikkelen (negatieve gedachten etc.)	Tijdsduur: 10 weken Sessies: 10	Ja
6	Baer et al (2005)	Mindfulness-Based Cognitive Therapy	(1) Mindfulness oefeningen	Individen gediagnosticeerd met eetbuienstoornis	(1) Afname eetbuien (2) Afname symptomen van eetstoornis	Niet van toepassing	(3) Toename mindfulness	Tijdsduur: 10 weken Sessies: 10	Ja
Individueel									
7	Ruffault et al. (2016)	Cognitive Behavioral Therapy with Daily Mindfulness Training	(1) Mindfulness oefeningen	Obese individuen gediagnosticeerd met eetbuienstoornis of andere psychiatrische comorbiditeit.	(1) Afname impulsief eten	(1) Toename lichamelijke activiteiten	Niet van toepassing	Tijdsduur: 12 weken Sessies: 12	Ja
8	Kelly et al. (2015)	Self-compassion training	(1) Zelfcompassie oefening	Individen gediagnosticeerd met eetbuienstoornis	(1) Afname symptomen van eetstoornis (2) Afname eetbuien	Niet van toepassing	(1) Toename psychosociaal functioneren m.b.t. zelfcompassie, depressieve symptomen	Tijdsduur: 3 weken Sessies: individueel	Nee
9	Hill et al. (2015)	Acceptance and Commitment Therapy	(1) Mindfulness oefening (2) Bewustzijn oefeningen (3) Acceptatie oefeningen (innere ervaringen, negatieve emoties, gedachten)	Individen gediagnosticeerd met eetbuienstoornis	(1) Afname eetbuien	Niet van toepassing	(1) Verbetering welbevinden (2) Verbetering dagelijkse functioneren (3) Aanzetten tot actie (4) Openheid m.b.t. moeilijke innerlijke ervaring	Tijdsduur: 10 weken Sessies: 10	Ja

Tabel 3: Interventie karakteristieken, gesorteerd naar formaat (individueel/ groep), gerangschikt naar jaar van publicatie (volgende)

Eerste auteur (jaar)	Naam van de interventie	PPI component(en)	Doelgroep	Doel(en) met betrekking tot symptomen van eetstoornissen	Doelen met betrekking tot symptomen van depressie	Doel(en) met betrekking tot de positieve psychologie (welbevinden etc)	Intensiteit	Begeleiding
10 Wildes et al. (2014)	Emotion Acceptance Behavior Therapy	(1) Mindfulness oefening (2) Acceptatie oefeningen (acceptatie negatieve emoties, ervaringen) (3) contact met de moment - oefeningen	Individen gediagnosticeerd met Anorexia	(1) Afname symptomen van eetstoornis	Niet van toepassing	(1) Toename emotie bewustzijn (2) Acceptatie van emoties en acties (3) Hervatting gewaardeerde activiteiten en relaties	Tijdsduur: 38–53 weken Sessies: 33-58	Ja
11 Heffner et al. (2002)	Acceptance and Commitment Therapy	(1) Acceptatie oefeningen (acceptatie van het eigen lichaam, eigen gewicht)	Individen gediagnosticeerd met Anorexia	(1) Gezonde gewichtsdoelen ontwikkelen	Niet van toepassing	(1) Acceptatie van gewicht gerelateerde gedachten	Tijdsduur: 9 maanden (36 weken) Sessies: 18	Ja

3.3 Karakteristieken van de studie

Een overzicht van de verschillende karakteristieken van de studies is in tabel 4 te vinden.

Design en random verdeling tussen groepen: In dit onderzoek zijn vier case studies meegenomen (6, 7, 9, 11). Vijf van de 11 studies zijn ongecontroleerde trials (1, 2, 3, 5, 10). Bij drie studies werd gebruik gemaakt van gecontroleerde trials (4, 5, 8).

Bij dit onderzoek maakten twee studies gebruik van verschillende groepen (4, 8) waarbij er bij een studie sprake was van random verdeling tussen groepen (8). Bij negen van de 11 studies, namelijk bij vier case studies (6, 7, 9, 11) en vijf studies die gebruik maakten van ongecontroleerde trials (1, 2, 3, 5, 10), is geen gebruik gemaakt van verschillende groepen zodat gerandomiseerde verdeling over de groepen niet mogelijk was.

Steekproef: Volgens Henselmans, De Haes en Smets (2012) hoort er bij een onderzoek gebruik te worden gemaakt van minstens 35 participanten per conditie om de resultaten te kunnen generaliseren. 10 van 11 studies die in dit onderzoek meegenomen werden hadden relatief kleine steekproeven (lopend van een tot 30 participanten). In dit onderzoek werd er bij één studie gebruik gemaakt van meer dan 35 participanten, namelijk van 139 participanten per conditie (3).

Metingen: Zeven studies die in dit onderzoek meegenomen zijn maakten ten minste deels gebruik van gestandaardiseerde, valide en betrouwbare metingen die positief met betrekking tot de psychometrische kwaliteit getoetst zijn (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9). Bij vier van de 11 studies zijn gebruikte meetinstrumenten en/of diens psychometrische kwaliteit niet voldoende beschreven om conclusies te kunnen trekken (3,6,10,11).

Aantal metingen: Alle studies maakten in ieder geval gebruik van pre- en posttests. Bij zes studies werd aanvullend ook gebruik gemaakt van tussentijdse tests (1,3,7,8,9,11). Zeven studies gebruikten naast pre- en posttests follow-ups (1,2,5,6,9,10,11). Drie studies gebruikten pre-, mid-, posttest en follow-ups (1,9,11). Bij zes studies werd op drie momenten gemeten (2,3,5,6,7,8). Drie studies (1,9,10) maakten gebruik van vier meetmomenten. Twee studies (4,11) evalueerden op twee momenten. Het gebruik van follow-up meetmomenten is van essentieel belang om te kunnen beoordelen of de bereikte effecten van lange duur zijn. Volgens Henselmans, De Haes en Smets (2012) wordt door het gebruik van follow-ups de kwaliteit van de studie verhoogd. Bij dit onderzoek maakten zeven studies (1,2,5,6,9,10,11) gebruik van follow-up meetmomenten, en vier studies deden dit niet (3,4,7,8,11). Van de zes studies die gebruik maakten van follow-up meetmomenten was er bij twee sprake van follow-up metingen na drie maanden (1,9). Bij de overige vier studies werden de follow-up metingen naar zes maanden gedaan (2, 5, 6, 10).

Drop-out: Henselmans, De Haes en Smets (2012) stellen dat studies van hoge kwaliteit maximaal 30% van de participanten bij follow-up metingen mogen verliezen. Niet alle studies gebruikten follow-ups. Van zes studies die follow-up gebruikten hadden vier minder dan 30% verlies aan participanten (1,6,5,9). Twee studies die geen gebruik maakten van follow-ups hadden een hogere drop-out rate dan 30% (2,10). Bij vijf studies die geen gebruik maakten van follow-up metingen was er minder drop-out dan 30% tijdens de postmetingen (3,4,7,8,11).

Analyse: Bij de zogenaamde intention-to-treat (ITT) analyse zijn alle participanten, ook degenen die eventueel de interventie niet afgerond hadden, in de analyse meegenomen. Bij dit onderzoek maakten drie studies gebruik van de ITT analyse (1,4,8). Twee studies gebruikten de ITT analyse niet (2,5). De overige zes studies maakten ook geen gebruik van de ITT analyse omdat er bij deze studie geen sprake van drop-out was of er maar één participant betrokken was (3,6,7,9,10,11). Deze zes studies werden met betrekking tot het criterium ‘gebruik ITT analyse’ als negatief beoordeeld.

Kwaliteit van de studies: Met behulp van de kwaliteitscriteria van Henselmans, De Haes en Smets (2012) werden de studies die in het huidige onderzoek meegenomen zijn beoordeeld. Geen van de studies werd beoordeeld van hoge kwaliteit te zijn, omdat geen van de 11 studies meer dan vijf van de kwaliteitscriteria vervulde (zie Appendix C). Dit betekent dat geen van de studies in het huidige onderzoek van hoge kwaliteit was. Bij een studie werden vijf van de 11 kwaliteitscriteria vervuld (8). Een andere studie vervulde vier kwaliteitscriteria van Henselmans et al. (2012) (4), twee andere studies vervulden er drie (1,3), twee maar twee (5,9) en een vervulde maar een kwaliteitscriterium (2,6,7). Twee studies vervulden geen van de kwaliteitscriteria (10,11).

Table 4: Studie karakteristieken, gerangschikt naar kwaliteit van de studie

Eerste auteur (jaar)	Studie design	N participanten per conditie (drop-out)	Metingen m.b.t. symptome	Metingen m.b.t de positieve psychologie	Metingen m.b.t. haalbaarheid en acceptatie	Resultaten m.b.t verandering van symptomen	Resultaten m.b.t de positieve psychologie	Resultaten m.b.t ervaringen van participanten
8 Kelly et al. (2015)	Randomized controlled trial drie groepen, een zelfcompassie interventie groep, een gedragsinterventie groep en een controle groep (geen behandeling) Pre-, mid- en posttests	Drie groepen: N=41 zelfcompassie <i>n</i> = 15 (drop-out N=1) Gedrags strategien <i>n</i> = 13 (drop-out N=1) Wachttijl Control (<i>n</i> = 13 (drop-out N=1)	(1) Lengte en gewicht metingen (2) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (3) Bijhouden van eetbuien (4) Center for Epidemiological Studies for Depression (CES-D)	(1) Self-Compassion Scale (SCS) (2) Fears of Compassion Scale (FCS)	(1) Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ) (2) Homework Rating Scale (HRS)	(1) Zelfcompassie- en gedragsinterventie meer afname eetbuien dan controle groep (2) Zelfcompassie interventie meer afname symptomen van eetstoornis (3) Afname angst symptomen bij zelfcompassie interventie significant bij individuen met weinig angst, in gedragsinterventie significant bij individuen met weinig en veel angst (4) Geen verschil tussen condities m.b.t. verandering van BMI (5) Geen verschil tussen condities m.b.t. afname depressieve symptomen	(1) Zelfcompassie interventie groter toename zelfcompassie dan gedragsinterventie en controle groep (2) individuen met laag scores op 'fear of self-compassion' profiteren meer van zelfcompassie interventie	(1) Geen verschil tussen condities m.b.t. verwachtingen reductie eetbuien (2) Geen verschil tussen condities m.b.t. subjectieve compliance: bij zelfcompassie en gedrag interventies hoog (3) Geen verschil tussen condities m.b.t. objectieve compliance

Table 4: Studie karakteristieken, gerangschikt naar kwaliteit van de studie (volgende)

Eerste auteur (jaar)	Studie design	N participanten per conditie (drop-out)	Metingen m.b.t. symptome	Metingen m.b.t de positieve psychologie	Metingen m.b.t. haalbaarheid en acceptatie	Resultaten m.b.t verandering van symptomen	Resultaten m.b.t de positieve psychologie	Resultaten m.b.t ervaring van participanten	
4	Juarascio et al. (2013)	nonequivalent groeps design Drie groepen (een Acceptance and Commitment groep, twee 'treatment as usual' groepen) pre- en posttest	N=140 (drop-out N=25) Treatment as usual a N=20 Treatment as usual b N=54 Acceptance and commitment therapy N=66	(1) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (2) SCID (alleen eetstoornis sectie) (3) Food challenge (4) Difficulties in Emotion Regulation (DERS) (5) Brief Symptom Questionnaire (BSQ) (6) Rehospitalisatie metingen (7) Lengte en Gewicht metingen	(1) Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II) (2) Drexel Defusion Scale (DDS)	(1) Treatment Acceptability Questionnaire (TAQ)	Alleen kleine verschillen tussen groepen: (1) ACT groep meer verbetering van pathologisch eetgedrag (2) ACT groep minder globaal eetpatologie, negatieve lichaams-, gewicht overtuigingen, groter bereidheid distressing voedsel te eten	Alleen kleine verschillen tussen groepen: (1) ACT groep meer toename psychologische flexibiliteit: toename acceptatie en actie van negatieve emoties/ervaringen	Geen verschillen tussen groepen: (1) Acceptatie van behandeling
1	Juarascio et al. (2017)	Een groep pre-, mid- & posttest en drie maanden follow up	Een groep: Acceptatie gebaseerde gedrags therapie N=19	(1) Eating Disorders Examination Interview 16.0 (EDE) (2) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (3) Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (4) UPPS Impulsive Behavior Scale – negative urgency subscale (5) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	(1) Quality of Life Inventory (QOLI) (3) Acceptance and Action Questionnaires— general and food-specific: Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) Food Craving Acceptance and Action	Niet van toepassing	(1) Afname symptomen van eetstoornis (2) Afname depressieve symptomen (3) Afname moeilijkheden m.b.t. emotieregulatie (4) Afname impulsief gedrag	(1) Toename psychologische flexibiliteit: toename acceptatie en actie van negatieve emoties/ervaringen (2) Toename levenskwaliteit	Niet van toepassing

Table 4: Studie karakteristieken, gerangschikt naar kwaliteit van de studie (volgende)

	Eerste auteur (jaar)	Studie design	N participanten per conditie (drop-out)	Metingen m.b.t. symptome	Metingen m.b.t. de positieve psychologie	Metingen m.b.t. haalbaarheid en acceptatie	Resultaten m.b.t. verandering van symptomen	Resultaten m.b.t. de positieve psychologie	Resultaten m.b.t. ervaringen van participanten
3	Gale et al. (2014)	Een groep pre-, mid- en posttest (5 meetmomenten)	Een groep N=139 (drop-out N= 40)	(1) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (2) Stirling Eating Disorder Scale (SEDS) (3) Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)	Niet van toepassing	Niet van toepassing	(1) Afname symptomen van eetstoornis (2) Afname psychologisch lijden	Niet van toepassing	Niet van toepassing
5	Woolhouse et al. (2012)	Mixed method Een groep pre- en posttest, en drie maanden follow up	Cognitieve gedragstherapie gecombineerd met mindfulness oefeningen N=30 (drop-out N=2)	(1) Eating Disorders Inventory-3 Symptom Checklist (EDI-3-SC) (2) Multifactorial Assessment of Eating Disorders Scale (MAEDS) (3) Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) (4) Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ) (5) Eating Self-Efficacy Scale (ESES) (6) Emotional Overeating Questionnaire (EOQ) (7) Kwalitatieve interviews	(1) Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)	(1) Kwalitatief interviews	(1) Afname eetbuien (2) Afname symptomen	(1) Toename mindfulness	Positieve ervaringen van participanten: (1) mindfulness oefeningen als het meest nuttig beoordeelt

Table 4: Studie karakteristieken, gerangschikt naar kwaliteit van de studie (volgende)

	Eerste auteur (jaar)	Studie design	N participanten per conditie (drop-out)	Metingen m.b.t. symptome	Metingen m.b.t de positieve psychologie	Metingen m.b.t. haalbaarheid en acceptatie	Resultaten m.b.t verandering van symptomen	Resultaten m.b.t de positieve psychologie	Resultaten m.b.t ervaringen van participanten
9	Hill et al. (2015)	Case-Series Studie pre-, mid- en posttest, en drie maanden follow up	Acceptance and commitment therapy N=2	(1) Self-Monitoring of Problematic Eating (2) Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) (3) Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire - Revised (MAC-R) (4) Emotional Eating Scale (EES) (5) Clinical Impairment Assessment 3.0 (CIA 3.0)	(1) Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ)	Niet van toepassing	(1) Afname eetbuien	(1) Toename flexibiliteit van het lichaam	Niet van toepassing
2	Harrisson et al. (2016)	Een groep pre- & posttest & zes maanden follow up	Een groep: Positieve psychologische interventie N=19 (drop-out N=8)	Niet van toepassing	(1) Satisfaction with Life Scale (SLS) (2) Subjective Happiness Scale (SHS)	(1) Patient satisfaction questionnaire (2) Kwalitatieve feedback	Niet van toepassing	(1) Toename levenstrevedenheid (2) Toename subjectieve geluk	Positieve ervaringen van participanten: (1) participanten waren tevreden met de behandeling
6	Baer et al. (2005)	Case studie pre- & posttest & zes maanden follow up	Op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie N= 1	(1) Eating Disorder Examination (EDE) (2) Binge Eating Scale (BES) (3) Eating Expectany Inventory (EEI) (4) Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	(1) Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)	Niet van toepassing	(1) Afname eetbuien (2) Afname symptomen (3) Afname negatieve verwachtingen m.b.t. voeding (4) Afname depressieve symptomen	(1) Toename mindfulness	Niet van toepassing

Table 4: Studie karakteristieken, gerangschikt naar kwaliteit van de studie (volgende)

	Eerste auteur (jaar)	Studie design	N participanten per conditie (drop-out)	Metingen m.b.t. symptome	Metingen m.b.t de positieve psychologie	Metingen m.b.t. haalbaarheid en acceptatie	Resultaten m.b.t verandering van symptomen	Resultaten m.b.t de positieve psychologie	Resultaten m.b.t ervaringen van participanten
7	Ruffault et al. (2016)	Case studie pre-, mid- en posttest	Cognitieve gedragstherapie met dagelijkse mindfulness training N=1	(1) Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18) (2) Beck Depression Inventory (BDI-II) (3) Hospital Anxiety and Depression Scale, (HADS-D) (4) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A) (5) Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)	(1) Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (2) Acceptance and Action Question (AAQ-II)	(1) Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)	(1) Afname cognitieve restrictie (2) Afname emotioneel eten (3) Afname cognitieve impulsiviteit (4) Toename gevoelens van angst (5) Afname eetbuien	(1) Geen verandering m.b.t. dispositionele mindfulness (2) Toename psychologische flexibiliteit: toename acceptatie en actie van negatieve emoties/ervaringen	Positieve ervaringen van participanten: (1) Verhoging van extrinsieke en intrinsieke motivatie
10	Wildes et al. (2014)	Een groep pre- & posttest & drie- & zes maanden follow up	Emotie acceptatie gedrags therapie N=24 (drop-out N=9)	(1) Eating Disorder Examination, Edition 16.0D (EDE) (3) Beck Depression Inventory-2 (BDI-2) (4) Beck Anxiety Inventory (BAI)	(1) Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (2) Eating Disorders Quality of Life Scale (EDQOL)	Niet van toepassing	(1) Gewichtstoename (2) Afname symptomen (3) Afname depressieve symptomen (4) Afname angst	(1) Toename levenskwaliteit (2) Toename psychologische flexibiliteit: toename acceptatie en actie van negatieve emoties/ervaringen	Niet van toepassing
11	Heffner et al. (2002)	Case studie Pre-, mid- & posttest & follow ups (18 meetmomenten in totaal)	Acceptance and commitment therapy N= 1	(1) Eating Disorder Inventory (EDI-2)	Niet van toepassing	Niet van toepassing	(1) Afname symptomen	Niet van toepassing	Niet van toepassing

3.4 Uitkomstmaten en resultaten

De studies die in het huidige onderzoek meegenomen zijn beoordeelden verschillende aspecten met betrekking tot de effectiviteit van de interventie. In dit onderzoek wordt er onderscheid gemaakt tussen de effecten op psychopathologie en de effecten op positieve psychologische processen. Omwille van de lage kwaliteit van studies zullen de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. De resultaten worden in de volgende sectie besproken.

Effecten op psychopathologie: Om te beoordelen of er sprake was van psychopathologie is er binnen de studies naar het bestaan en/of de ernst van bestaande symptomen gekeken. Bij tien van de 11 studies werd er naar het effect van de interventies op psychopathologie gekeken (1,3,4,5,6,7,8,9,10,11). De enige studie in het huidige onderzoek die gebruik maakte van RCT design ontdekte een grotere afname van symptomen van eetstoornissen en eetbuien bij individuen die de zelfcompassie- of gedragsinterventie gevolgd hebben in vergelijking met individuen uit de controlegroep (8). Een andere studie, waarbij er gebruik gemaakt werd van verschillende groepen, stelt dat er alleen kleine, niet significante verschillen tussen de verschillende behandelcondities gevonden zijn (4). Bij deze studie werd gevonden dat individuen die een Acceptance and Commitment Therapy gevolgd hebben, in vergelijking met individuen die een standaard behandeling bij het Renfew Center hebben ondergaan, meer verbetering tonen met betrekking tot pathologisch eetgedrag. De ACT groep laat minder algemene eetpathologie, negatieve lichaams-, en gewichtsovertuigingen en een grotere bereidheid tot het eten van stress opwekkend voedsel zien. In total werd bij zes studies gevonden dat de symptomen van eetstoornissen afnamen (1, 3, 5, 6, 10, 11). Vier studies rapporteerden een afname van eetbuien (5, 6, 7, 9), waarbij een studie verder aangaf dat participanten na afloop van de interventie minder last van emotioneel eten hadden (7). Andere gevonden effecten op symptomen van eetstoornissen waren: gewichtstoename (10) en afname van negatieve verwachtingen met betrekking tot voeding (6).

Vier studies gebruikten instrumenten voor het meten van depressieve symptomen (1, 6, 8, 10), en ontdekten dat de door hen beoordeelde interventies van positief effect op depressieve symptomen waren (1, 6, 10). Een van deze vier studies stelde dat depressieve symptomen afnamen maar er geen verschil bestond tussen individuen die een zelfcompassie interventie of een gedragsinterventie gevolgd hadden en degenen die geen behandeling ontvangen hadden (8). Twee studies onderzochten de effecten van de beoordeelde interventie op gevoelens van angst (7, 10). De resultaten van deze twee interventies zijn tegenstrijdig. Een van de interventies ontdekte een afname van angstgevoelens (10) terwijl er bij de andere

interventie een toename aan gevoelens van angst gevonden werd (7). Andere gevonden positieve effecten op psychopathologie waren: Afname cognitieve impulsiviteit (7) Afname cognitieve restrictie (7), Afname moeilijkheden met betrekking tot emotieregulatie (1), afname impulsief gedrag (1) en afname psychologisch lijden (2). Een studie gebruikte geen instrumenten voor het meten van psychopathologie (2). Bij deze studie werd er niet naar de effecten van een positieve psychologische interventie op psychopathologie gekeken.

Samenvattend blijken de onderzochte interventies positief effect op psychopathologie te hebben. De symptomen van eetstoornissen namen af en met name eetbuien. Verder werden positieve effecten met betrekking tot de reductie van depressieve symptomen gevonden.

Effecten op positieve psychologische processen: Om positieve psychologische processen en de verandering ervan in de loop van de onderzochte interventies te meten zijn verschillende psychologische constructen gemeten. De enige studie in het huidige onderzoek die gebruik maakte van RCT design rapporteerde positieve effecten, zoals toename van zelfcompassie, met betrekking tot de door hun geëvalueerde interventie. De toename aan zelfcompassie was bij de zelfcompassie groep duidelijk hoger dan bij de groep die de gedragsinterventie volgde of in de controle groep was (8). Over het algemeen profiteerden individuen met lage scores op 'fear of self-compassion' meer van de zelfcompassie interventie (8).

Andere positieve effecten werden gevonden bij een andere studie naar verschillen tussen groepen. Bij deze studie werden positieve effecten op de psychologische flexibiliteit van het individu gevonden, zoals de acceptatie van negatieve emoties en ervaringen (4). Echter blijken verschillen tussen groepen bij deze studie redelijk klein. Vergelijkbare positieve resultaten werden bij andere studies gevonden (1,4,7,9,10). Bij één studie werd er niet naar psychologische flexibiliteit in het algemeen gekeken, maar naar psychologische flexibiliteit met betrekking tot het eigen lichaam (9).

Toename van levenskwaliteit kon in twee interventies gevonden worden (1,10). Een toename van levenstevredenheid en subjectief geluk werd bij een studie gevonden (2).

Twee studies die interventies met mindfulness componenten onderzochten ontdekten positieve effecten op mindfulness (5,6). Bij een studie waarbij een CGT gecombineerd met dagelijkse mindfulness training onderzocht werd, werden geen veranderingen met betrekking tot dispositionele mindfulness gevonden (7).

Twee studies gebruikten geen instrumenten voor het meten van psychologische processen maar legden de focus op de effecten van de door hun onderzochte interventie op psychopathologie (3,11).

Samenvattend zijn er positieve resultaten met betrekking tot verbetering van positieve psychologische processen gevonden. Alleen bij een studie werd er geen positief effect op positieve psychologische processen gemeten.

Ervaringen en acceptatie van participanten met betrekking tot het doorlopen van de interventie: Vijf van de 11 studies gebruikten metingen om te bepalen hoe participanten het doorlopen van de interventie beoordeelden (2,4,5,7,8). De enige studie in dit onderzoek die gebruik maakte van RCT design onderzocht de bereidheid van participanten de interventie af te ronden en onderzocht daarnaast ook de verwachtingen van participanten met betrekking tot de effectiviteit van de interventie (8). De resultaten laten geen verschillen tussen de zelfcompassie groep, de groep die de gedragsinterventie onderging of de controle groep zien. Ook resultaten van een andere studie welke verschillende groepen gebruikte laat vergelijkbare resultaten zien (4). Bij deze studie waarbij een groepsbehandeling gebaseerd op ACT onderzocht werd, werd gekeken naar de acceptatie van de behandelmethode. Er was geen verschil tussen groepen te vinden. Drie studies berichtten over positieve ervaringen van participanten (2, 5, 7). Zo gaven patiënten aan tevreden met de groep geweest te zijn (2) en mindfulness oefeningen als het meest nuttig ervaren te hebben (5). Verder bleek uit een studie dat intrinsieke en extrinsieke motivatie met betrekking tot het afronden van de therapie bij CGT met dagelijkse mindfulness training omhoog ging (7). Zes studies onderzochten de ervaringen van participanten met de interventie niet (1, 3, 6, 9, 10, 11).

Samenvattend blijken de geëvalueerde positieve psychologische interventies van participanten als positief beoordeeld te worden.

4. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om in kaart te brengen welke typen PPI's in de behandeling van eetstoornissen gebruikt zijn en wat de effecten zijn op symptomen van eetstoornissen, positieve psychologische processen zoals het welbevinden en de levenskwaliteit en de tevredenheid van participanten. Hoewel er bij dit onderzoek gebruik gemaakt werd van relatief losse inclusiecriteria en weinig exclusie criteria was het aantal studie dat in aanmerking voor dit onderzoek kwam niet hoog (n=11). Desondanks blijkt uit resultaten van het huidige onderzoek dat er al vele verschillende PPI's in de behandeling van eetstoornissen gebruikt worden. ACT, emotie acceptatie gedragstherapie, CGT met dagelijkse mindfulness training en (zelf-)compassie training zijn tot nu toe als individuele behandelmethoden voor patiënten met een eetstoornis gebruikt. Als groepstherapie bestaan er op dit moment mindfulness gebaseerde cognitieve therapie, op mindfulness gebaseerde CGT,

acceptatie en commitment therapie, therapie gefocust op compassie, acceptatie gebaseerde gedragstherapie en en positieve psychologie interventie. Met betrekking tot het brede scala geëvalueerde PPI's van lagere kwaliteit, is het niet mogelijk om sterke conclusies te trekken over de effectiviteit van specifieke PPI's, maar de algehele resultaten toonden veelbelovende positieve effecten van PPI's op symptomen van eetstoornissen en het welbevinden. Ook met betrekking tot de tevredenheid van participanten met betrekking tot de behandeling laten de resultaten veelbelovende effecten zien.

De 11 studies onderzochten interventies die gebruik maakten van verschillende componenten uit de positieve psychologie. Er werd gebruik gemaakt van mindfulness-, (zelf-)compassie-, dankbaarheids-, vriendelijkheids-, en acceptatie oefeningen. Verder werd gebruik gemaakt van oefeningen voor het verhogen van stresstolerantie en het (emotioneel) bewustzijn. Ook werd binnen een interventie samen met de participanten gekeken wat de krachten en deugden zijn en er werden oefeningen gedaan om participanten te leren van het moment te genieten. Er werd het meest gebruik gemaakt van mindfulness- en acceptatie oefeningen. Aangezien er al positieve resultaten met betrekking tot het gebruik van mindfulness oefeningen voor individuen met psychiatrische stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, gevonden zijn (Sin & Lyubomirsky, 2009) is het niet verrassend dat mindfulness oefeningen op dit moment het meest in de behandeling van eetstoornissen gebruikt worden. Hetzelfde geldt voor het gebruik van acceptatie oefeningen, gezien er al bewijs gevonden is dat het bevorderen van de acceptatie van symptomen voor individuen met bepaalde psychiatrische stoornissen effectief is (Powers, Zum Vörde Sive Vörding & Emmelkamp, 2009).

Bij dit onderzoek werd gevonden dat PPI's van positief effect zijn op symptomen van eetstoornissen. Symptomen van eetstoornissen, vooral eetbuien, namen af; positieve effecten op depressieve symptomen werden gevonden. Gezien PPI's gericht zijn op het verbeteren van positieve psychologische processen en niet als doel hebben om symptomen van psychopathologie te verminderen is het interessant dat er bij de meeste onderzochte studies vermindering van symptomen gevonden werd. Deze resultaten laten zien dat de positieve psychologie als aanvulling op de traditionele psychologie gezien kan worden. Volgens Seligman (2002) is de traditionele psychologie als wetenschap niet compleet en een meer positieve focus met behulp van de positieve psychologie kan ter aanvulling dienen. Binnen het huidige onderzoek werd gevonden dat depressieve symptomen door sommige interventies afnamen terwijl welbevinden toenam. Deze bevindingen komen overeen met resultaten uit onderzoek van Sin en Lyubomirsky (2009). Zij stellen dat PPI's positieve effecten op

depressieve symptomen en het welbevinden hebben. Zo blijkt uit hun onderzoek dat PPI's geschikt zijn in de behandeling van individuen met stemmingsstoornissen om depressieve symptomen te verminderen en welbevinden te verhogen (Sin & Lyubomirsky, 2009).

Minder dan de helft van de 11 studies onderzocht de ervaringen van participanten met betrekking tot het doorlopen van de positieve psychologische interventies. Er werd verwacht dat participanten positieve psychologische interventies voornamelijk positief beoordelen aangezien er bij deze interventies de focus niet op de tekorten of klachten maar op de sterke kanten en krachten van het individu gelegd worden. Deze verwachting kon bevestigd worden. De resultaten komen overeen met bevindingen uit onderzoek van Ogedegbe, Boutin-Foster, Wells Allegrante, Isen, Jobe & Charlson (2012). Zij stellen dat de acceptatie van PPI's hoog is en deze interventies van positieve invloed op het behandelingsverloop zijn. Aangezien uit onderzoek is gebleken dat patiënten met eetstoornissen traditionele behandelmethoden vaak als onaangenaam en van negatieve invloed op het verloop van hun ziekte beoordeelden en de behandeling omwille van deze of andere redenen vaak niet afronden (Noordenbos, Oldenhave, Terpstra, & Muschter, 2000) zal het gebruik van positieve psychologische interventies positieve effecten kunnen bereiken. Met betrekking tot de bereidheid van participanten om de interventie af te ronden werden tegenstrijdige resultaten gevonden. Hoewel dagelijkse mindfulness componenten de intrinsieke en extrinsieke motivatie van het individu verhoogden lijkt er geen significant verschil te zijn tussen de motivatie om de behandeling af te sluiten bij verschillende behandelvormen.

Met betrekking tot de kwaliteit van de onderzochte studies valt te zeggen dat er sprake van een aantal beperkingen was. Alle studies maakten gebruik van redelijk kleine steekproeven. Bij de meeste studies was er geen sprake van random verdeling tussen groepen onder andere omdat er geen gebruik gemaakt werd van meerdere groepen. Twee studies maakten gebruik van meerdere groepen en maar een studie verdeelde participanten random over de verschillende groepen. Omwille van de lage kwaliteit en het kleine aantal onderzochte studies zullen de resultaten van het huidige onderzoek voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Het huidige onderzoek laat veelbelovend resultaten met betrekking tot de effectiviteit van PPI'S voor de behandeling van eetstoornissen zien. Positieve effecten op symptomen van eetstoornissen en depressie, het welbevinden en de tevredenheid van participanten werden gevonden. Echter is het omwille van de beperkte kwaliteit en het kleine aantal onderzochte studies niet mogelijk om te redeneren of PPI's effectiever zijn dan traditionele behandelmethoden. Ook kan er niet geconcludeerd worden welke componenten effectiever zijn in de behandeling van individuen met eetstoornissen dan andere. In toekomstig

onderzoek kan onderzocht worden welke componenten uit de positieve psychologie het meest effectief en het minst effectief in de behandeling van eetstoornissen zijn. Verder zal meer aandacht besteed moeten worden aan ervaringen van participanten van positieve psychologische interventies om mogelijke tekorten te ontdekken en de behandelingen aan de doelgroep en diens behoeften aan te passen om zo de acceptatie te verhogen en drop-out te verminderen. Bovendien zal onderzocht worden wat de voorkeuren zijn van betrokkenen met betrekking tot de 'mode of delivery'. Individueel gegeven positieve psychologische interventies dienen vergeleken te worden met PPI's in vorm van groepstherapie. In dit onderzoek werd er maar bij een studie tenminste deels gebruik gemaakt van self-help via online materiaal zoals video's etc. Aangezien het gebruik van multimedia, net als het gebruik van het internet, van steeds groter belang wordt in de behandeling van psychiatrische stoornissen (Ybarra & Eaton, 2005) wordt aangeraden om in de toekomst op dit gebied meer onderzoek te verrichten.

4.1 Limitaties

Bij dit onderzoek was sprake van een aantal limitaties waarmee rekening gehouden moet worden. Er is bij dit onderzoek maar één onderzoeker betrokken geweest, wat als gevolg had dat verschillende processen bij dit onderzoek maar door een onderzoeker gedaan zijn. Tijdens de selectie van studies werden de studies door een onderzoeker gescreend en met betrekking tot bruikbaarheid voor het huidige onderzoek beoordeeld. Op deze wijze kan mogelijk bruikbare literatuur uitgesloten zijn van onderzoek. Ook het bepalen van inclusie en exclusie criteria en het proces van data-extractie werd door één onderzoeker gedaan zodat er mogelijk sprake is van onvoldoende objectiviteit met betrekking tot de opgestelde in- en exclusie criteria. Omdat maar een onderzoeker bij dit proces betrokken was kon er geen interbeoordelaars betrouwbaarheid berekend worden. Verder werden er binnen dit onderzoek alleen vrij beschikbare artikelen opgenomen, wat resulteerde in een klein aantal in aanmerking komende studies.

4.2 Conclusie

Samenvattend blijken de onderzochte positieve psychologische interventies positieve effecten in de behandeling van individuen met eetstoornissen op te leveren. Er werden positieve effecten gevonden op psychopathologie, zoals reductie van symptomen van eetstoornissen en afname van depressieve symptomen, en op het welbevinden van het individu. Ook blijkt de acceptatie van PPI's en de tevredenheid van participanten hoog.

Met behulp van toekomstig onderzoek kan er gekeken worden welke componenten uit de positieve psychologie het meest effectief zijn in de behandeling van eetstoornissen. Hierbij zullen de verschillende PPI componenten afzonderlijk geïmplementeerd moeten worden om de effectiviteit te kunnen evalueren. Er moet goed gelet worden op de kwaliteit van de studies; zo zal bij toekomstig onderzoek gebruik gemaakt kunnen worden van RCT studies met steekproeven van voldoende grootte. Verder kan onderzoek verricht worden naar de behoeften van betrokkenen. Hierbij zal onder andere aandacht besteed worden aan de ‘mode of delivery’. Er kan dan gekeken worden naar individuele en groepstherapie alsmede face-to-face en online behandelingen.

Referenties

Geanalyseerde studies

- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*(3), 351-358.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy, 21*(1), 1-12.
- Harrison, A., Al-Khairulla, H., & Kikoler, M. (2016). The feasibility, acceptability and possible benefit of a positive psychology intervention group in an adolescent inpatient eating disorder service. *The Journal of Positive Psychology, 11*(5), 449-459.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 232-236.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: a case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(3), 367-378.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification, 37*(4), 459-489.
- Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Schumacher, L., Espel, H., & Forman, E. M. (2017). Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*(1), 1-13.
- Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice, 88*(3), 285-303.
- Ruffault, A., Grégoire, S., Hendrickson, K., & Flahault, C. (2016). Cognitive behavioral therapy with daily mindfulness training: a case report of comorbid binge eating and bipolar disorders. *Mindfulness, 7*(2), 573-576.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Cheng, Y., McCabe, E. B., & Gaskill, J. A. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(8), 870-873.
- Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: a mixed-methods evaluation. *Eating disorders, 20*(4), 321-339.

Referenties

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: Eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2), 139-147.
- Beroerte, C. R. (2000). CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Utrecht, Nederlandse Hartstichting, Den Haag*.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg & Trimbos-instituut (2006). *Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen*. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., ... & Hope, R. A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463-469.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 425-432.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28(2), 475-480.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26–30. DOI: 10.1159/000082023.
- Fijten, G. H., & Noordenbos, G. (2007). 8 Eetstoornissen. *Psychiatrie*, 131-147.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359(1449), 1367-1377. DOI: 10.1098/rstb.2004.1512.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062. DOI: 10.1037/a0013262.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert, & K.C. Bailey (Eds), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118–150). Hove, England: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gillham, J. E. & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163–173. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00055-8.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7.
- Henselmans, I., De Haes, H. C. & Smets, E. (2012). Enhancing patient participation in oncology consultations: a best evidence synthesis of patient-targeted interventions. *Psycho-Oncology*, 22(5), 961-977. doi:10.1002/pon.3099.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and

- commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: a case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 367-378.
- Hoek, H. W. (2002). Distribution of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 233-237.
- Hoek, H.W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hoek, H. W., & van Elburg, A. (2014). Voedings-en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 187-91.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review*, 31(7), 1126-1132.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 537-559.
- Jansen, A. (2008). Leerprocessen en cognities. In W.Vandereycken & G. Noordenbos (red.), *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jansen, A., & Elgersma, H. (2006). *Leven met een eetstoornis* (Vol. 34). Bohn Stafleu van Loghum.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Meyer, P. S., Catalino, L. I., & Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2), 137-140.
- Lange, A. (2000). Psychische stoornissen, verstoorde gezinsverhoudingen en gezinstherapie; de stand van zaken. *Dth*, 20(1), 31-48.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling, 2006.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Lee Duckworth, A., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 629-651.
- Lucre, K. M. & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 86(4), 387-400. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x.
- Miller, J. J., Fletcher, K. & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200. DOI: 10.1016/0163-8343(95)00025-M.

- Mutlu, F. (2007). *Een systematische review van studies naar de effectiviteit van internetbehandeling bij problematisch eetgedrag* (Bachelor's thesis, University of Twente).
- Noordenbos, G., Oldenhave, A., Terpstra, N., & Muschter, J. (2000). Kenmerken en behandelingsgeschiedenis van patiënten met chronische eetstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42(3), 145-156.
- Ogedegbe, G. O., Boutin-Foster, C., Wells, M. T., Allegrante, J. P., Isen, A. M., Jobe, J. B., & Charlson, M. E. (2012). A randomized controlled trial of positive-affect intervention and medication adherence in hypertensive African Americans. *Archives of internal medicine*, 172(4), 322-326.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ESEMeD-WMH Investigators. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*, 43(14), 1125-1132.
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B. & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80. DOI: 10.1159/000190790.
- Rijn, C.A., van., (1998b). Anorexia nervosa en boulimia nervosa III. Somatische gevolgen van purgeren. *Nederlands tijdschrift van de geneeskunde*, 142, 1867-1869.
- Schachtschabel, H. (2005). *Buitenbeentjes, psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Schubert, P. (2007). Der Umgang mit Essstörungen im schulischen Arbeitsbereich.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (p. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., Rashid, T. & Parks, A.C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Spaans, J. (2005). *Ik eet als niemand het weet, Over Boulimia nervosa en wat je eraan kunt doen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 128(5):825-48.
- Tobias, K., & Beer, R. (2011). *Cognitieve gedragstherapie bij jongeren met een eetstoornis: Eten zonder angst*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2004). Handboek eetstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(7), 456-456.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek Psychopathologie, deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vanderlinden, J. (2002). Gezinstherapie bij eetstoornissen.

Van der Velde, H. (2016). Voedingsdeficiëntie. In *Fysiotherapie en medicatie* (pp. 191-196). Bohn Stafleu van Loghum.

Verheij, F. (2005). Systeemdenken, systeemtherapie en gezinstherapie. In *Handboek jeugdzorg deel 1* (pp. 165-177). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Wilson, G. T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 205-210.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199.

Ybarra, M.L., & Eaton, W.W., (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental health services research*, 7, 75-87.

Appendix A

Zoekstratgien

Zoekstrategie: PsycInfo

- #1 (positive psychology OR positive emotions OR compassion OR gratitude OR kindness OR loving OR mindfulness OR acceptance OR commitment OR happiness OR happy OR lucky OR satisfaction OR optimism OR positive feelings OR wellbeing)
- #2 (eating-disorder OR eating problems OR eating behaviour OR eating disturbance OR eating issues OR obesitas OR anorexie OR anorexia nervosa OR bulimia OR bulimia nervosa OR binge eating)
- #3 (intervention OR treatment OR therapy)
- #4 (outcome OR effect OR effectiveness)
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4 (filters: Publication Year: 1998-2017, English, German Dutch, Spanish) = 720

Zoekstrategie: Scopus

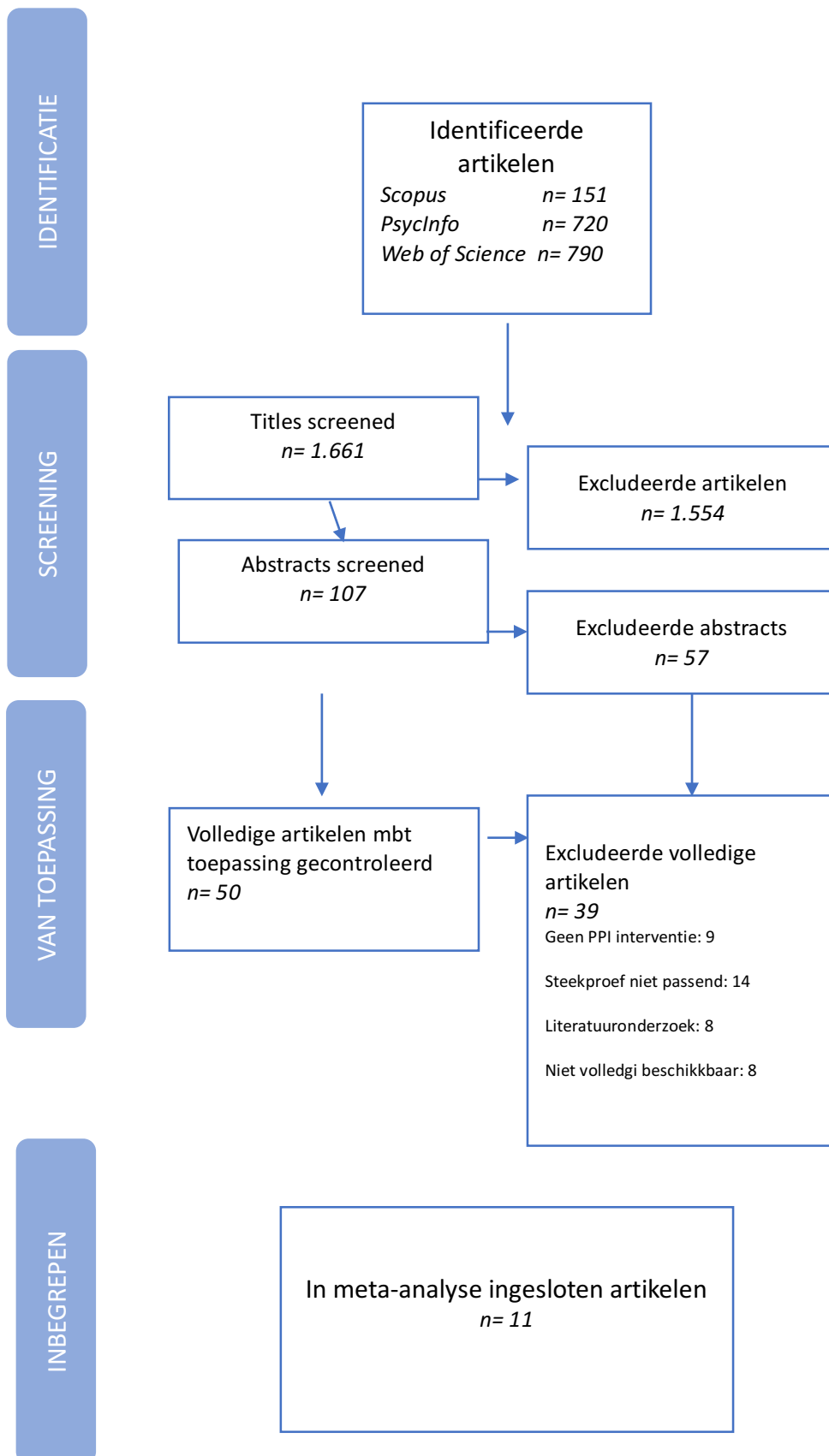
- #1 TITLE-ABS-KEY (positive psychology OR positive emotions OR compassion OR gratitude OR kindness OR loving OR mindfulness OR acceptance OR commitment OR happiness OR happy OR lucky OR satisfaction OR optimism OR positive feelings OR wellbeing)
- #2 TITLE-ABS-KEY (eating-disorder OR eating problems OR eating behaviour OR eating disturbance OR eating issues OR obesitas OR anorexie OR anorexia nervosa OR bulimia OR bulimia nervosa OR binge eating)
- #3 TITLE-ABS-KEY (intervention OR treatment OR therapy)
- #4 TITLE (positive psychology OR positive emotions OR compassion OR gratitude OR kindness OR loving OR mindfulness OR acceptance OR commitment OR happiness OR happy OR lucky OR satisfaction OR optimism OR positive feelings OR wellbeing)
- #5 TITLE (eating-disorder OR eating problems OR eating behaviour OR eating disturbance OR eating issues OR obesitas OR anorexie OR anorexia nervosa OR bulimia OR bulimia nervosa OR binge eating)
- #6 #1 AND #2 AND #3 (filter: English, German, Dutch, Spanish, Article, Publication year: 1998-2017, limit to subject area psychology) = 151

Zoekstrategie: Web of Science

- #1 TOPIC: (positive psychology OR positive emotions OR compassion OR gratitude OR kindness OR loving OR mindfulness OR acceptance OR commitment OR happiness OR happy OR lucky OR satisfaction OR optimism OR positive feelings OR wellbeing)
- #2 TOPIC: (eating-disorder OR eating problems OR eating behaviour OR eating disturbance OR eating issues OR obesitas OR anorexie OR anorexia nervosa OR bulimia OR bulimia nervosa OR binge eating)
- #3 TOPIC: (intervention OR treatment OR therapy)
- #4 TITLE: (positive psychology OR positive emotions OR compassion OR gratitude OR kindness OR loving OR mindfulness OR acceptance OR commitment OR happiness OR happy OR lucky OR satisfaction OR optimism OR positive feelings OR wellbeing)
- #5 TITLE: (eating-disorder OR eating problems OR eating behaviour OR eating disturbance OR eating issues OR obesitas OR anorexie OR anorexia nervosa OR bulimia OR bulimia nervosa OR binge eating)
- #6 #1 AND #2 AND #3 (filter: English, German, Dutch, Spanish, Article, Publication year: 1998-2017, limit to subject area psychology) = 679
- #7 #4 AND #5 AND #3 (filter: English, German, Dutch, Spanish, Article, Publication year: 1998-2017) = 111

Appendix B

Figure 1. Flowchart of the study selection process (PRISMA, 2009).



Appendix C

Table 2 Kwaliteitsbeoordeling van de gecontroleerde studies (n = 11), gesorteerd naar formaat (individueel/ groep), gerangschikt naar jaar van publicatie

	Eerste auteur (jaar)	Random	Verborg en	Blind professionals	Blinde participanten	Blind analysant	Ingaan op verschillen tusse groepen	Verlies van participanten tot follow up ≤ 30%	Intention to treat	Valide metingen	Gelijke condities	Participant en per conditie n > 35	N vervulde criteria	Qualiteit (> 5)
Groep														
1	Juarascio et al. (2017)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	Ja	Ja	Ja	Niet van toepassing	X	3	Laag
2	Harrison et al. (2015)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	X	?	Ja	Niet van toepassing	X	1	Laag
3	Gale et al. (2014)	X	?	Ja	Ja	?	Niet van toepassing	no follow-ups	X	?	Niet van toepassing	Ja	3	Laag
4	Juarascio et al. (2013)	Ja	?	?	?	?	?	no follow-ups	Ja	Ja	Ja	X	4	Laag
5	Woolhouse et al. (2012)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	Ja	X	Ja	Niet van toepassing	X	2	Laag
6	Baer et al (2005)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	Ja	X	?	Niet van toepassing	X	1	Laag
Individueel														
7	Ruffault et al. (2016)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	No follow-ups	X	Ja	Niet van toepassing	X	1	Laag
8	Kelly et al. (2015)	Ja	?	?	?	?	Ja	No follow-ups	Ja	Ja	Ja	X	5	Laag
9	Hill et al. (2015)	X	?	X	?	X	Niet van toepassing	Ja	X	Ja	Niet van toepassing	X	2	Laag
10	Wildes et al. (2014)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	X	X	?	Niet van toepassing	X	0	Laag
11	Heffner et al. (2008)	X	?	?	?	?	Niet van toepassing	no follow-ups	X	?	Niet van toepassing	X	0	Laag

