

## **Inhoud:**

Anorexia nervosa: gevaarlijke aandoening die vooral jongeren treft.....	2
Atypische eetstoornissen: niet echt minder erg .....	7

Eetstoornissen zijn de psychiatrische aandoeningen met de ernstigste morbiditeit en mortaliteit. Toch worden ze vaak miskend, vooral omdat de patiënten hun aandoening ontkennen en verbergen. Naast de twee typische eetstoornissen, anorexia en boulimia nervosa, zie je ook atypische eetstoornissen - men schat dat deze nog veel vaker voorkomen. Aandacht hebben voor typische situaties die op gestoord eetgedrag kunnen wijzen, kan een langdurige lijdensweg helpen ontwijken. De vraag is natuurlijk niet alleen: hoe herken je dit? Maar ook: hoe pak je het afwijkende gedrag aan?. We gingen hierover praten met twee experts terzake: dr. Yves Simon van de ULB, en prof. dr. Myriam Vervaeke van UZ Gent.



# Anorexia nervosa: gevaarlijke aandoening die vooral jongeren treft

*P. Lambert - redactionele coördinatie: F. Dammel*

**Stoornissen van -iet eetgedrag zijn een belangrijke oorzaak van morbiditeit en zelfs van mortaliteit bij adolescenten en jongvolwassenen. Wat is iet profiel van deze stoornissen? Hoe diagnosticeren en behandelen we deze aandoeningen?**

Stoornissen van het eetgedrag komen vooral voor bij vrouwen: negen vrouwen tegen één man. Het start vaak met een dieet. In een studie die werd gepubliceerd in *Pediatrics* <sup>1</sup> in 2003, werd aangetoond dat adolescente meisjes die regelmatig een dieet volgen, 12-maal meer kans lopen om boulimie te ontwikkelen dan meisjes die hun voeding niet beperken. Diëten is niet de oorzaak van de eetstoornissen, maar het stippelt de weg uit. Het vormt een eerste teken dat het mis kan lopen.

De vierde, herziene versie (2000) van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-R) onderscheidt twee eetstoornissen: anorexia nervosa en boulimie. Ook wordt een categorie 'Eetstoornis, niet anderszins omschreven' vermeld, waarvoor geen diagnostische criteria worden gegeven.

Patiënten met anorexia nervosa nemen een gedrag van voedselrestrictie aan en weigeren hun lichaamsgewicht te houden op een niveau dat normaal is voor hun leeftijd en lichaamslengte. Op een gegeven ogenblik kan de daaruit voortvloeiende vermagering niet meer worden gemist. Boulimie uit zich in episoden van overvoeding gevolgd door een gedrag om gewichtstoename te vermijden. Tijdens de aanval vertoont de patiënt een compulsief eetgedrag, soms zelfs zonder het eten klaar te maken of te koken, en eet hij voedingsmiddelen die hij normaal zal vermijden. Soms wordt de aanval evenwel geanticipeerd en wordt het voedsel op voorhand geselecteerd.

Daarna gaat de patiënt braken, neemt hij laxeermiddelen of diuretica in, begint hij drastisch te vasten of doet hij aan overmatig veel lichaamsbeweging. Door die compensatiestrategieën kan hij zijn gewicht min of meer constant houden.

In tegenstelling tot anorexie kan het gebeuren dat aanvallen van boulimie jarenlang niet worden opgemerkt en lang compatibel blijven met een normaal gezinsleven, en sociale en professionele activiteiten. De episode van boulimie eindigt doorgaans met schaamte, schuldgevoelens, een afkeer voor zichzelf en een uitgesproken gevoel van eenzaamheid.

Sommige diagnostische criteria die in de DSM IV-R worden vermeld, stoelen niet op empirische gegevens en kunnen dan ook worden aangevochten. Zo wordt bijvoorbeeld het achterwege blijven van maandstonden klassiek als een obligaat symptoom beschouwd bij de diagnose van anorexia nervosa. "De amenorroe is echter gerelateerd aan de ondervoeding. Wachten tot de maandstonden achterwege blijven om een diagnose te stellen zal alleen maar tot gevolg hebben dat de behandeling nog later wordt gestart", stelt Yves Simon, diensthoofd van de eenheid voor eetstoornissen en hoofd van het programma voor anorexia/boulimie van het psychiatrisch centrum Le Domaine (ULB) in Braine-l'Alleud.

## ***Het belang van de subklinische vormen***

Naast anorexia nervosa en boulimie is er dus een categorie van niet anders gespecificeerde eetstoornissen of 'atypische eetstoornissen', die niet voldoen aan de diagnostische criteria van de twee bovenvermelde aandoeningen. Die stoornissen kunnen in verschillende categorieën worden ingedeeld. Er zijn vooreerst de subklinische of beginnende vormen van anorexia nervosa en boulimie. Vervolgens zijn er stoornissen die de klinische kenmerken van de twee aandoeningen vertonen, mengvormen. De derde categorie, eetbuistoornissen, betreft mensen die de controle over hun voeding verliezen, grote

hoeveelheden eten in korte tijd en geen compensatiegedrag vertonen om gewichtstoename te vermijden.

De atypische eetstoornissen zijn de frequentste vormen: het gaat om 30 tot 50% van de mensen met een stoornis van het eetgedrag, vooral kinderen en adolescenten.' Sinds een tiental jaar is de incidentie van subklinische vormen van anorexia en boulimia nervosa duidelijk aan het stijgen. Zestig procent van de meisjes en de vrouwen die daarmee te kampen krijgen, komt tien jaar later op spreekuur wegens significante afwijkingen van hun lichamelijke gezondheid of psychosociale evenwicht. Daarom wordt er steeds meer onderzoek verricht over atypische stoornissen, ook al omdat de diagnose vrij weinig wordt gesteld en omdat deze stoornissen dan niet worden behandeld (zie het volgende artikel in dit dossier).

Stoornissen van het eetgedrag gaan vaak samen met comorbiditeit: angststoornissen, depressie en borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Verslaving aan alcohol en drugs is evenmin zeldzaam. "Vaak zien we automutilatie, vooral bij adolescenten met boulimie", onderstreept Yves Simon. "Als ze bloed zien vloeien, voelen ze zich meer op hun gemak en ebben de spanning en de angst weg. De kenmerken van de automutilatie kunnen ook wijzen op andere diagnoses, die te maken hebben met abusueus, geweld (ook seksueel misbruik), of andere persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie."

De incidentie van zelfmoordpogingen is zeer hoog bij mensen met eetstoornissen en vooral dan anorexia nervosa. Dat probleem stelt zich vooral bij jonge vrouwen van 35 jaar met anorexia nervosa, die in een impasse zitten, en vooral als hun eetstoornis gecompliceerd wordt door alcoholisme.

### ***De cultus van het lichaam***

De etiologie van stoornissen van het eetgedrag is nog niet duidelijk. Het zijn ongetwijfeld multifactoriële aandoeningen, waarbij genetische, biologische, psychische, culturele, sociale en familiale factoren een rol spelen.

Wachten tot maandstonden achterwege blijven zal alleen tot gevolg hebben dat de behandeling van anorexie nog later wordt gestart.

Binnen dat geheel van interacties is er één element dat moet worden benadrukt: de cultus en de controle van het lichaam. Die wordt door de media gepromoot, maar vaak ook door de ouders en leeftijdsgenoten. Het vormt een krachtige factor van interiorisatie van waarden die een eetstoornis kunnen uitlokken.

Ook is er veel te doen over bepaalde persoonlijkheidstrekken. "Patiënten met anorexia nervosa", aldus Yves Simon, "hebben problemen met negatieve emoties, die sterk geassocieerd zijn met perfectionisme, obsessieve angst en overmatige controle van impulsen. Bij boulimie zien we een slechte regulering van de emoties, gevoeligheid voor afwijzing en onvoldoende controle van impulsen en emoties." Maar het precieze mechanisme dat ten grondslag ligt aan de eetstoornis, blijft vrij mysterieus.



Dr. Yves Simon

Tien tot vijftien percent van de jongeren van 12 tot 18 jaar vertoont een problematisch eetgedrag: anorexia nervosa (0,5 tot 1%), boulimie (1 tot 2%) of atypische stoornissen (5 tot 10%, waarvan 2% eetbuistoornissen).



Le Domaine in Braine l'Alleud is een van de expertisecentra in België waar eetstoornissen behandeld worden.

Zelden melden patiënten zich bij de huisarts aan met een duidelijke diagnose van een eetstoornis. Meestal komen ze op het spreekuur op aanraden van een ouder, het PMS-centrum, de school of een trainer. Doorgaans komen ze op spreekuur voor een dieet en klagen ze van vermoeidheid, futloosheid, hoofdpijn, constipatie, warmteopwellingen en amenorroe.

Stoornissen van het eetgedrag gaan vaak samen met comorbiditeit.

Als de huisarts een eetstoornis vermoedt, kan hij de SCOFF-vragenlijst gebruiken om klaar te zien in de situatie. Die eenvoudige vragenlijst bevat vijf vragen, die met ja of neen worden beantwoord. Als twee of meer keer 'ja' wordt geantwoord, betreft het waarschijnlijk een anorexia of boulimia nervosa (zie tabel verder)

### ***Onderhoudende factoren***

Yves Simon omschrijft de groepen bij wie de arts moet zoeken naar stoornissen van het eetgedrag: "Dat zijn adolescente meisjes met een gewicht dat iets hoger is dan normaal, adolescenten of jonge vrouwen met een bmi die lager is dan de norm voor hun leeftijd (percentiel 10), adolescenten en jonge vrouwen met menstruele stoornissen of amenorroe, jonge mensen met type 1-diabetes die schrik hebben voor het effect van insuline op de eetlust, mensen met maag-darmproblemen en tekenen van ondervoeding, mensen die regelmatig braken, kinderen die trager of niet meer groeien, en mensen die op spreekuur komen omdat ze zich zorgen maken over hun gewicht hoewel ze geen overgewicht hebben."

Voor we een diagnose stellen van anorexia nervosa of boulimie, moeten we nagaan of de voedselrestrictie niet toe te schrijven is aan een andere ziekte: men moet denken aan somatische aandoeningen zoals een maag-darm- of hersentumor, een inflammatoire darmaandoening, diabetes, hypo- of hyperthyroïdie en tuberculose. Ook psychiatrische problemen als depressie, persoonlijkheidsstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, angststoornis, posttraumatische stressstoornis en drugsverslaving moeten in de differentiële diagnose worden opgenomen. Aanvullende onderzoeken kunnen nuttig zijn om complicaties op te sporen: bloedonderzoek (hoewel de resultaten lang normaal blijven), ECG en meting van de botdichtheid. Voor de differentiële diagnose kunnen een EEG, een ct-scan van de hersenen en een rOntgenfoto van de thorax nuttig zijn.

Dokter Simon benadrukt dat de klinische evaluatie van de toestand van de patiënt een dynamisch proces is: “Een lage bmi is geen betrouwbare indicator van een eetstoornis. De evaluatie moet na enige tijd worden herhaald en moet rekening houden met diverse factoren: de vermagering, de groei (bij kinderen), objectieve lichamelijke verschijnselen, de resultaten van de laboratoriumtests, somatische, psychische en sociale aspecten.”

Zelfs bij subklinische beginnende gevallen worden patiënten met een eetstoornis verwezen naar een specialist, die zal samenwerken met de huisarts en de familie, vooral in het geval van een jonge patiënt. Als het gaat om een volwassene, moet diens toestemming worden gevraagd.

De behandeling draait niet rond predisponerende factoren (geslacht, leeftijd, ras, antecedenten van lichamelijk geweld of psychische dwang enzovoort) of uitlokkende factoren (traumatiserende gebeurtenissen, onaardige opmerkingen over gewicht of figuur, concurrentie met leeftijdsgenoten in slankheid en zelfcontrole ...), maar op de factoren die de stoornis in stand houden. Sommige factoren die een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de eetstoornis, zijn misschien al verdwenen op het ogenblik dat de behandeling wordt gestart.

Factoren die eetstoornissen onderhouden, zijn vooral ondervoeding, interpersoonlijke problemen, isolatie en de winst die de stoornis met zich kan brengen (aandacht van de naaste familieleden en de omgeving, maar ook een afzwakking van hun verwachtingen; het gevoel van presteren, superioriteit en controle; emotionele rust; afleiding van andere problemen; behoud van de afhankelijkheidsrelatie met het gezin; vermijden van conflicten en vermijden van intimiteit en seksualiteit).

### ***Observeren zonder af te keuren***

Yves Simon onderstreept dat het gezin belangrijk is bij de aanpak van de eetstoornis. Het is zaak om de ouders, broers en zussen goed te informeren. Als ze de ziekte niet kennen, zullen ze zich ontredderd voelen, wat de eetstoornis in stand kan houden. “Met andere woorden, het gezin moet in staat zijn om zich te herpakken, om de middelen en adaptatieve mechanismen te verwerven die de gezinsleden de mogelijkheid bieden om normaal te functioneren in een crisissituatie, en om de zieke een stabiele, geruststellende omgeving te bieden waardoor de eigen krachten kunnen worden geactiveerd.”

Bij een adolescent in problemen moeten de ouders met name aandacht besteden aan de maaltijden in gezinsverband en ervoor zorgen dat er een gezellige sfeer heerst. Ze moeten zich ook onthouden van kritiek op een jongere met een eetstoornis. “Observeren, zich aan de feiten houden zonder te berispen, te oordelen of te interpreteren”, preciseert dokter Simon.

De ouders, broers en zussen zijn partners bij de behandeling van de eetstoornissen - de ouders moeten zorgen voor de voeding van een jongere met anorexia nervosa. Daarbij kan een beroep worden gedaan op gezinstherapie of, wat een veelbelovende techniek is, multigezinstherapie, waarbij 4 tot 8 gezinnen worden bijeengebracht voor een behandeling van 21 dagen verspreid over een jaar. Opname in het ziekenhuis is een laatste redmiddel als de ambulante behandeling geen resultaat oplevert of in geval van een somatisch gevaar, psychische problemen die leiden tot depressie of een zelfmoordrisico, en een schadelijke familiale of professionele context. “Een ziekenhuisopname is vaak wel nuttig bij volwassenen, die niet meer dezelfde met autoriteit getinte steun van hun ouders krijgen als kinderen en adolescenten”, voegt Yves Simon eraan toe.

De behandeling speelt in op de onderhoudende factoren.

Bij volwassenen bestaat de behandeling vooral uit psychotherapie. Bij boulimie en een eetbui-stoornis is dat met name cognitieve en gedragstherapie. Die blijken minder doeltreffend te zijn bij anorexia

nervosa. Bij deze aandoening wordt de nadruk gelegd op renutritie, de interpersoonlijke relaties en de emotionele autonomie.

In nagenoeg alle gevallen is de behandeling van eetstoornissen een zaak voor de psychiatrie. Dr. Simon benadrukt evenwel het belang van samenwerking tussen specialist en huisarts omdat eetstoornissen lang aanhouden en belangrijke somatische problemen kunnen veroorzaken, en omdat de patiënten en hun familie gewoonlijk een goede vertrouwensrelatie hebben met hun huisarts.

Gemiddeld duren stoornissen van het eetgedrag zes jaar, maar soms duren ze levenslang. Tachtig procent van de patiënten zal genezen, maar daarvan zal de helft zich toch zorgen blijven maken over hun gewicht, hun figuur en hun voeding.

Philippe Lambert is medisch journalist.

### **Referentie**

1. Field A.E., Austin S.B., Taylor C.B., Malspeis L., Rosner B., Rockett H.R., et al. (2003), Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents, dans *Pediatrics*, 112(4), 900-906.

# Atypische eetstoornissen: niet echt minder erg

W. Colson

Eetstoornissen worden vaak niet erkend. Bovendien vertonen heel wat patiënten een disfunctioneel eetgedrag, maar niet in die mate dat ze aan de criteria van een typische eetstoornis voldoen. Vaak is die aandoening erg belastend. De huisarts is goed geplaatst om ze op te merken en aan te kaarten. We hadden over dit onderwerp een gesprek prof. dr. Myriam Vervaeet, gedragstherapeut en coördinator van het Centrum voor Eetstoornissen van het UZ Gent.

## *Omschrijving en belang*

Klassieke eetstoornissen zoals anorexia en boulemia nervosa herken je aan cognitieve- en gedragskenmerken. Professor Vervaeet: “De cognitieve kenmerken behelzen een overdreven preoccupatie met uiterlijk en gewicht. Daarnaast zie je een uitgesproken disfunctioneel eetgedrag: voortdurend lijnen of vasten, eetbuien, het compenseren van die eetbuien of ‘purgeren’ - braken opwekken en/of laxeermiddelengebruik -, en vaak ook excessief bewegen. Om de diagnose te stellen moeten criteria vervuld zijn die op een bepaalde ernst wijzen. Bij atypische eetstoornissen zul je ook een preoccupatie met gewicht en uiterlijk aantreffen, maar de aanwezige kenmerken vertonen niet dezelfde intensiteit.”

“De huisarts heeft hier een belangrijke rol. Doordat ze niet aan de diagnostische criteria van een typische stoornis voldoen, kunnen atypische eetstoornissen immers jaren aanslepen. Ze blijven onbehandeld hoewel het gestoorde eetgedrag toch duidelijke gevolgen kan hebben voor het dagelijkse functioneren en voor de gezondheid. Deze groep patiënten zal de huisarts over de jaren frequent raadplegen met allerlei kwaaltjes: klachten over de spijsvertering, over moeheid, haarverlies, menstruatiestoornissen,...”

Typisch voor eetstoornissen, zowel typische als atypische, is de neiging van de patiënten om hun kenmerkende klachten weg te stoppen. Myriam Vervaeet: “Dat is nog anders dan bij een depressieve patiënt: die zal niet ontkennen dat hij zich somber voelt. Wanneer een vrouwelijke patiënt, tussen 14 en 30 jaar oud, geregeld bij de huisarts komt met vage klachten en bijvoorbeeld veel indirecte vragen - een bloedonderzoek om het een of het ander te checken - moet die misschien toch eens wat gaan doorvragen. Als de patient bovendien sterk bezig lijkt te zijn met eten en lichaamsgewicht, kan dat een aanwijzing zijn om een atypische stoornis te overwegen.”

### **Tabel 1: De SCOFF-vragenlijst**

- ◆ Wekt u braken op omdat u zich met een ‘volle maag’ niet goed voelt?
- ◆ Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet?
- ◆ Bent u meer dan 7 kg afgevallen in 3 maanden tijd?
- ◆ Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u mager bent?
- ◆ Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?

**Vanaf twee positieve antwoorden moet men denken aan een eetstoornis.**

## *Signalen*

De huisarts moet daarbij voor een aantal situaties misschien nog extra aandacht hebben. “Het moet niet als normaal gezien worden dat vrouwen met een gezonde bmi voortdurend lijnen, maaltijden overslaan, na een feestje braken uitlokken,...” Er is overigens een continuïteit tussen atypische en typische stoornissen: “je moet er rekening mee houden dat veertig procent van de eetstoornissen niet wordt

opgemerkt. En je mag toch niet uit het oog verliezen dat anorexia nervosa de psychiatrische stoornis is met de grootste morbiditeit en mortaliteit.”

Het gedrag van een puber wordt vaak te gemakkelijk vergoelikt: ‘Ze lijnt de laatste tijd veel’ of ‘ze doet heel veel aan sport’. Professor Vervaet: “Vaak zijn dat toch redenen om extra waakzaam te zijn. Een meisje in volle puberteit dat niet aankomt, dat is verdacht. Mijn laatste patiënte was 15 jaar oud en 1,60 m groot. Ze woog 53 kg, maar viel op 2 á 3 maanden 7 kg af. Te vaak gaat men er echter vanuit dat het een voorbijgaande gril is van een puber. ‘Ze willen de aandacht trekken, ze willen mooi zijn.’”

Er zijn dus een aantal veelbetekenende signalen. Eentje dat veeleer de tandarts dan de huisarts zal opvallen is aantasting van het tandglazuur. Daarnaast moet de vraag om een laxermiddel toch een belletje doen rinkelen. “Zo een vraag spreekt toch niet vanzelf. We zien bij onze patiënten voortdurend misbruik van die middelen. Blijkbaar worden die nog altijd vrij zorgeloos voorgeschreven. In een steekproef die we hielden bij apothekers, viel op hoeveel jonge vrouwen om die middelen kwamen.<sup>1</sup> Het is zaak hierbij wat door te vragen.”

Een handig instrument voor een eerste diagnostische inschatting is de SCOFF-vragenlijst (zie tabel 1).

Het is niet normaal dat vrouwen met een normaal BMI voortdurend lijnen en maaltijden overslaan.

### *Eetbuistoornis*

Een belangrijke groep zijn patiënten met een ‘binge eating disorder’ of eetbuistoornis. Deze wordt nu nog tot de atypische stoornissen gerekend, maar in de DSM V zal ze hoogstwaarschijnlijk als derde entiteit onder de typische eetstoornissen worden opgenomen. “Het betreft patiënten die kampen met eetbuien, die niet worden gecompenseerd. Het gaat dan ook om patiënten met overgewicht of obesitas. Ze vertonen dezelfde preoccupaties als anorexie- of boulimie-patiënten.”

De patiëntengroep is anders samengesteld dan de groep met anorexie en boulimie: ze is gemiddeld ouder en telt in verhouding meer mannen. “In hun voorgeschiedenis is er sprake van een jojo-effect. Ze zijn meer gefocust op het gewichtsprobleem dan op eetproblemen. Ze zijn in het klassieke circuit van allerlei diëten terechtgekomen, en vaak hebben ze alles al geprobeerd - inclusief allerlei pilletjes en niet-medicamenteuze behandelingen. Vroeg of laat dienen deze patiënten zich aan voor bariatrische chirurgie.”

Er is een duidelijk verschil tussen een patiënt met een eetbuistoornis enerzijds, en anderzijds iemand met overgewicht en, wat je kunt noemen, een Bourgondische levensstijl: “Iemand met een eetbuistoornis gebruikt het voedingsprobleem om een emotioneel probleem op te lossen. Het voedingsprobleem is secundair aan psychosociale disbalans en kwetsbaarheid.”

Deze psychologische component wordt evenwel al te gemakkelijk uit het oog verloren, te meer omdat patiënten met een eetbuistoornis het probleem ontkennen en verstoppen, net zoals een anorexiepatiënt dat doet. Myriam Vervaet: “De patiënten raken veelal in een somatisch circuit, en ze zullen zelf alles in het werk stellen om ook in dat circuit te blijven. Toch, hoe meer tijd er verstrijkt en hoe langer de aandoening aansleept zonder dat de diagnose wordt gesteld, hoe slechter de prognose eruitziet. Je kunt een eetbuistoornis wat dat betreft vergelijken met een alcoholprobleem, als er vroeg wordt ingegrepen is de aandoening relatief gemakkelijk te behandelen. Wanneer het destructief gedrag zich vastzet, wordt het moeilijk om dat nog te veranderen.”

## ***Bariatrische chirurgie?***

Mensen die in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie worden gescreend op een eetbui-stoornis. Dat is het gevolg van de criteria voor terugbetaling. Professor Vervaet: "Toch zie je dat de aandoening dikwijls wordt gemist. De patiënt zal uiteraard niet vertellen dat hij of zij eetbuien vertoont. Ze beseffen al te goed dat dat een contra-indicatie vormt. Maar bij mensen met een morbide obesitas - met een bmi van meer dan 40 - moet men toch bedacht zijn op een emotioneel probleem. Iemand met een erfelijke aanleg voor overgewicht, die graag eet en er wat een Bourgondische levensstijl op nahoudt, komt heel gemakkelijk aan een bmi van 30. Maar bij een bmi van 40 of groter is er toch vaak wel meer aan de hand."

"Het zijn uiteraard mensen met zo een uitgesproken obesitas die voor bariatrische chirurgie in aanmerking komen. Ze zijn ook moeilijk anders te helpen. Maar men moet het geheel van het probleem aanpakken. Dat moet niet pas later gebeuren: wanneer ondanks de ingreep de problemen persisteren, belanden ze dan in de psychiatrie."

## ***Behandeling***

Er zijn duidelijke richtlijnen. Patiënten met boulimie of atypische eetstoornissen kunnen eerst opgevangen worden in de eerste en de tweede lijn. Patiënten met anorexia nervosa moeten dadelijk doorverwezen worden naar een gespecialiseerd centrum. "Maar ook deze gevallen blijken vaak te worden gemist. Vooral natuurlijk omdat de patiënten hun aandoening ontkennen. Geen enkel meisje in ons centrum komt graag naar het eerste intakegesprek. Pas later, wanneer het besef groeit dat ze vastzitten met hun probleem, komen ze wel in behandeling."

De aanpak is hoe dan ook holistisch. "Typisch zijn deze meisjes zeer perfectionistisch, vragen veel van zichzelf, komen moeilijk tot rust, zijn zeer gestresseerd. De last die ze zichzelf hiermee berokkenen, vormt voor de arts een veel betere toegangspoort. Als de huisarts meteen focust op het lichaamsgewicht - als hij zegt: 'je weegt te weinig, je moet meer eten en aankomen' - is het gevaar groot dat de patiënt al niet meer luistert, en een andere huisarts zoekt. Ze zien het gewichtsverlies juist als een oplossing, iets anders willen ze niet horen."

"Wanneer je daarentegen deze patiënten heel eerlijk vraagt of ze erg streng zijn voor zichzelf, of ze zich als perfectionistisch zouden omschrijven, zeggen ze altijd ja. Die belangrijke trigger herkennen ze zelf ook. Maar ze zullen die niet uit zichzelf in verband brengen met de voedingsproblematiek. Het is aan de professionele hulpverlener om die koppeling gaandeweg duidelijk te maken, om het verband te tonen tussen de somatische en de psychologische problemen: 'We weten dat het typisch is voor mensen die perfectionistisch zijn en nogal met hun gewicht begaan zijn, dat ze vaak een ontoereikende voedselopname hebben.'"

Een constante preoccupatie met het lichaamsgewicht en uiterlijk is een typisch kenmerk van eetstoornissen.



## **Sluipende schade**

Er zijn maar weinig onderzoeksgegevens over patiënten met atypische eetstoornissen. Onderzoek richt zich vooral op die patiënten met een typische stoornis, de anderen worden uitgesloten. Maar een atypische eetstoornis moet toch niet als een voorstadium worden gezien. Patiënten met atypische eetstoornissen kunnen hun hele leven lang die stoornis behouden. Deze mensen zullen veel meer gebruik maken van de gezondheidszorg, omdat ze allerlei klachten zullen vertonen. Je ziet patiënten met chronische darmproblemen, Blikstoornissen, verminderde weerstand,...

Professor Vervaet: "De aandacht moet ook niet alleen gaan naar mensen met een duidelijk ondergewicht of overgewicht. Men moet evengoed aandacht hebben voor vrouwen met een normaal lichaamsgewicht, die een onvolwaardige voeding hebben, en een psychologische en sociale belangrijke belasting ervaren."

Wanneer de complicaties door afwijkingen van het lichaamsgewicht duidelijk worden, zal makkelijk worden ingegrepen. "In die zin heeft een vrouw die op een bepaald moment maar 35 kg meer weegt, misschien juist een betere prognose. Bij iemand met een ideale bmi maar een onvolwaardige voeding, kan op lange termijn grotere schade zich sluipend installeren."

## **Evenwicht**

De huisarts moet vooral een duidelijke boodschap hebben over een evenwichtig voedingsgedrag.

Patiënten zitten vaak met heel vertekende opvattingen. "De prevalentie van overgewicht is natuurlijk veel groter en in die zin is het normaal dat er meer nadruk gelegd wordt op de preventie hiervan. Toch blijkt uit een studie van vorig jaar dat 10% van de meisjes en jonge vrouwen tussen 10 en 30 jaar oud in ons land een of andere vorm van eetstoornis vertonen.<sup>2</sup> Dat is veel meer dan in onze buurlanden. De campagnes over overgewicht bereiken dikwijls de verkeerde groep. Zij onthouden dat je vooral slank moet zijn en dat je zo weinig mogelijk moet eten."

Boodschappen om te waarschuwen tegen overgewicht komen bij nogal wat jonge vrouwen heel vertekend over.

De gezondheidsrisico's van overgewicht moeten niet veronachtzaamd worden, maar misschien wordt er wat te eenzijdig de nadruk op gelegd. "De huisarts moet vooral het belang onderstrepen van een gezond eetpatroon en een evenwichtige voedingssamenstelling. Te vaak vertalen patiënten de aanmaningen voor een gezonde voeding simplistisch. Een volwassen jonge vrouw vertelt me bijvoorbeeld dat een dagelijkse aanvoer van 1.500 kcal toch de norm is (dat is de aanbevolen hoeveelheid voor een kind van 5 jaar). Men denkt dat vetten en koolhydraten absoluut verboden zijn. Vlees in de voeding is ronduit gevaarlijk. De boodschap wordt vertekend."

## **Netwerk**

Welke verwijzingsmogelijkheden zijn er? Myriam Vervaet legt de nadruk op de brede rol die expertisecentra zoals het Centrum voor Eetstoornissen van het UZ Gent spelen. "We zijn niet alleen een tertiair centrum voor residentiële opvang. Tweederde van de patiënten in het centrum zijn ambulante. Men kan er altijd terecht voor advies. De begeleiding kan samen met de huisarts worden opgebouwd. Na een eerste consult wordt de patiënt bijvoorbeeld om de twee maanden teruggezien voor evaluatie en bijsturing."

Er is nog geen formeel netwerk opgebouwd om deze toch belangrijke groep patiënten op te vangen. Maar er wordt wel gewerkt aan het operationeel maken van zo een netwerk, samen met de centra in

Kortenbergh, Tienen, Antwerpen en Brussel: “De wetenschappelijke literatuur wordt uitgewisseld. Mensen die op zelfstandige basis bezig zijn worden zo vanuit de centra ondersteund.”

“Heel wat jonge hulpverleners zijn geïnteresseerd in deze probleemgroep, maar ze haken ook dikwijls weer af. Niet alleen is de problematiek complex, maar ze vereist vooral een multidisciplinaire aanpak die moeilijk tot stand komt als er helemaal geen netwerk aanwezig is.” De opbouw van een professioneel netwerk is een delicate opgave maar er wordt hard aan gewerkt. Een belangrijke partner is de zelfhulpgroep, die een doorgeefluik is voor informatie. “Huisartsen kunnen met een expertisecentrum contact opnemen om de mogelijke contactpunten voor samenwerking in hun regio te bespreken.” (Zie box hieronder voor meer informatie.)

Wouter Colson is redacteur van Patient Care.

### **Enkele adressen**

- ◆ De ‘Vereniging Anorexia Nervosa - Boulimia Nervosa’ vindt u op de url [www.anbn.be](http://www.anbn.be)
- ◆ Het Centrum voor Eetstoornissen van het UZ Gent kunt u bereiken op 09/332 43 95 of 09/332 21 11. Op de website van het UZ Gent vindt u bij Medische Diensten -Psychiatrie - Centrum voor Eetstoornissen een folder met praktische informatie.

### **Referentie**

1. Eigen bevraging.
2. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. J Psychiatr Res. 2009 Sep;43(14):1125-32.