

# Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5

H.W. HOEK, A.A. VAN ELBURG

- ACHTERGROND** In de DSM-5 zijn de voedingsstoornissen samengevoegd met de eetstoornissen tot één categorie.
- DOEL** Een review van de veranderingen en de rationale hiervoor van de criteria voor voedings- en eetstoornissen in de DSM-5.
- METHODE** Een DSM-5-werkgroep stelde de herziene criteria op, waarna participatierondes onder professionals volgden.
- RESULTATEN** De formulering van de criteria voor anorexia nervosa is gewijzigd en het amenorroecriterium is komen te vervallen. Voor het stellen van de diagnose van bulimia nervosa is de drempelwaarde voor de frequentie van de eetbuien en de inadequate gedragingen verlaagd naar één keer per week; de subtypering is komen te vervallen. De criteria voor pica en de ruminatiestoornis zijn nauwelijks veranderd. De DSM-5 kent twee nieuwe officiële voedings- en eetstoornissen: 'avoidant/restrictive food intake disorder' en 'binge eating disorder'.
- CONCLUSIE** De veranderingen in de categorie voedings- en eetstoornissen in de DSM-5 vormen een verbetering en zullen leiden tot een reductie van de eetstoornis NAO.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 187-191

**TREFWOORDEN** classificatie, eetstoornissen, voedingsstoornissen



In 2007 startte de DSM-5 Work Group Eating Disorders met de herziening van de DSM-IV-categorieën 'voedingsstoornissen' en 'eetstoornissen'. Daarnaast kreeg de werkgroep als taak om te onderzoeken of obesitas als diagnose opgenomen zou moeten worden. Aan deze werkgroep namen 10 Amerikanen, een Engelse en een Nederlander (auteur H.W.H.) deel. Aan de hand van vooraf geformuleerde vragen werd de evidentie voor oplossingen van de belangrijkste discussiepunten onderzocht. Een van de veranderingen ten opzichte van vorige DSM-revisies was de mogelijkheid tot participatie aan het revisieproces tijdens consultatiesessies op congressen of via het leveren van commentaar op de website [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) (in 2010-2012). Het verzamelde commentaar op de website en de input ontvangen tijdens congressen werd uitvoerig besproken en heeft geleid tot diverse aanpassingen in de voorgestelde criteria. In dit artikel geven wij een overzicht van de verschillende voedings- en eetstoornissen; bij ingrijpende veranderingen t.o.v. de DSM-IV wordt de rationale hiervoor geschetst.

## Van DSM-I naar DSM-5

Anorexia nervosa (AN) – de meest prototypische eetstoornis – was in de DSM-I (1952) geïnclassificeerd onder de psychofysiologische gastro-intestinale reacties samen met o.a. de maagzweer. Maar AN werd al lang voordien in de medische literatuur beschreven; zo zou Koningin Mary van Schotland, geboren in 1542, aan anorexia nervosa geleden hebben (Freidl e.a. 2012). In de DSM-III (1980) werd bulimia nervosa (BN) – toen nog boulimie genoemd – als aparte eetstoornis voor het eerst opgenomen. In de DSM-5 is ook 'binge eating disorder' (BED) als specifieke eetstoornis geïnclassificeerd. BED was in de DSM-IV al opgenomen als diagnose voor verder onderzoek, maar werd geïnclassificeerd in de restcategorie 'eetstoornis NAO' (EDNOS).

Voedingsproblemen in de kindertijd werden ook al in de DSM-I in 1952 genoemd. Een van de grote veranderingen in de DSM-5 is dat een levensloopbenadering wordt gevolgd (Hoek 2013a), waarbij de DSM-IV-categorie 'stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleef-

tijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden', is komen te vervallen. Uit deze categorie zijn de voedingsstoornissen samengevoegd met de eetstoornissen tot een hoofdcategorie 'voedings- en eetstoornissen', conform de levensloopbenadering.

Deze benadering is relevant, omdat het verstoorde eetgedrag dat bij jonge kinderen wordt gezien, kan blijven voortduren in de adolescentie en de volwassenheid, of sterk kan lijken op stoornissen in het eetgedrag die later ontstaan. Deels kwamen de verschillende DSM-5-voedingsstoornissen al voor in de DSM-IV, zoals pica en de ruminatiestoornis, daarnaast is er een nieuwe stoornis toegevoegd: 'avoidant/restrictive food intake disorder' (ARFID). ARFID vervangt de categorie 'voedingsstoornissen op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd', een classificatie waarvan slechts zelden gebruik werd gemaakt.

### Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5

Het DSM-5-hoofdstuk 'voedings- en eetstoornissen' bevat de volgende diagnoses: pica, ruminatiestoornis, ARFID, AN, BN en BED. De restcategorie EDNOS is vervangen door 'other specified feeding or eating disorder' (OSFED) en 'unspecified feeding or eating disorder'. De OSFED-categorie specificeert vijf stoornissen: atypische AN, BN met een lage frequentie en/of een beperkte duur, BED met een lage frequentie en/of een beperkte duur, 'purging disorder' en 'night eating syndrome'. De DSM-5-werkgroep eetstoornissen heeft na langdurige discussies met o.a. verslavingsdeskundigen besloten om obesitas niet op te nemen. Hoewel obesitas een schadelijke conditie is en er sommige obesitasfenotypes zijn die samenhangen met of (gedeeltelijk) veroorzaakt worden

### AUTEURS

**HANS WIJBRAND HOEK**, opleider psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie, Universitair Centrum Psychiatrie UMCG en bijzonder hoogleraar Epidemiologie, Columbia University, New York.

**ANNEMARIE A. VAN ELBURG** is kinder- en jeugdpsychiater en medisch afdelingshoofd van Altrecht Eetstoornissen Rintveld, Zeist, en hoogleraar Klinische psychopathologie, Faculteit Sociale Wetenschappen Universiteit Utrecht.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. H.W. Hoek, Parnassia Academie, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.  
E-mail: w.hoek@parnassia.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld. H.W. Hoek is als lid van de DSM-5-werkgroep 'Eating Disorders' en de DSM-5-studiegroep 'Impairment and Disability' betrokken geweest bij de herziening van de DSM.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-1-2014.

door psychiatrische stoornissen, kan obesitas in zijn algemeenheid niet beschouwd worden als veroorzaakt door een psychische disfunctie (Marcus & Wildes 2012).

In het navolgende geven wij een beschrijving van de zes geformuleerde voedings- en eetstoornissen; volgens de levensloopbenadering begint deze DSM-5-categorie met de voedingsstoornissen. In **TABEL 1** vindt u een overzicht van

**TABEL 1** Voedings- en eetstoornissen van DSM-IV naar DSM-5

DSM-IV	DSM-5
<b>Voedingsstoornissen</b> Pica Ruminatiestoornis Voedingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd	<b>Feeding disorders</b> Pica Rumination disorder Avoidant/restrictive food intake disorder
<b>Eetstoornissen</b> Anorexia nervosa Bulimia nervosa Eetstoornis NAO	<b>Eating disorders</b> Anorexia nervosa Bulimia nervosa Binge-eating disorder Other specified feeding or eating disorder: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Purging disorder, night eating syndrome,</li> <li>– Subclinical syndromes</li> </ul> Unspecified feeding or eating disorder

de verschillen in de indeling van voedings- en eetstoornissen in DSM-IV en DSM-5.

#### PICA

Pica is een relatief zeldzame stoornis, waarvan de DSM-5-criteria niet zijn veranderd, alleen de formulering is minimaal aangepast (Hartmann e.a. 2012). Pica is een stoornis waarbij niet-eetbare dingen worden genuttigd, gedurende ten minste 1 maand, niet passend bij de ontwikkelingsleeftijd of de cultuur. Wat er gegeten wordt, varieert met de leeftijd: op jonge leeftijd is dit verf, haar of stof; oudere kinderen eten zand, insecten, bladeren of steentjes en adolescenten en volwassenen klei of grond. De stoornis komt vaak voor in combinatie met mentale retardatie of een autismespectrumstoornis, maar kan in zeldzame gevallen ook voorkomen bij schizofrenie of bij zwangerschap. De stoornis kan aan het licht komen door medische complicaties die er het gevolg van zijn, zoals darmobstructies, -perforaties of -infecties. Armoede, verwaarlozing en gebrek aan (ouderlijk) toezicht vergroten de kans op het ontstaan. Wanneer het gestoorde eetgedrag voorkomt in combinatie met een andere psychiatrische stoornis, dan kwalificeert pica zich voor classificatie als aparte stoornis als deze zo ernstig is dat hiervoor behandeling nodig is.

#### RUMINATIESTOORNIS

Net als voor pica zijn ook voor de ruminatiestoornis slechts kleine veranderingen aangebracht in de formulering (Hartmann e.a. 2012). Kenmerkend voor deze stoornis is het herhaaldelijk regurgiteren en herkauwen van voedsel, gedurende minimaal 1 maand. Gedeeltelijk verteerd voedsel wordt teruggebracht naar de mond, zonder dat er sprake is van misselijkheid, kokhalzen of gastro-intestinale aandoeningen. Het voedsel wordt dan uitgespuugd of opnieuw gekauwd en doorgeslikt. Kinderen met een ruminatiestoornis kunnen achterblijvende groei laten zien, bij een normaal eetpatroon; bij adolescenten en volwassenen wordt dit niet gezien. Psychosociale problemen, zoals verwaarlozing en onderstimulatie, stressvolle situaties en ouder-kindrelatieproblemen, maar ook mentale retardatie kunnen de stoornis uitlokken, die als een gewoonte wordt beleefd. De stoornis wordt ontdekt door de houding die een kind aanneemt en de geur die iemand verspreidt; volwassenen trachten het door kuchen te verbloemen, maar kunnen ook het eten in gezelschap gaan mijden.

#### AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER

'*Avoidant/restrictive food intake disorder*' (ARFID) is een nieuwe diagnostische categorie in de DSM-5 en wordt waarschijnlijk ook opgenomen in de ICD-11 (Bryant-Waugh 2013). Een belangrijk verschil met de voedingsstoornis op vroege kinderleeftijd uit de DSM-IV is het wegvallen van de restric-

tie dat de symptomen al in de kinderjaren zichtbaar moeten zijn. Daarmee past deze stoornis in de levensloopbenadering van de DSM-5, waarbij rekening wordt gehouden met de presentatie van symptomen in de verschillende levensfasen en ontwikkelingsstadia.

Het belangrijkste kenmerk van ARFID is dat er een voedings- of eetstoornis bestaat die ertoe leidt dat de betrokkene te weinig binnenkrijgt, zoals blijkt uit gewichtsverlies, of onvoldoende gewichtstoename tijdens de groei bij kinderen, een voedingsdeficiëntie, afhankelijkheid van enterale voeding of aanvullende voedingssupplementen en een verstoring van het psychosociaal functioneren (Bryant Waugh & Kreipe 2012). De stoornis treedt niet uitsluitend op ten tijde van AN of BN en leidt niet tot een verstoord lichaamsbeeld. Zo kan een negatieve conditionering zijn opgetreden na een medische ingreep, bijvoorbeeld een oesofagoscopie, of na een stikervering of hevig braken, maar ook kan de stoornis ontstaan op basis van hypersensitiviteit in het mondgebied. Dikwijls ligt er een aanzienlijke periode tussen het ontstaan en de klinische presentatie van ARFID en er is, in tegenstelling tot de andere eetstoornissen, een gelijke man-vrouwverdeling. Recent onderzoek liet zien dat ARFID een goede test-hertestbetrouwbaarheid had (Regier e.a. 2013).

#### ANOREXIA NERVOSA

In de DSM-5 wordt AN net als in de DSM-IV gekarakteriseerd door een laag lichaamsgewicht en een gestoord lichaamsbeeld (Call e.a. 2013). In het A-criterium van AN is de aanduiding 'significant laag gewicht' niet meer met een getal omschreven, omdat behandelaars de formulering (bijv. minder dan 85% van het te verwachten lichaamsgewicht) te absoluut hanteerden. Ook is de term 'voedselweigerig' vervangen door 'voedselbeperking'. Het B-criterium in de DSM-IV – angst voor gewichtstoename – werd niet altijd gezien bij bijvoorbeeld Aziatische patiënten ('non fat phobic AN') en is aangevuld met de mogelijkheid van 'persisterend gedrag dat gewichtstoename voorkomt'.

De belangrijkste verandering betreft de eliminatie van het amenorroe-criterium voor het stellen van de diagnose AN. Dit criterium in de DSM-IV was voor veel groepen, zoals premenarchale meisjes, postmenopauzale vrouwen, vrouwen die orale anticonceptie gebruiken en mannen niet bruikbaar. Deze veranderingen leiden ertoe dat mensen die met de DSM-IV een diagnose eetstoornis NAO kregen met een klinisch beeld van anorexia nervosa, maar bijvoorbeeld (nog) geen drie maanden amenorroe vertoonden, nu wel onder AN geassocieerd kunnen worden.

De prevalentie van AN volgens DSM-5-criteria zal toenemen, vergeleken met het hanteren van de DSM-IV-criteria (Machado e.a. 2013; Smink e.a. 2013). Het eerste onderzoek laat echter zien dat DSM-5 AN niet minder ernstig is dan

DSM-IV gedefinieerde AN (Call e.a. 2013; Smink e.a. 2013). In de DSM-5 zijn voor het eerst gespecificeerde ernstmaten opgenomen. Bij AN wordt de ernst van de stoornis op een 4-puntsschaal gedefinieerd aan de hand van de BMI (BMI  $\geq$  17 betekent een lichte ernstscore en BMI  $<$  15 is extreem ernstig). De DSM-5-classificatie voor AN behoudt de subtypering in het beperkende en het eetbuien/purgerende subtype.

### BULIMIA NERVOSA

In de DSM-5-classificatie voor BN zijn twee wijzigingen aangebracht. Voor de classificatie van BN is de drempel voor een diagnose van de frequentie van de eetbuien en de inadequate gedragingen verlaagd naar één keer per week (gedurende drie maanden). Dit zal er toe leiden dat mensen bij wie met de DSM-IV alleen een eetstoornis NAO kon worden geïdentificeerd, met de DSM-5 wel de specifiekere diagnose BN kunnen krijgen (Hoek 2013b; Smink e.a. 2013). Dit leidt alleen tot een verschuiving en niet tot overclassificatie, omdat verschillende onderzoeken aantonen dat mensen die dit gedrag één keer per week hadden, niet verschilden wat betreft klinisch beeld en respons op behandeling vergeleken met mensen die dit twee keer per week deden (Smink e.a. 2013).

In de DSM-5 is de subtypering voor BN – purgerend en niet-purgerend in de DSM-IV – verdwenen, omdat onderzoek liet zien dat deze subtypering weinig werd gebruikt en weinig klinische betekenis heeft voor beloop en behandeling (Van Hoeken e.a. 2009). Bij BN wordt de ernst van de stoornis op een 4-puntsschaal gedefinieerd aan de hand van de frequentie van het inadequate compensatiegedrag (1-3 x per week is licht;  $>$  14 x per week is extreem ernstig).

### BINGE EATING DISORDER

Een belangrijke verandering in de DSM-5 is de erkenning van BED als officiële stoornis. De criteria voor BED zijn hetzelfde als die in de DSM-IV waren geformuleerd in de criteriaset voor verder onderzoek, behalve dat in navolging van BN de drempel voor een diagnose van de frequentie van de eetbuien verlaagd is naar één keer per week (gedurende

drie maanden). Deze verandering heeft weinig invloed op de prevalentie van BED (Smink e.a. 2013). In een groot bevolkingsonderzoek in verschillende landen werd een gemiddelde *lifetime*prevalentie van 1,9% voor BED gevonden (Kessler e.a. 2013). De onderzoeken in de afgelopen twee decennia naar BED tonen aan dat het een valide, klinisch bruikbare diagnose is (Wonderlich e.a. 2009) en de 'DSM-5 field trials' lieten zien dat BED een goede test-hertestbetrouwbaarheid had (Regier e.a. 2013). Bij BED wordt de ernst van de stoornis op een 4-puntsschaal gedefinieerd aan de hand van de frequentie van het inadequate compensatiegedrag (1-3 x per week is licht;  $>$  14 x per week is extreem ernstig).

### Slotbeschouwing

Op grond van het beschikbare onderzoek zijn er diverse kleine, maar ook een aantal aanzienlijke wijzigingen aangebracht in de DSM-5-criteria voor voedings- en eetstoornissen. Deze veranderingen en met name de promotie van BED tot officiële eetstoornis in de DSM-5 wordt door de auteurs beschouwd als een verbetering en zal leiden tot een reductie van de eetstoornis NAO (Hoek 2013b). Er is natuurlijk ook kritiek op de DSM-5 en de veranderingen voor eetstoornissen. Zo wijst Allen Frances, de voorzitter van de DSM-IV-commissie, op het mogelijke risico op overdiagnostiek bij de diagnose BED (Frances 2013). Hoewel dit, net als voor andere psychiatrische stoornissen, mogelijk is, zijn er voldoende aanwijzingen dat BED een betrouwbare, valide categorie is, waarbij het klinisch van belang is om deze vast te stellen (Hoek 2013a,b; Regier e.a. 2013; Wonderlich e.a. 2009). Verschillende bevolkingsonderzoeken laten zien dat de *lifetime*prevalentie van BED met het gebruik van DSM-5-criteria weinig toeneemt (Smink e.a. 2013). Het grootste probleem met de DSM-IV-categorie 'eetstoornissen' is dat de 'eetstoornis NAO' de meest voorkomende eetstoornis is, niet alleen in bevolkingsonderzoek, maar zelfs in gespecialiseerde centra (Smink e.a. 2013). De DSM-5-criteria lossen een groot deel van dit probleem op (Machado e.a. 2013; Smink e.a. 2013).

### LITERATUUR

- Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 420-3. doi: 10.1002/eat.22093.
- Bryant-Waugh R, Kreipe RE. Avoidant/restrictive food intake disorder in DSM-5. *Psychiatr Ann* 2012; 42: 402-5.
- Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 532-6.
- Frances A. Terug naar normaal. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2013.
- Freidl EK, Hoek HW, Attia E. Anorexia nervosa in DSM-5. *Psychiatr Ann* 2012; 42: 414-7.
- Hartmann AS, Becker AE, Hampton C, Bryant-Waugh R. Pica and rumination disorder in DSM-5. *Psychiatr Ann* 2012; 42: 426-30.
- Hoek HW. Worden we beter van de DSM-5? *Ned Tijdschr Geneeskd* 2013a; 157: A6602.

- Hoek HW. Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013b; 26: 529-31.
- Hoeken D van, Veling W, Sinke S, Mitchell JE, Hoek HW. The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 595-602.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, e.a. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73: 904-14.
- Machado PP, Gonçalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Dis* 2013; 46: 60-5.
- Marcus MD, Wildes JE. Obesity in DSM-5. *Psychiatr Ann* 2012; 42: 431-5.
- Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, Kraemer HC, Kuramoto SJ, Kuhl EA, e.a. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 59-70.
- Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 543-8.
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 687-705.

## SUMMARY

# Feeding and eating disorders in the DSM-5

H.W. HOEK, A.A. VAN ELBURG

**BACKGROUND** In the DSM-5, feeding disorders and eating disorders have been integrated into one single category.

**AIM** To review the rationale for changes in the criteria for feeding and eating disorders in DSM-5.

**METHOD** The revised criteria were drafted and formulated by a DSM-5 workgroup. Next, professionals were given the opportunity to react to the proposed revisions by participating in several discussion rounds.

**RESULTS** The criteria for anorexia nervosa have been reworded and the amenorrhea criterion has been removed. The threshold for the diagnosis of bulimia nervosa has been lowered so that once-a-week binge eating and complementary behaviours are now sufficient for a patient to be diagnosed as having bulimia nervosa. Subtyping of bulimia nervosa has been removed. There are hardly any changes in the criteria for pica and rumination disorder. Two new official feeding and eating disorders have been introduced into DSM-5: avoidant/restrictive food intake disorder and binge eating disorder.

**CONCLUSION** The definition of and the criteria for feeding and eating disorders given in DSM-5 are an improvement on those used in DSM-IV and should help to reduce the eating disorders not otherwise specified (EDNOS).

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)3, 187-191

**KEY WORDS** classification, eating disorders, feeding disorders