

FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN

PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

| | |
|---------------------------|--|
| Ontwikkeldoel: | Hulpmiddel in de behandelaanbod van comorbiditeit bij Eetstoornissen & Persoonlijkheidsproblematiek |
| Opgesteld in/door: | 2019. Eetstoornis Experts Netwerk & Specialisme Persoonlijkheidsstoornissen |
| Evaluatie: | Jaarlijks |

Introductie

Sinds 2017 is de nieuwe zorgstandaard eetstoornissen van kracht. Daarin wordt beschreven dat voornaamste behandelinterventie van 'Shared Decision Making' is, om zodoende het behandelplan te laten aansluiten op wat prioriteit heeft, en welke de factoren de eetstoornis in stand houden (Zorgstandaard Eetstoornissen). Bij anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en binge eating disorder (BED) worden o.a. persoonlijkheidsstoornissen als comorbiditeit gerapporteerd (Zorgstandaard Eetstoornissen).

Het dient de aanbeveling dat er vaststelling plaats vindt naar de ernst van de comorbide stoornis, in dit geval een persoonlijkheidsstoornis en wat de invloed daarvan is op het ontstaan en/of voortbestaan van de eetstoornis (Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen, 2006; Zorgstandaard Eetstoornissen). Het kan lastig zijn om vast te stellen hoe een eetstoornis en persoonlijkheidsstoornis met elkaar interfereert.

Van een persoonlijkheidsstoornis uitgaande kan gezegd worden dat er drie hoofdlijnen zijn te onderscheiden met betrekking tot comorbiditeit (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen):

- 1. De comorbide aandoeningen wordt mede veroorzaakt door de persoonlijkheidsstoornis**
- 2. De comorbide stoornis draagt bij aan het ontstaan, de instandhouding en/of de verschijningsvorm van de persoonlijkheidsstoornis**
- 3. Er is een derde, onderliggende oorzaak die bijdraagt aan het ontstaan van zowel de persoonlijkheidsstoornis als de comorbide stoornis**

Herstel van de eetstoornis, met name bij AN, blijkt gepaard te gaan met vermindering van de symptomen van persoonlijkheidspathologie (Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, 2008; Zorgstandaard Eetstoornissen). Onder andere somberheid, obsessief denken, angst en andere psychiatrische symptomen kunnen een reversibel effect zijn van de ondervoeding van het brein (Zorgstandaard Eetstoornissen). Als er derhalve toch aanwijzingen zijn voor persoonlijkheidsproblematiek, en/of voorgaande behandelingen gericht op de eetstoornis onvoldoende effect had, dan wordt geadviseerd om zorgvuldige diagnostiek te doen, middels de SCID-5-P (2017). Gezien het effect van ondervoeding op het brein is dit bij voorkeur als de eetstoornisklachten minder op de voorgrond staan en de ondervoedingstoestand (deels) is hersteld.

Omdat er bij de patiënt met co-/multimorbiditeit per definitie sprake is van meerdere aandoeningen tegelijkertijd, kunnen verschillende aandoening-gerelateerde richtlijnen van toepassing zijn. Het is mogelijk dat deze richtlijnen tegenstrijdige adviezen bevatten. Daarom is het van belang bij deze patiënten behandeldoelen op te stellen vanuit de hulpvraag van de patiënt, op basis van shared decision making (Zorgstandaard comorbiditeit). Daar waar ingrijpen noodzakelijk is vanwege gevaarscriteria zal gezamenlijke besluitvorming soms niet mogelijk zijn en moet een zorgprofessional ingrijpen.

FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

Behandelvormen

Eetstoornis

Inzake de behandeling van de ES wordt in de zorgstandaard (2017) geadviseerd, afhankelijk van leeftijd (18+ of 18-) te 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.

Persoonlijkheidsproblematiek

Vanuit de literatuur blijkt dat verschillende behandelopties effectief zijn, al is de evidentie hiervan beperkt, maar er geen hiërarchie in is voor het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek. Onderstaande behandelopties bevatten overlappende interventies. De basis voor effectieve behandeling is: de therapeutische relatie, de structuur in behandeling/frequentie, de steun in het team van de professional, het regelmatig evalueren met patiënt en met het behandelteam, de focus op een terugkerende probleemgebieden zoals emotieregulatie/impuls controle verlies.

Let op: De eerst keus voor een behandelvorm is gekoppeld aan de voorkomende subtype van de persoonlijkheidsproblematiek.



Externaliserende problematiek (cluster B):

- Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Dialectische Gedragstherapie (DGT);
- Mentalization-Based Treatment (MBT);
- Schematherapie (ST) groep of individueel;
- Transference-Focused Psychotherapy (TFP).
- Vaardigheden Emotie Regulatie Stoornis (VERS)

Internaliserende problematiek (cluster C):

- Schematherapie (ST)
- Psychodynamische psychotherapie;
- Cognitieve Gedragstherapie (CGT).

Gecombineerde behandeling eetproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek:

Op basis van inzichten in de literatuur en praktijk dient het de aanbeveling dat patiënten met comorbiditeit, in dit geval een eetstoornis en persoonlijkheidsproblematiek, waarbij de behandeling op 1 probleemgebied lijkt te stagneren door de comorbiditeit, gebruik kunnen maken van modules van verschillende zorglijnen. Daarnaast zou een overstijgend overleg tussen behandelaren uitkomst kunnen bieden in het bijstellen van behandelinterventies en gebruik te maken van elkaars expertise.

In algemene zin geldt bij BN en BED: als er sprake is van comorbiditeit wordt vanuit de zorgstandaard eetstoornissen (2017) aanbevolen de comorbiditeit te behandelen als die de behandeling voor de eetstoornis in de weg staat. Wanneer dit niet het geval is is het advies om te starten met de aangewezen EBB conform de Zorgstandaard Eetstoornissen. Zeker wanneer er niet eerder behandeling voor de

FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN

PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

eetstoornis heeft plaats gevonden.

Practice based is de ervaring dat een CGT/CBT-E uitgebreid kan worden met elementen uit bovengenoemde behandelvormen, om zo persoonlijkheidskenmerken aan te pakken binnen een eetstoornis behandeling. Hierbij kan DGT/VERS training ingezet worden bij emotieregulatieproblematiek

en is ST geschikt om negatief zelfbeeld/perfectionisme en interpersoonlijke problemen te behandelen. Ook wordt vanuit de praktijk gezien dat als een gedegen eetstoornis behandeling bij somatische stabiele patiënten meerdere malen is geprobeerd zonder behandel succes er over gegaan kan worden naar een behandeling gericht op kenmerken van persoonlijkheidsstoornis, danwel op een (gediagnosticeerde) persoonlijkheidsstoornis.

Bij het behandelen van de (vermoedens van) persoonlijkheidsproblematiek bij patiënten met een eetstoornis luidt het advies om altijd een arts te betrekken in de monitoring van de lichamelijke toestand.

Vanuit de literatuur is er ondersteuning voor het inzetten van ST bij een eetstoornis gericht op de vroeg ontwikkelde onaangepaste schema's en co-morbiditeit op persoonlijkheidsvlak zoals zelfbeschadigend gedrag, complexe negatieve zelfovertuigingen, emotionele verwaarlozing in verleden (Pauwels, Dierckx, Schoevaerts, & Claes, 2016) (Pugh, 2015).

CGT/CBT-E blijft eerste keus, maar voor sommigen zal dit onvoldoende zijn. ST kan dan effectief zijn om onderliggende (eetstoornis specifieke) cognities, gedrag en de schema's die hieraan ten grondslag liggen aan te pakken (Pugh, 2015).

Overzichtstabel behandelvormen versus de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek

| | Eetstoornis Licht-matig AN: BMI ≥ 16, BN/BED: 1-7 eetbuien/compens.gedrag per week | Eetstoornis Ernstig AN: BMI 15-16, BN/BED: 8-13 eetbuien/compens.gedrag per week | Eetstoornis Zeer ernstig AN: BMI <15, BN/BED: ≥14 eetbuien/compens.gedrag per week |
|---|---|---|--|
| Persoonlijkheidsproblematiek Licht | Ambulante setting, SGGZ. Eerst ES, daarna PS. CGT/CBT-E | Ambulante setting, SGGZ. Eerst ES, daarna PS. CGT/CBT-E | Ambulante setting/klinische SGGZ. Eerst ES, daarna PS. |
| Persoonlijkheidsproblematiek Matig | Ambulante setting, SGGZ. Eerst ES, daarna PS. CGT/CBT-E, evt aangevuld met DGT/VERS | Ambulante setting, SGGZ. Eerst ES, daarna PS. CGT/CBT-E, evt aangevuld met DGT/VERS | Ambulante setting, IBT of FACT / klinische setting, SGGZ. Eerst ES, daarna PS. |
| Persoonlijkheidsproblematiek Ernstig | SGGZ. Afhankelijk van hulpvraag en problematiek die voorop staat. | SGGZ. Eerst ES/daarna PS. CGT/CBT-E, evt aangevuld met DGT/VERS ST | Klinische setting voor ES, IBT of FACT voor PS. Eerst ES/daarna PS. Indien niet haalbaar gecombineerd. |

FACTSHEET BEHANDELING COMORBIDITEIT BIJ EETSTOORNISSEN PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

Referenties

American Psychiatric Association (2017).

SCID-5-P Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen. Nederlandse vertaling van Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD), first edition (Copyright ©2016), en User's Guide to Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD), first edition. Amsterdam: Boom.

Linardon, J., Fairburn, C., Fitzsimmons-Craft, E., Wilfley, D., & Brennan, L. (sd). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2017 Dec;58:125-140.

Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. (2006). Opgehaald van Trimbos: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/d3816f4d-28ac-4ecc-a3ac-06407b1c5642.pdf>

Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. (2008). Opgehaald van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/ff14af55-31a6-408d-9d01-29db4c6a8dda.pdf>

Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K., & Claes, L. (2016). Early Maladaptive Schemas in Eating Disordered Patients With or. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 24(5).

Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the. *Clinical Psychology Review*, 39;30–41.

Zorgstandaard comorbiditeit. (sd). Opgehaald van kwaliteitsontwikkeling GGZ: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/comorbiditeit/zorg-voor-patienten-met-co-of-multimorbiditeit>

Zorgstandaard Eetstoornissen. (sd). Opgehaald van Kwaliteitsontwikkeling GGZ: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/visie-op-zorg-gezondheid-als-perspectief>

Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. (sd). Opgehaald van Kwaliteitsontwikkeling GGZ: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/specifieke-omschrijving-persoonlijkheidsstoornissen>