

Eerst de eetstoornis, dan de persoonlijkheidsproblematiek?

Anita Jansen

Laatst vroeg ik aan een zaal vol experts in de behandeling van eetstoornissen, het waren er ongeveer 200, wie er van mening was dat eetstoornissen vaak samengaan met persoonlijkheidsproblematiek. Ongeveer 80% stak een hand op. Op mijn volgende vraag, of de experts tijdens de eetstoornisbehandeling goed konden inschatten of er bij een patiënt sprake is van persoonlijkheidsproblematiek, reageerde ongeveer 90% positief. En toen ik tot slot stelde: 'Als de behandeling niet goed verloopt, dan komt dat nogal eens door belemmerende persoonlijkheidsproblematiek van de eetstoornispatiënt', was vrijwel de hele zaal het met me eens. De precieze percentages hierboven zijn uit de lucht gegrepen – ik heb de handen niet zo snel kunnen tellen – maar de schatting illustreert dat heel veel deskundigen vinden dat eetstoornissen vaak samengaan met persoonlijkheidsproblematiek en denken dat zij tijdens de behandeling heel goed kunnen vaststellen of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. En als een behandeling niet lekker loopt, dan komt dat meestal door die persoonlijkheidsproblematiek, volgens de experts. De meeste aanwezigen vonden het dan ook beter om eerst de persoonlijkheidsproblematiek van de eetstoornispatiënt aan te pakken, om pas daarna de eetstoornis te lijf te gaan. Doen we dit niet, dan zijn we als het ware aan het dweilen met de kraan open, zo luidt de *communis opinio* onder de experts.

Hebben de experts gelijk? Is het inderdaad verstandig om eerst de persoonlijkheidsproblematiek en pas daarna de eetstoornis te behandelen? Moeten we bij voorkeur in die volgorde handelen?

Om deze vragen te beantwoorden zullen we eerst na moeten gaan wat 'persoonlijkheidsproblematiek' nu eigenlijk is, en hoe we betrouwbaar kunnen vaststellen of er sprake is van 'persoonlijkheidsproblematiek'. En meer in het bijzonder moet eventuele persoonlijkheidsproblematiek dus ook vast te stellen zijn bij meisjes met eetstoornissen. Tot slot kunnen we stilstaan bij de vraag wat het betekent als therapeuten signaleren dat persoonlijkheidsproblematiek van hun cliënt de voortgang van de behandeling belemmert.

Laten we met het eerste te beginnen: wat is persoonlijkheidsproblematiek? Persoonlijkheidsproblematiek omschrijft allerlei problemen die aan het karakter van mensen toegeschreven worden. In veel psychiatrische handboeken wordt het niet gedefinieerd – in die boeken beperkt men zich tot de *full blown* persoonlijkheidsstoornissen – maar in de klinische praktijk wordt de term dagelijks gebruikt. Vaak gaat het om nogal *fuzzy* problematiek. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek hebben volgens de experts in meer of mindere mate last van verschijnselen die we in heviger mate tegenkomen bij de verschillende persoonlijkheidsstoornissen, zoals een gestoorde emotieregulatie, een gestoorde impulscontrole, en stoornissen in de angstregulatie. Sterk wisselende stemmingen, impulsief gedrag, en angst: het kunnen kenmerken van een problematisch karakter zijn. Maar dat hoeft natuurlijk niet.

De tweede vraag die we ons stelden was: Kunnen we betrouwbaar vaststellen of iemand last heeft van persoonlijkheidsproblematiek? Als niet heel duidelijk omschreven is wat iets is, dan is het duivels ingewikkeld om betrouwbaar vast te stellen of het aanwezig is. Er is een aantal mogelijkheden om vast te stellen of iemand last heeft van een persoonlijkheidsstoornis; daar zijn verschillende vragenlijsten en interviews voor ontwikkeld. De vragenlijsten meten vooral wat de cliënt kan en wil verwoorden; een vragenlijst is een vorm van zelfrapportage en juist daarom niet heel betrouwbaar. Naast dat de cliënt niet altijd goed kan beoordelen hoe het met zijn persoonlijkheid is gesteld, kan hij om allerlei redenen de neiging hebben om zich anders voor te doen

Over de auteur

Anita Jansen, hoogleraar psychologie van eetstoornissen, Universiteit Maastricht Faculteit der Psychologie, capgroep Experimentele Psychologie.
E-mail: A.Jansen@psychology.unimaas.nl.

dan hij in werkelijkheid is. Ook zijn vragenlijsten nogal sensitief voor toestandsbeelden als angst en depressie, wat betekent dat iemands score op de persoonlijkheidsvragenlijst kan veranderen als hij angstig of depressief is. De diagnose persoonlijkheidsproblematiek wordt dan feitelijk bepaald door de angst of de depressie waar de cliënt op dat moment last van heeft, en dat was natuurlijk niet de bedoeling. Persoonlijkheidsstoornissen verwijzen naar karakteristieke en stabiele eigenschappen van een cliënt die niet eenvoudig door een toestand te beïnvloeden zijn.

Al met al is gevonden dat het gebruik van vragenlijsten snel tot een overschatting van de hoeveelheid persoonlijkheidsproblematiek leidt. Het gebruik van gestructureerde interviews is niet veel beter; die leiden juist tot een onderschatting van het aantal problemen dat met de persoonlijkheid te maken heeft. Het beste instrument om de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek vast te stellen is een semi-gestructureerd interview, zoals de SCID2 (*Structured Clinical Interview for Personality Disorders*; Spitzer e.a., 1990; First e.a., 1995). De afname van zo'n interview is een flinke klus; handelt men zorgvuldig dan kost het een aantal uren. En omdat we die tijd meestal niet hebben of nemen in de klinische praktijk, gebruikt de therapeut in veruit de meeste gevallen zijn rijke klinische ervaring om vast te stellen of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek.

Dat dit niet zonder gevaar is, blijkt uit het volgende. In 1999 publiceerden Dreessen & Arntz een prachtig onderzoek naar precies dit thema. Zij lieten veertien goede en ervaren psychotherapeuten tijdens een behandeling beoordelen of en hoeveel sprake er was van persoonlijkheidsproblematiek of een persoonlijkheidsstoornis bij de 70 patiënten die zij behandelden. Deze behandeling betrof een as-1 stoornis (voornamelijk angstklachten). Voorafgaande aan de behandeling had een onafhankelijke psychotherapeut de SCID2 afgenomen, zodat nagegaan kon worden of er sprake was van een persoonlijkheidsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek. Het bleek dat de correlatie tussen de inschatting van de therapeut en de resultaten uit het SCID-interview opmerkelijk laag was ($r < 0.4$). Dit betekent dat er weinig overeenstemming was tussen de uitkomsten van het interview en de inschatting van de therapeut. We kunnen daar twee conclusies uit trekken: allereerst is duidelijk dat als er met het meest betrouwbare instrument (SCID2) persoonlijkheidsproblematiek wordt gesignaleerd, die problematiek dan niet gemakkelijk wordt opgemerkt door de therapeut tijdens de behandeling van een as 1 stoornis. Andersom kunnen we ook concluderen dat het ook niet makkelijk is voor een therapeut



illustratie: Clementine Oomes

om tijdens een as-1 behandeling de afwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek vast te stellen. Merk op dat het hier zeer ervaren en uiterst deskundige psychotherapeuten betrof.

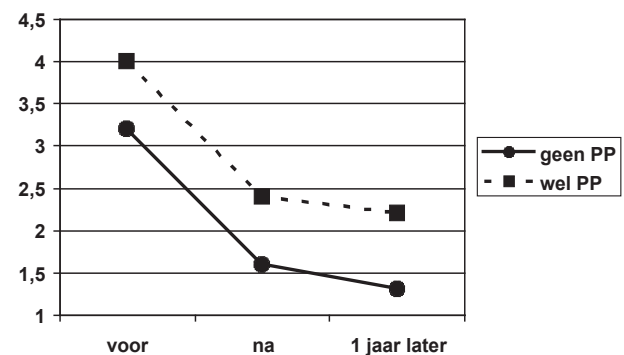
Vraag drie was of persoonlijkheidsproblematiek ook vast te stellen is bij meisjes met eetstoornissen. Belangrijk daarbij is om na te gaan wanneer we vaststellen dat er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Meestal gebeurt dit aan het begin van een behandeling of tijdens een behandeling. Eetstoornissen beginnen meestal op vrij jonge leeftijd, zo rond de puberteit. Dat is een leeftijd waarop er nog flink ontwikkeld wordt, en iemands persoonlijkheid nog lang niet uitgekristalliseerd is. De jonge leeftijd en de dus nog niet 'uitontwikkelde' persoonlijkheid, maken het moeilijk om de persoonlijkheid en haar eventuele problematiek te beoordelen. Daarnaast beperken de gevolgen van de eetstoornis de mogelijkheden om betrouwbaar vast te stellen of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Ernstige vermagering en extreem eetgedrag hebben nogal wat 'cognitieve gevolgen'; ze leiden bijvoorbeeld tot tragere reacties en afwijkende aandachtspatronen, en worden daarnaast gekenmerkt door fouten in beoordeling, herinnering en interpretatie van situaties. Ook hebben meisjes met eetstoornissen bijna per definitie last van stoornissen in de

emotieregulatie, impulscontrole en angstregulatie; ze zijn vaak angstig en depressief, en het controleren van hun impulsen is een van de hoofdthema's van de eetstoornis. Om kort te gaan, meisjes met eetstoornissen denken en reageren anders dan dat ze normaal gesproken – als ze gezond waren – zouden doen. De jonge leeftijd van de patiënten en de aard van de eetstoornissymptomen maken het niet eenvoudig om persoonlijkheidsproblematiek te scheiden van de eetstoornisproblematiek en relatief onschuldige leeftijdsgerelateerde problematiek. Het kan in alle gevallen gaan om sterk wisselende stemmingen, van euforie tot leegte, verveling, wanhoop en depressie, om dichotoom denken, een fragiel zelfbeeld, gebrek aan stabiele relaties, impulsief gedrag, enzovoort. Maar reflecteren deze symptomen nu een eetstoornis, persoonlijkheidsproblematiek of de puberteit? De overlap tussen de aan de eetstoornis gerelateerde symptomen en de meest voorkomende symptomen van persoonlijkheidsproblematiek maakt het stellen van de juiste diagnose uitzonderlijk moeilijk. Dit leidt meer dan eens tot een overschatting van persoonlijkheidsproblematiek, vooral als er gebruik gemaakt wordt van vragenlijsten of intuïtie. De hoeveelheid gesignaleerde persoonlijkheidsproblematiek in de eetstoornispopulatie varieert niet voor niets tussen de 2 en 100% (zie bijvoorbeeld Rø e.a., 2005b). Onderzoek naar de effecten van therapie toont dat door een succesvolle kortdurende interventie gericht op de eetstoornis, niet alleen de eetstoornis maar ook de veronderstelde persoonlijkheidsproblematiek in de meeste gevallen verdwijnt (Rø e.a., 2005a; 2005b). Dit suggereert dat patiënten met eetstoornissen te snel en te gemakkelijk de diagnose persoonlijkheidsproblematiek opgespeld krijgen, om de redenen die hierboven besproken zijn.

Komen we bij vraag 4. Wat betekent het als therapeuten signaleren dat de persoonlijkheidsproblematiek van hun cliënt de voortgang van de as1-behandeling belemmert? We gaan weer even terug naar het eerder genoemde onderzoek van Dreesen en Arntz (1999). Voor as1-behandeling was de SCID2 afgenomen, en na sessie 6 evalueerde de behandelende psychotherapeut of er ook sprake was van persoonlijkheidsproblematiek bij de patiënt. Tevens beoordeelde de therapeut op dat moment het therapieproces: liep het lekker of verliep de therapie moeizaam, waren er complicaties, enzovoort. Onderzocht werd of eventuele complicaties in het therapieproces gerelateerd waren aan aanwezige persoonlijkheidsproblematiek zoals die was vastgesteld met de SCID2. Dit bleek niet het geval. Of de as1-therapie lekker liep of juist moeizaam, had dus helemaal niets te maken met de aan- of afwezigheid van daadwerkelijke persoonlijkheidsproblematiek bij de patiënt. Ook interessant was dat het

oordeel van de therapeut over het as1-therapieproces zeer sterk gerelateerd bleek aan diens inschatting van persoonlijkheidsproblematiek bij de patiënt. Er was sprake van meer persoonlijkheidsproblematiek bij de patiënt, althans volgens de therapeut, naarmate diezelfde therapeut het therapieproces moeizamer vond verlopen. Dit suggereert dat ook ervaren en deskundige therapeuten geneigd kunnen zijn om het falen of moeizame verloop van een as1-behandeling ten onrechte toe te schrijven aan persoonlijkheidsproblematiek van de patiënt. Ten onrechte, want het verloop van het therapieproces hing niet samen met de persoonlijkheidsproblematiek zoals die aan het begin van de behandeling met de SCID2 was vastgesteld.

Uit onderzoek bij eetstoornissen zijn – tot nu toe – geen systematische voorspellers van therapie succes of -falen gevonden. In een aantal studies werd helemaal geen effect van persoonlijkheidsproblematiek op het succes van de as1-behandeling gevonden. Maar in sommige studies werd wel een effect vastgesteld. Deze studies tonen dat het resultaat van een as1-behandeling slechter is bij patiënten met eetstoornissen en bijkomende persoonlijkheidsproblematiek dan bij patiënten met eetstoornissen zonder persoonlijkheidsproblematiek (zie bijvoorbeeld Bloks e.a., 2004 en Jansen e.a., 2004). In de studie van Bloks en collega's werd persoonlijkheidsproblematiek met een vragenlijst vastgesteld. Hierboven werden de nadelen van self-report al besproken. In de studie van Jansen en collega's werd persoonlijkheidsproblematiek met de SCID2 vastgesteld,



Figuur. De score op het EDE interview (Eating Disorder Examination; Fairburn & Cooper, 1993) van 49 patiënten met Bulimia Nervosa die in de RIAGG Maastricht behandeld werden (Jansen, Elgersma, Nederkoorn & Smeets, 2004). 18% had een comorbide persoonlijkheidsstoornis (wel PP), 82% niet (geen PP). De EDE score verwijst naar de specifieke eetstoornissymptomen: hoe hoger de score, hoe meer last van eetstoornissymptomen.

bij aanvang van de behandeling. Inderdaad hing de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis samen met meer eetstoornissymptomen, zowel direct na afloop van de kortdurende cognitieve therapie of gedragstherapie, als tijdens de follow up een jaar later. Maar kijkt u eens goed naar de figuur.

De figuur toont dat de patiënten met persoonlijkheidsproblematiek na afloop meer eetstoornissymptomen hadden dan patiënten zonder persoonlijkheidsproblematiek. Een eerste reactie is zie-je-wel, bijkomende persoonlijkheidsproblematiek leidt tot een slechter resultaat van de as1-behandeling. Maar kijkt u nog eens goed naar de figuur. U ziet dat beide groepen profiteerden van de therapie, en dat beide groepen *even veel* profiteerden van de as1-behandeling. De meisjes met een eetstoornis en comorbide persoonlijkheidsproblematiek hadden namelijk voor de therapie ook al last van meer eetstoornissymptomen. Dus hoewel patiënten met eetstoornissen en bijkomende persoonlijkheidsproblematiek meer last hadden van eetstoornissymptomen, zowel voor als na de therapie, hadden zij net zoveel baat bij de kortdurende klachtgerichte as1-behandeling. Een identiek patroon werd meerdere malen gevonden in onderzoek naar de behandeling van angststoornissen (zie Weertman, 2006).

Komen we aan het slot van dit betoog. Moeten we nu wel of niet eerst de persoonlijkheidsproblematiek en pas dan de eetstoornis behandelen? Het zal u duidelijk geworden zijn: er zijn vele argumenten genoemd om eerst maar eens aan de eetstoornis te werken. Omdat persoonlijkheidsproblematiek in geval van eetstoornissen bij jonge meisjes uiterst moeilijk te diagnosticeren is, is het noodzakelijk om voor de vaststelling van persoonlijkheidsproblematiek een betrouwbaar instrument te gebruiken. Intuïtie voldoet niet. Ook deskundige, ervaren behandelaars maken dan beoordelingsfouten. Zodra de persoonlijkheidsproblematiek op betrouwbare wijze vastgesteld is, blijkt dat patiënten met persoonlijkheidsproblematiek net zoveel profiteren van een kortdurende as1-behandeling als patiënten zonder bijkomende persoonlijkheidsproblematiek. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek hebben dus veel baat bij, en alle recht op, een goede as1-behandeling. In het geval van eetstoornissen is dat cognitieve gedragstherapie. Het besproken onderzoek toont aan dat as1-klachten snel gereduceerd kunnen worden, waardoor onnodig en langdurig lijden aan de eetstoornissymptomen wordt voorkomen, ook als er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek.

Het besproken onderzoek levert meer interessante inzichten. Therapeuten moeten vooral voorzichtig zijn. Zij neigen er

nogal eens naar om een moeizame of falende as1-behandeling ten onrechte aan veronderstelde persoonlijkheidsproblematiek van de patiënt toe te schrijven. In hun houding zouden zij de assumptie kunnen laten doorschemeren dat as1-problematiek niet behandeld kan worden zolang er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Het zou een *self fulfilling prophecy* in de hand kunnen werken.

Dus: eerst de eetstoornis en dan de persoonlijkheidsproblematiek! •

REFERENTIES

- Bloks, H., Hoek, H.W., Callewaert, I., & Furth, E. van (2004). Stability of Personality Traits in Patients Who Received Intensive Treatment for a Severe Eating Disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 192, 129–138.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination, 12th edition. In: Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (eds). *Binge eating: Nature, Assessment, and Treatment*, blz. 317–360. New York: Guilford Press. Nederlandse vertaling door Jansen, A., uitgegeven bij Swets & Zeitlinger, Lisse (2000).
- Dreessen, L. & Arntz, A. (1999). Personality disorders have no excessively negative impact on therapist-rated therapy process in the cognitive and behavioural treatment of axis 1 anxiety disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 384–394.
- Jansen, A., Elgersma, H., Nederkoorn, C. & Smeets, T. (2004). *Pure cognitive therapy is highly effective in the treatment of bulimia nervosa*. Presentation at the Eating Disorders Research Society (EDRS), Amsterdam.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM III-R Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Rø, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A.H. & Rosenvinge, J. (2005a). Two-Year Prospective Study of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 112–118.
- Rø, Ø., Martinsen, E.W., Hoffart, A.H., Sexton, H. & Rosenvinge, J. (2005b). The Interaction of Personality Disorders and Eating Disorders: A Two-Year Prospective Study of Patients with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106–111.
- Weertman, A. (2006). *The cognitive model of personality disorders: Testing basic assumptions and treatment implications*. Doctoral dissertation, Universiteit Maastricht.