

Eetstoornissen als persoonlijkheidsproblematiek: een dimensionale uitdaging.

Inleiding:

Momenteel kennen we eetstoornissen als symptoomstoornissen. Hardnekkige en ernstige symptoomstoornissen met een onzekere pathogenese, welke moeilijk te behandelen zijn, steeds vaker voorkomen, een hoge comorbiditeit hebben en waarbij steeds meer argumenten worden gevonden dat deze symptoomstoornissen niet langer meer op zichzelf staan. Eetstoornissen worden steeds meer geassocieerd met onderliggende persoonlijkheidsproblematiek en het aantal onderzoeken naar persoonlijkheidstrekken -en dimensies bij eetstoornissen neemt toe (Bollen & Wojciechowski, 2004; Cassin & Von Ranson, 2005; Cloninger, Przybeck & Svrakic, 1991; Fassino et al., 2004; Fassino et al., 2001; Fernández-Aranda et al., 2004; Kleifield et al., 1994; Lilenfeld et al., 2006; Rousset et al., 2004; Serpell et al., 2006; Skodol, 2005; Speranza et al., 2005; Vervaet, Heeringen & Audenaert, 2004; Vitousek & Manke, 1994; Wonderlich & Mitchell, 1994). De vraag of er bij eetstoornissen enkel moet worden gekeken naar categoriaal te onderscheiden syndromen rijst, en met de opkomst van de steeds bredere dimensionale modellen lijkt de vraag; "worden eetstoornissen niet beter gezien als persoonlijkheidsproblematiek?" evident. Indien er achter eetstoornissen een persoonlijkheidsprobleem schuilt, kan het van belang zijn te weten welke persoonlijkheidsfactoren belangrijk zijn, en op welke persoonlijkheidsdimensies men de aandacht moet richten bij behandeling en diagnose van eetstoornissen. Dit artikel zal zich over die vraagstukken uitwiden.

Methode:

Het idee dat eetstoornissen een verband kunnen hebben met persoonlijkheidsstoornissen onstond op het Europese Congres voor Psychiatrie in maart 2007. Op een cursus gegeven door hoogleraar Janet Treasure over het management van eetstoornissen. Gedurende een periode van een half jaar is uitgebreid over de stelling nagedacht en met diverse hoogleraren en collega studenten gesproken over de mogelijke invloed van persoonlijkheidsfactoren bij eetstoornissen. Pas in juni 2007 werd besloten dit uit te werken in een artikel. Om deze vragen te beantwoorden is er intensief gezocht op twee manieren; 1) In de bibliotheek van de Universiteit van Tilburg naar boeken over eetstoornissen en persoonlijkheid; 2) naar artikelen via de zoekmachines PubMed en PsychINFO. Omdat er veel literatuur beschikbaar zijn over eetstoornissen is specifiek gezocht met de woorden; personality + traits + disorders + eating. Daaruit kwamen ongeveer 166 publicaties die op de titel zijn geselecteerd. Bij de publicatie was het cruciaal dat er uit de titel bleek dat het ging om een onderzoek wat het verband tussen persoonlijkheid en eetstoornissen onderzocht. In die 166 artikelen waren ook publicaties die betrekking hadden op alexithymie en obsessief compulsief gedrag. Omdat dit bij eetgestoord gedrag aan de orde bleek te zijn en vaak bleek voor te komen is dit meegenomen in het literatuuronderzoek. Een tweede zoektocht gebeurde in dezelfde online zoekmachines met de woorden; personality + dimension + eating + disorders en had 38 publicaties tot gevolg bij PsychINFO en 40 bij PubMed. Relevante literatuur bleek literatuur die van recente datum was (minder dan 10 jaar oud) en literatuur over de associatie van persoonlijkheid en eetstoornissen. Voor persoonlijkheid was het met name belangrijk dat er een dimensionale persoonlijkheidstest in het onderzoek was gebruikt zoals de NEO Personality Inventory of de Temperament and Character Inventory. Na het doornemen van de literatuur werden er 36 bronnen gevonden die relevante inhoud hadden, welke zijn verwerkt in dit literatuuronderzoek.

Resultaten:

Persoonlijkheidsdimensies, persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornissen

Voor persoonlijkheidsstoornissen is men het inmiddels eens dat deze in een dimensionaal classificatiesysteem beter worden gerepresenteerd dan in een categoriaal classificatiesysteem en dat de dimensionale aanpak bovendien meer validiteit bezit (Livesley, 2007; Verheul, 2007). Tegenwoordig zijn er vele dimensionale modellen die men voorhanden heeft bij het maken van een diagnose en deze geven de clinicus onder andere de mogelijkheid om persoonlijkheidsproblematiek breder weer te geven als het gaat om gedragsaspecten. Volgens Verheul (2007) kunnen de dimensionale modellen worden ingedeeld in vier groepen; gedimensionaliseerde versies van bestaande categorieën; dimensionale reorganisaties van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen; klinische spectramodellen; dimensionale modellen van het algemeen functioneren. Vooral de laatste blijkt interessant voor eetstoornissen, het vijfactorenmodel van Eysenck (NEO Personality Inventory-Revised) en het zevenactorenmodel van Cloninger (Temperament and Character Inventory-Revised) worden in persoonlijkheidsonderzoeken bij eetstoornissen veelvuldig gebruikt (Bollen & Wojciechowski, 2004; Cassin & Von Ranson, 2005; Fassino et al., 2004; Fassino et al., 2001; Fernández-Aranda et al., 2004; Klump et al., 2004; Lilienfeld et al., 2006; Vervaet, Heeringen & Audenaert, 2004). Vaak is met moeite te zeggen of persoonlijkheidstrekken die voorkomen bij patiënten met een eetstoornis voorafgaan aan de stoornis of dat ze gewoonweg correleren met het ziekteproces (Klump et al., 2004). Mede doordat veel studies retrospectief zijn en omdat bepaalde trekken die voorkomen bij eetstoornissen geen traditionele persoonlijkheidstrekken zijn, bijvoorbeeld de drang naar slankheid en leedvermijding.

Op het gebied van persoonlijkheidsdimensies wordt steeds meer onderzoek gedaan en de meeste studies bevestigen elkaar op de complexe relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en eetstoornissen (Cassin & Von Ranson, 2005). Persoonlijkheid wordt doorgaans weergegeven in persoonlijkheidstrekken. Vragenlijsten die veelvuldig worden gebruikt zijn het vijfactorenmodel (NEO Personality Inventory-Revised) en het zevenactorenmodel van Cloninger (Temperament and Character Inventory-Revised). Het vijfactorenmodel meet op vijf brede domeinen van de persoonlijkheid; 1) extraversie versus introversie; 2) vriendelijkheid tegenover antagonisme; 3) consciëntieusheid tegenover impulsiviteit; 4) emotionele instabiliteit (neuroticisme) tegenover stabiliteit; 5) openheid tegenover rigiditeit (Verheul, 2007). Het zevenactorenmodel meet op zeven dimensies van persoonlijkheid, vier daarvan zijn gerelateerd aan temperament; 1) het voorkomen van gekwetst raken (harm avoidance); 2) nieuwsgierigheid (novelty seeking); 3) beloning afhankelijkheid (reward dependence); 4) volharding (persistence). De overige drie dimensies zijn gerelateerd aan het karakter; 5) eigengerichtheid (self-directedness); 6) samenwerkingsbereidheid (cooperativeness); 7) zelf-overtreffing (self-transcendence) (Cloninger, Przybeck & Svrakic, 1991). De relatie tussen persoonlijkheidskenmerken kan worden verklaard vanuit drie modellen. Het "predispositiemodel" stelt dat een persoon kwetsbaar is voor het krijgen van een eetstoornis door het hebben van bepaalde persoonlijkheidskenmerken. Het "littekenmodel" gaat er vanuit dat door de eetstoornis bepaalde persoonlijkheidskenmerken worden versterkt en volgens het "gezamenlijk voorkomen model" hebben eetstoornissen geen causale relatie met elkaar maar worden ze veroorzaakt door een derde variabele die het risico voor één of beide stoornissen verhoogt (Bloks, 2004).

Patiënten met een eetstoornis vertonen in veel studies die de relatie tussen persoonlijkheidstrekken en verstoord eetgedrag onderzoeken dezelfde uitslag en patronen (Cassin & Von Ranson, 2005). Eetstoornis patiënten worden in de meeste onderzoeken verdeelt in verschillende subgroepen om zo het onderzoek duidelijker te maken en de kans op significante resultaten te vergroten, tenslotte liggen onder de verschillende subgroepen ook verschillende persoonlijkheidsconstructen. Veel subgroeperingen van patiënten zijn doorgaans gerelateerd aan de diagnose van het diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) en bestaan veelal uit de subgroepen; anorexia nervosa van het restrictieve type versus anorexia nervosa van het purgerende type; boulimia nervosa versus een eetbuistoornis of een van die combinaties. Bij onderzoeken met het vijfactorenmodel komt herhaaldelijk naar voren dat patiënten met een eetstoornis hoger scoren op neuroticisme dan controlegroepen (Bollen & Wojciechowski, 2004; Cassin & Von Ranson, 2005). Neuroticisme is een stabiele persoonlijkheidsdimensie en wordt gekenmerkt door een aanleg voor;

emotionaliteit; overgevoeligheid; angst; zorgen; moedeloosheid en depressie (Eysenk et al., 1985). Over het algemeen scoren alle patiëntgroepen met een eetstoornis lager op vriendelijkheid (Bloks, 2004; Bollen & Wojciechowski, 2004; Cassin & Von Ranson, 2005) en hoger op openheid (Bloks, 2004; Bollen & Wojciechowski, 2004; Cassin & Von Ranson, 2005). Op de persoonlijkheidsdimensie consciëntieusheid bestaat een verschil tussen de subgroepen; anorexia patiënten van het restrictieve type scoren hoger dan patiënten met een bulimische eetstoornis en ook hoger dan controlegroepen (Bollen & Wojciechowski, 2004; Cassin & Von Ranson, 2005). Hetzelfde patroon kan worden gevonden bij impulsiviteit, waar anorexia nervosa patiënten van het restrictieve type minder impulsief zijn dan niet-psychiatrische controlegroepen (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2002). Boulimia nervosa patiënten daarentegen vertonen een hogere mate van impulsiviteit in vergelijking met patiënten met restrictieve anorexia nervosa en in vergelijking met niet-psychiatrische controlegroepen. Dat verschil kan onder andere liggen in de hoge mate van emotionele instabiliteit die patiënten met boulimia nervosa blijken te hebben, overeten wordt geassocieerd met een gebrek aan vaardigheden om emoties te handhaven en te beheersen (Fassino et al., 2004). Impulsiviteit wordt bij eetstoornissen ook geassocieerd met woede en boosheid, deze vormen van negatieve emotionaliteit en neuroticisme worden gevonden bij veel eetgestoord gedrag en blijken goeden voorspellers voor het ontstaan van een eetstoornis (Bloks, 2006; Fassino et al., 2001; Klump et al., 2004; Leon et al., 1993; Leon et al., 1999; Lilienfeld et al., 2006). Patiënten met een eetstoornis van het anorectische type hebben, in tegenstelling tot boulimie patiënten, een hoge tolerantie en zijn minder snel gefrustreerd, mogelijk doordat zij pathologisch minder snel conflicten zullen aangaan of opzoeken. Ook keren zij hun woede en vijandigheid naar zichzelf in plaats van naar de omgeving. Boulimische patiënten scoren in persoonlijkheidstesten ook hoger op nieuwsgierigheid (novelty seeking) dan anorectische patiënten (Cassin & Von Ranson, 2005; Fassino et al., 2001; Kleifield et al., 1994) wat erop duidt dat de boulimische patiënten een mogelijke predispositie hebben om gevoelens van woede, impulsiviteit en intolerantie te uiten. Patiënten met een eetstoornis blijken ook hoger te scoren op de persoonlijkheidsdimensie; zoeken naar sensatie (sensation-seeking), voornamelijk de patiëntgroepen met een boulimische pathologie (anorexia nervosa purgerende type; boulimia nervosa; eetbuistoornis). Ofschoon patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve type op die dimensie lager scoren dan de controlegroepen, zijn zij even sensatie zoekend als controle groepen met een psychiatrische pathologie (Cassin & Von Ranson, 2005). Op de dimensie; voorkomen van gekwetst raken (harm avoidance), scoren zowel patiënten met anorexia met en zonder verleden van boulimia als de patiënten met boulimia met en zonder verleden van anorexia hoog (Kleifield et al., 1994). Drang voor slankheid lijkt ook een belangrijk element bij eetproblematiek, ofschoon dit geen traditionele persoonlijkheidsdimensie is, tonen diverse onderzoeken samenhang tussen de drang naar slankheid en eetstoornissen (Jiménez-Murcia et al., 2007; Lilienfeld et al., 2006; Vervaet, Van Heeringen & Audenaert; 2004). Een lage drang voor slankheid wordt, vooral bij patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve type, geassocieerd met minder eetgerelateerde pathologie en minder ernstige psychopathologie (Jiménez-Murcia et al., 2007; Vervaet, Van Heeringen & Audenaert; 2004). Drang voor slankheid en ontevredenheid met het eigen lichaam wordt gezien als een belangrijke voorspeller voor de ontwikkeling van een eetstoornis over de tijd (Lilienfeld et al., 2006). Eén van de limiterende factoren in onderzoek naar persoonlijkheidsdimensies bij anorexia nervosa is de kracht van de diagnose, het komt niet zelden voor dat anorexia nervosa van het restrictieve type na een bepaalde periode evolueert naar het meer boulimische type van anorexia nervosa of naar boulimia nervosa (Bollen & Wojciechowski, 2004; Speranza et al., 2005). Zie tabel 1 voor een schematisch overzicht van de persoonlijkheidsdimensies die met de subgroepen van eetgestoorde patiënten worden geassocieerd.

Het voorkomen van gekwetst raken (harm avoidance) en eigengerichtheid (self-directedness) blijken negatief en positief te correleren met kwaliteit van leven (Masthoff & Trompenaars, 2006). Dit bevestigt de resultaten van De La Rie et al. (2005), welke vaststelden dat patiënten met een eetstoornis een verminderde kwaliteit van leven rapporteerden. Onderlinge verschillen tussen de patiënten met anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetstoornis NAO (niet anderszins omschreven) werden niet gevonden. Opmerkelijk is dat de samenhangende persoonlijkheidsdimensies; het voorkomen van gekwetst raken (harm avoidance) en eigengerichtheid (self-directedness) ook geen verschillen vertonen tussen de subgroepen van patiënten (Cassin & Von Ranson, 2005). Ook na herstel van een eetstoornis

rapporteren patiënten nog steeds een verminderde kwaliteit van leven. Op de persoonlijkheidsdimensies eigengerichtheid en samenwerkingsbereidheid scoren patiënten met een eetstoornis ook significant lager. Deze twee dimensies zijn volgens de persoonlijkheidspsycholoog Cloninger bijzonder belangrijk voor het bepalen van de sterkte van het karakter en het potentiële risico voor de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis (Cloninger et al., 1991; Fassino et al., 2001).

Een omstreden probleem bij eetstoornissen is het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen naast de eetstoornis, zogenaamde clustercomorbiditeit. Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis blijkt een risicofactor voor het ontwikkelen van een eetprobleem (Fernández-Aranda et al., 2004). Daarnaast blijkt elke eetstoornis zijn eigen associaties te hebben met persoonlijkheidsstoornissen. Zo komen persoonlijkheidsstoornissen van het dramatische cluster, met name de borderline persoonlijkheidsstoornis, regelmatig voor bij patiënten met boulimia nervosa, (Klump, 2004; Skodol, 2005; Zanarini et al., 1998) wat de effectiviteit van de behandeling negatief kan beïnvloeden (Bloks 2004; Cassin & Von Ranson, 2005; Klump 2004). In een follow-up studie van 5 jaar bleek dat het voorkomen van een borderline persoonlijkheidsstoornis naast een eetstoornis de uitkomst van een behandeling negatief kan beïnvloeden wanneer dit dimensioneel wordt gemeten. Bij een categorische meting van de uitkomst van de behandeling trad het negatieve effect echter niet op (Wonderlich et al., 1994). Persoonlijkheidsstoornissen van het angstige-vreesachtige cluster (obsessieve-compulsieve, afhankelijke, vermijdende) komen het meest voor bij patiënten met een eetstoornis, zelfs tot een jaar na herstel (Cassin & Von Ranson, 2005; Lilienfeld, 2006; Skodol, 2005). Bij ongeveer 45% van de patiënten met anorexia nervosa komt een persoonlijkheidsstoornis voor van het angstige-vreesachtige cluster (Bloks, 2004). Persoonlijkheidsstoornissen van het dramatische cluster (borderline, narcistische, theatrale, antisociale), of symptomen van die persoonlijkheidsstoornissen, komen specifiek voor bij patiënten die hersteld zijn en/of lijden aan eetstoornissen met boulimische pathologie (Lilienfeld, 2006; Skodol, 2005). Bij patiënten van boulimia nervosa is in 44% van de gevallen sprake van een persoonlijkheidsstoornis van het angstige-vreesachtige cluster en van het dramatische cluster (Bloks, 2004). Net als bij de overweging van de belangrijkheid van persoonlijkheidsdimensies bij eetstoornissen, komen bij persoonlijkheidsstoornissen ook tegengestelde overwegingen voor. Recent prospectief onderzoek bij patiënten met boulimia nervosa en eetstoornissen niet anderszinds omschreven (NAO) laat zien dat noch de aanwezigheid noch de intensiteit van een persoonlijkheidsstoornis een rol speelt bij de natuurlijke oorzaak van de eetstoornis (Grilo et al., 2003). Patiënten met een eetstoornis die naast de gewone diagnostische kenmerken ook lijden aan symptomen van het dramatische cluster kunnen ook een hoge mate van narcisme laten zien in hun sociale interactie. Narcisme is een diepgaand patroon van grootheidsgedoevens, behoefte aan bewondering en een gebrek aan empathie (Hengeveld & Van Balkom, 2005) en kan worden gezien als een pathologie die mede betrekking heeft op de fysieke verschijning en representatie met behoefte aan externe validatie door de sociale omgeving. Daarnaast is er vaak sprake van een intense interpersoonlijke gevoeligheid (Cassin & Von Ranson, 2005) hetgeen goed aansluit bij het gedrag wat wordt vertoond door patiënten met een eetstoornis van het boulimische type. Verder kan narcisme blijven bestaan na remissie van boulimia nervosa.

Een andere invalshoek bij het benaderen van een eetstoornis als persoonlijkheidsproblematiek dwingt ons stil te staan bij het egodystone gedrag wat vaak voorkomt bij patiënten met anorexia nervosa. Het DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders/Text-Revision) spreekt hierover in zijn klinische uitleg bij anorexia nervosa en geeft aan dat; "het individu meestal onder professionele aandacht wordt gebracht door familieleden nadat een opvallend gewichtsverlies heeft plaatsgevonden. Als individuen al hulp zoeken is dit meestal vanwege hun subjectieve opwindings als lichamelijk of psychologisch gevolg van uithongering. Het is zeldzaam voor een individu met anorexia nervosa om te klagen over gewichtsverlies op zichzelf. Individuen met anorexia nervosa hebben regelmatig een gebrek aan inzicht, of aanzienlijke ontkenning, van het probleem" (American Psychiatric Association, 2000, p. 584). Het niet ervaren van ziekte, of het niet ervaren van zichzelf als ziek, is typerend voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De gevoelens die vreemd zijn aan het ego of 'ik' (egodystoon) zijn dan ook gevoelens die herhaaldelijk worden teruggevonden bij

eetstoornispatiënten (Serpell et al., 2004). Het niet zoeken van hulp, de misvormde perceptie en het verstoorde ziektebesef maken het des te geloofwaardiger dat eetstoornissen een egodystone basis vertonen of bezitten, hetgeen een onderliggende persoonlijkheidsproblematiek meer aannemelijk maakt. Vanuit deze ontkenning van ziekte ontstaat in de praktijk niet zelden een verminderde motivatie om geholpen te worden. Dat motivatie lastig is op te brengen kan ook komen door de aanwezige ambivalentie bij de stoornis, met enerzijds het ontkennen van de stoornis welke wordt versterkt door de functionaliteit van het lijngedrag, en anderzijds de negatieve gevolgen voor de patiënt (Bloks, 2006). Motivatie blijkt op zijn beurt een goede indicator voor de behandelingsresponse; motivatie blijkt positief te correleren met gewichtstoename in de eerste acht weken van opname bij patiënten met anorexia nervosa (Rieger & Touyz, 2006). Dezelfde onderzoekers vonden dat problemen in de motivatie duurzaam kunnen zijn bij diverse symptomen van anorexia nervosa, mogelijk mede door de aanwezige ambivalentie, gewichtstoename en bezorgdheid over uiterlijk en gewicht.

Perfectionisme

Perfectionisme wordt als persoonlijkheidstrekk of persoonlijkheidskenmerk niet direct bij naam genoemd in het DSM-IV-TR of het ICD-10 (europees handboek voor classificatie van psychische stoornissen). Toch is perfectionisme een centraal kenmerk bij eetstoornissen (Halmi et al., 2005) en wordt niet zelden geassocieerd met eetstoornissen (Cassin & Von Ranson, 2005). Perfectionisme wordt gekarakteriseerd door de neiging hoge en onrealistische eisen te stellen aan zichzelf, ondanks het bestaan van tegengestelde consequenties. Patiënten met een eetstoornis hebben onrealistische persoonlijke standaarden voor zichzelf en geloven dat anderen hen streng en wrang beoordelen. Sinds 1990 bestaat er een multidimensionale conceptualisatie om de unidimensionale kijk op perfectionisme te vervangen (Cassin & Von Ranson, 2005). Een van die multidimensionale perspectieven heeft betrekking op de maladaptieve en adaptieve aspecten van perfectionisme. Patiënten met een eetstoornis hebben een significant hoger neurotisch perfectionisme (angst over de prestatie) en normaal perfectionisme (hoge persoonlijke eisen) in vergelijking met controlegroepen en patiënten met een obsessieve compulsieve stoornis (Cassin & Von Ranson, 2005; Lilenfeld et al., 2006; Jiménez-Murcia et al., 2007). Perfectionisme lijkt meer geassocieerd met kenmerken van een obsessieve-compulsieve persoonlijkheid dan met kenmerken van een klinische obsessieve compulsieve stoornis (OCS). De combinatie van perfectionisme met een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (OCPS) kan een relevant gedragskenmerk zijn welke ten grondslag kan liggen aan de kwetsbaarheid voor eetstoornissen (Halmi et al., 2005). Ofschoon diverse onderzoeken consistent rapporteren dat er een associatie is tussen perfectionisme en eetstoornissen, is het niet zeker of perfectionisme specifiek met verstoord eten kan worden geassocieerd of meer algemeen met onaangepast gedrag.

Obsessief en compulsief gedrag

Diverse onderzoeken hebben inmiddels het verband tussen eetstoornissen en obsessief en compulsief gedrag, of trekken daarvan, onderzocht. Zowel obsessieve als compulsieve trekken (waaronder twijfelen, controleren en de behoefte aan symmetrie en exactheid, het van buiten leren en kennen van de calorieën in voedingsproducten) worden geassocieerd met verstoord eten in zowel academische als klinische studies (Cassin & Von Ranson, 2005; Jiménez-murcia et al., 2007). De vraag is hier niet alleen of er een verband zou kunnen bestaan tussen obsessief en compulsief gedrag en eetstoornissen, maar ook of er nou exact sprake is van comorbiditeit of een meer uitgebreide, nog niet categorisch omschreven, pathologie. Anders omschreven; "is compulsief en obsessief gedrag nu een vorm van apart gestoord gedrag naast een eetstoornis of is het een belangrijk element van een eetstoornis an sich?" Familie studies tonen een hogere prevalentie van OCS en OCPS bij familieleden van individuen met een eetstoornis (Halmi et al., 2005; Jiménez-murcia et al., 2007). Bij patiënten die vanaf de adolescentie lijden aan anorexia nervosa werden in een onderzoek van Lilenfeld et al. (2006) hogere niveaus gevonden van obsessieve-compulsieve- en ontwijkende-persoonlijkheidsstoornissen, zelfs bij patiënten die al waren hersteld van hun eetstoornis. Anorexia nervosa van het restrictieve type wordt meer geassocieerd met compulsieve trekken en boulimia nervosa, waarschijnlijk vanwege de

emotionele instabiliteit, met impulsiviteit. Patiënten met anorexia nervosa daarentegen blijken op impulsiviteit lager te scoren dan niet-psychiatrische controlegroepen (Cassin & Von Ranson, 2005). Als comorbide stoornis (voorkomend als aparte stoornis naast een eetstoornis) komt OCS bij 10-60 procent voor bij anorexia nervosa en 0-40 procent bij boulimia nervosa (Halmi et al., 2005). Uiteraard is er een groot pathologisch verschil tussen een obsessieve-compulsieve stoornis en een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Persoonlijkheidstreken die belangrijk zijn voor de diagnose van een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis komen minder voor bij een eetstoornis; maar één op de vijf patiënten in de studie van Serpell (2006). De aanwezigheid van een obsessieve-compulsieve stoornis naast een eetstoornis wordt geassocieerd met een ernstigere eetstoornis, langere duur van de stoornis en een slechtere prognose (Jiménez-murcia et al., 2007). Als de symptomen bij een patiënt met anorexia nervosa ernstig zijn, blijkt dat de obsessieve-compulsieve symptomen en de symptomen die horen bij een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis ook ernstig zijn (Serpell et al., 2006). Patiënten met een obsessieve-compulsieve gedragsstoornis hebben op zichzelf een meer obsessieve symptomatologie dan patiënten met een eetstoornis. Terwijl eetgestoorde patiënten met obsessieve symptomen op dat vlak niet verschillen met patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis, zowel in hun obsessieve gedrag om orde en symmetrie te verkrijgen als in somatische obsessies (Halmi et al., 2003). Het verband tussen obsessief - compulsief gedrag en een eetstoornis heeft in zekere zin ook een voorspellende waarde; obsessieve en compulsieve trekken in de kindertijd blijken goede indicatoren te zijn voor de ontwikkeling van een latere eetstoornis (Cassin & Von Ranson, 2005; Jiménez-murcia et al., 2007). Zowel obsessief als compulsief gedrag kan de behandeling van, en prognose bij, een eetstoornis geen goed doen en dergelijk gedrag blijkt dus een serieuze aanpak te verdienen bij de behandeling en diagnose van een eetstoornis.

Alexithymie

Alexithymie is een persoonlijkheidstrek die gekenmerkt wordt door een onvermogen om gevoelens en emoties te herkennen of onder woorden te brengen, een gebrekkige of verminderde fantasie en een verminderd of zwak introspectief denken (Blok, 2006; Fassino et al., 2004). Alexithymie komt regelmatig voor naast een eetstoornis (Fassino et al., 2004; Speranza et al., 2005). Patiënten met alexithymie worden door hun gebrek in het reguleren van emoties overstelpt met sensaties die zij niet kunnen controleren, wat op den duur kan leiden tot maladaptief zelfstimulerend gedrag zoals uithongeren of eetbuien. Eetstoornissen worden geassocieerd met een gebrek aan vaardigheden om emoties te handhaven en te beheersen en het maladaptieve zelfstimulerende gedrag sluit dan ook goed aan bij de pathologie die schuilt achter de eetstoornis (Fassino et al., 2004; Speranza et al., 2005). In een onderzoek van Speranza scoorden alle groepen van patiënten met een eetstoornis (Anorexia nervosa restrictief, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa purgerende type) hoger op alexithymie dan de gezonde controlegroepen. De grootste verschillen tussen de patiëntgroepen en de gezonde controlegroepen werden gevonden in de eerste twee factoren van de Toronto Alexithymia Schaal (TAS), namelijk de factoren die meten hoe moeilijk een patiënt het vindt om gevoelens te beschrijven (Difficulty Describing Feelings) en hoe moeilijk een patiënt het vindt om gevoelens te identificeren (Difficulty Identifying Feelings) (Speranza et al., 2005). De verminderde mogelijkheid om gevoelens en emoties te uiten kunnen bij anorectische patiënten gerelateerd zijn aan stabielere trekken in het (dis)functioneren van de persoonlijkheid, zoals bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis, de vermijdende persoonlijkheidsstoornis en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (Speranza et al., 2005).

Depressie

Het voorkomen van depressieve gevoelens naast een eetstoornis is niet zeldzaam, sterker nog, depressiviteit is een belangrijke variabele bij eetstoornissen. Eetgestoorde patiënten scoren in diverse onderzoeken hoger op de Beck Depression Inventory (lijst van 66 items om depressie te meten) dan gezonde patiënten (Speranza et al., 2005). De relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en

eetsymptomatologie kan gedeeltelijk worden verduisterd door de mate van depressiviteit. Depressieve klachten kunnen zowel het gevolg als de voorloper zijn van een eetstoornis. Over het algemeen verminderen de depressieve klachten bij het herstel van de eetstoornis, indien dit niet het geval is kan het zijn dat er sprake was van een depressie voorafgaand aan de eetstoornis (Bloks, 2006). Patiënten met een eetstoornis zijn significant meer depressief dan gezonde controlegroepen of psychiatrische controlegroepen. Patiëntgroepen met boulimia nervosa en anorexia nervosa (wel of niet hersteld) waren in een onderzoek van Kleifield et al. (1994) significant meer depressief dan de gemiddelde patiënt met enkel boulimia nervosa of anorexia nervosa (Kleifield et al., 1994; Jiménez-murcia et al., 2007). In een onderzoek van Fassino et al. (2004) werden echter maar weinig verschillen gevonden tussen de patiëntgroepen met een eetstoornis; patiënten met anorexia nervosa van het restrictieve type verschilden niet significant van patiënten met boulimia nervosa, extreme zwaarlijvigheid of een eetbuistoornis. Wanneer depressieve symptomen voorkomen als comorbiditeit bij een eetstoornis is er bij boulimische patiënten eerder sprake van een dysthyme stoornis dan van een ernstige depressieve stoornis (Speranza et al., 2005). Bij anorexia nervosa patiënten van het restrictieve type is dan weer meer depressieve expressie dan bij de andere subtypes.

Concluderend:

Aan het begin van dit artikel werd gesteld dat dimensionale modellen persoonlijkheidsproblematiek of persoonlijkheidsstoornissen beter weergeven dan de huidige categorische modellen. De discussie categorisch versus dimensionaal is er eentje die in het klinische werkveld inmiddels al meerdere keren is aangehaald door diverse organen. Of de dimensionale aanpak de categorische aanpak volledig zal overnemen wordt door menig wetenschapper betwist, enerzijds is de categorische aanpak een traditionele die goed aansluit bij het Westerse denken (in polariteiten), waarbij grenzen duidelijk zijn afgebakend (Derksen, 1993). Anderzijds bezit de dimensionale aanpak meer validiteit en sluit deze soms beter aan bij de pathologie (Livesley, 2007). Voor eetstoornissen is er nog geen eenduidig antwoord op de vraag of eetstoornissen nu een persoonlijkheidsproblematiek (of zelfs stoornis) zijn, of enkel een klinische stoornis. Veel onderzoeken ontkennen de rol van persoonlijkheid en perfectionisme niet, maar geven toch nuances in hun conclusies over de rol die bovenstaande dimensies hebben bij de eetstoornis. Resultaten blijven bij benadering toch tegenstrijdig als het gaat om de relatie tussen eetstoornissen en een obsessieve compulsieve stoornis, de exacte verbanden staan nog ter discussie, maar dat er verbanden zijn tussen de obsessieve en compulsieve persoonlijkheid en eetstoornissen wordt niet langer ontkent (Jiménez-murcia et al., 2007). Daarnaast heeft nog geen enkele longitudinale studie de rol van persoonlijkheidskenmerken onderzocht als voorspeller van anorexia nervosa of boulimia nervosa en zijn de meeste studies retrospectief (Klump et al., 2004). Om de specifieke relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en eet-pathologie te verduidelijken is meer onderzoek nodig, mede om de manier van diagnose en behandeling te veranderen van richting (Bloks, 2004).

Niet op de laatste plaats zijn er natuurlijk nog de diagnostische vlakken waarop eetstoornissen worden gerepresenteerd. Lastig is dat er voortdurend nieuwe diagnostische categorieën voor eetstoornissen worden voorgesteld, die zich zouden onderscheiden van de reeds bekende stoornissen. Bijvoorbeeld atletica nervosa voor fanatieke sporters die er gespierd uit willen zien of orthorexia nervosa, wat verwijst naar de obsessie voor gezonde voeding (Bloks 2006). Andere wetenschappers pleiten voor de opname van obesitas in het DSM, aangezien er momenteel moeilijk onderscheid te maken is tussen de niet-purgerende boulimia patiënten en patiënten met een eetbuistoornis. Patiënten met een eetbuistoornis zijn daarnaast ook vaak extreem zwaarlijvig (Fassino et al., 2004). Verder wordt door diverse wetenschappers gepleit voor de toevoeging van verschillende trekken aan de klassieke persoonlijkheidsdimensies, zoals de drang naar slankheid. Welke nog geen traditionele persoonlijkheidstrekk is maar wellicht in de toekomst wel als zodanig beschouwd zal worden (Lilenfeld et al., 2006; Vervaet et al., 2004).

Eetstoornissen blijken samen te hangen met persoonlijkheidsproblematiek; impulsiviteit, sensatie zoeken, neuroticisme, het voorkomen van gekwetst raken; eigengerichtheid, perfectionisme enzovoort. Het lijkt dan ook steeds duidelijker te worden dat eetstoornissen meer zijn dan enkel hardnekkige symptoomstoornissen die moeilijk te behandelen zijn. Eetstoornissen neigen naar de kant van persoonlijkheidspathologie en daarmee naar de kant van de persoonlijkheidsstoornissen. Dit komt erop neer dat eetstoornissen niet langer mogen worden gezien als symptoomstoornis op zichzelf met een hoge comorbiditeit. Omdat eetstoornissen blijken samen te hangen met een diepere verstoorde persoonlijkheidsstructuur is het zaak deze ook als dusdanig te benaderen en te behandelen. Voor deze benadering lijkt een dimensionale aanpak de juiste door zijn validiteit en betere representatie van de pathologie. Wanneer diagnoses voor eetstoornissen zich verbreden met dimensionale modellen, kan worden begonnen met een nieuwe uitdaging; de aanpak van een eetstoornis als persoonlijkheidsproblematiek. En daarmee lijkt voor eetstoornissen en nieuw tijdperk te zijn aangebroken.

Literatuur:

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. TR. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bloks, J. A. (2004). Personality dimensions, coping strategies and the course of eating disorders. (Doctorale dissertatie, Universiteit Leiden, 2004). Op 20-07-2007 ontleend aan <http://www.lumc.nl/4030/samenvattingen/200410/Blocks.htm>
- Bloks, J. A. (2006). Eetstoornissen. In J. E. Hovens & H. J. G. M. van Megen (red.), *Handboek psychologische psychiatrie* (pp. 323-337). Utrecht: De Tijdstroom.
- Bollen, E., & Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia Nervosa Subtypes and the Big Five Personality Factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 117-121.
- Cassin, S. E., & Ranson, K. M. von (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32, 707-714.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: US normative data. *Psychological Reports*, 69, 1047-1057.
- Derksen, J. J. L. (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek en behandeling van DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J., & Barratt, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, Psychopathological and Personality Correlates of Interoceptive Awareness in Anorexia nervosa, Bulimia nervosa and Obesity. *Psychopathology*, 37, 168-174.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., Leombruni, P., & Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychomatic Research*, 51, 757-764.
- Fernández-Aranda, F., Aitken, A., Badia, A., Giménez, L., Solano, R., Collier, D., Treasure, J., & Vallejo, J. (2004). Personality and Psychopathological Traits of Males with an Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 12, 367-374.

- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Pagano, M. E., Yen, S., & McGlashan, T. H. (2003). The natural course of bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 319-330.
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Keel, P., Klump, K. L., Lilienfeld, L. R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2005). The Relation among Perfectionism, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 38*, 371-374.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W. H., Shabboat, M. A., Bulik, C. M., & Kaye, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 308-319.
- Hengeveld, M. W., & Balkom, A. J. L. M. van (red.) (2005). *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jiménez-Murcia, S., Fernández, F., Raich, R. M., Alonso, P., Krug, I., Jaurrieta, N., Álvarez-Moya, E., Labad, J., Menchón, J. M., & Vallejo, J. (2007). Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61*, 385-391.
- Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S., & Halmi, K. A. (1994). The Tridimensional Personality Questionnaire: An exploration of personality traits in eating disorders. *Journal of Psychiatric Research, 28*, 413-423.
- Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Keel, P. K., Berrettini, W. H., Plotnicov, K., Pollice, C., Lilienfeld, L. R., & Kaye, W. H. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine, 34*, 1407-1418.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology 102*, 438-444.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescence girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence 28*, 181-196.
- Lilienfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review, 26*, 299-320.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 21*, 199-224.
- Masthoff, E. D. M., & Trompenaars, A. J. W. M. (2006). Quality of life in Psychiatric Outpatients. (Doctorale dissertatie, Universiteit van Tilburg, 2006). Maastricht: Universitaire Pers.
- Rie, S. M. de la, Noordenbos, G., & Furth, E. F. van. (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research, 16*(6).
- Rieger, E., & Touyz, S. (2006). An Investigation of the Factorial Structure of Motivation to Recover in Anorexia Nervosa Using the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire. *European Eating Disorders Review, 14*, 269-275.

- Rousset, I., Kipman, A., Adès, P., & Gorwood, P. (2004). Personnalité, temperament et anorexie mentale. *Annales Médico Psychologiques*, *162*, 180-188.
- Serpell, L., Hirani, V., Willoughby, K., Neiderman, M., & Lask, B. (2006). Personality of Pathology? Obsessive-Compulsive Symptoms in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, *14*, 404-413.
- Serpell, L., Teasdale, J. D., Troop, N. A., & Treasure, J. (2004). The Development of the P-CAN, a measure to Operationalize the Pros and Cons of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 416-433.
- Skodol, A. E. (2005). Manifestations, Clinical Diagnosis, and Comorbidity. In J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (red.), *Textbook of Personality Disorders* (pp. 57-87). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J. L., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., & Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, *135*, 153-163.
- Verheul, R. (2007). Klinische bruikbaarheid van dimensies versus categorieën in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. In R. Verheul & J. H. Kamphuis (red.), *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen* (pp. 13-27). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vervaet, M., Heeringen, C. van, & Audenaert, K. (2004). Is Drive for Thinness in Anorectic Patients Associated with Personality Characteristics? *European Eating Disorders Review*, *12*, 375-379.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 137-147.
- Wonderlich, S. A., & Mitchell, J. E. (1994). Five-year outcome from eating disorders: Relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *15*, 233-243.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 1733-1739.

Overzicht van persoonlijkheidsdimensies	Verdeling van patiëntgroepen				Gebruikte meetschaal	Data afkomstig uit het onderstaande
	ANR	ANP	BN	EBS		
1. Perfectionisme						
perfectionisme georiënteerd naar zichzelf	hoog		hoog	hoog	(MPS)	Cassin & Von Ranson, 2005; Fernán
perfectionisme georiënteerd naar anderen					(MPS)	Cassin & Von Ranson, 2005; Fernán
sociaal voorgeschreven perfectionisme	hoog		hoog	hoog	(MPS)	Cassin & Von Ranson, 2005; Fernán
2. Obsessieve-compulsieve trekken	hoog**		hoog**			Cassin & Von Ranson, 2005; Halmi
3. Impulsiviteit	lager*, **		hoger*, **			Bloks, 2004; Cassin & Von Ranson,
4. Zoekende naar sensatie (Sensation seeking)	laag	hoger*	hoger*	hoger*		Cassin & Von Ranson, 2005.
5. Narcisme	hoger*		hoger**			Cassin & Von Ranson, 2005.
6. Neuroticisme	hoger*	hoger*	hoger*	hoger*	Vijffactorenmodel NEO	Bollen & Wojciechowski, 2004; Cass
7. Vriendelijkheid (Agreeableness)	minder*	minder*	minder*	minder*	Vijffactorenmodel NEO	Bloks, 2004; Bollen & Wojciechowsk
8. Extraversie	geen associatie met ED symptomatologie*				Vijffactorenmodel NEO	Cassin & Von Ranson, 2005.
9. Consciëntieusheid	hoger*	lager*	lager*	lager*	Vijffactorenmodel NEO	Bollen & Wojciechowski, 2004; Cass
10. Openheid (onconventionaliteit)	hoger*	hoger*	hoger*	meer*	Vijffactorenmodel NEO	Bloks, 2004; Bollen & Wojciechowsk
11. Psychoticisme	geen associatie met ED symptomatologie*					Cassin & Von Ranson, 2005.
12. Nieuwsgierigheid (novelty-seeking)	laag	hoog	hoogst	hoog	(TCI) temperament	Bloks, 2004; Fassino et al., 2004; F
13. Het voorkomen van gekwetst raken (harm-avoidance)	hoger*	hoger*	hoog	hoog	(TCI) temperament	Fassino et al., 2001; Cassin & Von R
14. Eigengerichtheid (self-directedness)	lager*	lager*	lager*	lager*	(TCI)-karakter	Fassino et al., 2001; Cassin & Von R
15. Samenwerkingsbereidheid (cooperativeness)	lager*	lager*	lager*	lager*	(TCI)-karakter	Fassino et al., 2001; Cassin & Von R
16. Volharding (persistence)	hoger*	meer*	meer*	meer*	(TCI) temperament	Cassin & Von Ranson, 2005; Klump
17. Zelf-overtreffing (self-transcendence)	laagst*	laag	laag		(TCI)-karakter	Cassin & Von Ranson, 2005; Klump
18. Beloning-afhankelijk (reward-dependence)	normaal*		normaal*		(TCI) temperament	Cassin & Von Ranson, 2005; Klump
19. Zelfsturing	minder*	minder*	minder*	minder*		Bloks, 2004.
20. Leedvermijding	meer*	meer*	meer*	meer*		Bloks, 2004.
21. Alexithymie (TAS):						
moeilijkheden gevoelens de identificeren	hoger*	hoger*	hoger*		Toronto Alexithymia Scale	Speranza et al., 2005.
moeilijkheden gevoelens de beschrijven	hoger*	hoger*	hoger*		Toronto Alexithymia Scale	Speranza et al., 2005.
extern georiënteerd denken	geen verschil*				Toronto Alexithymia Scale	Speranza et al., 2005.

ANB = Anorexia Nervosa Restrictieve type, ANP = Anorexia Nervosa Purgerende type, BN = Boulimia Nervosa, EBS = Eetbuisstoornis (MPS) = Multidimensionale Perfectionisme Schaal; (TAS) = Toronto Alexithymia Scale; (TCI) = Temperament and Character Inventory

* = in vergelijking tot de gezonde/community controlegroep

** = ook na remissie

