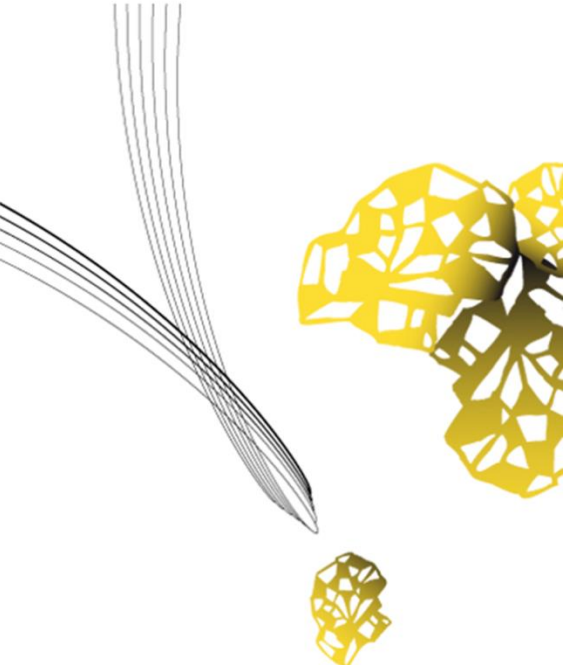




UNIVERSITY OF TWENTE.

Masterthesis

In hoeverre is het psychologisch en spiritueel welbevinden van invloed op het beloop van de klachten en het welbevinden bij vrouwen met een eetstoornis?

Student:	Marije Kooistra
Master:	Positieve Psychologie & Technologie
Eerste begeleider:	Prof. Westerhof
Tweede begeleider:	Dhr. Prosman
Woorden:	12.878
Datum:	11-02-2019
Universiteit:	Universiteit van Twente, Enschede



Health is not simply the absence of disease: it is something positive. . .
—Henry Sigerist, *Medicine and Human Welfare*

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, het eindproduct voor mijn master ‘Positieve psychologie & Technologie’ aan de universiteit van Twente. Na jaren is de periode als student voor mij toch echt voorbij. In 2009 begon ik aan mijn mbo niveau 4 opleiding Jeugdzorg met als doel ooit psycholoog te worden. Stap voor stap heb ik aan dit doel gewerkt met als resultaat dat, een kleine 10 jaar later, ik mijn doel mag behalen. Ik ben ontzettend trots, blij en dankbaar voor alle ontwikkelingen die ik heb mogen doormaken, op zowel professioneel als persoonlijk vlak. Elk stapje dichterbij mijn doel liet mij beseffen hoe graag ik in dit werkveld werkzaam wil zijn. Dit is mijn passie.

Het afgelopen halfjaar mocht ik parttime bezig zijn met het schrijven van mijn masterthesis. Dit heb ik als een zeer boeiend en leerzaam proces ervaren waarbij ik betrokken en enthousiaste professionals om mij heen had. Deze mensen zou ik hiervoor graag willen bedanken. Als eerst wil ik Gerben Westerhof bedanken voor zijn tijd en feedback het afgelopen halfjaar. Ik heb de samenwerking als zeer prettig en leerzaam ervaren. Ook wil ik Gert-Jan Prosman bedanken voor zijn enthousiasme en feedback. Je betrokkenheid was voelbaar. Tot slot wil ik Sander de Vos bedanken voor zijn feedback en tijd. Ik vond het een waardevolle aanvulling om samen te sparren over de verschillende resultaten.

Marije Kooistra

Samenvatting

Inleiding: Dit onderzoek heeft getracht antwoord te geven op de vraag in hoeverre het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend zijn voor het beloop van pathologie en welbevinden bij patiënten met een eetstoornis. Een eetstoornis is een serieuze psychiatrische stoornis die vaak leidt tot ernstige beperkingen en chronische aandoeningen. Er is groeiende steun dat welbevinden een belangrijke dimensie van het herstel bij eetstoornis patiënten is. Vooral het psychologisch en spiritueel welbevinden lijken belangrijk te zijn als voorspellers van het beloop van de behandeling. Wanneer dit uit onderzoek ook zo blijkt te zijn kan er structureler ingezet gaan worden op het verbeteren van deze aspecten van het welbevinden, om zo de effectiviteit van de behandelingen te vergroten.

Methode: De steekproef bestond uit 203 vrouwelijke eetstoornis patiënten die gedurende het eerste behandeljaar bij een eetstoornis behandelingscentrum in Nederland zijn gevolgd. Zij hebben vragenlijsten over het algemeen welbevinden (MHC-SF), algemene psychopathologie (OQ-45) en eetstoornis specifieke psychopathologie (EDE-Q) ingevuld. Het psychologisch en spiritueel welbevinden (PGGS) was in dit onderzoek de onafhankelijke variabele. De respondenten waren onder te verdelen in vier groepen: 1) Complete data, dit betrof de respondenten voor wie alle metingen een tussenmeting waren, 2) Klinische opname, voor de respondenten waarbij een klinische opname gedurende het eerste behandeljaar noodzakelijk was, 3) Afgerond, de respondenten die in het eerste behandeljaar de behandeling hebben afgerond en 4) Uitgevallen, dit waren de respondenten die ergens in het eerste behandeljaar de vragenlijsten niet meer hebben ingevuld terwijl de behandeling nog niet was afgerond. Met behulp van de Kruskal-Wallis test en de one-way ANOVA is geanalyseerd of er componenten van de PGGS voorspellend waren voor één van de vier groepen. Daarnaast is er met behulp van de Repeated Measures ANOVA gekeken wat het beloop is van de klachten en het welbevinden en is er onderzocht welke componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend zijn op het beloop hiervan.

Resultaten: Zelfacceptatie, innerlijke kracht en persoonlijke groei lijken een voorspellende waarde te hebben op de noodzaak van een klinische opname en/of het beloop van psychopathologie en welbevinden. Opvallend is dat de afname in psychopathologie eerder wordt waargenomen dan de toename in het algemeen welbevinden. Ook valt op dat de groep die binnen deze steekproef gemiddeld scoort op de componenten van de PGGS over het algemeen het meest verbeteren.

Conclusie: Uit dit onderzoek komt naar voren dat het psychologisch en spiritueel welbevinden over het algemeen niet gerelateerd zijn aan het beloop van pathologie en welbevinden. Uitzonderingen hierop zijn zelfacceptatie, innerlijke kracht en persoonlijke groei. In vervolg onderzoek is het waardevol om verder te kijken naar hoe klachten en welbevinden elkaar wederzijds beïnvloeden en/of hoe de opzet van de behandeling kan bijdragen aan het verminderen van klachten en/of het versterken van welbevinden.

Summary

Introduction: This research attempted to answer the question to what extent psychological and spiritual well-being are predictive in the course of psychopathology and well-being by patients with an eating disorder. An eating disorder is a serious psychiatric disorder that often leads to severe limitations and chronic conditions. There is growing support that well-being is an important dimension of the recovery in eating disorder patients. Psychological and spiritual well-being in particular seems to be important as predictors of the course of treatment. If this research proves to be so, it can be used more structurally to improve these aspects of well-being, in order to increase the effectiveness of the treatments.

Method: The sample consisted of 203 female patients with an eating disorder who were followed during the first year of treatment at an eating disorder treatment center in the Netherlands. They have filled in questionnaires about general well-being (MHC-SF), general psychopathology (OQ-45) and eating disorder specific pathology (EDE-Q). The psychological and spiritual well-being (PGGS) was the independent variable in this study. The respondents were subdivided into four groups: 1) Complete data, this concerned the respondents for whom all measurements were an intermediate measurement, 2) Clinical admission, for the respondents who required a clinical admission during the first treatment year, 3) Completed, the respondents who completed the treatment in the first year and 4) drop-outs, these were the respondents who did not fill out the questionnaires anywhere in the first year of treatment while the treatment was not yet completed. Using the Kruskal-Wallis test and the one-way ANOVA, it was analyzed whether components of the PGGS were predictive for one of the four groups. In addition, with the help of the Repeated Measures ANOVA, we investigated the course of the complaints and well-being and examined which components of the psychological and spiritual well-being are predictive of their course.

Results: Self-acceptance, inner strength and personal growth seems to have a predictive value on the need for clinical admission and/or the course of psychopathology and well-being. It is striking that the decrease in psychopathology is observed earlier than the increase in general well-being. It is also striking that the group that scores on average in this sample on the PGGS components generally improve the most.

Conclusion: This research shows that psychological and spiritual well-being is generally not related to the course of psychopathology and well-being. Exceptions to this are self-acceptance, inner strength and personal growth. In subsequent research it is valuable to look further at how complaints and well-being influence each other and/or how the design of the treatment can contribute to reducing complaints and/or strengthening well-being.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Methode	15
Setting	15
Procedure	16
Respondenten	17
Meetinstrumenten	17
Analyses	19
Resultaten.....	21
Resultaten alle groepen	21
Beloop generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en van het welbevinden	24
Voorspellende waarde van de componenten van de PGGS.....	28
Discussie en Conclusie	37
Sterke en zwakke punten	41
Implicaties.....	42
Literatuurlijst.....	45
Bijlagen	52
Bijlage 1: Verdeling opleidingscategorieën	
Bijlage 2: Overzicht respondenten per meetmoment	

Inleiding

De rol van welbevinden in het herstel van eetstoornissen wordt steeds meer erkend. Desondanks is er nog weinig onderzoek gedaan naar wat de rol van welbevinden kan zijn in de behandeling van eetstoornissen. Naar voren komt dat het psychologisch en spiritueel welbevinden worden beschouwd als belangrijke onderdelen van herstel, echter is het nog onduidelijk in hoeverre deze aspecten van het welbevinden een voorspellende waarde kunnen hebben op het beloop van de behandeling. In dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre deze aspecten voorspellend zijn voor de noodzaak van een klinische opname en in hoeverre zij voorspellend zijn voor het beloop van de algemene psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en het welbevinden gedurende de behandeling. Wanneer dit duidelijk is kan er voorafgaand aan de behandeling al bepaalde risicogroepen in kaart worden gebracht en kan de behandeling nauwkeuriger aansluiten op de behoeftes van de patiënt.

Een eetstoornis is een serieuze psychiatrische stoornis (American Psychiatric Associatie, 2013). Deze leidt vaak tot ernstige fysieke, psychische en sociale beperkingen (Jenkins, Hoste, Meyer & Blissett, 2011; Mitchison, Hay, Slewa-Younan & Mond, 2012). Kenmerkend voor een eetstoornis is een sterke preoccupatie met eten en gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. In de huidige versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) worden vier eetstoornissen beschreven, namelijk: anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuienstoornis en de andere gespecificeerde eetstoornis (American Psychiatric Association, 2013). De belangrijkste kenmerken van anorexia nervosa zijn: (1) weigering om een minimaal normaal lichaamsgewicht te handhaven, (2) een pathologische angst om aan te komen en (3) een vertekend lichaamsbeeld waarbij, zelfs wanneer duidelijk vermagerd, patiënten overtuigd blijven van het feit dat zij overgewicht zouden hebben (Davey, 2008). Boulimia nervosa is net als anorexia nervosa een aandoening die wordt gekenmerkt door de angst voor gewichtstoename en een verstoorde perceptie van het lichaamsbeeld (Davey, 2008). De belangrijkste kenmerken van boulimia nervosa zijn terugkerende perioden van eetaanvallen die vaak bestaan uit het eten van meer dan een normale dagelijkse volledige voedselinname in één eetbui. Daarnaast is er bij boulimia nervosa ook sprake van terugkerend ongepast compenserend gedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelfopgewekt braken of het misbruiken van laxermiddelen (Davey, 2008). De meeste boulimia patiënten hebben een gezond gewicht in vergelijking met de norm voor hun lengte (Davey, 2008). De eetbuienstoornis wordt gekenmerkt door terugkerende episodes van eetbuien, maar zonder het bijbehorende braken of vasten, dat geassocieerd is met boulimia nervosa. De andere gespecificeerde eetstoornis is van toepassing voor mensen die aan verschillende kenmerken van een eetstoornis voldoen, maar niet aan het minimum aantal kenmerken voor één specifieke eetstoornis komen (American Psychiatric Association, 2013). De geschatte levensprevalentie voor vrouwen met een eetstoornis is 0,9% voor anorexia

nervosa, 1,5% voor boulimia nervosa, 3,5% voor een eetbuienstoornis. (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2008).

De gevolgen van een eetstoornis zijn groot. Zo komt uit onderzoek naar voren dat de aanwezigheid van een eetstoornis een grote negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van de patiënt (Jenkins, Hoste, Meyer & Blissett, 2011; Mond, Hay, Rodgers & Owen, 2012). Onder kwaliteit van leven wordt onder andere het fysiek functioneren, lichamelijke pijn, algemene gezondheidsperceptie, vitaliteit, sociaal functioneren en geestelijke gezondheid verstaan (De la Rie, Noordenbos & Van Furth, 2005). Het hebben van een eetstoornis heeft vooral invloed op de psychologische aspecten van gezondheid, waarbij zelfwaardering het meest blijkt bij te dragen aan de ervaren kwaliteit van leven (De la Rie et al., 2005). Daarnaast heeft anorexia nervosa het hoogste sterftecijfer van alle psychiatrische stoornissen (Hoek, 2006). Dit komt naast de ernstige fysieke omstandigheden ook door de hoeveelheid zelfmoord bij anorexia patiënten. Het hebben van een psychiatrische stoornis, zoals een eetstoornis maar ook een borderline persoonlijkheidsstoornis, verslaving of een depressie, geeft een tien keer zo grote kans op zelfdoding vergeleken met de algemene bevolking (Chesney, Goodwin & Fazel, 2014). Zelfmoordpogingen komen voor bij ongeveer 3-20% van de patiënten met anorexia nervosa en bij 25-35% van de patiënten met boulimia nervosa (Franko & Keel, 2006). Naast het feit dat een eetstoornis ernstige gevolgen heeft, is het verloop van een eetstoornis ook vaak chronisch (Löwe et al., 2001).

De behandeling van een eetstoornis is complex en moeilijk vanwege de ontkenning door patiënten dat ze een stoornis hebben, de medische implicaties van de symptomen en de comorbiditeit met andere psychische stoornissen (Davey, 2008; Hartmann, Wirth & Zeeck, 2007; Reche & Ivars, 2015). In de laatste 15 jaar zijn er multidisciplinaire richtlijnen opgesteld met behandelingsopties op basis van wetenschappelijk onderzoek (Trimbos, 2006; Hay, 2013). Echter werken deze behandelopties alleen voor een percentage van de patiënten (Bulik, Berkman, Brownley, Sedway & Lohr, 2007; Hay, 2013; Reche & Ivars, 2015). Dit betekent dat patiënten vaak maar gedeeltelijk van de eetstoornis herstellen. Zo hebben Noordenbos, Oldenhavé, Terpstra en Muschter (2000) vragenlijsten afgenomen bij 82 patiënten die langer dan 10 jaar een eetstoornis hadden. Hieruit bleek dat voornamelijk sondevoeding, gedragstherapie en een opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis als zeer negatief werden ervaren. Daarnaast vond slechts 8% zichzelf hersteld en 25% zichzelf verbeterd, terwijl 67% nog (ernstig) ziek was. Hieruit komt naar voren hoe hardnekkig een eetstoornis kan zijn. De behandeling van eetstoornissen kan zowel poliklinisch als klinisch gegeven worden. Omdat een klinische opname vaak als zeer negatief wordt ervaren door de patiënt ligt de voorkeur bij een poliklinische behandeling en wordt er alleen indien noodzakelijk gekozen voor een klinische behandeling.

Om te kunnen spreken van een effectieve behandeling is het van belang een duidelijke definitie van herstel te hebben. Echter is er veel onenigheid over de definitie van herstel bij eetstoornissen en de relevante criteria die aanwezig moeten zijn om van herstel te kunnen spreken (Noordenbos, 2011). Als gevolg hiervan variëren de herstelpercentages in uitkomststudies sterk, van 0% tot 92%, afhankelijk van de gebruikte criteria (Couturier & Lock, 2006). Herstel wordt meestal gemeten als remissie van generieke en eetstoornis specifieke psychopathologie (Steinhausen, 2002). Onder generieke psychopathologie worden klachten verstaan die onder de meest voorkomende psychiatrische stoornissen vallen, zoals depressie en angst. Eetstoornis specifieke psychopathologie zijn klachten die specifiek van toepassing zijn op een eetstoornis, zoals het opzettelijk braken om aankomen te voorkomen en de angst om dik te worden. In een systematische review van 119 uitkomststudies van patiënten met anorexia nervosa concludeerde Steinhausen (2002) dat remissie van alle essentiële klinische symptomen als herstel kon worden beschouwd. In een systematische review van voorspellers van eetstoornis uitkomsten door Vall en Wade (2016) rapporteerde meer dan 80% van de 126 geïncludeerde onderzoeken uitkomsten uitsluitend op basis van symptoomvermindering. Vaak gebruikte criteria voor herstel waren: veranderingen of remissie van algemene eetstoornissymptomen, positieve verandering in BMI of het bereiken van een specifiek afkappunt (Fairburn & Beglin, 1994). Kortom, uitkomststudies kaderen herstel meestal alleen door te kijken naar een afname in de generieke en eetstoornis specifieke psychopathologie.

Tegelijkertijd benadrukt een groeiende hoeveelheid literatuur in het gebied van eetstoornissen dat een vermindering of zelfs remissie van psychopathologie niet voldoende is voor het begrijpen, vastleggen en meten van het herstel van een eetstoornis. Hierbij wordt het belang van aanvullende criteria, gerelateerd aan (mentale) gezondheid, zoals kwaliteit van leven, welbevinden, psychologisch, sociaal en emotioneel functioneren benadrukt (De la Rie, Noordenbos & Van Furth, 2005; Dawson, Rhodes & Touyz, 2015; Emanuelli, Waller, Jones-Chester & Ostuzzi, 2012). Het onderzoek van Saccomani, Savoini en Cirrincione (1998) laat ook zien dat er een verschil zit tussen het enkel kijken naar symptoom vermindering/remissie en het meenemen van het welbevinden in het proces van herstel. Zo blijkt uit hun onderzoek dat 79% van de patiënten met anorexia nervosa herstelt wanneer er alleen gekeken wordt naar de fysieke aspecten zoals een regelmatige menstruatie en een gezond lichaamsgewicht. Wanneer echter ook het welbevinden meegenomen wordt in de criteria voor herstel, blijkt nog maar 48% van de patiënten hersteld te zijn. De ernst en chroniciteit van eetstoornissen kan mogelijk de belangrijkste focus in onderzoek op psychopathologische symptomen en het gebrek van aandacht met betrekking tot het welbevinden verklaren (Tomba, Offidani, Tecuta, Schumann & Ballardini, 2014). Herstel is echter meer dan de afwezigheid van

een psychische aandoening of psychopathologische symptomen, het gaat ook over de aanwezigheid van welbevinden (Keyes, 2002; Westerhof & Keyes, 2010).

Studies onder de algemene en klinische populaties toonden het belang van welbevinden voor de geestelijke gezondheid aan. Psychopathologie en welbevinden zijn niet twee tegenpolen van één dimensie, maar vertegenwoordigen twee gerelateerde, doch losstaande dimensies van geestelijke gezondheid: één continuüm geeft de aan- of afwezigheid van geestelijke gezondheid aan, de andere de aan- of afwezigheid van psychopathologie; het zogenaamde twee-continuummodel (Keyes, 2005, 2007; Keyes et al., 2008; Westerhof & Keyes, 2010; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011; Franken, Lamers, Ten Klooster, Bohlmeijer & Westerhof, 2018). Dit betekent dat iemand met veel psychopathologische klachten nog steeds een hoog welzijnsniveau kan hebben en dat iemand met een laag welzijnsniveau niet noodzakelijk ook veel psychopathologische klachten ervaart. Verder bewijs voor het twee-continuummodel in klinische populaties wordt gevonden in een onderzoek van Trompetter, Lamers, Westerhof, Fledderus en Bohlmeijer (2017) uit een gerandomiseerde gecontroleerde studie van acceptatie- en commitmentstherapie. Hierbij verbeterde bij 64% van de deelnemers ofwel de depressieve symptomen ofwel het welbevinden, maar niet beide. De Vos, Radstaak, Bohlmeijer en Westerhof (2018) hebben onderzoek gedaan naar het twee-continuummodel binnen een klinische populatie van eetstoornis patiënten. Zij vonden een aanzienlijke variatie in het welbevinden van patiënten met een eetstoornis, ondanks de hoge niveaus van psychopathologie dat aangeeft dat welzijn als een duidelijk geestelijke gezondheidscontinuüm moet worden beschouwd. Het twee-continuummodel is in hun onderzoek verder ondersteund door het feit dat er geen hoge correlaties waren tussen psychopathologie en welbevinden en dat verschillende correlaten verband hielden met psychopathologie als met welbevinden (De Vos et al., 2018). Echter zijn er nauwelijks tot geen studies gedaan die zowel pathologie als welbevinden over de tijd hebben gevolgd waardoor het nog onduidelijk is wat de invloed van het twee-continuummodel op het beloop van pathologie en welbevinden over een langere tijd is (Lamers, Westerhof, Glas & Bohlmeijer, 2015).

Keyes (2005, 2007) definieert welbevinden als een belangrijke dimensie van geestelijke gezondheid. Hij maakt onderscheid tussen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Emotioneel welbevinden betreft het maximaliseren van plezier en het minimaliseren van pijn in het leven (Gallagher, Lopez, & Preacher, 2009; Waterman, 1993). Psychologisch welbevinden gaat over het functioneren van het individu volgens normatieve psychologische standaarden. Het gaat hierbij niet primair om een plezierig leven, maar eerder om een goed leven vanuit psychologisch perspectief (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Sociaal welbevinden betreft de evaluatie van het optimale sociale functioneren in de maatschappij (Bohlmeijer et al., 2013). Wanneer mensen op alle drie de door Keyes (2005, 2007) beschreven aspecten van welbevinden

hoog scoren hebben ze een hoge mate van welbevinden, dit wordt ook wel ‘flourishing’ genoemd (Keyes, 2005). Mensen met een laag welbevinden worden beschreven als ‘languishers’ (Keyes, 2005). Onder welbevinden in haar algemeenheid wordt in dit onderzoek dan ook de totaliteit van het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden verstaan. Wanneer er sprake is van een hoog welbevinden wordt er voldaan aan de menselijke behoeften die vallen onder bovengenoemde componenten van welbevinden. Het centrale idee van menselijke behoeften is dat wanneer deze behoeften niet vervuld worden het resulteert in pathologie, disfunctioneren en een laag welbevinden (Deci & Ryan, 2000). Wanneer deze behoeften wel worden vervuld, dan functioneert de mens goed en ervaart hij welbevinden (Deci & Ryan, 2000).

Iemand met een eetstoornis kan dus ook, ondanks haar klachten, een hoog welbevinden hebben (De Vos, Radstaak, Bohlmeijer & Westerhof, 2018). Hierom is het focussen op het welbevinden tijdens de behandeling, ondanks dat de klachten nog niet verdwenen zijn, een waardevolle insteek. Voorbeelden van interventies die zich richten op het vergroten van welbevinden zijn mindfulness en meditatie (Brown & Ryan, 2003; Kristeller & Hallett, 1999). Het regelmatig toepassen van mindfulness oefeningen is geassocieerd met een hogere kwaliteit of zelfs optimale ervaringen in het hier-en-nu (Brown & Ryan, 2003). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Kristeller en Hallett (1999) dat meditatie kan bijdrage aan een vermindering van eetbuien en een toename van gevoel van controle over eten.

Het is echter nog onduidelijk of het hebben van een hoog welbevinden aan de start van een behandeling ook een voorspellende waarde kan hebben op het beloop van de behandeling. Wanneer blijkt dat het welbevinden een voorspellende waarde kan hebben zou het kunnen betekenen dat patiënten met een hoog welbevinden een andere insteek nodig hebben dan mensen met een laag welbevinden. Als dit duidelijk is kan een behandeling vooraf ingericht worden op de behoeftes van de patiënt wat mogelijk de effectiviteit van de behandeling kan vergroten. Daarnaast is het momenteel nog onduidelijk welke patiënten baat hebben bij een poliklinische behandeling. Om zoveel mogelijk te kunnen voorkomen dat er sprake is van een niet-effectieve poliklinische behandeling, is het van belang om duidelijk te hebben welke patiënten mogelijk geen baat hebben van een poliklinische behandeling en hierdoor extra risico lopen op een klinische opname. Onderzoek heeft zich tot nu toe alleen gericht op fysieke en/of demografische risicofactoren voor de noodzaak van een klinische opname (Howard, Evans, Quintero-Howard, Bowers & Andersen, 1999; Woodside, Carter & Blackmore, 2004; Huas et al., 2010; Surgenor, Maguire & Beumont, 2004). Het is echter ook van toegevoegde waarde om te kijken wat de voorspellende waarde van het welbevinden is op de noodzaak van een klinische opname. Wanneer dit duidelijk is kan er vroegtijdig ingegrepen worden

zodat de kans op een niet-effectieve behandeling wordt verkleind en de kans op herstel wordt vergroot.

Vooraf het psychologisch welbevinden wordt gezien als een belangrijk aspect van herstel bij patiënten met een eetstoornis (Noordenbos, 2011; Romano & Ebener, 2018; De Vos et al., 2017). Het is waardevol te onderzoeken of het psychologisch welbevinden naast een centraal criterium voor herstel, ook een voorspellende waarde heeft op het beloop van het herstel bij eetstoornis patiënten. Wanneer dit zo blijkt te zijn zou hier op ingespeeld kunnen worden in bijvoorbeeld de (preventieve) behandeling bij eetstoornissen. Het psychologisch welbevinden omvat zes componenten van optimaal individueel functioneren en zelfrealisatie, namelijk: ‘zelfacceptatie’, ‘positieve relaties met anderen’, ‘autonomie’, ‘beheersing van de omgeving’, ‘persoonlijke groei’ en ‘doel in het leven’ (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2008). Deze zijn toegelicht in tabel 1.

Tabel 1

Uitleg componenten psychologisch welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013)

Component	Uitleg
Zelfacceptatie	Het hebben van een positieve houding ten opzichte van zichzelf; het herkennen en accepteren van verschillende kanten van de eigen persoon, inclusief positieve en negatieve eigenschappen; het hebben van een positief gevoel over het verleden en het verloop van het eigen leven
Positieve relaties (met anderen)	Het hebben van warme, vertrouwensvolle relaties met anderen; bekommeren om het welbevinden van anderen; het kunnen voelen/tonen van empathie, affectie en intimiteit; het begrip voor geven en nemen in relaties
Autonomie	Zelf kunnen bepalen en onafhankelijk kunnen zijn; in staat zijn weerstand te bieden tegen sociale druk om op bepaalde manieren te denken en/of te gedragen; gedragsregulatie van binnenuit; jezelf beoordelen aan de hand van persoonlijke maatstaven
Beheersing van de omgeving	Het gevoel van competentie bij het omgaan met de eisen die de omgeving stelt; effectief gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die zich voordoen; het kiezen en creëren van contexten die passen bij de persoonlijke behoeften en waarden
Persoonlijke groei	Gevoel van voortgaande ontwikkeling; jezelf beschouwen als groeiend en zich ontwikkelend; openheid voor nieuwe ervaringen; gevoel van realisatie van de eigen mogelijkheden
Doel in het leven	Het hebben van plannen en doelen; gevoel van richting in het leven hebben; zinvolheid in heden en verleden ervaren; geloven dat het leven ergens naartoe gaat

Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat een hoog niveau van psychologisch welbevinden een beschermende factor is tegen psychische aandoeningen en psychopathologie (Keyes, Dhingra & Simoes, 2010; Lamers, Westerhof, Glas & Bohlmeijer, 2015). Daarnaast vonden Trompetter, Bohlmeijer, Scheurs en Lamers (2016) in hun onderzoek dat psychologisch welbevinden een voorspellende waarde heeft op het doorlopen van een Acceptance and Commitment zelfhulp behandeling bij mensen met chronische pijnklachten. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat mensen die voorafgaand aan de behandeling een hoger psychologisch welbevinden hadden, de behandeling beter doorliepen dan mensen met een laag psychologisch welbevinden.

Naast psychologisch welbevinden lijkt ook het spiritueel welbevinden een belangrijke rol te spelen bij het herstel van eetstoornispatiënten. Spiritueel welbevinden wordt gedefinieerd als de mate waarin iemand zich vasthoudt en zich verbonden voelt met een concept, geloof of met een kracht hoger dan zichzelf (Plante, 2008). Spiritueel welbevinden is door Van Dierendonck (2011) opgedeeld in twee componenten: ‘innerlijke kracht’ en ‘relatie met een Hogere macht’. Deze twee componenten zijn toegelicht in tabel 2. In verschillende onderzoeken is de relatie tussen spiritueel en psychologisch welbevinden onderzocht. Zo kan het spiritueel welbevinden bijdragen aan denkprocessen die acceptatie van pijn en lijden bevorderen, zoals het beoordelen van een probleem als een onderdeel van ‘Gods plan’, het vinden van betekenis in de uitdagingen van het leven, en de ontwikkeling van ‘existentiële zekerheid’ die een positief effect heeft op psychologisch welbevinden (Ellison, 1991; Karekla & Constantinou, 2010; Kidwai, Mancha, Brown & Eaton, 2014; Pargament, 1997; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006). Door de wisselwerking van het psychologisch en spiritueel welbevinden is het meenemen van het spiritueel welbevinden in dit onderzoek een waardevolle toevoeging.

Tabel 2

Uitleg componenten spiritueel welbevinden (Van Dierendonck, 2011)

Component	Uitleg
Innerlijke kracht	Het ervaren van het hebben van innerlijke hulpbronnen en deze kunnen inzetten. Gedacht kan worden aan het in staat zijn iemand te vergeven of een gevoel van innerlijke rust ervaren
Relatie met een Hogere macht	Het hebben van een bevredigde relatie met God of een Hogere macht. Ook het halen van rust en/of kracht uit meditatie/gebed valt hieronder

In een gerandomiseerd onderzoek met 122 vrouwelijke eetstoornis patiënten en een controlegroep vonden Richards, Berret, Hardman en Eggett (2006) dat de mate van spiritueel welbevinden kan bijdragen aan een vermindering van depressie, angst, relatieproblemen, sociale rolconflicten en eetstoornis symptomen zoals gemeten met de 'Eating Attitudes Test' en de 'Body Shape Questionnaire'. Daarnaast kan een veilig gehechte relatie met God een beschermende factor zijn tegen eetstoornisproblematiek (Homan & Boyatzis, 2010). Naast de beschermende factor kan spiritueel welbevinden ook ondersteuning bieden in het omgaan met eetstoornis specifieke psychopathologie. Jacobs-Pilipski, Winzelberg, Wilfley, Bryson en Taylor (2005) vonden in hun onderzoek dat spiritueel welbevinden een beschermende rol kan spelen in eetgestoorde houdingen en gedrag. Het onderzoek bestond uit het afnemen van verschillende vragenlijsten (waaronder eetproblemen, gewichtsproblemen, humeur en coping strategieën) bij 255 vrouwelijke studenten met problemen met hun gewicht/lichaamsbeeld. De respondenten met sterk spiritueel welbevinden rapporteerde in hun onderzoek dat zij religieuze overtuigingen en praktijken (zoals meditatie of gebed) inzetten om te kunnen omgaan met negatieve gevoelens over hun gewicht of vorm, waarbij mensen zonder deze sterke overtuigingen dit niet deden.

Samengevat zijn er nog weinig effectieve behandelingen voor patiënten met een eetstoornis en is het daarnaast onbekend voor wie de behandeling effectief is. Mede hierdoor is het onduidelijk welke patiënten kunnen profiteren van een poliklinische behandeling en voor wie een klinische behandeling noodzakelijk is. Er is groeiende steun dat welbevinden een belangrijke dimensie van het herstel is bij eetstoornis patiënten. Door gebrek aan onderzoek is het nog onbekend in hoeverre klachten en welbevinden elkaar over de tijd beïnvloeden. Vooral het psychologisch en spiritueel welbevinden lijken belangrijk te zijn op het beloop van de behandeling. Er is echter nog weinig bekend over in hoeverre deze aspecten van welbevinden ook een voorspellende waarde kunnen hebben op het voorspellen van de noodzaak van een klinische opname en op het beloop van de generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en het welbevinden tijdens de behandeling bij eetstoornis patiënten. Wanneer blijkt dat het psychologisch en spiritueel welbevinden een voorspellende waarde hebben kan er aan het begin van de behandeling worden gesignaleerd welke patiënten een risico lopen op een klinische opname en kan de behandeling specifiek ingericht worden op de behoefte van de patiënt. De overkoepelende hoofdvraag van de studie betreft:

“In hoeverre zijn het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend voor het herstel van patiënten met een eetstoornis?”

Voor dit huidige onderzoek is de onderzoeksvraag onderverdeeld in de volgende vijf onderzoeksvragen:

1. Zijn de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden verklarend voor de noodzaak van een klinische opname?
2. Wat is het beloop van de generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en welbevinden gedurende het eerste behandeljaar bij vrouwen met een eetstoornis?
3. In hoeverre zijn de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend voor het beloop van de generieke psychopathologie bij vrouwen met een eetstoornis?
4. In hoeverre zijn de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend voor het beloop van de eetstoornis specifieke psychopathologie bij vrouwen met een eetstoornis?
5. In hoeverre zijn de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend voor het beloop van het welbevinden bij vrouwen met een eetstoornis?

Methode

Setting

Dit onderzoek vindt plaats binnen Human Concern. Dit betreft een gespecialiseerde Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instelling die alle varianten van een eetstoornis behandelt (<https://www.humanconcern.nl/>). Uniek aan deze organisatie is dat zij voornamelijk werkt met therapeuten die zelf hersteld zijn van een eetstoornis of een vergelijkbare moeilijke levenservaring hebben meegemaakt, de zogeheten ervaringsdeskundige. Een ervaringsdeskundige is een clinicus die zelf hersteld is van een eetstoornis en getraind is om deze ervaringskennis te gebruiken in de behandeling (De Vos, Netten, & Noordenbos, 2016). Door middel van intensieve werkbegeleiding, intervisie en interne bij- en nascholing zijn zij opgeleid in het zorgvuldig en doelgericht inzetten van hun ervaringsdeskundigheid tijdens de behandeling om begrip, vertrouwen en (hoop op) herstel te bevorderen (Human Concern, 2019a). Daarnaast is de visie van Human concern dat eerst onderliggende factoren moeten worden aangepakt en dat vervolgens herstel van eetgedrag en gewicht volgt. Zo wordt er aandacht besteed aan de functies van de eetstoornis en de onderliggende problematiek. Daarnaast wordt ook het gedrag en de cognities met betrekking tot het feitelijke eetgedrag gecorrigeerd en is er aandacht voor ik-versterking: het opbouwen en vergroten van de autonomie en

eigenwaarde. Ten slotte betrekken en ondersteunen zij ook het systeem (Human Concern, 2019b).

Bij Human Concern staat de vrije wil en eigen motivatie van de patiënt centraal. De behandelaars van Human Concern kunnen naast het protocollair werken, ook naar eigen inzicht verschillende methodieken aanbieden in de behandeling. Zo worden er in sommige gevallen interventies aangeboden die gericht zijn op een toename van het welbevinden, zoals mindfulness. Behandelaren kunnen naar eigen inzicht verschillende aspecten die mogelijk bijdragen aan een toename van het welbevinden toevoegen aan de behandeling. Echter ontbreekt een gestandaardiseerde module hiervoor. Door het gebrek aan standaardisatie hiervan is het onmogelijk te concluderen in hoeverre Human Concern al aandacht besteedt aan het welbevinden in hun behandelingen en wat hiervan het effect is op het beloop van de behandeling.

Procedure

Dit onderzoek betreft een longitudinaal onderzoek zonder controlegroep. De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen maart 2015 en januari 2017. Voor dit onderzoek zijn alleen de gegevens beschikbaar van het eerste behandeljaar van alle respondenten. Er waren drie inclusiecriteria voor deelname aan deze studie. Zo moest er sprake zijn van (1) een minimum leeftijd van 16 jaar, (2) een eetstoornis diagnose bij de intake zoals beschreven in de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) en (3) een getekende verklaring van toestemming. Alle respondenten zijn gediagnosticeerd door een psychiater in samenwerking met een intake team bestaande uit een diëtist, psychiater of klinisch psycholoog en een ervaringsdeskundige. Een standaard onderdeel van het intakeproces bij Human Concern is dat alle respondenten een aantal vragenlijsten invullen tijdens de intake en bij aanvang van de behandeling. Vanaf de start van de behandeling is er elke drie maanden een meetmoment voor de duur van een jaar (T1, T2, T3 en T4). De respondenten zijn op de hoogte gebracht van de doelstellingen van het onderzoek en ondertekenden een geïnformeerde toestemming waarin staat geschreven dat zij de mogelijkheid hebben de toestemming van het gebruik van hun gegevens in te trekken. Dit onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de BMS Ethics Committee van de Universiteit Twente.

In totaal zijn er tijdens de dataverzamelingsperiode 472 respondenten met een eetstoornis gediagnosticeerd en zijn zij aanvankelijk in de studie opgenomen. In dit onderzoek betreft de Positieve Geestelijke Gezondheidsschaal (PGGS) de onafhankelijke variabele. Dit is een vragenlijst die het psychologisch en spiritueel welbevinden meet en wordt verder toegelicht onder het kopje 'meetinstrumenten'. Omdat het de onafhankelijke variabele betreft is een inclusie criteria voor dit onderzoek dat de respondent de PGGS volledig heeft moeten invullen. Echter is Human Concern pas in 2016 gestart met de afname van

de PGGS waardoor er 265 respondenten uit dit onderzoek verwijderd zijn omdat zij de PGGS niet hebben ingevuld. Hierdoor bleven er 207 respondenten over. Van deze 207 respondenten waren er maar drie respondenten man. Omdat dit een zeer lage steekproefomvang betreft zijn zij uitgesloten van het onderzoek. Daarnaast is er bij één respondent een GAF score van 5 ingevuld. De eerstvolgende genoteerde GAF score betreft een score van 35. Vanwege dit grote verschil is ook de respondent met een GAF score van 5 verwijderd uit het databestand. Op deze manier is het daadwerkelijke databestand van 203 vrouwelijke respondenten tot stand gekomen.

Respondenten

De dataset voor dit onderzoek bestaat uit 203 vrouwelijke respondenten. Van 170 respondenten (83.7%) is beschrijvende informatie, zoals opleidingsniveau, start leeftijd van de eetstoornis en duur van de eetstoornis beschikbaar. De opleidingsniveaus zijn in drie categorieën verdeeld zoals ook in het onderzoek van De Vos, Radstaak, Bohlmeijer en Westerhof (2018). De verdeling van deze categorieën staat weergegeven in bijlage 1. Van alle respondenten zijn er 122 (60.1%) hoog opgeleid, 21 (10.3%) respondenten hebben een gemiddeld opleidingsniveau en 15 (7.4%) respondenten hebben een laag opleidingsniveau. 135 (66.5%) respondenten hebben aangegeven werk of studie te hebben en 35 (17.2%) respondenten dat zij geen werk of studie hebben. De leeftijd waarop de eetstoornis begon varieert van 6 jaar tot en met 35 jaar met een gemiddelde van 16.01 jaar. Bij 90,8% van de respondenten is de eetstoornis voor haar 23^e levensjaar begonnen. De duur van de eetstoornis varieert in dit onderzoek van 6 maand tot en met 40 jaar, met een gemiddelde van 10.81 jaar. Van de 203 respondenten zijn 149 respondenten eerder behandeld voor hun eetstoornis, bij 32 van deze respondenten was in het verleden een klinische opname noodzakelijk.

Meetinstrumenten

Alle respondenten hebben vragenlijsten ingevuld als onderdeel van de intake-procedure en voor de meetbasislijn van de Routine Outcome Monitoring (ROM). ROM wordt tijdens de behandeling gebruikt om de voortgang van de behandeling te volgen. De vragenlijsten die horen bij de ROM procedure zijn de Outcome Questionnaire 45 (OQ-45), de Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q) en de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). De ROM metingen zijn bij de intake en bij de start van de behandeling ingevuld. Vanaf de start van de behandeling is er elke drie maanden een ROM meting geweest voor de duur van een jaar (T1, T2, T3 en T4). Daarnaast is in dit onderzoek ook de Positieve Geestelijke Gezondheidsschaal (PGGS) gebruikt. Deze vragenlijst is echter alleen bij T1 afgenomen. Alleen T1 bestaat dan ook uit de ROM vragenlijsten en de PGGS vragenlijst. De overige meetmomenten (T2, T3 en T4) bestaan alleen uit de ROM vragenlijsten.

Generieke psychopathologie (OQ-45 Symptomatische distress schaal)

De OQ-45 is een vragenlijst die het algemeen functioneren meet (De Jong, Nugter, Lambert & Burlingame, 2008). De schaal symptomatische distress (SD-schaal) van deze vragenlijst is gebruikt als een maatstaf voor algemene psychopathologie, in overeenstemming met de Nederlandse standaard voor geestelijke gezondheidszorg (Warmerdam, Barendregt & de Beurs, 2017). De OQ-45 SD-schaal heeft 25 items en vertoont goede psychometrische eigenschappen (De Jong et al., 2008). Items worden gescoord op een 5-punts Likertschaal, variërend van 0 'nooit' tot 4 'altijd'. De interne consistentie in de steekproef van De Vos, Radstaak, Bohlmeijer en Westerhof (2018) is 0.91. Hogere scores op de SD schaal zijn indicatief voor meer generieke psychopathologie.

Eetstoornis specifieke psychopathologie (EDE-Q)

Eetstoornis specifieke psychopathologie is gemeten met de oorspronkelijke 'Eating Disorder Questionnaire' bestaande uit 36 items (EDE-Q), een veel gebruikte vragenlijst voor het meten van eetstoornis specifieke psychopathologie (Fairburn & Beglin, 1994). De EDE-Q evalueert houdingen, gevoelens en gedrag gerelateerd aan eten en lichaamsbeeld van de afgelopen 28 dagen. De EDE-Q meet de criteria voor een klinische eetstoornis, waardoor een voorlopige diagnose mogelijk is (Luce, Crowther & Pole, 2008). De gemiddelde totaalscore wordt beschouwd als een geldige index van het algemene niveau van eetstoornis-psychopathologie (Aardoom, Dingemans, Slob Op't Landt & Van Furth, 2012). De respondenten beoordeelden de frequentie van de symptomen in de laatste 28 dagen met behulp van een 7-punts Likertschaal (0 = geen enkele dag, 6 = iedere dag). De interne consistentie van de globale score in de steekproef van De Vos, Radstaak, Bohlmeijer en Westerhof (2018) is 0.92. Hogere scores zijn indicatief voor hogere eetstoornis-psychopathologie.

Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)

De Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) (Keyes et al., 2008) is gebaseerd op het model van Keyes et al. (2008) om het algemeen welbevinden te meten. De vragenlijst omvat 14 items, die verschillende dimensies van welzijn vertegenwoordigen namelijk emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. De totaalscore wordt in dit onderzoek gebruikt en geeft het algemeen niveau van welbevinden weer. Respondenten beoordelen de frequentie van elk gevoel in de afgelopen maand op een 6-punts Likertschaal die gaat van 'nooit' tot 'elke dag' (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). De MHC-SF bevat drie items van emotioneel welbevinden, zes items van psychologisch welbevinden en vijf items van sociaal welbevinden. De MHC-SF heeft goede psychometrische eigenschappen laten zien in vijf Nederlandse pilotstudies, namelijk een interne consistentie van 0.89 (Lamers et al., 2011).

Psychologisch en spiritueel welbevinden (PGGS)

De PGGS is een vragenlijst om het psychologisch en spiritueel welbevinden te meten en bestaat uit 98 items (Van Dierendock, 2011). Alle zes de componenten van het psychologisch welbevinden, namelijk 'positieve relaties met anderen', 'autonomie', 'grip op de omgeving', 'persoonlijke groei', 'doel in het leven' en 'zelfacceptatie' worden met deze vragenlijsten gemeten. Daarnaast wordt ook het spiritueel welbevinden gemeten. Dit is onderverdeeld in 'innerlijke kracht' en 'relatie met een Hogere macht'. De antwoordmogelijkheden betreft een 7-punts Likertschaal variërend van nadrukkelijk mee oneens (1) tot nadrukkelijk mee eens (6). De interne consistenties varieerden tussen 0.82 en 0.90 (Van Dierendonck, 2011). De betrouwbaarheid van alle items in het huidige onderzoek betreft een cronbach's alpha van 0.94. Omdat in dit onderzoek alle componenten van deze vragenlijst worden gebruikt, is de cronbach's alpha per component berekend. Dit is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3

Cronbach's Alpha per component van de PGGS in dit onderzoek

Component	Cronbach's Alpha
Positieve relaties met anderen	0.825
Autonomie	0.856
Grip op de omgeving	0.796
Persoonlijke groei	0.740
Doel in het leven	0.755
Zelfacceptatie	0.845
Innerlijke kracht	0.850
Relatie met een Hogere macht	0.851

Analyses

De gegevens zijn geanalyseerd met SPSS 22. De analyses zijn gedaan met het totaal van 203 vrouwelijke respondenten.

Er is een overzicht gemaakt van hoeveel respondenten per eetstoornis (anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuienstoornis en ander gespecificeerde eetstoornis) en per meetmoment (T1, T2, T3 en T4) de vragenlijsten hebben ingevuld. Hierbij is ook gekeken of het voor de respondent een tussenmeting, klinische opname, afronding van de behandeling of uitval van de behandeling betrof. Dit is gedaan door het maken van een nieuwe variabele waarin alle meetmomenten zijn meegenomen.

Voor de overige analyses zijn alleen de vier T metingen meegenomen. De respondenten zijn opgedeeld in vier groepen: (1) Complete data, (2) Klinische opname, (3) Afgerond en (4) uitgevallen. Groep 1 betrof de respondentengroep waarbij alle vier de T metingen

een tussenmeting was ($n = 167$). De groep klinische opname (groep 2; $n = 9$) waren de respondenten waarbij op een bepaald moment in het jaar een klinische opname noodzakelijk was. Patiënten worden geïndiceerd voor een klinische behandeling wanneer zij al meerdere keren voor een eetstoornis behandeld zijn zonder (blijvend) resultaat, als ze al langer een eetstoornis hebben, als ze vastgelopen zijn op meerdere levensgebieden en/of als ze problematiek hebben die ambulant of in dagbehandeling onvoldoende behandeld kan worden (Human Concern, 2019c). De derde groep ($n = 22$), afgerond, betrof de respondentengroep die ergens in het eerste behandeljaar klaar was met de behandeling. Wanneer een respondent de behandeling heeft afgerond wordt die niet meer meegenomen in de ROM metingen. Het kan dus voorkomen dat die respondenten niet alle vier de T metingen heeft ingevuld. Dit is afhankelijk van het moment van afronding. De laatste groep ($n = 5$), groep 4, betrof de groep die ergens in het eerste behandeljaar de ROM vragenlijsten niet hadden ingevuld terwijl de behandeling nog niet was afgerond. Omdat van deze respondenten niet alle T metingen beschikbaar waren, zonder dat er sprake was van afronding van de behandeling, zijn deze respondenten in dit onderzoek als ‘uitgevallen’ beschreven.

De eerste onderzoeksvraag is beantwoord met behulp van de Kruskal-Wallis test en de one-way ANOVA. Wanneer de dataset normaal verdeeld is wordt er gebruik gemaakt van de one-way ANOVA. Wanneer er geen sprake is van een normaalverdeling wordt er gebruik gemaakt van de non-parametric Kruskal-Wallis test. In dit laatste geval worden de analyses van de Kruskal-Wallis test vergeleken met de analyses van de one-way ANOVA. Hier is voor gekozen omdat de resultaten van de one-way ANOVA meer informatie verschaffen dan de Kruskal-Wallis test. Op deze manier kan er een zo compleet mogelijk beeld geschetst worden van de eventuele voorspellende waarden van de verschillende componenten van de PGGS binnen de vier gemaakte groepen.

Vanaf het beantwoorden van onderzoeksvraag twee wordt alleen groep 1, complete data, meegenomen. Dit betrof de groep respondenten die bij alle vier de T metingen een ‘tussenmeting’ hadden. Op deze manier is de staat van de behandeling voor alle respondenten hetzelfde.

Onderzoeksvraag twee is beantwoord met behulp van de Repeated Measures ANOVA door te kijken naar het beloop van de generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en het algemeen welbevinden. Daarnaast zijn er post-hoc analyses gedaan waarbij er gekeken is naar de verschillen tussen de T metingen.

Onderzoeksvraag drie, vier en vijf zijn ook met behulp van de Repeated Measures ANOVA beantwoord. Waar het bij onderzoeksvraag twee alleen over het beloop van de afhankelijke variabelen ging, gaat het bij de overige onderzoeksvragen over de

voorspellende waarde van de onafhankelijke variabele, de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden (PGGS), op de afhankelijke variabelen, de vier meetmomenten van de generieke psychopathologie (OQ-45), de eetstoornis specifieke psychopathologie (EDE-Q) en het welbevinden in haar algemeenheid (MHC-SF). Voor deze toets is het van belang dat de onafhankelijke variabele uit drie groepen bestaat. Om deze reden zijn alle componenten van de PGGS vragenlijst onderverdeeld in drie groepen (laag – midden – hoog) die elk uit ongeveer 33.3% van de scores bestaat. Er wordt gekeken naar de interactie effecten en de between-subjects effecten. De interactie effecten kijken naar de interactie tussen de verschillende meetmomenten en de gemiddelde scores op de verschillende componenten. De between-subjects effecten kijken niet naar het beloop, maar naar het verschillende niveau van psychopathologie/welbevinden tussen de drie gemaakte respondentengroepen. Naast deze effecten is er door middel van post-hoc analyses gekeken naar de verschillen tussen de T metingen.

De gemiddeldes uit deze steekproef zijn vergeleken met de normscores behorend bij de betreffende vragenlijst. Aan de hand van deze normscores en hun standaarddeviaties is de z-score berekend. Dit is gedaan door de gemiddelde score van deze steekproef min de gemiddelde normscore, en de uitkomst daarvan te delen door de standaarddeviatie van de normscore. Op deze manier kon er een uitspraak gedaan worden over of de gevonden gemiddeldes in dit huidig onderzoek een lage (z-score gelijk of lager dan -2.00), beneden gemiddelde (z-score tussen de -1.00 en -1.99), gemiddelde (z-score tussen de -0.99 en 0.99), boven gemiddelde (z-score tussen de 1.00 en 1.99) of hoge (z-score gelijk of hoger dan 2.00) score is.

Resultaten

Resultaten alle groepen

In bijlage 2 staat een overzicht van hoeveel respondenten er per eetstoornis en per meetmoment de vragenlijsten hebben ingevuld. De complete data, bestaande uit de respondenten bij wie elke T meting een tussenmeting was, betreft 167 respondenten.

De eerste onderzoeksvraag betreft het feit of er een verschil wordt gevonden op de gemiddeldes van de componenten van de PGGS, binnen de verschillende groepen (complete data, klinische opname, afronding en uitgevallen) die mogelijk verklarend zou kunnen zijn voor de noodzaak van een klinische opname. In tabel 4 staan de gemiddeldes en standaarddeviaties beschreven van de vier groepen op de PGGS componenten.

Tabel 4

Gemiddeldes (SD) van de verschillende groepen op de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden

		Complete data (n = 167)	Klinische opname (n = 9)	Afgerond (n = 22)	Uitgevallen (n = 5)
Psychologisch welbevinden	Positieve relaties	3.89 (0.87)	3.68 (0.64)	4.10 (0.90)	3.93 (1.27)
	Autonomie	3.10 (0.88)	2.83 (0.91)	3.01 (0.87)	3.60 (1.73)
	Persoonlijke groei	4.08 (0.66)	3.96 (0.65)	4.15 (0.54)	4.73 (0.84)
	Grip op de omgeving	3.72 (0.67)	3.32 (0.46)	3.67 (0.69)	3.35 (0.97)
	Doel in het leven	3.98 (0.75)	3.47 (0.60)	4.06 (0.78)	4.20 (0.79)
	Zelf-acceptatie	2.75 (0.84)	2.06 (0.46)#	2.81 (0.88)	2.73 (0.76)
Spiritueel welbevinden	Innerlijke kracht	3.20 (0.79)	2.66 (0.86)#	3.56 (0.89)	3.40 (1.10)
	Relatie met een Hogere macht	2.42 (1.16)	1.86 (0.88)	2.75 (1.16)	2.00 (0.68)

marginaal significant verschil

Er is eerst gekeken of de gemiddeldes van de verschillende componenten normaal verdeeld zijn. Hieruit kwam naar voren dat alleen de component 'zelfacceptatie' niet normaal verdeeld is. Om deze reden wordt er met behulp van de Kruskal-Wallis test geanalyseerd of er een significant verschil zit in de gemiddelde score op de component 'zelfacceptatie' binnen de vier groepen. Uit deze analyse blijkt dat er een marginaal significant ($p = 0.069$) verschil bestaat tussen de component 'zelfacceptatie' binnen de vier groepen, waarbij de groep 'klinische opname' een marginaal significant lager gemiddelde heeft dan de overige groepen. Dit marginaal significant verschil wordt niet gevonden wanneer dit wordt onderzocht met de one-way ANOVA ($F = 2.040$; $p = 0.109$). De overige componenten zijn normaal verdeeld en hierom geanalyseerd met behulp van de one-way ANOVA. Hier wordt een marginaal significant verschil gevonden tussen de gemiddeldes van de component 'innerlijke kracht' binnen de vier groepen ($F = 2.166$; $p = 0.093$), waarbij het gemiddelde van dit component marginaal significant lager is bij de groep 'klinische opname' vergeleken met de overige groepen. Dit marginaal significant verschil wordt op dit component niet gevonden met de Kruskal-Wallis test ($p = 0.170$). Op de overige componenten zijn zowel met de Kruskal-Wallis test als met de one-way

ANOVA geen (marginaal) significante verschillen gevonden tussen de gemiddeldes binnen de vier groepen. Uit deze analyses komt naar voren dat de respondenten waarbij een klinische opname noodzakelijk is geweest een marginaal significant lagere score hebben op de component ‘zelfacceptatie’ en/of de component ‘innerlijke kracht’. Een lage score op één van deze twee componenten lijkt dus een voorspellende waarde te hebben voor het feit of een klinische opname noodzakelijk is.

Om iets te kunnen zeggen over de hoogte van de gemiddelde scores uit deze steekproef moeten de gemiddeldes uit dit onderzoek vergeleken worden met een normgroep. Echter is er voor de PGGS geen normgroep ontwikkeld. Om deze reden zijn de resultaten uit dit onderzoek vergeleken met de normscore uit het onderzoek gedaan door Van Dierendonck (2004). Deze normscore is alleen beschikbaar voor de componenten van het psychologisch welbevinden en bestaat uit 233 respondenten uit de algemene bevolking. Van alle componenten van het psychologisch welbevinden is de z-score berekend, deze staan weergegeven in tabel 5.

Tabel 5

Overzicht van alle z-scores op de componenten van het psychologisch welbevinden vergeleken met de steekproef (Van Dierendonck, 2004)

	Gemiddelde (SD) steekproef	Complete data (z-score)	Klinische opname (z-score)	Afgerond (z-score)	Uitgevallen (z-score)
Positieve relaties	4.67 (0.79)	-1.01	-1.29	-0.74	-0.96
Autonomie	4.01 (0.69)	-1.32	-1.71	-1.45	1.30
Persoonlijke groei	4.67 (0.53)	-1.11	-1.34	-0.98	0.11
Grip op de omgeving	4.30 (0.69)	0.84	-1.42	-0.91	-1.38
Doel in het leven	4.28 (0.77)	-0.39	-1.05	-0.29	-0.10
Zelfacceptatie	4.24 (0.79)	-1.89	-2.76	-1.81	-1.91

Uit tabel 5 komt naar voren dat de meeste componenten van het psychologisch welbevinden beneden gemiddeld zijn aan de start van de behandeling wanneer deze vergeleken wordt met de normscore uit het onderzoek gedaan door Van Dierendonck (2004). Dit is in lijn der verwachting omdat de gebruikte normscore een niet-klinische populatie betreft. Opvallend is dat de groep respondenten waarbij een klinische opname noodzakelijk was gedurende het eerste behandeljaar, op alle componenten van het psychologisch welbevinden beneden gemiddeld scoort vergeleken met de normscore.

Hierbij betreft de component 'zelfacceptatie' zelfs een lage score. De groep die gedurende het eerste behandeljaar de behandeling heeft afgerond had voorafgaand aan de behandeling de meeste gemiddelde scores op de verschillende componenten van het psychologisch welbevinden wanneer dit vergeleken wordt met de normgroep. Hieruit lijken componenten van het psychologisch welbevinden een voorspellende waarde te kunnen hebben voor het beloop van de behandeling. Waarbij lagere scores in relatie staan met een grotere kans op een klinische opname en hogere scores in relatie staan met een grotere kans op afronding van de behandeling.

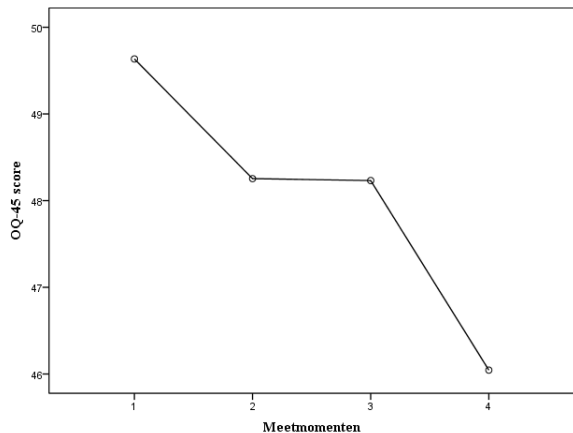
Vanaf nu worden de analyses gedaan met de respondenten waarbij alle metingen een tussenmeting betrof ($n = 167$), dat betreft de groep 'complete data'. Eerst wordt het beloop van de generieke psychopathologie, de eetstoornis specifieke psychopathologie en het welbevinden in haar algemeenheid in kaart gebracht.

Beloop generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en van het welbevinden

De tweede onderzoeksvraag gaat over het beloop van de generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en het welbevinden gedurende het eerste behandeljaar bij vrouwen met een eetstoornis. Deze worden alle drie apart besproken.

Generieke psychopathologie (OQ-45)

Er is een significante afname van de generieke psychopathologie waargenomen over de tijd ($F(3, 131) = 4.55$; $p < 0.001$), het beloop hiervan is weergegeven in figuur 1. Er is een significant verschil gevonden tussen T1 en T2 ($F = 3.82$; $p = 0.053$) en een significant verschil tussen T3 en T4 ($F = 6.27$; $p = 0.013$). Tussen T2 en T3 is geen significant verschil gevonden ($F = 0.001$; $p = 0.978$). Hieruit blijkt dat de generieke psychopathologie deels verbeterd aan het begin van de behandeling en juist aan het einde van het eerste behandeljaar. Opvallend is dat in het midden van de behandeling geen afname van generieke psychopathologische klachten waargenomen is.



Figuur 1: Het beloop van de generieke psychopathologie gedurende de meetmomenten

Om een uitspraak te doen over de hoogte van de gemiddeldes uit deze steekproef worden de scores vergeleken met de normgroep die staat beschreven in de handleiding van de OQ-45 (De Jong, Nugter, Lambert & Burlingame, 2009). De scores uit dit onderzoek zijn vergeleken met de normgroep algemene bevolking/normalen ($n = 807$) en de normgroep patiënten ($n = 1920$). De gemiddeldes en standaarddeviaties van de normgroepen en de gemiddeldes van huidige steekproef staan weergegeven in tabel 6.

Tabel 6

Normgroepen OQ-45 (De Jong et al., 2009) en het beloop van de generieke psychopathologische klachten

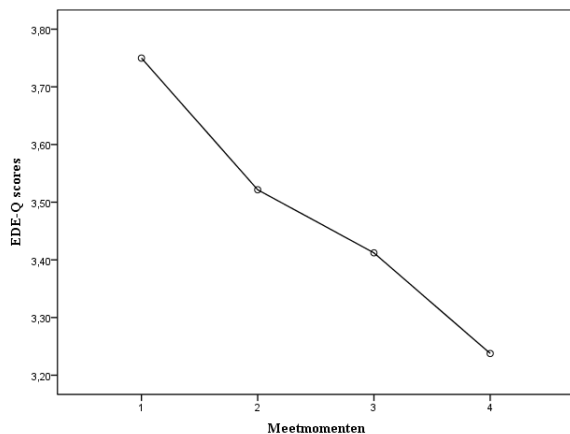
Gemiddelde (SD) normgroep normalen: 22.2 (10)		
Gemiddelde (SD) normgroep patiënten: 48.9 (16)		
	T1	T4
Gemiddelde steekproef	49.8	44.47
z-score t.o.v. patiënten:	0.06	-0.28
z-score t.o.v. normalen:	2.76	2.23

Wanneer je deze gemiddeldes vergelijkt met de normgroepen uit het onderzoek van De Jong et al. (2009) blijkt dat de respondenten uit dit onderzoek veel generieke psychopathologische klachten ervaren vergeleken bij de algemene bevolking. Dit is gemiddeld wanneer het vergeleken wordt de normgroep patiënten.

Eetstoornis specifieke psychopathologie (EDE-Q)

Op het gebied van eetstoornis specifieke psychopathologie is ook een significante afname van klachten over tijd gevonden ($F(3, 130) = 14.38$, $p < 0.001$), het beloop hiervan staat weergegeven in figuur 2. De significante verschillen vinden plaats tussen T1 en T2 ($F = 15.92$; $p < 0.001$) en T3 en T4 ($F = 5.32$; $p = 0.023$). Tussen T2 en T3 wordt een

marginaal significant verschil gevonden ($F = 2.708$; $p = 0.102$). Ook bij eetstoornis specifieke psychopathologie lijkt de meeste vooruitgang in het begin en aan het einde van het eerste behandeljaar zichtbaar te zijn. Anders dan bij de generieke psychopathologie wordt hier wel een marginaal significant verschil gevonden tussen T2 en T3. Dit betekent dat gedurende het hele eerste behandeljaar een afname van eetstoornis specifieke psychopathologie zichtbaar is, waarbij de grootste afname in pathologie plaatsvindt tussen T1 en T2 en tussen T3 en T4.



Figuur 2: Het beloop van de eetstoornis specifieke psychopathologie gedurende de meetmomenten

De gemiddeldes van de EDE-Q worden vergeleken met de normgroep eetstoornis patiënten ($n = 935$) en algemene bevolking ($n = 235$) zoals beschreven in het onderzoek van Aardoom, Dingemans, Op't Landt en Van Furth (2012). Het gemiddelde en de standaarddeviatie van de normgroepen en de gemiddeldes van de huidige steekproef staan weergegeven in tabel 7.

Tabel 7

Normgroep EDE-Q (Aardoom et al., 2012) en het beloop van de eetstoornis specifieke klachten

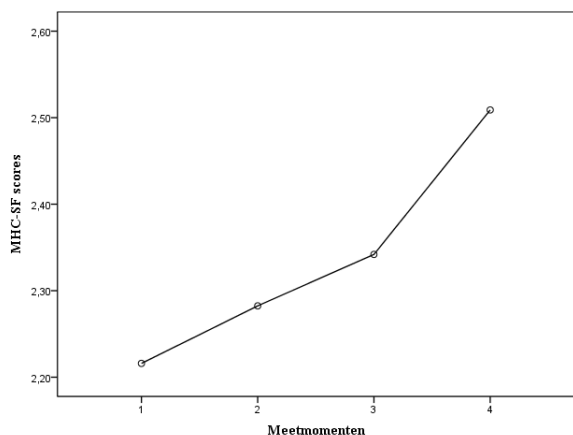
Gemiddelde (SD) normgroep eetstoornis patiënten: 4.02 (1.28)		
Gemiddelde (SD) normgroep algemene bevolking: 0.93 (0.86)		
	T1	T4
Gemiddelde steekproef	3.76	3.14
z-score t.o.v. eetstoornis patiënten	-0.2	-0.68
z-score t.o.v. algemene bevolking	3.29	2.57

Beide scores betreffen gemiddelde scores vergeleken met de normgroep eetstoornis patiënten uit het onderzoek van Aardoom et al. (2012). Dit houdt in dat in de huidige steekproef de patiënten een gemiddelde hoeveelheid eetstoornis specifieke

psychopathologie ervaart. Wanneer de gemiddeldes vergeleken worden met de algemene bevolking blijkt er een zeer hoge score te zijn bij T1 en een hoge score bij T4. Dit betekent dat huidige steekproef in een (veel) grotere mate eetstoornis specifieke klachten ervaren vergeleken met de algemene bevolking.

Welbevinden (MHC-SF)

Ook het welbevinden verbeterd significant over de tijd ($F(3, 127) = 6.06$; $p = 0.001$), het beloop hiervan is weergegeven in figuur 3. Er wordt geen significant verschil gevonden tussen T1 en T2 ($F = 1.921$; $p = 0.168$) en T2 en T3 ($F = 1.696$; $p = 0.195$). Tussen T3 en T4 wordt wel een significant verschil gevonden ($F = 9.552$; $p = 0.002$). Dit betekent dat alleen in het laatste kwartiel van het eerste behandeljaar een significante toename wordt gezien op het welbevinden in haar algemeenheid.



Figuur 3: Het beloop van het welbevinden gedurende de meetmomenten

Om een uitspraak te doen over de hoogte van de gemiddelde scores in deze steekproef worden deze gemiddeldes vergeleken met de gemiddeldes uit de steekproef van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster en Keyes (2011). De normgroep betreft vrouwen uit de algemene Nederlandse bevolking ($n = 835$). Het gemiddelde en de standaarddeviatie van de normgroep en de gemiddeldes van het huidige onderzoek staan weergegeven in tabel 8.

Tabel 8

Normgroep MHC-SF (Lamers et al., 2011) en het beloop van het algemeen welbevinden

Gemiddelde (SD) normgroep algemene vrouwelijke bevolking: 3.00 (0.84)

	T1	T4
Gemiddelde steekproef	2.27	2.58
z-score t.o.v. algemene vrouwelijke bevolking	-0.87	-0.5

Zowel op T1 als op T4 betreft dit een gemiddelde score vergeleken met de normgroep van Lamers et al. (2011). Hieruit blijkt dat het welbevinden van deze steekproef al vanaf het begin van de behandeling een gemiddeld niveau van welbevinden ervaart in vergelijking met de algemene vrouwelijke bevolking.

Samengevat blijkt dat zowel de generieke als de eetstoornis specifieke psychopathologie significant zijn verminderd gedurende het eerste behandeljaar. Daarnaast is het welbevinden in haar algemeenheid significant verbeterd gedurende het eerste behandeljaar. De vermindering in klachten vond voornamelijk plaats tussen T1 en T2 en tussen T3 en T4. Tussen T2 en T3 werd weinig verandering gezien, behalve een marginaal significante afname in de eetstoornis specifieke psychopathologie. Daarentegen was er pas in het laatste kwartiel van de behandeling, tussen T3 en T4, een verbetering van het welbevinden zichtbaar. Gedurende het eerste behandeljaar waren de generieke psychopathologische klachten hoog wanneer deze vergeleken werden met de algemene bevolking en gemiddeld wanneer deze werd vergeleken met patiënten. De eetstoornis psychopathologie pathologie was gemiddeld vergeleken met andere eetstoornis patiënten en het welbevinden was gedurende het behandeljaar gemiddeld vergeleken met de algemene vrouwelijke bevolking.

Voorspellende waarde van de componenten van de PGGS

Onderzoeksvraag drie, vier en vijf gaan over in hoeverre de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden een voorspellende waarde hebben op het beloop van de generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en het algemeen welbevinden bij vrouwen met een eetstoornis. Als eerste worden de interactie effecten besproken waarin naar voren komt welke componenten van invloed zijn op het beloop van de klachten en/of welbevinden. Vervolgens worden de verschillen tussen de respondenten in de drie groepen besproken. Hierin komt naar voren of er verschillen zitten tussen de drie gemaakte groepen.

Generieke psychopathologie

Eerst is gekeken naar de voorspellende waarde van het psychologisch en spiritueel welbevinden op de generieke psychopathologie bij vrouwen met een eetstoornis, dit betreft onderzoeksvraag drie. Een overzicht van de effecten van de verschillende componenten van de PGGS op de generieke psychopathologie (OQ-45) is weergegeven in tabel 9.

Tabel 9

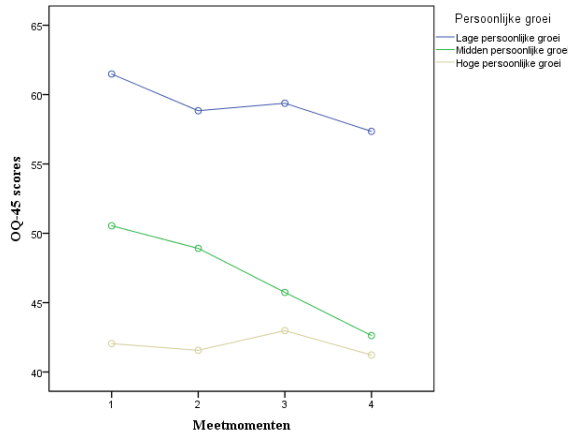
Interactie en between-subjects effecten van de componenten van de PGGS op de generieke psychopathologie (OQ-45)

		Interactie effecten		Between subjects effecten	
		F-waarde (6, 260)	P-waarde	F-waarde (2, 132)	P-waarde
Psychologisch welbevinden	Positieve relaties	1.23	0.291	3.829	0.024*
	Autonomie	0.576	0.749	7.27	0.001*
	Persoonlijke groei	2.089	0.055#	24.829	<0.001*
	Grip op de omgeving	0.901	0.495	6.895	0.001*
	Doel in het leven	0.819	0.556	16.020	<0.001*
	Zelfacceptatie	1.226	0.293	19.551	<0.001*
Spiritueel welbevinden	Innerlijke kracht	1.712	0.118	9.792	<0.001*
	Relatie met een Hogere macht	0.960	0.453	1.514	0.224

* p = <0.05

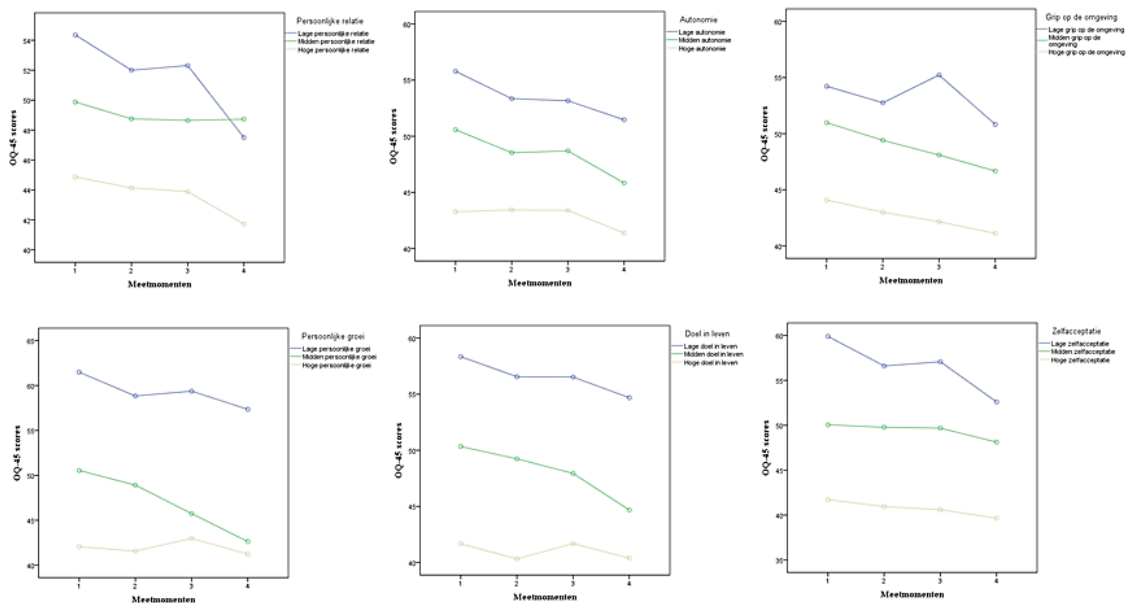
p = <0.10

Het psychologisch en spiritueel welbevinden lijken weinig significante waarde te hebben op het beloop van de behandeling. Alleen de component ‘persoonlijke groei’ heeft een marginaal significante interactie effect. Dit betekent dat de hoogte van deze component een voorspellende waarde heeft op het beloop van de behandeling. In figuur 4 staat dit beloop weergegeven. Hieruit is te zien dat respondenten met een lage persoonlijke groei significant meer generieke psychopathologie ervaren dan respondenten met een midden tot hoge persoonlijke groei. Daarnaast wordt duidelijk dat de respondenten die gemiddeld scoren op ‘persoonlijke groei’ het meest verbeteren gedurende het eerste behandeljaar.



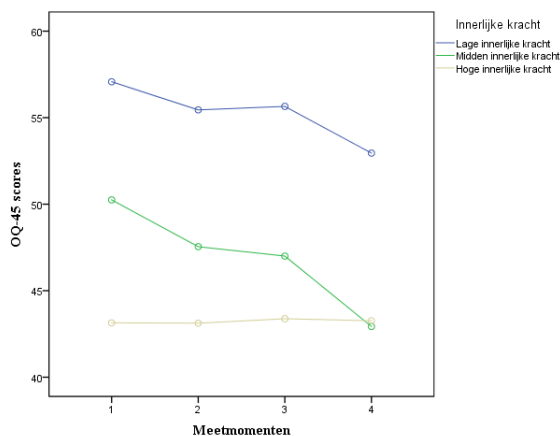
Figuur 4: Interactie effecten van de component 'persoonlijke groei' op de OQ-45

In figuur 5 staan alle zes de componenten van psychologisch welbevinden weergegeven. Behalve op de component 'relatie met een Hogere macht', wordt er op elk component een significant verschil gevonden wanneer er gekeken wordt naar de verschillen tussen de respondentengroepen. Er lijkt dus op bijna elk component sprake te zijn van een verschillend niveau van klachten binnen de respondenten groepen (laag-midden-hoog). Hierin valt op dat hoe hoger het welbevinden is, hoe minder pathologie er ervaren wordt.



Figuur 5: Between-subjects effecten tussen de componenten van het psychologisch welbevinden op de OQ-45

Bij spiritueel welbevinden is er een verschil tussen de verschillende respondenten gevonden op de component 'innerlijke kracht'. Het beloop hiervan is weergegeven in figuur 6. Opvallend is dat de respondenten die een gemiddelde score hebben op de component 'innerlijke kracht', de grootste afname in generieke psychopathologie laten zien. Deze groep zit bij T4 op hetzelfde niveau van generieke psychopathologische klachten als de groep die bij aanvang van de behandeling een hoge score op 'innerlijke kracht' hebben. Hieruit valt te concluderen dat zowel de midden als hoge groep op hetzelfde niveau van klachten uitkomt aan het einde van het eerste behandeljaar. Alleen de groep die bij de aanvang van de behandeling laag scoort op 'innerlijke kracht' lijkt meer generieke psychopathologische klachten te behouden.



Figuur 6: Between-subjects effecten tussen de component Innerlijke kracht en de OQ-45

Het psychologisch en spiritueel welbevinden lijkt een weinig voorspellende waarde te hebben op de afname van generieke psychopathologische klachten binnen een klinische steekproef eetstoornis patiënten. Alleen de component 'persoonlijke groei' lijkt hierin voorspellend te zijn. Behalve op de component 'relatie met een Hogere macht', wordt op elke component verschillen tussen de respondentengroepen gevonden. Dit betekent dat respondenten met een hogere score op de verschillende componenten over het algemeen minder generieke psychopathologische klachten ervaren dan respondenten met een lagere score op de verschillende componenten.

Eetstoornis specifieke psychopathologie (EDE-Q)

Er is ook gekeken naar de voorspellende waarde van het psychologisch en spiritueel welbevinden op de eetstoornis specifieke psychopathologie, dit betreft onderzoeksvraag vier. Een overzicht van de effecten van de verschillende componenten op het beloop van de eetstoornis specifieke psychopathologie is weergegeven in tabel 10.

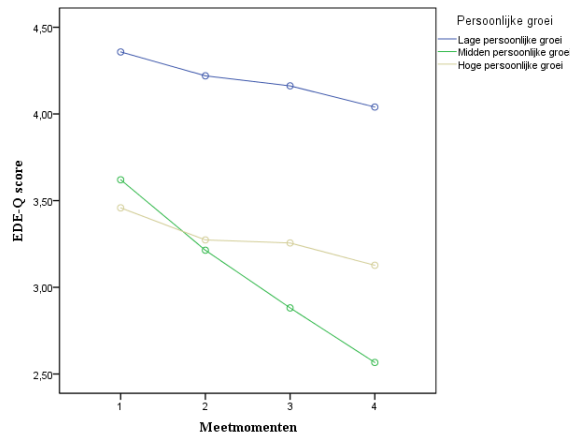
Tabel 10

Interactie en between-subjects effecten van de componenten van de PGGS op de eetstoornis specifieke psychopathologie (EDE-Q)

		Interactie effecten		Between subjects effecten	
		F-waarde (6, 258)	P-waarde	F-waarde (2, 130)	P-waarde
Psychologisch welbevinden	Positieve relaties	0.825	0.531	1.114	0.331
	Autonomie	0.611	0.722	4.937	0.009*
	Persoonlijke groei	2.920	0.009*	9.899	<0.001*
	Grip op de omgeving	0.765	0.598	1.197	0.305
	Doel in het leven	1.172	0.322	3.906	0.023*
	Zelfacceptatie	1.259	0.277	11.447	<0.001*
Spiritueel welbevinden	Innerlijke kracht	0.481	0.823	6.539	0.002*
	Relatie met een Hogere macht	0.216	0.972	0.428	0.653

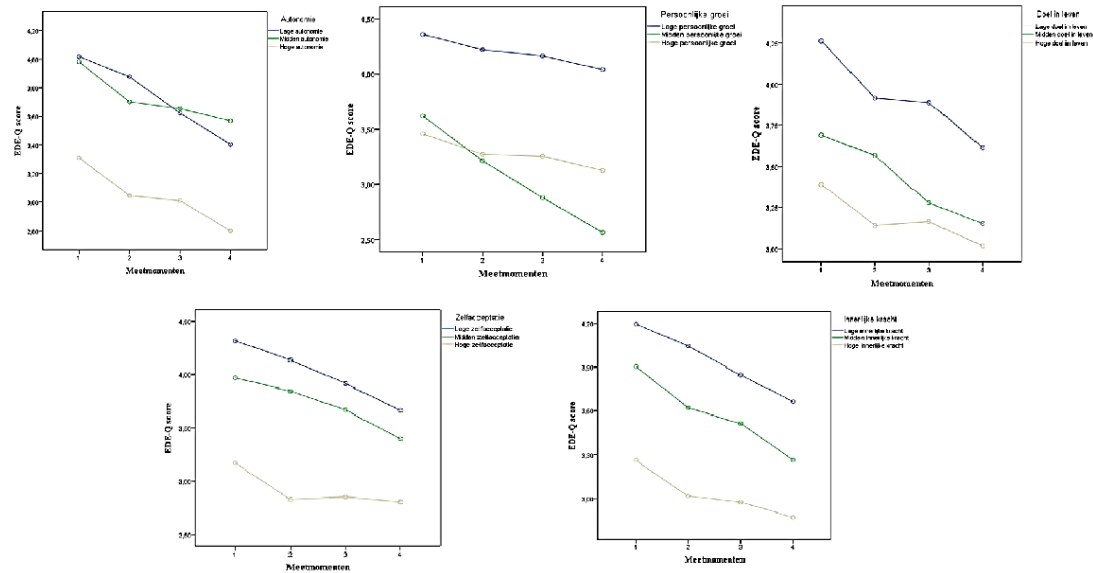
* p = <0.05

Uit tabel 10 komt naar voren dat de voorspellende waarde van het psychologisch en spiritueel welbevinden op het beloop van eetstoornis specifieke klachten gering is. Ook bij de eetstoornis specifieke psychopathologie wordt alleen op de component ‘persoonlijke groei’ een significante voorspellende waarde gezien. Het beloop hiervan wordt weergegeven in figuur 7. De middengroep van de component ‘persoonlijke groei’ lijkt de grootste klachtenafname te hebben en bij T4 zelfs een lager gemiddelde score te hebben (M = 2.65) dan de groep die hoog scoort op dit component (M = 3.06). Dit betekent dat de middengroep van de component ‘persoonlijke groei’ aan het eind van de behandeling minder eetstoornis specifieke psychopathologie ervaart dan de groep die hoog scoort op de component ‘persoonlijke groei’.



Figuur 7: Interactie-effecten van de component ‘persoonlijke groei’ op de EDE-Q

Wanneer er gekeken wordt naar de verschillen tussen de respondentgroepen wordt er tussen de componenten ‘autonomie’, ‘persoonlijke groei’, ‘doel in het leven’, ‘zelfacceptatie’ en ‘innerlijke kracht’ een significant verschil gevonden, het beloop van deze componenten staat weergegeven in figuur 8. Het significante verschil wordt bij de componenten ‘persoonlijke groei’ en ‘doel in het leven’ gevonden tussen de respondenten die vallen onder de categorie ‘hoge’ score vergeleken met de ‘midden’ en ‘lage’ scores. Dit betekent dat de respondenten die op deze componenten een hoge score hadden, significant verschillen van de respondenten die een midden of lage score hadden. Bij de componenten ‘autonomie’, ‘zelfacceptatie’ en ‘innerlijke kracht’ worden de respondenten die vallen onder de ‘hoge’ en ‘midden’ scores vergeleken met de respondenten die vallen onder de ‘lage’ score. Dit betekent dat bij deze componenten de respondenten met een lage score significant verschillen van de respondenten met een midden of hoge score.



Figuur 8. Between-subjects effecten tussen de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden op de EDE-Q

Algemeen welbevinden (MHC-SF)

Tot slot is er gekeken naar de interactie effecten en de effecten tussen de verschillende respondentengroepen op het algemeen welbevinden, dit betreft onderzoeksvraag vijf. Een overzicht van de effecten van de verschillende componenten op het beloop van het algemeen welbevinden (MHC-SF) is weergegeven in tabel 11.

Tabel 11

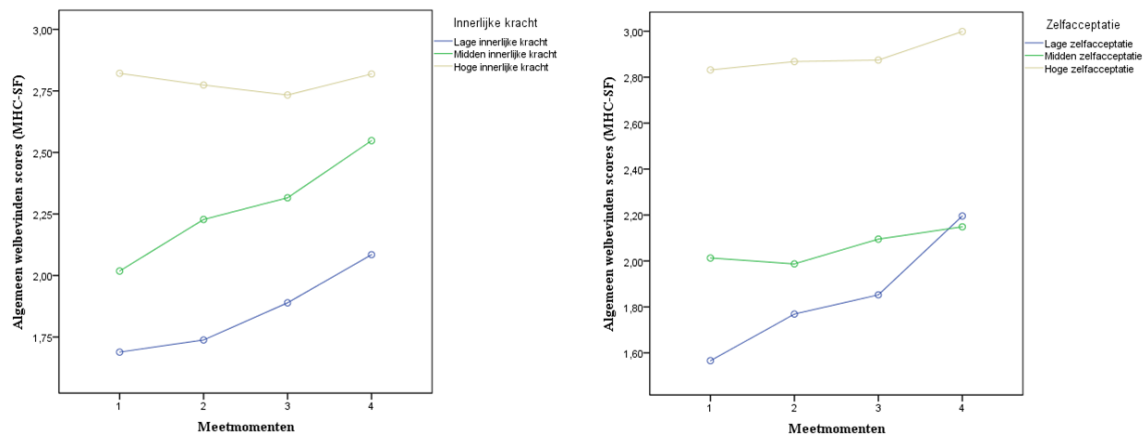
Interactie en between-subjects effecten van de componenten van de PGGS op het welbevinden (MHC-SF)

		Interactie effecten		Between subjects effecten	
		F-waarde (6, 252)	P-waarde	F-waarde (2, 127)	P-waarde
Psychologisch welbevinden	Positieve relaties	0.516	0.796	11.538	<0.001*
	Autonomie	0.729	0.626	4.274	0.016*
	Persoonlijke groei	1.534	0.167	30.021	<0.001*
	Grip op de omgeving	0.833	0.545	5.461	0.005*
	Doel in het leven	0.396	0.881	15.879	<0.001*
	Zelfacceptatie	1.879	0.085#	24.779	<0.001*
Spiritueel welbevinden	Innerlijke kracht	2.381	0.030*	14.699	<0.001*
	Relatie met een Hogere macht	1.686	0.125	1.788	0.171

* p = <0.05

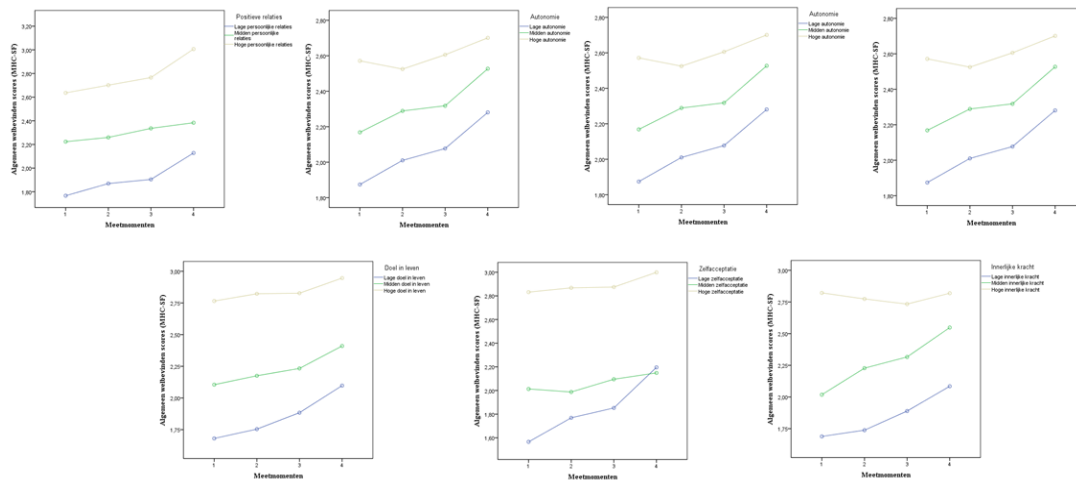
p = <0.10

Interactie effecten worden gevonden op de componenten ‘innerlijke kracht’ en ‘zelfacceptatie’. Het beloop hiervan is weergegeven in figuur 9. Uit dit figuur blijkt dat de respondenten uit de hoge groep op zowel de component ‘innerlijke kracht’ als ‘zelfacceptatie’ een hoger algemeen welbevinden ervaren dan de overige groepen van dit component. Echter lijkt de mate van welbevinden over de vier meetmomenten nagenoeg gelijk te blijven. Op de component ‘innerlijke kracht’ lijkt de middengroep het meest te verbeteren gedurende het eerste behandeljaar. Op de component ‘zelfacceptatie’ is de groep die laag scoort het meest verbeterd.



Figuur 9. Interactie-effecten van de componenten ‘innerlijke kracht’ en ‘zelfacceptatie’ op de MHC-SF

Gekeken naar de verschillen tussen de respondentgroepen wordt er op bijna elke component een significant verschil gevonden. Dit significante verschil ontbreekt alleen op de component ‘relatie met een Hogere macht’. Dit betekent dat binnen de overige zeven componenten een significant verschil zit tussen het algemeen welbevinden en de drie verschillende groepen. Het beloop hiervan is weergegeven in figuur 10.



Figuur 10: Between-subject effecten tussen de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden op de MHC-SF

Uit dit figuur valt op dat voornamelijk op de componenten ‘positieve relaties’, ‘doel in het leven’ en ‘zelfacceptatie’ een significant verschil zit tussen de groep die hoog scoort op de desbetreffende component en de overige groepen.

Samengevat kan gesteld worden dat de component ‘persoonlijke groei’ een voorspellende waarde heeft op zowel de afname van generieke als eetstoornis specifieke psychopathologie. Opvallend is dat de middengroep van dit component start met meer eetstoornis specifieke klachten dan de groep die hoog scoort op de component ‘persoonlijke groei’, maar bij T4 eindigt met minder eetstoornis specifieke klachten dan de groep die hoog scoort op ‘persoonlijke groei’. Daarnaast lijken de componenten ‘innerlijke kracht’ en ‘zelfacceptatie’ een voorspellende waarde te hebben voor de toename van het welbevinden. Bij meerdere componenten wordt een between-subject effect gevonden. Opvallend is dat alleen op de component ‘relatie met een Hogere macht’ op geen van de afhankelijke variabele zowel een interactie als een between-subject effect is gevonden.

Discussie en Conclusie

Dit onderzoek heeft getracht te beantwoorden in hoeverre het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend zijn voor het herstel van vrouwelijke patiënten met een eetstoornis. Wanneer bekend is welke aspecten van het welbevinden voorspellend zijn, kan er voorafgaand aan de behandeling specifieker gekeken worden naar wat de behoefte van de patiënt is om de kans op herstel zo groot mogelijk te maken. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het psychologisch en spiritueel welbevinden over het algemeen niet gerelateerd zijn aan het beloop van de behandeling. Uitzonderingen hierop zijn zelfacceptatie, innerlijke kracht en persoonlijke groei. Deze componenten zijn wel gerelateerd aan de noodzaak voor een klinische opname en/of het beloop van klachten en welbevinden.

De eerste onderzoeksvraag betrof het feit of er componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden verklarend zijn voor de noodzaak van een klinische opname. In de huidige literatuur is er nog geen onderzoek gedaan naar welke aspecten van de positieve geestelijke gezondheid voorspellers zijn van een klinische opname. Dit onderzoek heeft getracht een eerste voorzichtige uitspraak hierover te doen. Hieruit is gekomen dat het lijkt dat vrouwen die zichzelf in mindere mate accepteren en minder geloven in hun innerlijke kracht een grotere kans hebben op een klinische opname. Dit is een waardevolle bevinding omdat dit een eerste stap is richting het in kaart brengen van de voorspellende waarde van de aspecten van de positieve geestelijke gezondheid voor de noodzaak van een klinische opname. De Vos et al. (2017) heeft gevonden dat het ervaren van zelfacceptatie één van de meest terugkerende criteria van herstel is. Hierbij staat het ervaren van zelfacceptatie in relatie met optimaal functioneren, zelfverwezenlijking en volwassenheid (Ryff, 1989). Ook Xu, Rodriguez, Zhang en Liu (2015) vonden in hun onderzoek dat verbeteringen in de zelfacceptatie positieve resultaten in psychotherapie

voorspellen voor een breed scala aan psychiatrische stoornissen zoals depressie en angst. Daarnaast wordt een lage zelfwaardering als een betekenisvolle risicofactor gezien voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Schmidt, 2001 geciteerd in Karpowicz, Skärsäter & Nevonen, 2009). Het hebben van een lage zelfwaardering zou de belangrijkste motivatie zijn voor het streven naar een dunner lichaam (Beals, 2004). Het accepteren van jezelf wordt als belangrijke factor gezien voor de zelfwaardering en het algemeen welbevinden (Engström, 2002 geciteerd in Karpowicz et al., 2009). Wilson (1996) geeft aan dat zelfacceptatie een actief proces is van zelfbevestiging. Daarnaast geeft hij aan naast dat zelfacceptatie op zichzelf al belangrijk is, het ook kan leiden tot duurzamere veranderingen in gezondheidsrelevant eet- en beweeggedrag. Ook in veel klinisch afgeleide theorieën over eetstoornissen heeft het zelfbeeld een centrale rol gekregen (Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer & Agras, 2004). Het feit dat de zelfevaluatie van anorexia nervosa en boulimia nervosa patiënten ‘sterk’ of ‘overmatig’ is, beïnvloed door hun lichaamsgewicht en vorm, is ook expliciet behandeld in een diagnostisch kenmerk in de laatste herziening van de diagnostische criteria in de DSM-V (American Psychiatric Associatie, 2013). Bovenstaande toont aan dat zelfacceptatie een belangrijke rol speelt bij eetstoornispatiënten, wat verklarend kan zijn voor het gevonden resultaat dat de mate van zelfacceptatie in relatie staat tot de noodzaak van een klinische opname. Er is weinig onderzoek gedaan naar innerlijke kracht. Lundman et al. (2010) stelt dat innerlijke kracht verschillende dingen betekent. Zo betekent het dat iemand stabiel staat, verbonden is met familie, vrienden, maatschappij, natuur en spirituele dimensies. Als iemand innerlijke kracht ervaart houdt dat in dat iemand creatief en rekbaar is, dat die gelooft in eigen handelingsmogelijkheden, keuzes kan maken en de route van het leven kan beïnvloeden in een zinvolle richting. Daarnaast houdt het ook in dat iemand de verantwoordelijk voor zichzelf en anderen op zich neemt en dat diegene moeilijke omstandigheden kan verdragen en hiermee kan omgaan. Een hypothese is dat wanneer er nauwelijks tot geen sprake is van ervaren innerlijke kracht, de patiënt niet meer stabiel staat en niet meer gelooft in haar eigen handelingsmogelijkheden, waardoor een klinische opname noodzakelijk kan zijn waarbij de patiënt meer externe hulpbronnen, bijvoorbeeld de hulpverleners, heeft. Samengevat kan gesteld worden dat zelfacceptatie en ervaren innerlijke kracht een belangrijke rol lijken te spelen bij eetstoornis patiënten waarbij een lage mate van deze componenten voorspellers lijken te zijn voor de noodzaak van een klinische opname.

Onderzoeksvraag twee ging over het in kaart brengen van het beloop van de generieke en eetstoornis specifieke psychopathologie en het welbevinden. Gekeken naar het beloop van de generieke en eetstoornis specifieke psychopathologie valt op dat de vooruitgang voornamelijk zichtbaar is tussen T1 en T2, en T3 en T4. In het midden van de behandeling, tussen T2 en T3, is weinig afname in zowel de generieke als de eetstoornis specifieke psychopathologie zichtbaar. Dit is anders voor de toename van het

welbevinden. Hier wordt pas aan het einde van het eerste behandeljaar, tussen T3 en T4, een toename gevonden. Hieruit komt naar voren dat, zoals het twee-continua model stelt, psychopathologie en welbevinden twee losstaande dimensies zijn die afzonderlijk van elkaar kunnen veranderen. In dit onderzoek was er eerst sprake van een afname van psychopathologie, voordat er een toename van welbevinden was. Lamers, Westerhof, Glas en Bohlmeijer (2015) hebben als één van de enige onderzoek gedaan naar de relatie tussen psychopathologie en welbevinden over tijd. Zij vonden dat veranderingen in psychopathologie betere voorspellers zijn van toekomstig welbevinden (verklarend voor 27%) dan veranderingen in het welbevinden in toekomstige psychopathologie (verklarend voor 18%). Ook in dit onderzoek lijkt deze bevinding naar voren te komen waarbij een afname in psychopathologie een positieve verandering tot stand brengt op het welbevinden in de toekomst. Op grond van de gevonden bevindingen kan gesteld worden dat het in het begin van de behandeling waardevol is om te richten op de afname van psychopathologie en later in de behandeling meer te focussen op de toename van het welbevinden.

Onderzoeksvraag drie en vier gaan over in hoeverre de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend zijn op het beloop van de generieke en de eetstoornis specifieke psychopathologie bij vrouwen met een eetstoornis. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de mate van persoonlijke groei voorspellend lijkt te zijn voor de sterkste afname van zowel de generieke als de eetstoornis specifieke psychopathologie. Persoonlijke groei omvat zowel cognitieve componenten, zoals weten hoe te veranderen en geloven dat verandering mogelijk is, als gedragscomponenten, zoals het nemen van het initiatief om de veranderingen door te voeren (Robitschek, 1999). Opvallend is dat de sterkste afname wordt gezien in de middengroep van persoonlijke groei. Bij de generieke psychopathologie lijkt dit verklaard te worden door het feit dat de groep die hoog scoort op dit component al minder generieke psychopathologie ervaart. Bij de eetstoornis specifieke pathologie valt echter op dat de groep die hoog scoort op persoonlijke groei aan het eind meer eetstoornis specifieke pathologie ervaart dan de middengroep van persoonlijke groei. In de huidige literatuur is er weinig onderzoek gedaan naar de invloed van persoonlijke groei op herstel. Schrank en Slade (2007) hebben in hun onderzoek naar aspecten die bijdragen aan herstel in de psychiatrie het construct ‘hoop’ onderzocht. Dit construct is beschreven als het geloof dat herstel, of verandering, mogelijk is, of als een overtuiging om beter te worden. Ondanks dat Shorey, Little, Snyder, Kluck en Robitschek (2007) vonden dat de constructen ‘hoop’ en ‘persoonlijke groei’ verwante doch verschillende constructen zijn, lijkt de gebruikte definitie in het onderzoek van Schrank en Slade (2007) aan te sluiten op de definitie van persoonlijke groei zoals gebruikt in dit onderzoek. Het feit dat de groep met weinig ervaren persoonlijke groei geen sterke vermindering in psychopathologie laat zien kan hierdoor mogelijk ook verklaard worden. Een hypothese hiervoor is dat deze

respondenten weinig geloof hebben in herstel en in het feit dat zij kunnen veranderen, waardoor de verandering ook uit blijft. Persoonlijke groei blijkt dus belangrijk te zijn voor een afname van zowel generieke als eetstoornis specifieke pathologie. Opvallend is echter dat bij eetstoornis specifieke pathologie een midden score op persoonlijke groei uiteindelijk leidt tot minder eetstoornis specifieke pathologie dan een hoge score.

De vijfde onderzoeksvraag gaat over in hoeverre de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend zijn op het beloop van het welbevinden in haar algemeenheid. Waar een lagere score op zelfacceptatie en innerlijke kracht voorspellers lijken te zijn voor de noodzaak van een klinische opname, lijken hogere scores op zelfacceptatie en innerlijke kracht voorspellers te zijn voor de sterkste toename van welbevinden in het eerste behandeljaar. Zowel de aan- als afwezigheid van zelfacceptatie en innerlijke kracht lijkt van invloed te zijn op de behandeling. Er is een gebrek aan onderzoek waarbij de innerlijke kracht in relatie tot herstel van eetstoornissen is onderzocht. Wel is er onderzoek gedaan naar de relatie van gemoedsrust op herstel, waarbij de definitie van gemoedsrust lijkt aan te sluiten met de definitie van innerlijke kracht (Xu, Rodriguez, Zhang & Liu, 2015). Gemoedsrust werd gemeten doordat respondenten aan moesten geven hoe vaak zij innerlijke rust en harmonie ervaren in hun dagelijks leven. Voorbeelden van items zijn 'Mijn geest is vrij en op mijn gemak' en 'Ik voel me tevreden en comfortabel met mezelf in het dagelijks leven.' Zij vonden in hun onderzoek naar de relatie tussen mindfulness, zelfacceptatie en gemoedsrust dat mindfulness significant positief gecorreleerd was met gemoedsrust, en de positieve associatie tussen mindfulness en gemoedsrust gemedieerd werd door zelfacceptatie. Een hypothese is dat de mate van zelfacceptatie in relatie staat tot de mate van ervaren innerlijke kracht. Het lijkt dat de aspecten zelfacceptatie en het ervaren van een innerlijke kracht gerelateerde factoren zijn die beide een belangrijke rol spelen in het ontstaan, de ernst, maar ook het herstel van eetstoornissen. Zo lijken deze componenten in relatie te staan het welbevinden en de kans op een klinische opname, maar niet direct met de hoeveelheid psychopathologie. Dit is lijn met het twee-continua model die stelt dat psychopathologie en welbevinden twee losstaande dimensies zijn die los van elkaar beïnvloed kunnen worden.

Waar de onderzoeksvragen voornamelijk de voorspellende waarde van de verschillende componenten van het psychologisch en spiritueel onderzochten, is er ook gekeken naar de verschillen tussen de drie gemaakte groepen per component. Hieruit kwam naar voren dat alleen het hebben van een relatie met een hogere macht geen invloed lijkt te hebben op de mate van psychopathologie en welbevinden tussen de drie gemaakte groepen. Het was in dit onderzoek echter ook onduidelijk in hoeverre de respondenten een relatie met een Hogere macht ervaarden en of zo ja, of zij dit als positief of als negatief ervaarden. Uit onderzoek van Webb, Charbonneau, McCann en Gayle (2011) kwam naar voren dat

het hebben van een positieve relatie met een Hogere macht positief geassocieerd is met herstel. Wanneer de relatie met de Hogere macht moeizaam verloopt, is dit juist negatief geassocieerd met herstel. Het feit dat het in dit onderzoek onbekend was in hoeverre de respondenten een positieve en/of negatieve relatie met een Hogere macht ervaren kan dus verklarend zijn voor het feit waarom er geen voorspellende waarde is gevonden op dit component.

Het psychologisch en spiritueel welbevinden hebben weinig voorspellende waarde op het beloop van psychopathologie en welbevinden, met uitzondering van de mate van zelfacceptatie, innerlijke kracht en persoonlijke groei. Wanneer er gekeken wordt naar de verschillen tussen de gemaakte respondentgroepen komt een duidelijk verband naar voren met de mate van psychopathologie en welbevinden. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de aspecten van het welbevinden losstaande onderdelen zijn waarbij sommige componenten gerelateerd zijn aan de afname van psychopathologie en de toename aan welbevinden en andere componenten niet. Dit is in lijn met het twee-continua model.

Sterke en zwakke punten

Het onderzoek bestaat uit sterke en zwakke punten. Een sterk punt van dit onderzoek is het feit dat er weinig ontbrekende gegevens zijn. Daarnaast waren er vier gestandaardiseerde meetmomenten in een tijdsbestek van een jaar waarbij zowel metingen van de hoeveelheid klachten als het welbevinden in haar algemeenheid hebben plaatsgevonden. Hierdoor is het beloop van deze aspecten goed in kaart gebracht. Het feit dat naast het psychologisch en spiritueel welbevinden als onafhankelijke variabele ook het algemeen welbevinden is meegenomen in de ROM metingen is het van belang in het kader van de opvatting dat herstel meer is dan alleen een afname van klachten. Dit zijn sterke punten van dit onderzoek die de interpretatie van de resultaten zo volledig mogelijk maakt. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat er een onderscheid wordt gemaakt in generieke en eetstoornis specifieke psychopathologie. Hierdoor wordt er een compleet beeld geschetst van de problematiek die speelt bij de respondenten.

Een beperking van dit onderzoek is het feit dat dit onderzoek uitsluitend patiënten die in behandeling zijn bij Human Concern betrof. Hierdoor zijn de resultaten moeilijk generaliseerbaar. Daarnaast maakt Human Concern al wel gebruik van interventies die gericht zijn op verbetering van het welbevinden, maar is dit nog geen gestandaardiseerd onderdeel van de behandeling. Hierdoor is het onduidelijk in hoeverre respondenten dergelijke interventies aangeboden hebben gekregen en of/in hoeverre dit van invloed was op de resultaten. Wanneer duidelijk is welke respondenten interventies hebben gehad die gericht waren op het welbevinden had de invloed hiervan onderzocht kunnen worden. De uitspraak over in hoeverre de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend zijn op het beloop van klachten en het welbevinden is hierdoor

minder betrouwbaar. Dit is het geval omdat het door gebrek aan standaardisatie van de behandeling bij Human Concern het onduidelijk is in hoeverre de componenten van het psychologisch en spiritueel welbevinden voorspellend waren voor de afname in psychopathologie en/of toename in het welbevinden of dat het krijgen van tussentijdse interventies gericht op het welbevinden juist deze veranderingen heeft veroorzaakt. Het feit dat dit onderzoek alleen vrouwen betrof door een gebrek aan mannelijke respondenten is ook een beperking. Hierdoor kan er alleen een uitspraak gedaan worden over vrouwelijke eetstoornis patiënten en is het onduidelijk of deze resultaten ook bij mannelijke eetstoornis patiënten van toepassing is.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten. Een aandachtspunt is de gedeeltelijke overlap tussen de vragenlijsten wat mogelijk de relatie tussen het welbevinden en de voorspellende waarde van de componenten 'zelfacceptatie' en 'innerlijke kracht' zouden kunnen verklaren. Zo heeft de MHC ook een vraag over de componenten 'zelfacceptatie' en 'persoonlijke groei'. Echter worden deze componenten in de MHC door enkel één vraag gemeten waardoor de componenten zoals gemeten met de PGGS veel nauwkeuriger worden gemeten doordat hier meerdere vragen per component gesteld worden. Daarnaast is er in dit onderzoek ook een voorspellende waarde op de component 'innerlijke kracht' gevonden die niet gemeten wordt met de MHC. Ook de component 'positieve relaties' wordt gemeten door zowel de MHC als de PGGS, maar komt in dit onderzoek niet als voorspeller naar voren. Hierdoor wordt gesteld dat de gedeeltelijke overlap tussen de MHC en de PGGS niet bepalend is geweest voor de gevonden resultaten. Een ander punt is dat het voor de repeated measures ANOVA van belang was dat de componenten van de PGGS uit drie groepen bestonden (laag-midden-hoog). Echter door het maken van een driedeling wordt er informatie weggegooid over variabelen die continu gemeten zijn.

Tot slot is er in dit onderzoek getracht een uitspraak te doen over voorspellers voor een klinische opname. Echter was de groep waarbij een klinische opname noodzakelijk was erg klein ($n = 9$) en betrof het marginaal significante verschillen wat betekent dat de resultaten van onderzoeksvraag 1 met voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Ook was het hierbij interessant geweest om te analyseren of er binnen deze groep verschillen zichtbaar waren op de T1 meting waaruit het vergrote risico voor een klinische opname verklaard kon worden.

Implicaties

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de mate van persoonlijke groei, zelfacceptatie en innerlijke kracht een voorspellende waarde lijken te hebben op de noodzaak van een klinische opname en/of het beloop van generieke psychopathologie, eetstoornis specifieke psychopathologie en het algemeen welbevinden. Het is aan te bevelen om in

vervolg verder te onderzoek te doen naar de precieze invloed van deze componenten op het beloop van de behandeling. Wanneer dit duidelijk is kan er extra aandacht besteed worden aan deze componenten en kunnen patiënten die weinig persoonlijke groei ervaren, zichzelf niet accepteren en weinig innerlijke kracht ervaren extra goed gemonitord worden in hun ambulante behandeling. Op deze manier kan de clinicus de patiënten goed monitoren en bepalen of een ambulante behandeling nog passend is of dat een klinische behandeling noodzakelijk is.

Duidelijk is dat Human Concern al wel met interventies werkt die gericht zijn op het welbevinden, zoals mindfulness. Echter zijn deze interventies niet structureel onderdeel van de behandeling. Een aanbeveling voor Human Concern kan zijn om deze interventies te standaardiseren. Het voordeel van een gestandaardiseerde behandeling is dat er onderzocht kan worden welke onderdelen van een behandeling effectief zijn en welke niet, en of dit verschillend is voor patiënten met een lage of juist hoge psychologisch en/of spiritueel welbevinden. Op deze manier kan er een zo effectief mogelijke behandeling in elkaar worden gezet die aansluit op de behoeftes van de patiënt.

Aangezien welbevinden en klachten op een ander moment lijken te veranderen is het waardevol om te onderzoeken wat de beste momenten zijn voor het inzetten van interventies gericht op het welbevinden. Door de behandeling te faseren en op verschillende momenten interventies gericht op het verbeteren van het welbevinden in te zetten kan het gevonden patroon van verandering versterkt worden. Hierdoor kan ook verder ingezoomd worden op de invloed van verminderde psychopathologie op een verbetering van welbevinden. In dit onderzoek leek het naar voren te komen, echter is hier niet onderzocht of de respondenten die een vermindering van klachten lieten zien ook dezelfde respondenten waren die een verbetering in het welbevinden lieten zien. Vervolgonderzoek zou hier verder op in kunnen zoomen waarbij de verwachting is dat een afname van psychopathologie een positieve invloed heeft op het welbevinden. Het is waardevol om verder te kijken naar hoe klachten en welbevinden elkaar wederzijds beïnvloeden en/of de opzet van de behandeling kan bijdragen aan het verminderen van klachten en/of het versterken van welbevinden. Wanneer interventies gericht op persoonlijke groei, zelfacceptatie en innerlijke kracht de kans op een klinische opname kunnen verkleinen en kunnen bijdragen aan een afname van psychopathologie en een toename van welbevinden, kan hier gericht op worden ingezet tijdens de behandeling van eetstoornis patiënten.

Voor Human Concern is het van toegevoegde waarde om dit in een vervolg onderzoek verder te onderzoeken om te verklaren wat de stagnatie van verandering in het midden van de therapie kan verklaren. De PGGS is alleen aan het begin gemeten. Hierdoor kan het beloop van het psychologisch en spiritueel welbevinden niet op component niveau

gemonitord worden gedurende het eerste behandeljaar. Voor dit onderzoek ging het om de voorspellende waarde van het psychologisch en spiritueel welbevinden. Hierdoor was het voor dit huidig onderzoek geen beperking. Echter zou het voor vervolg onderzoek waardevol zijn om de PGGs onderdeel van de ROM metingen te laten zijn, waardoor het beloop van deze componenten ook in kaart kan worden gebracht waardoor er een beter beeld wordt gecreëerd van het beloop van deze componenten.

In dit onderzoek kwam naar voren dat de mate van persoonlijke groei de sterkste afname van zowel generieke als eetstoornis specifieke psychopathologie verklaart. In vervolg onderzoek is het waardevol te onderzoeken welke aspecten van persoonlijke groei van belang zijn. In dit onderzoek is het getracht te verklaren met onderzoek naar het construct 'hoop'. Echter is het van toegevoegde waarde te onderzoeken of deze constructen daadwerkelijk met elkaar vergeleken kunnen worden of dat er andere aspecten van de component 'persoonlijke groei' verklarend zijn voor de afname van generieke en eetstoornis specifieke psychopathologie. Wanneer dit duidelijk is kan er vroegtijdig in de behandeling worden geïnvesteerd in het verhogen van de ervaren persoonlijke groei wat mogelijk kan bijdragen aan een sterkere afname van psychopathologie.

Opvallend was dat de mate van zelfacceptatie en innerlijke kracht voorspellend lijken te zijn voor zowel de noodzaak voor een klinische opname als wel de grootste toename in het welbevinden. Interessant is om te onderzoeken in hoeverre deze aspecten elkaar beïnvloeden en op welke manier er het best aandacht kan worden besteed aan deze aspecten in de behandeling. De aanbeveling om in de behandeling van vrouwelijke eetstoornis patiënten te focussen op zelfacceptatie en innerlijke kracht lijkt passend gezien de gevonden resultaten.

Voor een vervolgonderzoek kan het relevant zijn om nauwkeuriger in kaart te brengen in hoeverre de respondenten een relatie met een Hogere macht ervaren en of zij dit als steunende of juist meer als een belemmerende relatie zien. Wanneer dit duidelijk is kan het construct 'relatie met een Hogere macht' ook nauwkeuriger onderzocht worden.

Al met al kan geconcludeerd worden dat in dit huidige onderzoek het twee-continua model wordt teruggezien, waarin psychopathologie en welbevinden losstaande maar gerelateerde dimensies zijn. Jezelf als persoon accepteren, het ervaren van innerlijke kracht en het geloven in jouw eigen mogelijkheden om te herstellen en te groeien zijn belangrijke aspecten die voorspellend kunnen zijn voor het beloop van de behandeling.

Literatuurlijst

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Op't Landt, M. C. S., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating behaviors*, 13(4), 305-309. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2012.09.002
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
- Beals, K. A. (2004). *Disordered eating among athletes: A comprehensive guide for health professionals*. Human Kinetics.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G.J., & Walburg, J. A. (2013). *Handboek positieve psychologie*. Nederland, Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Bohlmeijer, E. T., Schreurs, K. M. G., & Lamers, S. M. A. (2016). Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy. *Gedragstherapie*, 49(3), 208-221
- Bulik, C., Berkman, N., Brownley, K., Sedway, J., & Lohr, K. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-320. DOI: 10.1002/eat.20367
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. DOI: 10.1002/wps.20128
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 550-555. DOI: 10.1002/eat.20309
- Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology (second edition)*. United Kingdom, Glasgow: British Psychological Society
- Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2015). Defining recovery from anorexia nervosa: a Delphi study to determine expert practitioners' views. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 165-176. DOI: 10.1080/21662630.2015.1009145
- De Jong, K. De, Nugter, M., Lambert, M., & Burlingame, G. (2008). *Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ- 45.2) [Manual for administering and scoring of the Outcome Questionnaire]*. Salt Lake City, UT: OQ Measures LLC
- De la Rie, S. M., Noordenbos, G., & Van Furth, E. F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of life research*, 14(6), 1511-1521. DOI: 10.1007/s11136-005-0585-0
- De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder

- recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5(1), 34. DOI 10.1186/s40337-017-0164-0
- De Vos, J. A. Netten, C., & Noordenbos, G. (2016). Recovered Eating Disorder Therapists Using Their Experiential Knowledge in Therapy: A Qualitative Examination of the Therapists and the Patients View. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 24(3), 1–17. DOI: 10.1080/10640266.2015.1090869
- De Vos, J. A., Radstaak, M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Having an Eating Disorder and still being able to flourish? Examination of pathological symptoms and well-being as two continua of mental health in a clinical sample. *Frontiers in psychology*, 9. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02145
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry* 11(4), 227-68. DOI: 10.1207/S15327965PLI1104_01
- Ellison, C. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 32(1), 80. DOI: 10.2307/2136801
- Emanuelli, F., Waller, G., Jones-Chester, M., & Ostuzzi, R. (2012). Recovery from disordered eating: Sufferers' and clinicians' perspectives. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 20(5), 363-72. DOI: 10.1002/erv.2159
- Fairburn, C., & Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-363. DOI: 10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9
- Franken, K., Lamers, S. M., Ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of clinical psychology*, 74(12), 2187-2202. DOI: 10.1002/jclp.22659
- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 26(6), 769-782. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.04.001
- Gallagher, M. W., Lopez, S. J., & Preacher, K. J. (2009). The hierarchical structure of well-being. *Journal of Personality*, 77(4), 1025–1049. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x
- Hartmann, A., Wirth, C., & Zeeck, A. (2007). Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain. *Psychotherapy Research*, 17(2), 218-229. DOI: 10.1080/10503300600702315
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. DOI: 10.1002/eat.22103

- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–94. DOI: 10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Homan, K., & Boyatzis, C. (2010). The protective role of attachment to god against eating disorder risk factors: Concurrent and prospective evidence. *Eating Disorders*, 18(3), 239-258. DOI: 10.1080/10640261003719534
- Howard, W. T., Evans, K. K., Quintero-Howard, C. V., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (1999). Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1697-1702. DOI: 10.1176/ajp.156.11.1697
- Huas, C., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., Fedorowicz, V., ... & Rouillon, F. (2010). Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Research*, 185(3), 421-426. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.12.004
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. C. (2008). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. DOI: 10.1038/jid.2014.371
- Human Concern. (2019a). Ervaringsprofessionals van Human Concern. Geraadpleegd op 24-01-2019: <https://www.humanconcern.nl/human-concern/wie-zijn-wij/ervaringsprofessionals-van-human-concern>
- Human Concern (2019b). Visie. Geraadpleegd op 24-01-2019: <https://www.humanconcern.nl/behandelingen/visie>
- Human Concern. (2019c). Klinische behandeling beleef. Geraadpleegd op 24-01-2019: <https://www.humanconcern.nl/behandelingen/klinische-behandeling-be-leef-1>
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19. DOI: 10.1037/0033-2909.130.1.19
- Jacobs-Pilipski, M. J., Winzelberg, A., Wilfley, D. E., Bryson, S. W., & Taylor, C. B. (2005). Spirituality among young women at risk for eating disorders. *Eating Behaviors*, 6, 293–300. DOI:10.1016/j.eatbeh.2005.03.003
- Jenkins, P.E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113–121. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.08.003
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioural Practice*, 17(4), 371–381. DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.08.003
- Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevenon, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 318-325. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x

- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43, 207-222. DOI: 10.2307/3090197
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. DOI: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C.L.M., Dhingra, S.S. & Simoes, E.J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371. DOI: 10.2105/AJPH.2010.192245
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J.P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192. DOI: 10.1002/cpp.572
- Kidwai, R., Mancha, B., Brown, Q., & Eaton, W. (2014). The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(3), 487-497. DOI: 10.1007/s00127-013-0723-x
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363. DOI: 10.1177/135910539900400305
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C. & Bohlmeijer, E. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553-560. DOI: 10.1080/17439760.2015.1015156
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D., & Herzog, W. (2001). Longterm outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31(5), 881-90. DOI: 10.1017/S003329170100407X
- Luce, K., Crowther, J., & Pole, M. (2008). Eating disorder examination questionnaire (ede-q): Norms for undergraduate women. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 273-276. DOI: 10.1002/eat.20504
- Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Fischer, R. S., & Strandberg, G. (2010). Inner strength—A theoretical analysis of salutogenic

- concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 251-260. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.020
- Mitchison, D., Hay, P. J., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2012). Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors and their relationship to quality of life. *PloS One*, 7(11), 1–7. DOI: 10.1371/journal.pone.0048450
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., & Owen, C. (2012). Quality of life impairment in a community sample of women with eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(6), 561-568. DOI: 10.1177/0004867411433967
- Noordenbos, G. (2011). Which criteria for recovery are relevant according to eating disorder patients and therapists?. *Eating Disorders*, 19(5), 441-451. DOI: 10.1080/10640266.2011.618738
- Noordenbos, G., Oldenhav, A., Terpstra, N., & Muschter, J. (2000). Kenmerken en behandelingsgeschiedenis van patiënten met chronische eetstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42(3), 145-156.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Plante, T. G. (2008). What do the spiritual and religious traditions offer the practicing psychologist?. *Pastoral Psychology*, 56(4), 429-444. DOI: 10.1007/s11089-008-0119-0
- Reche, M., & Ivars, D. (2015). Anorexia nervosa. treatment review. *European Psychiatry*, 30, 1355-1355. DOI :10.1016/S0924-9338(15)31055-5
- Robitschek, C. (1999). Further validation of the personal growth initiative scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 31(4), 197-210.
- Romano, K., & Ebener, D. (2018). Disparities in psychological well-being based on subjective and objective eating disorder recovery statuses, and recovery status concordance. *Eating Disorders*, 1-18. DOI: 10.1080/10640266.2018.1477674
- Richards, S. P., Berrett, M. E., Hardman, R. K., & Eggett, D. L. (2006). Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 14(5), 401-415. DOI: 10.1080/10640260600952548
- Ryff, C.D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. DOI: 10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. DOI: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. DOI: 10.1007/s10902-006-9019-0

- Saccomani, L., Savoini, M., & Cirrincione, M. (1998). Long term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: Study of comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(5), 565–571. DOI: 10.1016/S0022-3999(97)00210-9
- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31(9), 321-325. DOI: 10.1192/pb.bp.106.013425
- Shorey, H. S., Little, T. D., Snyder, C. R., Kluck, B., & Robitschek, C. (2007). Hope and personal growth initiative: A comparison of positive, future-oriented constructs. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1917-1926. DOI: 10.1016/j.paid.2007.06.011
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Surgenor, L., Maguire, S., & Beumont, P. (2004). Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: Can risk factors be identified at point of admission? *European Eating Disorders Review*, 12(2), 94-100. DOI: 10.1002/erv.539
- Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., & Newman, S. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 63(1), 151–164. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.055
- Tomba, E., Offidani, E., Tecuta, L., Schumann, R., & Ballardini, D. (2014). Psychological well-being in out-patients with eating disorders: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 252-258. DOI: 10.1002/eat.22197
- Trimbos-Instituut. (2006). *Multidisciplinaire richtlijn eetstoornis*. Geraadpleegd op 24-09-2018: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Lamers, S., & Schreurs, K. M. (2016). Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. *Frontiers in psychology*, 7, 353. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00353
- Trompetter, H., Lamers, S., Westerhof, G., Fledderus, M., & Bohlmeijer, E. (2017). Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 58-63. DOI: 10.1016/j.brat.2017.01.008
- Vall, E., & Wade, T. (2016). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 432-433. DOI: 10.1002/eat.22411
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00122-3

- Van Dierendonck, D. (2011). *Handleiding positive geestelijke gezondheids schaal (PGGS) versie 05*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. DOI: 10.1037//0022-3514.64.4.678
- Webb, M., Charbonneau, A., McCann, R., & Gayle, K. (2011). Struggling and enduring with god, religious support, and recovery from severe mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1161-1176. DOI: 10.1002/jclp.20838
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. DOI: 10.1007/s10804-009-9082-y
- Wilson, G. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27(3), 417-439. DOI: 10.1016/S0005-7894(96)80025-6
- Woodside, D. B., Carter, J. C., & Blackmore, E. (2004). Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2277-2281. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.12.2277
- Xu, W., Rodriguez, M., Zhang, Q., & Liu, X. (2015). The mediating effect of self-acceptance in the relationship between mindfulness and peace of mind. *Mindfulness*, 6(4), 797-802. DOI: 10.1007/s12671-014-0319-x

Bijlagen

Bijlage 1: Verdeling opleidingscategorieën

Gemaakte categorie	Oorspronkelijke categorie	Aantal respondenten
Laag		15
	Primair onderwijs	3
	Secundair onderwijs 1 ^e fase laag	1
	Secundair onderwijs 2 ^e fase laag	11
Gemiddeld		21
	Secundair onderwijs 1 ^e fase midden	1
	Secundair onderwijs 1 ^e fase hoog	18
	Secundair onderwijs 2 ^e fase midden	2
Hoog		122
	Secundair onderwijs 2 ^e fase hoog	53
	Hoger onderwijs 1 ^e fase laag	15
	Hoger onderwijs 1 ^e fase hoog	34
	Hoger onderwijs 2 ^e fase	14
	Hoger onderwijs 3 ^e fase	6

Bijlage 2: Overzicht respondenten per meetmoment

