



De patiënt met een eetprobleem

H.E. van der Horst en A.A. van Elburg

- 13.1 Inleiding – 182**
 - 13.1.1 Voorkomen – 183
 - 13.1.2 Het ontstaan van eet- en voedingsstoornissen – 184
 - 13.1.3 Prognose – 185
- 13.2 Casus – 186**
- 13.3 Exploratie en diagnostiek – 186**
 - 13.3.1 Diagnostiek anorexia nervosa – 186
 - 13.3.2 Differentiaaldiagnostische overwegingen – 188
 - 13.3.3 Diagnostiek boulimia nervosa – 188
 - 13.3.4 Diagnostiek eetbuistoornis (BED) – 189
 - 13.3.5 Vragenlijsten – 189
- 13.4 Vervolg casus (met accent op beleid) – 190**
- 13.5 Beleid bij eetstoornissen – 191**
- 13.6 Verwijzing – 192**
- 13.7 Samenvatting – 192**
 - Literatuur – 193**

13.1 Inleiding

Eetproblemen komen, vooral bij kinderen, zeer veel voor, maar zijn gelukkig meestal tijdelijk van aard. Een eetprobleem of voedingsstoornis kan ook voorkomen in het kader van een (ernstige) somatische aandoening. Een eetprobleem wordt een eet- of voedingsstoornis als het probleem de gezondheid of de ontwikkeling nadelig beïnvloedt of leidt tot problemen in het sociale verkeer. Voedings- en eetstoornissen zijn ernstige psychische stoornissen die tot de chronische ziektebeelden bij adolescenten en jongvolwassenen behoren en gepaard gaan met grote persoonlijke, gezins- en maatschappelijke kosten (Erskine et al. 2016).

In de DSM-5 zijn de voedings- en eetstoornissen bij elkaar gevoegd onder meer in het kader van de levensloopbenadering (Hoek en Elburg 2014).

Bij voedingsstoornissen is er wel sprake van een abnormale voedingsopname, maar niet van een preoccupatie met het gewicht of de lichaamsvorm. Voedingsstoornissen zijn pica, de ruminatiestoornis en de vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis. Pica en de ruminatiestoornis komen voor bij heel jonge kinderen en kunnen tot in de volwassenheid aanwezig blijven. Pica is het eten van niet voor consumptie bestemde stoffen, bij de ruminatiestoornis is er sprake van het weer uit de maag omhoogbrengen van voedsel in de mond dat vervolgens wordt herkauwd en doorgeslikt of uitgespuugd. De vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis (ARFID, Avoiding/Restrictive Food Intake Disorder) komt voor bij kinderen en volwassenen die als gevolg van een te selectief eetpatroon (bijvoorbeeld door een sensorische overgevoeligheid van het mondgebied) een ondergewicht hebben ontwikkeld (American Psychiatric Association 2014). In [tab. 13.1](#) staan de DSM-5-criteria voor voedings- en eetstoornissen.

Het meest kenmerkende symptoom van eetstoornissen is abnormaal eetgedrag dat gekoppeld is aan een overmatige preoccupatie met het eigen gewicht of fysieke voorkomen. Bij de eetstoornissen worden onderscheiden:

- anorexia nervosa (AN);
- boulimia nervosa (BN);
- eetbuistoornis (BED: binge eating disorder).

Anorexia nervosa (AN) wordt beschouwd als de ernstigste eetstoornis omdat de fysieke gevolgen groot zijn en de behandeling vaak moeizaam is en niet altijd erg succesvol. AN treedt meestal in de puberteit op en loopt vaak door in de volwassenheid.

Het stellen van de diagnose eetstoornis is op zich niet zo moeilijk. Bij alle drie eetstoornissen is sprake van verstoord eetgedrag, dat bij AN tot ondergewicht en bij BED tot overgewicht leidt. BN gaat gepaard met een verstoord eetpatroon, waarin beperking en eetbuien elkaar kunnen afwisselen, en met compensatiemaatregelen zoals laxeermiddelmisbruik en braken, waardoor er sprake is van een normaal gewicht. Jongeren en volwassenen met een eetstoornis komen daar vaak niet voor uit, met als gevolg dat slechts een klein gedeelte van de patiënten daadwerkelijk hulp ontvangt (Noordenbos en Elburg 2018).

■ **Tabel 13.1** DSM-5 over voedings- en eetstoornissen

belangrijkste psychische symptomen	stoornis	omschrijving
eten van niet-eetbare stoffen	pica	herhaald eten van niet voor consumptie bestemde stoffen
regurgitatie van voedsel	ruminatiestoornis	herhaalde regurgitatie van voedsel
te weinig eten	vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis	te weinig eten, met als gevolg bijvoorbeeld: ernstig gewichtsverlies, voedingsdeficiënties en/of noodzaak van enterale sondevoeding of orale voedingssupplementen
	anorexia nervosa	een te laag lichaamsgewicht door te weinig eten, met bijvoorbeeld: vrees om dik te worden of hardnekkig gedrag om af te vallen en een stoornis in de ervaring van het lichaam, grote invloed van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf en/of het ontkennen van de ernst van het lage lichaamsgewicht
eetbuien	boulimia nervosa	herhaalde eetbuien, met bijvoorbeeld: zelf opgewekt braken, misbruik van laxantia, diuretica of andere medicatie, vasten en/of overdadige lichaamsbeweging en grote invloed van het lichaamsgewicht of de lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf
	eetbuistoornis	herhaalde eetbuien, met bijvoorbeeld: veel sneller eten en dooreten totdat een onaangenaam vol gevoel ontstaat, alleen eten uit schaamte en achteraf van zichzelf walgen, zich somber en/of erg schuldig voelen

13.1.1 Voorkomen

In geïndustrialiseerde landen is de incidentie van AN minimaal 8 personen per 100.000. In de leeftijdsgroep waarin AN het meest optreedt, liggen incidentie en prevalentie een stuk hoger. Naar schatting 1–3 % van de jonge vrouwen tussen de 15 en 29 jaar heeft AN. AN komt tien keer zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen. In een ‘gemiddelde’ huisartsenpraktijk wordt slechts één keer per vijf jaar de diagnose AN gesteld. Omdat AN een langdurig beloop heeft, komt deze incidentie neer op één patiënt met AN per praktijk (Zorgstandaard Eetstoornissen; Smink et al. 2016). De laatste 35 jaar is de incidentie van AN opmerkelijk stabiel gebleven, ondanks de toegenomen aandacht voor deze eetstoornis. De vrees dat toegenomen lijngedrag leidt tot meer AN lijkt niet bewaarheid te worden. AN zou vooral voorkomen bij blanke vrouwen in de westerse

wereld, maar hulpverleners in gespecialiseerde settings in Nederland en in het buitenland signaleren een toename van allochtone vrouwen (die aan het verwesteren zijn). De laatste jaren lijkt er wel een verschuiving naar een jongere leeftijd plaats te vinden. Ook bij kinderen van 8 jaar kan AN optreden.

Het prevalentie cijfer van BN varieert van 4–8 % van de vrouwelijke bevolking. Bij de risicogroep van 15 tot 25 jaar zou dit percentage nog aanmerkelijk hoger liggen. Omdat slechts een minderheid van de patiënten in behandeling komt, zijn de prevalentiecijfers slechts een schatting. Zowel AN als BN komen verreweg het meest voor bij vrouwen, in 85 % tot 90 % van de gevallen betreft het vrouwen.

De prevalentie van eetbuistoornissen is nauwelijks onderzocht. Een probleem bij het vaststellen van de prevalentie is het ontbreken van algemeen geaccepteerde criteria. Afhankelijk van de criteria die gebruikt worden, zouden eetbuistoornissen voorkomen bij 1 % tot 2,5 % van de bevolking. Geschat wordt dat een derde van de obese mensen (BMI > 30) een ernstig eetprobleem heeft in de vorm van overeten en eetbuien.

13.1.2 Het ontstaan van eet- en voedingsstoornissen

Eet- en voedingsstoornissen ontstaan waarschijnlijk door een ingewikkeld samenspel tussen genetische factoren (aanleg) en omgevingsfactoren. Pica komt vaak voor in combinatie met mentale retardatie of een autismespectrumstoornis. Armoede, verwaarlozing en gebrek aan (ouderlijk) toezicht vergroten de kans op het ontstaan. Bij het ontstaan van een ruminatiestoornis spelen vooral psychosociale problemen, zoals verwaarlozing en onderstimulatie, stressvolle situaties en ouder-kindrelatieproblemen, een rol, maar de stoornis komt ook voor bij mentale retardatie. De vermijdende/restrictieve voedselinnamestoornis kan door negatieve conditionering optreden na een medische ingreep, bijvoorbeeld een oesofagoscopie, of na een stikervering of hevig braken, maar kan ook ontstaan op basis van hypersensitiviteit in het mondgebied. Deze stoornis komt vaak voor in combinatie met een angststoornis of autisme.

Vooraf bij AN is er veel onderzoek gedaan naar factoren die het ontstaan en de prognose van AN bepalen. In [tab. 13.2](#) staat een overzicht van factoren die een rol kunnen spelen bij AN.

Bij BN lijkt de zelfwaardering volledig af te hangen van overgewaardeerde ideeën met betrekking tot uiterlijk en gewicht, en/of de controle hierover. Mensen met BN trachten het eten zo lang mogelijk uit te stellen en schieten dan als ze gaan eten door in een eetbui als gevolg van controleverlies. De vicieuze cirkel is rond als ze daarna gaan braken of laxeren om gewichtstoename te voorkomen. Bij BED speelt iets vergelijkbaars, behalve dat mensen die hieraan lijden geen compensatiemaatregelen toepassen. BED gaat heel vaak gepaard met een groot gebrek aan zelfvertrouwen en 'troosteten'.

■ **Tabel 13.2** Overzicht van factoren die een rol kunnen spelen bij anorexia nervosa

voorschikende factoren (bepalen kwetsbaarheid)	uitlokkende factoren (zetten kwetsbaarheid om in eetstoornis)	onderhoudende factoren
genetische aanleg	conflicten tussen ouders over opvoeding	verstoorde sociale interacties
gezinsmilieu, prestatiegericht	overbescherming	wegstoppen van emoties en conflictvermijding
persoonlijkheid, karakter, kwetsbaarheden zoals onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen, (faal)angst, perfectionisme	relatieproblemen ouders of scheiding	vertekend lichaamsbeeld
cultuurinvloed, slankheidsideaal	pesten op school, (seksueel) misbruik of trauma	weinig zelfvertrouwen
	andere stressoren	fysieke toestand
		rigide denkstijl
		eventuele comorbiditeit

13.1.3 Prognose

Anorexia nervosa heeft een hoge mortaliteit vergeleken met andere psychiatrische stoornissen. Uit diverse langdurige follow-up-onderzoeken blijkt dat wereldwijd het mortaliteitspercentage bij AN rond de 10 % ligt, bij BN ligt dat op 5 % (*Zorgstandaard Eetstoornissen*). Daarvan overlijdt in twee derde van de gevallen de patiënt door somatische complicaties, in een derde is er sprake van suïcide. Globaal de helft van de patiënten herstelt op termijn volledig, een derde verbetert en een vijfde blijft chronisch ziek (Smink et al. 2013). Een grote groep patiënten blijkt ook een andere psychiatrische stoornis te hebben: bij een kwart is er sprake van stemmingsstoornissen (depressie), eveneens bij een kwart komen angststoornissen voor. Een aantal factoren blijkt een ongunstige prognose te voorspellen: braken, eetbuien, purgeren, premorbide klinische problemen of ontwikkelingsproblemen, langdurig bestaan van de stoornis, obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Bij BED lijkt de prognose iets gunstiger. Het overlijdensrisico lijkt vooral gekoppeld aan overgewichtproblemen. Bij ARFID is nog weinig te zeggen over de prognose. Hierbij lijkt vooral onderkenning het probleem.

13.2 Casus

Madelon

De 14-jarige Madelon komt in het kielzog van haar moeder de spreekkamer binnen. Het meisje kijkt stuurs en wijst naar haar moeder als de huisarts vraagt waarvoor ze komt. 'Mijn moeder vond dat ik naar u toe moest, maar volgens mij is er niets aan de hand.'

Madelons moeder zucht en vertelt dat ze zich zorgen maakt over het eetgedrag van haar dochter. 'Ze eet als een zieke kip, ze is kieskeurig, laat veel dingen op haar bord liggen, en vlees wil ze al helemaal niet meer eten. Ze neemt wel boterhammen mee naar school, maar ik betwijfel of ze die ook opeet. Ze is de laatste tijd ook stiller dan anders. Ik maak me zorgen, ze werkt hard voor school, gaat ook nog sporten, maar eten ho maar. Ze schiet de lucht in en inmiddels kan ik al haar ribben tellen, dat was vroeger echt niet zo. Volgens mij is ze ook juist afgevallen terwijl ze eigenlijk gezien haar groei zou moeten aankomen.'

Madelon kijkt bij dit relaas van haar moeder demonstratief de andere kant uit. Als de huisarts haar vraagt of ze herkent wat haar moeder vertelt, antwoordt ze verontwaardigd. 'Er klopt niets van wat ze zegt. Ik eet echt genoeg, ik eet meer dan mijn vriendinnen doen, en vlees is nergens voor nodig. als we allemaal minder vlees zouden eten, zou dat een stuk beter zijn voor deze planeet.'

13.3 Exploratie en diagnostiek

In ►kader 13.1 staan de klachten en bevindingen bij lichamelijk onderzoek die op een eetstoornis kunnen wijzen. Van belang is om het gesprek met Madelon zelf aan te gaan. Haar moeder maakt zich zorgen en die bezorgdheid kan de huisarts aangrijpen om Madelon te vragen of het goed is dat hij een aantal vragen stelt, dan kan hij wellicht de bezorgdheid van haar moeder wegnemen.

Als er een vermoeden op een eetprobleem of -stoornis bestaat, dient de huisarts dient na te gaan wat de patiënt, veel vaker de patiënte, precies eet en hoe haar eetpatroon er over de dag uit ziet. Ook dient de huisarts te vragen naar het gewicht en naar schommelingen in het gewicht.

13.3.1 Diagnostiek anorexia nervosa

Kenmerkend voor AN is dat patiënten een verstoord lichaamsbeeld hebben: ze nemen zichzelf waar als dik, terwijl ieder ander hen (extreem) mager vindt. Ze zijn gepreoccupeerd met gewicht en figuur; de angst om dik te worden is groot en meestal niet invoelbaar. Patiënten met AN hebben in het algemeen een afwijkend eetpatroon, waarin voedselbeperking een belangrijke rol speelt. Sommige patiënten met AN hebben

vreetbuien, waarna ze braken opwekken. Ook kan er sprake zijn van bewegingsdrang in min of meer extreme mate. Veel sporten, langdurig dansen of grote afstanden fietsen, zelfs in extreme weersomstandigheden, kan uiting zijn van die toegenomen bewegingsdrang. Het is een manier om af te vallen en het gewicht te controleren. Expliciet naar de hoeveelheid en vorm van lichaamsbeweging vragen is dan ook van belang. Sommige patiënten nemen andere compenserende maatregelen om hun gewicht te beheersen, zoals het gebruik van laxemiddelen en zelf opgewekt braken, ook zonder eetbuien. Ook daar dient de huisarts naar te informeren. 'Moet je weleens overgeven? Hoe komt dat dan? Hoe vaak gebeurt dat? Ben je weleens zo misselijk dat je een vinger in je keel moet steken om over te geven? Hoe vaak gebeurt dat?'

Als er sprake is van ondergewicht is het van belang expliciet naar een aantal zaken te vragen. Als de BMI onder een grens (rond de 17 bij volwassenen, bij jongeren ligt deze grens lager) duikt, blijft de menstruatie weg. Ook andere klachten die kunnen optreden, zijn het gevolg van het gewichtsverlies, zoals kouwelijkheid en lanugobeharing. Deze symptomen zijn uiteraard niet specifiek voor AN, maar secundair aan het sterke gewichtsverlies.

In elk geval dient de huisarts lengte en gewicht, bloeddruk en pols te registreren en bij eventueel volgende consulten te monitoren. Verder lichamelijk onderzoek is sterk afhankelijk van de anamnese en gerapporteerde klachten. In de *Zorgstandaard Eetstoornissen* staat een uitgebreide instructie hoe om te gaan met de lichamelijke verschijnselen bij AN en staan adviezen met betrekking tot aan te vragen laboratoriumonderzoek.

Kader 13.1 Klachten en bevindingen die op een eetstoornis kunnen wijzen

Lichamelijke klachten die op een eetstoornis kunnen wijzen:

- vermagering, sterke gewichtsschommelingen;
- koude handen en voeten;
- verstopping;
- maagklachten;
- onregelmatig worden of wegblijven van de menstruatie;
- haaruitval.

Gedragingen en psychische klachten die kunnen wijzen op een eetstoornis:

- abnormale eetgewoonten;
- preoccupatie met gewicht en figuur;
- overmatig met sport bezig zijn;
- negatieve lichaamsbeleving;
- gebruik van laxemiddelen en plaspillen;
- concentratieproblemen;
- sociaal isolement;
- laag zelfvertrouwen;
- perfectionisme;
- depressie;
- angst (om te falen).

Lichamelijke veranderingen en symptomen die bij lichamelijk onderzoek vastgesteld kunnen worden en kunnen wijzen op een eetstoornis:

- lanugobeharing;
- lage tensie en pols;
- droge oranje/gelige, slappe huid;
- littekentjes op de knokkels (teken van Russell, ontstaan bij geforceerd braken doordat de tanden de huid van de knokkels beschadigen);
- zwelling van de speekselklieren als gevolg van braken;
- aantasting van het tandglazuur;
- perifeer oedeem;
- afbuigen van de groeicurve bij kinderen.

13.3.2 Differentiaaldiagnostische overwegingen

Gewichtsverlies is weliswaar een belangrijk kenmerk van anorexia nervosa (AN), maar niet voldoende voor het stellen van de diagnose. Het gewichtsverlies zou ook door een onderliggende somatische of psychische aandoening veroorzaakt kunnen worden. Er is een verschil tussen anorexie als symptoom en anorexia nervosa (AN) als diagnose. Anorexie, verlies van eetlust, met als gevolg gewichtsverlies, kan ook voorkomen bij allerlei ziekten en bij depressie. Bij AN is er geen sprake van verlies van eetlust, maar van angst om te eten en om aan te komen. Die angst wordt sterker naarmate mensen verder vermageren.

De diagnose AN stelt men primair op basis van de anamnese, waarbij de gewichtsvermindering, de angst om dik te worden en het verstoorde lichaamsbeeld de centrale elementen zijn. De DSM-5-criteria voor AN staan in ►kader 13.1. AN heeft een aantal lichamelijk klachten tot gevolg die vaak de aanleiding zijn voor een consult bij de huisarts. Veel patiënten met AN zullen niet zelf met hun eetprobleem voor de dag komen: bij jongere patiënten zijn het vaak de ouders die signaleren dat er iets mis is en hun kind vaak tegen haar zin in meenemen naar de huisarts. Vaak blijkt dat patiënten in de periode voorafgaand aan het stellen van de diagnose een aantal keren de huisarts geraadpleegd hebben met lichamelijke of psychische klachten. De consultfrequentie ligt dan hoger dan op grond van leeftijd, geslacht en bekende morbiditeit te verwachten is.

13.3.3 Diagnostiek boulimia nervosa

Langdurige keelpijn, aangetast tandglazuur, buikklachten en laxermiddelengebruik bij mensen met een normaal lichaamsgewicht kunnen symptomen zijn van boulimia nervosa (BN). Omdat mensen met BN zich vaak schamen voor hun eetproblematiek, zullen ze zelden hun eetbuien spontaan melden. Vaak komen patiënten met klachten die het gevolg zijn van de BN, zoals:

- verstopping, maag- en vooral darmstoornissen;
- vermoeidheid en slapeloosheid, vanwege de eetbuien die vaak 's nachts optreden;

- keelpijn en opgezwollen klieren;
- neerslachtigheid en depressiviteit;
- gewichtsschommelingen;
- slechter wordende prestaties.

13.3.4 Diagnostiek eetbuistoornis (BED)

Om een goed beeld te krijgen is het belangrijk om te vragen wat de patiënt zelf onder een eetbui verstaat. De hoeveelheid voedsel kan nogal sterk variëren. Aanvankelijk zijn de porties nog niet zo groot, maar gaandeweg eten mensen steeds meer, sneller en ongecontroleerder. Vaak schrokken ze met name ‘verboden’ voedsel, zoals chocola, speculaas of vla, naar binnen. Expliciet vragen naar de hoeveelheid en het soort voedsel is van belang, evenals het vragen naar de omstandigheden waarin de eetbuien optreden en de gevoelens die iemand daarbij heeft. Eetbuien treden meestal op onder stressvolle omstandigheden óf bij de beleving van negatieve gevoelens die men niet kan uiten op een verbale manier.

Met behulp van de volgende vragen kan de huisarts de diagnose eetbuistoornis stellen:

- Gebeurt het weleens dat u in korte tijd een grote hoeveelheid voedsel eet?
- Heeft u soms het gevoel dat u, eenmaal begonnen met eten, niet meer kunt stoppen en de controle over uw eten verliest?
- Wat eet u op die momenten, en hoeveel?
- Hoelang duurt zo'n eetbui?
- Hoeveel keer per week heeft u eetbuien?
- Wanneer zijn de eetbuien begonnen?
- Welk voedsel gebruikt u bij voorkeur bij een eetbui?
- Treden uw eetbuien steeds op dezelfde plaats en tijd op?
- Zijn er situaties waarbij u kunt voorspellen dat u een eetbui krijgt?

13.3.5 Vragenlijsten

Omdat de meeste patiënten niet zelf over eetproblematiek durven te beginnen, is het van belang bij het vermoeden erop daar actief naar vragen. Twee korte vragenlijsten zijn gevalideerd in een eerstelijns populatie: de SCOFF en de ESP (►kader 13.2). Het acroniem SCOFF is afgeleid uit de kernwoorden van de vijf vragen waaruit het instrument bestaat: **S**ick, **C**ontrol, **O**ne stone, **F**at, **F**ood (Morgan et al. 1999). De ESP, **E**ating disorder **S**creen for **P**rimary care, bestaat uit vier vragen (Cotton et al. 2003).

De sensitiviteit van beide lijsten is hoog, maar de specificiteit is iets minder hoog. Beide zijn geschikt om een eetstoornis uit te sluiten; de ESP zou dat iets beter doen dan de SCOFF. De positief voorspellende waarde varieert van 25–40 %, afhankelijk van de onderzochte populatie. Bij een veronderstelde prevalentie van 5 % was de positief voorspellende waarde 36 % en de negatief voorspellende waarde 99 %.

Kader 13.2 Vragenlijsten eetproblematiek

SCOFF

- 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 zeven kilo afgevallen in drie 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?

ESP

- Bent u niet tevreden over uw eetgewoonten?
- Eet u ooit weleens in het geheim?
- Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
- Heeft u nu last van een eetstoornis of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

Als het antwoord op minstens twee vragen ‘ja’ luidt, is er 25–40 % kans dat de patiënt een eetstoornis heeft.

De eerste twee vragen van de ESP kunnen ook gebruikt worden om BN op te sporen of uit te sluiten. De ESP zou iets minder confronterend zijn en daardoor iets beter geaccepteerd worden en minder aanleiding geven tot ontwijkende antwoorden. Als de score op de SCOFF of de ESP lager is dan 2 is een eetstoornis erg onwaarschijnlijk. In de *Zorgstandaard Eetstoornissen* is een signalenkaart voor de huisarts opgenomen.

13.4 Vervolg casus (met accent op beleid)

13

Madelon – vervolg

Uit het eerste gesprek bleek dat Madelon voor een adolescent in de groei en rekening houdend met haar lichamelijke activiteiten inderdaad erg weinig eet. Daarnaast eet ze nogal eenzijdig: ze eet vooral groenten en wat fruit. Bij het ontbijt neemt ze alleen wat fruit en haar lunch bestaat uit wat rauwkost. Bij het avondeten laat ze vlees en vis staan en wil ze geen vleesvervangers eten. ‘Dat is ook maar allemaal onzin,’ vindt Madelon. Zelden is ze te verleiden tot een boterham met kaas, ook gebruikt ze nauwelijks zuivelproducten.

Ze weegt 47 kg en is 1.76 m lang. Haar BMI bedraagt 15,2 en dat is te weinig voor haar leeftijd. Ze vindt zichzelf helemaal niet te mager, zeker niet als ze zichzelf met een aantal meiden uit haar klas vergelijkt. Ze sport, afgezien van de gymlessen op school, drie keer per week (hardlopen) en is van plan dat nog wat op te voeren omdat ze met de halve marathon mee wil gaan doen komend voorjaar, ook al heeft haar gymleraar gezegd dat het op haar leeftijd niet verstandig is. Ze menstrueert nog niet, maar dat vindt ze enkel geen probleem. Dan heeft ze ook niets te maken met al dat aanstellerige meidengedoe. Ze heeft een aantal vriendinnetjes met wie ze sport en school is verder ‘wel oké’. Ze slaapt goed.

De huisarts legt haar uit dat ze echt te weinig en te weinig gevarieerd eet en stelt haar voor dat ze samen met een diëtiste naar haar voedings- en eetpatroon kijkt. Geen vlees eten kan best wel, maar dan moet ze verder wel goed op haar voeding letten en daar kan een diëtiste haar bij helpen. Morrend gaat ze daarmee akkoord. De huisarts spreekt ook af haar over een maand terug te zien.

Een maand later komt ze, dit keer met haar vader, op het spreekuur. Ze ziet er slecht uit, met grote wallen onder haar ogen. Ze blijkt slecht te slapen en op school gaat het inmiddels helemaal niet goed, ze heeft met diverse leraren een aanvaring gehad. Ze is wel bij de diëtiste geweest, maar vond al die adviezen maar niets. Ze is wel blijven sporten, want daar wordt haar hoofd weer wat leeg van. Als ze op de weegschaal gaat staan, blijkt ze vier kilo afgevallen te zijn. Haar vader vermeldt dat hij een paar keer gemerkt heeft dat ze op het toilet aan het overgeven was na een maaltijd. Hij dringt aan op een verwijzing.

13.5 Beleid bij eetstoornissen

Patiënten zijn vaak ambivalent over de behandeling van hun eetstoornis en hebben de neiging het afwijkende eetgedrag te ontkennen of de ernst ervan te bagatelliseren. Dat geldt zeker ook voor patiënten met AN, bij wie het ontkennen van het afvallen en het ondergewicht kan leiden tot ernstige somatische pathologie en acute opnames. In de beginfase van de behandeling is het van belang dat de huisarts veel aandacht besteedt aan het gezamenlijk formuleren van het probleem en (vooral bij volwassen patiënten) aan het motiveren van de patiënt(e), zodat deze een behandeling accepteert. Het expliciet benoemen van de aandoening kan bij patiënten verschillende reacties oproepen: voor de een betekent het horen van de diagnose een opluchting, terwijl een ander de diagnose liefst niet wil horen omdat dat hij/zij het niet van toepassing vindt en omdat de diagnose alleen negatieve connotaties heeft.

Afhankelijk van de soort en ernst van de stoornis en de motivatie van de patiënt kan de behandeling in de eerste lijn starten. Bij AN wordt altijd verwijzing naar de specialistische GGZ geadviseerd. Daarbij is het van belang om met elkaar behandeldoelen te formuleren en die ook regelmatig samen te evalueren. Behandeldoelen bij AN zijn bijvoorbeeld gewichtstoename tot een gewicht waarbij de patiënt weer gezond kan functioneren en de lichamelijke gevolgen en risico's van ondervoeding opgeheven zijn, zoals amenorroe bij vrouwen. Andere behandeldoelen zijn het stoppen met eetbuien en/of braken en laxeren. De huisarts kan daarbij eventueel een gespecialiseerde (VIE-)diëtist inschakelen en een POH-GGZ die ondersteunende gesprekken heeft met de patiënt.

Een belangrijk aspect van de behandeling is het vergroten van de zelfwaardering, verbetering van de lichaamsbeleving en het veranderen van verstoorde cognities ten opzichte van eten en gewicht. Daarvoor is vaak een behoorlijk langdurige en intensieve therapie nodig. Afhankelijk van de ernst van de eetstoornis en de behoefte van de patiënt kan de behandeling ambulante, in deeltijd of klinisch plaatsvinden. Een aantal centra is gespecialiseerd in de behandeling van eetstoornissen.

13.6 Verwijzing

Als de huisarts denkt dat er bij een jongere mogelijk sprake is van AN, is onmiddellijke verwijzing naar een specialistisch centrum voor de behandeling van eetstoornissen (zie de website van de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE): ► www.naeweb.nl) en een kinderarts aangewezen. Jongeren komen snel in de somatische gevarezone, daarnaast kan een kinderarts de overbrugging vormen tijdens de wachttijd waarvan helaas vaak sprake is in de specialistische GGZ. Volwassenen met AN kunnen eveneens het beste naar een specialistisch centrum worden verwezen voor behandeling. Bij hen is controle van de lichamelijke toestand tijdens de wachttijd door de huisarts zinvol (gewicht, lab, RR en pols). In het geval van een langdurig bestaande AN wil een patiënt dikwijls geen hulp en is dan alleen in zorg bij de huisarts.

Van belang is te weten dat de TOPGGZ-centra voor de behandeling van eetstoornissen (De Ursula in Leiden, Rintveld in Zeist en Amarum in Zutphen) geconsulteerd kunnen worden met vragen omtrent de aanpak van deze groep patiënten. Bij de verdenking op BN en BED ligt het aan de ernst van de eetstoornis of men verwijst naar een specialistisch centrum of naar de basis-GGZ. Ook bij BN kan controle van lab tijdens de wachttijd zinvol zijn. In het geval van verdenking op ARFID is eveneens verwijzing naar de specialistische GGZ voor behandeling aan de orde.

Patiënten haken nogal eens af tijdens de behandeling en/of zijn ambivalent gemotiveerd. Het is van belang hen te stimuleren opnieuw behandeling te zoeken, vaak juist in het centrum waar de behandeling al was opgestart om shopgedrag te voorkomen. Vroegtijdig wijzen op de website Proud2Bme (► www.proud2bme.nl), de organisatie IxtaNoa die inloophuizen heeft of Buro Puur (► <https://buropuur.nl>) kan ook helpen om de drempel naar de hulpverlening te slechten. Andere vergelijkbare organisaties zijn te vinden op de website van de NAE.

13.7 Samenvatting

Voedings- en eetstoornissen komen zowel bij kinderen als bij volwassenen voor. Pica en de ruminatiestoornis komen vooral bij jonge kinderen voor, de andere voedings- en eetstoornissen (anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN), binge eating disorder (BED) en de restrictieve voedselintnamestoornis (ARFID)) komen vooral bij adolescenten en volwassenen voor. AN en BN hebben bij respectievelijk 10 % en 5 % van de mensen die eraan lijden, een dodelijke afloop. Eetstoornissen gaan op den duur altijd gepaard met lichamelijke klachten. De huisarts kan twee eenvoudige vragenlijsten (ESP en SCOFF) en de signalenkaart uit de *Zorgstandaard Eetstoornissen* gebruiken om het vermoeden op een eetstoornis te staven. Zeker bij AN is een verwijzing naar de specialistische GGZ geïndiceerd, waarbij tijdens een eventuele wachttijd de lichamelijke conditie van de patiënt zorgvuldig gemonitord dient te worden. Kinderen en adolescenten met AN dienen tevens naar een kinderarts verwezen te worden als de huisarts AN vermoedt.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM 5*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Cotton, M., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 53–56.
- Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Pike, K. M. (2016). The global burden of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 346–353.
- Hoek, H. W., & Elburg, A. A. van (2014). Voedings- en eetstoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 187–191.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: Assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467–1468.
- Noordenbos, G. & Elburg, A. van (Red.). (2018). *Handboek Eetstoornissen* (3e druk). Utrecht: De Tijdstroom.
- Smink, F. R., Hoeken, D. van, 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, 1189–1196. ► <https://doi.org/10.1017/S003329171500272X>. Epub 2015 Dec 16.
- Smink, F. R., Hoeken, D. van, & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 543–548. ► <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>.

Aanbevolen literatuur

- Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE) i.s.m. Trimbos-instituut (2017). *Zorgstandaard Eetstoornissen*. ► <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>.

Aanbevolen websites

- Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE) (► www.naeweb.nl).
- Proud2Bme (► <http://www.proud2bme.nl/>).