

# Effectiviteit van Zelfhulpgroepen voor Mensen met Eetstoornissen

Carolijn de Beij-Van den Berg

Scriptiebegeleider: mevr. dr. B. Mayer

Tweede begeleider: mevr. dr. L. Lechner

Faculteit Sociale Wetenschappen

Open Universiteit Nederland

Afstudeerrichting: gezondheidspsychologie

oktober 2001

## VOORWOORD

Zelfhulpgroepen en andere vormen van georganiseerd lotgenotencontact mogen zich de laatste jaren verheugen in een toenemende belangstelling. Zij zijn echter geen onomstreden verschijnsel. Een zeker wantrouwen valt zowel bij professionele hulpverleners als bij de overheid te signaleren. Dit wordt bevorderd door het ontbreken van een goed inzicht in hun effecten. Ik hoop dat dit onderzoek een bijdrage kan leveren aan een groter inzicht in de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen.

Ik wil iedereen bedanken die zijn of haar medewerking heeft verleend aan mijn onderzoek: alle begeleidsters en deelnemers van de zelfhulpgroepen, de Stichting SABN en Ziezo, en met name Ellen Spanjers en Birgit Mayer voor hun enthousiaste en deskundige hulp en begeleiding.

Naam: Carolijn de Beij-Van den Berg  
Adres: Broekfinne 71  
Postcode: 9213 RM  
Woonplaats: De Wilgen  
Telefoonnummer: 0512 544733  
Studentnummer: 834596573  
Datum: oktober 2001

## INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD .....	2
INHOUDSOPGAVE.....	3
SAMENVATTING .....	4
SUMMARY .....	5
<b>1. INLEIDING .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 BEGRIPSBEPALING EETSTOORNISSEN .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 <i>Begripsomschrijving</i> .....	7
1.1.2 <i>Epidemiologie</i> .....	9
1.1.3 <i>Etiologie</i> .....	9
1.1.4 <i>Behandeling</i> .....	13
1.1.5 <i>Prognose</i> .....	14
<b>1.2 BEGRIPSBEPALING ZELFHULPGROEPEN .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 <i>Begripsomschrijving</i> .....	15
1.2.2 <i>Werkzame elementen</i> .....	16
1.2.3 <i>Zelfhulpgroepen bij eetstoornissen</i> .....	16
<b>1.3 RELEVANTIE VAN EFFECTEVALUATIE VAN ZELFHULP .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 EERDER ONDERZOEK: EEN LITERATUUROVERZICHT .....</b>	<b>18</b>
<b>2. METHODE.....</b>	<b>20</b>
2.1 ONDERZOEKSGROEPEN .....	20
2.2 MEETINSTRUMENTEN.....	22
2.3 PROCEDURE .....	24
2.4 ANALYSE .....	24
<b>3. RESULTATEN.....</b>	<b>26</b>
<b>4. DISCUSSIE.....</b>	<b>28</b>
<b>LITERATUUR.....</b>	<b>31</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>33</b>
<b>BIJLAGE 1: BESLISBOOM DIAGNOSTIEK .....</b>	<b>33</b>
<b>BIJLAGE 2: HET MODEL VOOR DIEETMANAGEMENT BIJ GEDRAGSTHERAPIE .....</b>	<b>34</b>
<b>BIJLAGE 3: HET COGNITIEVE MODEL.....</b>	<b>35</b>
<b>BIJLAGE 4: HET MULTICAUSALITEITSMODEL .....</b>	<b>36</b>
<b>BIJLAGE 5: DE EDE-Q.....</b>	<b>37</b>
<b>BIJLAGE 6: DE BDI.....</b>	<b>42</b>
<b>BIJLAGE 7: BRIEVEN .....</b>	<b>45</b>

## SAMENVATTING

In dit onderzoek wordt het effect van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen onderzocht. Het bestaat uit een quasi-experimenteel empirisch onderzoek, dat een antwoord moet geven op de centrale vraag: Wat is de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen? Daarbij wordt gekeken naar eventuele effecten op de ernst van de eetstoornis zelf, en op depressieve gevoelens.

Het empirisch onderzoek werd uitgevoerd door middel van een schriftelijke enquête, bestaande uit twee vragenlijsten, namelijk de Nederlandse versie van de Eating Disorder Examination – Questionary (EDE-Q) en de Beck Depression Inventory (BDI). In totaal zijn 95 vrouwen benaderd, te weten 56 deelnemers aan zelfhulpgroepen (de experimentele groep), en 39 personen die op de wachtlijst stonden (de controlegroep). Geen van hen weigerde haar medewerking aan het onderzoek te verlenen, maar er was wel sprake van uitval. Uiteindelijk hebben 68 vrouwen de vragenlijsten twee maal ingevuld; 39 in de experimentele groep en 29 in de controlegroep. De gegevens van de twee groepen op de voor- en nameting zijn geanalyseerd met variantie-analyses met behulp van het softwarepakket SPSS voor Windows.

Uit de statistische toetsing bleek dat de beide groepen bij de voormeting significant van elkaar verschilden op de afhankelijke variabelen. Bovendien bleek dat 38% van de controlegroep en 44% van de experimentele groep in de periode tussen de voor- en nameting een andere vorm van (individuele) hulp had genoten. Na correctie hiervoor, bleek uit de variantie-analyses dat deelname aan een zelfhulpgroep leidt tot een significant sterkere daling van de score op de EDE-Q (en tot een randsignificant sterkere daling van de score op de BDI), dan deelname aan de wachtlijstconditie.

De conclusie is dat zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen bestaansrecht lijken te hebben. Ze kunnen een zinvolle aanvulling betekenen op de reguliere behandelingen in onze gezondheidszorg. Meer (longitudinaal) wetenschappelijk onderzoek is aan te bevelen om de (lange termijn) effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen te analyseren, ten einde de basis van de conclusie te verbreden en om de gevonden effecten van de zelfhulpgroepen te bevestigen.

## SUMMARY

The present study describes the investigation of the effects of self-help groups for people who suffer from eating disorders. The study consists of a quasi experimental field study. The main research question was: Which effects do self-help groups in eating disorders have to the eating disorder and to depressed feelings?

This study was performed with the kind co-operation of the coaches of six self-help groups in the Netherlands. The experimental group consisted of 56 participants of the self-help groups; the control group consisted of 39 women who were placed on a waiting-list. All of them were co-operative, but some of them dropped out. Finally, 68 women (39 in the experimental group, and 29 in the control group) completed twice the Eating Disorder Examination – Questionary (EDE-Q) and the Beck Depression Inventory (BDI).

The data of these respondents were analyzed with SPSS for Windows. At the statistical analysis of the pretest both groups appeared to be significantly different. After the posttest 38% of the control group and 44% of the experimental group appeared to have had an additional (individual) treatment in the period between the two measurements.

Based on analyses of variance, with corrections for the differences found at the pretest, the results indicate that participants of self-help groups in eating disorders, show significantly more improvement of their eating disorder (and, although less significant, of their depressed feelings) as compared to people who were placed on a waiting-list.

The conclusion is that self-help groups in eating disorders appear to have reason to exist. They may be a useful complement to the current treatment for eating disorders in our health care system. Further scientific analysis of the (long-term) effects of the self-help groups is desirable, in order to enlarge the basis of this conclusion and to confirm the observed effects.

## 1. INLEIDING

In de jaren negentig van de twintigste eeuw hebben verschillende projecten plaatsgevonden die moesten leiden tot een integraal zorgaanbod voor cliënten met eetstoornissen. Twee voorbeelden daarvan zijn het *Onderzoek en Experiment Zorgaanbod Eetstoornissen* van de Ziekenfondsraad, en het *Project Eetstoornissen* in de regio Oost Gelderland (Muntendam, 1998). Zelfhulp bij eetstoornissen nam bij deze projecten een belangrijke plaats in. Omdat er nog weinig bekend was over de plaats en het effect van zelfhulp bij eetstoornissen heeft de Ziekenfondsraad in 1997 een onderzoek laten uitvoeren ter beantwoording van de volgende vragen (Muntendam, 1998):

1. Wat is de plaats en functie van zelfhulp in een zorgcircuit voor patiënten met eetstoornissen?
2. Wat zijn inhoudelijke, organisatorische en financiële voorwaarden om zelfhulp te implementeren in een dergelijk zorgcircuit?

Een effectmeting is daarbij met opzet buiten beschouwing gelaten. Hoewel zelfhulp bij eetstoornissen volgens de slotconclusie en titel van het onderzoek 'een aanwinst in de zorg' is, weten we dus nog steeds weinig over de effecten ervan. Toch wordt de vraag naar effectiviteit volgens Geelen (1999) steeds belangrijker in de huidige beleidsontwikkeling, waarin goede bedoelingen niet meer voldoende zijn en resultaten scoren een vereiste wordt. 'Ook goedkope hulpvormen als zelfhulpgroepen moeten hun nut bewijzen voor zij als volwaardige hulpvorm geaccepteerd worden en financiële of andere ondersteuning kunnen krijgen' (Geelen, 1999). Naast beleidsmakers en professionele hulpverleners zijn natuurlijk ook de groepen zelf en hun potentiële deelnemers gebaat bij inzicht in de effecten van zelfhulp.

Mijn onderzoek is te beschouwen als een vervolg op het bovengenoemde, en heeft als vraagstelling: *Wat is de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen?*

## 1.1 BEGRIPSBEPALING EETSTOORNISSEN

### 1.1.1 Begripsomschrijving

'Meer dan de helft van de vrouwen vindt zichzelf te dik en zegt 'altijd' op dieet te zijn, terwijl negentig procent 'wel eens' aan de lijn doet. Eén op de vijf vrouwen heeft eens per maand een eetbui en tien procent daarvan braakt na de eetbui om de ingenomen hoeveelheid voedsel zo snel mogelijk het lichaam uit te werken. Dergelijke eetescapades komen zo frequent voor dat ze nauwelijks abnormaal genoemd kunnen worden' (Jansen, 1997, p. 625).

Of iemand te zwaar is, kan worden vastgesteld met behulp van de *Body Mass Index* (BMI). De BMI is het lichaamsgewicht gedeeld door de lengte in het kwadraat:  $BMI = \frac{\text{gewicht (kg)}}{\text{lengte}^2(\text{m})}$ . Bij een BMI tussen de 19 en 25 spreken we van een 'normaal' gewicht. Ligt de BMI onder de 19, dan is iemand 'mager' en passeert de BMI de bovengrens van 25, dan is er sprake van 'licht overgewicht'. Een BMI lager dan 17,5 kan duiden op anorexia nervosa en een BMI hoger dan 30 wijst op obesitas (zwaarlijvigheid).

Het verschil tussen eetproblemen en eetstoornissen wordt bepaald door de ernst van de symptomen en de mate waarin zij het normale functioneren van de persoon belemmeren. Bij een eetprobleem zijn de symptomen minder ernstig en ze treden minder frequent op dan bij een eetstoornis. Bovendien is een eetstoornis vaak disfunctioneel; het is voor de patiënten vrijwel onmogelijk nog normaal te functioneren.

We kennen de volgende eetstoornissen:

?? Anorexia nervosa (tabel 1.1)

?? Bulimia nervosa (tabel 1.2)

?? Eetstoornissen niet anderszins omschreven:

1. Binge eating disorder (vreetbuienstoornis; hierbij treden er wel eetbuien op, maar gaat de patiënt niet over tot gewichtscontroleerende maatregelen). 'In de DSM-IV is de vreetbuienstoornis opgenomen in een appendix met klinische beelden die nog nadere studie behoeven voordat zij definitief als diagnostische categorie in het handboek worden opgenomen. Deze stoornis komt vooral voor bij personen met obesitas (mensen met een body mass index hoger dan 30), anderhalf maal vaker bij vrouwen dan bij mannen. Zo'n 2 tot 8 procent van de zwaarlijvige mensen in de populatie en ongeveer een derde van de mensen met overgewicht die zich aanmelden voor behandeling, voldoet aan de voorlopige criteria van de vreetbuienstoornis' (Jansen, 1997, p. 636).
2. Het schemergebied tussen eetprobleem en eetstoornis, waarbij men (nog) niet voldoet aan alle criteria van bovenbeschreven eetstoornissen. Veel deelnemers van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen behoren tot deze groep.

**Tabel 1.1:** *Diagnostische criteria voor anorexia nervosa (DSM-IV; APA, 1994)*

---

- ?? Weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht (bijvoorbeeld gewichtsverlies dat leidt tot een lichaamsgewicht dat minder dan 85 procent is van wat volgens standaardtabellen verwacht zou mogen worden).
- ?? Intense angst om in gewicht toe te nemen of om dik te worden, terwijl er juist sprake is van ondergewicht.
- ?? Stoornis in de manier waarop betrokkene het eigen lichaamsgewicht of de lichaamsvormen beleeft en een onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of de lichaamsvormen op de zelfwaardering, of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.
- ?? In post-menarche vrouwen: amenorroe, dat is de afwezigheid van ten minste drie opeenvolgende menstruele cycli. (Een vrouw heeft amenorroe als de menstruatie uitsluitend optreedt na het toedienen van hormonen, bijvoorbeeld oestrogenen).

*Beperkende type:* tijdens de huidige episode van anorexia nervosa heeft betrokkene geen eetbuien en is er geen sprake van purgeergedrag (i.e. zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klyasma's).

*Eetbuien/purgerende type:* tijdens de huidige episode van anorexia nervosa heeft betrokkene eetbuien en is er geregeld sprake van purgeergedrag.

---

**Tabel 1.2:** *Diagnostische criteria voor bulimia nervosa (DSM-IV; APA, 1994)*

---

- ?? Herhaaldelijk optredende eetbuien. Een eetbui kenmerkt zich door:
  1. Het binnen een beperkte tijd (bijvoorbeeld binnen twee uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten.
  2. Een gevoel van controleverlies over het eten tijdens de eetbui (bijvoorbeeld het gevoel hebben niet te kunnen stoppen met eten of niet zelf kunnen bepalen wat of hoeveel men eet).
- ?? Herhaald overgaan tot inadequaate compensatiegedrag om ongewenste gewichtstoename te voorkomen (zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica, of klyasma's; vasten; overmatige lichaamsbeweging).
- ?? De eetbuien en het inadequate compensatiegedrag komen ten minste gemiddeld tweemaal per week gedurende drie maanden voor.
- ?? De zelfwaardering wordt te sterk beïnvloed door de lichaamsvormen en het lichaamsgewicht.
- ?? De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens perioden van anorexia nervosa.

*Purgerende type:* tijdens de huidige episode van bulimia nervosa purgeert de betrokkene geregeld (zelfopgewekt braken of misbruik van laxantia, diuretica of klyasma's).

*Niet-purgerende type:* tijdens de huidige episode van bulimia nervosa vertoont betrokkene ander inadequate compensatiegedrag (zoals vasten of overmatige lichaamsbeweging), zonder geregeld te purgeren.

---

Volgens Vandereycken (1996) is het onderscheid tussen anorexia nervosa en bulimia nervosa overigens kunstmatig, omdat beide stoornissen overlappenden in kenmerken vertonen en vaak alternerend bij dezelfde persoon voorkomen. Een veelgebruikt hulpmiddel voor de diagnostiek van eetstoornissen is de beslisboom van Jansen en Meyboom (1998).<sup>1</sup>

### *1.1.2 Epidemiologie*

Onderzoek naar de prevalentie van eetstoornissen wordt bemoeilijkt door het feit dat veel patiënten het probleem verzwijgen; bij anorexia als ontkenning en bij bulimia uit schaamte. Anorexia en bulimia nervosa komen veel minder vaak voor bij mannen dan bij vrouwen. Ongeveer 10 procent van de patiënten is van het mannelijke geslacht. Uit epidemiologisch onderzoek naar de prevalentie van beide eetstoornissen blijkt dat ongeveer 0,5 tot 1 procent van de meisjes en jongvolwassen vrouwen aan anorexia nervosa lijdt, terwijl bulimia nervosa bij 1 tot 3 procent van hen zou voorkomen. Atypische eetstoornissen zouden aanzienlijk vaker worden aangetroffen, maar hoe vaak is onbekend (Jansen, 1997). Bulimia nervosa begint vaak rond het achttiende levensjaar, anorexia nervosa meestal tussen het veertiende en achttiende levensjaar, gemiddeld bij 17 jaar.

Sommige onderzoekers noemen een toenemende prevalentie van beide eetstoornissen in de afgelopen decennia. Dit kan echter een gevolg zijn van het feit dat de publiciteit over en bekendheid met eetstoornissen is toegenomen, waardoor gevallen eerder worden gesignaleerd. Anorexia en bulimia nervosa komen in alle sociale lagen van de bevolking in ongeveer dezelfde mate voor. De eetstoornissen lijken vaker voor te komen in geïndustrialiseerde landen, waar een overdaad aan voedsel bestaat en het slankheidsideaal heerst, dan in niet-geïndustrialiseerde landen. Dat weten we echter niet zeker. Anorexia nervosa komt relatief vaak voor bij balletdanseressen, fotomodellen, mannequins en atleten (beroepen waar een laag lichaamsgewicht gewenst is), maar het is de vraag of mensen met een (predispositie tot een) eetstoornis voor een dergelijk beroep kiezen of dat deze beroepen aanzetten tot een eetstoornis (Jansen, 1997).

### *1.1.3 Etiologie*

In deze paragraaf worden enkele belangrijke theorieën over het ontstaan en voortbestaan van eetstoornissen beschreven. Vaak worden deze theorieën onderverdeeld in biologische, psychologische en socioculturele verklaringen, hoewel het onderscheid niet altijd even duidelijk is.

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 1: beslisboom diagnostiek

- ?? *Een socioculturele verklaring: het slankheidsideaal*<sup>1</sup> (door Norré en Vandereycken, 1996, ook wel het *sociaal-lerenmodel* genoemd). Volgens deze theorie presenteren de media een slankheidsideaal dat voor de meeste vrouwen een onhaalbare kaart is. Veel vrouwen proberen er echter toch aan te voldoen en gaan lijnen. Volgens de set-pointtheorie bevinden lijners zich onder hun set-pointgewicht, hetgeen op zijn beurt zou leiden tot eetbuien. Het lijnen leidt echter in slechts 9% van de gevallen tot een eetstoornis volgens de gangbare DSM-criteria, waardoor het onwaarschijnlijk lijkt dat het slankheidsideaal en het lijnen belangrijke determinanten van de eetstoornis zijn (Jansen, 1997).
- ?? *Een biologische verklaring: het serotoninemodel*. De serotoninehypothese biedt een verklaring voor het ontstaan van eetbuien en het veelvuldig samengaan van eetstoornissen en depressies. Te weinig serotonine in de hersenen zou leiden tot een vrijwel onweerstaanbare trek in koolhydraten en tot ontstemming. Het eten van veel koolhydraten zou het serotonineniveau in het brein herstellen en, bij wijze van zelfmedicatie, de stemming verbeteren. Empirische bevindingen suggereren inderdaad dat patiënten met bulimia nervosa in de hersenen een tekort aan serotonine hebben (Jansen, Merckelbach, Van den Hout en Griez, 1988). Maar ook veel andere psychische stoornissen blijken daarmee samen te gaan. Bovendien werd in onderzoek herhaaldelijk gevonden dat eetbuien van mensen met bulimia nervosa niet rijker aan koolhydraten zijn dan hun voedselinname tussen de eetbuien door en de voedselinname van een 'normale' controlegroep (Jansen, Van den Hout en Griez, 1989). Deze bevindingen pleiten niet voor de zelfmedicatiehypothese. Andere biologische verklaringen zoeken de oorzaak van eetstoornissen in een *hypothalamische dysfunctie* (de gevonden hormonale stoornissen blijken echter eerder een gevolg te zijn van de eetstoornis dan een oorzaak), of in een *erfelijke bepaaldheid* (Kaplan en Woodside, 1987), hetgeen nog slechts in beperkte mate is onderzocht (Jansen, 1997).
- ?? *Psychologische verklaringen*: psychoanalytische theorieën hebben, vooral met betrekking tot anorexia nervosa, lange tijd een dominante rol gespeeld. Zij gingen er evenals de *psychoseksuele verklaringen* en *ontwikkelingstheorieën* van uit dat anorexia nervosa een pathologische 'regressie' of een psychobiologisch vermijdingspatroon is, uit angst voor volwassenheid. De causale rol van deze factoren is echter onvoldoende onderzocht. In dit kader noemt Vandereycken (1994) nog het dissociatie- of traumamodel, waarbij de eetstoornis wordt opgevat als ontsnappings- of vermijdingsgedrag als gevolg van een traumatische ervaring als seksueel misbruik of incest. Andere psychologische theorieën zijn de zogenaamde *leertheoretische verklaringen*, zoals het verslavingsmodel en het *cognitieve model*, die hieronder uitvoeriger besproken worden, en het *angstmodel*, waarin wordt benadrukt dat het compensatoir gedrag (purgeren, vasten) een bekrachtigende functie heeft door de reducerende werking op de hevige angst om dik te worden. Ten slotte behoort ook het *gezinsinteractiemodel* tot de psychologische verklaringen. Dit model gaat ervan uit dat een eetstoornis functioneel is binnen een dysfunctionele gezinscontext. Uit onderzoek is echter gebleken dat het 'typische' anorexia-/bulimiagezin niet bestaat. Wel vond men

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 2: het model voor dieetmanagement bij gedragstherapie

bij anorexiagezinnen iets meer cohesie en neiging tot conflictvermijding, en bij bulimiagezinnen een gebrekkiger organisatie en meer openlijke meningsverschillen (Vandereycken, 1994), maar deze verbanden zijn volgens Vandereycken (1994) slechts correlatief van aard.

?? *Het multicausaliteitsmodel*<sup>1</sup>. Veel psychologen, waaronder Vandereycken (1994) zijn van mening dat eetstoornissen worden veroorzaakt door een samenspel van verschillende biologische, psychologische en socioculturele factoren. In het multicausaliteitsmodel of biopsychosociaal model worden deze factoren weergegeven op de verticale as van een matrix, met op de horizontale as de predisponerende (voorbeschikkende), precipiterende (uitlokkende) en perpetuerende (onderhoudende) factoren. Aanhangers van dit model benadrukken het circulaire en idiosyncratische karakter van alle mogelijke interacties binnen de biopsychosociale entiteit. Volgens Jansen (1997) benadrukt dit model het unieke van elke patiënt zo sterk dat het onmogelijk is om algemene uitspraken te doen over de oorzaak of oorzaken van eetstoornissen: 'Het model reflecteert een verlegenheidsoplossing die de groei van kennis blokkeert' (p. 653).

Hieronder worden twee soorten *psychologische* verklaringen nader uitgewerkt, te weten een leertheoretische en een cognitieve verklaring. De reden hiervoor is dat de zelfhulpgroepen in dit onderzoek voor een groot deel zijn gebaseerd op deze theorieën.

*Een leertheoretische verklaring: klassieke conditionering in het verslavingsmodel.*

Studies op het gebied van de verslaving tonen aan dat de drang om een substantie tot zich te nemen, een klassiek geconditioneerde reactie is (Jansen en Van den Hout, 1989). Volgens de klassieke leertheorie zullen voorspellers (cues) van excessieve voedselinname een drang om te eten opwekken zolang zij een eetbui blijven aankondigen, dat wil zeggen: zolang zij systematisch worden gevolgd door bovenmatige voedselinname. De stimuli die het gebruik van een drug voorspellen (de 'cues' dus) ontlokken namelijk op den duur aan de verslaafde anticipatoire lichamelijke veranderingen. Deze voorbereidende fysiologische reacties zijn vaak tegengesteld aan de oorspronkelijke effecten van de substantie, waardoor het netto-effect minder groot is: er is sprake van tolerantie. Deze tegengestelde compenserende responsen worden door de verslaafde ervaren als een vrijwel onweerstaanbare drang naar de drug.

Door nu de eetstoornis, in dit geval voornamelijk bulimia, te vergelijken met een verslaving, heeft men getracht het ontstaan van eetbuien te verklaren. De stimuli die de eetbui voorspellen bestaan dan uit het zien, ruiken en proeven van calorierijk voedsel, emotionele verwarring, en het tijdstip van de dag. Volgens het leertheoretische model worden de compenserende responsen gevormd door een insulinstijging en (daardoor) een daling van de bloedsuikerspiegel, die op zijn beurt leidt tot de onweerstaanbare behoefte aan 'eetbuivoedsel'.

Hoewel direct empirisch bewijsmateriaal voor deze theorie nog ontbreekt (Overduin, 1996), zijn er opzienbarende resultaten geboekt met de 'cue-exposure-therapie' die op dit model is gebaseerd

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 4: het multicausaliteitsmodel

(Jansen en Meyboom, 1998). De cue-exposure-technieken behoren tot de gedragstherapeutische methoden en worden in de volgende paragraaf (behandeling) besproken.

*Een cognitieve verklaring: ontremmende gedachten*<sup>1</sup>.

De irrationele cognities over het eigen lichaam, het gewicht, eten en voedsel zijn karakteristiek voor patiënten met eetstoornissen. Deze opvattingen zijn niet gebaseerd op logische redenering en worden niet getoetst aan de 'redelijkheid' of aan het 'gezond verstand'. Voorbeelden van dergelijke disfunctionele cognities zijn: zichzelf rigide en extreem hoge eisen stellen (perfectionisme), zichzelf uitgesproken negatief evalueren na een mislukking (gering gevoel van eigenwaarde) en dichotomiserend (in termen van alles-of-niets, zwart-wit) denken.

Het cognitieve model veronderstelt dat eetbuien ontstaan als gevolg van dergelijke ontremmende automatische gedachten. De eetbuien leiden op hun beurt weer tot extreme zorgen over lichaamsvormen en gewicht, die aanleiding geven tot compensatiegedrag als opzettelijk braken, gebruik van laxantia en diuretica, sporten en vasten. Het gevolg van beiden is een dalende zelfwaardering, waarmee de cirkel weer rond is, want negatieve zelfevaluatie lokt ontremmende gedachten uit. Volgens Jansen (1997) is uit onderzoek echter gebleken dat irrationele ontremmende gedachten als 'Mijn dag is nu toch al verpest, laat ik maar dooreten' niet zo'n cruciale rol spelen bij het ontstaan van eetbuien als werd verwacht. Zij beschrijft ter illustratie een experiment (Jansen, Merckelbach, en Van den Hout, 1992), waarbij in een laboratorium met behulp van een gefingeerd smaakexperiment werd onderzocht of de cognitieve opvatting over het ontstaan van eetbuien klopt: lijnende en niet-lijnende proefpersonen moesten enkele smaken milkshake en ijs beoordelen en konden daarbij proeven zoveel ze wilden. Het ging de onderzoekers daarbij niet om de smaakoordelen van de proefpersonen, maar om de hoeveelheden die zij tot zich namen, en om de gedachten die ze daarbij hadden. Beide groepen werden vooraf gesplitst, waarna de ene helft van elke groep twee milkshakes kreeg. Op deze wijze zorgden de onderzoekers ervoor dat de helft van de lijners hun dieetregels overtrad, hetgeen volgens de theorie zou moeten leiden tot ontremmende gedachten. Hoewel de inname van de milkshakes vooraf inderdaad leidde tot een 'mini-eetbui' bij de lijners (zij reguleerden hun voedselinname niet, in tegenstelling tot de niet-lijners), ging deze niet gepaard met ontremmende gedachten. In een tweede experiment (Jansen en Van den Hout, 1991) mochten de lijners alleen maar ruiken aan allerlei 'verboden' lekkernijen, waarna ze aanzienlijk meer aten dan wanneer ze niet hadden geroken; in tegenstelling tot de niet-lijners, die dan juist iets minder gingen eten. Lijners blijken dus ook moeilijk te kunnen stoppen met eten als hun dieetregels niet zijn overtreden, en er geen ontremmende gedachten lijken te zijn.

Toch blijkt dat therapievormen die zich richten op de irrationele cognities, de zogenaamde cognitieve (gedrags)therapie vooral bij bulimia nervosa, maar ook bij andere eetstoornissen wel succesvol kunnen zijn. Zie hiervoor de volgende paragraaf.

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 3: het cognitieve model

#### 1.1.4 Behandeling

Zoals in paragraaf 1.1.1 (begripsomschrijving) reeds eerder beschreven, zijn de belangrijkste kenmerken van eetstoornissen:

?? het abnormale eetgedrag

?? de gewichtscontrolemaatregelen

?? de irrationele en disfunctionele gedachten over het eigen lichaam en gewicht.

Kortom, de kenmerken van eetstoornissen bestaan voornamelijk uit ongewenst gedrag en irrationele cognities. Een cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor bulimia nervosa, die is ontwikkeld door de Engelse psycholoog Fairburn, richt zich op beide aspecten. Deze therapie is gebaseerd op de modellen in bijlage 2 en 3 en blijkt, met name bij patiënten met bulimia nervosa de meest succesvolle behandeling. Hoewel dit minder vaak in onderzoek werd vastgesteld lijkt deze therapievorm ook bij anorexia-nervosapatiënten goed aan te slaan, en volgens Jansen (1999) is ook de eetbuistoornis er goed mee te behandelen.

In de eerste fase van de therapie wordt er met behulp van gedragstherapeutische technieken gewerkt aan verbetering van het eetpatroon. Bovendien vindt er psycho-educatie plaats. In de tweede fase gebruikt de therapeut cognitieve interventies om de disfunctionele gedachten te identificeren en veranderen, en worden er probleemoplossende vaardigheden aangeleerd. In de derde fase tenslotte vindt er terugvalpreventie plaats (Fairburn, 1997).

De gedragstherapeutische technieken waarvan men gebruik maakt bestaan uit:

?? *Dieetmanagement*. Het doel van dieetmanagement is zoals gezegd het aanleren van een normaal eetpatroon, door te stoppen met lijnen, regelmatig te eten en het introduceren van 'verboden' voedsel in het dieet. Een veelgebruikt hulpmiddel hierbij is het eetdagboek, waarin het eet- en purgeergedrag kan worden geregistreerd ('*self-monitoring*').

?? *Zelfcontroletechnieken*, bijvoorbeeld niet met honger naar de winkel gaan, niet te veel 'gevaarlijk' voedsel in huis halen, afgemeten porties opscheppen enzovoort.

?? *Exposuretechnieken*, met name cue-exposure. Hierbij wordt de patiënt blootgesteld aan 'cues' of stimuli die een eetbui voorspellen. Langdurige blootstelling met responspreventie (de patiënt mag niet van het voedsel eten) wekt in eerste instantie een enorme drang om te eten op, die echter langzamerhand uitdooft. Volgens Jansen (1999) heeft herhaalde blootstelling (ongeveer twaalf keer) een aanzienlijke reductie van de eetbuifrequentie tot gevolg.

?? *Terugvalpreventie*, waarbij risicovolle situaties worden geïdentificeerd en manieren worden besproken om daar in de toekomst succesvol mee om te gaan.

?? *Psycho-educatie* bestaat uit voorlichting over de regulatie van het lichaamsgewicht, de negatieve effecten van lijnen, de lichamelijke gevolgen van eetbuien en purgeren en de ineffectiviteit van purgeren als middel om gewicht te controleren.

De cognitieve interventies tenslotte dienen om de gedachten van de patiënt op hun houdbaarheid te onderzoeken, en worden gevormd door:

?? De *Socratische dialoog*. Hierbij stelt de therapeut zich onwetend op, in plaats van de patiënt te overtuigen, en stelt daarbij kritische vragen.

?? *Gedragsexperimenten*. Met de hulp van de therapeut herformuleert de patiënt een bepaalde gedachte in een hypothese, om die vervolgens in een experiment te onderzoeken.

Naast de cognitieve gedragstherapie bestaat er een veelvoud van andere behandelvormen voor eetstoornissen. Jansen (1999) noemt bijvoorbeeld de *farmacotherapie*, die overigens niet de voorkeur geniet, en de *interpersoonlijke therapie*, waarmee wel opmerkelijke successen zijn behaald. Het voert in het kader van het onderhavige onderzoek te ver om daar uitvoerig bij stil te staan, met name omdat de zelfhulpgroepen in dit onderzoek vooral gebaseerd zijn op de cognitieve gedragstherapie. Dat wil zeggen dat veel van de bovengenoemde (gedragstherapeutische) technieken uit de cognitieve gedragstherapie ook toegepast worden in de zelfhulpgroepen (zie ook paragraaf 1.2.3: zelfhulpgroepen bij eetstoornissen).

### 1.1.5 Prognose

Anorexia nervosa kan leiden tot de dood. In 10 procent van de gevallen waarvoor opname in het ziekenhuis noodzakelijk is, is dit het geval (Jansen, 1997). De doodsoorzaak is in de meeste gevallen suicide, uithongering of medische complicaties door stoornissen in de elektrolyetenhuishouding. Het verloop van de eetstoornissen is zeer variabel. Sommige patiënten genezen na een enkele episode van anorexia nervosa (40-50 procent volgens Vandereycken (1994)), anderen vallen regelmatig terug.

Ook is het mogelijk chronisch aan een eetstoornis te lijden. Volgens Vandereycken (1994) blijft 20 procent 'erg gestoord' en vertoont een groot aantal anorexia-patiënten een beeld van bulimia nervosa. Hoe jonger de patiënt is wanneer anorexia nervosa begint en hoe korter de eetstoornis duurt, hoe beter de prognose. Bovendien hebben anorexia-patiënten van het eetbuien/purgerende type een slechtere prognose dan de beperkende patiënten. 'Het verloop van bulimia nervosa is wisselend: 20 procent van de behandelde patiënten blijft chronisch last houden van de eetstoornis en 30 procent valt zo af en toe terug. De helft van de bulimia-nervosapatiënten is tot tien jaar na een behandeling met cognitieve gedragstherapie volledig symptomvrij. Cijfers voor onbehandelde gevallen zijn er niet' (Jansen, 1997, p. 638).

## 1.2 BEGRIPSBEPALING ZELFHULPGROEPEN

### 1.2.1 Begripsomschrijving

Volgens Geelen, Greshof, Postma en Sprock (1999) zijn zelfhulpgroepen groepen waarvan de deelnemers eenzelfde problematiek delen, die ze in de groep de baas trachten te worden. De groepen hebben de volgende kenmerken:

- ?? Het zijn kleine groepen. Grotere organisaties van patiënten of cliënten vallen niet onder deze definitie.
- ?? Het gaat om onderlinge hulp binnen de groep. Dit betekent dat we actiegroepen en andere vormen van groepsgewijze belangenbehartiging niet tot de zelfhulpgroepen rekenen.
- ?? De deelnemers van de groep zijn lotgenoten: zij delen hetzelfde probleem. De deelnemers kunnen tegen elkaar zeggen: 'Ik herken uit eigen ervaring wat jij hebt meegemaakt'.
- ?? Ervaringskennis is dan ook een van de belangrijkste ingrediënten in de onderlinge uitwisseling. Zij kan steeds spontaan naar boven komen of al neergelegd zijn in een bepaald programma, dat de groep volgt.
- ?? Deelnemers zitten in de groep om zichzelf te helpen. Weliswaar kunnen de andere groepsdeelnemers daar steun bij bieden, maar de kern is dat ieder verantwoordelijk is voor zijn of haar eigen veranderingsproces.
- ?? Bijna altijd gaat het om een specifiek probleem, bijvoorbeeld verslaafd zijn of, meestal zelfs, een specifieke verslaving. Zelfhulpgroepen zijn dus te kenmerken als 'single issue'-groepen. Tegelijk kunnen de doelen van de deelnemers onderling verschillen: bijvoorbeeld het bereiken van een concreet resultaat of juist het zoeken van de mogelijkheid om ervaringen met lotgenoten uit te wisselen zonder dat dat een concreet doel heeft. In die zin zijn zelfhulpgroepen 'multi-purpose'. De doelen van de deelnemers kunnen ook in de loop van de deelname aan de groep veranderen, bijvoorbeeld iemand wil eerst van de verslaving afkomen, daarna dient de groep vooral om een terugkeer naar het oude gedrag te helpen voorkómen.
- ?? Tussen de groepen bestaan verschillen qua vorm en inhoud. Sommige blijven doorlopend, soms jarenlang bij elkaar komen. Nieuwe deelnemers sluiten zich dus aan bij een al bestaande groep, terwijl tegelijk mensen de groep verlaten, bijvoorbeeld omdat zij zelfstandig verder kunnen. Andere groepen hebben een van tevoren vastgesteld aantal bijeenkomsten.
- ?? Het deelnemerschap is gebaseerd op vrijwilligheid.
- ?? De groep wordt geleid of voorgezeten door lotgenoten. Dit kan steeds rouleren of gebeuren door een vast persoon die eventueel scholing heeft gehad in het leiden van groepen.
- ?? Binnen de groep is sprake van gelijkwaardigheid, ook in de verhouding tussen groepsbegeleider en gewone deelnemers.

### 1.2.2 Werkzame elementen

'In de literatuur wordt een aantal processen onderscheiden die tot de werkzame elementen of de veranderingsmechanismen in zelfhulpgroepen gerekend worden. Dankzij deze mechanismen bereiken deelnemers hun doelen, zo wordt althans verondersteld' (Geelen et al, 1999, p.10):

- ?? Normalisering of universalisering: het inzicht niet de enige met het probleem te zijn leidt tot wederzijdse erkenning en herkenning, sociale steun en het ontstaan van een veilige plaats om met eigen problemen en gevoelens voor de dag te komen.
- ?? Identificatieresonans: een specifieke manier van het uitwisselen van ervaringen waarbij deelnemers uit de verhalen van anderen voor zichzelf een manier construeren om met de eigen problematiek om te gaan.
- ?? De ideologie van de groep: dit is een weerslag van succesvolle ervaringen van bijvoorbeeld de grondleggers van een bepaalde zelfhulpgroep. Hun succes overtuigt nieuwkomers van de juistheid van de ideologie, en omgekeerd versterkt het overdragen van die ideologie bij oudere deelnemers het geloof in de ideologie.
- ?? Voorbeeldwerking (modeling) van de groepsleden die ieder op hun eigen manier al een deel van de problematiek de baas zijn geworden.
- ?? Het helper-therapieprincipe: door anderen te helpen, helpt men ook zichzelf, onder andere doordat het zelfvertrouwen wordt versterkt.
- ?? Sociale bekrachtiging: veel groepen hebben rituelen of symbolen waarmee aangeduid wordt dat iemand erin geslaagd is een bepaald doel te bereiken. Op die manier wordt gewenst gedrag beloond.

### 1.2.3 Zelfhulpgroepen bij eetstoornissen

Bij zelfhulpgroepen bij eetstoornissen wordt onderscheid gemaakt tussen een zelfhulpgroep en een *nazorgzelfhulpgroep* (hierna te noemen: nazorggroep). De zelfhulpgroep is vaak een voorloper van reguliere hulp. Deze groep richt zich voornamelijk op personen met eetstoornissen die nog geen of weinig hulp hebben gehad. Door de zelfhulpgroep ontstaat veelal de kennis, de bewustwording en het inzicht bij cliënten, waardoor eerder reguliere hulp wordt gezocht. Voor sommige deelnemers aan de zelfhulpgroep is de hulp die in de zelfhulpgroep wordt geboden voldoende. De nazorggroep richt zich met name op (ex)cliënten met eetstoornissen die reeds één of meerdere vormen van hulpverlening hebben gehad en/of cliënten die lijden aan een chronische eetstoornis. Deze groep vindt dan ook vaak plaats nadat er sprake is geweest van reguliere hulp (Muntendam, 1998). In het onderhavige onderzoek worden nazorggroepen bewust buiten beschouwing gelaten.

Zelfhulp bij eetstoornissen ligt in het grensgebied tussen *lotgenotencontact* en *reguliere hulpverlening*. Het moment waarop de ene hulp over gaat in de andere is niet scherp aan te geven

maar er is wel sprake van een duidelijke scheidingslijn tussen *informele* en *formele* hulp. Hoewel de inhoud van de verschillende soorten hulp (soms grote) gelijkenis kan vertonen, is er bij formele hulp sprake van wettelijke erkenningseisen voor duidelijk omschreven taken in de hulpverlening en officiële door de overheid erkende diploma's en wettelijke opleidingseisen (Muntendam, 1998). Kenmerkend voor lotgenotencontact is dat men spreekt van lotgenoten in plaats van patiënten of cliënten, en dat er sprake is van ervaringsdeskundigheid (in de reguliere hulpverlening hebben de deskundigen een beroepsopleiding gevolgd), van wederkerigheid en van gelijkwaardigheid. Bovendien is lotgenotencontact laagdrempelig en meestal gratis, en ten slotte is er sprake van informele hulp.

De zelfhulpgroepen lijken zich, al dan niet bewust, te baseren op Fairburns theorie. Ook zij trachten de disfunctionele gedragingen en gedachten van hun deelnemers om te buigen tot een 'normaal' patroon. Tijdens verschillende bijeenkomsten krijgen de deelnemers (huiswerk)oefeningen die een sterke gelijkenis vertonen met de onderdelen van het zogenaamde dieetmanagement bij de cognitieve gedragstherapie. Te denken valt daarbij aan het bijhouden van een eetdagboek en het aanleren van zelfcontroletechnieken en een gezond eetpatroon (Spanjers, 1997). Daarbij doet men ook aan psycho-educatie: er wordt veel informatie verstrekt over het ontstaan en voortbestaan van eetstoornissen (met behulp van de rationale en het model voor dieetmanagement<sup>1</sup>), over purgeergedrag en normale eetpatronen. Andere thema's die aan bod komen in de zelfhulpgroep grijpen terug op het cognitieve model<sup>2</sup> met oefeningen voor het ombuigen van gedachten en het opwaarderen van het zelfbeeld (Spanjers, 1997). Tenslotte wordt er aandacht besteed aan de zogenaamde terugvalpreventie.

### **1.3 RELEVANTIE VAN EFFECTEVALUATIE VAN ZELFHULP**

Het lijkt misschien vreemd om de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen te onderzoeken. De groepen bestaan en trekken blijkbaar voldoende mensen aan. Degenen die in de groepen blijven zijn, zo blijkt uit het onderzoek van Muntendam (1998), zeer tevreden over de groepen en wat zij met behulp van de groepen bereiken. Bovendien kosten de groepen weinig geld. Er lijkt dus veel minder noodzaak om de effecten te bestuderen dan bij de betaalde professionele hulpverlening. Toch zijn er volgens Geelen (1999) verschillende argumenten om het wel te doen:

In het beleid van de overheid en de professionele hulpverlening neemt de aandacht voor zelfhulp toe. De overheid subsidieert een aantal organisaties die zelfhulpgroepen ondersteunen. In sommige regio's is er sprake van een toenemende samenwerking tussen zelfhulpgroepen en professionele instellingen. Dit alles leidt bij de overheid en professionele instellingen tot de behoefte aan meer inzicht in wat zelfhulp echt bereikt en welke plaats ze dan in het geheel aan hulpvormen voor mensen met eetstoornissen kan innemen. Dit inzicht is onontbeerlijk voor een zorgvuldig beleid (zie ook de

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 2: het model voor dieetmanagement bij gedragstherapie

<sup>2</sup> Zie bijlage 3: het cognitieve model

inleiding). Het belang van een dergelijk inzicht wordt nog eens versterkt door de grote aantallen deelnemers die de zelfhulpgroepen jaarlijks trekken.

Ook voor de groepen zelf en voor potentiële deelnemers is het belangrijk te weten wat zelfhulp bereikt. Inzicht hierin biedt groepen de mogelijkheid te reflecteren op hun eigen functioneren. Als zij hun nut en betekenis meer onderbouwd voor het voetlicht kunnen brengen, kan dit hen steunen om actiever deelnemers te werven en een betere ingang bij de professionele hulpverlening te krijgen. Potentiële deelnemers, tenslotte, kunnen naast hun behoefte aan contact met lotgenoten ook de vraag naar wat het hen oplevert betrekken bij hun overweging om wel of niet aan een zelfhulpgroep te gaan deelnemen.

Als laatste argument dat pleit voor effectevaluatie is daar de mogelijkheid van negatieve effecten. Met name in professionele kringen worden nogal eens dergelijke effecten verondersteld. Meestal worden ze dan geweten aan een gebrek aan deskundigheid.

#### **1.4 EERDER ONDERZOEK: EEN LITERATUUROVERZICHT**

Er is nog bijzonder weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Ook Malenbaum, Herzog, Eisenthal en Wyshak (1988) en Rathner, Boensch, Maurer, Walter et al (1993) merken op dat gecontroleerd empirisch effectonderzoek naar zelfhulpgroepen ontbreekt. Op de weinige onderzoeken die wel op dit gebied zijn uitgevoerd valt bovendien nogal wat aan te merken, met name in methodologisch opzicht (Malenbaum et al, 1988).

In het onderzoek van Rathner et al (1993) werden 10 deelnemers aan een zelfhulpgroep voor bulimiapatiënten, en 5 niet-deelnemers gevolgd. De deelnemers vertoonden een significante verbetering in (psycho)pathologie, in tegenstelling tot de niet-deelnemers. Toch was er ook bij deze laatste groep proefpersonen een verbetering waar te nemen, die, zo concluderen de onderzoekers, blijkbaar het natuurlijk verloop van de ziekte weerspiegelt. Opvallend is overigens de bevinding dat vrouwen die verschillende vormen van hulp hadden genoten, geen grotere verbetering vertoonden dan vrouwen die uitsluitend zelfhulp hadden gehad.

Het onderzoek van Franko (1987) beschrijft een evaluatie van een zelfhulpgroep voor anorexia- en bulimiapatiënten, waarbij 18 vrouwen een vragenlijst invulden. Op basis van de resultaten concludeerde de onderzoeker dat de zelfhulpgroep een waardevolle aanvulling was op de behandeling van anorexia en bulimia, onder andere omdat de respondenten rapporteerden dat deelname aan de zelfhulpgroep leidde tot een verhoging van de therapietrouw. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat er in dit onderzoek geen sprake was van een controlegroep.

Malenbaum et al (1988) onderzochten de invloed van de Anonieme Overeters (een zelfhulpgroep voor mensen met eetproblemen, vergelijkbaar met de Anonieme Alcoholisten) op bulimia, maar benadrukken het beschrijvende karakter van het onderzoek. Veertig deelnemers die leden aan bulimia, waarvan er 25 tevens in psychotherapie waren, vulden een vragenlijst in. Alle deelnemers

bleken drie jaar lang geen eetbuien te hebben gehad, maar het onderzoek mag in geen geval als effectmeting worden beschouwd.

Van den Borne, Poppel en Maas (1987) tenslotte, onderzochten de effectiviteit van een groepsbehandeling voor dikke mensen. Wat in dit onderzoek de groepsbehandeling wordt genoemd vertoont opvallend veel overeenkomsten met een zelfhulpgroep zoals hierboven omschreven. Ook in dit geval is de primaire doelstelling niet het afslanken, maar het versterken van het zelfvertrouwen en stimuleren van een positief zelfbeeld. Dit onderzoek heeft een quasi-experimenteel design, waarbij 45 cliënten die de groepsbehandeling ondergingen werden vergeleken met 62 cliënten die een gewone spreekuurbehandeling bij een diëtiste kregen. Er werden drie metingen verricht: een voormeting, een nameting, en een follow-up meting 7 maanden na afloop van de behandeling. De conclusie van de onderzoekers was dat de groepsbehandeling geen significant betere resultaten opleverde dan de spreekuurbehandeling.

Alle bovengenoemde onderzoekers maken melding van de problemen waarop gecontroleerd effectonderzoek veelal stuit, zoals de (on)betrouwbaarheid van zelfrapportage, de onmogelijkheid van randomisatie, het feit dat deelnemers van zelfhulpgroepen vaak nog een andere (individuele) vorm van hulp zoeken, en de vele vormen van uitval, tussentijdse absentie en non-respons. De conclusie die op basis van het weinige onderzoek dat op dit gebied voorhanden is, getrokken kan worden, moet derhalve zijn dat er geen conclusies getrokken mogen worden, en dat er behoefte is aan gecontroleerd empirisch onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen.

De doelstelling van het onderhavige onderzoek is in te springen op deze behoefte. De vraagstelling van dit onderzoek is: Wat is de effectiviteit van deelname aan zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen? Hierbij wordt effectiviteit gezien als een significant grotere afname van eetstoornissymptomen en depressieve gevoelens na deelname aan de zelfhulpgroep, ten opzichte van geen deelname. De hypothese hierbij is dat deelname aan de zelfhulpgroep op de nameting een grotere afname van eetstoornissymptomen en depressieve gevoelens zal bewerkstelligen dan deelname aan de wachtlijstconditie.

## 2. METHODE

### 2.1 ONDERZOEKSGROEPEN

Binnen het kader van dit onderzoek is een proefpersoon gedefinieerd als een cliënt die zich vanwege een eetstoornis dan wel een eetprobleem heeft aangemeld voor deelname aan een zelfhulpgroep bij Ziezo (Zelfhulp Informatie Eetstoornissen Zelfhulp Organisatie, mogelijk gemaakt door de samenwerkende GGZ instellingen Oost Gelderland). De cliënten zijn vervolgens opgesplitst in een groep deelnemers aan een zelfhulpgroep (de experimentele groep), en een wachtlijstgroep (de controlegroep). Deze laatste groep bestaat uit personen die wel aan een zelfhulpgroep willen deelnemen, maar dat niet kunnen, hetzij omdat er in hun regio geen zelfhulpgroep bestaat, hetzij omdat de zelfhulpgroep(en) in hun regio vol of reeds gestart zijn. Een complicerende factor hierbij is het feit dat deze personen niet geheel verstoken blijven van hulp, maar eens per maand bij elkaar komen ter voorbereiding op deelname aan de zelfhulpgroep.

Bij de voormeting bestond de experimentele groep uit 56 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 28.4 (SD=9.7). Dit waren minder respondenten dan verwacht, omdat er drie zelfhulpgroepen niet van start gingen vanwege tijdgebrek bij de begeleidsters. De controlegroep bestond uit 39 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 32.5 (SD=10.5). Alle deelnemers aan de zelfhulpgroepen verleenden hun medewerking aan het onderzoek, maar er is wel sprake van uitval; in de experimentele groep vielen 17 personen uit om onbekende redenen. Dat is een drop-out percentage van 30.4%, waarbij moet worden opgemerkt dat niet te achterhalen was of het hierbij gaat om personen die zijn gestopt met de zelfhulpgroep, of om personen die de vragenlijst niet hebben ingevuld. Volgens mevrouw E. Spanjers van Ziezo is het overigens normaal dat van elke zelfhulpgroep 2 personen uitvallen (16.7%), dus waarschijnlijk gaat het om een combinatie van beide. Bij de controlegroep vielen 10 personen uit (25.6%). Uit ongepaarde t-toetsen bleek dat de groep uitvallers niet significant verschilde van de groep niet-uitvallers op de totaalscores van de EDE-Q en de BDI bij de voormeting, respectievelijk [ $t(92)=1.40$ ;  $p=0.164$ ] en [ $t(33.75)=-0.82$ ;  $p=0.419$ ]. Ook verschilden deze beide groepen niet significant van elkaar op de variabelen leeftijd [ $t(93)=-2.96$ ;  $p=0.768$ ] en BMI [ $t(91)=0.615$ ;  $p=0.54$ ]. Wel was er een randsignificant verschil op de variabele burgerlijke staat [ $U=700.5$ ;  $p=0.061$ ], waarbij een groter percentage van de uitvallers (59.3%) dan van de niet-uitvallers (37.9%) alleenstaand was. Twee respondenten waren zwanger en kwamen derhalve niet voor het onderzoek in aanmerking; hun vragenlijsten zijn verwijderd.

De onderzoeksgroep die uiteindelijk overbleef bestond uit een experimentele groep van 39 personen en een controlegroep van 29 personen. In beide groepen kwamen uitsluitend vrouwen voor. De gemiddelde leeftijd in de experimentele groep was 28.2 jaar (SD=10.3). Van deze groep was 49% ongehuwd, en 51% gehuwd of samenwonend. De meerderheid had een opleiding op middelbaar niveau (MBO; 34%) of op hoger niveau (HBO; 26%). Een groot gedeelte van deze groep had een gezond gewicht ( $19 < \text{BMI} < 25$ ; 37%). Daarentegen had 26% last van obesitas ( $\text{BMI} > 30$ ). In de

controlegroep was de gemiddelde leeftijd 32.1 jaar (SD=10.5). Van deze groep was 24% ongehuwd, en 76% gehuwd of samenwonend. De meerderheid van deze groep had een opleiding op hoger niveau (HBO; 31%) of op middelbaar niveau (MBO; 24%). Een opvallend groot gedeelte van de controlegroep had te kampen met obesitas (BMI>30; 41%), terwijl 24% een gezond gewicht had (19<BMI<25). Een beschrijving van de verschillende deelpopulaties is samengevat in tabel 2.1.

Uit ongepaarde t-toetsen bleek dat de experimentele groep niet significant verschilde van de controlegroep op de BMI [ $t(65)=-1.34$ ;  $p=0.167$ ], noch op de variabele leeftijd [ $t(66)=-1.55$ ;  $p=0.125$ ]. Uit Mann-Whitney toetsen bleek dat de beide groepen ook niet significant verschilden op de variabele opleiding [ $U=531$ ;  $p=0.794$ ], maar wel op de variabele burgerlijke staat [ $U=405$ ;  $p<0.05$ ].

**Tabel 2.1:** Frequentieverdeling van de variabelen leeftijd, burgerlijke staat, opleiding en BMI voor de beide onderzoeksgroepen bij de voormeting

		Experimentele groep (n=39)	Controlegroep (n=29)
Leeftijd (in klassen)	10 – 19	25.6%	13.8%
	20 – 29	43.6%	24.1%
	30 – 39	25.6%	58.6%
	40 – 49	5.1%	-
	50 – 59	-	3.4%
Burgerlijke staat	Ongehuwd	48.6%	24.1%
	Gehuwd/samenwonend	51.4%	75.9%
Opleiding	Basisschool	2.6%	-
	LBO	5.3%	6.9%
	ULO/MULO/MAVO	10.5%	17.2%
	HBS/HAVO	18.4%	13.8%
	VWO	2.6%	3.4%
	MBO	34.2%	24.1%
	HBO	26.3%	31.0%
	WO	-	3.4%
BMI	Anorexia? (BMI<17.5)	18.4%	6.9%
	Ondergewicht (BMI<19)	13.2%	17.2%
	Gezond gewicht (19<BMI<25)	36.8%	24.1%
	Overgewicht (25<BMI<30)	5.3%	10.3%
	Obesitas (BMI>30)	26.3%	41.4%

## 2.2 MEETINSTRUMENTEN

Het meetinstrument dat werd gebruikt om te onderzoeken hoe hoog de deelnemers scoren op de variabele 'eetstoornis' is de Nederlandse vertaling van de *Eating Disorder Examination - Questionary* (EDE-Q) door Nauta<sup>1</sup>. Volgens Jansen en Meijboom (1998) is het beste instrument dat momenteel voorhanden is om de effectiviteit van een behandelvorm voor eetstoornissen te onderzoeken de Eating Disorder Examination (EDE) van Fairburn en Cooper (vertaling en bewerking van Jansen, 2000). Dit is echter een gestructureerd interview dat ruim een uur in beslag neemt, en als zodanig dus niet geschikt voor het onderhavige onderzoek.

Uit het onderzoek naar de vragenlijstversie van de EDE, de EDE-Q blijkt echter dat deze ook goed bruikbaar is, behalve waar het gaat om het scoren van eventuele eetbuien (Black & Wilson, 1996; Luce & Crowther, 1997). Bovendien liggen de scores op de EDE-Q over het algemeen iets hoger dan de scores op de EDE (Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 1996). De zelfrapportage-vragenlijst bevat naast een aantal diagnostische items 23 items die tezamen vier subschalen vertegenwoordigen, namelijk: lijnen, piekeren over eten, piekeren over lichaamsvormen en piekeren over gewicht<sup>2</sup>. Een beschrijving van de items van de EDE-Q, gerangschikt naar subschaal en met informatie over de score, vindt u in tabel 2.2.

Omdat eetstoornissen opvallend vaak samengaan met stemmingsstoornissen (volgens Jansen (1997) is bijna de helft van de vrouwen met eetstoornissen depressief), lijkt het zinvol om ook de Beck Depression Inventory (BDI)<sup>3</sup> in de enquête op te nemen. Deze zelfbeoordelingslijst bestaat uit 21 items met vier antwoordmogelijkheden, waarvan de totaalscore de ernst van de depressie aangeeft, met een mogelijke range van 0 tot 63. Volgens Bouman, Luteijn, Albersnagel en Ploeg (1985) is de BDI bij uitstek geschikt als uitkomst- of effectmaat vanwege zijn gevoeligheid voor veranderingen in depressieve symptomatologie. Uit onderzoek van Bouman et al (1985) blijkt dat het een psychometrisch gezonde vragenlijst is, met een goede interne consistentie en voldoende convergente validiteit. Wat de divergente validiteit betreft lijkt de BDI ook enkele aspecten van angst en algemeen onwelbevinden te meten, hetgeen voor de doelstelling van het onderhavige onderzoek geen problemen oplevert.

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 5: de EDE-Q

<sup>2</sup> De oorspronkelijke Engelse termen voor de subschalen zijn: restraint, eating concern, shape concern en weight concern.

<sup>3</sup> Zie bijlage 6: de BDI

**Tabel 2.2:** de items van de EDE-Q, gerangschikt naar subschaal en met informatie over de score

Nr	Subschaal en item	Score
<i>Lijnen (RS)</i>		
1	Beperking van de voedselinname	Frequentie 0 – 6
2	Vermijding van eten	Frequentie 0 – 6
3	Vermijding van voedingsmiddelen	Frequentie 0 – 6
4	Dieetregels	Frequentie 0 – 6
5	Lege maag	Frequentie 0 – 6
<i>Piekeren over eten (EC)</i>		
6	Pre-occupatie met voedsel, eten of calorieën	Frequentie 0 – 6
7	Angst om de controle over het eten te verliezen	Frequentie 0 – 6
9	Heimelijk eten	Frequentie 0 – 6
15	Schuldgevoelens over eten	Frequentie 0 – 6
27	Sociaal eten	Ernst 0 – 6
<i>Piekeren over gewicht (WC)</i>		
11	Pre-occupatie met lichaamsvormen of gewicht	Frequentie 0 – 6
14	Wens om gewicht te verliezen	Frequentie 0 – 6
23	Belang van gewicht	Ernst 0 – 6
25	Ontevredenheid met gewicht	Ernst 0 – 6
30	Reactie op voorgeschreven wegen	Ernst 0 – 6
<i>Piekeren over lichaamsvormen (SC)</i>		
10	Platte buik	Frequentie 0 – 6
11	Pre-occupatie met lichaamsvormen of gewicht	Frequentie 0 – 6
12	Angst om in gewicht toe te nemen	Frequentie 0 – 6
13	Zich dik voelen	Frequentie 0 – 6
24	Belang van lichaamsvormen	Ernst 0 – 6
26	Ontevredenheid met lichaamsvormen	Ernst 0 – 6
28	Ongenoegen bij het zien van het eigen lichaam	Ernst 0 – 6
29	Vermijding van blootstelling	Ernst 0 – 6
<b>Diagnostische items</b>		Over drie maanden
16	Bulimische episoden en andere episoden van overeten	Aantal keren
17	Controleverlies tijdens de eetbuien	Aantal keren
18	Controleverlies buiten de eetbuien om	Aantal keren
19	Zelfopgewekt braken	Aantal keren
20	Misbruik van laxantia	Aantal keren
21	Misbruik van diuretica	Aantal keren
22	Intensieve lichamelijke inspanning	Aantal keren
23	Belang van gewicht	Ernst 0 – 6
24	Belang van lichaamsvormen	Ernst 0 – 6
12	Angst om in gewicht toe te nemen	Frequentie 0 – 6
13	Zich dik voelen	Frequentie 0 – 6
32	Menstruatie	Aantal cycli
<b>Losse items</b>		
31	Lengte	In meters
32	Gewicht	In kilo's

### 2.3 PROCEDURE

Het onderzoek werd uitgevoerd in de vorm van een schriftelijke enquête. De proefpersonen van de experimentele groep werden benaderd door de begeleidsters van de zelfhulpgroepen van Ziezo, omdat op deze manier de privacy van de respondenten gewaarborgd zou zijn. De vragenlijsten werden tijdens de eerste en tijdens de voorlaatste bijeenkomst uitgedeeld, om bij de daaropvolgende bijeenkomst ingevuld te worden ingenomen. De proefpersonen van de controlegroep werden verzocht hun medewerking aan het onderzoek te verlenen wanneer ze Ziezo benaderden en op de wachtlijst geplaatst werden. Zij ontvingen bij de vragenlijst een gefrankeerde retourenvelop, zodat de lijst direct naar de onderzoeker teruggestuurd kon worden. Zowel de proefpersonen als de begeleidsters ontvingen begeleidende introductiebrieven, waarin het doel en de procedure van het onderzoek werden uitgelegd (zie bijlage 7: Brieven). Bovendien gingen de vragenlijsten (de BDI en de EDE-Q) vergezeld van een voorblad met een aantal algemene (demografische) variabelen, én, bij de nameting, de vraag of de respondent in de periode tussen de voor- en nameting nog een andere vorm van hulp had genoten (zie bijlage 7: Brieven).

Het onderzoek startte in september 2000 bij de eerste bijeenkomst van de zelfhulpgroepen (de voormeting). De nameting vond plaats in juni 2001, tijdens de laatste bijeenkomsten. De vragenlijsten werden uitgedeeld bij zes verschillende zelfhulpgroepen, namelijk in Tilburg, Eindhoven, Drachten, Doetinchem, Hengelo en Deventer.

### 2.4 ANALYSE

Voor de analyse van de verzamelde gegevens is gebruik gemaakt van het softwarepakket SPSS onder Windows. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werden de volgende statistische analyses uitgevoerd:

Om te controleren of de controlegroep en de experimentele groep van elkaar verschilden op de relevante voormetingen (namelijk leeftijd, BMI, de subschalen van de EDE-Q en de totaalscores op de EDE-Q en de BDI, allen op de voormeting), werden ongepaarde t-toetsen gebruikt. De Mann-Whitney toets werd gebruikt om te onderzoeken of de beide groepen van elkaar verschilden op de variabelen burgerlijke staat en opleiding. Omdat uit de toetsen bleek dat de groepen inderdaad significant van elkaar verschilden, zijn er univariate variantie-analyses uitgevoerd voor de totaal-verschilscores<sup>1</sup> op ieder van de beide vragenlijsten (de EDE-Q en de BDI). Daarbij werden de respectievelijke totaalscores (dat wil zeggen de totaalscore op de EDE-Q en de totaalscore op de BDI, beide bij de voormeting) als covariaat opgevoerd om te corrigeren voor de gevonden verschillen. Omdat bij de nameting bleek dat 38% van de controlegroep, en 44% van de experimentele groep in de periode

---

<sup>1</sup> De totaal-verschilscore is de totaalscore bij de voormeting minus de totaalscore bij de nameting.

tussen de voor- en de nameting een andere (individuele) vorm van hulp had genoten, is ook de variabele *hulp* als covariaat opgenomen bij de volgende analyses.

Een multivariate variantie-analyse werd tenslotte toegepast voor de subschalen van de EDE-Q bij de nameting. Ook hierbij werden beide bovengenoemde variabelen (*hulp* en de totaalscore op de EDE-Q bij de voormeting) als covariaat meegenomen. Effecten met een overschrijdingskans  $p < 0.05$  werden als significant beschouwd.

### 3. RESULTATEN

Ongepaarde t-toetsen over de voormeting lieten zien dat de experimentele groep significant verschilde van de controlegroep op de BDI totaalscore [ $t(66)=2.42$ ;  $p<0.05$ ], de EDE-Q totaalscore [ $t(66)=2.88$ ;  $p<0.01$ ], en drie van de EDE-Q subschalen, te weten Piekeren over eten [ $t(66)=3.49$ ;  $p<0.01$ ], Piekeren over gewicht [ $t(66)=3.25$ ;  $p<0.01$ ], Piekeren over lichaamsvormen [ $t(66)=2.84$ ;  $p<0.01$ ]. De gemiddelde waarden en standaarddeviaties van de relevante metrische variabelen (zowel bij de voor- als bij de nameting) zijn te vinden in tabel 3.3. Een samenvatting van de resultaten van de t-toetsen is te vinden in tabel 3.4.

Omdat uit de t-toetsen bleek dat de controlegroep en de experimentele groep significant verschilden op de voormeting van de afhankelijke variabelen, is bij de analyses met betrekking tot het behandelingseffect gecorrigeerd voor deze verschillen. Bovendien bleek bij de nameting zoals vermeld dat 38% van de controlegroep en 44% van de experimentele groep in de periode tussen de voor- en nameting een andere vorm van (individuele) hulp had genoten. Daarom is ook deze variabele als covariaat ingevoerd bij de variantie-analyses.

De resultaten van de variantie-analyses waren als volgt: bij de univariate variantie-analyse met de totaal-verschilscore van de EDE-Q als afhankelijke variabele was de conditie significant [ $F(1,64)=19.36$ ;  $p<0.001$ ], waarbij de experimentele groep een grotere verschilscore op de EDE-Q had dan de controlegroep. Het effect van de variabele *hulp* was daarbij niet significant [ $F(1,64)=1.04$ ;  $p=0.312$ ], hetgeen wil zeggen dat het verrassend genoeg voor het eindresultaat niet uitmaakt of men wel of geen individuele hulp heeft gehad in de periode tussen de voor- en nameting. Het effect van de totaalscore op de EDE-Q bij de voormeting was echter wel significant [ $F(1,64)=8.48$ ;  $p<0.01$ ]. Dat wil zeggen dat de hoogte van de score op de EDE-Q bij de voormeting wél invloed heeft op het eindresultaat.

Bij de univariate variantie-analyse met de totaal-verschilscore van de BDI als afhankelijke variabele was de conditie randsignificant [ $F(1,64)=2.88$ ;  $p=0.095$ ]. De experimentele groep had een grotere verschilscore op de BDI dan de controlegroep. Ook hier was het effect van de variabele *hulp* niet significant [ $F(1,64)=2.19$ ;  $p=0.144$ ], maar het effect van de totaalscore op de BDI bij de voormeting wel [ $F(1,64)=13.73$ ;  $p<0.001$ ].

Bij de multivariate variantieanalyse van de totaalscore van de EDE-Q (met als *within-subjects factors* de tijd -voor- en nameting- en de scores op de subschalen, als *between-subjects factor* de conditie – experimenteel of controle -, en als *covariaten* de variabele hulp en de totaalscore op de EDE-Q bij de voormeting) was er geen hoofdeffect voor *tijd* [ $F(1,64)<1$ ], noch voor *hulp* [ $F(1,64)=1.04$ ;  $p=0.312$ ]. Wel zijn er hoofdeffecten gevonden voor *conditie* [ $F(1,64)=19.36$ ;  $p<0.001$ ] en voor de totaalscore op de EDE-Q bij de voormeting [ $F(1,64)=137.22$ ;  $p<0.001$ ]. Voor de subscores werd een randsignificant effect gevonden [ $F(3,62)=2.34$ ;  $p=0.082$ ]. Er zijn geen significante interactie-effecten gevonden tussen *tijd* x *hulp* [ $F(1,64)=1.04$ ;  $p=0.312$ ], noch tussen *tijd* x *subscores* [ $F(3,62)<1$ ]. Dat laatste wil zeggen dat de vier verschillende subscores niet verschillend reageren in de tijd. Ook zijn er geen significante interactie-effecten gevonden tussen *tijd* x *hulp* x

subscores [ $F(3,62)=1.96$ ;  $p=0.129$ ], *tijd* x subscores x totaalscore op de EDE-Q bij de voormeting [ $F(3,62)<1$ ], of *tijd* x *conditie* x subscores [ $F(3,62)=1.36$ ;  $p=0.262$ ]. In het laatste geval betekent dit dat de vier verschillende subscores in de tijd niet verschillen over de condities. Wel zijn er significante interactie-effecten gevonden tussen *tijd* x totaalscore op de EDE-Q bij de voormeting [ $F(1,64)=8.48$ ;  $p<0.01$ ] en tussen *tijd* x *conditie* [ $F(1,64)=19.36$ ;  $p<0.001$ ]; dat wil zeggen dat de beide onderzoeksgroepen duidelijk verschillend reageren in de tijd, waarbij de experimentele conditie een veel sterkere afname vertoont dan de controleconditie.

Op basis van bovenstaande resultaten kunnen we concluderen dat de experimentele groep een significant sterkere daling van de totaalscore op de EDE-Q vertoonde dan de controlegroep, en een randsignificant sterkere daling van de totaalscore op de BDI. Een grafische weergave van deze conclusie is te vinden in figuur 3.1 respectievelijk 3.2.

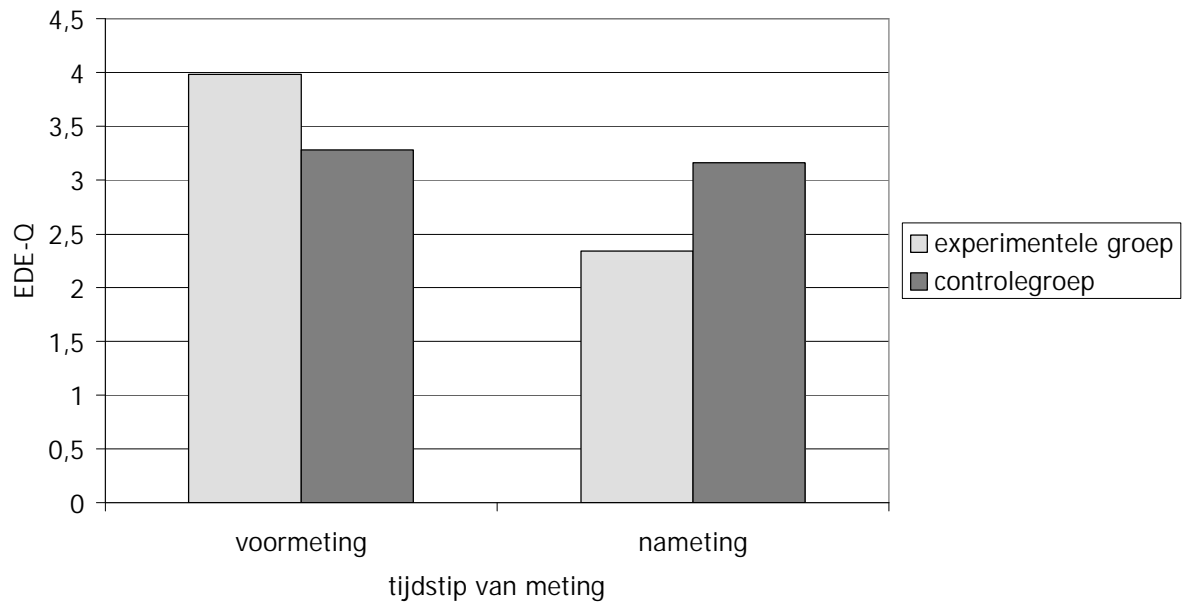
**Tabel 3.3:** Gemiddelden en standaarddeviaties (tussen haakjes) van de afhankelijke variabelen uitgesplitst naar conditie en tijdstip van meting

Variabele	Exp. Groep voormeting	Exp. Groep nameting	Controlegroep voormeting	Controlegroep nameting
EDE-Q-RS (lijnen)	3.13 ( 1.29)	1.79 ( 1.58)	3.01 ( 1.38)	2.80 ( 1.36)
EDE-Q-EC (piekeren Over eten)	3.59 ( 1.29)	1.74 ( 1.35)	2.65 ( 1.18)	2.54 ( 1.31)
EDE-Q-WC (piekeren over gewicht)	4.46 ( 1.12)	2.81 ( 1.55)	3.54 ( 1.19)	3.54 ( 1.14)
EDE-Q-SC (piekeren over lichaamsvormen)	4.73 ( 1.02)	3.01 ( 1.67)	3.93 ( 1.31)	3.74 ( 1.30)
EDE-Q-totaal	3.98 ( 0.90)	2.34 ( 1.38)	3.28 ( 1.09)	3.16 ( 1.02)
BDI-totaal	21.44 ( 8.86)	13.18 ( 9.86)	16.66 ( 6.80)	14.48 ( 9.72)

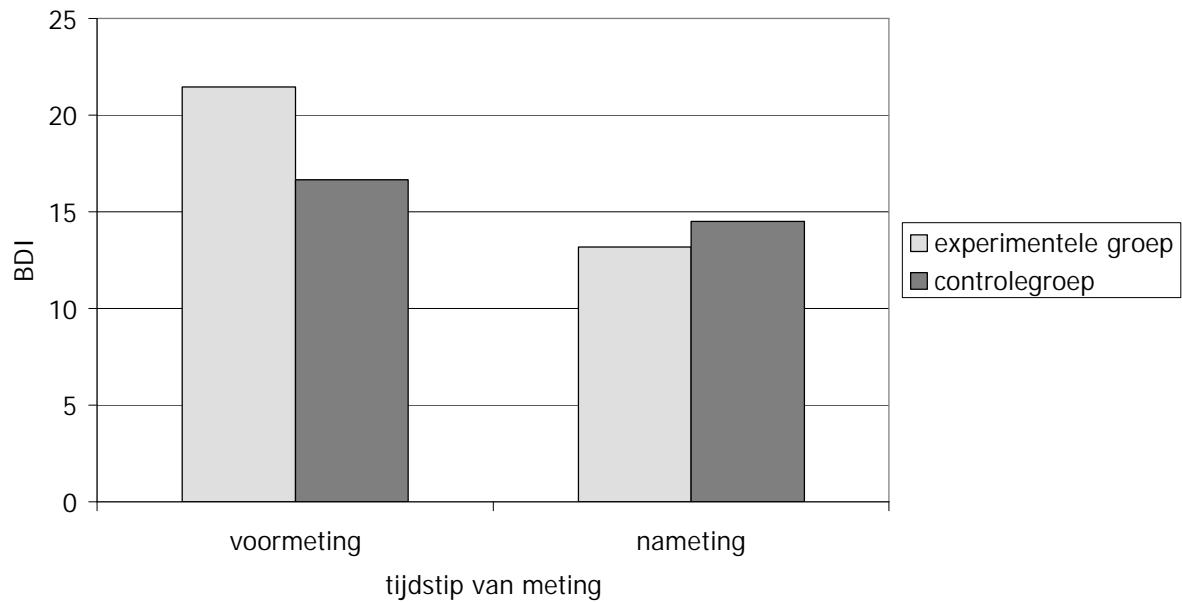
**Tabel 3.4:** Samenvatting van de resultaten van de t-toetsen voor de verschillen tussen de experimentele groep en de wachtlijstgroep tijdens de voormeting

	t	df	Sig.
BMI	-1.40	65	.167
BDI totaalscore	2.42	66	.018
EDE-Q totaalscore	2.88	66	.005
Lijnen	.39	66	.699
Piekeren over eten	3.49	66	.001
Piekeren over gewicht	3.25	66	.002
Piekeren over lichaamsvormen	2.84	66	.006
Leeftijd	-1.55	66	.125

Figuur 3.1: Gemiddelde waarde van de EDE-Q uitgesplitst naar conditie en tijdstip van meting



Figuur 3.2: Gemiddelde waarde van de BDI, uitgesplitst naar conditie en tijdstip van meting



#### 4. DISCUSSIE

Uit dit empirisch onderzoek is gebleken dat zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen een positief effect hebben. Dat wil zeggen dat de deelnemers van de zelfhulpgroepen aan het eind een grotere verbetering van hun eetstoornis en (hoewel slechts randsignificant) van hun depressieve gevoelens ervoeren dan de personen die op de wachtlijst stonden, hetgeen betekent dat de centrale onderzoekshypothese niet verworpen hoefde te worden. Overigens was, evenals in het onderzoek van Rathner et al (1993), ook bij de personen van de wachtlijstgroep een verbetering waar te nemen. Zij veronderstelden dat deze verbetering het natuurlijk verloop van de eetstoornis weerspiegelt, maar het is niet ondenkbaar dat er sprake is van een testeffect. Bovendien speelt ook het feit dat de wachtlijstgroepen in dit onderzoek niet geheel verstoken blijven van hulp waarschijnlijk een rol. Zij komen namelijk eens per maand bij elkaar, en het is mogelijk dat deze vorm van lotgenotencontact het eindresultaat beïnvloedt.

Hoewel het onderzoek bemoeilijkt werd door het feit dat veel proefpersonen in de periode tussen de voor- en nameting (nog) een andere vorm van hulp hadden genoten, bleek deze complicerende factor geen significant effect op het eindresultaat te hebben. Een tegenvaller was het feit dat drie geplande zelfhulpgroepen niet van start gingen, waardoor de onderzoeksgroepen wel erg klein werden. Hierdoor zijn de conclusies minder ver strekkend dan verwacht. Het verdient dan ook aanbeveling om het onderzoek te reproduceren met grotere onderzoeksgroepen. Ziezo overweegt om het onderzoek als standaard effect-meting of evaluatie op te nemen.

Een andere minder sterke kant van dit onderzoek is het feit dat de experimentele groep en de controlegroep bij de voormeting dermate van elkaar verschilden, dat ze niet zonder meer vergelijkbaar waren. Ze verschilden niet alleen significant op de meeste afhankelijke variabelen, maar ook op de demografische variabele burgerlijke staat. Dit laatste zou van invloed kunnen zijn op het eindresultaat, gezien het belang van sociale steun bij gezondheidsgerelateerd gedrag, niet alleen direct, maar ook indirect, via stress (Sarafino, 1990). Ook het feit dat significant meer uitvallers dan niet-uitvallers alleenstaand waren is een reden voor een dergelijke veronderstelling. Uit univariate variantie-analyses voor de totaal-verschilscores op de beide vragenlijsten, met als covariaat de respectievelijke totaalscores bij de voormeting, bleek echter dat de groep alleenstaanden geen kleinere verschilscores had op de EDE-Q en de BDI dan de groep samenwonenden en/of gehuwden, respectievelijk [ $F(1,63)=0.41$ ;  $p=0.523$ ] en [ $F(1,62)=1.27$ ;  $p=0.265$ ]. Dat wil zeggen dat deelname aan de zelfhulpgroep niet minder effect heeft gehad op de groep alleenstaanden, dan op de groep samenwonenden en/of gehuwden.

Na correctie voor de belangrijkste verschillen, bleek dat de hypothese dat zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen een positief effect hebben niet verworpen hoefde te worden. Waarom de beide groepen zo verschillend waren is niet duidelijk. Dit nadeel is echter niet te ondervangen omdat randomisatie vanwege praktische en ethische bezwaren onmogelijk is. Dat een zuiver experiment in het veld niet haalbaar is, bleek immers al uit het feit dat een groot deel van de controlegroep tijdens het onderzoek op zoek ging naar een alternatief voor de zelfhulpgroep. Dat deze vorm van

confounding geen significant effect had op het eindresultaat is een uitkomst die overeenkomt met de bevindingen van Rathner et al (1993), die in hun onderzoek constateerden dat vrouwen die verschillende vormen van hulp hadden genoten, geen grotere verbetering vertoonden dan vrouwen die uitsluitend zelfhulp hadden gehad. Ook om een verklaring te vinden voor dit opmerkelijke verschijnsel is vervolgonderzoek nodig. Overigens worden alle hierboven genoemde complicerende factoren, zoals de onmogelijkheid van randomisatie, te kleine groepen als gevolg van uitval en non-respons, en het feit dat deelnemers van zelfhulpgroepen vaak nog een andere (individuele) vorm van hulp zoeken, ook vermeld door de onderzoekers in het literatuuroverzicht (paragraaf 1.4).

Over de effecten van zelfhulpgroepen op lange termijn zijn op basis van dit onderzoek geen uitspraken te doen. Longitudinaal onderzoek is daarom aan te bevelen; Van den Borne et al (1987) bijvoorbeeld voerden 7 maanden na afloop van de behandeling nog een follow-up meting uit, maar het is de vraag of het ethisch verantwoord is om mensen zo lang in een wachtlijstconditie te plaatsen. Verder onderzoek is ook raadzaam om te achterhalen welke de werkzame elementen zijn in een zelfhulpgroep; daartoe zou men verschillende typen zelfhulpgroepen (bijvoorbeeld mét en zonder begeleiding) met elkaar kunnen vergelijken. Tevens zou men dergelijk onderzoek kunnen toespitsen op de werkzame elementen die worden genoemd door Geelen et al (1999). Zie ook paragraaf 1.2.2.

Het maatschappelijk belang van dit onderzoek moge duidelijk zijn; door zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen aan wetenschappelijk onderzoek te onderwerpen, kon geconcludeerd worden dat dergelijke zelfhulpgroepen enig bestaansrecht hebben in de gezondheidszorg. Nader onderzoek naar de langetermijneffecten en specifieke werkzame elementen van de zelfhulpgroepen is wenselijk, evenals vervolgonderzoek met grotere groepen, om de basis van de conclusie te verbreden en de bevindingen te bevestigen.

## LITERATUUR

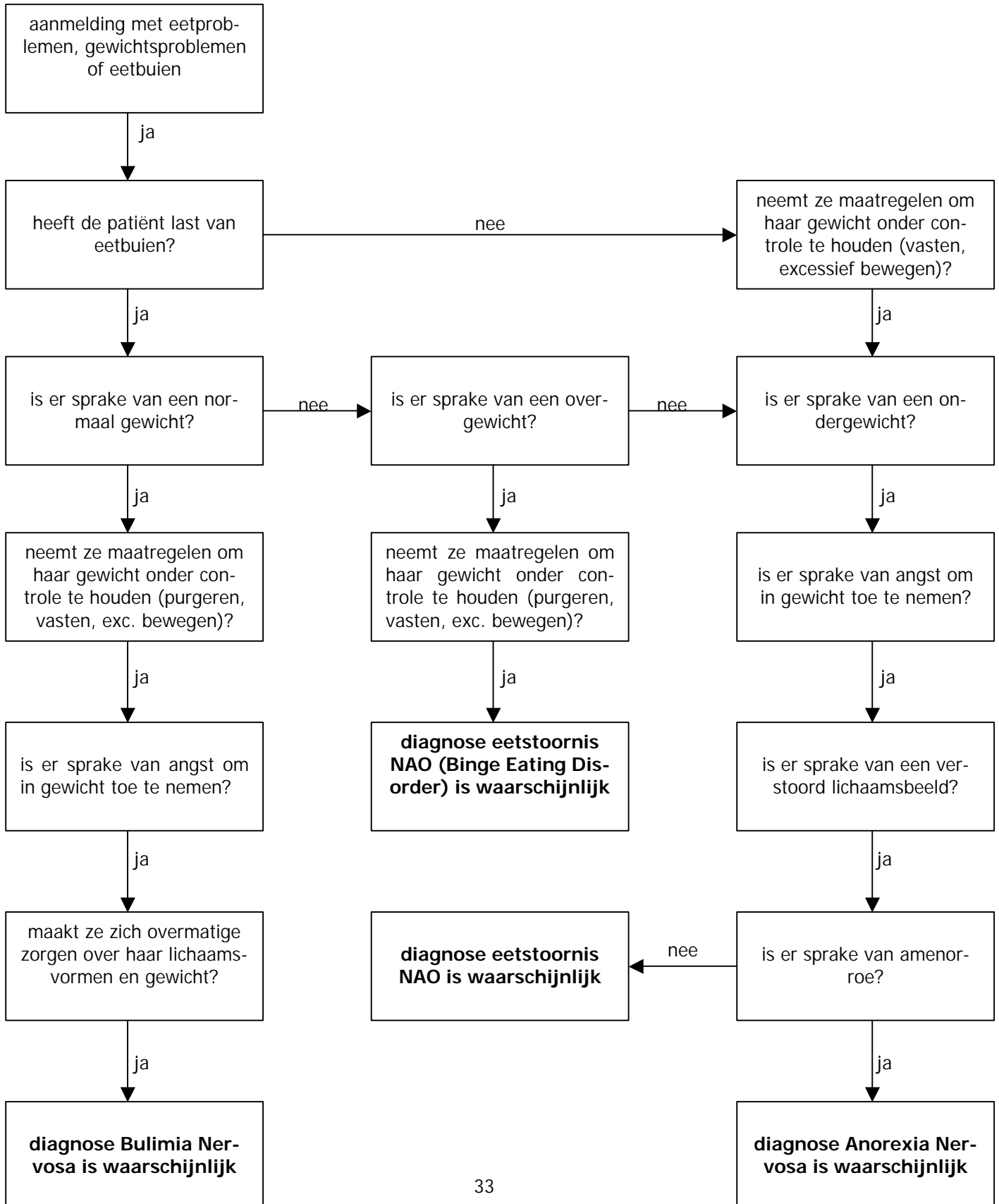
- Black, C.M.D., & Wilson, G.T. (1996). Assessment of eating disorders: interview versus questionnaire. *The international journal of eating disorders*, 20, 43-50.
- Borne, H.W. van den, Poppel, J.W.M.J. van, & Maas, J.M.A.G. (1987). *Gewicht in eigenwaarde: een onderzoek naar de effectiviteit van een nieuwe groepsbehandeling voor dikke mensen*. Tilburg: IVA, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant.
- Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A., & Ploeg, F.A.E. van der (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. *Gedrag*, 13, 13-24.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating Disorders. In: D.M. Clark & C.G. Fairburn (red.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*, 209-242. Oxford: Oxford University Press.
- Franko, D.L. (1987). Anorexia nervosa and bulimia: self-help group. *Small Group Behavior*, 18, 398-407.
- Geelen, K. (1987). *Zelfhulp onder de loep. Een overzichtsstudie naar de effecten van zelfhulpgroepen en andere vormen van georganiseerd lotgenotencontact*. Tilburg: IVA, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek.
- Geelen, K., Greshof, D., Postma, D., & Sprock, B. (1999). *Zelfhulpgroepen en verslavingen. Een voorstudie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jansen, A. (1997). Eetstoornissen. In: Molen, H.T. van der, Perreijn, S., & Hout, M.A. van den (red.). *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*, 625-653. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Jansen, A. (1999). Eetstoornissen. In: Smeets, G., Bögels, S.M., Molen, H.T. van der, & Arntz, A. (red.). *Klinische psychologie. Diagnostiek en therapie*, 447-475. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.
- Jansen, A. (2000). *Eating Disorder Examination (EDE 12.0). Interview ter vaststelling van de specifieke psychopathologie van eetstoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Jansen, A., & Hout, M.A. van den (1989). Over verslaving en anticipatieve compensatoire responsen. *De Psycholoog*, 9, 432-437.
- Jansen, A., & Hout, M.A. van den (1991). On being led into temptation: Counterregulation of dieters after smelling a preload'. *Addictive Behaviours*, 5, 247-253.
- Jansen, A., Hout, M.A. van den, & Griez, E. (1989). Does bingeing restore bulimics' alleged 5 HT-deficiency? *Behaviour Research & Therapy*, 5, 555-560.
- Jansen, A., Merckelbach, H., & Hout, M.A. van den (1992). *Experimentele Psychopathologie: Een inleiding*. Maastricht: Van Gorcum.
- Jansen, A., Merckelbach, H., Hout, M.A. van den, & Griez, E. (1988). Over-eten, koolhydraten en serotonine. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 43, 159-167.

- Jansen, A. & Meyboom, A. (red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kaplan, A.S., & Woodside, D.B. (1987). Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 645-653.
- Luce, K.H., & Crowther, J.H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *The international journal of eating disorders*, 25, 349-351.
- Malenbaum, R., Herzog, D., Eisenthal, S., & Wyshak, G. (1988). Overeaters Anonymous: impact on bulimia. *The international journal of eating disorders*, 7, 139-143.
- Muntendam, H.J. (1998). Zelfhulp bij eetstoornissen: een aanwinst in de zorg. *Rapportage onderzoek zelfhulp bij eetstoornissen*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.
- Nauta, H.M. *EDE-Q vragenlijst*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg. Vakgroep GVO.
- Overduin, J. (1996). *Pavlovian conditioning and Binge Eating. Some empirical explorations*. Maastricht: Universiteit Limburg.
- Rathner, G., Boensch, C., Maurer, G., Walter, M.H. et al (1993). The impact of a 'guided self-help group' on bulimic women: a prospective 15 month study of attenders and non-attenders. *Journal of psychosomatic research*, 37, 389-396.
- Sarafino, E.P. (1990). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Spanjers, E. (1997). *Werkboek begeleiding zelfhulpgroep eetstoornissen*. Deventer: een uitgave van de samenwerkende ggz-instellingen in de regio Oost-Gelderland en Zutphen.
- Vandereycken, W. & Norré, J. (1996). Eetstoornissen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (red.). *Handboek psychopathologie; deel 3*, 166-180. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W. (1994). Eetstoornissen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (red.). *Handboek psychopathologie; deel 1*, 278-297. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: interview of self-report? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1151-1159.

## BIJLAGEN

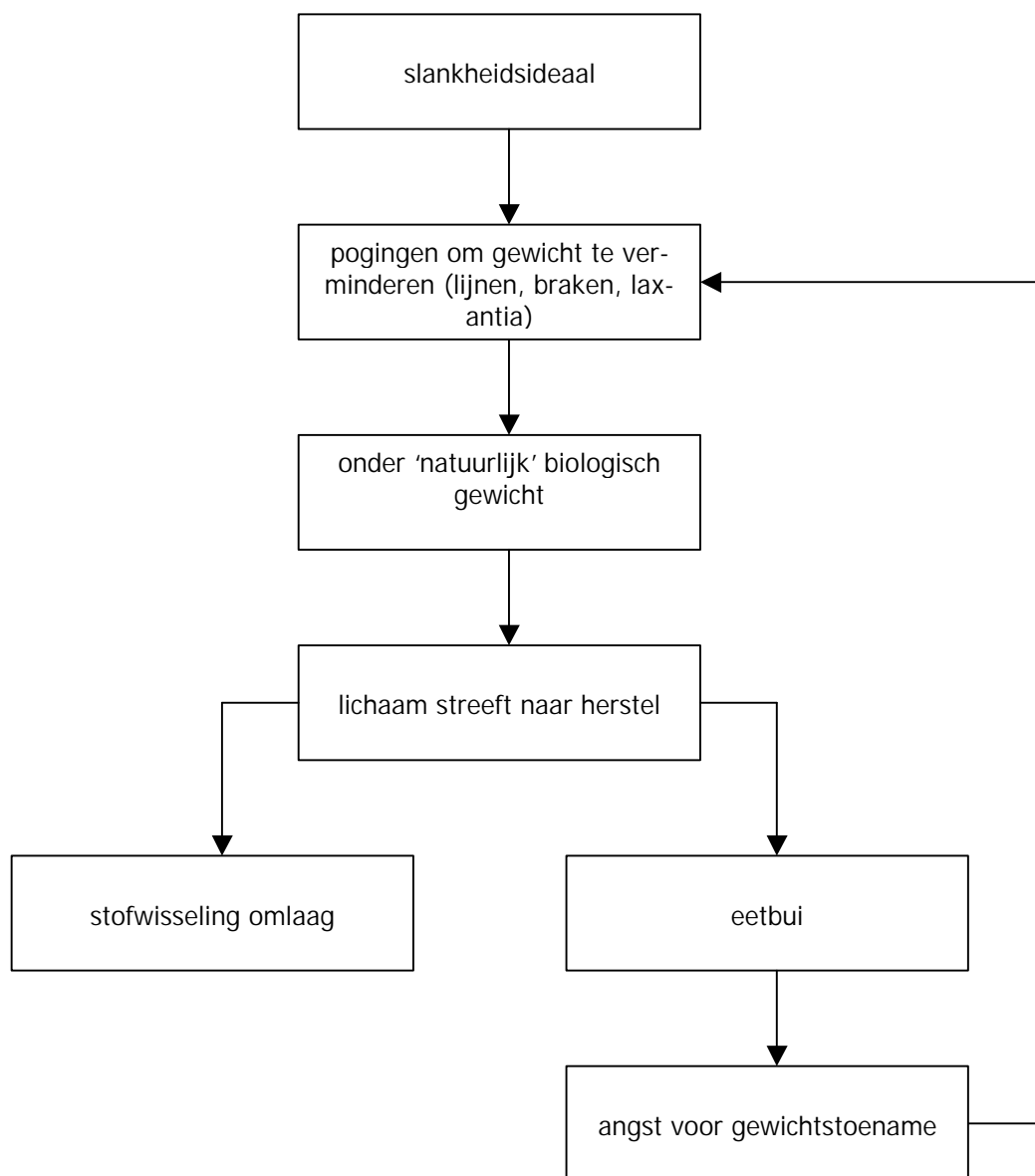
### BIJLAGE 1: BESLISBOOM DIAGNOSTIEK

(Jansen en Meyboom, 1998)



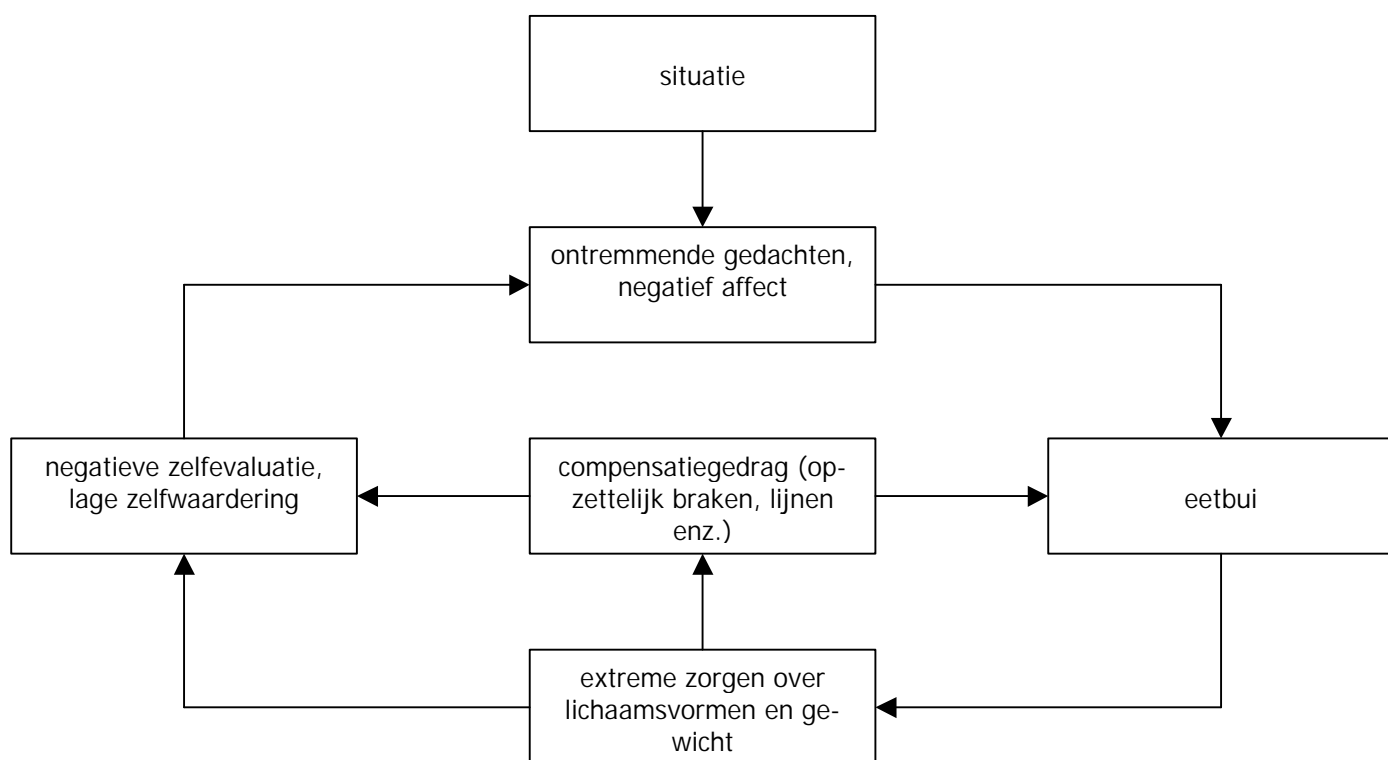
**BIJLAGE 2: HET MODEL VOOR DIEETMANAGEMENT BIJ GEDRAGSTHERAPIE**

(Jansen en Meyboom, 1998)



### BIJLAGE 3: HET COGNITIEVE MODEL

(Jansen en Meyboom, 1998)



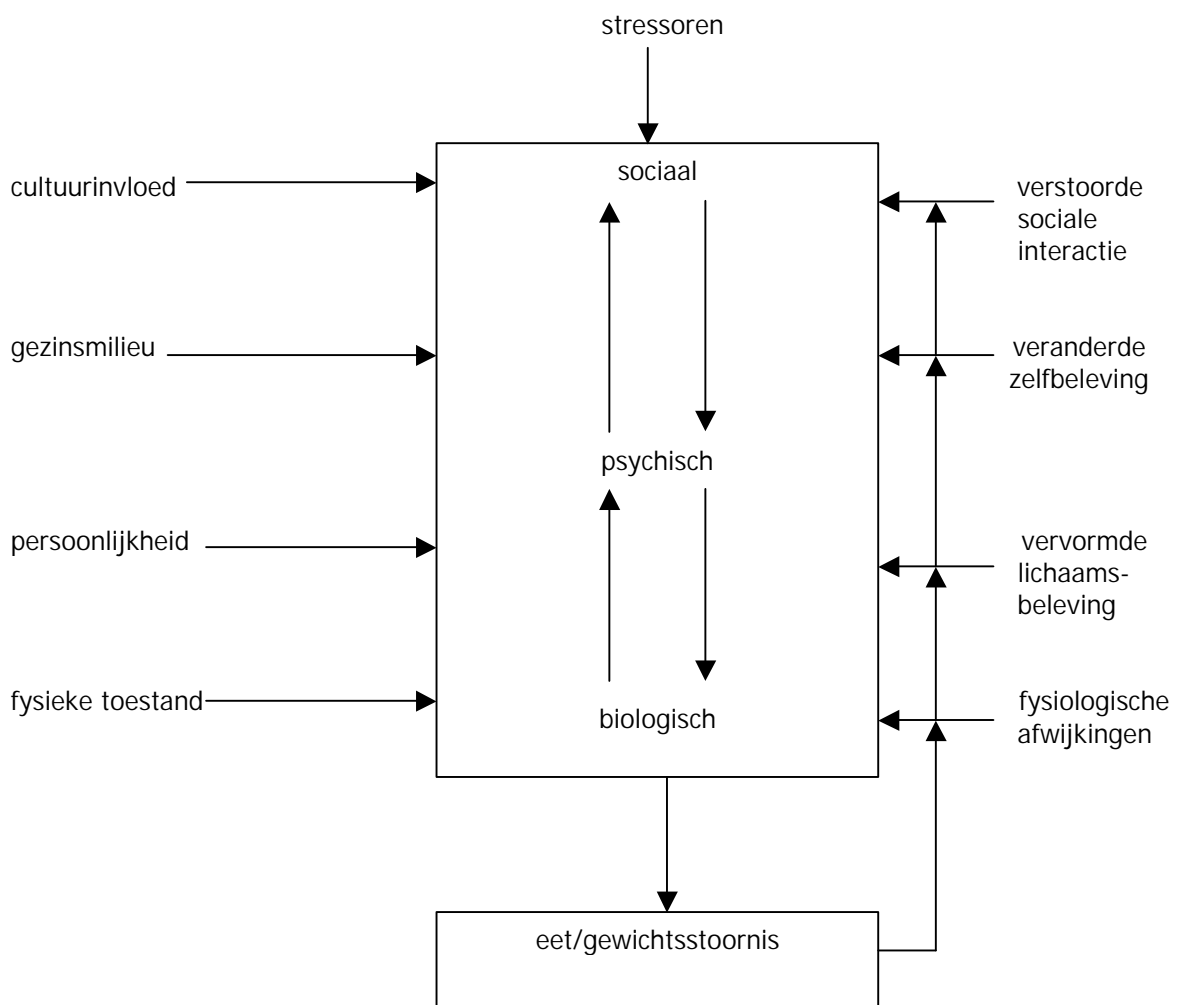
#### BIJLAGE 4: HET MULTICAUSALITEITSMODEL

(Jansen en Meyboom, 1998)

*Predisponerende factoren*

*precipiterende factoren*

*perpetuerende factoren*



## BIJLAGE 5: DE EDE-Q

# EDE-Q VRAGENLIJST<sup>1</sup>

Naam: .....

Datum: .....

Respondentnummer

Meting: VM NM FU-1 FU-2

### INSTRUCTIE

De bedoeling van deze vragenlijst is om beter zicht te krijgen in uw eetgewoonten en opvattingen.

Leest u elke vraag aandachtig door. Bij de meeste vragen wordt verzocht een hokje in te vullen. Vul dan vervolgens één hokje in, dat het beste bij u past. Er zijn geen goede of foute antwoorden, dus probeer zo eerlijk mogelijk te zijn in uw antwoorden. Sla alstublieft geen vragen over.

Alle vragen hebben alleen betrekking op de *afgelopen 28 dagen (4 weken)*. Wij doen dus een beroep op uw geheugen. Probeer u toch zo nauwkeurig mogelijk het antwoord te schatten. Het is zeer raadzaam om tijdens het invullen van deze vragenlijst *een agenda of kalender met daarop aantekeningen van uw bezigheden* erbij te houden. Ga vanaf vandaag 28 dagen terug en markeer deze periode in uw agenda of kalender.

Voorbeeld:

U heeft zich van de afgelopen 28 dagen (vier weken) zestien dagen angstig gevoeld, dan vult u het hokje op de volgende manier in:

De afgelopen vier weken...	0 dagen	1-5 dagen	6-12 dagen	13-15 dagen	16-22 dagen	23-27 dagen	28 dagen
heeft u zich angstig gevoeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Vertaling en bewerking (t/m vraag 30): H.M. Nauta. Rijksuniversiteit Limburg. Vakgroep GVO.

Hoeveel van de afgelopen 28 dagen...	0 dagen	1-5 dagen	6-12 dagen	13-15 dagen	16-22 dagen	23-27 dagen	28 dagen
1. ...heeft u bewust geprobeerd minder te eten om uw figuur of gewicht te beïnvloeden? Los van of het gelukt is of niet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...heeft u, terwijl u wakker was, 8 uren of langer achter elkaar niets gegeten om uw figuur of gewicht te beïnvloeden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...heeft u geprobeerd voedsel dat u <u>lekker</u> vindt <u>niet</u> te eten om uw figuur of gewicht te beïnvloeden? Los van of het gelukt is of niet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...heeft u geprobeerd bepaalde eetregels te volgen om uw gewicht te beïnvloeden? Bijv. door slechts een beperkte hoeveelheid voedsel te eten of door een bepaald soort voedsel te eten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...heeft u gewild dat uw maag helemaal leeg was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...heeft het denken over voedsel, of calorieën het u moeilijk gemaakt om u te kunnen concentreren op dingen waarin u geïnteresseerd bent, bijv. tv-kijken of lezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...bent u bang geweest om de controle over uw eetgedrag te verliezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...heeft u eetbuien gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...heeft u stiekem gegeten? (Tel daarbij eventuele eetbuien niet mee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...heeft u een sterke wens gehad dat uw buik plat was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...heeft het denken over uw lichaam en/of gewicht het moeilijk gemaakt om u te kunnen concentreren op dingen waarin u geïnteresseerd bent, bijv. tv-kijken of lezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...heeft u angst gehad om in gewicht aan te komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...heeft u zich dik gevoeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...heeft u een sterke wens gehad om gewicht te verliezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hoe vaak in de afgelopen 4 weken heeft u zich schuldig gevoeld na het eten? (tel daarbij de eventuele eetbuien niet mee)
- nooit een schuldgevoel na het eten
  - bijna geen enkele keer een schuldgevoel na het eten
  - minder dan de helft van de keren een schuldgevoel na het eten
  - de helft van de keren een schuldgevoel na het eten
  - meer dan de helft van de keren een schuldgevoel na het eten
  - bijna elke keer een schuldgevoel na het eten
  - elke keer een schuldgevoel na het eten
16. Heeft u in de afgelopen 28 dagen wel eens binnen een korte tijd een grote hoeveelheid voedsel gegeten? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer
17. Heeft u in de afgelopen 28 dagen daarbij (tijdens de eetepisodes van vraag 16) wel eens het gevoel gehad niet meer te kunnen voorkomen of controleren wat en hoeveel u at? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer
18. Heeft u in de afgelopen 28 dagen wel eens andere eetepisodes gehad, waarin u niet meer het gevoel had te kunnen voorkomen of controleren wat en hoeveel u at en daarbij geen grote hoeveelheden voedsel at? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer
19. Heeft u in de afgelopen 28 dagen gebrakt om gewichtstoename te voorkomen? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer
20. Heeft u in de afgelopen 28 dagen laxemiddelen geslikt om gewichtstoename te voorkomen? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer
21. Heeft u in de afgelopen 28 dagen plasmiddelen gebruikt om gewichtstoename te voorkomen? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer
22. Heeft u de laatste 28 dagen meer dan een uur achter elkaar gesport om gewichtstoename te voorkomen? Zo ja, hoe vaak?
- nee
  - ja, ... keer

In de afgelopen 28 dagen...	0 = helemaal niet	1 = niet	2 = klein beetje	3 = enigszins	4 = redelijk	5 = erg	6 = heel erg
23. ...is uw gewicht van invloed geweest op hoe u over uzelf dacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24. ...is uw figuur van invloed geweest op hoe u over uzelf dacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25. ...heeft u zich ontevreden gevoeld over uw gewicht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26. ...heeft u zich ontevreden gevoeld over uw figuur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27. ...heeft u zich zorgen gemaakt dat andere mensen u zouden zien eten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28. ...heeft u zich rot gevoeld bij het zien van uw eigen lichaam, zoals bijv. in een spiegel, in een etalageruit, tijdens het uitkleden of tijdens het nemen van een bad of douche?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29. ...heeft u zich ongemakkelijk gevoeld op momenten dat anderen uw lichaam konden zien, zoals bijv. bij het omkleden in gemeenschappelijke omkleedruimtes, tijdens het zwemmen of bij het dragen van kleding waarin uw figuur goed uitkomt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

30. Hoe vervelend zou u het vinden als u wordt gevraagd om u in de komende maand wekelijks te wegen (individueel)?

helemaal niet vervelend

niet vervelend

klein beetje vervelend

enigszins vervelend

redelijk vervelend

erg vervelend

heel erg vervelend

31. Wat is uw lengte? (in meters): .....

32. Wat is uw gewicht? (in kilo's): .....

32. Hoeveel maal heeft u in de afgelopen 3 maanden gemenstrueerd? (kruis het hokje n.v.t. aan als u nog nooit gemenstrueerd heeft, de pil gebruikt, zwanger bent, borstvoeding geeft of in de overgang bent)

niet van toepassing

0 maal

1 maal

2 maal

3 maal of vaker

**Heeft u gecontroleerd of alle vragen zijn beantwoord? Alvast bedankt voor het invullen!**

## BDI-VRAGENLIJST<sup>1</sup>

Naam: .....

Datum: .....

Respondentnummer

Meting: VM NM FU-1 FU-2

### INSTRUCTIE

Deze vragenlijst bestaat uit een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan (1 t/m 21). Leest u iedere groep aandachtig door. Kies dan bij elke groep die uitspraak die het best weergeeft hoe u zich de *afgelopen week, met vandaag erbij* gevoeld heeft. Omcirkel het cijfer dat vóór de door u gekozen uitspraak staat. Als in een groep meerdere uitspraken even goed op u van toepassing lijken, omcirkel dan het cijfer van elk van deze uitspraken. **Let erop dat u alle uitspraken van een bepaalde groep leest, voordat u uw keuze maakt.**

---

<sup>1</sup> Beck Depression Inventory

1. 0 Ik voel me niet verdrietig  
1 Ik voel me verdrietig  
2 Ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten  
3 Ik ben zó verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer verdragen kan
2. 0 Ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst  
1 Ik ben moedeloos over de toekomst  
2 Ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te zien  
3 Ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is
3. 0 Ik voel me geen mislukkeling  
1 Ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand  
2 Als ik op mijn leven terugkijk zie ik alleen maar een hoop mislukkingen  
3 Ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben
4. 0 Ik beleef overal net zo veel plezier aan als vroeger  
1 Ik geniet niet meer zo als vroeger  
2 Ik vind nergens nog echte bevrediging in  
3 Ik heb nergens meer voldoening van; ik vind alles vervelend
5. 0 Ik voel me niet bijzonder schuldig  
1 Ik voel me vaak schuldig  
2 Ik voel me meestal schuldig  
3 Ik voel me voortdurend schuldig
6. 0 Ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word  
1 Ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden  
2 Ik verwacht dat ik gestraft zal worden  
3 Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word
7. 0 Ik voel me niet teleurgesteld in mezelf  
1 Ik ben teleurgesteld in mezelf  
2 Ik walg van mezelf  
3 Ik haat mezelf
8. 0 Ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders  
1 Ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten  
2 Ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken  
3 Ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt
9. 0 Ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken  
1 Ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen  
2 Ik zou een eind aan mijn leven willen maken  
3 Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg
10. 0 Ik huil niet meer dan normaal  
1 Ik huil nu meer dan vroeger  
2 Ik huil nu voortdurend  
3 Ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het
11. 0 Ik erger me niet meer dan anders  
1 Ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger  
2 Ik erger me tegenwoordig voortdurend  
3 Ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik mij vroeger ergerde

12. 0 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren  
 1 Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger  
 2 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren  
 3 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren
13. 0 Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger  
 1 Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger  
 2 Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen  
 3 Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen
14. 0 Ik heb niet het gevoel dat ik er minder goed uitzie dan vroeger  
 1 Ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie  
 2 Ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie  
 3 Ik geloof dat ik er lelijk uitzie
15. 0 Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger  
 1 Het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen  
 2 Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen  
 3 Ik ben tot helemaal niets meer in staat
16. 0 Ik slaap even goed als anders  
 1 Ik slaap niet meer zo goed als vroeger  
 2 Ik word 's morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen  
 3 Ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen
17. 0 Ik word niet sneller moe dan anders  
 1 Ik word eerder moe dan vroeger  
 2 Ik word moe van bijna alles wat ik doe  
 3 Ik ben te moe om ook maar iets te doen
18. 0 Ik heb niet minder eetlust dan anders  
 1 Ik heb minder eetlust dan vroeger  
 2 Ik heb veel minder eetlust dan vroeger  
 3 Ik heb helemaal geen eetlust meer
19. 0 Ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd  
 1 Ik ben meer dan 2 kilo afgevallen  
 2 Ik ben meer dan 4 kilo afgevallen  
 3 Ik ben meer dan 6 kilo afgevallen
- 19 a. Ik probeer af te vallen door minder te eten ja / nee (omcirkelen)
20. 0 Ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders  
 1 Ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijvoorbeeld als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping etcetera  
 2 Ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken  
 3 Ik maak me zóveel zorgen over mijn lichamelijke problemen, dat ik aan niets anders meer kan denken
21. 0 Ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets is veranderd aan mijn belangstelling voor sex  
 1 Ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger  
 2 Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex  
 3 Ik heb mijn belangstelling voor sex helemaal verloren

## **BIJLAGE 7: BRIEVEN**

Stichting AN/BN  
T.a.v. het bestuur  
Postbus 67  
6880 AB Velp

Onderwerp: verzoek medewerking afstudeeronderzoek

De Wilgen, 28 januari 2000

Geacht bestuur,

Als studente gezondheidspsychologie aan de Open Universiteit Nederland wil ik voor mijn eindscriptie onderzoek doen naar de effectiviteit van begeleide zelfhulpgroepen voor vrouwen met eetstoornissen. Mijn belangstelling voor dit onderwerp komt voort uit mijn eigen (lichte) eetstoornis, waarvan ik overigens genezen ben, en uit het feit dat ik stage loop bij de cursus eetverslaving van het Vrouwen centrum Smallingerland onder leiding van Margje Visser.

Via de heer Sieders kwam ik op het spoor van Ellen Spanjers, die mij adviseerde uw stichting te benaderen met het verzoek om medewerking. Ik hoop dat u zich kunt vinden in mijn onderzoeksonderwerp, en dat u misschien tips heeft voor een nadere concretisering van de probleemstelling (wellicht zijn er zaken die u zelf onderzocht zou willen zien?). Bovendien kan ik mij voorstellen dat u mij (via de begeleidsters) toegang zou kunnen verschaffen tot de deelnemers van de zelfhulpgroepen voor de toezending van eventuele (anonieme) vragenlijsten.

Misschien kunnen de resultaten van het onderzoek ook het belang van uw stichting dienen. Het spreekt dat ook voor zich dat u een exemplaar van het onderzoeksrapport kunt verwachten. In afwachting van uw antwoord, en in de hoop op een vruchtbare samenwerking, verblijf ik,

Hoogachtend,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Broekfinne 71  
9213 RM De Wilgen  
tel. 0512 544733

AZM  
Poli eetstoornissen  
T.a.v. mevrouw H. Nauta  
Postbus 5800  
6202 AZ Maastricht

Onderwerp: gebruik EDE-Q

De Wilgen, 12 april 2000

Geachte mevrouw Nauta,

Naar aanleiding van onze telefoongesprekken op zes en tien april jongstleden stuur ik u deze garantie dat ik uw vertaling van de EDE-Q uitsluitend voor mijn afstudeeronderzoek zal gebruiken:

*Hierbij verklaart ondergetekende dat zij de Nederlandse vertaling van de EDE-Q uitsluitend zal gebruiken voor haar afstudeeronderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen bij eetstoornissen.*

Bovendien sluit ik een kopie bij van de goedkeuring van mijn scriptievoorstel, als bewijs van het feit dat ik ingeschreven sta als student aan de Open Universiteit Nederland en inderdaad een scriptie ga schrijven over bovenstaand onderwerp. Tot slot wil ik u heel hartelijk danken voor uw medewerking en voor de moeite die u zich getroost (heeft) bij het kopiëren en verzenden van de zaken die u mij beloofde, namelijk de EDE-Q met sleutel en diverse literatuur die op deze vragenlijst betrekking heeft.

In afwachting van bovengenoemde kopieën verblijf ik,

Hoogachtend,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Broekfinne 71  
9213 RM De Wilgen  
tel. 0512 544733

Bijlage: goedkeuring scriptievoorstel

Aan: de begeleiders van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: een onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

De Wilgen, maart 2000

Beste begeleider,

Als studente aan de Open Universiteit ga ik een afstudeeronderzoek uitvoeren naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Daarvoor ben ik aangewezen op de hulp van deelnemers van dergelijke zelfhulpgroepen, én van u als begeleider. Ik wil u namelijk vragen uw medewerking aan dit onderzoek te verlenen door het verstrekken van de enquêteformulieren aan de deelnemers van uw groep. U kunt ze dan later (als ze ingevuld zijn) weer in ontvangst nemen en opsturen naar mevrouw Ellen Spanjers, die door de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa aangewezen is om mij bij dit onderzoek te begeleiden. Overigens zal u de vragenlijsten te zijner tijd ook van haar ontvangen. Dit alles zal twee maal gaan plaatsvinden, namelijk zowel vóór als na afloop van de zelfhulpgroep. Natuurlijk zijn hieraan voor u geen kosten verbonden.

Ik wil hierbij benadrukken dat er geen sprake is van een onderzoek naar het functioneren van u als begeleider. Het gaat om de effecten van een aantal zelfhulpgroepen op de deelnemers, die als één grote groep worden beschouwd. Zowel u als uw deelnemers kunnen desgewenst anoniem blijven.

Met dit onderzoek zijn niet alleen mijn belangen gediend, maar ook die van de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa, van alle zelfhulpgroepen en van alle mensen die lijden aan een eetstoornis. Mocht u desondanks besluiten mij niet van dienst te willen of kunnen zijn, dan kunt u dat met mevrouw Spanjers overleggen. In het andere geval dank ik u bij voorbaat heel hartelijk voor uw hulp. Ik zal er zorg voor dragen dat u op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van het onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Broekfinne 71  
9213 RM De Wilgen  
tel. 0512 544733

Aan: de begeleidsters van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: het onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

De Wilgen, april 2000

Beste begeleidster,

Voor zover ik weet heeft u niet te kennen gegeven geen medewerking te willen verlenen aan mijn afstudeeronderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Daarom wil ik u bij voorbaat heel hartelijk bedanken voor uw hulp. Mede dankzij u hebben we straks hopelijk voldoende respondenten in de experimentele groep. Dat wil zeggen de groep deelnemers waarbij we gaan onderzoeken of deelname aan de zelfhulpgroep effect heeft op hun eetstoornis.

Een veel groter probleem vormt de controlegroep. Om te controleren of de eventueel waargenomen effecten inderdaad aan deelname aan de zelfhulpgroep zijn toe te schrijven, hebben we namelijk een groep mensen nodig ter vergelijking. Dit moeten mensen zijn die in 'alle' opzichten gelijk zijn aan de experimentele groep, maar zijn mogen niet deelnemen aan een zelfhulpgroep. Ik ben dus op zoek naar mensen die wel aan een zelfhulpgroep willen, maar niet kunnen deelnemen. Hetzij omdat ze (nog) op de wachtlijst staan, hetzij omdat er in hun regio geen groep start.

Wat ik u nou wil vragen is het volgende: wilt u alstublieft de namen en adressen verzamelen van mensen die zich bij u aanmelden, maar die niet in een groep geplaatst kunnen worden. Of omdat de groep vol is, óf omdat de groep al gestart is. Zonder deze controlegroep heeft het onderzoek weinig (wetenschappelijke) waarde, dus ik zou u hiervoor opnieuw heel dankbaar zijn. Ook voor deze mensen ontvangt u te zijner tijd vragenlijsten, wij (Ellen Spanjers en/of ik) nemen nog contact met u op over de exacte hoeveelheden en dergelijke.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Broekfinne 71  
9213 RM De Wilgen  
tel. 0512 544733

Aan: de begeleiders van de zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: de vragenlijsten voor het onderzoek naar de effectiviteit van de zelfhulpgroepen

De Wilgen, juli 2000

Beste begeleidster,

Hierbij ontvangt u de eerste serie vragenlijsten behorende bij het onderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Het is de bedoeling dat de deelnemers ze zo spoedig mogelijk invullen. Ik wil u daarom vragen ze al tijdens de eerste bijeenkomst uit te delen en, indien mogelijk, bij de tweede bijeenkomst weer in te nemen. Vervolgens kunt u ze met behulp van de bijgesloten antwoordenvolp naar mij terugsturen. Omdat het voor het onderzoek belangrijk is dat ik alle vragenlijsten volledig ingevuld terug krijg, verzoek ik u er bij de deelnemers op aan te dringen ze bij de eerstvolgende bijeenkomst in te leveren. Hiervoor dank ik u bij voorbaat heel hartelijk.

Bovendien wil ik u mijn vorige brief over de controlegroep nog even in herinnering brengen: het ging daarbij om een groep mensen die wel aan een zelfhulpgroep willen, maar (nog) niet kunnen deelnemen, bijvoorbeeld omdat de in september startende groep al vol is. Ik zou u willen vragen aan mij door te geven om hoeveel van dergelijke mensen het in uw regio gaat, zodat ik u de juiste hoeveelheid vragenlijsten toe kan sturen. Deze gaan dan vanzelfsprekend vergezeld van gefrankeerde enveloppen (zodat u ze kosteloos naar de betreffende personen kunt verzenden), én van eveneens gefrankeerde retourenveloppen, waarin de proefpersonen ze rechtstreeks naar mij terug kunnen sturen. Voor deze gegevens neem ik binnenkort telefonisch contact met u op.

Voor alle duidelijkheid breng ik ook de volgende zaken nog even onder uw aandacht:

- ?? Het gaat hier niet om een onderzoek naar het functioneren van de begeleiders: zowel u als de deelnemers kunnen desgewenst anoniem blijven.
- ?? Voor de laatste bijeenkomst worden de deelnemers verzocht de vragenlijsten opnieuw in te vullen, zodat zij ze tijdens de laatste bijeenkomst in kunnen leveren. U ontvangt deze formulieren te zijner tijd ruimschoots van tevoren.
- ?? Na afloop van het onderzoek zal ik u schriftelijk op de hoogte stellen van de resultaten ervan.
- ?? Zonder uw medewerking zou dit onderzoek onmogelijk zijn, ik ben u hiervoor dan ook heel dankbaar.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Broekfinne 71  
9213 RM De Wilgen  
tel. 0512 544733

Bijlagen: 13 vragenlijsten met 1 gefrankeerde antwoordenvolp

Aan: de begeleidsters van de zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: de laatste vragenlijsten voor het onderzoek naar de effectiviteit van de zelfhulpgroepen

De Wilgen, juni 2001

Beste begeleidster,

Het zit er al weer bijna op; de zelfhulpgroep loopt ten einde. Daarom ontvangt u hierbij de tweede serie vragenlijsten behorende bij mijn afstudeeronderzoek naar de effectiviteit van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Het is de bedoeling dat de deelnemers ze zo spoedig mogelijk invullen, in ieder geval vóór de laatste bijeenkomst. Ik wil u daarom vragen ze uit te delen tijdens de bijeenkomst waarop u ook de andere evaluatie-formulieren uitdeelt. Omdat het voor het onderzoek belangrijk is dat ik alle vragenlijsten volledig ingevuld terug krijg, verzoek ik u er bij de deelnemers op aan te dringen ze bij de eerstvolgende bijeenkomst in te leveren. U kunt ze dan weer door middel van de bijgesloten antwoordenvolp naar mij terugsturen; hopelijk kunnen we zo voorkomen dat er enkele vergeten exemplaren na afloop van de zelfhulpgroep uiteindelijk bij het oud-papier belanden.

Bovendien neem ik binnenkort telefonisch contact met u op om te vragen aan hoeveel 'wachtgroep-personen' u de vragenlijst heeft gestuurd. Ik kan u dan opnieuw de benodigde hoeveelheid vragenlijsten toesturen, uiteraard weer vergezeld van gefrankeerde (gewone én retour-)enveloppen, zodat u ze kosteloos naar de betreffende personen kunt verzenden.

Misschien ten overvloede wil ik u nogmaals hartelijk danken voor uw medewerking. Zonder u zou dit onderzoek onmogelijk zijn.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Broekfinne 71  
9213 RM De Wilgen  
tel. 0512 544733

Bijlagen: de benodigde hoeveelheid vragenlijsten met 1 gefrankeerde antwoordenvolp

Aan: de deelnemers/deelneemsters van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: een onderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

De Wilgen, augustus 2000

Beste deelnemer/deelneemster,

Als studente gezondheidspsychologie aan de Open Universiteit Nederland ben ik bezig met een afstudeeronderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Mijn belangstelling voor dit onderwerp komt voort uit het feit dat ik stage loop bij zo'n zelfhulpgroep, waar ik in eerste instantie terecht kwam omdat ik zelf een (lichte) eetstoornis had. Ikzelf ben inmiddels genezen, maar nu ben ik benieuwd naar uw ervaringen. Daarom wil ik u vragen uw medewerking te verlenen aan de uitvoering van mijn onderzoek.

Het enige wat u daarvoor hoeft te doen is het invullen van een vragenlijst, maar dan wel twee maal: nu, voordat de zelfhulpgroep gaat starten, en straks na afloop ervan. Op die manier kan ik onderzoeken of er verschillen zijn tussen de twee vragenlijsten, en dus of deelname aan de zelfhulpgroep veranderingen teweeg heeft gebracht in uw eetgedrag en houding ten opzichte van eten, lichaam en gewicht. De gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld, zodat uw privacy gegarandeerd is. U hoeft uw naam dan ook niet in te vullen als u dat liever niet doet.

Door hulpverleningsvormen te onderwerpen aan gedegen wetenschappelijk onderzoek, wordt kennis verkregen over de invloed van de behandeling op de cliënt/patiënt. Deze kennis kan worden gebruikt om de hulpverlening verder te ontwikkelen en om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen ervan. Uw medewerking is daarom van groot belang, en ik wil u daar dan ook bij voorbaat hartelijk voor bedanken.

In verband met de voortgang van het onderzoek verzoek ik u de ingevulde vragenlijst tijdens de eerstvolgende bijeenkomst van de zelfhulpgroep bij uw begeleidster in te leveren. Zij zal er vervolgens zorg voor dragen dat de formulieren bij mij terecht komen. Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u mij altijd bellen.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Tel. 0512-544733

Bijlage: vragenlijst

Aan: de deelnemers/deelneemsters van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: het onderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen bij eetstoornissen

De Wilgen, juni 2001

Beste deelnemer/deelneemster,

Ongeveer tien maanden geleden heeft u een vragenlijst ingevuld voor mijn afstudeeronderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Voordat ik verder ga wil ik u daar heel hartelijk voor bedanken. Zonder uw medewerking zou dit onderzoek niet mogelijk zijn.

Als ik goed ben geïnformeerd, loopt de zelfhulpgroep nu bijna ten einde. Natuurlijk hoop ik dat u er veel baat bij heeft gehad, en dat deelname aan de zelfhulpgroep veranderingen (ten gunste) teweeg heeft gebracht in uw eetgedrag en houding ten opzichte van eten, lichaam en gewicht. Om dat te onderzoeken is het noodzakelijk dat u dezelfde vragenlijst nog eens invult, zodat ik beide lijsten kan vergelijken. Misschien ten overvloede wijs ik er nogmaals op dat de gegevens vertrouwelijk zullen worden behandeld, zodat uw privacy gegarandeerd is.

Door hulpverleningsvormen te onderwerpen aan gedegen wetenschappelijk onderzoek, wordt kennis verkregen over de invloed van de behandeling op de cliënt/patiënt. Deze kennis kan worden gebruikt om de hulpverlening verder te ontwikkelen en om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen ervan. Uw medewerking is daarom van groot belang, en ik wil u daar dan ook bij voorbaat hartelijk voor bedanken.

In verband met de voortgang van het onderzoek verzoek ik u de ingevulde vragenlijst tijdens de eerstvolgende bijeenkomst van de zelfhulpgroep bij uw begeleidster in te leveren. Zij zal er vervolgens zorg voor dragen dat de formulieren bij mij terecht komen. Wanneer de resultaten van het onderzoek bekend zijn, ontvangt u daarover persoonlijk bericht. Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u mij altijd bellen.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Tel. 0512-544733

Bijlage: vragenlijst

Aan: de (nog) niet-deelnemers/deelneemsters van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: een onderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

De Wilgen, augustus 2000

Beste (nog) niet-deelnemer/deelneemster,

Als studente gezondheidspsychologie aan de Open Universiteit Nederland ben ik bezig met een afstudeeronderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Mijn belangstelling voor dit onderwerp komt voort uit het feit dat ik stage loop bij zo'n zelfhulpgroep, waar ik in eerste instantie terecht kwam omdat ik zelf een (lichte) eetstoornis had. Ikzelf ben inmiddels genezen, maar nu ben ik benieuwd naar de ervaringen van anderen. Daarom wil ik u vragen uw medewerking te verlenen aan de uitvoering van mijn onderzoek.

Het is de bedoeling dat een aantal mensen die wel in de gelukkige omstandigheid zijn aan een zelfhulpgroep te kunnen deelnemen twee maal een vragenlijst invullen. Als de zelfhulpgroep gaat starten, en na afloop ervan. Op die manier kan ik onderzoeken of er verschillen zijn tussen de twee vragenlijsten, en dus of deelname aan de zelfhulpgroep veranderingen teweeg heeft gebracht in hun eetgedrag en houding ten opzichte van eten, lichaam en gewicht. Om nu te kunnen vaststellen of de eventueel gevonden verschillen inderdaad zijn toe te schrijven aan de deelname aan de zelfhulpgroep, hebben we een groep mensen nodig ter vergelijking. Dit moeten mensen zijn die in 'alle' opzichten gelijk zijn aan de experimentele groep, maar zij mogen niet deelnemen aan een zelfhulpgroep. Daarom vraag ik u om ook dezelfde vragenlijst in te vullen, op precies dezelfde tijdstippen. De gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld, zodat uw privacy gegarandeerd is. U hoeft uw naam dan ook niet in te vullen als u dat liever niet doet. Wat wel van belang is, is of u in de tussenliggende tijd misschien toch een andere vorm van hulp, therapie of behandeling ondergaat. In dat geval verzoek ik u dit op de laatste vragenlijst te vermelden.

Door hulpverleningsvormen te onderwerpen aan gedegen wetenschappelijk onderzoek, wordt kennis verkregen over de invloed van de behandeling op de cliënt/patiënt. Deze kennis kan worden gebruikt om de hulpverlening verder te ontwikkelen en om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen ervan. Uw medewerking is daarom van groot belang, en ik wil u daar dan ook bij voorbaat hartelijk voor bedanken.

In verband met de voortgang van het onderzoek verzoek ik u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk naar mij terug te sturen. Door middel van bijgesloten antwoordenvolp kunt u dit kosteloos doen. Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u mij altijd bellen.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-Van den Berg  
Tel. 0512-544733

Bijlage: vragenlijst met antwoordenvolp

Aan: de (nog) niet-deelnemers/deelneemsters van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen

Onderwerp: het onderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen bij eetstoornissen

De Wilgen, juni 2001

Beste (nog) niet-deelnemer/deelneemster,

Ongeveer tien maanden geleden heeft u een vragenlijst ingevuld voor mijn afstudeeronderzoek naar de effecten van zelfhulpgroepen voor mensen met eetstoornissen. Voordat ik verder ga wil ik u daar heel hartelijk voor bedanken. Zonder uw medewerking zou dit onderzoek niet mogelijk zijn.

De personen die wel in de gelukkige omstandigheid waren in de afgelopen tien maanden aan een zelfhulpgroep deel te nemen, hebben aan het begin én aan het eind daarvan een vragenlijst ingevuld. Op die manier kan ik onderzoeken of er verschillen zijn tussen de twee vragenlijsten, en dus of deelname aan de zelfhulpgroep veranderingen teweeg heeft gebracht in hun eetgedrag en houding ten opzichte van eten, lichaam en gewicht. Om nu te kunnen vaststellen of de eventueel gevonden verschillen inderdaad zijn toe te schrijven aan de deelname aan de zelfhulpgroep, hebben we mensen zoals u nodig. Mensen die in 'alle' opzichten gelijk zijn aan de experimentele groep, maar die niet deelnemen aan een zelfhulpgroep, omdat er bijvoorbeeld geen plaats meer was, of omdat er in hun regio helemaal geen zelfhulpgroep is. Hierbij verzoek ik u dan ook vriendelijk (doch dringend) de vragenlijst nog eens in te vullen. Daarbij is vooral de vraag of u in de afgelopen tien maanden enige vorm van hulp heeft gehad van belang; slaat u die dus alstublieft niet over. Misschien ten overvloede wijs ik u er nogmaals op dat de gegevens vertrouwelijk worden behandeld, zodat uw privacy gegarandeerd is.

Door hulpverleningsvormen te onderwerpen aan gedegen wetenschappelijk onderzoek, wordt kennis verkregen over de invloed van de behandeling op de cliënt/patiënt. Deze kennis kan worden gebruikt om de hulpverlening verder te ontwikkelen en om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen ervan. Uw medewerking is daarom van groot belang, en ik wil u daar dan ook bij voorbaat hartelijk voor bedanken.

In verband met de voortgang van het onderzoek verzoek ik u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk naar mij terug te sturen. Door middel van bijgesloten antwoordenvolp kunt u dit kosteloos doen. Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u mij altijd bellen.

Met vriendelijke groet,

Carolijn de Beij-van den Berg  
Tel. 0512-544733

Bijlagen: vragenlijst met gefrankeerde retourenvelop

## VOORBLAD

- Wat is uw roepnaam?<sup>1</sup> .....
- In welk jaar bent u geboren? .....
- Wat is uw geslacht? man/vrouw
- Wat is uw hoogst genoten opleiding? .....
- Wat is uw burgerlijke staat? gehuwd of samenwonend/ongehuwd
- Wat is uw woonplaats? .....
- Hoe lang heeft u al last van uw eetprobleem? .....
- Heeft u al eens eerder hulp gezocht? ja/nee
- Zo ja, bij welke instelling? .....

---

<sup>1</sup> Indien u anoniem wenst te blijven kunt u hier een pseudoniem (zelfbedachte naam) invullen. Vergeet dan niet deze te noteren in het werkschrift dat u gebruikt tijdens de zelfhulpgroep. Sla deze vraag alstublieft niet over. Dan is het namelijk niet meer mogelijk deze vragenlijst te koppelen aan de vragenlijst die u over ongeveer tien maanden gaat invullen.

## VOORBLAD

- Wat is uw roepnaam?<sup>1</sup> .....
- In welk jaar bent u geboren? .....
- Wat is uw geslacht? man/vrouw
- Wat is uw hoogst genoten opleiding? .....
- Wat is uw burgerlijke staat? gehuwd of samenwonend/ongehuwd
- Wat is uw woonplaats? .....
- Hoe lang heeft u al last van uw eetprobleem? .....
- Heeft u in de afgelopen tien maanden  
(de tijd tussen de vorige vragenlijst en nu)  
enige vorm van hulp, therapie of  
behandeling voor uw eetprobleem gehad? ja/nee
- Zo ja, bij welke instelling? .....

---

<sup>1</sup> Indien u anoniem wenst te blijven kunt u hier een pseudoniem (zelfbedachte naam) invullen. Probeer dan hetzelfde pseudoniem als bij de vorige vragenlijst te gebruiken. Sla deze vraag alstublieft niet over. Dan is het namelijk niet meer mogelijk deze vragenlijst te koppelen aan de vorige.