

# FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN TRAUMA

<b>Ontwikkeldoel:</b>	<b>Een behandelaanbod van patiënten met PTSS en een Eetstoornis</b>
<b>Opgesteld in/door:</b>	<b>2019: Eetstoornis Experts Netwerk &amp; Specialisme Trauma</b>
<b>Evaluatie:</b>	<b>Jaarlijks</b>

## Introductie

Prevalentiestudies wijzen uit dat de combinatie van een eetstoornis (ES) en psychotraumatologie geregeld voorkomen. Godart et al., (2003) schatten dat de combinatie van een eetstoornis en trauma binnen een klinische setting bij 6 tot 45% van de patiënten voorkomt. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het lastig is om exact weer te geven hoe vaak deze combinatie optreedt, omdat verschillende onderzoekers verschillende definities van trauma hanteren; variërend van life-events tot het meemaken van geweld, misbruik of mishandeling (Zaccagnino et al., 2017). Daarnaast gebruikten onderzoekers verschillende instrumenten en richtten zij zich op verschillende populaties. Om eenduidigheid te scheppen in deze tekst zal vooral uitgegaan worden van traumaklachten die optreden in het kader van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) zoals geformuleerd in de DSM-5 (APA, 2013). Gegeven dat er weinig empirische literatuur te vinden is rondom de combinatie ES & PTSS, zal hieronder gestart worden met een opsomming van de bevindingen uit de literatuur gevolgd door practice-based overwegingen.

## Diagnostiek

Gegeven dat trauma/PTSS vaker voorkomen bij met name boulimische patiënten (Godart et al., 2013) dient de clinicus met name bij deze groep zorgvuldig te vragen of er traumatische episodes hebben plaatsgevonden. Hierbij verdient het de voorkeur gedurende de intake fase, standaard te vragen naar traumatische ervaringen en/of een breed diagnostisch instrument met goede psychometrische eigenschappen af te nemen, denk aan de SCID-5-S (First et al., 2018).

Indien er inderdaad sprake is van een ES en PTSS kan de ernst van de klachten in kaart gebracht worden met een semi-gestructureerd interview, de Eating Disorder Examination (Fairburn et al., 2014, vertaling door Dingemans et al., 2017) of de zelfrapportage variant van dit instrument, de Eating Disorder Examination Questionnaire- NL (EDE-Q, Nauta, Hospers, Kok & Jansen, 2000). Om de ernst van de klachten van de PTSS verder in kaart te brengen kan de Clinician Administered PTSD scale NL (CAPS-5 NL, Boeschoten et al., 2014) afgenomen worden.

Binnen de DSM 5 kan men de klachten nader specificeren. Men kan 'specificiers' opnemen, waarmee het subtype van de stoornis concreter en accurater beschreven kan worden. De verschillende stoornissen en hun specificiers zullen hier onder beschreven worden.

Anorexia nervosa kan gespecificeerd worden naar restrictieve type (gewichtsverlies komt tot stand door diëten, vasten en bewegen) en het eetbuien/purgerende type (er is sprake van eetbuien en purgeergedrag zoals braken of laxeren). De mate van ernst van de stoornis wordt aan de hand van het Body Mass Index (BMI) vastgesteld:

Licht: BMI  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>  
Matig: BMI 16-16.99 kg/m<sup>2</sup>  
Ernstig: BMI 15-15.99 kg/m<sup>2</sup>  
Zeer ernstig: BMI < 15 kg/m<sup>2</sup>

Binnen Boulimia nervosa kan de actuele ernst gespecificeerd worden naar:  
Licht: gemiddeld 1 – 3 episodens met inadequaats compensatoir gedrag per week.  
Matig: gemiddeld 4-7 episodens met inadequaats compensatoir gedrag per week.  
Ernstig: gemiddeld 8-13 episodens met inadequaats compensatoir gedrag per week.  
Zeer ernstig: gemiddeld 14 of meer episodens met inadequaats compensatoir gedrag per week.

De ernst van de eetbuiestoornis kan qua ernst eveneens gespecificeerd worden:

Licht: 1 – 3 eetbui-episoden per week.  
Matig: 4-7 eetbui-episoden per week.  
Ernstig: 8-13 eetbui-episoden per week.  
Zeer ernstig: 14 of meer eetbui-episoden per week.

# FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN TRAUMA



**Let op:** Behoudens de specificier 'in remissie' kunnen de vermijdende voedsel inname stoornis (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID), ruminatiestoornis en pica niet nader gespecificeerd worden.

Specificiers voor PTSS betreffen het subtype met dissociatieve symptomen (depersonalisatie of derealisatie) en het subtype met uitgestelde expressie. Bij een vermoeden van dissociatieve klachten kan er gekozen worden voor een screening met de Dissociative Subtype in PTSD-Inventory (DSP-I; Eidhof, et al., 2016).

## Bevindingen uit de literatuur

Opvallend genoeg zijn er weinig artikelen te vinden in de empirische literatuur waarin de combinatie van een ES en PTSS besproken wordt. Molendijk et al., (2016) hebben een systematische review en meta-analyse gepubliceerd waarin de relatie tussen kindermishandeling en het ontwikkelen van een ES onderzocht werd. Kindermishandeling werd geoperationaliseerd als (seksueel) misbruik, fysieke agressie of (emotionele) verwaarlozing. De auteurs rapporteerden een sterke relatie tussen kindermishandeling en de ontwikkeling van een ES en/of PTSS.

Andere studies wijzen ook uit dat kindermishandeling het risico op een ES of PTSS vergroot (Capretto et al, 2017). Hiermee lijkt er sprake van multifinaliteit in de relatie tussen kindermishandeling en het ontwikkelen van een ES of PTSS, oftewel kindermishandeling vergroot het risico op het ontwikkelen van diverse vormen van psychopathologie. Voorts beschreven de auteurs dat de patiëntengroep met zowel een ES en een PTSS minder gunstige behandeluitkomsten vertonen en doorgaans meer klachten ervaren dan patiënten met enkel een ES of PTSS. De auteurs citeerden hier een studie van Nanni et al. (2012) waarbij de relatie tussen kindermishandeling en het ontwikkelen van een depressie op latere leeftijd onderzocht werd. Hier werd eveneens gevonden dat kindermishandeling samenhangt met een forser klachtenprofiel en minder gunstige behandeluitkomsten. Geadviseerd werd om deze patiëntengroep aanvullend te trainen in emotieregulatie strategieën en/of gerichte traumabehandeling aan te bieden, hetgeen ook een zinvolle suggestie kan zijn voor de populatie ES/PTSS.

Naast traumatische ervaringen in de kindertijd kunnen traumatische ervaringen in het volwassen leven ook resulteren in een ES en/of PTSS. Met name Binge Eating Disorder (BED) patiënten rapporteerden dat de traumatische ervaring/ervaringen juist in het volwassen leven hebben plaatsgevonden (Backholm et al., 2013).

## Behandelimplicaties

Over het algemeen pleit men in de beperkt beschikbare literatuur en de zorgstandaard eetstoornissen (2017) voor een gefaseerde behandeling (starten met traumabehandeling, gevolgd door ES behandeling) of een gecombineerde behandeling (de PTSS en ES simultaan behandelen). Brewerton (2007) schrijft in zijn artikel dat er bij een ES met comorbide manifeste PTSS, de PTSS het startpunt dient te zijn van behandeling. Dit sluit ook aan bij de visie van andere klinici (Beer & Hornsveld, in ten Broeke, de Jongh & Oppenheim, 2008), namelijk dat een manifeste PTSS bij een comorbide ES een gegronde reden is om eerstgenoemde als eerste te behandelen. Een bijkomend voordeel van het eerst behandelen van PTSS is dat eventuele onrust die voortkomt vanuit de PTSS welke het eten van de patiënt ontregeld op deze manier opgelost kan worden, waarmee de kans op een succesvolle ES-behandeling toeneemt. Echter in de behandelpraktijk wordt vaak, met name bij Anorexia Nervosa (AN) gekozen de PTSS niet te behandelen bij ernstig ondergewicht vanwege de veronderstelling dat psychologische behandeling ten tijde van ernstig ondergewicht niet aanslaat. Bij ondergewicht t.g.v. een ES wordt vaak gesproken over het risico op een 'starvation brain', waarbij het brein van de patiënt onvoldoende macronutriënten aangeleverd krijgt (Treasure & Schmidt, 2013). Er zijn klinische ervaringen en studies die erop wijzen dat in een dergelijke toestand de patiënt onvoldoende toegang heeft tot diens emoties (Rancine, S.E. & Wildes, J.E., 2013). Er zijn echter ook studies die dit fenomeen niet vinden (Parling et al., 2010; Haynos et al., 2014). Er is onvoldoende evidentie dat patiënten met een (ernstig) ondergewicht niet zouden kunnen profiteren van een evidence based traumabehandeling. Om te onderzoeken of PTSS gelijktijdig



# FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN

## TRAUMA

behandeld kan worden naast de ES, ook wanneer sprake is van (ernstig) ondergewicht, zijn er momenteel lopen in 2 specialistische eetstoornissen centra (Amarum en Eetstoornis Experts Netwerk) in Nederland onderzoeken gaande waarin de haalbaarheid én de effectiviteit van het geïntegreerd behandelen van PTSS en ES onderzocht wordt (Rijkers, 2018; ten Napel, 2016).

Opgemerkt moet worden dat het mogelijk is dat de patiënt traumatische ervaringen rapporteert zonder dat er ten tijde van de behandeling PTSS symptomen gerapporteerd of waargenomen worden. De kans bestaat dat er 'delayed expression' optreedt, oftewel een verlate uitdrukking van de symptomen indien het lichaam voldoende hersteld is.

### Interventies

#### Bij PTSS

Brewerton (2007) adviseert bij comorbide PTSS én ES klachten (traumagerichte) cognitieve gedragstherapie waarbij er gebruik gemaakt wordt van exposure, zoals imaginaire exposure. Anderzijds kan Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) overwogen worden. Farmacotherapeutisch gezien wordt een selectieve serotonine heropname remmer (SSRI), o.a. fluoxetine of sertraline) geadviseerd. Hierin gaat een voorkeur uit naar de eerdergenoemde psychotherapeutische behandelingen, omdat terugvalcijfers hoog zijn na het staken van farmacotherapie. De zorgstandaard eetstoornissen (2018) adviseert echter tegen het gebruik van SSRI's in de acute fase van AN.

#### In de behandeling van een eetstoornis

Inzake de behandeling van de ES wordt in de zorgstandaard (2017) geadviseerd, afhankelijk van leeftijd (18+ of 18-) e kiezen voor een cognitief gedragstherapeutische behandeling of systemische behandeling (Zorgstandaard eetstoornissen, 2017). Binnen de cognitieve gedragstherapie bestaat de meeste evidentie voor cognitive behavioral therapy – enhanced (CBT-E, Fairburn, 2008). Ook in Nederland is de effectiviteit van deze methode onderbouwd door de uitkomsten van een recente RCT (de Jong et al., 2020).

Andere behandelvormen die worden aangeraden in de zorgstandaard eetstoornissen voor AN (2017) zijn;

- MANTRA bij AN; probeert de (persoonlijkheids)factoren die de eetstoornis in stand houdt aan te pakken middels gedragsexperimenten en andere vaardigheden ontwikkelen.
- SSCM bij AN; doel is het leren leggen van verbanden tussen symptomen, eetgedrag en gewicht en ondersteuning naar het normaliseren van eten en gewicht.

#### Een gecombineerde behandeling

Fairburn is een internationaal geciteerde onderzoeker en clinicus die veel gepubliceerd heeft over de behandeling van ES. In de handleiding (2008) is een stappenplan voor de clinicus opgesteld hoe om te gaan met comorbiditeit:

1. Zijn de kenmerken van de comorbide stoornis direct toe te schrijven aan de ES of de gevolgen van de ES? Indien ja, dan is er sprake van spurieuze comorbiditeit omdat de 'comorbide stoornis' het gevolg van de ES is. Te denken valt aan persoonlijkheidsproblematiek waarin patiënten vastlopen in langdurige dysfunctionele patronen als gevolg van de ES. (zie factsheet ES en Persoonlijkheidsstoornissen).
2. Is het waarschijnlijk dat de symptomen van de comorbide stoornis zullen interfereren met de ES behandeling? Dan dient de comorbide stoornis gelijktijdig of als eerste behandeld te worden. PTSS is hier een goed voorbeeld, omdat de symptomen onrust kunnen veroorzaken welke het eten verstoort. Fairburn merkt echter op dat er ook succesvolle ES-behandeling mogelijk is zonder eerst de comorbide PTSS te behandelen en adviseert de patiënt te vragen waar diegene mee zou willen starten.
3. Is het waarschijnlijk dat de kenmerken van de comorbide stoornis zullen verdwijnen indien de eetstoornis succesvol behandeld is? Indien ja en de mate van interferentie is laag, start dan met de ES-behandeling.

# FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN TRAUMA

Er zijn aanwijzingen dat een gecombineerde ES/PTSS behandeling effectief kan zijn. Trottier et al. (2017) beschrijven een geïntegreerde CGT behandeling, bestaande uit elementen van de Cognitive Processing Therapy for PTSD (CPT, Resick, Monson & Chard, 2014) en Cognitive Behavior Therapy Enhanced (CBT-E, Fairburn et al., 2009). De auteurs vonden significante verbeteringen in zowel ES als PTSS klachten, met name op het vlak van de PTSS. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit een pilotstudie met een kleine sample size betreft.

Er is één grootschaliger onderzoek met 65 participanten van Mitchell, Wells, Mendes en Resick (2012) bekend, waarbij er aangetoond is dat een behandeling middels CPT bij patiënten met PTSS ervoor zorgt dat ook de score op een eetpathologie vragenlijst verminderd is. Het is echter belangrijk om hierbij op te merken dat de eetpathologie was gemeten door middel van een zelf-rapportage screeningsvragenlijst en dat er geen eetstoornis diagnose was gesteld.

Eidhof en Wageningen (2016) schrijven dat er verschillende perspectieven zijn wat betreft de behandeling van het dissociatieve subtype van PTSS. Sommige onderzoekers vinden dat dit subtype regulier behandeld kan worden en andere onderzoekers adviseren een gefaseerde behandeling waarbij de patiënt Vaardigheden Training (VT) krijgt om in het hier en nu te blijven.

## Voorgesteld behandelalgoritme

Op basis van inzichten uit de literatuur en praktijk is een experimenteel behandelalgoritme geformuleerd. In de onderstaande tabel is de ernst van de traumagerelateerde klachten tegen de eetstoornis klachten afgezet. Hieraan is behandeladvies gekoppeld.

	PTSS	PTSS, dissociatieve type	PTSS, met uitgestelde expressie
<b>ES, ernst licht*</b>	I.E./EMDR gevolgd door MANTRA/SSCM/CBT-E	VT gevolgd door I.E./EMDR gevolgd door MANTRA/SSCM/CBT-E	MANTRA/SSCM/CBT-E gevolgd door I.E./EMDR
<b>ES, ernst matig*</b>	I.E./EMDR gevolgd door MANTRA/SSCM/CBT-E	VT gevolgd door I.E./EMDR gevolgd door MANTRA/SSCM/CBT-E	MANTRA/SSCM/CBT-E gevolgd door I.E./EMDR
<b>ES, ernstig*</b>	I.E./EMDR in combinatie met MANTRA/SSCM/CBT-E in klinische setting	VT gevolgd door I.E./EMDR in combinatie met MANTRA/SSCM/CBT-E in klinische setting	MANTRA/SSCM/CBT-E gevolgd door I.E./EMDR in klinische setting
<b>ES, zeer ernstig*</b>	I.E./EMDR in combinatie met MANTRA/SSCM/CBT-E in klinische setting	VT gevolgd door I.E./EMDR in combinatie met MANTRA/SSCM/CBT-E in klinische setting	MANTRA/SSCM/CBT-E gevolgd door I.E./EMDR in klinische setting

*Gebruikte afkortingen: ES=eetstoornis, PTSS=post traumatische stress stoornis, I.E.=imaginaire exposure, EMDR=eye movement desensitization and reprocessing, MANTRA=Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults, SSCM=Specialist Supportive Clinical Management en VT=vaardigheidentraining.*



**Let op:** \*Patiënten met Anorexia nervosa lopen doorgaans een groter somatisch risico dan patiënten met een andere eetstoornis (Arcelus et al., 2011). Wat betreft de behandeling van eetstoornissen in een klinische setting: er is voornamelijk geen consensus over de criteria voor een opname op somatische gronden (Zorgstandaard Eetstoornissen, 2017). Op basis van consensus worden de volgende richtlijnen gegeven om acuut gevaar af te wenden: ritmestoornissen waaronder bradycardie <40/min; ernstige hypotensie (diastole < P5 voor leeftijd)+ klachten orthostase; (ernstige) dehydratie +/- vochtweigering; ernstige ondervoeding (< 70% uitgangsgewicht) met (dreigende) complicaties; ernstige elektrolytstoornissen of ernstig

# FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN

## TRAUMA

**gestoord zuur-base evenwicht; hypoglykemie (< 2.8 mmol/l); hypothermie (< 33 graden); overig: pancreatitis, convulsies of syncope. De klinicus kan deze criteria hanteren om de ernst van de eetstoornis nader te specificeren naast de DSM criteria.**

Context: De ambitie is dat dit schema van toepassing is op 80% van de nieuwe aanmeldingen van patiënten met de combinatie van eetstoornis- en traumaproblematiek en 80% van de mensen die voor het één worden aangemeld waarbij gedurende de behandeling blijkt dat het ander ook speelt. Voor de ingewikkeldere doelgroepen (3,4,5 of meer vormen van comorbiditeit) is meer nodig, bijvoorbeeld de combinatie van meerdere comorbiditeitsprotocollen of de toevoeging van farmacotherapie met stimulantia of antipsychotica. Overigens geldt ook hier (zoals elders) dat het verstandig kan zijn bij complexe problematiek om advies te vragen van experts. Het schema kan ook gebruikt worden bij specifieke groepen, zoals jongeren en mensen met een verstandelijke beperking maar is hier in eerste instantie niet voor bedoeld.

### Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Arcelus, J., et al. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):724-31.
- Backholm, K. et al., (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4: 10.3402/ejpt.v4i0.22482.
- Boeschoten, M.A., Bakker, A., Jongedijk, R.A., van Minnen, A., Elzinga, B.M., Rademaker, A.R. & Olff, M. (2014). Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – Nederlandstalige versie. Uitgave: Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.
- Brewerton, T.D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD Eating Disorders, Vol. 15, No. 4, Jun 2007: pp. 0–0 Eating Disorders.
- Broeke, ten, E., de Jongh, A., Oppenheim, H.J. (2008). *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Pearson Assessment and information.
- Capretto, J.J. (2017) Developmental Timing of Childhood Physical and Sexual Maltreatment Predicts Adult Depression and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Journal of Interpersonal Violence* 00(0).
- De Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., et al. Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2020;1–11.
- Eidhof, M.B., ter Heide, J.J., Zaba, M., Schmidt, U., Lanius, R.A.A., Brand, B., Loewenstein, R.J., Spiegel, D., Vermetten, E. (2016). Dissociative Subtype of PTSD - Interview (DSP-I) for DSM-5. Edition: Foundation Center '45, Arq Psychotrauma Expert Group, Diemen.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z & O'Connor, M. (2014). Adult version of The Eating Disorder Examination Editie 17.0 D NL (2017). Nederlandse geautoriseerde vertaling door Dingemans A., Wezenberg E., Claes, L., Jansen, A., Lemmens, L.
- Fairburn, C.G. et al., (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. et al., (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two- A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. *Am J Psychiatry*, 166, 2009 Mar; (3):311-9.
- First, M. B., Williams, J.B.W., Karg, R.S., Spitzer, L. S. (2018). SCID-5-S gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 syndroomstoornissen. Boom uitgevers, Amsterdam.

# FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN TRAUMA

Godart, N.T. et al., (2003) Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res.* 2003 Mar 25;117(3):245-58.

Haynos, AF., Roberto, CA., Martinez, MA., Attia, E., & Fruzzetti, AE (2014). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *Int J Eat Disord.* 2014 Dec;47(8):888-91. doi: 10.1002/eat.22265. Epub 2014 Mar 3.) Editie

Mitchell, K. S., Wells, S. Y., Mendes, A., & Resick, P. A. (2012). Treatment improves symptoms shared by PTSD and disordered eating. *Journal of traumatic stress*, 25(5), 535-542.

Molendijk, M.L. et al., (2016). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med.* 2017 Jan 19:1-15. doi: 10.1017/S0033291716003561.

Napel, ten, M. (2016). Treating trauma during a severely underweight state in anorexia nervosa patients, a multiple baseline case series study. *Study protocol*. Retrieved from <http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=6094>

Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., & Jansen, A. (2000). A comparison between a cognitive and behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge-eaters. *Behavior Therapy*, 31, 441-461.

Parling, T., Mortazavi, M. & Ghaderi, A. (2010). Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: Time for a shift in the measurement of the concept? *Eating Behaviors*, Volume 11, Issue 4, December 2010, Pages 205-210.

Resick, P.A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2014). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version: Therapist's manual*. Washington DC: U.S. Department of Veterans' Affairs.

Rijkers, C. (2018). Rijkers, C. (2018). Persoonlijke communicatie dd 14-08-2018.

Treasure, J. & Schmidt, U., (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders* 2013, 1:13.

Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., & Olmsted, M. P. (2017). Initial findings from project recover: Overcoming Co-Occurring eating disorders and posttraumatic stress disorder through integrated treatment. *Journal of traumatic stress*, 30(2), 173-177.

Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., MacDonald, D. E., & Olmsted, M. P. (2017). Frontline clinicians' perspectives on and utilization of trauma-focused therapy with individuals with eating disorders. *Eating disorders*, 25(1), 22-36.

Vliet, van, I.M. et al. (2000). M.I.N.I. INTERNATIONAAL NEUROPSYCHIATRISCHINTERVIEW.

Zaccagnini, M. et al., (2017). EMDR in Anorexia Nervosa: From a Theoretical Framework to the Treatment Guidelines. *Eating Disorders- A paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*.

Zorgstandaard Eetstoornissen. (2017). Retrieved from <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>.