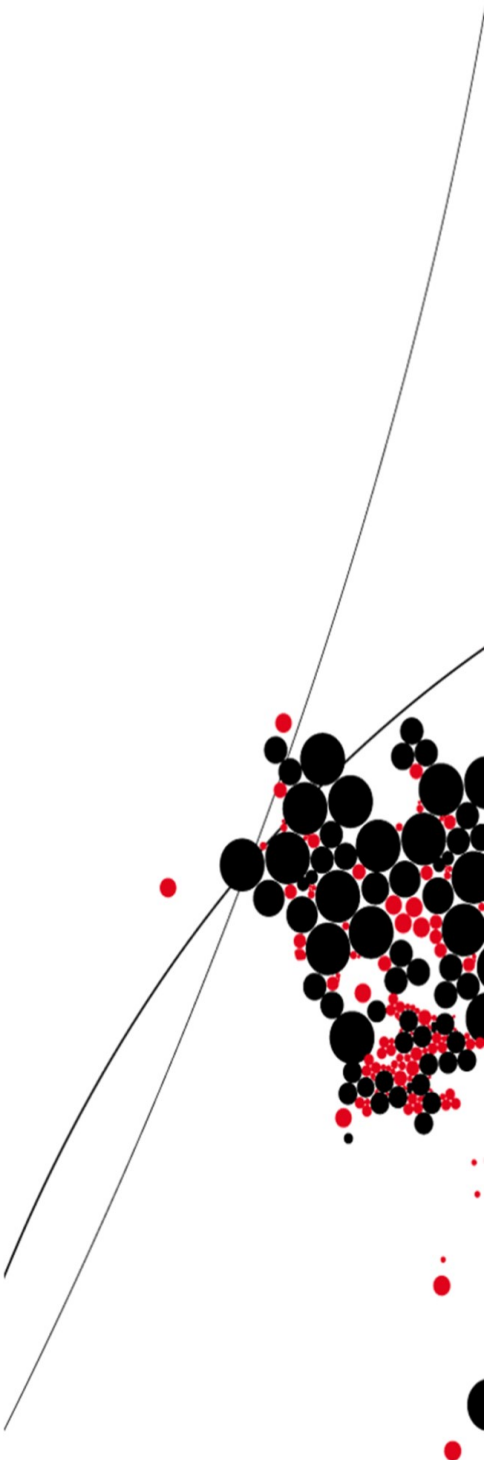




Eetstoornissen:
Hoe beïnvloedt persoonlijkheid de uitkomst van de behandeling?

Natascha Kläser
Masterthese
Februari 2019



Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences
Positieve Psychologie & Technologie

Begeleiding:
prof. dr. G.J. Westerhof
dr. P.M ten Klooster

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthese die ik in het kader van de master 'Positieve Psychologie & Technologie' aan de Universiteit van Twente heb geschreven. De these is het eindproduct van de master en mijn tijd als student aan de Universiteit van Twente. Het afgelopen halfjaar heb ik me naast mijn stage beziggehouden met het schrijven van mijn these. Graag wil ik de mensen die mij in deze periode gesteund hebben bedanken. Ten eerste wil ik Gerben Westerhof bedanken voor zijn begeleiding en feedback. Zijn kennis en kunde en scherpe feedback heb ik enorm gewaardeerd. Ook wil ik Peter ten Klooster bedanken voor zijn betrokkenheid en feedback. Tot slot wil ik Sander de Vos bedanken voor het meedenken en beantwoorden van vragen. Ik ben blij met het eindresultaat en wens u veel leesplezier!

Abstract

Eetstoornissen zijn psychische ziektes met een hoge mortaliteit. Succesvolle behandeling die zich zowel richt op het verminderen van klachten als de toename van welbevinden is cruciaal. Uit onderzoek is gebleken dat persoonlijkheidsfacetten mogelijk een voorspellende waarde hebben voor de symptomatologie van eetstoornissen. Zowel voor klachten als welbevinden wordt binnen deze studie onderzocht welke rol persoonlijkheid speelt in het eerste jaar van behandeling van eetstoornissen: (1) Zijn er verschillen in persoonlijkheidstrekken binnen de steekproef te vinden op basis van aard en duur van de behandeling? (2) Verschillen klachten en welbevinden over tijd? (3) Is persoonlijkheid gerelateerd aan de mate van klachten en welbevinden en (4) is persoonlijkheid gerelateerd aan het beloop van klachten en welbevinden?. Deze longitudinale observationele studie maakt gebruik van routine outcome monitoring data verzameld bij patiënten in behandeling bij de stichting Human Concern. De data van 210 patiënten werd gebruikt in deze studie. Data werd verzameld over de periode van één jaar, er vonden 5 meetmomenten plaats. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden werd de patiëntengroep ingedeeld in vier sub groepen. Ontbrekende data werd voor de overige analyses geïmputeerd aan hand van Expectation Maximization. Persoonlijkheidstrekken werden gemeten aan hand van de PID-5, klachten aan hand van de EDE-Q en OQ-45 en welbevinden aan hand van de MHC-SF. Er werden geen significante verschillen in persoonlijkheidstrekken gevonden tussen sub groepen. Gedurende het eerste jaar van de behandeling was er een significante afname van klachten en toename van welbevinden. Persoonlijkheid was gerelateerd aan de mate van klachten en welbevinden, een hoge score op de persoonlijkheidstrekken ‘negatieve affectiviteit’, ‘afstandelijkheid’ en ‘ongeremdheid’ waren gerelateerd aan meer klachten en minder welbevinden. Voor de persoonlijkheidstrekken ‘negatieve affectiviteit’ en ‘ongeremdheid’ verschilde bovendien het beloop van klachten en welbevinden tussen patiënten die hoog, gemiddeld of laag scoorden op dit persoonlijkheidstrekk. Hoge scores waren gerelateerd aan een grotere progressie van zowel klachten als welbevinden. Mogelijk is afstandelijkheid een belemmerende factor voor het beloop van klachten en welbevinden van een eetstoornis behandeling. Dat dezelfde persoonlijkheidstrekken van invloed lijken te zijn op zowel klachten als welbevinden wijst op een mogelijk sterkere relatie tussen deze twee dimensie dan het twee-continua model van geestelijke gezondheid veronderstelt. Gevonden resultaten zouden getoetst kunnen worden in een follow-up. In de praktijk zou er gekeken kunnen worden hoe de behandeling voor personen die hoog scoren op ‘afstandelijkheid’ op maat gemaakt kan worden.

Abstract English

Eating disorders are psychological diseases with a high mortality. Successful treatment that focuses on both reducing symptoms and increasing well-being is crucial. Research has shown that personality facets may have a predictive value for the symptomatology of eating disorders. For both symptoms and well-being, this study investigates the role of personality in the first year of treatment of eating disorders: (1) Are there differences in personality traits within the sample based on the nature and duration of treatment? (2) Do symptoms and well-being differ over time? (3) Is personality related to the degree of symptoms and well-being? and (4) Is personality related to the course of symptoms and well-being?. This longitudinal observational study uses routine outcome monitoring data collected in patients under treatment at the Human Concern foundation. The data from 210 patients was used in this study. Data was collected over the period of one year, 5 measurement moments took place. In order to answer the first research question, the patient group was divided into four subgroups. For further analyses missing data was imputed using Expectation Maximization. Personality traits were measured using the PID-5, symptoms using the EDE-Q and OQ-45 and well-being using the MHC-SF. No significant differences in personality traits were found between subgroups. During the first year of treatment, there was a significant decrease in symptoms and an increase in well-being. Personality was related to the degree of symptoms and well-being, high scores on the personality traits 'negative affectivity', 'detachment' and 'disinhibition' were related to more symptoms and less well-being. For the personality traits 'negative affectivity' and 'disinhibition', also the course of symptoms and well-being differed between patients who scored high, medium or low on this personality trait. High scores were related to a greater progression of both symptoms and well-being. 'Detachment' possibly is an impeding factor for the course of symptoms and well-being of an eating disorder treatment. The fact that the same personality traits seem to affect both symptoms and well-being indicates a possible stronger relationship between these two dimensions than the two-continua model of mental health presupposes. Results found could be tested in a follow-up. In practice, it could be examined how the treatment for persons who score high on 'detachment' can be tailored.

Inleiding

Eetstoornissen zijn ernstige psychische ziektes met tevens ernstige gevolgen en een hoge mortaliteit (Smink et.al., 2016). Een succesvolle behandeling gericht op zowel reductie van klachten als toename van welbevinden is cruciaal (Westerhof & Keyes, 2010). De comorbiditeit met persoonlijkheidsstoornissen is hoog (Martinussen et.al., 2017). Onderzoek wijst uit dat persoonlijkheidstrekken mogelijk voorspellende waarde hebben voor de ontwikkeling van eetstoornis symptomen (Farstad, McGeown & van Ranson, 2016). Persoonlijkheidsstoornissen worden volgens de DSM-5 ingedeeld in een categorisch model, daarnaast is er ook een dimensioneel model, waarin persoonlijkheidstrekken ingedeeld worden volgens dimensies (Wright & Simms, 2014). Over dit model is nog weinig bekend. Deze studie onderzoekt welke invloed persoonlijkheidstrekken volgens het dimensionele model hebben op klachtenreductie en toename van welbevinden binnen een behandeling van eetstoornissen.

De DSM-5 onderscheidt verschillende vormen van eetstoornissen, namelijk anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis (binge-eating disorder, BED). Verder is er een categorie overige gespecificeerde voedings- en eetstoornissen, waaronder bijvoorbeeld atypische anorexia nervosa of de purgeerstoornis, en overige ongespecificeerde voedings- en eetstoornissen. Ook is er een criterium waarmee de ernst van de stoornis aangegeven kan worden (Smink, van Hoeken, Oldehinkel & Hoek, 2014). De geschatte life-time prevalentie van anorexia nervosa (AN) is 1 - 4% voor vrouwen en 0.16 - 0.3% voor mannen. Voor boulimia nervosa (BN) is de geschatte life-time prevalentie 1 – 2% voor vrouwen en 0.1 – 0.5% voor mannen. Voor de eetbuistoornis (BED) wordt de geschatte life-time prevalentie voor vrouwen aangegeven met 1 – 4%, voor mannen is dit 1 – 3% (Eetstoornissen, 27 nov 2017). Vergeleken met de criteria van de DSM-IV is de life-time prevalentie van eetstoornissen in het algemeen gestegen, dit komt met name door het toevoegen van de diagnose BED (Smink et.al., 2014). De incidentie van BN is significant gedaald de laatste drie decennia, de incidentie van AN is echter stabiel gebleven (Smink et.al., 2016).

Sociale, psychologische en biologische processen spelen een rol in het ontstaan van eetstoornissen. De oorzaken zijn wijdvertakt en vaak ongrijpbaar. (Fairburn & Harrison, 2003). Ontevredenheid over het lichaam is vooral onder jonge meisjes een risicofactor en directe aanleiding voor het ontwikkelen van een eetstoornis (Franko & Striegel-Moore, 2018). De familiegeschiedenis, middelenmisbruik, seksueel misbruik, een laag zelfbeeld en persoonlijkheidsfactoren als perfectionisme spelen onder andere een rol bij het ontstaan van eetstoornissen (Fairburn & Harrison, 2003).

Eetstoornissen zijn ernstige psychische ziektes met een hoge mortaliteit (Smink et.al., 2016). De eetstoornis anorexia nervosa heeft de hoogste mortaliteit van alles psychische stoornissen (Agras, 2011). Onder adolescenten en jongvolwassenen zijn eetstoornissen een van de belangrijkste redenen voor fysieke en psychosociale morbiditeit. Zelfbeschadiging, zelfmoordpogingen en dood zijn onder meer directe en de meest serieuze gevolgen van eetstoornissen (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Naast de directe gevolgen hebben eetstoornissen ook op de lange-termijn consequenties voor de betrokkenen. Eetstoornissen onder jongvolwassenen zijn geassocieerd met verhoogd psychologisch distress tien jaar later bij zowel vrouwen als mannen. Jongvolwassen mannen gediagnosticeerd met een eetstoornis schatten tien jaar later hun gezondheid lager in dan mannen zonder deze diagnose (Kärkkäinen, Mustelin, Raevuori, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018).

Gezien de ernstige gevolgen voor de betrokkenen is een succesvolle behandeling cruciaal. Behandeling van eetstoornissen is vaak moeilijk omdat veel patiënten actief weerstand bieden tegen hulp (Fairburn & Harrison, 2003). Andere factoren spelen een belemmerende rol in het zoeken en aannemen van hulp. Schaamte en stigma, ontkenning en een verkeerde inschatting van de ernst van de ziekte, praktische barrières als kosten van de behandeling, geringe motivatie tot verandering, negatieve attitudes tegenover het zoeken van hulp, gebrek aan aanmoediging van anderen voor het zoeken van hulp en gebrek aan kennis over hulpbronnen zijn allemaal barrières voor het zoeken en adequaat aannemen van hulp bij betrokkenen van eetstoornissen. Tegenover deze talloze barrières staan een aantal ondersteunende factoren die het zoeken en aannemen van hulp juist faciliteren: aanwezigheid van andere mentale problemen, emotionele distress en gezondheidszorgen (Ali et.al., 2017). Er zijn verschillende behandelmogelijkheden voor patiënten met een eetstoornis. Ambulante trajecten worden vaak toegepast maar in sommige gevallen kan ook een klinische opname vereist zijn. Een extreem laag BMI, dehydratie of significante stagnatie in groei en ontwikkeling kunnen een klinische opname nodig maken waarin patiënten intensievere zorg kunnen ontvangen (Golden et.al., 2015). Therapieaanbod bestaat uit medische behandeling en psychologische behandeling. Cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie, family-based therapie, psychoeducatie en schematherapie zijn onder meer vormen van psychologische behandelingen (Fairburn & Harrison, 2003). Positieve behandeluitkomsten kunnen onder andere gemeten worden aan hand van een verhoogd BMI, een gezond eetpatroon, een positief zelfbeeld en klachtenreductie over het algemeen.

Gezien de vele belemmerende factoren in het zoeken en volgen van behandeling en gezien de ernstige gevolgen van eetstoornissen is het niet wonderbaarlijk dat behandeling zich

vooral focust op de reductie van klachten. Mentale gezondheid is echter meer dan enkel de afwezigheid van ziekte. Lange tijd werd mentale gezondheid gelijkgesteld met de afwezigheid van psychopathologie. Echter is de afwezigheid van psychopathologie maar een dimensie van mentale gezondheid. Het welbevinden speelt naast de afwezigheid van psychopathologie een even grote rol in geestelijke gezondheid (Westerhof & Keyes, 2010). Gevoelens van vrolijkheid en tevredenheid over het leven (emotioneel welbevinden), individueel functioneren in termen van sociale toegevoegde waarde (sociaal welbevinden) en functioneren in termen van zelfrealisatie (psychologisch welbevinden) zijn onderdeel van positieve geestelijke gezondheid.

Het twee-continua model van geestelijke gezondheid stelt dat mentale gezondheid en mentale ziekte twee verschillende maar gerelateerde dimensies zijn die samen onderdeel zijn van geestelijke gezondheid (Westerhof & Keyes, 2010; Keyes, 2005). Uit onderzoek blijkt dat compleet mentaal gezonde volwassenen, dus bij wie er sprake is van afwezigheid van psychopathologie en aanwezigheid van mentale gezondheid, de minste gezondheidsbeperkingen in het dagelijkse leven ervaren. Dit uit zich in een lage hulpeloosheid, heldere levensdoelen, hoge intimiteit en een hoge veerkracht (Keyes, 2005). Voor langdurig behandelingsucces van mensen met eetstoornissen is het dus cruciaal om niet alleen te focussen op klachtenreductie maar ook rekening te houden met het verhogen van mentaal welbevinden. Compassion-focussed therapie (CFT) binnen behandeling van eetstoornissen probeert deze focus te verbreden. Binnen deze therapievorm leren betrokkenen gevoelens van schaamte en zelfkritiek te conceptualiseren en zo de zelfcompassie te verhogen (Gale, Gilbert, Read & Gross, 2014). Onderzoek heeft aangetoond dat het interveniëren van schaamte en zelfkritiek door het opbouwen van zelfcompassie vroeg gedurende de behandeling positieve gevolgen heeft voor de respons op behandeling (Kelly, Carter & Borairi, 2014).

Om eetstoornissen succesvol te kunnen behandelen is kennis over factoren die de behandeling zowel positief als negatief beïnvloeden cruciaal. De meest robuuste voorspeller van behandeluitkomst is een grotere verandering in symptomen vroeg gedurende de behandeling (Vall & Wade, 2015). Verandering in symptomen vroeg gedurende de behandeling heeft een voorspellende waarde voor latere reductie in eetstoornis pathologie en een positieve impact op de behandeluitkomst (Turner, Bryant-Waugh & Marshall, 2015). Binnen deze studie is om die reden ervoor gekozen de focus te leggen op het eerste jaar van de behandeling. Daarnaast wijst literatuur en onderzoek uit dat een belangrijke variatie van de klinische ontwikkeling, symptomatologie en instandhouding van eetstoornissen verklaard kan

worden door persoonlijkheidstrekken en dat persoonlijkheidsfacetten mogelijk de ontwikkeling van eetstoornis symptomen voorspellen (Farstad et.al., 2016; Culbert, Racine & Klump, 2015). Metingen met betrekking tot de Big 5 persoonlijkheidsfactoren hebben bruikbaarheid aangetoond voor het voorspellen van behandeluitkomsten en in de fluctuatie van symptomen (Farstad, et.al., 2016). Persoonlijkheid lijkt in belangrijke mate van invloed te zijn op eetstoornissen en de behandeling van deze.

Voor het vaststellen van individuele persoonlijkheidsproblematiek wordt al jarenlang een categorisch model gebruikt. Dit model heeft een aantal mankementen, bijvoorbeeld heterogeniteit binnen stoornissen en willekeurige definities van grenzen. Vanuit de mankementen is er een dimensioneel model van persoonlijkheid ontwikkeld om individuele verschillen te kunnen karakteriseren. In de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) heeft het categorische model echter de voorkeur gekregen. Het dimensionele model is toegevoegd aan Sectie III van de DSM-5, emerging models and measures which calls for additional research (Wright & Simms, 2014).

Het categorische model onderscheidt tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen die onderverdeeld zijn in drie clusters. Binnen cluster A vallen de paranoïde-, de schizoïde, en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Kenmerkend voor dit cluster zijn eigenaardige en excentrieke gedragingen. Cluster B omvat de antisociale-, de borderline-, de histrionische-, en de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Betrokkene personen kunnen dramatisch, emotioneel of wispelturig overkomen. De vermijdende-, afhankelijke-, en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis behoren tot cluster C. Zorgelijke en angstige trekken kenmerken betrokken personen uit dit cluster (American Psychiatric Association, 2014).

Meer dan de helft van de patiënten met AN of BN heeft ook een persoonlijkheidsstoornis (Martinussen et.al., 2017). Voor zowel AN als BN zijn persoonlijkheidsstoornissen uit cluster C het meest prevalent, gevolgd van cluster B, en cluster A. Voor zowel AN als BN is de borderline persoonlijkheidsstoornis de meest voorkomende stoornis uit cluster B. AN wordt vaak vooral geassocieerd met obsessieve compulsieve trekken die vooral voorkomen bij de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis uit cluster C. Eetstoornissen die zich kenmerken door impulsiviteit daarentegen, bijvoorbeeld BN en AN purgerend type, worden vaak geassocieerd met impulsieve persoonlijkheidstrekken, voorkomend bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. Patiënten met eetstoornissen en met een co-morbide persoonlijkheidsstoornis hebben wellicht slechtere algemene behandeluitkomsten (Sansone, Levitt & Sansone, 2004).

Vanuit een meer dimensioneel oogpunt komen vier domeinen in bijna elk model van persoonlijkheid terug. Extraversie vs. introversie, agreeableness vs. antagonisme, emotionele stabiliteit vs. neuroticisme/emotionele deregulatie, en constraint/conscientiousness vs. disinhibitor (Wright & Simms, 2014). De PID-5 is een instrument om disfunctionele persoonlijkheidstrekken in kaart te brengen zoals deze voorgesteld zijn in Sectie III van de DSM-5. Bovengenoemde dimensie van persoonlijkheid komen ook in dit instrument terug. De PID-5 onderscheidt vijf verschillende domeinen van disfunctionaliteit met betrekking tot persoonlijkheid: negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychoticisme (Wright & Simms, 2014). “1. Negatieve affectiviteit (versus emotionele stabiliteit) heeft betrekking op persoonlijkheidskenmerken als emotionele labiliteit, ongerustheid, separatieangst, submissiviteit, vijandigheid, perseveratie, depressiviteit, achterdocht en ingeperkte affectiviteit. 2. Afstandelijkheid (in tegenstelling tot extraversie) heeft betrekking op sociale teruggetrokkenheid, vermindering van intimiteit, anhedonie, depressiviteit, ingeperkte affectiviteit en achterdocht. 3. Antagonisme (tegenover vriendelijkheid) meet manipulatief gedrag, onbetrouwbaarheid, grandiositeit, aandacht zoeken, ongevoeligheid en vijandigheid. 4. Ongערemdheid (versus conscientieusheid) meet onverantwoordelijk gedrag, impulsiviteit, afleidbaarheid, riskant gedrag en rigide perfectionisme. 5 psychoticisme (versus luciditeit) meet ongewone overtuigingen en ervaringen, excentriciteit en cognitieve en perceptuele disregulatie” (Rossi, z.j.). Een voorbeeld van de invloed van persoonlijkheidstrekken op eetstoornissen is dat hogere levels van extraversie bij BED kunnen leiden tot minder vooruitgang gedurende een CGT-behandeling. Een ander voorbeeld is dat perfectionisme geassocieerd is met ernstigere eetstoornis symptomatologie (Farstad et.al., 2016). Persoonlijkheidstrekken hebben wellicht invloed op zowel het beloop als de uitkomst van een eetstoornis behandeling (Wonderlich, Lilienfeld, Riso, Engel & Mitchell, 2005; Bruce & Steiger, 2004). Persoonlijkheidstrekken die geassocieerd zijn met de obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis en de angst voor de volwassenheid zijn geassocieerd met een slechte uitkomst van behandeling voor AN-patiënten. Hysterische persoonlijkheidstrekken en self-directedness daarentegen zijn geassocieerd met een betere behandeluitkomst voor AN-patiënten (Wonderlich et.al., 2005). Obsessieve compulsieve persoonlijkheidstrekken en gerelateerde trekken als perfectionisme en rigiditeit lijken bovendien een instandhoudende factor voor AN. Impulsiviteit is geassocieerd met een slechtere respons tot behandeling voor patiënten met BN. Dramatische labiele persoonlijkheidstrekken die meestal kenmerkend zijn voor purgerende types eetstoornissen hebben wellicht een voorspellende waarde voor het beloop van algemene

psychiatrische symptomen, maar niet zozeer voor eetstoornis symptomen (Bruce & Steiger, 2004).

Het onderzoeken van de invloed van persoonlijkheidstrekken op de behandeling van eetstoornissen is in meerdere opzichten belangrijk. Resultaten kunnen belangrijke inzichten geven voor verdiepende kennis over eetstoornissen en gerelateerde symptomen. Hierdoor kunnen behandelingen beter aansluiten bij individuele behoeftes en behandeluitkomsten uiteindelijk verbeterd worden (Farstad et.al., 2016).

Doel van deze studie & onderzoeksvragen

Doel van deze studie is te onderzoeken welke trekken van persoonlijkheid een voorspellende waarde hebben voor de behandeluitkomst van eetstoornissen. Er wordt gekeken in hoeverre persoonlijkheid een voorspeller is voor de klachtenreductie en toename van welbevinden bij de behandeling van eetstoornissen. Gezien de grote voorspellende waarde van vroege verandering voor de latere behandeluitkomst wordt gekeken naar het eerste jaar van behandeling. De resultaten geven belangrijke theoretische inzichten over de wisselwerking van comorbide problematiek op de behandeluitkomst van eetstoornissen maar hebben ook praktische implicaties. Met de verworven kennis kunnen behandeltrajecten specifiekier toegespitst worden op individuele behoeftes van de patiënt en zo mogelijk het succes van de behandeling vergroot worden. De volgende onderzoeksvraag wordt gehanteerd:

Welke rol speelt persoonlijkheid in de behandeling van eetstoornissen gedurende het eerste jaar van behandeling?

De volgende sub vragen worden gehanteerd:

1. Zijn er verschillen in persoonlijkheidstrekken binnen de steekproef te vinden op basis van aard en duur van de behandeling?
2. Verschillen klachten en welbevinden over de tijd?
3. Is persoonlijkheid gerelateerd aan de mate van klachten en welbevinden?
4. Is persoonlijkheid gerelateerd aan het beloop van klachten en welbevinden?

Methode

Design

Onderhavige studie is onderdeel van een groter, longitudinaal onderzoek naar klachten en welbevinden van patiënten in behandeling bij de stichting Human Concern. Het design betreft een longitudinaal, observationeel onderzoek waarbij gebruik is gemaakt van routine outcome monitoring data (ROM). De data is verzameld tussen maart 2015 en januari 2017.

Context

Deze studie heeft plaatsgevonden binnen de stichting Human Concern. Human Concern (HC) is een specialistische GGZ-instelling die zich richt op het behandelen van eetstoornissen als anorexia nervosa, boulimia nervosa, eetbuistoornis (BED) en andere gespecificeerde voedings- en eetstoornissen. HC heeft vijf locaties in Nederland en een locatie in Portugal. Jaarlijks worden 700 cliënten behandeld. Het behandelaanbod van HC omvat startgroepen, ambulante individuele behandelingen, een klinische boost-behandeling als mogelijk onderdeel van een ambulant traject, online therapie (E-health), nazorg en verschillende cursussen, workshops, groepsbijeenkomsten en een forum. In alle therapieën staat herstel en behoud van autonomie centraal. In plaats van gewichtstoename, en zo symptoombestrijding, centraal te stellen, ligt de focus op afbouw van problematisch eetgedrag. HC werkt met een multidisciplinair team bestaand uit psychiaters, GZ-psychologen, systeemtherapeuten, diëtisten, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen en meer. Herstel wordt bevorderd door behandeling op maat (Human Concern, 2018).

Respondenten en procedure

Deze studie maakt gebruik van de data verzameld voor een studie naar welbevinden en psychopathologie binnen een klinische steekproef (De Vos, Radstaak, Bohlmeijer & Westerhof, 2018). Patiënten volgden de intakeprocedure van Human Concern, een stichting voor de behandeling van eetstoornissen in Nederland. Er werd gebruik gemaakt van de data verzameld tijdens het intakemoment en de volgende tussenmetingen (ROM). Gezien het gebruik van persoonlijkheid als voorspeller binnen deze studie zijn alleen patiënten meegenomen in dit onderzoek die de PID-5 hebben ingevuld. Het totale aantal patiënten was 471, het aantal patiënten die de PID-5 hebben ingevuld was 210. 30.5% hiervan waren gediagnosticeerd met anorexia nervosa, 24,8% met boulimia nervosa, 31.4% met overige gespecificeerde voedings- en eetstoornis en 13.3% met BED. De patiënten waren grotendeels vrouwelijk (98.6). 34.8% van de patiënten was tussen de 16 en 21 jaar oud, 38.1% was tussen

de 22 en 3 jaar oud, 17.1% was tussen de 31 en 40 jaar oud en 10% was 40 jaar of ouder. 72.4% van de respondenten heeft eerder behandeling gevolgd, 11.9% heeft dat niet, van 15.7% is dit niet bekend. 4.3% had een GAF-score van 35, 42.1% van 45, 37.3% van 55, 8.1% van 65, 1.9% van 75, van 6.2% is dit niet bekend. Er is gebruik gemaakt van data verzameld op vijf meetmomenten gedurende het eerste jaar van de behandeling.

Instrumenten

PID-5. De PID-5 (Personality Inventory for DSM-5) sluit aan bij het multidimensionale persoonlijkheidstrekkenmodel uit de DSM-5. In de DSM-5 worden persoonlijkheidsstoornissen omschreven aan hand van het niveau van het persoonlijkheidsfunctioneren (criterium A) en aan hand van persoonlijkheidstrekken (criterium B). De PID-5 vraagt naar de aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken. De vragenlijst omvat vijf domeinen met elk een aantal facetten. Deze zijn: (1) Negatieve affectiviteit. De facetten die bij dit domein horen zijn: “emotionele labiliteit, ongerustheid, separatieangst, submissiviteit, vijandigheid, perseveratie, depressiviteit, achterdocht en ingeperkte affectiviteit”. (2) Afstandelijkheid. De facetten die bij dit domein horen zijn: “sociale teruggetrokkenheid, vermijding van intimiteit, anhedonie, depressiviteit, ingeperkte affectiviteit en achterdocht”. (3) Antagonisme. De facetten die bij dit domein horen zijn: “manipulatief gedrag, onbetrouwbaarheid, grandiositeit, aandacht zoeken, ongevoeligheid en vijandigheid”. (4) Ongeremdheid. De facetten die bij dit domein horen zijn: “onverantwoordelijk gedrag, impulsiviteit, afleidbaarheid, riskant gedrag en rigide perfectionisme”. (5) Psychoticisme. De facetten die bij dit domein horen zijn: “ongewone overtuigingen en ervaringen, excentriciteit en cognitieve en perceptuele disregulatie” (Rossi, z.j.). Er zijn twee versies van de vragenlijst beschikbaar, een zelfrapportagelijst die 220 items omvat en een informatenversie die 218 items omvat. Voor beide is ook een verkorte versie beschikbaar. Voor deze studie is de 220 items omvattende zelfrapportagelijst gebruikt. Items worden gescoord op een 4-puntschaal met de antwoordcategorieën 0 = helemaal niet waar of vaak onwaar, 1 = soms niet waar of eerder onwaar, 2 = soms waar of eerder waar, en 3 = vaak waar of helemaal waar (Rossi, z.j.). Fossati, Krueger, Markon, Borroni en Maffei (2013) geven de betrouwbaarheid van de domeinschalen aan met een Cronbachs alpha van $>.90$.

OQ-45. De OQ-45 (Outcome Questionnaire-45) is een uitkomstinstrument bedoeld om de vooruitgang van volwassen patiënten te meten die behandeling krijgen voor psychische klachten. De OQ-45 omvat drie domeinen: (1) subjectief onbehagen (intrapsychisch

functioneren), (2) het (dis)functioneren in interpersoonlijke relaties en (3) het (dis)functioneren in de sociale rol. Naast de drie domeinscores geeft de OQ-45 ook een totaalscore. De OQ-45 is een zelfrapportagelijst die 45 items omvat. Items worden gescoord op een vijfpuntschaal met de volgende opties: 0 = nooit, 1 = zelden, 3 = vaak, en 4 = bijna altijd. De OQ-45 is een uitkomst- en screeningsinstrument en niet bestemd voor diagnostiek van patiënten. Gebruiksniveaus die gehanteerd kunnen worden zijn het meten van het huidige functioneren, het meten van behandeluitkomsten en het monitoren van de voortgang van behandeling (De Jong, Nugter, Lambert & Burlingame, 2009). Volgens onderzoek is Cronbachs alpha voor de totaalscore 0.93 binnen een klinische steekproef (de Jong et.al., 2007).

EDE-Q. De EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) is een zelfrapportagelijst met het doel de pathologie van eetstoornissen te bevragen. De EDE-Q omvat 28 items. De vragenlijst omvat vier sub schalen: (1) lijnen, (2) zorgen over eten, (3) zorgen over gewicht, en (4) zorgen over lichaamsvormen. Daarnaast worden diagnostische symptomen bevraagd zoals verschillende vormen van eetbuien en gewichtscontrolemaatregelen. De EDE-Q wordt gebruikt als screeningsinstrument en is niet geschikt voor het stellen van een diagnose (Goossens & Van Durme, 2011). De betrouwbaarheid kan volgens een studie van Aardoom, Dingemans, Op't Landt & Van Furth (2012) worden aangegeven met Cronbachs alpha = 0.95 voor de totaalscore.

MHC-SF. De MHC-SF (Mental Health Continuum Short Form) is een zelfrapportagelijst die positieve geestelijke gezondheid meet. De MHC-SF omvat 14 items die gescoord worden op een 6-puntschaal met de volgende opties: 0 = nooit, 1 = 1 of 2 keer per maand, 2 = ongeveer 1 keer per week, 3 = 2 of 3 keer per week, 4 = bijna elke dag, en 5 = elke dag. De MHC-SF omvat drie kerncomponenten van welbevinden: emotioneel welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden. Samen vormen deze drie kerncomponenten de totale positieve geestelijke gezondheid (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). De betrouwbaarheid Cronbachs alpha is 0.89 voor de totaalscore (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011).

Data-analyse

Voor de statistische analyses is gebruik gemaakt van het programma IBM SPSS Statistics version 23. Respondenten die niet voldeden aan de inclusiecriteria zijn verwijderd uit het databestand. Voor een deel van de analyses zijn respondenten onderverdeeld in vier verschillende groepen. Groep 1 bestaat uit respondenten waarvan alle metingen (EDE-Q, OQ-

45 en MHC-SF) volledig zijn ingevuld. Groep 2 bestaat uit respondenten die gedurende het jaar van de dataverzameling zijn doorgestuurd naar het klinische programma ‘Beleef’. Van deze groep ontbreken dus een deel van de metingen. Groep 3 bestaat uit respondenten waarvan de behandeling gedurende de dataverzameling beëindigd werd. De dataverzameling duurde één jaar en begon met intake en start behandeling. De gemiddelde duur van een behandeling bij Human Concern bedraagt 22 maanden. Bij patiënten die onder groep 3 vallen is de behandeling om verschillende redenen vóór het eerste behandeljaar beëindigd. Redenen hiervoor waren: (1) behandeling is afgerond, patiënt is uitbehandeld en hersteld, (2) voortijdige beëindiging vanuit de patiënt (bijvoorbeeld verhuizing) en (3) voortijdige beëindiging vanuit inhoudelijke redenen (bijvoorbeeld doorverwijzing ten gevolge van somatische verslechtering). De vierde groep bestaat uit respondenten waarvan een of meerdere metingen ontbreken. In tabel 1 zijn de frequentieverdelingen per groep weergegeven.

Tabel 1.

Frequentieverdeling per groep

Groep	Frequentie
1 Alle metingen	116
2 Beleef	9
3 Einde behandeling	17
4 Ontbrekende data	67

Om de eerste onderzoeksvraag ‘Zijn er verschillen in persoonlijkheidstrekken binnen de steekproef te vinden op basis van aard en duur van de behandeling?’ te beantwoorden is er een One-way ANOVA uitgevoerd. Het type groep diende als onafhankelijke variabele en het type sub schaal van de PID-5 diende als afhankelijke variabele. Er is voor alle vijf analyses voldaan aan de assumptie van gelijkheid van variantie.

Om de onderzoeksvraag ‘Verschillen klachten en welbevinden over de tijd?’ te beantwoorden is er gebruik gemaakt van een One-way repeated measures ANOVA. De analyse is uitgevoerd voor de EDE-Q, de OQ-45 en de MHC-SF met ‘tijd’ als within-subject factor. De factor ‘tijd’ omvat vijf meetmomenten in de periode van één jaar. Mauchly’s test liet zien dat er bij alle drie analyses niet was voldaan aan de assumptie van sphericiteit, daarom is in de resultaten het aantal vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser gecorrigeerd.

Om de derde en vierde onderzoeksvraag ‘Is persoonlijkheid gerelateerd aan de mate van klachten en welbevinden?’ en ‘Is persoonlijkheid gerelateerd aan het beloop van klachten en welbevinden?’ te beantwoorden is er gebruik gemaakt van een Mixed ANOVA. ‘Tijd’ diende als within-subjects factor (voor alle drie verschillende uitkomstmaten, EDE-Q, OQ-45, MHC-SF). Het type sub schaal van de PID-5 diende als between-subject factor. De between-subjects resultaten geven antwoord op de derde onderzoeksvraag, de interactie resultaten op de vierde onderzoeksvraag. De analyse vereist een categorisch niveau van de between-subjects variabele. Omdat deze variabelen een continu meetniveau hadden is er voor elke sub schaal van de PID-5 een nieuwe variabele op categorisch niveau aangemaakt. Op basis van tertielen zijn er per sub schaal drie groepen aangemaakt: laag, gemiddeld en hoog, de data werd per sub schaal in ongeveer drie gelijk grote groepen verdeeld. Hierdoor heeft de data een categorisch meetniveau. De missende data van de drie uitkomstmaten (alleen voor de groep ‘missende data’) werd geïmputeerd aan de hand van ‘Expectation Maximization’ (EM). Expectation Maximization is een iteratieve procedure waarbij andere variabelen gebruikt worden om een waarde te imputeren, vervolgens wordt gecontroleerd of deze waarde de meest waarschijnlijke waarde is. Zo niet wordt er een meer waarschijnlijke waarde geïmputeerd. Dit proces wordt herhaald totdat de meest waarschijnlijke waarde bereikt is. EM behoudt de relatie tussen de waardes en andere variabelen. (Do & Batzoglou, 2008). Per uitkomstmaat (EDE-Q, OQ-45, MHC-SF) is er vijf keer (negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid, psychoticisme) een mixed ANOVA uitgevoerd. Er is voor alle 15 analyses niet voldaan aan de assumptie van sphericiteit, daarom is in de resultaten het aantal vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser gecorrigeerd. Voor alle analyses betreft alle onderzoeksvragen is een significantieniveau van $\alpha=0.05$ gehanteerd.

Resultaten

Beschrijvende data

Tabel 2 geeft een overzicht van de frequentie, gemiddeldes en standaarddeviaties van de sub-schalen van de PID-5 per groep. Van elke schaal zijn drie categorieën gemaakt, op basis van tertielen, om de data in de delen in patiënten die laag, gemiddeld of hoog scoren op de betreffende schaal. Opvallend is dat de scores op de schalen ‘psychoticisme’ en ‘antagonisme’ over het algemeen veel lager zijn dan de scores op de andere drie schalen, de gemiddelde totaalscore is 0.48 voor antagonisme en 0.66 voor psychoticisme.

Tabel 2

Beschrijvende data per sub schaal PID-5

Sub schaal	Groep	Frequentie	M	SD
Negatieve affectiviteit	Laag	70	0.89	0.26
	Gemiddeld	71	1.53	0.15
	Hoog	68	2.19	0.26
	Totaal	209	1.53	0.57
Afstandelijkheid	Laag	71	0.54	0.26
	Gemiddeld	70	1.14	0.12
	Hoog	68	1.81	0.27
	Totaal	209	1.16	0.57
Antagonisme	Laag	70	0.12	0.08
	Gemiddeld	73	0.42	0.08
	Hoog	66	0.92	0.31
	Totaal	209	0.48	0.38
Ongeremdheid	Laag	69	0.41	0.21
	Gemiddeld	74	1.01	0.14
	Hoog	66	1.63	0.31
	Totaal	209	1.01	0.54
Psychoticisme	Laag	71	0.19	0.10
	Gemiddeld	69	0.57	0.13
	Hoog	69	1.23	0.35
	Totaal	209	0.66	0.48

Vergelijken sub groepen binnen patiëntensteekproef

Onderzoeksvraag 1 was ‘Zijn er verschillen in persoonlijkheidstrekken binnen de steekproef te vinden op basis van aard en duur van de behandeling?’. In tabel 3 zijn de gemiddeldes, standaarddeviaties en toetsnaalden per patiëntengroep per sub schaal van de PID-5 weergegeven. Er konden geen verschillen gevonden worden tussen de vier groepen op de vijf verschillende sub schalen van de PID-5.

Tabel 3

One-Way Analysis of Variance: verschillen tussen patientengroepen op sub schalen PID-5

Schaal PID-5	Groep	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Negatieve affectiviteit	Alle metingen (1)	1.53	0.57	0.40	0.76
	Beleef (2)	1.72	0.30		
	Einde behandeling (3)	1.47	0.67		
	Ontbrekende data (4)	1.52	0.58		
Afstandelijkheid	Alle metingen (1)	1.18	0.56	0.21	0.89
	Beleef (2)	1.20	0.34		
	Einde behandeling (3)	1.07	0.53		
	Ontbrekende data (4)	1.14	0.61		
Antagonisme	Alle metingen (1)	0.47	0.35	0.06	0.98
	Beleef (2)	0.52	0.45		
	Einde behandeling (3)	0.47	0.52		
	Ontbrekende data (4)	0.49	0.38		
Ongeremdheid	Alle metingen (1)	0.94	0.51	1.27	0.25
	Beleef (2)	1.05	0.61		
	Einde behandeling (3)	1.02	0.40		
	Ontbrekende data (4)	1.11	0.60		
Psychoticisme	Alle metingen (1)	0.64	0.45	1.01	0.36
	Beleef (2)	0.86	0.34		
	Einde behandeling (3)	0.79	0.67		
	Ontbrekende data (4)	0.63	0.50		

Het beloop van klachten over de tijd

De tweede onderzoeksvraag was ‘Verschillen klachten en welbevinden over de tijd gedurende het eerste jaar van de behandeling?’.

EDE-Q. De resultaten lieten zien dat de klachten significant verschilden over tijd, $F(2.88, 523.88)=47.70$, $p<0.001$. Tabel 4 laat zien hoe de gemiddeldes en standaarddeviaties per meetmoment verschillen. De resultaten laten zien dat de klachten significant afnemen gedurende het eerste jaar van de behandeling.

Tabel 4

Gemiddeldes en standaarddeviaties per meetmoment van de EDE-Q

Meetmoment	<i>M</i>	<i>SD</i>
Start behandeling	3.93	1.21
Q1	3.70	1.22
Q2	3.42	1.34
Q3	3.26	1.38
Q4	3.14	1.42

OQ-45. De resultaten laten zien dat de klachten significant verschilden over tijd, $F(3.17, 577.12)=19.33$, $p<0.001$. Tabel 5 laat zien hoe de gemiddeldes en standaarddeviaties per meetmoment verschillen. De resultaten laten zien dat de klachten significant afnemen gedurende het eerste jaar van de behandeling.

Tabel 5

Gemiddeldes en standaarddeviaties per meetmoment van de OQ-45

Meetmoment	<i>M</i>	<i>SD</i>
Start behandeling	50.26	14.46
Q1	49.42	14.27
Q2	47.09	13.87
Q3	46.57	15.28
Q4	44.50	15.19

MHC-SF. De resultaten laten zien dat het welbevinden significant verschilde over tijd, $F(3.30, 600.37)=18.62, p<0.001$. Tabel 6 laat zien hoe de gemiddeldes en standaarddeviaties per meetmoment verschillen. De resultaten laten zien dat het welbevinden significant stijgt gedurende het eerste jaar van de behandeling.

Tabel 6

Gemiddeldes en standaarddeviaties per meetmoment van de MHC-SF

Meetmoment	<i>M</i>	<i>SD</i>
Start behandeling	2.22	0.93
Q1	2.25	0.93
Q2	2.38	0.94
Q3	2.44	0.98
Q4	2.58	0.98

Persoonlijkheid als voorspeller voor het beloop van klachten en welbevinden

De derde onderzoeksvraag was ‘Is persoonlijkheid gerelateerd aan de mate van klachten en welbevinden?’ en de vierde onderzoeksvraag was ‘Is persoonlijkheid gerelateerd aan het beloop van klachten en welbevinden?’.

Klachten

Tabel 7 geeft de onderzoeksresultaten weer voor de klachten, de uitkomsten die vermeld staan onder ‘between-subjects’ hebben betrekking op de derde onderzoeksvraag, de uitkomsten die vermeld staan onder ‘interactie’ hebben betrekking op de vierde onderzoeksvraag.

Tabel 7

Resultaten Mixed ANOVA voor klachten

Uitkomstmaat	Sub schaal PID-5	Between-subjects			Interactie		
		df	F	p	df	F	p
EDE-Q	Neg. Affectiviteit	2	6.91	0.001	5.83	2.62	0.03
	Afstandelijkheid	2	8.31	<0.001	5.75	0.53	0.78
	Antagonisme	2	1.85	0.16	5.74	1.11	0.36
	Ongeremdheid	2	2.90	0.058	5.81	1.50	0.18
	Psychoticisme	2	0.89	0.41	5.78	0.42	0.86
OQ-45	Neg. Affectiviteit	2	26.72	<0.001	6.47	3.14	0.004
	Afstandelijkheid	2	43.61	<0.001	6.31	1.49	0.18
	Antagonisme	2	0.30	0.74	6.35	1.13	0.34
	Ongeremdheid	2	8.74	<0.001	6.55	4.07	<0.001
	Psychoticisme	2	9.27	<0.001	6.33	1.46	0.19

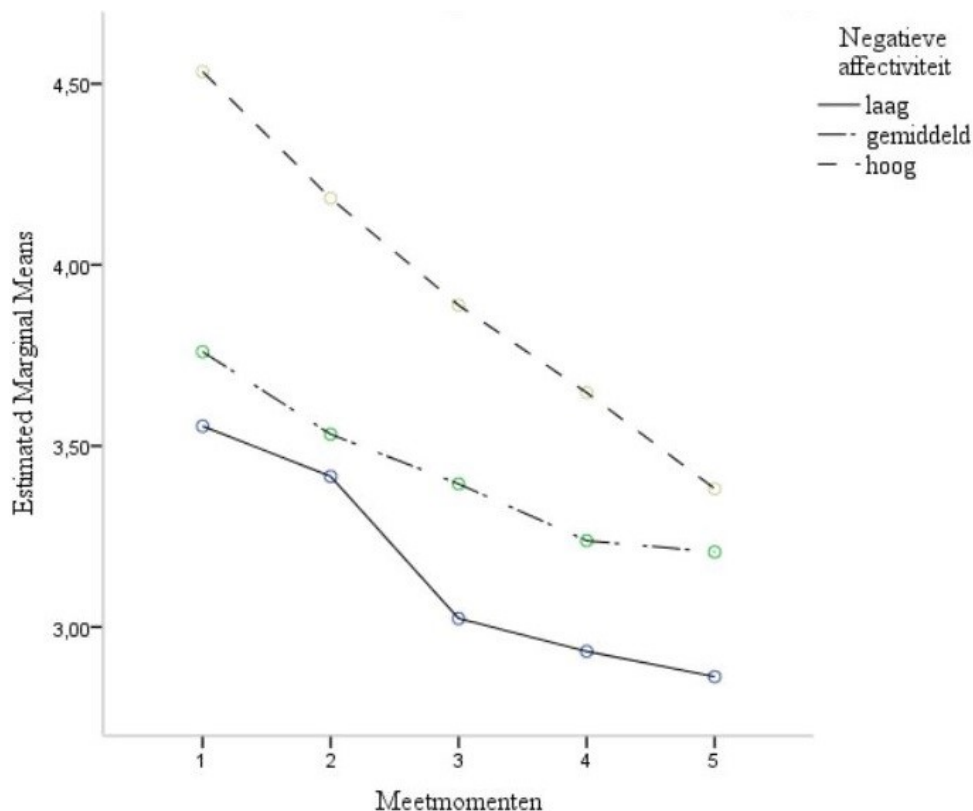
Note. Negatieve Affectiviteit is afgekort met Neg. Affectiviteit; significante uitkomsten zijn gearceerd.

EDE-Q. De resultaten laten zien dat er een significant verschil is op klachten tussen lage, gemiddelde en hoge scoorders op de sub schaal negatieve affectiviteit en op de sub schaal afstandelijkheid. De gemiddeldes en standaarddeviaties staan weergegeven in tabel 8. Er is dus een significant verschil in klachten gemeten over het hele beloop tussen deze drie groepen. Een hogere score op ‘negatieve affectiviteit’ en ‘afstandelijkheid’ is dus gerelateerd aan hogere eetstoornis pathologie. Daarnaast is er een significant interactie-effect gevonden voor de sub schaal negatieve affectiviteit. Er is een significant verschil in het beloop van klachten tussen lage, gemiddelde en hoge scoorders op de sub schaal negatieve affectiviteit. Figuur 1 laat de verschillen in het beloop zien. De grafiek toont aan dat patiënten die hoog

scoren op ‘negatieve affectiviteit’ een grotere afname van klachten laten zien. In deze groep is het grootste verschil tussen klachten aan het begin en klachten aan het einde van het jaar.

Figuur 1

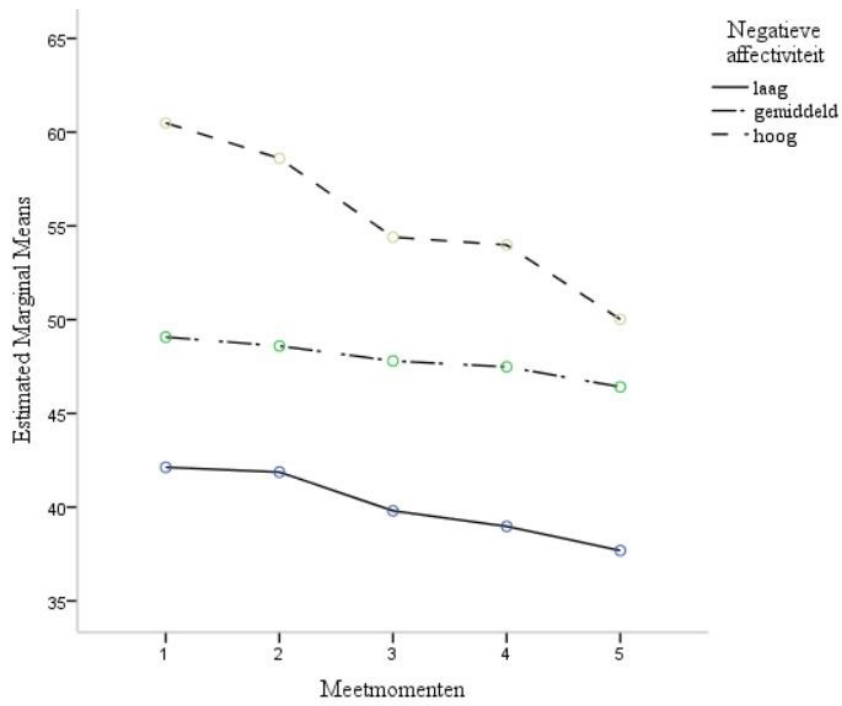
Beloop klachten (EDE-Q) voor verschillende groepen negatieve affectiviteit



OQ-45. De resultaten laten zien dat er een significant verschil is op klachten tussen lage, gemiddelde en hoge scoorders op de sub schalen negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, ongeremdheid en psychoticisme. De gemiddeldes en standaarddeviaties staan weergegeven in tabel 8. Er is dus een significant verschil in klachten gemeten over het hele beloop van de behandeling tussen deze drie groepen. Een hogere score op ‘negatieve affectiviteit’, ‘astandelijkheid’, ‘ongeremdheid’ en ‘psychoticisme’ is gerelateerd aan een hogere algemene psychopathologie. Daarnaast is er een significant interactie-effect gevonden voor de sub schalen negatieve affectiviteit en ongeremdheid. Er is dus een significant verschil in beloop van klachten tussen lage, gemiddelde en hoge scoorders op de sub schaal negatieve affectiviteit en op de sub schaal ongeremdheid. Figuur 2 en 3 laten de verschillen in het beloop zien voor negatieve affectiviteit en respectievelijk ongeremdheid. De grafieken laten zien dat patiënten die hoger scoren op ‘negatieve affectiviteit, respectievelijk ‘ongeremdheid’ het grootste verschil in klachten laten, de klachten nemen het meeste af gedurende het behandeljaar.

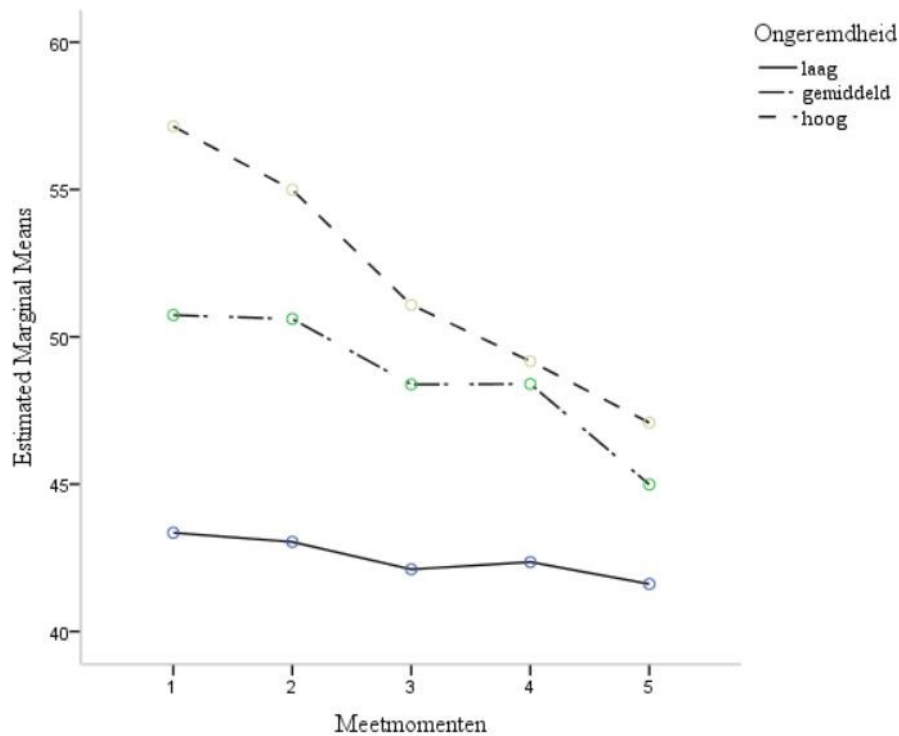
Figuur 2

Beloop klachten (OQ-45) voor verschillende groepen negatieve affectiviteit



Figuur 3

Beloop klachten (OQ-45) voor verschillende groepen ongeremdheid



Tabel 8

Gemiddeldes en standaarddeviaties van de EDE-Q en OQ-45 op de sub schaal van de PID-5 waarbij een significant verschil gevonden is tussen hoog, gemiddeld, en laag scoorders

Sub schaal PID-5	Groep	EDE-Q		OQ-45		MHC-SF	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Negatieve affectiviteit	Laag	3.16	1.44	40.09	13.75	2.66	1.03
	Gemiddeld	3.43	1.26	47.87	13.06	2.43	0.89
	Hoog	3.93	1.08	55.50	12.62	2.00	0.79
Afstandelijkheid	Laag	3.09	1.42	38.81	12.81	2.85	0.91
	Gemiddeld	3.45	1.24	46.95	11.90	2.46	0.86
	Hoog	3.92	1.14	56.88	12.84	1.82	0.78
Ongeremdheid	Laag			42.49	14.97	2.60	0.99
	Gemiddeld			48.62	13.61	2.28	0.89
	Hoog			51.90	13.56	2.24	0.94
Psychoticisme	Laag			43.49	14.11		
	Gemiddeld			46.59	14.00		
	Hoog			53.15	14.16		

Welbevinden

Tabel 9 geeft de onderzoeksresultaten weer voor het welbevinden, de uitkomsten die vermeld staan onder ‘between-subjects’ hebben betrekking op de derde onderzoeksvraag, de uitkomsten die vermeld staan onder ‘interactie’ hebben betrekking op de vierde onderzoeksvraag.

Tabel 9

Resultaten Mixed ANOVA voor welbevinden

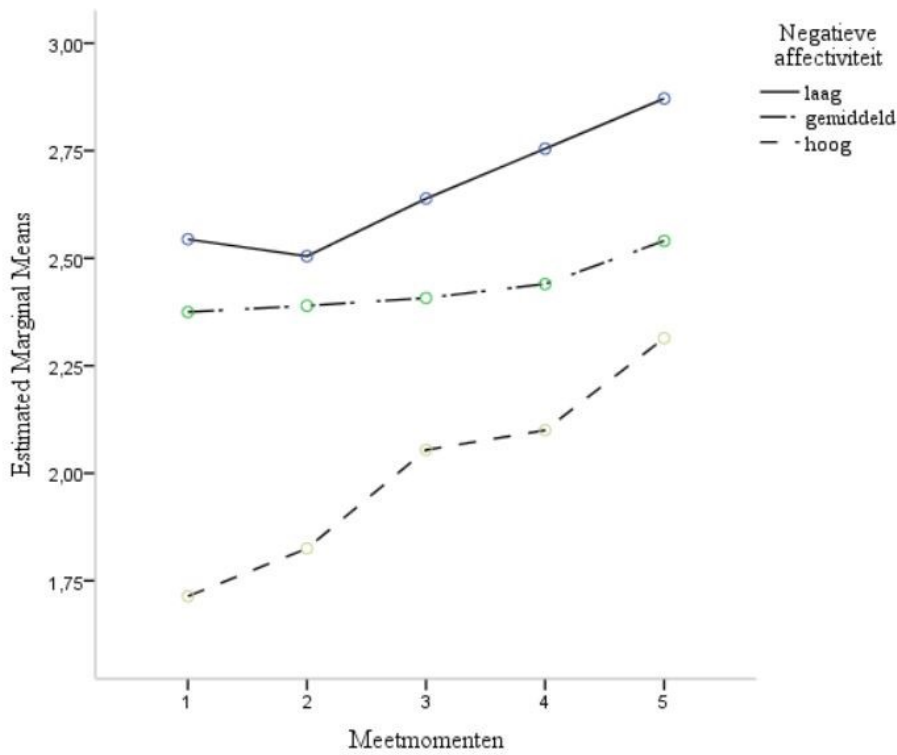
Uitkomstmaat	Sub schaal PID-5	Between-subjects			Interactie		
		<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
MHC-SF	Neg. Affectiviteit	2	10.13	<0.001	6.72	2.46	0.019
	Afstandelijkheid	2	30.64	<0.001	6.58	0.65	0.70
	Antagonisme	2	1.69	0.19	6.64	1.41	0.20
	Ongeremdheid	2	3.28	0.04	6.67	2.09	0.046
	Psychoticisme	2	1.57	0.21	6.57	0.57	0.77

Note. Negatieve affectiviteit is afgekort met Neg. Affectiviteit; significante uitkomsten zijn gearceerd.

De resultaten laten zien dat er een significant verschil is op welbevinden tussen lage, gemiddelde en hoge scoorders op de sub schaal negatieve affectiviteit, afstandelijkheid en ongeremdheid. De gemiddeldes en standaarddeviaties staan weergegeven in tabel 8. Er is dus een significant verschil in welbevinden gemeten over het hele beloop tussen deze drie groepen. Hoge scores ‘negatieve affectiviteit’, ‘afstandelijkheid’ en ‘ongערemdheid’ zijn dus gerelateerd aan een lager welbevinden. Daarnaast is er een significant interactie-effect gevonden voor de sub schaal negatieve affectiviteit en voor de sub schaal ongeremdheid. Er is een significant verschil in het beloop van klachten tussen lage, gemiddelde en hoge scoorders op deze twee sub schalen. Figuur 4 en 5 laten het beloop zien voor negatieve affectiviteit en respectievelijk ongeremdheid. De grafieken tonen aan dat patiënten die hoog scoren op ‘negatieve affectiviteit’, respectievelijk ‘ongערemdheid’ de grootste verandering in welbevinden laten zien gedurende het eerste jaar van de behandeling.

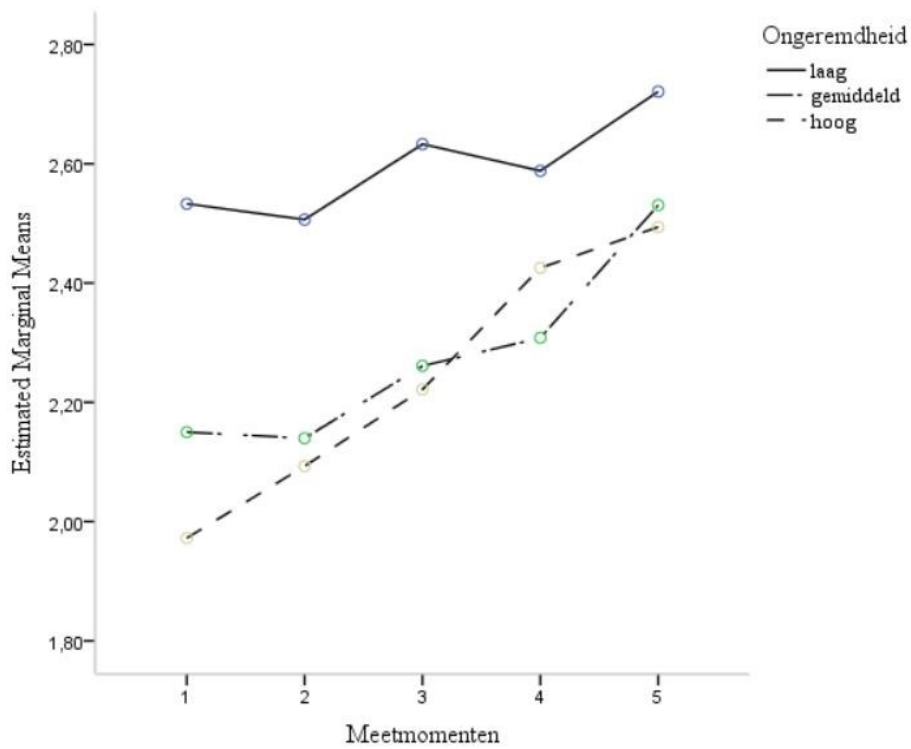
Figuur 4

Beloop welbevinden (MHC-SF) voor verschillende groepen negatieve affectiviteit



Figuur 5

Beloop welbevinden (MHC-SF) voor verschillende groepen ongeremdheid



Discussie

Conclusie

Doel van deze studie was te onderzoeken welke rol persoonlijkheid speelt in het behandelen van eetstoornissen. Concluderend kan worden gezegd dat op basis van de indeling die binnen deze studie getroffen is ontbrekende data, een vroegtijdige beëindiging van de behandeling en een doorverwijzing naar het klinische programma 'Beleef' niet gerelateerd was aan de persoonlijkheid van de patiënten. Klachten en welbevinden verschilden significant over de tijd. Op basis van deze resultaten kan gesteld worden dat er sprake is van een klachtenreductie en toename van welbevinden gedurende het eerste jaar van de behandeling. Persoonlijkheid is gerelateerd aan de mate van klachten en welbevinden. Een hoge score op de persoonlijkheidstrekken negatieve affectiviteit en afstandelijkheid is gerelateerd aan een hogere algemene pathologie, aan een hogere eetstoornis pathologie en aan een lager welbevinden. Een hoge score op ongeremdheid is gerelateerd aan een hogere algemene pathologie en een lager welbevinden. Een hoge score op psychoticisme is enkel gerelateerd aan een hogere score op algemene pathologie. Persoonlijkheid is ook gerelateerd aan het beloop van klachten en welbevinden. Het beloop van zowel klachten als welbevinden verschilt tussen cliënten met een lage, gemiddelde of hoge score op negatieve affectiviteit. Cliënten met een hoge score op negatieve affectiviteit lijken het meeste te profiteren. Bij deze groep is de klachtenreductie en toename van welbevinden het grootst. Voor ongeremdheid geldt hetzelfde, hoge scores op ongeremdheid is gerelateerd aan een grotere klachtenreductie en grotere toename van welbevinden.

Interpretatie

Wat opvalt uit de resultaten is dat hoge scoorders op de persoonlijkheidstrekken 'negatieve affectiviteit' en 'ongeremdheid' het meest lijken te profiteren van de behandeling, bij deze groep vindt de meeste verandering qua klachten en welbevinden plaats. Aan het begin zijn er grote verschillen in scores tussen de drie groepen, aan het einde van het jaar lijken deze scores meer bij elkaar te komen (met echter nog steeds een verschil), de grootste progressie in klachtenreductie en toename van welbevinden vindt plaats binnen de groep van hoge scoorders. Onderzoek van Sansone et.al. (2004) wijst uit dat patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis wellicht slechtere behandeluitkomsten hebben. De bevindingen uit dit onderzoek steunen deze resultaten deels. Wel wordt geobserveerd dat hoge scoorders op 'negatieve affectiviteit' en 'ongeremdheid' aan het einde van het eerste behandeljaar nog steeds slechter scoren op zowel klachten als welbevinden, echter maakt de groep hoge

scoorders ook de grootste progressie. Bij de groep die hoog scoort valt echter ook de grootste progressie te halen. De andere groepen hadden van begin aan aanzienlijk minder klachten. Wellicht dat de groep hoge scoorders meer verbetering haalt omdat de beginscores van deze groep hoger zijn.

De resultaten lijken de hypothese van slechtere behandeluitkomsten bij een comorbide persoonlijkheidsstoornis te ondersteunen voor het persoonlijkheidstrekketrek 'afstandelijkheid'. Terwijl er significante verschillen gevonden werden in klachten en welbevinden voor lage, gemiddelde en hoge scoorders op 'afstandelijkheid' zijn er geen verschillen in het beloop van klachten en welbevinden gevonden tussen deze drie groepen. Blijkbaar vormt een hoge score op 'afstandelijkheid' een belemmerende factor voor de behandeling wat zich uit in minder progressie qua klachten en welbevinden. Afstandelijkheid wordt gedefinieerd als sociale teruggetrokkenheid, vermijding van intimiteit, anhedonie, depressiviteit, ingeperkte affectiviteit en achterdocht (Rossi, z.j.). Binnen de literatuur zijn er verschillende aanwijzingen voor de belemmerende factor van 'afstandelijkheid' op behandeling van eetstoornissen. Onderzoek van Lammers, Vroling, Ouwens, Engels & van Strien (2015) naar voorspellers van behandeluitkomst van CGT-therapie bij patiënten met BED wijst uit dat hogere levels of extraversie vóór de behandeling voorspellende waarde heeft voor een betere behandeluitkomst. Onderzoek van Podar, Hannus & Allik (1999) wijst uit dat extraversie negatief gerelateerd was aan de meeste dimensie van de EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2). Lage levels van extraversie is gerelateerd aan een gestoord eetpatroon voor vrouwen in een niet klinische steekproef die tegelijk hoog scoren op neuroticisme (Miller, Schmidt, Vaillancourt, McDougall & Laliberte, 2006). De huidige studie ondersteunt deze resultaten. Er zijn aanwijzingen dat 'afstandelijkheid' het beloop van klachten en welbevinden bij behandeling van eetstoornissen negatief beïnvloedt.

Hiernaast tonen de resultaten ook aan dat 'psychoticisme' en 'antagonisme' weinig of geen invloed hadden op klachten en welbevinden of het beloop. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat binnen de gebruikte steekproef deze twee persoonlijkheidstrekketrekken over het algemeen minder tot uiting komen dan 'negatieve affectiviteit', 'afstandelijkheid' en 'ongeremdheid'. De twee persoonlijkheidstrekketrekken 'psychoticisme' en 'antagonisme' zitten aan de onderkant van de schaal, tussen de lage, gemiddelde en hoge groepen is er minder spreiding dan bij de andere drie persoonlijkheidstrekketrekken. Wellicht dat dit een factor is die medebepalend was voor het niet vinden van significante resultaten betreft het persoonlijkheidstrekketrek 'antagonisme'. Hiernaast werd er voor het persoonlijkheidstrekketrek

‘psychoticisme’ alleen een significant verschil tussen de groepen gevonden op klachten betreft de OQ-45.

Binnen deze studie werd er zowel gekeken naar klachten als uitkomstmaat als naar welbevinden als uitkomstmaat. Het twee continua model stelt dat mentale ziekte en mentale gezondheid twee verschillende maar toch gerelateerde dimensies van geestelijke gezondheid zijn (Keyes, 2005, Westerhof & Keyes, 2010). De afwezigheid of aanwezigheid van mentale ziekte betekent dus niet noodzakelijk de aanwezigheid of afwezigheid van mentale gezondheid. Binnen de literatuur is er veel steun voor dit model. Resultaten uit een onderzoek van De Vos et.al. (2018) naar welbevinden onder patiënten met een eetstoornis steunen het model. Er werd een moderate negatieve correlatie gevonden tussen eetstoornis psychopathologie en algemeen welbevinden. Voor de eetstoornissen boulimia nervosa en BED werd geen correlatie gevonden. De aanwezigheid van pathologie ging niet noodzakelijk gepaard met een laag welbevinden. Van Erp Taalman Kip & Hutschemaekers (2018) trekken het model echter in twijfel. Het betreffende onderzoek naar gezondheid, welbevinden en psychopathologie in een klinische populatie wijst uit dat welbevinden en psychopathologie dusdanig verstrengeld zijn dat de distinctie die het model maakt betwijfeld zou moeten worden. De resultaten uit dit onderzoek geven aanleiding om te denken dat de twee dimensies wellicht meer gerelateerd zijn dan in het model beschreven. In deze studie werden voor de persoonlijkheidstrekken negatieve affectiviteit, afstandelijkheid en ongeremdheid significante verschillen tussen hoge, gemiddelde en lage scores gevonden qua klachten en ook voor welbevinden. Binnen deze groepen valt op dat lage scores op de drie persoonlijkheidstrekken geassocieerd zijn met lage scores op klachten en hoge scores op welbevinden en hoge scores op de drie persoonlijkheidstrekken geassocieerd zijn met hoge scores op klachten en lage scores op welbevinden. Hier lijkt een verband te liggen wat mogelijk wijst op een sterkere relatie tussen de twee dimensies dan het model veronderstelt. Uiteindelijk zou deze hypothese getoetst moeten worden door individuen aan elkaar te koppelen. Pas wanneer duidelijk wordt of daadwerkelijke dezelfde individuen dezelfde ontwikkeling laten zien kan er een betrouwbare uitspraak gemaakt worden over de relatie tussen de twee constructen.

Sterke en zwakke kanten & aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Binnen deze studie werd enkel gekeken naar eetstoornissen in het algemeen. Voor vervolgonderzoek zou er een splitsing gemaakt kunnen worden tussen de verschillende soorten eetstoornis om te kijken of dit verschillende en/of andere resultaten oplevert. In het huidige onderzoek is de steekproef in het geheel geanalyseerd, zonder een splitsing te maken

op basis van het type eetstoornis. Onderzoek heeft uitgewezen dat verschillende types eetstoornissen geassocieerd zijn met verschillende persoonlijkheidstrekken. *Boulimia nervosa* en *anorexia nervosa* van het purgerende type bijvoorbeeld worden vooral gekenmerkt door impulsiviteit en daardoor ook geassocieerd met impulsieve persoonlijkheidstrekken zoals deze vooral tot uiting komen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (Sansone et.al. 2004). Door naar het beloop van de klachten en het welbevinden te kijken per type persoonlijkheidsstoornis en dit te relateren aan de persoonlijkheidstrekken (PID-5) zouden er specifiekere resultaten verkregen kunnen worden over hoe klachten en welbevinden verlopen per type stoornis en in hoeverre dit beïnvloed wordt door de mate waarin persoonlijkheidstrekken tot uiting komen.

De data die binnen het onderzoek gebruikt werd heeft zowel voor-als nadelen. ROM-data is observationele data, er kan dus geen uitspraak gemaakt worden over de effectiviteit van de behandeling. Wel is ROM-data echte data, die ongeselecteerd een beeld van de beleving van de patiënt weergeeft. Dit is een groot pluspunt. Ook betreft de data zelfrapportageinstrumenten. Dit maakt het mogelijk om op een kwantitatieve manier data te verzamelen en resultaten te generaliseren naar een grotere steekproef. Het nadeel is dat zelfrapportage een subjectieve en geen objectieve weergave van de werkelijkheid is. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om een objectieve uitkomstmaat toe te voegen aan de analyses. De BMI zou een mogelijke optie zijn. Deze optie is echter alleen voor *anorexia nervosa* een mogelijkheid omdat andere types eetstoornissen vaak geen abnormaal gewicht laten zien. Echter komen hier ook weer andere nadelen bij kijken. Gewicht is weliswaar een maatstaf voor een gezond gewicht, echter geen nauwkeurige weergave van iemands geestelijke gesteldheid. Een andere mogelijkheid is om een kwalitatieve component toe te voegen. Patiënten zouden bijvoorbeeld een dagboek bij kunnen houden over een bepaalde periode. Door deze combinatie zou wellicht aanvullende informatie verkregen kunnen worden over de achterliggende redenen voor de gevonden verbanden.

Hiernaast bevatte het onderzoek een groot aantal missende data. Van 67 patiënten ontbrak één of meerdere waarden van één of meerdere uitkomstmaten. De Mixed ANOVA-analyses zijn niet in staat missende data te hanteren, patiënten met missende data worden in de analyses uitgesloten. Om deze reden is de missende data geïmputeerd aan hand van Expectation Maximization (EM). Voordeel van een imputatie is dat de gehele steekproef meegenomen kan worden in de analyses. Het voordeel van de EM boven andere methodes is dat de relatie met andere variabelen behouden wordt (Do & Batzoglou, 2008). Bovendien is deze methode nauwkeuriger dan bijvoorbeeld Mean Imputation. Binnen deze methode wordt

de missende waarde vervangen door het gemiddelde van de variabele. Dit behoudt het gemiddelde maar verandert de relatie met andere variabelen, een nadeel boven EM (Donders, van der Heijden, Stijnen & Moons, 2006). Echter heeft de EM-methode ook nadelen. EM-imputatie onderschat standaard fouten. Dit kan leiden tot een te kleine p-waarde en er is een kans dat mogelijk resultaten gerapporteerd worden die er eigenlijk niet zijn. Multiple Imputatie (MI) kan deze methode verbeteren door het gebruiken van de inconsistenties (of consistenties) van de schattingen als aanvullende informatie; de methode kan standaardfouten schatten die onvertekend zijn (Acock, 2005).

Binnen het huidige onderzoek is er enkel gekeken naar het eerste jaar van de behandeling. De meest robuuste voorspeller van behandeluitkomst is een grotere verandering in symptomen vroeg gedurende de behandeling (Vall & Wade, 2015). Om deze reden is de keuze gemaakt om binnen deze studie alleen het eerste behandeljaar te onderzoeken. In vervolgonderzoek zou na een aantal jaar de follow-up data geanalyseerd kunnen worden om de huidige data te verifiëren of aan te tonen welke effecten in een follow-up zichtbaar zouden worden.

Een laatste aanbeveling is om in een vervolgstudie het persoonlijkheidstrek 'afstandelijkheid' verder te onderzoeken. In deze studie is gebleken dat 'afstandelijkheid' wellicht het beloop van klachten en welbevinden gedurende een behandeling van eetstoornissen negatief beïnvloed. 'Afstandelijkheid' is een construct dat meerdere componenten omvat. In vervolgonderzoek zou specifiek gekeken kunnen worden naar welke componenten van 'afstandelijkheid' een negatieve invloed vormen op de afname van klachten en toename van welbevinden.

Implicaties voor de praktijk

Naast de theoretische bevindingen zijn er op basis van de resultaten ook implicaties voor de praktijk. De resultaten hebben aangetoond dat hoge scores op 'negatieve affectiviteit', 'afstandelijkheid' en 'ongeremdheid' gerelateerd zijn aan meer klachten en een lager welbevinden. Uiteindelijk komen de scores wel bij elkaar, hoge scores zijn namelijk ook gerelateerd aan meer progressie op het gebied van zowel welbevinden als klachten, dus de mate van klachten en welbevinden na één jaar behandeling komt samen op een soortgelijk niveau met echter nog wel een verschil. Het lijkt er dus op dat de behandeling op dit gebied goed aansluit bij de behoeftes van deze groepen, de resultaten impliceren dat ook de groep die hoog scoort op deze persoonlijkheidstreken uiteindelijk voldoende afname van klachten en toename van welbevinden ervaart. Als er gekeken wordt na de drie groepen op het

persoonlijkheidstrek 'afstandelijkheid' komt een ander beeld naar voren. De drie groepen verschillen namelijk significant in klachten en welbevinden, hoge scores zijn gerelateerd aan meer klachten en een lager welbevinden, echter heeft dit geen invloed op het beloop. Behandelingen zouden hierop in kunnen spelen door de groep patiënten die hoog scoren op 'afstandelijkheid' extra te ondersteunen. Het lijkt er namelijk op dat een hoge score op 'afstandelijkheid' de behandeling negatief te kunnen beïnvloeden; hoge scores op 'afstandelijkheid' uiten zich niet in klachtenreductie en toename van welbevinden gedurende het eerste jaar van de behandeling.

Bovendien laten de resultaten zien dat er verschillende uitkomsten zijn wanneer de EDE-Q en de OQ-45 vergeleken wordt. Zowel de OQ-45 als de MHC-SF laten meer significante resultaten zien dan de EDE-Q. Er zijn zowel de between-subjects als interactie-effecten voor 'ongeremdheid' voor de OQ-45 en MHC-SF gevonden en between-subjects effecten voor 'psychoticisme' voor de OQ-45. De EDE-Q laat deze resultaten niet zien. Deze resultaten zijn voor de praktijk interessant in het kader van de samenstelling van vragenlijsten voor de ROM. Wanneer twee vragenlijsten dezelfde uitkomsten hebben is het wellicht overbodig om beide mee te nemen in de ROM, het is immers extra werk dat zowel de patiënt als de organisatie moet verrichten. Het verschil tussen de OQ-45 en EDE-Q is interessant om te bekijken. De resultaten uit dat onderzoek suggereren dat patiënten gedurende het eerste jaar van de behandeling vooral opknappen op het gebied van algemene psychopathologie en minder op het gebied van eetstoornis pathologie. Het is interessant om te bekijken of dit ook een weergave van de werkelijkheid is, dit geeft belangrijke informatie voor de praktische vormgeving van de behandeling.

Literatuur

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Op't Landt, M. C. S., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating behaviors, 13*(4), 305-309.
- Acock, A. C. (2005). Working with missing values. *Journal of Marriage and family, 67*(4), 1012-1028.
- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 24*(2), 371-379.
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 9-21.
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Amsterdam: Boom Psychologie.
- Bruce, K. R., & Steiger, H. (2004). Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *Eating Disorders, 13*(1), 93-108.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141-1164.
- De Jong, K., Nugter, M. A., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (2009). Handleiding voor afname en scoring van de Outcome Questionnaire (OQ-45). *Salt Lake City, UT: OQ Measures LLC*.
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 14*(4), 288-301.
- De Vos, J. A., Radstaak, M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Having an Eating Disorder and still being able to flourish? Examination of pathological symptoms and well-being as two continua of mental health in a clinical sample. *Frontiers in psychology, 9*.
- Do, C. B., & Batzoglou, S. (2008). What is the expectation maximization algorithm?. *Nature biotechnology, 26*(8), 897.
- Donders, A. R. T., Van Der Heijden, G. J., Stijnen, T., & Moons, K. G. (2006). A gentle introduction to imputation of missing values. *Journal of clinical epidemiology, 59*(10), 1087-1091.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416.

- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 46*, 91-105.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment, 20*(6), 689-708.
- Franko, D. L., & Striegel-Moore, R. H. (2018). Psychosocial risk for eating disorders: what's new?. In *Annual Review of Eating Disorders* (pp. 51-62). CRC Press.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy, 21*(1), 1-12.
- Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., Ornstein, R. M., Rome, E. S., Garber, A. K., Krohn, M. & Kreipe, R. E. (2015). Update on the medical management of eating disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 56*(4), 370-375.
- Goossens, L., & Van Durme, K. (2011). Assessment van eetstoornissymptomen: de eating disorder examination. *Psychopraktijk, 3*(5), 26-30.
- Human Concern. (2018). Behandelaanbod. Geraadpleegd van <https://www.humanconcern.nl/behandelingen/behandelaanbod> op 15-10-2018
- Human Concern. (2018). Wie zijn wij? Geraadpleegd van <https://www.humanconcern.nl/human-concern/wie-zijn-wij> op 15-10-2018
- Kärkkäinen, U., Mustelin, L., Raevuori, A., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2018). Do Disordered Eating Behaviours Have Long-term Health-related Consequences?. *European Eating Disorders Review, 26*(1), 22-28.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., & Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes?. *International Journal of Eating Disorders, 47*(1), 54-64.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry, 29*(6), 340-345.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(3), 539.
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Ouwens, M. A., Engels, R. C., & van Strien, T. (2015). Predictors of outcome for cognitive behaviour therapy in binge eating disorder. *European Eating Disorders Review, 23*(3), 219-228.

- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffler, A. L., Martinsen, E.W. & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 201-209.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating behaviors*, 7(1), 69-78.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 133-147.
- Rossi, G. Whitepaper: De PID-5 brengt het DSM-5 persoonlijkheidstrekkemodel in kaart. zj, Boom Psychologie & psychiatrie. *Een geschikt instrument voor het meten van behandelvoortgang bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis FASE, 1*.
- Samenvattingskaart zorgstandaard. *Eetstoornissen.*, n.a., 27 nov 2017.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Donker, G. A., Susser, E. S., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2016). Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 46(6), 1189-1196.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Turner, H., Bryant-Waugh, R., & Marshall, E. (2015). The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 73, 165-169.
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
- van Erp Taalman Kip, R. M., & Hutschemaekers, G. J. (2018). Health, well-being, and psychopathology in a clinical population: Structure and discriminant validity of Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110-119.

Wonderlich, S. A., Lilenfeld, L. R., Riso, L. P., Engel, S., & Mitchell, J. E. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S68-S71.

Wright, A. G., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 43.