

Hogeschool Windesheim | Esther Wienke

Januari 2012

EEN ONDERZOEK
NAAR HET
GEBRUIK VAN
MINDFULNESS BIJ
PATIËNTEN MET
ANOREXIA
NERVOSA

“OUR LIFE IS WHAT OUR THOUGHTS MAKE IT”
MARCUS AURELIUS

Begeleider: Linda Vrielink
Beoordelaar: Dienneke Jol
Bewegingsagogische en
Psychomotorische therapie



VOORWOORD

Voor u ligt mijn afstudeer onderzoek voor de opleiding Bewegingsagogische en Psychomotorische therapie.

Door een groeiende belangstelling voor mindfulness ben ik tot het onderwerp van dit onderzoek gekomen. Mindfulness is in opkomst in professionele instellingen, maar ook passen steeds meer mensen zelf de oefeningen toe doormiddel van handboeken en Cd's. Door psychomotorisch therapeuten wordt steeds vaker gekozen voor mindfulness. Tijdens mijn studie heb ik tijdens de lessen een kleine verdieping in de mindfulness gekregen. Een koppeling aan een psychiatrische stoornis werd er echter niet duidelijk gemaakt. Na het lezen van een artikel over het gebruik van mindfulness bij anorexia nervosa groeide mijn belangstelling. Het leek me interessant om me in de mindfulness en anorexia nervosa te verdiepen om zo mijn vakkennis op dit gebied te verbreden. De gedachten en het handelen van mensen met de lastige en hardnekkige stoornis anorexia nervosa interesseert mij.

De verdieping in de gedachtegang van anorexia nervosa patiënten en de invloed van mindfulness hierop is een interessante weg geweest en de resultaten van deze verdieping zijn in dit onderzoek te vinden. Ik hoop dat mijn belangstelling voor dit onderwerp u zal aansteken.

Ik wil mijn scriptiebegeleider Linda Vrielink bedanken voor de feedback die zij mij tijdens het schrijven heeft gegeven. Ook alle andere die mij geholpen en gesteund hebben wil ik bedanken voor hun tijd en inzichten.

Met vriendelijke groet,

Esther Wienke

SAMENVATTING

Doormiddel van een systematic review wordt antwoord gegeven op de vraag: “Wat is het effect van mindfulness op het anorectische gedrag van vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa?”. Eerst wordt een verduidelijking van de begrippen “mindfulness”, “anorectisch gedrag”, “anorexia nervosa” en “adolescenten” gegeven in het theoretisch kader. Vervolgens is in de volgende databases gezocht naar onderzoeken met betrekking tot het onderwerp: <http://scholar.google.nl>, <http://narcis.nl/>, <http://omega.library.uu.nl> en <http://ub.vu.nl>. Een selectieproces volgde en in de verschillende gevonden onderzoeken is gekeken of de variabelen “mindfulness” en “vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa” voorkwamen en de onderzoeken direct betrekking hadden op de hoofdvraag uit dit onderzoek. Vier onderzoeken bleken geschikt. Deze onderzoeken zijn beoordeeld op methodologische kwaliteit, geanalyseerd en kregen een gewicht toegekend. Er bleek dat de onderzoeken een lage kwaliteit hadden en niet betrouwbaar waren, waardoor de resultaten niet als empirisch gezien kunnen worden. De resultaten uit de onderzoeken zijn vergeleken en weergegeven. Op korte termijn bleek het gebruik van mindfulness te resulteren in vermindering van anorectisch denken en anorectisch gedrag en toename in gewicht. Op lange termijn bleek mindfulness ook effect te hebben, de anorectische gedragingen namen weer licht toe, maar bleven onder het niveau dat voor de behandeling gemeten werd. Het gewicht nam verder toe. De conclusie van deze systematic review stelt dat mindfulness voornamelijk leidt tot een vermindering van anorectisch denken met als gevolg een vermindering van het anorectisch gedrag en toename in gewicht. Dit positieve resultaat kan door gebrek aan kwaliteit van de vier geselecteerde onderzoeken niet als empirisch worden beschouwd.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1 Inleiding.....	5
2 Theoretisch kader	7
2.1 Verdieping in mindfulness	7
2.2 Verdieping in de doelgroep	9
3 Methode	11
3.1 Systematic review.....	11
3.2 Selectie proces.....	11
4 Methodologische verantwoording	13
4.1 Validiteit	13
4.1.1 Interne validiteit	13
4.1.2 Externe validiteit.....	14
4.2 Betrouwbaarheid	14
4.3 Controleerbaarheid	15
4.4 Methodologische kwaliteit (beoordelingstabel).....	16
5 Vergelijking van de onderzoeken.....	17
6 Resultaten	21
6.1 Effect op denkwijze van de anorectische patiënten.....	21
6.2 Korte termijn effecten op de anorectische gedragingen.....	22
6.3 Lange termijn effecten op de anorectische gedragingen	24
7 Discussie.....	26
8 Conclusie	27
9 Aanbevelingen	30
Literatuurlijst.....	31

1 INLEIDING

Mindfulness is een opkomende therapeutische techniek. Mindfulness technieken komen onder andere voor in de “Mindfulness Based Stress Reduction”, “Mindfulness Based Cognitive Therapy”, “Acceptance and Commitment Therapy” en “Dialectical Therapy”. Mindfulness vindt zijn oorsprong in meditatie technieken uit het boeddhisme. Door informatie uitwisseling tussen het westen en oosten kreeg mindfulness ook in westerse landen bekendheid (Stoppelenburg, 2009). In 1979 wordt mindfulness door de Amerikaanse hoogleraar Jon Kabat Zinn als therapievorm geïntroduceerd doormiddel van de “Mindfulness Based Stress Reduction” (Kabat-Zin 2005). Een methode welke zich richt op het vasthouden van de aandacht en het ervaren en accepteren van gevoelens zoals ze zijn, zonder erover te oordelen. Jon Kabat Zinn ontwikkelde de methode voor de behandeling van mensen met stress, burn-out en chronische pijn. Deze methode is inmiddels empirisch bewezen en blijkt effectief te zijn bij deze doelgroep. Er zijn echter onderzoekers die de effectiviteit van mindfulness in twijfel trekken. Zoals wetenschapsjournalist Ronald Kapitein die onderzoek deed naar de toepassing van mindfulness bij angst en paniekstoornissen. Kapitein noemt dat het aantal gedane onderzoeken en de manier waarop deze zijn uitgevoerd niet betrouwbaar genoeg zijn (Aandacht voor Mindfulness, tijdschrift Skepter, 2008).

Steeds vaker wordt mindfulness ook bij eetstoornissen¹ toegepast (Smit, 2009; Wilson, 2004 & Kristeller, 2006). Dit onderzoek richt zich specifiek op de eetstoornis anorexia nervosa. Volgens Wildes & Marcus (2010) wordt mindfulness toegepast bij patiënten met anorexia nervosa omdat deze zich richt op het accepteren van innerlijke ervaringen. Eén van de kenmerken van patiënten met anorexia nervosa is vermijding. De patiënten vermijden negatieve gevoelens en gedachten doormiddel van anorectische gewoonten. Uiteindelijk zitten de patiënten in een vicieuze cirkel. Een verduidelijking hiervan is te zien in afbeelding 1.1. Als mindfulness het vermijden van gevoelens en gedachten zou kunnen omzetten in het accepteren van gevoelens en gedachten, zouden de anorectische gedragingen niet meer nodig zijn. Dit klinkt in eerste instantie als een logische en effectieve manier om de anorectische gewoonten te verminderen en een ander zelfbeeld te creëren. Maar om op een verantwoorde manier als therapeut aan het werk te gaan is een dergelijke koppeling op het eerste gezicht niet genoeg. Om te kunnen verantwoorden zijn bewijzen voor effectiviteit nodig, verkregen door onderzoek. Er is onderzoek gedaan naar het effect van mindfulness bij anorexia nervosa (Spaans, 2005; Heffner, 2002; Smit, 2009 & Wanden-Berghe, 2010). Wanden-Berghe legde een aantal onderzoeken over mindfulness als behandelvorm voor eetstoornissen naast elkaar en concludeerde dat er ondanks de opvallend positieve uitkomsten nog geen empirisch bewijs is voor het gebruik bij deze doelgroep. Onder andere door onbetrouwbare onderzoeksmethoden. Ook werd in dit laatste onderzoek maar één onderzoek naar de eetstoornis anorexia nervosa betrokken. Dit geeft aanknopingspunten voor dit onderzoek. Een onderzoek naar effectiviteit van mindfulness naar alleen de doelgroep anorexia nervosa. Van hieruit wordt de probleemstelling van dit onderzoek gevormd. Wat is de algemene uitkomst wanneer verschillende onderzoeken naar mindfulness bij anorexia nervosa naast elkaar worden gelegd? Zijn er positieve effecten en wat zijn deze dan? Of is mindfulness een hype die zomaar wordt aangenomen zonder naar de empirische feiten te kijken?



Afbeelding 1.1

Bron: Wildes, J.E., Marcus, M.D. (2010). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series. *International Journal of Eating Disorders* 44:5, Pg. 422, jaargang 2011.

¹ Onder eetstoornissen word volgens de DSM-IV TR verstaan: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa en eetstoornis niet anderszins omschreven.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht op de werking van mindfulness bij vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa in de vorm van een systematic review. Verschillende onderzoeken die naar dit onderwerp gedaan zijn worden bekeken, beoordeeld op kwaliteit en uiteindelijk zal een algemene conclusie gegeven worden. De nieuwe algemene uitkomst is het hoofddoel van deze systematic review en in de conclusie zal deze uitkomst dan weergegeven en besproken worden. Naast de nieuwe uitkomst over de werking van de mindfulness bij vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa in algemene zin, zal ook duidelijk worden op welke anorectische gewoonten mindfulness effect heeft. Aan het eind van dit onderzoek wordt duidelijk of mindfulness een geschikte behandeltechniek voor anorexia nervosa is.

Relevantie

Het is belangrijk om in de psychomotorische therapie met empirische bewijzen te komen, er is dus een hoge relevantie. Therapieën worden niet zomaar vergoed worden door verzekeringsmaatschappijen, er moet bewijs van effectiviteit gezien moet worden. Na deze systematic review zal blijken of de gedane onderzoeken naar mindfulness bij anorexia nervosa empirisch bewijs leveren. Ook is dit onderzoek voor psychomotorisch therapeuten die werken met patiënten met anorexia nervosa waardevol. Dit document helpt hen de keuze voor het gebruik van mindfulness bij patiënten met anorexia nervosa te maken en te onderbouwen.

Vraagstelling

Aan de hand van de probleemstelling en doelstelling wordt de onderstaande hoofdvraag gesteld:

Wat is het effect van mindfulness op het anorectische gedrag van vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden worden in het onderzoek de volgende deelvragen gesteld.

- *Waar richt mindfulness therapie zich op? Wat zijn de uitgangspunten van mindfulness?*
- *Wat zijn de anorectische gedragingen van een vrouwelijke adolescent met anorexia nervosa²?*
- *Welke van deze anorectische gedragingen komen tijdens mindfulness naar voren?*
- *Zijn de onderzoeken naar mindfulness als behandeling voor anorexia nervosa methodologisch verantwoord?*

Als laatste wil ik in het onderzoek een duidelijke koppeling met de psychomotorische therapie maken. De laatste deelvraag is daarom de volgende:

- *Welke aspecten in mindfulness zijn aangrijpingspunten voor de psychomotorisch therapeut en welke voor de psycholoog?*

Leeswijzer

In het theoretisch kader wordt een uiteenzetting van de belangrijkste begrippen in dit onderzoek gegeven. Er wordt uitgelegd wat mindfulness is en waar het zich op richt, ook zal in dit hoofdstuk een verdieping van anorexia nervosa gemaakt worden. Vervolgens wordt in de methode de keuze voor een systematic review verantwoord en de methode weergegeven. Het selectieproces wordt verantwoord en de gevonden literatuur wordt op kwaliteit beoordeeld. De meest valide literatuur wordt schematisch vergeleken. In het hoofdstuk resultaten worden, aan de hand van de uitkomsten verkregen uit de geselecteerde onderzoeken, de effecten weergegeven. In de discussie wordt de kwaliteit van dit onderzoek beoordeeld en worden verbeterpunten genoemd. De conclusie beantwoordt de gestelde deelvragen en hoofdvraag. Er wordt afgesloten met aanbevelingen. Hier zal een mogelijke vraag voor vervolgonderzoek gegeven worden.

² De begrippen Mindfulness, Anorectische gewoonte en anorexia nervosa worden in het “theoretisch kader” nader toegelicht.

2 THEORETISCH KADER

Om het onderzoek goed te kunnen begrijpen is uitleg van enkele eerder genoemde begrippen in de inleiding nodig. Als eerst zal een verdieping van de mindfulness worden gegeven, het begrip “mindfulness” wordt uitgelegd en de gedachten achter de therapie zullen worden weergegeven. Hierna volgt een verdieping rondom de doelgroep anorexia nervosa. De begrippen “anorexia nervosa” en “anorectische gedrag” krijgen in deze paragraaf een toelichting. Als laatste word het begrip “adolescentie” gedefinieerd.

2.1 VERDIEPING IN MINDFULNESS

Mindfulness is een van oorsprong boeddhistische vorm van meditatie. De meditatie techniek werd in het oosten beoefend door monniken (Stoppelenburg, 2009). De meditatie techniek is ontstaan in een rustige cultuur die niet te vergelijken is met onze drukke stressvolle westerse cultuur, hierom moest de techniek aangepast worden. Door de loop van de jaren is de techniek door verschillende psychologen en monniken die heen en weer reisden tussen het oosten en het westen, steeds meer toepasbaar gemaakt voor de westerse wereld. De monnik Thich Nhat Hanh heeft hier onder andere een belangrijke rol in gespeeld (Maex, 2009). De Amerikaanse professor Jon Kabat Zinn heeft in 1979 mindfulness toepasbaar gemaakt voor mensen in de gezondheidszorg. Dit deed hij doormiddel van de “mindfulness based stress reduction”(MBSR). Een methode voor de behandeling van pijn en stress. De behandeling bestaat uit een acht weken durend programma, waarbij ook elke dag thuis geoefend moet worden. In de behandeling komen verschillende oefeningen naar voren, zoals ademhalingsoefeningen en loop en zit meditatie. Het belangrijkste doel van de methode is het bewust worden, aandacht schenken aan en het accepteren van gedachten op een niet veroordelende manier. Therapeutische behandelvormen waarin mindfulness een belangrijk onderdeel van de behandeling is:

- Mindfulness based stress reduction (MBSR)
- Mindfulness bases cognitive therapy (MBCT)
- Acceptance and commitment therapy (ACT)
- Dialectical behavior therapy (DBT)

In bovenstaande therapieën is mindfulness een belangrijk onderdeel (Wanden-Berghe, 2010), daarom zijn ze alle vier betrokken in dit onderzoek. Nu de vormen van therapie duidelijk zijn, word nog een verheldering van de gedachten achter de mindfulness gegeven door het oog van verschillende schrijvers.

Volgens Ellen Langer (1989) in het boek “Mindfulness”, is mindfulness het tegenovergestelde van mindlessness. Zij doet in haar boek de volgende uitspraak *“When we learn something mindlessly, it does not occur to us to think about it later, irrespective of whether such thoughts would be acceptable to us”*.³ Dit zou een mooie verklaring voor het hebben van anorectische gedachten kunnen zijn. Dan zou het anorectische denken van iemand met anorexia nervosa mindlessness denken zijn. De uitspraken die zij in het verleden te horen hebben gekregen of die door de media op hun afgekomen zijn, worden zomaar aangenomen. Zonder te bedenken of deze uitspraken ook echt op hun van toepassing zijn. Mindlessness denken komt door het hebben van bepaalde “mindsets” in onze gedachten. Mindsets zijn in je gedachten vastgestelde schema’s die rusten op ervaringen of gebeurtenissen uit het verleden. De gedachten horend bij een bepaalde mindset kunnen een eigen leven gaan leiden en op den duur zijn ze verweven met je manier van denken. Zonder erover na te denken handel je bij nieuwe gebeurtenissen nog steeds vanuit deze in het verleden gevormde mindset. Het denken volgens een mindset gaat op den duur als het ware automatisch. Ellen Langer heeft het in haar boek niet alleen over mindlessness denken, maar ook over mindfulness denken. Langer vertelt dat voor een mindfulness manier van zijn, drie kwaliteiten nodig zijn: *“1. Creation of new categories, 2. Openness to new information, 3. Awereness of more than one perspective”*. Door mindfulness te gaan denken worden verschillende nieuwe keuzes en nieuwe eindpunten zichtbaar. Er ontstaat als het ware een vrijheid in denken en het automatisch aannemen van bepaalde gedachten wordt verbroken (Langer, 1989).

Steven C. Hayes zegt in zijn boek “Uit je hoofd in het leven” het volgende over mindfulness denken: *“Hoe meer je je losmaakt van de illusies van de taal, hoe meer je oog krijgt voor de manier waarop je dagelijks naar de wereld kijkt, zonder je erdoor te laten bepalen. Je leert je gehechtheid aan een bepaalde cognitieve lens gaandeweg te verruilen voor een holistisch model van zelfbewustzijn. Met behulp van specifieke technieken leer je naar je pijn te kijken in plaats van vanuit je pijn naar de wereld te kijken. Als je dat doet zul je merken dat je met het huidige moment veel meer kunt doen dan louter proberen de psychologische inhoud ervan bij te stellen.”*⁴ Ook hierin komt net als in het boek van Ellen Langer, het bewust kijken naar je cognitieve lens en je mindsets naar voren. Steven C. Hayes vertelt dat we op een bepaalde manier naar de wereld kijken, maar dat deze manier niet altijd juist is. Dit lijkt eveneens overeen te komen met het anorectisch denken, waar vaak dingen automatisch worden aangenomen. Terwijl eigenlijk door de patiënten gekeken moet worden of de psychologische inhoud van een boodschap, realistisch is en op de patiënt van toepassing is (Hayes, 2011).

Jon Kabat Zinn omschrijft mindfulness als het volgende *“Mindfulness means paying attention in a particular way; On purpose, in the present moment, and non-judgmentally.”* In deze omschrijving komt duidelijk naar voren dat mindfulness denken zich niet in het verleden waar de oude cognities en uitspraken die in het verleden naar ons gedaan en die onze verkeerde mindsets bepalen zich bevinden, maar nu op het moment zelf. Ook geeft Jon Kabat Zinn duidelijk weer dat op een mindfulness manier van kijken naar je gedachten, zonder te oordelen is. Volgens Jon Kabat Zinn is de kern van mindfulness meditatie “oplettendheid”. Oplettendheid is bewustzijn van wat je denkt en voelt. Een onoplettend mens is zich niet bewust van hoe hij denkt, voelt of handelt. Volgens Jon Kabat Zinn kan dit de volgende gevolgen met zich mee brengen: *“We denken misschien wel dat we weten wat we denken en voelen en doen en wat er gebeurt, maar dat is slechts een onvolledig weten. In werkelijkheid worden we door onze sympathieën en antipathieën aangedreven, volledig onbewust van de tirannie van onze eigen gedachten en zelfdestructieve gedrag dat ze vaak tot gevolg hebben”*(Kabat-Zinn, 2005). In deze uitspraak komt het gevolg van de onoplettendheid en het automatisch handelen terug. Iets wat bij een patiënt met anorexia nervosa doorbroken moet worden zodat er op een nieuwe en open manier naar de gedachten en gedragingen gekeken wordt.

De kern van uitspraken, gedaan door bovenstaande personen, kan als volgt worden samengevat: *“Mindfulness is bewustwording en aandacht schenken aan gedachten op een niet oordelende manier”*.

2.2 VERDIEPING IN DE DOELGROEP

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa valt onder de categorie eetstoornissen op As 1 in de DSM-IV TR onder eetstoornissen. In het DSM-IV TR worden de volgende kenmerken voor anorexia nervosa gegeven. Deze kenmerken zijn weergegeven in figuur 2.2

Figuur 2.2

- A) Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot het handhaven van het lichaamsgewicht op minder dan 85% van het te verwachten gewicht; of het in de periode van groei niet berekenen van het te verwachten gewicht, het geen leidt tot een lichaamsgewicht van minder dan 85% van het te verwachten gewicht).
- B) Intense angst in gewicht toe te nemen of dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.
- C) Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht, of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.
- D) Bij meisjes, na de menarche, amenorroe, dat wil zeggen de afwezigheid van tenminste drie achtereenvolgende menstruele cycli. (Een vrouw wordt geacht een amenorroe te hebben als de menstruatie alleen volgt na toediening van hormonen (bijvoorbeeld oestrogenen))

Vervolgens kan anorexia nervosa in twee typen worden ingedeeld:

Beperkende type: Tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is de betrokkene niet geregeld bezig met vreetbuien of laxeren (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's)

Vreetbuien/purgerende type: Tijdens de huidige episode van anorexia nervosa is de betrokkene geregeld bezig met vreetbuien of purgerende maatregelen (dat wil zeggen zelfopgewekt braken of het misbruik van laxantia, diuretica of klysma's).

Bron: Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR, American psychiatric association. Pagina 315-316. 1994)

In dit onderzoek worden zowel het beperkende als het vreetbuien/purgerende type van anorexia nervosa gebruikt. Aan de hand van bovenstaande kenmerken, kan ook al gegist worden naar de anorectische gedragingen die bij een anorexia nervosa patiënt horen. In punt A uit figuur 2.2 wordt bijvoorbeeld "het weigeren van het handhaven van een normaal lichaamsgewicht" weergegeven. Een anorectische gedraging die bij dit kenmerk past zou "het overslaan van maaltijden" kunnen zijn. Uit punt B zou het "extreem vaak wegen of weegschalen juist vermijden" kunnen voortvloeien. In een onderzoek naar de werking van mindfulness bij een 19 jarige anorexia nervosa patiënte worden de anorectische gedragingen van een patiënt met anorexia nervosa als volgt weergegeven: "Patiënten met anorexia nervosa hebben een sterke neiging tot vermijden en onder controle houden van ongewenste ervaringen met lichaamsvorm, lichaamsgewicht en voedselgebruik. Dit doen ze onder meer door te lijnen, overmatig te bewegen, te braken en laxeren, te vermijden om het eigen lichaam te zien of het juist voortdurend te inspecteren." Ze maken ook gebruik van cognitieve vermijding. Angst om aan te komen wordt onderdrukt door geruststellende gedachten als: 'Straks ga ik op mijn kamer extra oefeningen doen', 'Ik sla mijn tussendoortje over', 'Na het avondeten ga ik braken', 'Na mijn behandeling ga ik een paar kilo's afvallen' (Jaap Spaans, 2005).

Anorectisch gedrag is als het ware een gevolg van anorectisch denken. Patiënten met anorexia nervosa hebben vaak last van emoties als angst en verschillende anorectische gedachten zoals "Ik ben lelijk", "als ik dit eet vinden anderen mij vet" en "Ik moet mijzelf in de hand houden". Patiënten met anorexia nervosa vermijden deze gedachten en willen ze onder controle houden. Deze controle vinden zij in het anorectisch gedrag.

Figuur 2.3

- Strevingen en gedragingen die typerend zijn voor anorexia nervosa:
- Een extreem laag lichaamsgewicht nastreven
 - Extreem weinig eten
 - Langdurig vasten
 - Maaltijden overslaan
 - Vermijden van vet
 - Vermijden van voedsel waarvan men denkt dat men er dik van wordt
 - Vermijden van eten in het openbaar
 - Vermijden van gezamenlijke maaltijden
 - Verbergen en het laten verdwijnen van voedsel
 - Bedrog bij wegen
 - Ontkennen en verbergen van de eetstoornis
 - Laxeren
 - Misbruik van diuretica
 - Extreem veel bewegen
 - Misbruik van farmaca om af te vallen
 - Veel water drinken
 - Rituelen rond eten
 - Maken van schema's met betrekking tot eten
 - Lezen/praten/denken/dromen over eten
 - Vreemde diëten
 - Obsessief controleren van de lichaamssomvang
 - Zich extreem vaak wegen of wegen juist vermijden

Bron: Van dun tot dik; een vraagbaak, A.A.M. Tenwolde Pg., 10 Tabel 4&6, 2000 Bohn Stafleu van Loghum

In het boek "Van dun tot dik" geschreven door Aad Tenwolde, worden de psychosociale aspecten van onder andere anorexia nervosa beschreven. De beschrijving van Aad Tenwolde van anorectische gedragingen zijn te zien in figuur 2.3. De gedragingen genoemd in figuur 2.3 zullen in dit onderzoek gebruikt worden. Tenwolde stelt dat naast de verstoring van het lichaamsbeeld, waar in veel behandelingen voor anorexia nervosa de aandacht ligt, de lichaamsbeleving bij patiënten met anorexia nervosa verstoord is (Tenwolde, 2000). Dit is een aangrijpingspunt voor het gebruik van mindfulness in de behandeling van patiënten met anorexia nervosa. Mindfulness is een op lichaamsbeleving gerichte methode. Er wordt gestreefd naar een oplettende manier van kijken en voelen van het lichaam. Door het nieuwe oplettende bewustzijn naar de lichamelijke ervaringen en gedachten, zal de cognitieve lens bijgesteld worden en kan er op een andere manier gedacht en gekeken worden.

Wat belangrijk is om te noemen, is dat bij het gebruik van mindfulness in de behandeling van patiënten met anorexia nervosa, niet gestreefd wordt naar het afnemen van de anorectische gedachten. In een studie naar het gebruik van mindfulness bij patiënten met anorexia nervosa wordt dit als volgt omschreven: *"Het doel is niet het afnemen van de gedachten, maar het bewust worden van de gedachten zonder hierop direct te reageren"*. Doordat patiënten de gedachten gaan zien als enkel gedachten en niet als feiten. De gedachten hoeven hiervoor niet te verdwijnen, ze hoeven enkel als gedachten geaccepteerd te worden. Als dit gebeurd zal het eerdere automatische gevolg dat na de gedachten volgde (een anorectische gedraging), minder automatisch worden en uiteindelijk zal er daarom een verandering plaatsvinden (Jaap Spaans, 2005).

Adolescenten

In de hoofdvraag van dit onderzoek is het begrip "adolescenten" gebruikt. Het groot woordenboek van de Nederlandse taal geeft de volgende definitie van dit begrip: "Overgangperiode tussen puberteit en volwassenheid, waarin de jongere een eigen identiteit moet ontwikkelen". Er heerst onduidelijkheid over welke leeftijden er precies onder het begrip adolescentie vallen. In dit onderzoek wordt adolescentie vastgesteld op een leeftijd van 15 tot 25 jaar.

3 METHODE

In dit hoofdstuk zal het selectieproces dat gebruikt is voor de systematic review besproken worden. Er wordt weergegeven hoe de geselecteerde onderzoeken zijn verkregen. Ook worden de onderzoeken beoordeeld op betrouwbaarheid.

3.1 SYSTEMATIC REVIEW

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden is er gekozen voor een systematic review. Dit omdat doormiddel van een systematic review op een overzichtelijke en duidelijke manier een verduidelijking op het gebied van empirisch bewijs verkregen word.

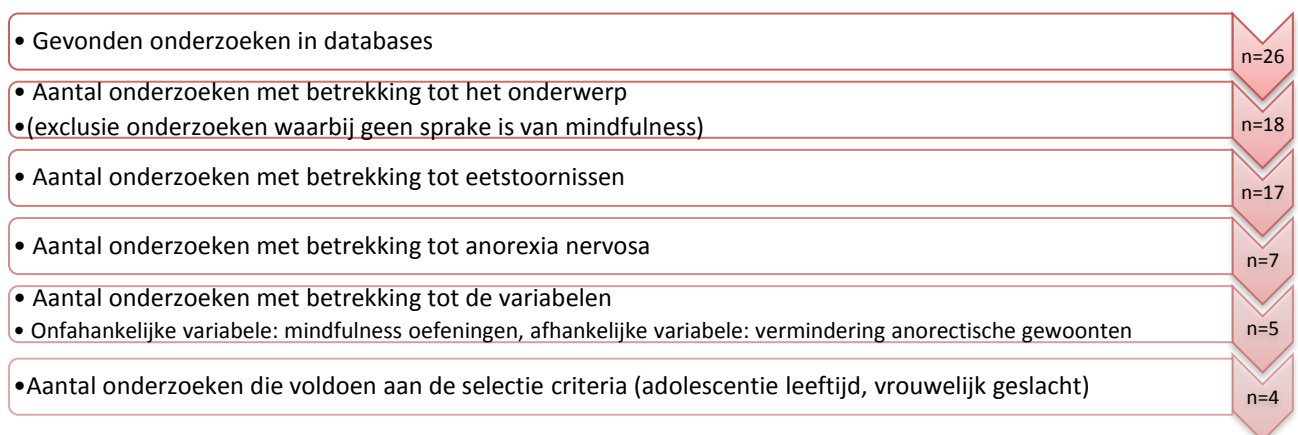
3.2 SELECTIE PROCES

Voor het schrijven van een systematic review is er naar verschillende onderzoeken gezocht met betrekking tot de vraag van dit onderzoek. Om relevante onderzoeken te vinden zijn een aantal zoekmachines gebruikt. De gebruikte zoekmachines zijn: <http://scholar.google.nl> , <http://narcis.nl/>, <http://omega.library.uu.nl> en <http://ub.vu.nl>.

De zoektermen die gebruikt zijn om relevante studies en onderzoeken te vinden zijn: *anorexia nervosa*, *mindfulness*, *mindlessness*, *eetstoornissen*, *anorectische gewoonten*, *mindfulness interventies*, *anorectisch gedrag*, *mindfulness based cognitive therapy*, *mindfulness based stress reduction* en *acceptance and commitment therapy, eating disorders*.

In totaal zijn er 32 onderzoeken met betrekking tot bovenstaande zoektermen gevonden die aansluiting vonden met het onderwerp. Om tot een juiste selectie te komen is er steeds naar de samenvattingen en inleidingen van de artikelen gekeken. Van deze onderzoeken waren er 26 als volledig artikel beschikbaar. Het selectieproces wordt in figuur 3.2 schematisch weergegeven.

Figuur 3.2



De 26 beschikbare onderzoeken gaan veelal over behandelstrategieën bij eetstoornissen. Van deze onderzoeken zijn er 8 afgevalen omdat er geen gebruik gemaakt werd van mindfulness oefeningen in de behandeling.

Vervolgens is er gekeken of er in de onderzoeken de combinatie mindfulness en eetstoornissen gemaakt is. Hierbij viel één onderzoek af. Dit was het onderzoek “Effecten en waardering van de cursus Mindfulness Based Cognitive Therapy” (Stoppelenburg, 2008). In dit onderzoek wordt het gebruik van MBCT onderzocht en de

effecten ervan besproken. In het onderzoek wordt één keer gesproken over anorexia nervosa, dit was echter slechts een verwijzing naar de uitkomsten van een ander onderzoek.

Er zijn na deze stap 17 onderzoeken overgebleven die de combinatie mindfulness en eetstoornis vormde. In deze onderzoeken komen veelal de stoornissen “boulimia” en “binge-eating” voor. Bijvoorbeeld in de onderzoeken “Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders: The Evolution of Manual-Based Cognitive-Behavioral Therapy. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition” (Wilson, Hayes, Follette, Victoria & Linehan, 2004) en “Mindfulness-Based approaches to eating disorders” (Kristeller, Baer & Quillian-Wolever, 2006). Er wordt in een aantal onderzoeken, waaronder de zojuist genoemde, wel gesproken over anorexia nervosa, maar dit blijft slechts bij aanbevelingen. De onderzoeken waar gesproken wordt over andere eetstoornissen dan anorexia nervosa zijn afgefallen.

Er zijn vervolgens 7 onderzoeken overgebleven. Deze onderzoeken zijn grondig bestudeerd, er is gekeken of de twee variabelen: “mindfulness oefeningen” en “vermindering anorectische gewoonten” ook daadwerkelijk in de studies naar voren komen doormiddel van het doen van onderzoek bij patiënten. In de onderzoeken: “Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa” (Hayes & Pankey, 2002) en “ACT as a treatment of a disorder excessive control: Anorexia” (Orsillo & Batten, 2002) bleek het om een verwijzing naar een ander onderzoek te gaan. Deze onderzoeken zijn vervolgens afgefallen.

Bij de laatste stap van het selectieproces zijn de onderzoeken beoordeeld op de aanwezigheid van selectiecriteria. De selectiecriteria waaraan de onderzoeken moeten voldoen zijn: “patiënten hebben een leeftijd van 15-25 jaar” en “patiënten zijn van het vrouwelijke geslacht”. Omdat de patiënten uit het onderzoek in de verkeerde leeftijdscategorie vielen is bij deze stap het volgende onderzoeken afgefallen: “Mindfulness spiegel exposure bij eetstoornissen: een nieuw therapieprotocol en twee gevalsbeschrijvingen” (Smit, Offringa & Kramer, 2009). De patiënte uit dit onderzoek was 43 jaar. Er zijn bij deze stap geen onderzoeken afgefallen omdat de patiënten niet van het vrouwelijk geslacht waren. Alle patiënten waren vrouw. Uiteindelijk zijn er na dit selectieproces vier geschikte onderzoeken overgebleven. Dit zijn de volgende artikelen:

1. A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa (Berman, 2009)

Het onderzoek beschrijft de behandeling van anorexia nervosa patiënten doormiddel van acceptance and commitment therapy. In de behandeling is gebruik gemaakt van mindfulness oefeningen. Er zijn in het onderzoek drie patiënten met de leeftijd van 24, 24 en 56 jaar. De resultaten van de drie participanten worden elk apart besproken. De resultaten van de participanten van 24 jaar worden wel meegenomen in dit onderzoek, de resultaten van de 56 jarige participant niet.

2. Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002)

Het onderzoek wat in dit artikel wordt beschreven omvat mindfulness oefeningen. De patiënte in het onderzoek is 15 jaar en heeft anorexia nervosa. In het onderzoek wordt duidelijk weergegeven wat de effecten van de mindfulness oefeningen zijn op de patiënt.

3. Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa (Spaans, Van de Kamp-Verbeij & Hop, 2005)

Dit artikel beschrijft een onderzoek naar het gebruik van mindfulness oefeningen bij een 19 jarige vrouwelijke patiënte met anorexia nervosa. Alle selectiecriteria zijn hier aanwezig. Er wordt ingegaan op anorectische gewoonten en het effect van de oefeningen op deze gewoonten wordt weergegeven.

4. Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series (Wildes & Marcus, 2010)

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van mindfulness oefeningen. Deze oefeningen worden toegepast op vier patiënten met anorexia nervosa. Drie van deze patiënten vallen in de juiste leeftijdscategorie en zijn 25, 22 en 17 jaar. De patiënten worden elk apart besproken. De resultaten van de patiënt die buiten de adolescentie leeftijd valt, kunnen dus gemakkelijk uitgesloten worden in het onderzoek.

4 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

In dit hoofdstuk wordt gekeken of de geselecteerde onderzoeken methodologisch te verantwoorden zijn. Er wordt gekeken naar het niveau van interne en externe validiteit, betrouwbaarheid en controleerbaarheid. Onderzoek naar de methodologische verantwoording is nodig, om de resultaten verkregen uit de onderzoeken op de juiste manier te kunnen interpreteren en een uitspraak te doen over mogelijk empirisch bewijs.

4.1 VALIDITEIT

4.1.1 INTERNE VALIDITEIT

Interne validiteit is “de mate waarin het resultaat van een onderzoek of meting de juiste weergave van de werkelijkheid is”(Bakker 2009). Om erachter te komen of de manier van onderzoeken in de gevonden artikelen een juiste afspiegeling van de werkelijkheid geeft is, worden de onderzoeken beoordeeld op interne validiteit. Om deze beoordeling op een juiste manier te doen wordt in dit onderzoek de schaal gebruikt uit het boek “onderzoek in de gezondheidszorg”, deze is weergegeven in figuur 4.1. Onderzoeken ingedeeld op niveau één hebben een hoge interne validiteit, onderzoeken op niveau vijf een lage.

Figuur 4.1

Niveau 1: Gerandomiseerde gecontroleerde klinische trials
Niveau 2: Prospectief cohort onderzoeken en niet gerandomiseerde experimenten (quasi-experimenten)
Niveau 3: Patiënt controle onderzoek
Niveau 4: Patiënten series
Niveau 5: Meningen van deskundigen

Bron: Bakker E, Buuren P. Onderzoek in de gezondheidszorg, 2009. PG 230

In geen van de geselecteerde onderzoeken was sprake van niveau één. Er was geen van de onderzoeken sprake van een gerandomiseerde onderzoeksgroep. De patiënten zijn doormiddel van intakes uitgekozen of juist uitgesloten voor deelname aan het onderzoek. Aan de hand hiervan werden ze in de onderzoeksgroep geplaatst. Ook was er geen sprake van klinische trials, de onderzoeken zijn niet vergeleken met een tweede groep patiënten die geen mindfulness in hun behandeling kregen toegepast.

Ook van onderzoeken vallend onder niveau twee was geen sprake. De geselecteerde onderzoeken bevonden zich niet onder meerdere patiëntgroepen, die in verschillende klinieken of door verschillende therapeuten behandeld zijn.

Bij niveau drie wordt de onderzoeksgroep, in dit geval patiënten met anorexia nervosa, vergeleken met een gezonde groep patiënten. In geen van de onderzoeken zijn de mindfulness oefeningen ook aangeboden aan een gezonde groep patiënten, ook van dit niveau was dus geen sprake.

Niveau vier staat voor het bijhouden van kenmerken van patiënten, zodat hier een patroon in ontdekt kan worden. Van een controle groep is bij dit niveau geen sprake. De vier geselecteerde onderzoeken lijken het best onder dit niveau te vallen. De kenmerken van de patiënten die de behandeling met mindfulness oefeningen ontvingen, werden vooraf, tijdens en na de behandeling gemeten.

Bij het geven van uitspraken over empirisch bewijs, wordt gestreefd naar onderzoeken met een hoog niveau van interne validiteit. Alle geselecteerde onderzoeken vielen op niveau vier, wat redelijk laag is. Omdat er geen onderzoeken gevonden zijn die op een hoger niveau uitkwamen, is er toch voor gekozen deze onderzoeken in het systematc review te betrekken. In de conclusie van het onderzoek wordt hier verder op ingegaan.

4.1.2 EXTERNE VALIDITEIT

In de onderzoeken is gekeken of de resultaten ook generaliseerbaar en representatief waren voor andere patiënten met anorexia nervosa. Soortgelijke patiënten die niet in dit onderzoek betrokken en behandeld zijn. Dit is voor de geselecteerde onderzoeken moeilijk te bepalen. Er wordt namelijk niet gewerkt met een vooral bepaalde module die bij elke patiënt hetzelfde was. Ook zijn de behandeling aangepast op de individuele doelen of vragen van de patiënten. Dit is vooral goed te zien in het onderzoek van Wildes & Marcus, waar bij elke patiënt een ander doel en richting van de behandeling wordt weergegeven en er ook andere mindfulness oefeningen worden toegepast (Wildes & Marcus 2010). Om een onderzoek op een representatieve manier te doen, is het belangrijk om steekproeven te doen. Zo kun je kijken of de interventies of behandelingen bij meerdere groepen hetzelfde resultaat opleveren en er dus ook een uitspraak gedaan kan worden over meerdere groepen. Bij onderzoeken naar verbanden tussen bepaalde therapieën is het doen van steekproeven vaak inefficiënt en niet nodig. Dit omdat er wordt gezocht naar een verband tussen twee variabelen. Er wordt geen uitspraak gedaan over een gehele populatie (Bakker & van Buuren 2009). In de conclusies van de geselecteerde onderzoeken worden echter wel uitspraken gedaan over de toepasbaarheid bij andere patiënten met anorexia nervosa. Er moet in de onderzoeken dus wel sprake zijn van generaliseerbaarheid van de gegevens. Generaliseerbaarheid kan verhoogd worden door het doen van steekproeven en een grote onderzoekspopulatie. In geen van de onderzoeken worden steekproeven gedaan. Ook word in geen van de onderzoeken gebruik gemaakt van een grote onderzoekspopulatie. In het onderzoek van Heffner (2003) en Spaans (2005) was sprake van één patiënt. Het onderzoek van Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) voerde de behandeling uit met drie patiënten. In het onderzoek van Heffner (2002) en Spaans (2005) is sprake van een lage generaliseerbaarheid door het niet toepassen van een steekproef en het gebruik van maar één patiënt. In het onderzoek van Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) is sprake van een beperkte generaliseerbaarheid. De generaliseerbaarheid ligt bij deze onderzoeken hoger omdat er gebruik gemaakt word van een grotere patiënten groep. Wel moet nog genoemd worden dat ook de generaliseerbaarheid van deze onderzoeken aan de lage kant is, omdat de behandeling er voor de verschillende patiënten anders uit zag en er geen sprake was van een steekproef.

4.2 BETROUWBAARHEID

Bakker en van Buuren geven de volgende definitie van betrouwbaarheid "De mate waarin het resultaat van het onderzoek of de mening hetzelfde zou zijn als je het onderzoek of de meting zou herhalen" (Bakker & van Buuren 2009). Een onderzoek heeft een hoge betrouwbaarheid als het na een herhaling van het onderzoek hetzelfde resultaat oplevert. In de geselecteerde onderzoeken wordt de betrouwbaarheid op de volgende vakken beoordeeld:

- Intrabeoordelaar betrouwbaarheid⁵
- Interbeoordelaar betrouwbaarheid⁶
- Homogeniteit⁷

(Bakker & van Buuren 2009)

Intra-beoordelaar betrouwbaarheid

In geen van de onderzoeken worden de gebruikte meetinstrumenten, op hetzelfde moment in de behandeling, meerdere keren afgenomen. Wel is er in het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) en het onderzoek Berman (2009) gebruik gemaakt van verschillende meetinstrumenten die op hetzelfde moment werden afgenomen. Bij beide onderzoeken was er sprake van vijf meetinstrumenten. Het onderzoek van Heffner (2002) maakte gebruik van één meetinstrument. Het onderzoek van Spaans (2005) gaf weer een meetinstrument gebruikt te hebben, maar de resultaten van dit meetinstrument worden in het onderzoeksartikel niet weergegeven.

⁵ "De mate waarin de resultaten van meer metingen door dezelfde beoordelaar bij dezelfde proefpersonen"

⁶ "De mate waarin de resultaten van metingen door verschillende beoordelaars bij dezelfde proefpersonen overeenkomen"

⁷ "De mate waarin de verschillende vragen in een test of vragenlijst onderling samenhangen en een begrip betrouwbaar meten" (Bakker & van Buuren 2009)

Inter-beoordelaar betrouwbaarheid

De behandeling is in het onderzoek van Berman(2009) door meerdere therapeuten toegepast. Er wordt in het onderzoek echter niet weergegeven of de verschillende therapeuten elk één van de vier patiënten behandelden, of dat de therapeuten allen de vier patiënten zagen. De inter-beoordelende betrouwbaarheid moet dus als onbekend beoordeeld worden. In het onderzoek van Heffner (2002) en Wildes&Marcus(2010) werden de patiënten behandeld door een therapeut en een begeleidend therapeut. In deze twee onderzoeken is dus sprake van een hoge inter-beoordelende betrouwbaarheid. De resultaten zijn door twee verschillende therapeuten bij dezelfde patiënt afgenomen. In het onderzoek van Spaans(2005) worden de karakteristieken van de therapeut niet genoemd. Er kan bij dit onderzoek dus geen beoordeling op dit gebied gedaan worden. Door wie en hoeveel personen de patiënten behandeld zijn, is ook in dit onderzoek onbekend.

Homogeniteit

De homogeniteit van de meetinstrumenten kan niet beoordeeld worden. In de geselecteerde onderzoeken zijn de afzonderlijke vragen van de meetinstrumenten niet weergegeven. Alleen de totaaluitkomsten van de verschillende categorieën zijn weergegeven.

4.3 CONTROLEERBAARHEID

De controleerbaarheid van het onderzoek van Spaans (2005) is relatief laag. De onderzoeksgegevens worden uitgebreid en in gangbare taal omschreven. Er wordt alleen niet weergegeven hoe deze onderzoeksgegevens verkregen zijn. In het onderzoek van Heffner (2002), Berman (2009) en Wildes&Marcus (2010) wordt weergegeven op welke manier de gegevens verkregen zijn (door de verschillende meetinstrumenten) en wat de resultaten zijn. Het onderzoek van Wildes en Marcus (2010) geeft de gegevens in de tabel echter alleen de afkortingen van de onderzochte categorieën weergegeven. Een uitleg bij de afgekorte begrippen uit de tabel wordt niet gegeven. Om de gegevens te kunnen lezen, is bekendheid met de gebruikte meetinstrumenten nodig. In het onderzoek van Berman (2009), werden de resultaten van één van de gebruikte meetinstrumenten uitgebreid en duidelijk omschreven. Bij de overige vijf meetinstrumenten word alleen de hoofduitkomst van het meetinstrument weergegeven. Er is niet weergegeven op welke gebieden de meetinstrumenten hebben gemeten en wat op deze verschillende gebieden de resultaten zijn. Een nog grotere bekendheid met de gebruikte meetinstrumenten is dus nodig om de resultaten op de juiste manier te interpreteren.

4.4 METHODOLOGISCHE KWALITEIT (BEOORDELINGSTABEL)

Titel onderzoek	Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example (Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. 2002)	Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa (Spaans, J., Van de Kamp-Verbeij, M., Hop, H. 2005)	Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series (Wildes, J. & Marcus M. 2010)	A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa (Berman 2009)
Onderzoeksgebied	Verenigde Staten	Nederland	Verenigde Staten	Verenigde Staten
Interne validiteit	Niveau 4 Patiëntenseries	Niveau 4 Patiëntenseries	Niveau 4 Patiëntenseries	Niveau 4 Patiëntenseries
Externe validiteit	Lage generaliseer-baarheid Geen steekproef. Gebruik van maar één patiënt.	Lage generaliseer-baarheid Geen steekproef. Gebruik van maar één patiënt.	Beperkte generaliseer-baarheid door verschil in oefeningen bij de patiënten. Geen steekproef. Laag aantal patiënten.	Beperkte generaliseer-baarheid door verschil in oefeningen bij de patiënten. Geen steekproef. Laag aantal patiënten.
Betrouwbaarheid - Intrabeoordelaar - Interbeoordelaar - Homogeniteit	- Laag. Meetinstrument aanwezig, maar geen sprake van herhaling - Hoog. De patiënten werden behandeld door een therapeut en begeleidend therapeut - Niet bekend	- Resultaten meetinstrument niet weergegeven - Niet bekend, de karakteristieken van de therapeut worden niet weergegeven - Niet bekend	- Gemiddeld, er is geen sprake van herhaling, wel worden meerdere meetinstrumenten gebruikt - Hoog. De patiënten werden behandeld door een therapeut en begeleidend therapeut - Niet bekend	- Gemiddeld, er is geen sprake van herhaling, wel worden meerdere meetinstrumenten gebruikt - Niet bekend, er is aanwezigheid van meerdere therapeuten. Maar wie welke patiënten behandelen is niet bekend. - Niet bekend
Controleer-baarheid (Gebruikte meet-instrumenten)	Voorafgaand en aan het einde van de behandeling: - EDI-2 ⁸	Voorafgaand en aan het einde van de behandeling: - EDI-2 (is wel gebruikt, maar wordt niet weergegeven in het onderzoek)	Voorafgaand en aan het einde van de behandeling: - EDE-16.0D ⁹ - BDI-2 ¹⁰ - BAI ¹¹ - AAQ ¹² - EDQOL ¹³	Voorafgaand en aan het einde van de behandeling en bij follow-up: - SCL-90 ¹⁴ - EDE-Q ¹⁵ - BIAAQ ¹⁶ - BDI-2 - BAI - EDDS ¹⁷ (resultaten worden niet weergegeven in het onderzoek)
Therapievorm	Acceptance and commitment therapy	Individuele psychotherapie waarbij mindfulness technieken worden toegepast	Emotion Acceptance Behavior Therapy	Acceptance and commitment therapy
Karakteristieken therapeut	Therapeut: afgestudeerd master klinische psychologie Begeleid door: Klinische psycholoog met een specialisme in CBT en gedragsgeneeskunde	Word in het onderzoek niet genoemd	Therapeut: Assistent professor psychologie. In het bezit van een éénjarige training op het gebied van eetstoornissen en een éénjarige training op het gebied van ACT. Begeleid door: Psycholoog met specialisme in eetstoornissen	Therapeut: Meerdere therapeuten. In het bezit van master of doctoraal klinische psychologie met ervaring in eetstoornissen.
Behandeling	14sessies (16 weken) & 4 follow-up sessies	21sessies (22 weken)	24sessies (22 weken)	17sessies & 2 sessies familietherapie
Onderzoeks-populatie	n=1 Leeftijd: 15 Anorexia nervosa; beperkende type	n=1 Leeftijd: 19 Anorexia nervosa; Beperkende type	n=3 Leeftijd: 17 Leeftijd: 22 Leeftijd: 25 Anorexia nervosa; beperkende type (patiënt 1 en 2 hadden ook andere psychische stoornissen.	n=2 Leeftijden: 24 & 24 Types niet genoemd Beide patiënten waren ook gediagnosticeerd voor andere psychische stoornissen.
Follow-up periode	Negen maanden	Geen	Geen	Eén jaar

⁸ EDI-2: Eating Disorder Inventory-2 (meet psychologische en gedragskenmerken horend bij anorexia nervosa)

⁹ EDE-16.0D: Eating Disorder Examination 16.0D (vragenlijst voor het diagnosticeren van een eetstoornis)

¹⁰ BDI-2: Beck Depression Inventory-2 (wordt gebruikt voor het meten van angst en depressie symptomen)

¹¹ BAI: Beck Anxiety inventory (meet de aanwezigheid van angstklachten)

¹² AAQ: Acceptance and Action Questionnaire (Meet het vermijden van onaangename innerlijke ervaringen)

¹³ EDQOL: Eating Disorders Quality of Life (Schaal met vragen dat de kwaliteit van leven bij eetstoornissen meet)

¹⁴ SCL-90: Symptom Checklist 90 Revised (wordt gebruikt om algemene psychologische symptomen te meten)

¹⁵ EDE-Q: Eating Disorders Examination Questionnaire (meet de aanwezigheid van de symptomen van een eetstoornis)

¹⁶ BIAAQ: Body Image Acceptance and Action Questionnaire (meet of de patiënt een accepterende houding tegenover negatieve gedachten en gevoelens over lichaamssomvang en gewicht heeft)

¹⁷ EDDS: Eating Disorder Diagnostic Scale (wordt gebruikt om symptomen van eetstoornissen te meten)

5 VERGELIJKING VAN DE ONDERZOEKEN

In dit hoofdstuk zal een vergelijking van de vier gebruikte onderzoeken gemaakt worden. Belangrijke verschillen worden weergegeven. Dit is nodig om te ontdekken welke onderdelen van invloed zouden kunnen zijn op het resultaat van de onderzoeken. De onderzoeken worden vergeleken op de volgende punten:

- Gebruik van mindfulness
- Hypothese en conclusie
- Onderzoekspopulatie
- Behandel- en follow-upperiode
- Meetinstrumenten

Gebruik van mindfulness

In de onderzoeken worden de mindfulness oefeningen toegepast in verschillende vormen van therapie. In het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) worden de oefeningen aan de patiënten aangeboden in de “Emotion Acceptance Behaviour Therapy”. Heffner (2002) en Berman (2009) bieden de mindfulness oefeningen aan in de “Acceptance and Commitment Therapy” en Spaans (2005) in “individuele psychotherapie”. Hoewel de onderzoeken de oefeningen elk in een andere therapie aanbieden, noemen zij wel allemaal dezelfde uitgangspunten. Na een analyse van de therapie vormen bleek, ondanks de verschillende titels, de leidraad in de sessies de mindfulness oefeningen. Allemaal richten zij zich op het accepteren van de anorectische gevoelens en gedachten en gebruiken hiervoor mindfulness oefeningen. De hoofdpunten waar in alle onderzoeken de behandeling zich op richtte waren: “anorexia nervosa symptomen, emotionele vermijding en het hervatten van gewaardeerde activiteiten en relaties” (Wildes & Marcus 2010, Heffner 2002, Spaans, 2005 & Berman 2009). Veelal wordt de therapie gegeven in fasen. In het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) zijn dit er drie, Heffner (2002) en Berman (2009) hebben er beide zes en Spaans (2005) spreekt wel over fasen maar niet over een specifiek aantal. Los van het aantal fasen is in elk van de onderzoeken dezelfde behandel lijn te ontdekken. De behandeling begint met psycho-educatie, waarin uitgelegd word over de symptomen van anorexia nervosa en de rol van emotionele vermijding hierbij. Ook kwam bij deze eerste fase het verlies van relaties en activiteiten door de anorectische gedragingen naar voren. Hierna vervolgde de behandeling veelal met het kunnen concentreren van de aandacht op voorwerpen of externe prikkels. Vervolgens werden de oefeningen persoonlijker en richten deze zich op de innerlijke ervaringen, sensaties, gedachten en gevoelens. Als laatste werd in de behandelingen een terugvalpreventie plan gemaakt. Er zat wel verschil in de specifieke oefeningen die aan bod kwamen in de behandeling. In het onderzoek van Spaans (2005), Berman (2009) en Heffner (2002) wordt genoemd dat er veel gebruik gemaakt is van exposure en metafoor oefeningen. Dit is in het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) minder het geval. Er zijn nog een aantal verschillen gevonden, zo wordt in het onderzoek van Spaans (2005) en Heffner (2002) gesproken over huiswerk. De mindfulness oefeningen werden in deze onderzoeken dus ook thuis toegepast. In het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) en Berman (2009) wordt er niet over huiswerk gesproken. In twee onderzoeken werden naast de gewone sessie extra sessies toegevoegd. Bij Berman (2009) werd in twee sessies familie uitgenodigd en deed de familie mee aan de sessies. Er deed echter maar één van de twee patiënten aan deze “familiesessies” mee. In het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) werd er tijdens twee sessies een diëtiste uitgenodigd. Als laatste is nog één belangrijk verschil gevonden. Er wordt in het onderzoek van Heffner (2002) gesproken over meerdere therapieën in de behandeling van de patiënte, zij noemen zelf al dat deze andere therapieën ook van invloed zijn geweest op het eindresultaat. Ook in het onderzoek van Spaans (2005) is dit het geval. De behandeling bestaat uit meerdere onderdelen zoals “dieet- en gewichtsmanagement, sociotherapie en sociale vaardigheidstraining”, de individuele psychotherapie waarin de mindfulness gegeven wordt is dus een onderdeel van een uitgebreide behandeling. Wildes & Marcus (2010) en Berman (2009) spreken in hun onderzoek niet over een combinatie met andere behandelingen.

Hypothese en conclusie

Waarin verschillen de hypotheses van elkaar?

Alle vier de onderzoeken richten zich op de effecten van mindfulness technieken op anorexia nervosa. De verwachtingen van de uitkomsten van het onderzoek komen veelal overeen. In de onderzoeken werd verwacht dat mindfulness de “emotionele en cognitieve vermijding” zou verminderen. De patiënten zouden zich bewust worden van de automatische respons, het anorectische gedrag, en als gevolg zou ook het anorectische gedrag verminderen. De vermindering van het anorectische gedrag is echter nergens een hoofddoel of hoofdverwachting, maar een secundair doel. Het primaire doel van de onderzoeken is het veranderen van de vermijding van de gedachten en gevoelens (Berman, 2009, Heffner, 2002, Spaans, 2005 en Wildes & Marcus, 2010). Er bevinden zich dus geen verschillen in de hypothese en de doelen van de onderzoeken die van invloed zouden kunnen zijn op het resultaat.

Waarin verschillen de conclusies van elkaar?

In de onderzoeken is gezocht naar verschil in conclusie. In het onderzoek van Heffner (2002) en van Spaans (2005) wordt genoemd dat bijna alle anorectische gedragingen afnamen, alleen de tevredenheid met het eigen lichaam werd niet beter. Heffner (2002) geeft hiervoor de verklaring dat dit ook niet het doel was van de behandeling. Het doel was accepteren, niet verwijderen van gedachten. Zij dat het positieve resultaat mogelijk is gekomen, door het aanbieden van metafooroefeningen en het gebruiken van visuele exposure (Heffner, 2002). Het gebruiken van exposure oefeningen wordt ook in het onderzoek van Spaans (2005) als belangrijke bijdrage aan het eindresultaat genoemd. Wildes & Marcus (2010) en Berman (2009) noemen dit niet. Spaans (2005) noemt dat het positieve eindresultaat mogelijk bereikt is door het hoge functioneren van de patiënte en de combinatie met andere therapieën die in de behandeling aangeboden werden. Wildes & Marcus (2010) noemen in hun conclusie dat er naast het verminderen van de emotionele vermijding, ook verbetering heeft plaatsgevonden op het gebied van angstklachten en de kwaliteit van leven. Dit is iets wat in de andere onderzoeken niet gemeten is. Zij noemen in hun conclusie ook dat de resultaten na de toepassing van mindfulness goed waren en voor een verbetering zorgden, ze zorgden echter niet voor een hogere verbetering dan de therapieën die normaal gesproken bij anorexia nervosa worden toegepast. Ook zeggen zij dat de behandeling het beste heeft gewerkt bij anorexia nervosa patiënten met een hoger gewicht. Berman (2009) noemt dat de patiënten allemaal verbeterden. Opvallend is, dat de twee meest zieke patiënten het meest verbeterden. In de conclusie van dit onderzoek wordt genoemd dat de metingen die aan het begin van de behandeling gedaan werden, niet echt vóór de behandeling gedaan waren. Er werden tijdens de afname van de testen al sessies afgenomen (Berman, 2009). In alle vier de onderzoeken werd gesteld dat door het kleine aantal patiënten, geen directe conclusies gedaan konden worden. In het onderzoek van Berman (2009) wordt weergegeven dat het meten van het anorectische gedrag lastig is. Eén van de kenmerken van anorexia nervosa is het liegen over of ontkennen van symptomen. Dit zorgt ervoor dat de vragenlijsten soms niet correct ingevuld worden en het meten van effect op dit gebied lastig is. Het onderzoek van Spaans (2005) noemt nog iets wat in de andere onderzoeken niet naar voren kwam als conclusie. Zij stellen dat de oefeningen werken en voor verbetering zorgen. Maar dat als terugval voorkomen wil worden er een: “uitbreiding van het interesse- en activiteitsgebieden nodig is” (Spaans, 2005). Dit omdat het interesseren en hervatten van nieuwe activiteiten volgens Spaans voor zelfwaardering zorgt. Ook stellen zij dat motivatie voor de therapie en het op een andere manier beleven van het lichaam cruciaal is. De patiënte moet wel willen en niet alleen meedoen omdat anderen dit van hen willen.

Onderzoekspopulatie

Rondom het onderdeel onderzoekspopulatie zijn verschillen gevonden die van invloed zouden kunnen zijn op de resultaten van het onderzoek. In het onderzoek van Heffner (2002) en Spaans (2005) bestaat de onderzoekspopulatie uit 1 (n=1). De patiënten waren tijdens de behandeling enkel gediagnosticeerd voor anorexia nervosa. Het onderzoek van Berman (2009) heeft een onderzoekspopulatie van 2 patiënten (n=2) en

het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) heeft een onderzoekspopulatie van 3 patiënten (n=3). In deze twee laatstgenoemde onderzoeken was bij de patiënten naast de diagnose anorexia nervosa ook sprake van diagnoses voor andere psychische stoornissen.

Behandel- en follow-upperiode

De behandel periode en het aantal sessies was bij alle onderzoeken verschillend. In het onderzoek van Heffner (2002) werd de behandeling in 14 sessies uitgevoerd in 16 weken, Berman (2009) voerde het onderzoek in 19 sessies uit in een onbekend aantal weken, Spaans (2005) deed de behandeling in 21 sessies in 22 weken en Wildes & Marcus (2010) trok 24 sessies uit voor de behandeling in 22 weken. Dit verschil in aantal sessies kan mogelijke verschillen in resultaat opleveren. Eerder werd al genoemd dat Spaans (2005) en Wildes & Marcus (2010) geen meting hebben gedaan na een follow-up periode. Berman (2009) had wel een follow-up periode van één jaar. En Heffner (2002) had een follow-up periode van negen maanden waarin ook vier follow-up sessies werden gegeven. Het verschil in follow-up periode zou van invloed kunnen zijn op de verschillende resultaten.

Meetinstrumenten

Om het effect van mindfulness bij patiënten met anorexia nervosa te meten, zijn in de onderzoeken verschillende meetinstrumenten gebruikt. Doordat niet alle onderzoeken gebruik hebben gemaakt van een meetinstrument en de meetinstrumenten van elkaar verschillen is het lastig om de resultaten met elkaar te vergelijken. Het onderzoek van Spaans (2005) maakt bijvoorbeeld helemaal geen gebruik van een meetinstrument. De resultaten in dit onderzoek worden in verschillende kopjes beschreven. In het onderzoek van Heffner (2002) wordt gebruikt gemaakt van één meetinstrument, de EDI-2¹⁸. Er wordt in dit onderzoek aan het begin en aan het eind van de behandeling gemeten, aan het einde van de follow-up periode is er niet gemeten. Wildes & Marcus (2010) gebruiken vijf meetinstrumenten. De EDE-16.OD¹⁹, de BDI-2²⁰, de BAI²¹, de AAQ²² en de EDQOL²³. Er wordt in het onderzoek van Wildes & Marcus voor en na de behandeling gemeten. Berman (2009) maakt gebruik van vijf vragenlijsten die voor en na de behandeling en tijdens de follow-up periode worden gebruikt. De meetinstrumenten die in dit onderzoek gebruikt worden zijn de SCL-90²⁴, de EDE-Q²⁵, de BIAAQ²⁶, de BDI-2 en de BAI (Berman, 2009). Het verschil tussen het onderzoek van Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) met Spaans (2005) en Heffner (2010) is dat er naast het meten van anorectische symptomen in dit onderzoek ook gemeten wordt op de gebieden van angst, depressie en kwaliteit van leven.

Therapeuten

Dit onderdeel is betrokken in de analyse omdat door wie de therapie gegeven is, van invloed kan zijn op het resultaat. Als de behandelingen door meerdere of bij elke patiënt verschillende therapeuten wordt gedaan. Worden de resultaten betrouwbaarder. De behandeling in het onderzoek van Heffner (2002) en Wildes & Marcus (2010) wordt geleid door twee therapeuten waar van één de leiding heeft en de ander een begeleidende functie heeft. In het onderzoek van Spaans (2005) wordt er niets gezegd over de therapeut. Berman (2009) spreekt over meerder therapeuten.

¹⁸ EDI-2: Eating Disorder Inventory-2 (meet psychologische en gedragskenmerken horend bij anorexia nervosa)

¹⁹ EDE-16.OD: Eating Disorder Examination 16.OD (vragenlijst voor het diagnosticeren van een eetstoornis)

²⁰ BDI-2: Beck Depression Inventory-2 (wordt gebruikt voor het meten van angst en depressie symptomen)

²¹ BAI: Beck Anxiety inventory (meet de aanwezigheid van angstklachten)

²² AAQ: Acceptance and Action Questionnaire (Meet het vermijden van onaangename innerlijke ervaringen)

²³ EDQOL: Eating Disorders Quality of Life (Schaal met vragen dat de kwaliteit van leven bij eetstoornissen meet)

²⁴ SCL-90: Symptom Checklist 90 Revised (wordt gebruikt om algemene psychologische symptomen te meten)

²⁵ EDE -Q: Eating Disorders Examination Questionnaire (meet de aanwezigheid van de symptomen van een eetstoornis)

²⁶ BIAAQ: Body Image Acceptance and Action Questionnaire (meet of de patiënt een accepterende houding tegenover negatieve gedachten en gevoelens over lichaamsomvang en gewicht heeft)

Gewicht van de onderzoeken

Na de beoordeling op kwaliteit en een vergelijking van de inhoud van de onderzoeken moet voor het doen van een conclusie een beoordeling gemaakt worden op welk onderzoek zwaarder weegt dan het andere. Het gewicht van de resultaten uit verschillende onderzoeken is als volgt:

1. Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010)
2. Heffner (2002)
3. Spaans (2005)

Hoewel het onderzoek van Spaans (2005) een uitgebreide omschrijving geeft van de resultaten blijft dit slechts bij meningen en zijn de resultaten niet meetbaar en te vergelijken met een beginsituatie. Ook is er maar één patiënt ($n=1$) in het onderzoek betrokken. Er is geen sprake van een follow-up periode waardoor er niet bekend is of de behandeling op lange termijn zijn positieve resultaten behoudt. De resultaten uit dit onderzoek wegen dus het minst zwaar mee in de eindconclusie. Het onderzoek van Heffner (2002) zal zwaarder meewegen dan het onderzoek van Spaans (2005). Dit onderzoek maakt gebruik van een follow-up periode, ook zijn de resultaten van het gebruikte meetinstrument weergegeven. Dit onderzoek weegt minder zwaar mee dan het onderzoek van Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010), omdat er in dit onderzoek slechts gebruik is gemaakt van één instrument, terwijl de andere twee onderzoeken er vijf gebruiken. Ook betreft Heffner (2002) maar één patiënt in het onderzoek ($n=1$) terwijl Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) er beiden twee ($n=2$) en drie betrekken ($n=3$). De kwaliteit van deze twee laatstgenoemde onderzoeken is dus betrouwbaarder. Berman (2009) maakt gebruik van een follow-up periode. Wildes & Marcus (2010) doen dit niet. Je zou dus kunnen stellen dat dit onderzoek betrouwbaarder is. De betrouwbaarheid van het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) ligt echter hoger dan de betrouwbaarheid van Berman (2009), omdat er sprake is van twee therapeuten die beiden de resultaten hebben gemeten. In het onderzoek Berman (2009) is er wel sprake van meerdere therapeuten, maar is er niet bekend wie de resultaten heeft gemeten. Berman (2009) geeft echter wel een uitgebreidere omschrijving van resultaten, dit maakt het voor de lezer makkelijker het onderzoek te lezen. Wat als laatste nog belangrijk is om te benoemen, is dat in het onderzoek van Spaans (2005) en Heffner (2002) de mindfulness therapie in combinatie met andere therapieën werd gegeven. Bij Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) was dit niet het geval. Het resultaat van de twee laatstgenoemde onderzoeken kan dus direct in verband met mindfulness gebracht worden. Bij Spaans (2005) en Heffner (2002) is dit verband lastiger aan te tonen.

6 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten (de effecten van mindfulness op de patiënten) van de vier geselecteerde onderzoeken weergegeven. De effecten en behandeling worden ingedeeld in een aantal paragrafen. Eerst zal gekeken worden naar verandering in denkwijze bij de anorectische patiënten. Vervolgens worden de effecten op korte termijn, de effecten die aan het einde van de behandeling gemeten zijn, weergegeven. Als laatste worden de effecten op lange termijn weergegeven. Hiermee worden de gemeten effecten tijdens de follow-up periode bedoeld. Ook zal het gewicht aan het einde van de behandeling en aan het einde van de follow-up periode, indien bekend in de vier onderzoeken, worden weergegeven.

6.1 EFFECT OP DENKWIJZE VAN DE ANORECTISCHE PATIËNTEN

Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002)

De patiënte uit het onderzoek kwam er tijdens de behandeling achter dat het accepteren van gedachten met betrekking tot het gewicht en het lichaam, leidden tot vermindering van anorectisch gedrag. Als de gedachten niet geaccepteerd maar genegeerd werden leed dit tot vermeerdering van het anorectische gedrag. Aan het einde van de behandeling kon ze deze gedachten en gevoelens ook daadwerkelijk te accepteren en op een meer objectieve manier te bekijken.

Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa (Spaans, Van de Kamp-Verbeij, & Hop, 2005)

De anorectische gedachten waar de patiënte vooral last van had waren: “Ik moet goed controleren wat ik eet, anders eet ik teveel”, “Ik ben een lelijke dikke vrouw”, “Oh jee, ik word dik en dat is verschrikkelijk”, “Als ik mijzelf niet in de hand houd ben ik slap” en “ik voel me dik en rot en dat kan ik niet verdragen”. Na verschillende oefeningen wordt door de patiënte anders naar de gedachten gekeken, ze herkent de gedachten en kan ze objectiever bekijken. Ook kan de patiënt de gedachten en gevoelens die zij ervaart onder woorden brengen. Het handelen volgens de automatische respons, waarbij anorectische gedachten direct gevolgd worden door anorectisch gedrag door het willen vermijden van de gedachten en gevoelens, neemt af. De patiënte leert bewust te kiezen voor het wel of niet uitvoeren van anorectisch gedrag na een anorectische gedachte. Belangrijk om te noemen is, dat de hoeveelheid van gedachten in eerste instantie niet is afgenomen, maar dat er door de patiënte anders tegen de gedachten wordt aangekeken. De gedachten worden minder als last ervaren. De patiënte zegt hierover zelf het volgende “Ik heb iets belangrijks geleerd: vroeger moest ik lijnen, nu zie ik dat dit maar een gedachte is en dat ik zelf een keuze heb”(Spaans 2005).

Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series (Wildes & Marcus, 2010)

Eén van de patiënten gaf aan geleerd te hebben zichzelf van haar gevoelens en gedachten te scheiden. En nu te realiseren dat deze intense emoties en gevoelens verminderen na verloop van tijd. Ze leerde haar gedachten, emoties en lichamelijke sensaties te bekijken zonder erop te reageren en ze te geloven. Een tweede patiënte uit het onderzoek had in haar gedachten vooral moeite met het herkennen van bepaalde emoties, de patiënte gaf na de behandeling aan hier meer over geleerd te hebben. Het vermijden van deze emoties was ook verminderd. Ze gaf aan gevoelens van zelfstandigheid te hebben gekregen. Alle drie de patiënten vertoonden een verbetering op het gebied van cognitieve vermijding.

A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa (Berman, 2009)

Alle patiënten gaven aan dat de behandeling voor hen een positief effect had en een verandering in gedachten teweeg hadden gebracht. De verandering in gedachten werd in het onderzoek gemeten met het BIAAQ (vragenlijst met betrekking tot het accepteren van gedachten en gevoelens). Bij patiënte twee was een verbetering op dit gebied te zien. Aan het begin van de behandeling scoorde ze een 3.62 wat voor het “zelden” kunnen accepteren van gedachten en gevoelens staat. Aan het einde van de behandeling scoorde zij een 5.6, wat voor het “vaak” accepteren van gedachten en gevoelens staat. Patiënt twee vertoonde ook een verbetering op dit gebied. Aan het begin van de behandeling scoorde zij 4.24 op dit gebied, dit staat voor “soms”. Aan het einde van de behandeling scoort zij een 4.76 wat nog steeds voor “soms” staat, wat een minimale verhoging weergeeft.

6.2 KORTE TERMIJN EFFECTEN OP DE ANORECTISCHE GEDRAGINGEN

Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002)

De patiënte uit het onderzoek had last van verschillende anorectische gedragingen. Ze volgde vreemde diëten en at op sommige dagen helemaal niets. Ze stond twee keer per dag op de weegschaal. In het eetdagboek wat ze van haar coach in moest vullen, vulde zij dingen in die niet juist waren. Aan het einde van de behandeling namen deze gedragingen af. In de EDI-2 vragenlijst (meet psychologische en gedragskenmerken horend bij anorexia nervosa) die zij aan het begin en aan het einde van de behandeling invulde, gaf het volgende resultaat. Haar drang naar een slank lichaam nam af van 71% naar 50%. Ook het persoonlijke wantrouwen naar zichzelf waar zij aan het begin van de behandeling 28% op scoorde, nam af naar 52%. Op lichaamstevredenheid, perfectionisme en bewustzijn van lichamelijke processen bleven haar scores gelijk. De categorie angst voor volwassenheid nam toe van 53% naar 60%. Op de categorie “Boulimia” scoorde zij aan het einde van de behandeling hoger, zij scoorde in deze categorie aan het begin van de behandeling 56% en aan het einde van de behandeling 69%. Tijdens de behandeling begon de patiënte met het nemen van een ontbijt en ontwikkelde zij gezondere eetgewoonten. Haar anorectische gedragingen namen na tien sessies af.

Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa (Spaans, Van de Kamp-Verbeij & Hop, 2005)

De patiënte uit dit onderzoek had voorheen last van verschillende rituelen rondom het innemen van voedsel. Bijvoorbeeld het verdelen van voedsel in een vast aantal stukjes of porties, in een bepaalde volgorde eten of op een bepaald tijdstip eten. Deze rituelen verdwenen naarmate de behandeling vorderde. Na de behandeling heeft de patiënte een gezond voedselpatroon. Ook staat de patiënte minder vaak op de weegschaal. De schrijvers van het artikel noemen dat de EDI-2 scores van de patiënte een afname van het anorectische gedrag lieten zien. Om welke anorectische gedragingen het precies gaat word niet weergegeven. In het onderzoek wordt een aantal keer weergegeven dat er in de loop van de behandeling steeds minder vaak anorectisch gedrag volgde na de anorectische gedachten. Ook op het gebied van emoties maakte de patiënte een verandering door. Ze leerde emoties te verdragen en van een afstand te bekijken, zonder erin op te gaan.

Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series (Wildes & Marcus, 2010)

In dit onderzoek wordt weinig weergegeven over specifieke veranderingen in anorectisch gedrag. De uitkomsten van de gebruikte meetinstrumenten worden wel weergegeven. De resultaten van de gebruikte meetinstrumenten bij dit onderzoek worden in tabel 6.2 weergegeven.

Tabel 6.2

Instrument:	Patiënt 1		Patiënt 2		Patiënt 3	
	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
EDE	0.8	0.0	3.8	Niet ingevuld	1.0	0.8
BDI-2	24.0	0.0	35.0	23.0	5.0	2.0
BAI	9.0	4.0	21.0	6.0	4.0	8.0
AAQ	45.0	34.0	47.0	40.0	36.0	29.0
EDQOL	1.3	0.1	1.5	0.5	1.3	0.4

Bron: Wildes, J.E., Marcus, M.D. (2010). *Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series. International Journal of Eating Disorders* 44:5, 424, jaargang 2011.

Als eerste is in de tabel te zien dat de patiënten allen na de behandeling een lagere score op de EDE (meetinstrument voor de aanwezigheid van eetstoornis symptomen) hebben. Op het BDI-2 (meetinstrument voor angst en depressie symptomen) wordt ook lager gescoord. Patiënt 1 viel met een score van 24 voor de behandeling in de categorie “matig ernstig”, patiënt 2 met een score van 35 in “ernstig” en patiënt 3 in “minimale aanwezigheid angstsymptomen”. Aan het einde van de behandeling vielen patiënt 1 en 3 in de categorie “minimale aanwezigheid angstsymptomen”. Patiënt 2 ondervond ook een verbetering, zij scoorde nu in de categorie “matig ernstig”. Het BAI (meetinstrument aanwezigheid angstklachten) geeft ongeveer dezelfde resultaten weer als de BDI-2. Opvallend is echter dat patiënt 3 in deze vragenlijst van minimale angstklachten met een score van 4, naar milde angstklachten ging met een score van 8. Bij deze patiënt zijn in de BDI-2 de angstklachten verminderd en bij de BAI de angstklachten vermeerderd. Er is te zien dat alle patiënten lager scores op de AAQ (meetinstrument voor het vermijden van onaangename innerlijke ervaringen). Dit meetinstrument meet het primaire doel van het gebruik van mindfulness bij deze patiënten. De acceptatie van negatieve innerlijke ervaringen in plaats van het vermijden hiervan door anorectische gedragingen. De scores op de EDQOL (meetinstrument voor kwaliteit van leven bij eetstoornissen) wordt na de behandeling door alle patiënten lager gescoord. Dit betekent dat de kwaliteit van leven verbeterd is. Patiënte twee kon tijdens en na de behandeling sociale contacten herstellen. Patiënt drie vertoont een verbetering op het gebied van kwaliteit van leven. Alle drie de patiënten hadden minder last van angst of depressie symptomen.

A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa (Berman, Boutelle & Crow, 2009)

Patiënt één uit dit onderzoek scoorde op de EDE-Q (meetinstrument voor de aanwezigheid van symptomen horend bij een eetstoornis), aan het einde van de behandeling aanzienlijk lager ten opzichte van het begin van de behandeling. Zij scoorde op de gebieden: “zorgen om eten”, “zorgen om gewicht” en “zorgen om lichaamsvorm” bijna op het niveau van gezonde adolescenten. Op dit gebied scoorde ook patiënt twee uit dit onderzoek aan het einde van de behandeling beter. De gebieden “zorgen om eten”, “zorgen om gewicht” en “zorgen om lichaamsvorm” waren allemaal met een klein percentage afgenomen. Wel noemen de onderzoekers dat de patiënte maar een kleine verbetering weergaf, omdat zij symptomen horend bij anorexia aan het begin van de behandeling negeerde en niet op een goede manier in de EDE-Q had weergegeven. Bij deze tweede patiënte keerde de menstruatie tijdens de behandeling terug. Het hebben van angst en depressie symptomen nam bij patiënt één in de behandeling af. Aan het einde van de behandeling werd op het BDI (meetinstrument angst en depressie symptomen), in plaats van de acht aan het begin van de behandeling, een drie op gescoord. Er is een tweede keer met een andere vragenlijst, het BAI (meetinstrument angstklachten) gemeten om de angstklachten vast te stellen. Op deze vragenlijst werd aan het begin van de vragenlijst dertien gescoord en aan het einde van de behandeling vier. Bij patiënt twee werd juist een hogere score gemeten aan het eind van de behandeling. Bij beide vragenlijsten was bij patiënt twee de score toegenomen, van 5 naar 6(BDI) en van 7 naar 8(BAI). Echter moet wel genoemd worden dat een score onder de 13, op de BDI inhoudt dat er een minimale aanwezigheid van depressie en angst symptomen aanwezig is. Er is dus wel een toename, maar deze is niet zorgelijk. Het BAI legt de score van 8 echter in milde angst symptomen. Hier wordt dus wel in een andere categorie gescoord. Een score van 7 valt bij het BAI onder minimale angst symptomen.

Gewicht op korte termijn

Het onderzoek van Heffner (2002) volgt een patiënte met aan het begin van de behandeling een gewicht van 51 kg. Aan het einde van de behandeling is dit gewicht toegenomen naar 54.4 kg. In het onderzoek van Spaans (2009) bereikte de patiënte aan het einde van de behandeling een gezond gewicht. Haar gewicht ging van 43 kg naar 57 kg. In het onderzoek van Wildes & Marcus (2010) woog patiënt 1 aan het begin van de behandeling 48 kg, aan het einde van de behandeling woog zij 50 kg. Haar gewicht is toegenomen, maar haar BMI wat van 17.1 tot 17.8 steeg, ligt nog steeds onder de criteria voor een gezond gewicht (BMI=20.0). Het gewicht van Patiënt 2 is aan het begin van de behandeling 55 kg en aan het einde van de behandeling 57 kg. Haar BMI stijgt hiermee naar 18.6. Patiënt 3 woog aan het begin van de behandeling 45.8 kg. Aan het einde van de behandeling is dit gewicht toegenomen naar 48.4 kg. Wat er voor zorgt dat zij een BMI bereikt van 19.5, net onder een gezond gewicht. Hoewel de patiënten geen BMI van 20.0 bereikten, kwamen zij wel allemaal aan en vielen zij niet verder af. Het onderzoek van Berman (2009) geeft geen gewichten in kilogram weer. Wel geven zij de BMI scores van de patiënten. Patiënt 1 startte de behandeling met een BMI van 19.1 aan het einde van de behandeling is dit BMI verlaagd naar 18.9. Patiënt 2 vertoont wel een toename in gewicht. Het BMI van deze patiënt was aan het begin van de behandeling 18.7 en aan het einde van de behandeling 19.4.

6.3 LANGE TERMIJN EFFECTEN OP DE ANORECTISCHE GEDRAGINGEN

Omdat in het onderzoek van Spaans (2005) en Wildes & Marcus (2010) niet word gesproken over een follow-up periode, zijn er geen lange termijn effecten bekend. Om deze reden worden deze onderzoeken niet behandeld in onderstaande paragraaf.

Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002)

Tijdens de follow-up periode bleef de patiënte verbeteringen vertonen. Ze scoorde steeds beter op het gebied van de wil om dun te zijn. Ook de menstruatie cyclus kwam terug. Uiteindelijk zorgde de behandeling voor een vermindering op bijna alle gebieden van de EDI-2. Het enige gebied dat onveranderd bleef was "lichaamstevredenheid".

A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa (Berman, Boutelle & Crow, 2009)

Patiënt één gaf aan het einde van de follow-up periode aan dat de behandeling haar leven had veranderd. De patiënte heeft in de follow-up periode haar leven grotendeels opgepakt. Ze was weer aan het werk, had een relatie en is toegelaten tot een studie. Haar score op het BIAAQ was aan het einde van de behandeling een 5.6 wat voor het "vaak" accepteren van gedachten en gevoelens staat. Na de follow-up periode scoorde zij hierop een 4.9. De score verminderde dus licht waardoor zij tussen "soms" en "vaak" in valt. Patiënt twee scoorde aan het eind van de behandeling een 4.76 waardoor zij in de categorie "soms" viel. Na de follow-up periode blijkt zij veel hoger te scoren. Zij scoort met 6.54 wat staat voor "bijna altijd staat". Het kunnen accepteren van gedachten en gevoelens is bij deze patiënte dus aanzienlijk vooruit gegaan. Patiënt één scoorde aan het einde van de behandeling op de EDE-Q aanzienlijk lager dan aan het begin van de behandeling. Zo laag dat zij bijna binnen de norm voor gezonde vrouwelijke adolescenten viel. Helaas namen de scores op de gebieden "zorgen om eten", "zorgen om gewicht" en "zorgen om lichaamsvorm" na de follow-up periode weer toe. De scores verdubbelden bijna. Wel bleven ze allemaal onder de score gemeten aan het begin van de behandeling. Er is dus wel sprake van een kleine verbetering. Bij patiënt twee waren de scores bij de follow-up periode lichtelijk afgenomen ten opzichte van het einde van de behandeling. De positieve verandering zette zich dus in de follow-up periode door.

Patiënt één vertoonde aan het einde van de behandeling minder angst en depressie symptomen, er werd op het BDI een drie gescoord. Aan het einde van de follow-up periode lijken deze symptomen nog verder te zijn verminderd naar twee. Wat opvallend is, is dat bij de tweede vragenlijst die gebruikt is om angstklachten te meten (BAI) een heel andere uitkomst na de follow-up periode gemeten werd. Aan het begin van de behandeling werd hier een dertien op gescoord, na de behandeling een vier en in plaats van een verdere afname tijdens de follow-up, namen de angstklachten toe naar tien. De scores van de tweede patiënt waren aan het einde van de behandeling op het BDI en BAI toegenomen ten opzichte van het begin van de behandeling. Aan het einde van de follow-up periode werd op het BDI door patiënt twee echter veel lager gescoord. De patiënt ging van een score 6 naar score 1. Op dit gebied is dus toch een positieve verbetering ontstaan. De score op het BAI nam nog verder toe. Hier scoorde de patiënt een zeven op. De scores op het gebied “angstklachten” zijn dus nog verder verslechterd.

Gewicht op lange termijn

De patiënte uit het onderzoek van Heffner (2002) had aan het einde van de behandeling een gewicht van 54.4 kg, na de follow-up periode (deze duurde 9 maanden) bereikte de patiënte een gewicht van 56.7 kg. Waar patiënt 1 uit het onderzoek van Berman (2009) aan het einde van de behandeling een lager BMI behaalde (18.9) dan haar start BMI (19.1), nam dit BMI aan het einde van de follow-up periode weer toe naar 19.3. Een lange termijn effect voor deze patiënt is dus toch een toename in gewicht. Patiënt 2 behaalde aan het einde van de behandeling een BMI van 19.4. Dit was al een vermeerdering in gewicht ten opzichte van haar start BMI (18.7). Aan het einde van de follow-up periode is dit BMI verder gestegen naar 19.6.

7 DISCUSSIE

Voordat er met een goede conclusie gekomen kan worden, moeten er een aantal punten genoemd worden die een invloed hebben gehad op dit onderzoek. Als eerste moet genoemd worden dat in de vier geselecteerde onderzoeken met verschillende meetinstrumenten is gewerkt. Ook zijn de onderzoeken onder verschillende condities uitgevoerd. Hierdoor zijn de resultaten niet op een betrouwbare manier met elkaar te vergelijken. Ook werd niet bij alle onderzoeken een duidelijke weergave van de afzonderlijke categorieën gegeven. Waardoor tijd gestoken moest worden in het onderzoeken van de verschillende meetinstrumenten. Ook werd na de beoordeling op interne validiteit, duidelijk dat alle onderzoeken zich op niveau vier (patiënten series) bevonden. Om een betrouwbare uitspraak te doen over het effect van mindfulness op vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa is het nodig dat de onderzoeken zich minimaal op niveau drie bevinden. Er is nu namelijk niet gecontroleerd met een controlegroep. Het effect van mindfulness ten opzicht van andere therapieën is nu niet gemeten. Er waren geen onderzoeken te vinden met een hogere interne validiteit. Ook was in twee van de vier geselecteerde onderzoeken de therapieën met mindfulness een onderdeel van een grote behandeling. Het is daardoor lastig om de resultaten toe te schrijven aan enkel het gebruik van mindfulness. De methodologische kwaliteit van de onderzoeken was over het algemeen laag. Dit kwam door meerdere omstandigheden (meetinstrumenten, follow-up periode, aantal patiënten). Hierdoor is een empirische uitspraak over het effect van mindfulness niet mogelijk. De resultaten van de meetinstrumenten waren in een aantal onderzoeken in beperkte mate weergegeven. Dit maakte het lastig om precies weer te geven op welke anorectische gewoonten mindfulness precies effect had.

8 CONCLUSIE

Aan het begin van dit onderzoek is de volgende vraag gesteld *“Wat is het effect van mindfulness op het anorectische gedrag van vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa?”*. Doormiddel van het selecteren, beoordelen en systematisch bekijken van onderzoeken met betrekking tot dit onderwerp is er een antwoord gezocht op deze vraag. Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zal eerst antwoord gegeven worden op de deelvragen.

Waar richt mindfulness therapie zich op? Wat zijn de uitgangspunten van mindfulness?

Zoals genoemd in het theoretisch kader, richt mindfulness zich op het aandachtig beleven van innerlijke ervaringen, gevoelens en gedachten. Dit gebeurt op een niet oordelende en accepterende manier. Doormiddel van mindfulness, wordt men zich bewust van niet functionele mindsets in het denken. Mindsets zijn in het verleden gevormd door individuele ervaringen. Op een gegeven moment gaat het denken volgens mindsets automatisch. Bij het mindfulness denken leert men deze mindsets te doorbreken en niet meer volgens een automatische piloot te denken. Een gedachte wordt als een gedachte gezien en niet als feit.

Wat zijn de anorectische gedragingen van een vrouwelijke adolescent met anorexia nervosa?

Anorectische gedragingen zijn talloos. Een anorectische gedraging kan zijn: “extreem weinig eten”, “maken van schema’s met betrekking tot eten”, “rituelen rond eten”, “misbruik van farmaca om af te vallen” of “extreem veel bewegen”. Met betrekking tot dit onderzoek is het interessanter om het doel de gedragingen te noemen. Anorexia nervosa patiënten hebben geen controle over de negatieve gedachten en gevoelens die zij hebben over hun lichaam. Eigenlijk zijn anorectische gedragingen alle handelingen die een patiënt met anorexia nervosa onderneemt ter vermijding van de onprettige gedachten en gevoelens. Het gevolg van een dergelijke gedraging is dat de negatieve gedachten en gevoelens verdwijnen. Op deze manier hebben zij de controle over hun gedachten terug. Een anorectische gedraging zorgt ervoor dat patiënten met anorexia nervosa in hun visuele cirkel blijven.

Welke van deze anorectische gedragingen komen tijdens mindfulness naar voren?

Eerder in dit onderzoek werd al genoemd dat mindfulness zich richt op de vermijding van patiënten met anorexia nervosa. In de verschillende onderzoeken lag de focus in eerste instantie niet op de directe anorectische gedragingen. Er werd telkens weer benadrukt dat het primair om de innerlijke ervaringen, gevoelens en gedachten van een patiënt met anorexia nervosa ging en secundair om de anorectische gedragingen. Het afnemen van deze gedragingen zou een gevolg zijn op het accepteren van de innerlijke ervaringen, gevoelens en gedachten. De insteek van mindfulness is het op een nieuwe en accepterende manier kijken naar de gedachten. Er kwamen dus niet direct anorectische gedragingen tijdens de oefeningen met mindfulness naar voren.

Welke aspecten in mindfulness zijn aangrijpingspunten voor de psychomotorisch therapeut en welke voor de psycholoog?

Omdat mindfulness zich vooral op het denken en het besteden van aandacht richt. Lijkt deze therapeutische techniek in eerste instantie vooral geschikt voor een psycholoog. Er bevindt zich echter vooral bij de doelgroep anorexia nervosa, een sterke lichamelijke component in de techniek. Er wordt veel gebruik gemaakt van praktische voorbeelden, metaforen en “real-life” oefening (exposure). Bij het doen van deze oefeningen krijgt de patiënt steeds de opdracht stil te staan bij wat er in het lichaam gebeurt. Bijvoorbeeld welke sensaties een oefening met zich meebrengt. In plaats van veel te praten in de therapie, wordt er veel gedaan, gevoeld en gedacht. Door deze sterke lichamelijke component, waar psychomotorisch therapeuten gespecialiseerd in zijn, is bij nader inzien mindfulness meer geschikt voor een psychomotorisch therapeut dan voor een psycholoog.

Zijn de onderzoeken naar mindfulness als behandeling voor anorexia nervosa methodologisch verantwoord?

In het hoofdstuk methodologische verantwoording is bekend geworden dat de geselecteerde onderzoeken zich op het gebied van interne validiteit allen op niveau vier (patiënten series) bevonden, dit is laag. De externe validiteit was eveneens laag, door een klein aantal patiënten en het ontbreken van een controlegroep. Hierdoor zijn de resultaten verkregen uit het onderzoek niet generaliseerbaar. De betrouwbaarheid van de onderzoeken was laag, dit door het ontbreken van herhaling bij de afname van meetinstrumenten. Wel werden de metingen door meerdere therapeuten gedaan wat de betrouwbaarheid weer licht verhoogd. Qua controleerbaarheid werden de onderzoeken ook bij de categorie laag ingedeeld. De resultaten in de geselecteerde onderzoeken waren veelal in het algemeen weergegeven, waardoor niet bekend was op welk gebied er precies gescoord werd. De vier onderzoeken zijn dus niet methodologisch te verantwoorden en van lage kwaliteit en betrouwbaarheid. Het resultaat wat in de onderzoeken wordt weergegeven is dus van lage empirische waarde.

Na beantwoording van de deelvragen wordt nu een antwoord gegeven op de hoofdvraag.

Wat is het effect van mindfulness op het anorectische gedrag van vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa?

Voordat er nader op het effect van mindfulness wordt ingegaan, moet genoemd worden dat het resultaat verkregen uit de onderzoeken niet als empirisch en betrouwbaar gezien kan worden. Bij de beoordeling van de methodologische kwaliteit bleek dat de onderzoeken zich op een laag niveau bevonden. Dit kwam onder andere door het ontbreken van een controlegroep, het lage aantal betrokken patiënten en in één onderzoek het ontbreken van een meetinstrument. Hierdoor zijn de uitkomsten van het onderzoek niet generaliseerbaar en representatief naar vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa die niet in dit onderzoek betrokken waren. Het onderzoek van Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) bleken aan de hand van de analyse de hoogste kwaliteit te hebben en wegen in deze eind conclusie het zwaarst. In alle vier de onderzoeken resulteerden de behandelingen in een positief effect. Uit het onderzoek van Berman (2009) en Wildes & Marcus (2010) bleek dat de patiënten een verbetering op het gebied van acceptatie van gevoelens en gedachten door maakten. In de meetinstrumenten scoorden zij hoger op het kunnen accepteren van gevoelens en gedachten. Hiermee namen ook op korte termijn de anorectische gedragingen af. Het gewicht van de patiënten uit deze twee onderzoeken nam bij bijna alle patiënten toe. Bij een aantal patiënten viel het gewicht nog steeds niet in de categorie “gezond gewicht”, maar het gewicht was in elk geval niet afgenomen. Ook bij het onderzoek van Heffner (2002) hierna het zwaarst weegt is een positief eindresultaat bij de patiënt gemeten. De patiënte accepteerde gedachten en gevoelens, het gewicht nam toe en de anorectische gedragingen werden minder. Het onderzoek van Spaans (2005) weegt qua resultaten het minst zwaar. Ook in dit onderzoek is een positief resultaat geconcludeerd in de gedachten gang van de patiënte. Hoewel er geen resultaten verkregen door een meetinstrument in het onderzoek worden weergegeven, wordt er wel aangegeven dat de anorectische gedragingen zijn afgenomen. De patiënte bereikte aan het einde van de behandeling een gezond bericht. Er zijn op korte termijn dus vooral positieve resultaten gemeten. Op lange termijn zijn alleen uit het onderzoek van Heffner (2002) en Berman (2009) resultaten bekend. In het onderzoek van Heffner (2002) zette de positieve verbetering zich voort en scoorde de patiënte beter op bijna alle gebieden. Alleen de lichaamsontevredenheid bleef onveranderd. In het onderzoek van Berman (2009) zette de positieve verbetering bij één van de twee patiënten voort. De positieve resultaten van de andere patiënten namen af. Wel bleven ze onder het niveau wat aan het begin van de behandeling gemeten was. Aan het einde van de follow-up periode bleken alle patiënten een hoger gewicht te hebben. De resultaten op lange termijn zijn dus bij twee van de drie patiënten positief en bij één patiënt bleek er toch nog sprake te zijn van een kleine terugval. Over resultaten op lange termijn kan dus geen betrouwbare uitspraak gedaan worden.

Ondanks dat de resultaten niet empirisch zijn en er geen betrouwbare uitspraak gedaan kan worden, is het opvallend dat op korte termijn in alle onderzoeken een positief effect gemeten is. Mindfulness blijkt een

positief effect te hebben op de afname van anorectische gedragingen, maar vooral ook op de anorectische denkwijze. Wat wel nog genoemd moet worden, is dat door het ontbreken van een controle groep, niets te zeggen is over het beter werken van therapieën met mindfulness oefeningen, dan de andere therapieën gebruikt voor de behandeling van anorexia nervosa. Er is niet bekend of mindfulness een hoger resultaat oplevert dan andere therapieën.

Als afsluiting van de conclusie worden de volgende onderdelen genoemd die mogelijk het positieve effect van mindfulness hebben versterkt en waarschijnlijk onmisbaar zijn in de behandeling van adolescenten met anorexia nervosa. Als eerste is in het onderzoek van Heffner (2002), Spaans (2005) en Berman (2009) veel gebruik gemaakt van exposure en metafoor oefeningen. Dit bleek een positieve uitwerking te hebben op de patiënten. Als tweede is het doen van huiswerkoefeningen in de onderzoeken van Heffner (2002) en Spaans (2005). Ook werd in de onderzoeken genoemd dat de hoge motivatie van de patiënten een positief effect op de resultaten had. Als laatste lijkt het geven van psycho-educatie over anorexia nervosa gedachten, vermijding van deze gedachten doormiddel van anorexia nervosa onmisbaar.

9 AANBEVELINGEN

Er is al eerder in dit onderzoek genoemd dat na de beoordeling op methodologische kwaliteit bleek dat de kwaliteit van de onderzoeken laag bleek. Hierdoor waren de resultaten verkregen uit het onderzoek niet betrouwbaar. De resultaten zijn niet generaliseerbaar en representatief voor patiënten met anorexia nervosa los van dit onderzoek. Hierdoor kan geen empirische uitspraak gedaan worden. De grootste aanbeveling aan de hand van dit onderzoek is dus het door van een onderzoek met een hoge methodologische kwaliteit, met controlegroep, duidelijke meetinstrumenten, een grotere patiëntengroep en een follow-up periode. Een volgende aanbeveling is het ontwikkelen van een methode voor de toepassing van mindfulness bij vrouwelijke adolescenten met anorexia nervosa. Zodat duidelijk wordt welke oefeningen er precies toegepast kunnen worden. In dit onderzoek zijn enkel vrouwelijke patiënten in de adolescentieleeftijd betrokken, een onderzoek naar het effect van mindfulness bij patiënten buiten de adolescentieleeftijd of mannelijke patiënten zou ook interessant kunnen zijn.

.

LITERATUURLIJST

- Aider, C., et al (2010). *Responsiveness of the Eating Disorders Quality of Life Scale (EDQLS) in a longitudinal multi-site sample. Health and Quality of Life Outcomes*, 8:83, jaargang 2010. <http://www.hqlo.com/content/8/1/83>
- American Psychiatric Association (2010). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information
- Bakker, E. & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Boeije, H. 'T Hart, H. & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom uitgevers
- Clarke, A. & Dawson, R. (1999). *Evaluation Research*. Londen: SAGE publications
- Cooper, H. (2010). *Research Synthesis and Meta-Analysis*. Washington, DC.: SAGE publications
- Hayes, S. (2011). *Uit je hoofd in het leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds
- Kabat Zinn, J. (2005). *Handboek meditatie ontspannen*. Haarlem: Altamira-Brecht
- Kapitein, R. (2008). *Aandacht voor mindfulness. Skepter*, 21 (2), <http://www.skepsis.nl/mindfulness.html>
- Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison Wesley
- McCracken, L.M. (2010) *Mindfulness And Acceptance in Behavioral Medicine: Current Theory And Practice*. Canada: Raincoast Books
- Nhat Hanh, T. (1994). *Iedere stap is vrede*. Deventer: Ankh-Hermes BV
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. (2010). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Piercon Education Benelux BV
- Stoppelenburg, E., Maex, E., Anbeek, C., Visser, B., Blommesteijn, H. & Maas, F. (2009). *Mindfulness; Spirituele traditie of therapeutische techniek?*. Tilburg: KSGV
- Tenwolde, A.A.M. (2000). *Van dun tot dik; Een vraagbaak*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Wanden-Berghe, R.G., Sanz-Valero, J. & Wanden-Berghe, C. (2010). *The Application of Mindfulness to Eating Disorders Treatment: A Systematic Review, Eating Disorders*, 19:1, 42. London: Routledge

Geselecteerde onderzoeken

1. Berman, M.I., Boutelle, K.N. & Crow, S.J. (2009). *A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. European Eating Disorders Review* 17, 426-434
2. Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. & Detweiler, M. (2002) *Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. Cognitive and Behavioral Practice* 9, 232-236
3. Spaans, J., Van de Kamp-Verbeij, M. & Hop, H. (2005). *Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa. Directieve therapie* 25, 276-29, jaargang 2005.
4. Wildes, J.E. & Marcus, M.D. (2010). *Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series. International Journal of Eating Disorders* 44:5, 421-427, jaargang 2011.